



Année : 2021

ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITÉ MOHAMMED V –RABAT
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE
PHARMACIE



Thèse N° 15/21/CSVSV

**CENTRE DES ÉTUDES DOCTORALES DES SCIENCES DE LA VIE ET
DE LA SANTE**

Formation Doctorale : Biologie médicale, pathologie humaine, expérimentale
et environnement

THÈSE DE DOCTORAT

**Etude de l'association entre le suivi post-natal et
l'incidence des complications des suites de couches**

Etude de cohorte longitudinale prospective à la Maternité Souissi de Rabat

Présentée et soutenue publiquement le 11/06/ 2021

**Par :
Asmaa BARKAT**

MEMBRES DE JURY

Pr. BZADE Rachid

PES, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V de **Rabat**

Président

Pr. KHARBACH Aicha

PES, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V de **Rabat**

Directeur de thèse

Pr. HASSANI Amale

PES, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V de **Rabat**

Pr. TLIGUI Hussein

PES, Faculté de Médecine et de Pharmacie, Université Mohammed V de **Rabat**

Juges

Pr. BENKIRAN Hasnae

PEH, Faculté des Sciences, Université Ibn Tofail de **Kenitra**.

Dédicace

Dédicace

Dédicace :

Je dédie cette thèse à mon défunt père qui a fait tant de sacrifices pour mon éducation et mes études. Il m'a appris l'altruisme, la persévérance et l'ambition. Aucune dédicace ne serait exprimer l'amour que j'ai pour toi. Merci cher père, que votre âme repose au paradis et que Dieu vous couvre de sa sainte miséricorde.

À ma maman chérie : Merci pour ta présence à mes côtés tout au long de ces quatre années. Merci pour ton amour, et ton tendre soutien. Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

À ma sœur Amina : Tu es toujours à mes côtés à m'épauler et m'encourager à dépasser toutes les entraves de la vie. Je te remercie pour ta rigueur scientifique, et tes grandes compétences dans le domaine de la recherche, qui m'ont guidé tout au long de ces années. Merci d'avoir inspiré ce travail de tes conseils précieux. Tu es pour moi une source inépuisable de patience, de soutien et de savoir.

A ma petite famille : Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer l'amour et l'estime que j'ai pour vous. Je vous dédie ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de sécurité.

Remerciements

Remerciements

Remerciements

Je tiens à exprimer mes plus vifs remerciements à ma directrice de thèse :

➤ Professeur KHARBACH Aicha, pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant l'encadrement scientifique de mon travail. Je lui suis reconnaissante de m'avoir fait bénéficier tout au long de ces années de sa grande compétence, de sa rigueur scientifique et de sa clairvoyance. Des qualités qui resteraient des moteurs pour ma vie scientifique et professionnelle.

Que ce travail soit un témoignage de ma gratitude et mon profond respect à votre égard.

J'exprime tous mes remerciements à l'ensemble des membres du jury de ma thèse :

➤ Professeur BZAD Rachid, pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant de présider le jury de ma soutenance de thèse malgré ses multiples obligations, pour le temps qu'il a accordé à la lecture de ma thèse, et pour toutes ses remarques intéressantes.

➤ Professeur HASSANI Amale, pour l'honneur qu'elle m'a fait en acceptant d'être rapporteuse de cette thèse, pour le temps consacré à la lecture de ce travail, et pour ses suggestions et ses remarques judicieuses.

➤ Professeur TLIGUI Hussein, pour l'honneur qu'il m'a fait en acceptant d'être rapporteur de cette thèse, pour le temps consacré à sa lecture, et pour ses remarques judicieuses.

➤ Professeur BENKIRAN Hasnae, pour l'honneur qu'elle m'a fait en acceptant d'être rapporteuse de cette thèse, pour l'attention accordée à l'étude de ce travail, et pour ses pertinentes remarques.

➤ Professeur AGUENAOU Hassan, pour l'honneur qu'elle m'a fait en acceptant d'être examinateur de cette thèse, pour le temps qu'elle a octroyé à la lecture de cette étude, et pour ses remarques pertinentes.

Je tiens à remercier tout le personnel de la maternité Souissi de Rabat pour leur collaboration et leur soutien inconditionnel.

Je remercie toutes les personnes qui m'ont apporté leur aide au cours de la réalisation de mes recherches, particulièrement les accouchées ayant participé à cette étude

Je tiens à remercier, également, tous mes collègues doctorants pour leurs conseils, et leur soutien. Ainsi que, pour l'environnement convivial dans lequel nous avons passé ces années. Je vous souhaite une vie pleine de réussite

Table des matières

Table des matières

Tables des matières

Dédicace	2
Remerciements	4
Liste des annexes	10
Liste des sigles	12
Résumé de la thèse	14
Thesis abstract	15
ملخص الأطروحة	16
Introduction	18
Problématique de la thèse	24
Généralités au sujet de la consultation post-natale	34
I- L'histoire de l'institution du suivi post-natal	34
II- Le suivi post-natal : intérêt et modalités	38
Chapitre I : Synthèse bibliographique	50
I- Les variables influençant la sous-utilisation des services de soins	50
1- Variables sociodémographiques	50
2- Variables socioculturelles	56
3- Variables économiques	59
4- Variables organisationnelles	62
5- Variables communicationnelles	64
6- Variables médicales	67
7- Cadre conceptuel des variables influençant la sous-utilisation des services de soins	70
8- Opérationnalisation des variables incluses dans le cadre conceptuel de cette section.	72
II- Les associations entre la sous-utilisation des services de santé et l'incidence des maladies	76
1- Les complications hémorragiques et la sous-utilisation des services de soins	76
2- Les complications infectieuses et la sous-utilisation des services de soins	79
3- Les complications mammaires et la sous-utilisation des services de soins	84
4- Les complications thrombo-emboliques et la sous-utilisation des services de soins	88
5- Les complications psychologiques et la sous-utilisation des services de soins	93
Chapitre II : Matériels et méthodes	98
I- Objectif général	98
II- Hypothèse de recherche	98
III- Population et méthode	98
1- Type d'étude	98
2- Déroulement de l'étude	98
3- Lieu de l'étude	99
4- Population cible	99
4-1 Critères d'inclusion	100
4-2 Critères d'exclusion	100
5- Méthodes de collecte des données	100
6- Méthodes d'analyse des données recueillies	102

Table des matières

7- Considérations éthiques	103
8- Approbation éthique	103
Résultats et discussion	103
Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales	106
I- Les caractéristiques médicales des accouchées enquêtées	106
II- Les caractéristiques sociodémographiques des accouchées enquêtées	113
III- Les caractéristiques socioculturelles des accouchées enquêtées	119
IV- Les caractéristiques économiques des accouchées enquêtées	123
V- Les caractéristiques organisationnelles des services sanitaires et la satisfaction des accouchées	127
VI- Les caractéristiques communicationnelles des services sanitaires et la satisfaction des accouchées	132
VII- L'association des variables incluses dans l'étude à la sous-utilisation des consultations post-natales	136
VIII- La signification des associations existantes entre les variables incluses dans cette étude à la sous-utilisation des consultations post-natales	138
Chapitre IV : L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications des suites de couches	147
I- L'incidence cumulative des complications enregistrées chez les accouchées durant la période de post-partum	147
II- La comparaison des complications post-natales enregistrées chez les accouchées suivies en post-natale vs non suivies en post-natale	153
III- L'association de la sous-utilisation des complications post-natales à l'incidence des complications enregistrées chez les accouchées	154
Chapitre V : Discussion des résultats	159
I- Les variables associées la sous-utilisation des consultations post-natales par les accouchées	159
1- Les variables médicales	159
2- Les variables sociodémographiques	159
3- Les variables socioculturelles	160
4- Les variables économiques	161
5- Les variables organisationnelles	162
6- Les variables communicationnelles	163
II- L'association de la sous-utilisation des complications post-natales à l'incidence des complications des suites de couches	164
1- L'incidence cumulative des complications enregistrées de la sortie de l'accouchée de l'hôpital au 9 ^{ème} jour du post-partum	164
2- L'incidence cumulative des complications enregistrées chez les accouchées du 9 ^{ème} au 42 ^{ème} jour du post-partum	165
3- L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications enregistrées chez les accouchées de la sortie de l'hôpital au 9 ^{ème} jour du post-partum	165
4- L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications enregistrées chez l'accouchée du 9 ^{ème} au 42 ^{ème} jour du post-partum	166
5- La lecture des hypothèses de l'étude à la lumière des résultats	167
Recommandations et perspectives	171
Forces et limites de l'étude	175
Conclusion	177

Table des matières

Références bibliographiques	179
Liste des tableaux	192
Liste des figures et des Schémas	196
Annexes	197

Liste des annexes

Liste des annexes

Annexe n°	Titre	Page
1	Flow Chart de la thèse	198
2	Présentation de milieu de l'étude	199
3	Les prestations de soins octroyées aux accouchées	201
4	Questionnaire	206
5	Formulaire d'information	236
6	Formulaire d'information (VA)	238
7	Formulaire de recueil de consentement éclairé de l'accouchée	240
8	Formulaire de recueil de consentement éclairé de l'accouchée (VA)	242
9	Glossaire	244
10	Liste des communications et des travaux scientifiques	246
11	Article 1	248
12	Article 2	249

Liste des sigles

Liste des sigles

AM	Allaitement Maternel
AMO	Assurance Maladie Obligatoire
ASA	American Society of Anesthesiologists
CCC	Communication pour le Changement de Comportement
CNSS	Caisse Nationale de Sécurité Sociale
CNOPS	Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
PN	Post-natal
CPoN	Consultation Post-Natale
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DMS	Durée Moyenne de Séjour
EP	Embolie Pulmonaire
ET	Ecart-Type
IC	Intervalle de Confiance
IC	Incidence Cumulative
N	Nombre
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
OR	Odds Ratio
P	P-value
P	Parité
PEC	Prise En Charge
RAMED	Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis
RR	Risque Relatif
RSK	Rabat-Salé-Kénitra
SA	Semaines d'Aménorrhée
SMI	Santé Maternelle et Infantile
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SR	Santé Reproductive
TA	Tension Artérielle
TOM	Taux d'occupation moyen
TVP	Thrombose Veineuse Profonde
TVP	Thrombose Veineuse Pelvienne
VA	Version Arabe
VF	Version Française

Résumé de la thèse

Résumé de la thèse

Objectif d'étude : Cette étude a tracé pour objectif d'étudier la sous-utilisation des consultations post-natales et ses associations aux complications diagnostiquées chez les accouchées durant la période du post-partum.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte longitudinale prospective réalisée sur une période de 9 mois de Mars à Novembre 2018, au niveau de la maternité Souissi de Rabat. Avec un taux de réponse de 93,36%, et moyennant un questionnaire mixte, le nombre des accouchées enquêtées a été de 942 cas ; subdivisé en deux groupes. Groupe des accouchées non suivies de 459 cas et groupe des accouchées suivies en postpartum de 483 cas.

Résultats : Ce travail a montré l'existence des associations positives entre la sous-utilisation des consultations post-natales et la deuxième parité [OR = 1,140, 95% CI [1,082-1,264]], le déroulement de l'accouchement sans complication [OR = 1,967, 95% CI [1,290-2,998]], l'âge de l'accouchée [OR = 1,084, 95% CI [1,053-1,115]], la provenance urbaine [OR = 8,796, 95% CI [4,392-17,617]], l'influence de la sensation de la douleur et des malaises [OR = 22,754, 95% CI [15,240-33,973]], l'influence de la décision de consulter en post-natale [OR = 39,766, 95% CI [21,792-72,565]], et le revenu global du ménage [OR = 3,672, 95% CI [3,046-4,426]].

En outre, cette thèse a illustré qu'il existe des associations entre l'apparition des complications suivantes et le non suivi post-natal : l'hémorragie génitale précoce [RR=4,209, IC à 95% [2,471-7, 171], <0,001] ; l'infection urinaire [RR=6,915, IC à 95% [3,999-11,956], <0,001] ; l'engorgement mammaire [RR=6,092, IC à 95% [3,808-9,746], <0,001] ; la lymphangite mammaire [RR=8,418, IC à 95% [3,638-19,481], <0,001], le retour de couches hémorragiques [RR=3,040, IC à 95% [2,000-4,620], <0,001] ; et la dépression du post-partum [RR=1,867, IC à 95% [1,225-2,845], 0,003].

Conclusion : Les associations trouvées dans cette étude attestent que lors de la prise en charge de la femme enceinte il est important de prendre en considération les variables qui expliquent la sous-utilisation des consultations post-natales, afin de promouvoir ces consultations, et réduire le risque des complications en post-partum. Le but ultime étant la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles au Maroc.

Mots clés : Association, suivi, post-natal, incidence, complications, suites de couches, sous-utilisation, consultations post-natales, accouchées.

Thesis abstract

The study aim: The aim of this research was to study the under-utilization of post-natal consultations and its associations with complications diagnosed among women who have given birth during the postpartum period.

Materials and Methods: This is a prospective longitudinal cohort study conducted during 9 months from March to November 2018, at the Souissi maternity hospital in Rabat. With a response rate of 93.36%, and by using a mixed questionnaire, the number of the surveyed was 942 cases, divided into two groups. The group of women not followed up during postnatal period with 459 cases, and the group of women followed up in postpartum with 483 cases.

Results : This study showed the existence of positive associations between the under-use of post-natal consultations and second parity [OR = 1,140, 95% CI [1,082-1,264]], the delivery without complications [OR = 1,967, 95% CI [1,290-2,998]], the age of the women who have given birth [OR = 1,084, 95% CI [1,053-1,115]], her urban origin [OR = 8,796, 95% CI [4,392-17,617]], the influence of her sensation of pain and discomfort [OR = 22,754, 95% CI [15,240-33,973]], the influence of her decision to consult during the postpartum [OR = 39,766, 95% CI [21,792-72,565]], and overall household income [OR = 3,672, 95% CI [3,046-4,426]].

In addition, this thesis illustrated that there are associations between the occurrence of the following complications and the under-use of post-natal follow-up: early genital hemorrhage [RR=4.209, 95% CI [2.471-7, 171], <0.001]; urinary tract infection [RR=6.915, 95% CI [3.999-11.956], <0.001]; breast engorgement [RR=6.092, 95% CI [3.808-9.746], <0.001]; breast lymphangitis [RR=8,418, 95% CI [3,638-19,481], <0.001], return of hemorrhagic layers [RR=3,040, 95% CI [2,000-4,620], <0.001]; and postpartum depression [RR=1,867, 95% CI [1,225-2,845], 0.003].

Conclusion: The associations found in this study attest that during the pregnant women's care it is important to take into consideration the variables that explain the under-use of post-natal consultations, in order to promote these consultations, and reduce the risk of post-partum complications. The ultimate goal is to reduce maternal morbidity and mortality in Morocco.

Key words: Association, follow-up, post-natal, incidence, complications, post-natal consultations, under-use, women who have given birth.

ملخص الأطروحة

هدف الدراسة: يهدف هذا العمل إلى دراسة قلة الاستشارات بعد الولادة وارتباطاتها مع المضاعفات التي تم تشخيصها عند النساء اللاتي وضعن خلال فترة ما بعد الولادة.

المنهجية المعتمدة: هذه دراسة أترابية طولية مستقبلية أجريت على مدى 9 أشهر من مارس إلى نوفمبر 2018، في مستشفى السويسي للولادة بالرباط. بمعدل استجابة 93.36%، وباستخدام استمارة مختلطة، بلغ عدد النساء المبحوثات في هذه الدراسة 942 حالة؛ تنقسم إلى مجموعتين. مجموعة النساء اللاتي لم تتم متابعتهم بعد الولادة ب 459 حالة، ومجموعة النساء اللاتي تمت متابعتهم بعد الولادة ب 483 حالة.

النتائج: أظهر هذا العمل وجود ارتباطات إيجابية بين قلة استخدام الاستشارات ما بعد الولادة والولادة الثانية (نسب الاحتمال 1.140، فاصل الثقة 95%: 1.082-1.264) مسار الولادة بدون مضاعفات (نسب الاحتمال 1.967، فاصل الثقة 95%: 1.290-2.998) عمر المرأة حديثة الوضع (نسب الاحتمال 1.084، فاصل الثقة 95%: 1.053-1.115) ، الأصل الحضري (نسب الاحتمال 8.796، فاصل الثقة 95%: 4.392-17.617) ، تأثير احساس المرأة بالألم وعدم الراحة (نسب الاحتمال 22.754، فاصل الثقة 95%: 15.240-33.973) ، تأثير قرار الذهاب إلى الفحص بعد الولادة (نسب الاحتمال 39.766، فاصل الثقة 95%: 21.792-72.565) و الدخل الإجمالي للأسرة (نسب الاحتمال 3.672، فاصل الثقة 95%: 3.046-4.426) .

بالإضافة إلى ذلك، أوضحت هذه الرسالة أن هناك ارتباطات بين ظهور المضاعفات التالية و قلة المتابعة بعد الولادة: نزيف الأعضاء التناسلية المبكرة (الخطر النسبي المعدل: 4.209، عند مستوى 95% من الثقة، فاصل الثقة: 2.471؛ 7، 171، 0.001<)، التهاب المسالك البولية (الخطر النسبي المعدل: 6.915، عند مستوى 95% من الثقة، فاصل الثقة: 3.999؛ 11.956، 0.001<)، احتقان الثدي (الخطر النسبي المعدل: 6.092، عند مستوى 95% من الثقة، فاصل الثقة: 3.808؛ 9.746، 0.001<)، التهاب الأوعية اللمفية في الثدي (الخطر النسبي المعدل: 8.418، عند مستوى 95% من الثقة، فاصل الثقة: 3.638؛ 19.481، 0.001<)، عودة النزفية (الخطر النسبي المعدل: 3.040، عند مستوى 95% من الثقة، فاصل الثقة: 2.000؛ 4.620، 0.001<)، واكتئاب ما بعد الوضع (الخطر النسبي المعدل: 1.867، عند مستوى 95% من الثقة، فاصل الثقة: 1.225؛ 2.845، 0.003)

الخلاصة: تؤكد الارتباطات التي وجدت في هذه الدراسة أنه عند رعاية النساء الحوامل، من المهم مراعاة المتغيرات التي تفسر قلة المتابعة بعد الولادة، من أجل تعزيز هذه الاستشارات، والحد من خطر مضاعفات ما بعد الولادة. الهدف الأسمى هو الحد من مرضية ووفيات الأمهات في المغرب.

كلمات البحث: الارتباط، المتابعة، ما بعد الولادة، الوقوع، المضاعفات، ما بعد الولادة، الاستخدام الناقص، استشارات ما بعد الولادة، النساء اللاتي وضعن.

Introduction

Introduction

Introduction

Le droit à la santé reproductive a été mis en évidence par l'Organisation Mondiale de la Santé depuis des décennies. En effet, en statuant sur la définition de la santé reproductive, l'OMS a tracé pour tous ses pays membres une feuille de route pour octroyer à leurs citoyens la possibilité d'avoir une vie sexuelle satisfaisante et de procréer en toute sécurité.¹ Sous l'égide de cette feuille de route plusieurs programmes s'imbriquent pour répondre aux besoins des différentes catégories de la population. En l'occurrence, nous pouvons citer le programme de la santé maternelle et infantile, de la planification familiale, des infections sexuellement transmissibles, et des cancers de l'appareil reproducteur.

Des programmes variés et multiples dont chacun présente des défis qu'il faut surmonter pour atteindre les objectifs escomptés. Dans cette optique, des réseaux de recherche clinique ont été créés partout dans le monde, pour maintenir des bases de données qui fournissent des évaluations précises des nouvelles approches thérapeutiques.² Jouant ainsi, un rôle important dans l'orientation des actions qui participent à la réduction des chiffres alarmants : de la mortalité et la morbidité maternelle et infantile ; des infections sexuellement transmissibles ; des cancers, et des autres problèmes de la santé reproductive.

Par ailleurs, l'importance de réaliser des études au sujet de la santé de la reproduction est clairement attestée dans des recherches réalisées au Brésil, en Suisse, en Inde, et au Maroc. Ces études montrent que la réalisation de ce type de recherches influence la vision stratégique sanitaire de leurs pays. Car, la recherche en matière de la santé reproductive permet non seulement de mettre en relief les besoins des différentes catégories de la population, mais également, de produire et de développer des connaissances scientifiques qui participent à la résolution rationnelle des problèmes de santé enregistrés.³⁻⁴

Compte tenu de ces constats, il s'avère nécessaire de mener des études sur la santé de la reproduction. Néanmoins, avec la pluralité de ses disciplines, il est judicieux d'aborder chacun de ses programmes séparément pour arriver à des résultats pertinents et approfondir d'une

¹ Organisation Mondiale de la santé, Conférence Internationale sur la population et le Développement, 1994.

² Goldenberg, R-L., Job, A-H., Prospects for research in reproductive health and birth outcomes, Journal American Medical Association, vol 285(5), pp. 633-639. February 7, 2001

³ Ashford, L., et coll, Santé de la reproduction : Politiques et pratiques, Etude de cas : Brésil, Inde, Maroc et Ouganda, 1999, 32pg.

⁴ Vilpert, S., De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas, Université de Genève, Mémoire de maîtrise, Janvier 2008, 108 pg.

Introduction

manière scientifique et méthodique la réflexion dans le chantier choisi. Dans cette optique, le choix est fait pour la mortalité et la morbidité maternelle.

Ce choix n'a rien d'aléatoire. En effet, depuis des décennies, la question de la maternité sans risque était une question prioritaire pour les instances internationales œuvrant dans le domaine de la santé. Suite aux chiffres alarmants de la mortalité maternelle, ces instances ont mis en œuvre des actions prenantes ayant permis la réduction du ratio de cette mortalité dans un certain nombre de pays. Arrivant ainsi, entre 1990 et 2015, à réduire de moitié le ratio de la mortalité maternelle à l'échelle mondiale.⁵

Toutefois, si la réduction de la mortalité maternelle a été significative au niveau mondial, les pays en voie de développement enregistrent toujours des ratios très élevés. Traçant, ainsi, le gap existant entre les pays pauvres et les pays riches à ce sujet.⁶ Le ratio de la mortalité maternelle dans les pays en développement est de 239 pour 100.000 naissances, contre 12 pour 100.000 dans les pays développés.⁷ Ce qui corrobore les avancés de l'Organisation Mondiale de la Santé qui met constamment l'accent sur l'écart qui se creuse de plus en plus entre les pays riches et les pays pauvres, en termes de la mortalité maternelle.⁸ Situés spécifiquement en Afrique et en Asie, ces pays enregistrent le décès des millions des accouchées le jour même de l'accouchement ou en post-partum⁹.

Pour faire face à ce problème, plusieurs instances internationales ont consolidé leurs efforts, afin d'accélérer les progrès en matière de la réduction de la mortalité maternelle dans tous les pays qui enregistrent des ratios élevés.¹⁰ Néanmoins, malgré leurs efforts les ratios de la mortalité maternelle au niveau de ces pays restent très alarmants.¹¹

En tant que pays voie de développement, le Maroc ne fait pas l'exception. Nonobstant les efforts consentis par le ministère de la santé, le Maroc n'a pas pu atteindre l'objectif tracé pour la fin de 2015, à savoir ; la réduction de la mortalité maternelle à 50 décès pour 100.000 naissances

⁵ Organisation Mondiale de la Santé, Mortalité maternelle, aide-mémoire n° 384, 2015.

⁶ Organisation Mondiale de la Santé, Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030. New York : United Nations ; 2015.

⁷ Institut National d'Etude démographique, Mortalité Maternelle dans le monde, paris, 2015.

⁸ O. Ongoiba, La mortalité néonatale au CHU Hassan II de Fès : étude rétrospective à propos de 235 cas, thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, Faculté de Médecine et de pharmacie de Fès, 2010, p : 13.

⁹ Organisation Mondiale de la Santé, La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030 Rapport du Secrétariat, 8 avril 2016, p : 14.

¹⁰ Lawn, J-E., et coll. Setting Research Priorities to Reduce almost one million deaths from birth asphyxia by 2015. PLoS Med. 2011.

¹¹ Elaborer en collaboration entre l'Organisation Mondiale de la Santé, la Banque Mondiale, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, et la Division des Nations Unies pour la Population, Levels and Trends in Child Mortality, 2015, 36p.

Introduction

vivantes¹². En effet, Selon les résultats de l'enquête nationale sur la population et la santé familiale de 2017, le ratio de la mortalité maternelle est de 72,6 décès pour 100.000 naissances vivantes.¹³

L'enquête confidentielle sur le décès maternels¹⁴ a révélé que 73% de ces décès sont évitables, et que les décès les plus souvent évitables sont ceux qui sont dus aux causes directes avec un pourcentage de 88%. En outre, les résultats de cette enquête ont avancé que le post-partum est un maillon faible des soins obstétricaux impliqué à plusieurs reprises dans les facteurs associés aux décès maternels. Ceci met en surbrillance la raison pour laquelle ses recommandations ont insisté sur l'importance d'intensifier la surveillance des femmes durant le post-partum.¹⁵

En effet, l'enquête nationale sur la population et la santé familiale de 2017 a relaté que durant les cinq années précédant sa réalisation uniquement 21,9% des accouchées ont bénéficié de soins post-natales. Illustrant la nécessité de mener des actions convenables, afin de prendre en charge les complications qui peuvent survenir au cours du post-partum.¹⁶ Surtout que, l'Organisation Mondiale de la Santé, n'a cessé de déclarer que le risque de mourir pour les accouchées est notablement élevé pendant les jours qui suivent l'accouchement.¹⁷

Le guide du post-partum élaboré en collaboration entre l'Office de la Naissance et de l'Enfance et le groupement des Gynécologues de Langue Française de Belgique a avancé que le post-natal a été souvent considéré comme « *le parent pauvre des services de maternité* » si on le compare avec le suivi de la grossesse et l'accouchement. Toutefois, un nombre important des décès et des pathologies maternelles surviennent pendant cette période.¹⁸ Par ailleurs, les études réalisées par Brahmbhatt, Heena, et al ont montré que la morbidité maternelle diminue lorsque la mère bénéficie d'une surveillance dans la période post-natale.¹⁹ Cette étude a montré que les femmes ayant bénéficié de visites post-natales régulières ont eu moins de complications, les

¹² Ministère de la santé, plan d'action 2012-2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, 2012, p : 12.

¹³ Ministère de la Santé Marocaine, Direction de la Population, les rapports de service de la santé maternelle et infantile, 2015.

¹⁴ Ministère de la santé, l'enquête confidentielle sur le décès maternel de 2010 au Maroc, 2012, 84p.

¹⁵ Ministère de la santé, Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, l'enquête confidentielle sur les décès maternels au Maroc : deuxième rapport du Comité national d'experts sur l'audit confidentiel des décès maternels, 2010, p :71.

¹⁶ Ministère de la santé, l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale-2017, 2018, p : 142-144.

¹⁷ Organisation mondiale de la Santé, Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé, Genève, 2006, p :12.

¹⁸ Office de la Naissance et de l'enfance., Groupement des Gynécologues de Langue Française de Belgique, Guide de post-partum, 2016, p : 23.

¹⁹ Brahmbhatt, Heena, et al., Association of HIV and Malaria with Mother-to-Child Transmission, Birth Outcomes, and Child Mortality, Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes, vol. 47, no. 4, 2008, p: 475.

Introduction

signes de danger ont été rapidement diagnostiqués et leur pronostic a été positif. En effet, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance a mis l'accent sur l'exigence d'inscrire la prise en charge de la mère dans le continuum de soins, qui couvre les 42 jours de la période post-natale, et ce, dans une vision de réduire significativement les risques de la morbidité et de la mortalité maternelles.²⁰

Des données argumentant la nécessité de mener des études sur la période post-natale, afin de toucher les accouchées qui malgré les soins octroyés en post-partum immédiat sont souvent négligées dans les jours et les semaines qui suivent leur accouchement.²¹ Spécifiquement, les conséquences sociales et économiques de la mortalité maternelle ne sont pas à omettre. Car, la mortalité maternelle a des impacts négatifs sur la société toute entière. Quand une femme meurt, la famille, la communauté et la société toute entière en subissent les conséquences négatives.²²⁻
23

En traçant pour objectif d'étudier la sous-utilisation des consultations post-natales et ses associations aux complications diagnostiquées chez les accouchées durant la période du post-partum. Cette étude a visé, au premier lieu, de trouver les variables qui expliquent cette sous-utilisation, et au deuxième lieu, de mettre en exergue les incidences des complications post-natales diagnostiquées, afin de montrer leurs associations à cette sous-utilisation.

Pour atteindre ces objectifs, l'enquête de cette étude a été réalisée selon les principes d'une étude de cohorte longitudinale prospective au niveau de la maternité Souissi de Rabat. Le choix du lieu de l'étude est un choix raisonné. Cette structure est une maternité de référence régionale et interrégionale, elle dispose d'une capacité litière fonctionnelle de 188 lits, d'un taux d'occupation moyenne de 78%, d'un Indice de Rotation de 0,81, et au cours de l'année 2018, elle a enregistré 19000 accouchements.²⁴

L'ossature de cette thèse s'articule autour de cinq chapitres. Le premier chapitre présente une synthèse bibliographique. Le deuxième chapitre relate la méthodologie adoptée pour la réalisation de l'enquête inscrite dans cette étude. Le troisième chapitre présente les résultats du terrain spécifiquement les variables qui expliquent la sous-utilisation des consultations

²⁰ Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, La situation des enfants dans le monde : la santé maternelle et néonatale, 2009, p :7-18.

²¹ Ministère de la santé, l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale-2017, 2018, p : 122-144.

²² Organisation Mondiale de la Santé, *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Rapport sur la santé dans le monde Genève, 7 avril 2005.

²³ Barry, B., Mortalité maternelle : cause et facteurs favorisant déterminés par l'autopsie verbale dans le département de Bakel, Université cheikh Anta Diop de Dakar, 2008, 90pg.

²⁴ Direction de la Maternité Souissi de Rabat, service de SSI, Rapport annuel, 2018.

Introduction

post-natales chez les enquêtées. Le quatrième chapitre avance les associations trouvées entre la sous-utilisation des consultations post-natales et les incidences des complications post-natales enregistrées chez les enquêtées. Le dernier et le cinquième chapitre propose la discussion des résultats en se référant à la synthèse bibliographique adoptée dans cette étude.

Problématique de la thèse

Problématique de la thèse

L'accès aux soins de santé de la reproduction est l'un des socles phares de la sacralisation du bien-être général des individus, des couples et des familles. Surtout que, 20 % de la charge mondiale de la morbidité chez les femmes sont liés aux pathologies afférentes à la reproduction.²⁵

En effet, depuis les années quatre-vingt-dix, la société savante médicale a mis l'accent sur l'importance de la santé de la reproduction et la nécessité d'inscrire ce nouvel élan dans les politiques de la santé de tous les pays. Pour qu'en 1994, la Conférence Internationale sur la Population et le Développement a fait de « *l'accès universel à la santé de la reproduction* » un pilier de développement et un objectif clef à atteindre par les systèmes de santé de nombreux pays signataires. Dès lors, plusieurs actions au niveau mondial ont été enregistrées en la matière. Dont, il y a lieu de citer l'édition, en 2004, la stratégie mondiale pour la santé de la reproduction ayant tracé les actions nécessaires à la réalisation des Objectifs du Millénaire pour le Développement, et, en 2015, la stratégie mondiale pour la santé de la femme, de l'enfant et de l'adolescent ayant préparé la réalisation des Objectifs du Développement Durable.²⁶

Si la santé s'est définie depuis 1946 par « *Un état de bien-être complet physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* »²⁷, les instances internationales définissent la santé de la reproduction comme étant « *Le bien-être général, tant physique que mental et social de la personne humaine, pour tout ce qui concerne l'appareil génital, ses fonctions et son fonctionnement et non pas seulement l'absence de maladies ou d'infirmités* »²⁸. Cette définition atteste que toute personne a le droit d'avoir une vie sexuelle satisfaisante en toute sécurité, d'avoir la possibilité de procréer en bénéficiant de services de santé de qualité, afin de prévenir et de résoudre les problèmes de santé susceptibles de surgir en matière de la reproduction. En effet, cette définition chapeaute des programmes multiples et variés telles que ; la santé maternelle et infantile, la planification familiale, les infections sexuellement transmissibles, les cancers de l'appareil reproducteur et d'autres, et ceci en prenant en compte les besoins des différentes catégories de la population.

²⁵ Ministère de la Santé, Direction de la Population, Stratégie Nationale de la santé de la reproduction 2011-2020. Juin 2011.

²⁶ Organisation Mondiale de la santé, la stratégie mondiale pour la santé de la femme et l'enfant et l'adolescent 2016-2030, 2015, 108 pg.

²⁷ Organisation Mondiale de la Santé, préambule de la Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, 1946.

²⁸ Organisation Mondiale de la santé, Op. Cit. p : 6.

Problématique de la thèse

Des sphères très variées et multiples dont chacune présente des défis nécessitant la réalisation des études probantes, pour mieux coordonner les actions à mener et de remédier d'une manière scientifique aux chiffres alarmants de la mortalité et la morbidité maternelle et infantile, des infections sexuellement transmissibles, des cancers et d'autres problèmes de la santé reproductive. En outre, la réalisation des études dans le domaine de la santé de la reproduction donnera lieu à la synergie nécessaire à l'atteinte des objectifs escomptés des stratégies suscitées. De surcroît, vu que les différentes composantes de la santé reproductive sont étroitement liées, toute recherche menée dans l'un de ses domaines aura des retombées positives sur les autres composantes.

L'importance de réaliser des études au sujet de la santé de la reproduction est clairement attestée dans des recherches réalisées au Brésil, en Inde, au Maroc et en Ouganda par des chercheurs confirmés. Ces études montrent que la réalisation des recherches a une influence énorme sur la vision adoptée par les stratégies de la santé de la reproduction dans ces différents pays. Pour ces chercheurs, la recherche en matière de la santé reproductive permet non seulement de dresser une lumière sur les besoins des différentes catégories de la population, mais également, de produire et de développer des connaissances scientifiques qui participent à la résolution rationnelle des problèmes de santé enregistrés.²⁹

Les résultats de l'étude de Vilpert³⁰ sur la santé de la reproduction corroborent l'importance de réaliser des études en matière de la santé reproductive. En effet, cette étude a montré que toute recherche en la matière permet, aussi bien, de changer les politiques de santé, et d'évaluer les services de santé, afin de mener les réorientations nécessaires, que de suivre et appréhender l'évolution des comportements en matière de la santé reproductive.

Devant ces constatations, il s'avère nécessaire de mener des études sur la santé de la reproduction. Néanmoins, puisque ses composantes sont multiples, il est judicieux de choisir l'une d'entre elles, pour arriver à des résultats pertinents et approfondir d'une manière scientifique et méthodique la réflexion dans le chantier choisi. Dans ce travail, le choix est fait pour la mortalité et la morbidité maternelle.

En fait, ce choix n'est pas aléatoire, car, depuis des décennies la question de la maternité sans risque n'a cessé d'occuper la première place au podium des préoccupations des instances

²⁹ L. Ashford et coll, Op. Cit. p : 6.

³⁰ S. Vilpert, Op. Cit. p : 6.

Problématique de la thèse

internationales. Sous l'égide des proclamations du droit à la santé reproductive, et devant des chiffres alarmants de la mortalité maternelle, ces instances ont déclaré des orientations et des directives prenantes, dont l'application a permis de réduire le ratio de la mortalité maternelle dans un certain nombre de pays. Arrivant ainsi, entre 1990 et 2015, à réduire de moitié le ratio de la mortalité maternelle à l'échelle mondiale.³¹ Pour atteindre de telle réalisation, un arsenal de mesures a été adopté pour faire de la grossesse et de l'accouchement des événements heureux, toutes en s'attaquant aux causes directes, largement impliquées dans les décès maternels avec un pourcentage de 85%³².

Cependant, si les progrès en termes de réduction de la mortalité maternelle sont très significatifs au niveau mondial, les pays en voie de développement enregistrent toujours des ratios très élevés. Illustrant l'écart existant entre les pays pauvres et les pays riches à ce sujet. Selon les rapports de l'Organisation Mondiale de la Santé « *la quasi-totalité des décès maternels (99%) se produisent dans les pays en voie de développement, dont plus que la moitié en Afrique et près d'un tiers en Asie de Sud...* »³³. En outre, le ratio de la mortalité maternelle dans les pays en développement est de 239 pour 100.000 naissances, contre 12 pour 100.000 dans les pays développés.³⁴ Des constatations corroborant les avancés de l'Organisation Mondiale de la Santé ayant constamment mis l'accent le gap qui se creuse de plus en plus entre les pays riches et les pays pauvres, en termes de mortalité maternelle.³⁵

Par ailleurs, l'OMS a déclaré que les pays en voie de développement ayant des ratios de mortalité maternelle très alarmants, doivent renforcer et accélérer les progrès dans une perspective « *de faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes* »³⁶.

Situés spécifiquement en Afrique et en Asie, ces pays enregistrent la mortalité des millions des accouchées le jour même de l'accouchement ou en post-partum précoce³⁷. Les raisons pour lesquelles le rapport « *la situation des enfants dans le monde : La santé maternelle et néonatale* » a relaté l'importance d'accorder aux pays d'Afrique et d'Asie une priorité très

³¹ Organisation Mondiale de la Santé, Mortalité maternelle, Op. Cit. p : 7.

³² Ibid.

³³ Organisation Mondiale de la Santé, Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030. Op. Cit. p: 7.

³⁴ Institut National d'Etude démographique, Op. Cit. p: 7.

³⁵ Ongoiba, O., Op. Cit. p: 7.

³⁶ Organisation Mondiale de la Santé, Organisation Mondiale de la Santé, La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, Op. Cit. p: 7.

³⁷ Ibid.

Problématique de la thèse

élevée dans les actions menées par les organisations internationales travaillant sur le volet de la santé maternelle. « *Il est impératif d'accorder une priorité plus élevée à l'Afrique et à l'Asie pour accélérer les progrès en faveur de la santé maternelle et néonatale. Ces deux continents sont ceux où les problèmes de survie et de santé maternelles et néonatales sont les plus graves car ils regroupent environ 95% des décès maternels.* »³⁸. Surtout que, ce rapport a constaté «... *que pour une femme des pays les moins avancés, le risque moyen, sur la vie entière, de mourir de complications liées à la grossesse et à l'accouchement est 300 fois plus élevé que pour une femme vivant dans un pays industrialisé. Aucun autre taux de mortalité ne va aussi loin dans l'inégalité...* »³⁹

En 2008, l'UNICEF, l'Organisation Mondiale de la Santé, le Fonds des Nations Unies pour la Population et la Banque Mondiale se sont convenus de travailler en collaboration, afin d'accélérer les progrès en faveur de la santé maternelle dans tous les pays qui enregistrent des ratios de mortalité et de morbidité les plus alarmants.⁴⁰ Toutefois, les résultats solennellement déclarés en 2015 attestent que, malgré tous les efforts réalisés, la situation reste toujours problématique dans ces pays. Hormis que, les mesures entreprises arrivent à donner des excellents résultats dans les pays développés⁴¹. La mortalité maternelle continue à ravager un nombre considérable des accouchées dans ces pays. Par exemple, l'Inde enregistre 190 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, le Niger 535 décès maternels pour 100.000 naissances vivantes, le Mali 368 décès maternels pour 100.000 naissances et la Mauritanie 510 décès maternels pour 100.000.⁴²

Devant ces chiffres inquiétants, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance relate dans son rapport sur la mortalité maternelle que la plupart des causes directes de cette mortalité sont faciles à traiter si un personnel qualifié est disponible, s'il y a le matériel nécessaire et s'il existe des centres de santé de proximité pour y envoyer la femme enceinte au temps opportun.⁴³ Dans ce même ordre d'idées, l'Organisation Mondiale de la Santé estime que « *la fourniture de soins efficaces à toutes les femmes et à tous les nouveau-nés à la naissance dans les établissements*

³⁸ Veneman, A-M., Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, La situation des enfants dans le monde : la santé maternelle et néonatale, 2009, 168p.

³⁹ Ibid. p: 10.

⁴⁰ Lawn, J-E., et coll, Op. Cit. p: 7.

⁴¹ Organisation Mondiale de la Santé, la Banque Mondiale, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, la Division des Nations Unies pour la Population, Op. Cit. p: 7.

⁴² Ibid, selon ce rapport les taux de mortalité dans les pays développés sont arrivés à des niveaux très bas ; par exemple l'Australie enregistre uniquement 2 décès pour 1000 naissances vivantes, le Canada 3décès pour 1000 naissances, le Japon 1 décès pour 1000 naissances vivantes.

⁴³ Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Op. Cit. p: 9.

Problématique de la thèse

pourrait prévenir 113 000 décès maternels, 531 000 mortinaissances et 1,3 million de décès de nouveau-nés chaque année d'ici à 2020) »⁴⁴.

Bartlett et coll dans leur étude sur la mortalité maternelle dans les régions d'Afghanistan ont montré que des millions de femmes qui survivent à l'accouchement sont victimes des séquelles de la grossesse, et des traumatismes divers, souvent pour leur vie tout entière. Nonobstant que, la plupart de ces décès ou de ces séquelles peuvent être évités si les femmes ont accès à des services de santé obstétricaux de qualité. Selon cette étude 80% des décès maternels peuvent être évités si les accouchées ont bénéficié d'un suivi de qualité pendant le travail et la période de post-partum.⁴⁵ En outre, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance considère que « *La santé des mères est inextricablement liée à celle des nouveau-nés et, très souvent, les mêmes interventions sont requises pour prévenir leur décès. Il s'agit, entre autres, de mesures essentielles comme les soins prénatals, la présence de personnel qualifié à la naissance, l'accès à des soins obstétricaux d'urgence si nécessaire, une alimentation adéquate, les soins post-partum, l'éducation pour améliorer la santé, l'alimentation et les soins des nourrissons et une bonne hygiène. Or, pour être réellement efficaces et durables, de telles interventions doivent se faire dans un cadre de développement qui s'efforce de les renforcer et de les intégrer dans des systèmes de santé et un environnement propices à la réalisation des droits de la femme... »⁴⁶*

Dans ce tableau le Maroc ne fait pas l'exception. En effet, en tant que signataire lors de la Conférences Internationales sur la Population et le développement de 1994, il a mené depuis les années quatre-vingt-dix de nombreux programmes et stratégies dans une vision d'améliorer la réponse du système de santé marocain aux besoins de la population dans le domaine de la santé de la reproduction. En outre, à l'instar des autres pays africains, en 2006, suite à l'élaboration du plan d'action de Maputo pour l'opérationnalisation de la politique continentale sur la santé sexuelle et reproductive et les droits humains, il a retenu l'importance d'améliorer l'état de santé reproductive de la population dans une perspective d'atteindre les Objectifs du Millénaire pour le Développement en matière de santé. Dès lors, le Maroc a adopté des programmes et des stratégies, dont il y a lieu de citer, la stratégie nationale de la santé de la

⁴⁴ Organisation Mondiale de la santé, Human Reproduction Programme. Strategies toward ending preventable maternal mortality. Geneva, 2015. Cité par la stratégie mondiale pour la santé de la femme et l'enfant et l'adolescent 2016-2030, 2015, p : 19.

⁴⁵ Bartlett, Linda A., et al., 'Where Giving Birth is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002', The Lancet, vol. 365, no. 9462, 5–11 mars 2005, pp. 864–870. Cité par Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, La situation des enfants dans le monde : la santé maternelle et néonatale, 2009, p : 2.

⁴⁶ Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Op. Cit. p: 9.

Problématique de la thèse

reproduction 2011-2020, dont la première composante retenue, pour le développement d'une offre de soins intégrée en santé reproductive, est la santé maternelle et infantile (soins prénatals et post-natals, et les soins du nouveau-né.)⁴⁷

Dans cette mouvance, le ministère de la santé a entamé le renforcement des structures de soins en équipement, en matériel médicotechnique et en médicaments pour assurer une prise en charge intégrée. Comme il a assuré le développement des centres de référence de la santé de la reproduction pour améliorer l'accessibilité de la population à des prestations de santé de la reproduction de qualité. Afin de contribuer à la réduction de la mortalité et la morbidité liées à la santé de la reproduction⁴⁸. De même, dans le cadre de la stratégie nationale de la santé reproductive, le ministère de la santé a tracé la réorientation du circuit des clients au sien des établissements de soins de santé primaire, pour faciliter l'accès aux services de la santé reproductive, et assurer la continuité de la prise en charge des patients, et la complémentarité des différents intervenants. Sans omettre que, la sensibilisation et la formation des professionnels de santé, pour délivrer des prestations intégrées en santé reproductive au niveau, entre autres, des centres de santé, des centres de référence de la santé de la reproduction et des maternités, ont été, également, réalisées.⁴⁹

Certes que, en s'inscrivant dans cette mouvance, et sous l'égide du plan d'action 2012-2016 pour l'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, le ministère de la santé marocain a mené une panoplie d'action dans le but ultime est de réduire ces mortalités. Néanmoins, les efforts consentis par le ministère de la santé n'ont pas pu arriver l'objectif escompté pour la fin de 2015, à savoir ; la réduction de la mortalité maternelle à 50 décès pour 100.000 naissances vivantes⁵⁰. Selon les résultats de l'enquête nationale sur la population et la santé familiale de 2017, le ratio de la mortalité maternelle est de 72,6 décès pour 100.000 naissances vivantes.⁵¹ Montrant ainsi, qu'au Maroc la mortalité maternelle demeure un problème de santé publique. Hormis que, l'enquête confidentielle sur le décès maternels⁵² a révélé que 73% des décès maternels sont évitables et que les décès les plus souvent évitables

⁴⁷ Ministère de la Santé, Direction de la Population, Stratégie Nationale de la santé de la reproduction 2011-2020, Op. Cit. p: 12.

⁴⁸ Ministère de la Santé, Direction de la Population, Centres de référence de la santé de la reproduction : organigramme et fonctionnement, Juin 2011, p : 6-8.

⁴⁹ Ministère de la Santé, Direction de la Population, Stratégie Nationale de la santé de la reproduction 2011-2020, Op. Cit. p: 12.

⁵⁰ Ministère de la santé, plan d'action 2012-2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, Op. Cit. p: 8.

⁵¹ Ministère de la Santé Marocaine, Direction de la Population, les rapports de service de la santé maternelle et infantile, Op. Cit. p: 8.

⁵² Ministère de la santé, l'enquête confidentielle sur le décès maternel de 2010 au Maroc, Op. Cit. p: 8.

Problématique de la thèse

sont ceux qui sont en relation avec les causes directes avec un pourcentage de 88%. D'où l'importance d'améliorer la prise en charge globale des femmes enceintes et des accouchées, en l'occurrence, le renforcement du programme de la consultation post-natale. D'ailleurs, la même enquête a révélé que seules 5.4% des femmes décédées ont bénéficié de consultations convenables en nombre et en qualité.

Parmi les causes directes enregistrées, les hémorragies sont diagnostiquées dans 54% des cas des décès maternels, les pathologies hypertensives sont associées aux décès maternels dans 24% des cas, et les infections sont enregistrées dans 8% des cas. Le temps où, les causes indirectes ont été essentiellement les cardiopathies dans 3% des cas, et les pathologies infectieuses dans 26% des cas de décès maternels.⁵³

Les conséquences sociales et économiques de la mortalité maternelle ne sont pas à omettre car, la mortalité maternelle a des impacts négatifs sur la société toute entière. Sur le plan social, quand une femme meurt, la famille, la communauté et la société toute entière en subissent des conséquences importantes. La société perd son principal facteur de cohésion et de stabilité. L'éducation, la santé et la survie de ses enfants seront menacées. Ces décès sont préjudiciables au développement et au bien-être social, puisque environ un million d'enfants se retrouvent orphelins chaque année avec dix fois plus du risque de mourir dans les deux années qui suivent le décès de leur mère.⁵⁴ En outre, de ces conséquences sociales, la mortalité maternelle influence négativement l'économie nationale des pays en développement. Dans son étude sur la mortalité maternelle, Barry relate que les pertes de production liées à la morbidité et à la mortalité maternelle sont estimées à plus de 27,4 millions de dollars au niveau des pays en voie de développement. Egalement, il a rapporté que les pertes occasionnées par des invalidités maternelles sont estimées à 209,1 millions de dollars.⁵⁵

Certes que la mortalité maternelle est une problématique investie par un nombre important de recherche épidémiologique et des études à grande échelle, mais la persistance des ratios élevés de la mortalité maternelle argumente davantage la nécessité de mener d'autres études, dans une vision d'acquiescer de nouvelles connaissances empiriques qui sont susceptibles d'aider à l'atteinte des Objectifs du Développement Durable en matière de la santé maternelle. Par

⁵³ Ministère de la santé, Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, l'enquête confidentielle sur les décès maternels au Maroc : deuxième rapport du Comité national d'experts sur l'audit confidentiel des décès maternels, Op. Cit. p: 8.

⁵⁴ Organisation Mondiale de la Santé, Op. Cit. p: 9.

⁵⁵ Barry, B., Op. Cit. p: 9.

Problématique de la thèse

ailleurs, Le sixième axe stratégique de la stratégie nationale de la santé de la reproduction 2011-2020 a relaté la nécessité du développement de la recherche et des études épidémiologiques dans le domaine de la santé de la reproduction en vue, d'une part, de documenter les composantes de ce domaine, et d'autre part, d'orienter la conception des directives de la prise en charge intégrée à tous les niveaux du système de santé.⁵⁶

Selon les résultats de l'enquête confidentielle sur les décès maternels, le post-partum est un maillon faible des soins, nonobstant qu'il est imputé plusieurs fois dans les facteurs associés aux décès maternels. La raison pour laquelle les recommandations de cette enquête ont insisté sur l'importance d'intensifier la surveillance des femmes au post-partum.⁵⁷ En effet, l'enquête nationale sur la population et la santé familiale de 2017 a solennellement relaté que durant les cinq années précédant la réalisation de l'enquête uniquement 21,9% des accouchées ont bénéficié de soins post-natals. D'où la nécessité de mener des actions convenables, afin de prendre en charge, en temps opportun, les complications qui peuvent survenir au cours du post-partum.⁵⁸ Surtout que, l'Organisation Mondiale de la santé, n'a cessé de déclarer que le risque de mourir pour les accouchées est notablement élevé pendant les jours qui suivent l'accouchement.⁵⁹

Des études réalisées par Brahmhatt, Heena, et al ont montré que la morbidité maternelle diminue lorsque la mère bénéficie d'une surveillance dans la période de post-partum.⁶⁰ Cette étude a montré que les femmes ayant bénéficié de visites régulières pour des soins post-natals ont eu moins de complications, les signes de danger ont été rapidement diagnostiqués et leur pronostic a été positif.

En effet, dans son rapport « *La situation des enfants dans le monde : la santé maternelle et néonatale* » le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance a mis l'accent sur l'exigence d'inscrire la prise en charge de la mère dans le continuum de soins, qui couvre les 42 jours de la période de post-partum, et ce, dans une vision de réduire significativement les risques de morbidité et de mortalité maternelle. « *Les progrès de la médecine moderne permettent parfois de retarder le décès d'une femme au-delà des 42 jours de la période post-partum. C'est pour toutes ces raisons qu'on a parfois recours à des définitions alternatives de la mortalité maternelle. L'une*

⁵⁶ Ministère de la Santé, Op. Cit. p: 12.

⁵⁷ Ministère de la santé, Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, l'enquête confidentielle sur les décès maternels au Maroc : deuxième rapport du Comité national d'experts sur l'audit confidentiel des décès maternels, Op. Cit. p: 8.

⁵⁸ Ministère de la santé, l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale-2017, 2018, Op. Cit. p: 8.

⁵⁹ Organisation mondiale de la Santé, Op. Cit. p: 8.

⁶⁰ Brahmhatt, Heena, et al., Op. Cit. p: 8.

Problématique de la thèse

d'elles prend en compte toute cause de décès pendant la grossesse ou la période post-partum.»⁶¹.

Des données attestant la nécessité de mener des études autour de la période post-natale, afin de toucher les accouchées qui malgré les soins octroyés en post-partum immédiat, elles sont souvent négligées dans les jours et les semaines qui suivent l'accouchement. Des semaines peuvent passer avant qu'elles ne soient de nouveau en contact avec un personnel de santé. D'ailleurs l'analyse des résultats de l'enquête nationale sur la population et la santé familiale de 2017, a montré que les accouchées étudiées ont moins recours aux soins post-natals qu'aux soins prénatals ou à un accouchement assisté. 88,5 % des femmes accouchées durant les cinq années précédant la réalisation de l'enquête ont reçu des soins prénatals qualifiés, et 86,1% de ces accouchées ont donné naissance à leurs bébés dans un établissement sanitaire. Tandis que, les consultations post-natales n'ont pas été enregistrées qu'auprès 21,9% des accouchées enquêtées.⁶²

⁶¹ Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, Op. Cit. p: 9.

⁶² Ministère de la santé, Op. Cit. p: 9.

Généralités

Généralités au sujet de la consultation post-natale

II- L'histoire de l'institution du suivi post-natal

Entre le 18^{ème} siècle et le début du 20^{ème} siècle la mortalité maternelle est imputé de ravager des millions de vie dans les pays industrialisés. Aux Etats Unis, 1,5% des femmes sont mortes en couches.⁶³ En France, le ratio de la mortalité maternelle a été 70 fois supérieur qu'aux ratios enregistrés au cours des années soixante-dix.

Pour faire face à ces chiffres alarmants, Au début du 20^{ème} siècle, la consultation prénatale et les premiers soins de la consultation post-natale ont été initialement instaurés au niveau des pays occidentaux. En l'occurrence, En 1901, aux Etats-Unis et en Angleterre, grâce, successivement, à la District Nursing Association du Boston Lying-In Hospital et à John William Ballantyne, Et en 1910, en Australie grâce à Wilson.⁶⁴

Dès lors, le moment et le contenu de soins a changé pour avoir une réduction spectaculaire des ratios de la mortalité maternelle vers le milieu du 20^{ème} siècle. La prestation des soins post-natals concerné les différents secteurs de santé, aussi bien hospitalier que primaire, sans omettre les soins qui se prodigués dans la maison de l'accouchée. Après la sortie de la structure d'accouchement, les sages-femmes visitées ces dernières tous les jours, et ce, pendant 10 jours. A l'époque, la participation des soins post-natals dans la réduction de la mortalité maternelle est assurée moyennant son paquet minimum de soins. En effet, ce paquet couvre l'examen clinique de routine, l'observation de la femme et de son nouveau-né, le dépistage systématique des troubles potentiels chez eux, le soutien à l'alimentation des nourrissons et la fourniture continue d'informations et de soutien. Ces soins post-natals prennent fin généralement par un examen post-natal à la 8^{ème} semaine après l'accouchement ; marquant ainsi, la fin des soins de maternité. Selon le rapport de la commission d'audit, publié en Angleterre en 1997, malgré qu'une politique de visite sélective a été introduite, dans de nombreux pays européens, le profil traditionnel de la visite quotidienne a persisté. Montrant ainsi, l'importance que revêtent ces visites.⁶⁵

Pour plus d'efficience, au cours de ces dernières décennies, des études ont été réalisées dans une perspective de mettre en exergue les spécificités que la planification des soins post-natals

⁶³ Helmuth, L., « La honteuse histoire de la mortalité maternelle », Slate magazine, Octobre 2013.

⁶⁴ Traore, Y., analyse rétrospective des consultations externes, prénatales et post-nales de l'année 2012 et étude de cas courants au niveau du CSCOM de la commune rurale de Banguineda -camp (cercle de kati, région de koulikoro), Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako, Faculté de médecine, thèse pour obtenir doctorat d'Etat, 2014, p : 4-13.

⁶⁵ Demott, K., Post-natal care: Routine post-natal care of women and their babies, The National Collaborating Centre for Primary Care, 2006, p: 9.

Généralités

doit prendre en considération, et ce, pour une éventuelle adaptation des protocoles et des procédures de prise en charge. Parmi les aspects soulevés, il y a lieu de citer ; l'adaptation des soins post-natals aux besoins de santé physique et émotionnelle des femmes; la prise en considération des besoins des pères en matière de parenté ; la prise en considération des besoins des femmes issues de divers cultures et ayant des besoins spécifiques tels que les handicaps physiques.⁶⁶

Dans une réponse à ces résultats, Demott et coll ont édité un rapport intitulé « *Clinical Guidelines And Evidence Review For Post Natal Care : Routine Post Natal Care Of Recently Delivered Women And Their Babies* » pour rehausser la qualité des consultations post-natales. Puisque cette période marque l'établissement d'une nouvelle phase de la vie familiale pour les mères et leurs maris et le début d'une santé à vie pour les nouveau-nés, il est important de définir des normes de soins claires dans ce domaine. Surtout qu'il existe une incertitude quant aux meilleures pratiques. Partant ce postulat, ce rapport a implanté des directives de la prise en charge post-natale dont la mère est la pierre angulaire. Il a mis l'accent sur l'importance des soins post-natals individualisés développés en concertation avec la femme durant la période anténatale ou le plus tôt possible après l'accouchement, en prenant en considération les déterminants maternels, relevés de la période prénatale, intrapartum et post-natale. Selon ce rapport, ce plan élaborer par le prestataire de soins en intime collaboration avec la femme enceinte et son marie, doit être revu à l'occasion de chaque post-natal contact, afin de le réajuster si nécessaire et de l'adapter aux nouveaux besoins détectés ou exprimés par l'accouchées ou son marie, dans une vision de permettre à la femme de promouvoir elle-même sa santé et la santé de son bébé.⁶⁷

Si dans les pays occidentaux l'introduction des premiers soins post-natals remontent au début du 20^{ème} siècle, l'institution de la consultation post-natale au Maroc n'est officiellement faite qu'à partir de 1974, et ceci, malgré les ratios élevés enregistrés après l'indépendance au sujet de la mortalité maternelle. Dans le cadre du changement de l'approche adoptée par le ministère de la santé pour faire face à cette dernière, entre 1970 et 1974, le Ministère a changé l'intitulé du programme de la « protection Maternelle et Infantile » à la « Protection de la santé de l'Enfant ». Ce changement a été accompagné par la codification de la consultation prénatale à

⁶⁶ Singh, D., Newburn, M., 2000, *Becoming a Father: Men's Access to Information and Support about Pregnancy, Birth, and Life with a New Baby*. London: National Childbirth Trus, dans Demott, K., Op. Cit. p: 22.

⁶⁷ Demott, K., Op. Cit. p: 22.

Généralités

raison de trois visites prénatales et une en post-natale. Néanmoins, les structures et le personnel ont été insuffisants pour couvrir l'ensemble du pays.⁶⁸

Nonobstant qu'en 1977 une évolution dans le concept de la protection de la santé de la mère est enregistrée, mais les changements programmatiques n'ont pas suivi. En 1975, un guide d'activités de la protection de la santé de la mère a été produit à l'intention des prestataires de soins, avec des fiches techniques qui concernent uniquement les activités de la surveillance de la grossesse, sans prendre en compte la prise en charge en intrapartum et en post-partum. Ce n'est que dans le cadre de la stratégie nationale développée entre 1988 et 1995 que l'importance de la prise en charge en post-partum a surgi. En traçant, d'une part, comme premier axe d'intervention, l'amélioration de la qualité des services et l'augmentation du recrutement de la consultation prénatale et post-natale, et d'autre part, en tant que l'un des objectifs spécifiques de la stratégie, d'assurer la prise en charge de 50% des accouchées en post-natale. Pour réaliser cet objectif le ministère de la santé a mené une panoplie d'action dont la dotation des cellules de la santé maternelle et infantile des kits standards de consultation prénatale et post-natale en 1991.⁶⁹

La stratégie nationale développée à partir de 1995 a envisagé cinq objectifs à réaliser pour 2004, dont il y a lieu à citer ; l'objectif relatif à la réduction de la fréquence des états morbides secondaires à la grossesse, à l'accouchement et au post-partum, en prenant en charge tous les épisodes morbides et infectieux.⁷⁰ De surcroît, le troisième axe de cette stratégie a prévu l'amélioration de la prise en charge de la mère en post-partum. Dans cet axe d'intervention, l'accent est mis sur la sensibilisation des professionnels de santé à l'importance de la période post-natale. Car cette dernière a apparue de plus en plus comme « *une période tout aussi importante que celles de la surveillance de la grossesse et de l'accouchement. La prise en charge de cette période est cruciale, vu que 46% des décès maternels surviennent dans les deux mois qui suivent l'accouchement* ». ⁷¹ Les activités tracées dans le cadre de cet axe comprennent essentiellement : ⁷²

➤ La surveillance systématique de l'accouchée durant le post-partum immédiat, afin de prévenir, et le cas échéant, de prendre en charge les principales complications chez la mère ;

⁶⁸ Hajji, N., Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelles et Néonatales, ministère de la santé, 2002, p : 8-30.

⁶⁹ Ibid.

⁷⁰ Ibid. p : 11.

⁷¹ Ibid. p : 18.

⁷² Ibid.

Généralités

- La sensibilisation des femmes sur l'importance de la consultation post-natale précoce et tardive et les encourager à se présenter à la cellule de la santé maternelle et infantile pour un suivi régulier ;
- Le renforcement de la consultation post-natale, pour fournir aux femmes les conseils éducatifs en matière d'hygiène, de nutrition, d'allaitement maternel exclusif, et de planification familiale.

Cette prise de conscience s'est accompagnée d'une part, en 1996, d'un film vidéo sur les soins à donner à la mère, et d'autre part, en 2000, de la production d'un guide de formation, en partenariat entre le ministère de la santé, l'UNICEF et le CHU de Rabat, sur la période de post-partum, dont l'objectif a été de mettre à la disposition des personnels soignants des conduites à tenir pour le dépistage et le traitement des complications des suites de couches.⁷³

Le plan d'action 2008-2012 a contenu moins d'action relative à la consultation post-natale, en comparaison avec la stratégie de 1995. Ce plan d'action a envisagé d'atteindre 80% de femmes ayant fait au moins une consultation post-natale. Pour arriver à la réalisation de cet objectif, son 2^{ème} axe stratégique a tracé l'amélioration de la qualité de la consultation post-natale, en tant que quatrième activité de l'action 89.⁷⁴

Le taux fixé pour les femmes ayant fait au moins une consultation post-natale n'a pas été atteint. En effet, le plan d'action 2012-2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale a déclaré que le taux des consultations de post-partum est à 23% en 2011. La raison pour laquelle, ce plan d'action a fixé d'atteindre une couverture de 95% en 2016. Pour arriver à ce taux ce plan d'action a tracé l'extension de la gratuite à la prise en charge en post-partum, notamment, dans le cas des hémorragies et des infections du post-partum. Comme il a fixé la systématisation de la surveillance de l'accouchée à travers l'élaboration d'une fiche de suivi standard ; et la nécessité de former les médecins généralistes en matière de la consultation prénatale et la consultation post-natale. Sans omettre, la médicalisation de la première consultation post-natale (48 après l'accouchement) ; l'obligation d'un examen et d'un avis médical pour évaluer l'état de santé de la parturiente avant sa sortie de la structure d'accouchement ; et l'institution des visites à domiciles avant le 8^{ème} jour du post-partum pour le suivi des parturientes en milieu rural.⁷⁵

⁷³ Hajji, N., Op. Cit. p: 24.

⁷⁴ Ministère de la santé, Plan d'action santé, 2008-2012 : « Réconcilier le citoyen avec son système de santé », Maroc, 2008, p : 58- 94.

⁷⁵ Ministère de la santé, le plan d'action 2012-2016 pour l'accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale, Maroc, 2012, p : 4-11.

Généralités

Pour plus d'efficacité, le plan national d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2012-2016 s'est accompagné par l'édition d'une campagne nationale de communication et de mobilisation sociale pour la promotion de la surveillance de la grossesse, et du post-partum.⁷⁶

II- Le suivi post-natal : Intérêt et modalités

Le terme « post-partum » provient du mot latin *partus* qui signifie accouchement.⁷⁷ Ainsi, le post-partum désigne la période qui suit l'accouchement. En 1998, L'Organisation Mondiale de la Santé a édité un guide pratique relatif aux soins de santé durant la période de post-partum. Selon ce guide, « *il n'y a pas de définition officielle du post-partum, également appelé « suite de couches, le post-partum est traditionnellement défini comme étant la période s'étalant sur six semaines après l'accouchement»*⁷⁸, en d'autres termes dès l'accouchement jusqu'à le retour des couches. Selon les recommandations de l'Organisation Mondiale de la santé de 2013. Le terme post-natal est un terme fédérateur « *En raison du caractère interchangeable des termes « post-partum » et « post-natal », le premier se référant à la mère et le second, au bébé, qui porte parfois à confusion, un terme unique, à savoir « post-natal » devrait être utilisé pour toutes les questions relatives à la mère et au bébé depuis la naissance et jusqu'à six semaines (42 jours) ».*⁷⁹

« *La période du post-partum est cruciale pour la mère, l'enfant et le couple parental. Leur santé physique, psychologique et sociale peut être contrariée, voire menacée.* ».⁸⁰ Par ailleurs, Chaque année 289000 décès maternels surviennent au cours de cette période suite à des complications de différents types⁸¹.

Cette période se caractérise par le retour de l'organisme de la femme et de ses organes génitaux à leur état initial ; le débit cardiaque, le volume sanguin, et la composition de sang reviennent à leur état pré-gravidique ; l'involution utérine se produit ; et le mécanisme de la lactation

⁷⁶ Ministère de la santé, Plan national d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2012-2016 : Campagne nationale de communication et de mobilisation sociale pour la promotion de la surveillance de la grossesse, post-partum et de l'accouchement en milieu surveillé, 2014, p : 21-22.

⁷⁷ Dictionnaire médical, avec atlas anatomique, 6ème édition, Masson, 2009.

⁷⁸ Organisation Mondiale de la Santé, Soins à la mère et au nouveau-né dans le postpartum : Guide pratique. Rapport d'un groupe de travail technique, 1998, Genève. Dans Nkurunziza, M., Analyse du recours aux soins obstétricaux au Burundi : Déterminants et motivation, Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et communication, Presses universitaires de Louvain, 2014, p :65.

⁷⁹ Organisation Mondiale de la Santé, Post-natal care of the mother and newborn, 2013, 59pg.

⁸⁰ Barlow, P., et al., Guide du postpartum, L'office de la naissance et de l'enfance, Groupement des Gynécologues de Langue Française de Belgique Paris, 2016, 705pg.

⁸¹ Langlois, E-V., « Inequities in post-natal care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis », Organisation Mondiale de la Santé, Systematic reviews, 2015, n°93, p: 259.

Généralités

s'installe. Ce n'est qu'après six semaines que le corps de l'accouchée prend son état non gravide et les changements physiologiques induits par la grossesse disparaissent.⁸²

De surcroît, la naissance d'un nouveau-né s'accompagne d'un bouleversement nécessitant des adaptations qui peuvent susciter des difficultés chez la mère, voir même, des complications d'ordre psychologique. De ce fait, le post-partum est une période de transition qui peut être ressentie comme stressante, et elle peut, dans certains cas, engendrer chez l'accouchée des dysfonctionnements plus ou moins importantes. D'où la nécessité de suivre convenablement la mère pour l'aider à surmonter les difficultés à travers des actions d'accompagnement et d'éducation.⁸³

Demott, dans son travail intitulé « *Post-natal care : Routine post-natal care of women and their babies* » a attesté que plusieurs essais contrôlés randomisés menés au cours de la période post-natale, ont montré la corrélation existante entre les soins postnataux et la prévention des complications mentales maternelles. Les scores de satisfaction maternelle et les résultats de la santé mentale maternelle ont été nettement supérieurs aux témoins à plusieurs reprises.⁸⁴

Des réalités ayant incité l'Organisation Mondiale de la Santé de recommander l'obligation de donner à toutes les accouchées des soins post-natals de qualité, dans une vision de prévenir et d'identifier précocement les éventuelles complications qui peuvent survenir, cas échéant les prendre en charge dans une perspective d'améliorer le pronostic maternel.⁸⁵ Étant donné que ces soins réduisent le risque de complications, aident les mères à répondre convenablement aux besoins du nouveau-né et préviennent les grossesses rapprochées, grâce à une bonne communication autour des méthodes contraceptives.^{86 87}

Pour prodiguer efficacement les soins durant la période post-natale, le post-partum est subdivisé en 3 sous-périodes, dont chacune se constitue d'un paquet de soins à donner à la femme enceinte. La première sous-période est le post-partum immédiat, qui correspond à la période de deux heures qui suit la délivrance. Généralement c'est le délai de la surveillance de l'accouchée à la salle de naissance. La deuxième sous-période est le post-partum précoce qui commence au niveau de suites de couches, c'est-à-dire après les deux heures de la surveillance au niveau de la salle d'accouchement, et se termine au 8^{ème} jour après la naissance. Et la troisième

⁸² Nkurunziza, M., Op. Cit. p: 26.

⁸³ Razurel, C., et al., « Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? », Recherche en soins infirmiers, n° 106, 2011, p : 47-58.

⁸⁴ Demott, K., Op. Cit. p: 22.

⁸⁵ Organisation Mondiale de la Santé, Op. Cit. p: 26.

⁸⁶ Unicef, Oms, Unesco, Unfpa, Pnud, Onusida, Pam et Banque mondiale., *Savoir pour sauver*, 4^{ème} édition, New York, 2010, p :12.

⁸⁷ Franke, S., « la consultation post-natale un créneau à prendre », mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme, Université Henri Poincaré, Nancy I, École de Sages-femmes de Metz, 2009, 80pg.

Généralités

sous-période est le post-partum tardif qui prend le relais de la sous-période précédente et s'étant jusqu'à la 6^{ème} semaine après la naissance ; date de retour de couches dans la majorité des cas.⁸⁸

Selon le guide « *savoir pour sauver* » ; co-publié par plusieurs instances internationales œuvrant dans le domaine de la santé maternelle et infantile, « *L'état de santé de la mère et de l'enfant devrait être vérifié régulièrement dans les 24 heures suivant la naissance, ainsi que pendant la première semaine et de nouveau six semaines après l'accouchement. En cas de complications, il faut procéder à des examens médicaux plus fréquents.* »⁸⁹ Pour assurer cette prise en charge dans les normes, l'Organisation Mondiale de la Santé a publié en 2013 les grandes lignes des recommandations relatives aux soins post-natals de la mère. Ces recommandations sont au nombre de 12. Elles proposent des actions programmatiques ou politiques concernant ; la sortie d'un établissement de santé après la naissance ; le nombre de visites post-natales et leur calendrier ; les visites à domicile pour les soins post-natals ; l'évaluation du bébé ; l'allaitement maternel exclusif ; les soins du cordon ombilical ; d'autres soins post-natals du nouveau-né ; l'évaluation de la mère ; et le conseil.

Au Maroc, les directives du ministère de la santé stipulent que les visites de suivi en période post-natale sont au nombre de 3 trois visites pour la femme. Avec la possibilité d'avoir des consultations supplémentaires si l'état de la santé de la mère l'exige. En général, la mère doit bénéficier d'une consultation ; à la fin de son séjour dans l'établissement ou le lieu d'accouchement ; au 8^{ème} jour après l'accouchement ; et vers le 40^{ème} jour après l'accouchement. Selon le guide de la campagne nationale de communication et de mobilisation sociale pour la promotion de la surveillance de la grossesse, de l'accouchement en milieu surveillé, et du post-partum, les objectifs tracés pour la surveillance post-natale sont au nombre de trois :⁹⁰

- Dépister précocement les complications survenues chez la mère ;
- Délivrer à la mère des soins préventifs et curatifs de qualité ;
- Prodiguer les conseils nécessaires pour la promotion de la santé de la mère.

⁸⁸ Ministère de la Santé, Classe des mères : guide méthodologique à l'usage des professionnels de santé, 2^{ème} édition, 2015, p :20.

⁸⁹ Unicef, Oms, Unesco, Unfpa, Pnud, Onusida, Pam et Banque mondiale., Op. Cit. p: 26.

⁹⁰ Ministère de la santé, Op. Cit. p: 26.

Généralités

La concrétisation de ces objectifs nécessite le contrôle des paramètres suivants durant toute la période post-natale :^{91 92}

	Aspects à surveiller	Fréquence	Conseils à prodiguer
Post-natal immédiat (2heures après l'accouchement)	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etat général : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Conscience, pouls, TA, Température, et les conjonctifs. ✓ L'appréciation de la miction : volume, spontanée ou non. ➤ Examen clinique : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Globe utérin de sécurité ; l'aspect et la quantité des saignements. ➤ L'examen du périnée : présence d'un œdème, d'un hématome <ul style="list-style-type: none"> • La médication en cours : nature et débit de la perfusion. • La surveillance postopératoire en cas d'une césarienne. 	Chaque 20 min	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les signes de danger du post-partum pour la mère ; ➤ La mise au sein précoce ;
Post-partum précoce 48H	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etat général : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pouls, TA, Température ➤ Examen clinique : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Seins : la sécrétion du colostrum ✓ Involution utérine. J1 : à l'ombilic ✓ Présence du globe de sécurité ✓ Lochies : aspect, quantité, odeur, couleur. ✓ Périnée : épisiotomie déchirure réparée, œdème, hématome. ✓ Mollets à la recherche des signes des phlébites. ✓ Evacuation vésicale et rectale. ➤ Soins à prodiguer : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Soins des seins ✓ Toilette intime ✓ Soins de périnée ✓ Administration de l'anti-d si nécessaire ✓ Le premier lever de la césarisée. 	Quotidiennement	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Signes de danger de la période post-natal pour la mère. ➤ Signes de dépression du post-partum. ➤ Les tranchés du post-partum ; ➤ Hygiène féminine. ➤ Comment s'occuper du nouveau-né. ➤ Comment stimuler le développement psychoaffectif et sensorial du nourrisson. ➤ Allaitement exclusif au sein à la demande, de jour comme de nuit au moins 8 fois par 24 heures.

⁹¹ Barkat, A., Post-partum précoce normal et pathologique : Rôle du pédiatre en maternité, Ecole nationale de santé publique, 2015, 66pg.

⁹² Ministère de la Santé, Op. Cit. p: 28.

Généralités

<p>Première consultation post-natale (médicalisé)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Etat général : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pouls, TA, Température ➤ Examen clinique : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Seins : la sécrétion du colostrum ✓ Involution utérine. J2 : à l'ombilic <ul style="list-style-type: none"> ✓ Présence du globe de sécurité ✓ Lochies : aspect, quantité, odeur, couleur. ✓ Périnée : épisiotomie déchirure réparée, œdème, hématome. ✓ Mollets à la recherche des signes des phlébites. ✓ Evacuation vésicale et rectale. 	<p>A la sortie de la structure d'accouchement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Signes de danger de la période post-natal pour la mère. ➤ Signes de dépression du post-partum. ➤ Les tranchés du post-partum ; ➤ Hygiène féminine. ➤ Comment s'occuper du nouveau-né. ➤ Comment stimuler le développement psychoaffectif et sensorial du nourrisson. ➤ La monter laiteuse. ➤ Allaitement exclusif au sein à la demande, de jour comme de nuit au moins 8 fois par 24 heures. ➤ Nutrition maternelle. ➤ Planification familiale. ➤ Vaccination.
<p>Deuxième consultation post-natale</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Interrogatoire : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Le déroulement de l'accouchement (voie d'accouchement ; épisiotomie, poids à la naissance). ✓ Appréciation de l'état général de la mère depuis la sortie de la maternité. ✓ L'expérience de suite de couches et le retour à domicile. ✓ L'apparition des signes de risque. ✓ L'existence des douleurs. ✓ La monter laiteuse. ✓ L'allaitement maternel. ✓ Le sommeil. ✓ La nutrition. ➤ Tous problèmes ressentis par l'accouchée. ➤ Examen général : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pouls, TA, Température. ✓ Seins : recherche d'une complication de l'allaitement maternel. ✓ L'examen de la cicatrice de césarienne à la recherche d'infection. ✓ Mollets à la recherche des signes de phlébite, varices. ✓ Dépister les troubles psychologiques du post-partum. 	<p>8ème jour après l'accouchement</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Signes de danger de la période post-natal pour la mère. ➤ Signes de dépression du post-partum. ➤ Hygiène féminine. ➤ Comment s'occuper du nouveau-né. ➤ Comment stimuler le développement psychoaffectif et sensorial du nourrisson. ➤ Allaitement exclusif au sein à la demande, de jour comme de nuit au moins 8 fois par 24 heures. ➤ Nutrition maternelle. ➤ Planification familiale.

Généralités

	<p>➤ Examen gynécologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Involution utérine. J7 : à mi-chemin entre l'ombilic et symphyse pubienne. ✓ Lochies : aspect, quantité, odeur, couleur. ✓ Périnée : apprécier la cicatrisation d'une épisiotomie, une déchirure réparée. Présence d'un œdème, d'un hématome, ✓ Recherche d'une incontinence urinaire ou anale. ✓ Recherche d'hémorroïdes. <ul style="list-style-type: none"> • Supplémentation en vitamine A et en Fer • Vérification de la prise de l'anti-D si la femme est Rhesus négatif. • Référer au médecin en cas de complication post-natale pour prise en charge. 		
Troisième consultation post-natale	<p>➤ Interrogatoire :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Appréciation de l'état général de la mère depuis la dernière consultation. ✓ L'apparition des signes de risque. ✓ L'existence des douleurs. ✓ L'allaitement maternel. ✓ Le sommeil. ✓ La nutrition. ✓ Tous problèmes ressentis par l'accouchée. <p>➤ Examen général :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pouls, TA, Température. ✓ Seins : recherche d'une complication de l'allaitement maternel. ✓ L'examen de la cicatrice de césarienne. ✓ Dépister les troubles psychologiques du post-partum. ✓ Recherche d'une incontinence urinaire ou anale. ✓ Recherche d'hémorroïdes. <p>➤ Examen gynécologique :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Involution utérine : situation pré-gravide. ✓ Retour des couches. ✓ Périnée : apprécier la cicatrisation d'une épisiotomie, une 	40 ^{ème} jour après l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Signes de danger de la période post-natal pour la mère. ➤ Signes de dépression du post-partum. ➤ Hygiène féminine. ➤ Comment s'occuper du nouveau-né. ➤ Allaitement exclusif au sein à la demande, de jour comme de nuit au moins 8 fois par 24 heures.

Généralités

	déchirure réparée. Présence d'un œdème, d'un hématome, <ul style="list-style-type: none"> • Supplémentation en Fer. • Référer au médecin en cas de complication pour prise en charge. • Choix d'une méthode contraceptive. 		
--	---	--	--

Tableau n°1 : Les paramètres du suivi de l'accouchée durant la période post-natale
L'importance du contrôle de ces paramètres s'explique davantage par les changements physiologiques et pathologiques des suites de couches. Les premiers changements se caractérisent par trois aspects clefs, à savoir ; l'aspect anatomique, l'aspect hormonal et celui biologique. Tandis que, les deuxièmes couvrent, à côté des complications hémorragiques, des complications infectieuses, des complications mammaires, des complications thrombo-emboliques et des complications psychologiques suscitées.¹

L'aspect anatomique imbrique des changements au niveau ; du corps utérin ; du segment inférieur ; du col ; du vagin ; de la vulve ; du périnée ; et des glandes mammaires. Directement après la délivrance le corps utérin prend le volume d'un utérus gravidique de 4 mois et demi, il pèse entre 1500 à 1700g et mesure 30 à 35 cm, il trouve son état pré-gravide à 6 semaines avec 70g et 7 à 8cm. Le segment inférieur disparaît en 2 jours pour redevenir l'isthme utérin. Le col trouve son état initial en une semaine ; sa longueur de 1,5 à 2 cm, sa consistance ferme, son orifice interne se ferme et son orifice externe reste perméable jusqu'à 20^{ème} jour après l'accouchement. La muqueuse utérine reconnaît un phénomène de régénération en quatre phases ; phase de régression entre le premier et le 5^{ème} jour ; phase de cicatrisation entre 6^{ème} et 25^{ème} jour ; phase de prolifération entre 25^{ème} jour et 42^{ème} ; et phase de reprise du cycle menstruel vers le 30^{ème} jour si blocage de la montée laiteuse, ou vers 42^{ème} jour si la femme n'allaite exclusivement au sein, ou encore vers 6 mois si la femme utilise la MAMA. Le vagin s'atrophie rapidement et retrouve sa trophicité avec la stimulation hormonale du 25^{ème} jour. La vulve récupère sa tonicité et perd son aspect congestif. Le périnée reprend son état pré-gravidique selon la réalisation ou non d'une épisiotomie, la présence des déchirures, bref la qualité de l'accouchement. Les glandes mammaires connaissent une montée laiteuse vers 72 heures après l'accouchement.¹

L'aspect hormonal concerne la sécrétion ; des œstrogènes ; des progestérones ; de la FSH/LH et de la prolactine. Les œstrogènes chutent le deuxième jour de l'accouchement, puis augmentent progressivement sous l'effet de la FSH, et ce dès le 25^{ème} jour si la femme n'allaite pas et vers le 35 à 42^{ème} jour s'elle allaite. La progestérone régresse durant les dix jours qui suivent la naissance et ne ressurgisse qu'après le 40^{ème} jour. La FSH remonte progressivement

Généralités

vers le 25^{ème} jour et le LH ne réapparaît qu'après le 40^{ème} jour. La prolactine augmente juste après l'accouchement, suite au succion du mamelon et se normalise vers la 6^{ème} semaine des suites de couches.⁹³

L'aspect biologique se caractérise par ; la régulation progressive des paramètres biologiques ; la tendance à maximaliser l'hypercoagulabilité dans le post-partum immédiat ; et l'augmentation de l'activité fibrinolytique, qui se normalise vers le 15^{ème} jour.⁹⁴

Les complications hémorragiques, première cause de la mortalité maternelle au Maroc⁹⁵. Elles peuvent être de quatre types :

➤ Hémorragie de la délivrance : définit par une perte sanguine de plus de 500ml dans les 24 heures suivant un accouchement. Cette complication s'associe généralement avec une morbidité importante, telle ; l'anémie sévère, les complications des transfusions sanguines, le choc hémorragique, les infections et l'hystérectomie d'hémostase.⁹⁶

➤ Hémorragie génitale précoce : survient au-delà des 24 premières heures qui suivent l'accouchement. Elle se caractérise par des pertes sanguines supérieures à 500 ml d'origine génital. Elle est généralement causée par l'atonie utérine secondaire avec ou sans rétention placentaire, ou encore par l'endométrite hémorragique.

✓ L'atonie utérine secondaire se définit par un trouble secondaire de la rétraction utérine, induisant l'absence du globe de sécurité, un utérus mou qui dépasse l'ombilic. Elle survient en général dans le 2^{ème} ou le 3^{ème} jour qui suit l'accouchement, sans signe d'infection.

✓ L'endométrite hémorragique : il s'agit d'une infection de l'endomètre. Dite hémorragique, vu qu'en plus des signes cliniques de l'endométrite s'ajoute des métrorragies. Elle s'accompagne d'un utérus non involué et mou, d'une fièvre entre 38° et 38,5°C, des lochies et une métrorragie malodorante, et des douleurs pelviennes spontanées et/ou provoquée par la mobilisation utérine.

➤ Le retour des couches hémorragiques : une hémorragie qui survient d'une manière brutale dans les environs de la 6^{ème} semaine après l'accouchement. Elle se caractérise par l'absence de la fièvre et des douleurs pelviennes, un utérus involué, un col utérin fermé et des pertes non malodorantes.

⁹³ Lansac, J, et al., Gynécologie pour le praticien, Masson, Paris, 8^{ème} édition, 2014, p : 350-353.

⁹⁴ Boyer-Neumann, C., « Hémostase physiologique de la grossesse », Revue francophone des laboratoires, Février 2012, N° 439bis, p : 7.

⁹⁵ Ministère de la santé, Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, l'enquête confidentielle sur les décès maternels au Maroc, Op. Cit. p: 8.

⁹⁶ Aflak, N., Hémorragies de la délivrance, extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique, Tome XXII, Collège National des gynécologues et obstétriciens Français, Paris, 1998, p : 277.

Généralités

Les complications infectieuses se sont des infections puerpérales qui surviennent dans les suites de couches et qui prennent généralement comme voies d'entrée, les voies génitales, spécifiquement la surface placentaire. Ces infections peuvent être locales, régionale ou générale. Parmi ces complications il a y lieu de citer⁹⁷ :

➤ L'endométriose puerpérale : constitue le point de départ habituel des autres complications infectieuses. Elle survient quelques jours après l'accouchement avec l'apparition des céphalées, de la fatigue, d'une fièvre entre 38°- 39°C, des lochies abondantes, fétides parfois purulentes, un utérus mal involué, mou et douloureux à la mobilisation.

➤ La pelvi-peritonite des suites de couches : débute à la fin de la première semaine, avec une hyperthermie à 39°-40°C, des douleurs hypogastriques, une pollakiurie, un syndrome rectal, une défense sus-pubienne et un utérus douloureux.

➤ Péritonite généralisée du post-partum : surtout après une césarienne ou bien une chorio-amnionite. Elle s'accompagne d'une Asthénie, d'une pâleur conjonctivale, des yeux cernés, d'un nez pincé, d'un pouls rapide, d'une T.A abaissée, d'une température variant entre élevé et proche de la normale, des Vomissements tardifs, et d'une diarrhée.

➤ Septicémies du post-partum : il s'agit d'une infection généralisée soit à la suite d'une forme locale, soit pas. Débute vers le 3^{ème} ou le 4^{ème} jour des suites de couches, avec une fièvre en plateau entre 39° et 40°C et des frissons, un pouls accéléré, une respiration rapide et superficielle, un faciès pâle, un regard figé, des urines rares et foncées, et une hémoculture positive.

Les complications mammaires peuvent être de différents types. Induites généralement à cause du non-respect de la technique de la mise au sein, des anomalies du mamelon, et des défauts de la propreté du sein. Parmi ces complications se trouvent :⁹⁸

➤ Les crevasses ou les fissures du mamelon : constituent la porte d'entrée de toutes les autres complications septiques. Apparaissent le 1^{er} jour de l'allaitement, avec des douleurs vives parfois saignement lors des tétées, et avec soit érosion, fissure ou ulcération du mamelon.

➤ L'engorgement mammaire : anomalie de l'excrétion lactée par absence de drainage des canaux galactophores, ce qui entraîne une rétention du lait. Cette complication aseptique se caractérise par des seins durs et douloureux, le nouveau-né qui ne peut pas téter, la sécrétion d'une petite quantité du lait à la pression, et une température à 38,5°C.

⁹⁷ Lansac, J, et al., Op. Cit. p: 33.

⁹⁸ Ibid.

Généralités

➤ Les complications septiques : favorisées par l'engorgement mammaire, un mauvais état général, des crevasses et une mauvaise hygiène. Elles chapeautent, la galactophorite, et les mastites aiguës ou l'abcès du sein. La lymphangite débute brutalement entre le 5^{ème} et le 10^{ème} jour après l'accouchement, avec une température entre 39° et 40°C, des frissons, une douleur mammaire unilatérale, un placard lymphangitique rouge, chaud et douloureux, et le signe de Budin négatif. La galactophorite représente l'inflammation d'un ou de plusieurs canaux galactophores qui peut être aiguë avec sensibilité et rougeur du mamelon. Cette complication apparaît généralement vers le 10^{ème} ou le 15^{ème} jour suite à une lymphangite. Elle se caractérise d'un début progressif avec une fièvre modérée, un sein douloureux et le signe de Budin positif. La mastite aiguë ou l'abcès du sein débute entre le 10^{ème} et le 15^{ème} jour de l'allaitement, avec des douleurs mammaires parfois pulsatiles et insomniantes, et une hyperthermie. Elle évolue en deux phases ; stade d'abcès non collecté, dans les suites d'une galactophorite, avec un sein rouge œdématié, sans masse fluctuante ; et stade de collection (atteinte lobulaire), avec l'existence d'une masse rouge chaude fluctuante, douloureuse, accompagnée d'adénopathies satellites douloureuses, d'hyperthermie et d'altération de l'état général.

Les complications thrombo-emboliques surviennent suite à plusieurs facteurs, dont ; le déséquilibre physiologique des facteurs de coagulation du post-partum ; l'alitement prolongé suite à une césarienne ; le traumatisme tissulaire pelvien à cause d'un accident instrumental laborieux ; l'hémorragie de la délivrance ; et l'infection puerpérale. Les complications thrombo-emboliques peuvent être de différents types, à savoir :⁹⁹

➤ Thrombophlébite pelvienne : complication d'endométrite, c'est une phlébite d'une veine du tronc utérin ou utéro-ovarien. Ces signes d'appels sont peu spécifiques. Généralement, il convient de l'envisager devant une fièvre, des douleurs abdomino-pelviennes latéralisées, avec parfois des signes urinaires tels, pollakiurie et dysurie.

➤ Thrombophlébites des membres inférieures : se caractérisent par une douleur dans un mollet, une hyperthermie inexplicquée, une augmentation de la chaleur et un œdème molléolaire, signe de Homans positif, et une diminution du ballonnement du mollet.

➤ Embolie pulmonaire : Sensation d'angoisse et d'un danger imminent. Présence d'une douleur thoracique, d'une dyspnée, d'une tachycardie, d'une hyperthermie modérée et parfois d'une hémoptysie.

⁹⁹ Lansac, J, et al., Op. Cit. p: 33.

Généralités

➤ Thromboses veineuses cérébrales : surviennent à la 2^{ème} ou 3^{ème} semaine après l'accouchement. Associées avec des céphalées dans 80%, d'épilepsie dans 40%, d'un syndrome focal dans 50 à 80% et d'une encéphalopathie subaiguë dans 10 à 20%.

Les complications psychologiques du post-partum : sont de différents types, dont :

➤ Baby-blues : c'est un syndrome du 3^{ème} ou 4^{ème} jour après l'accouchement. Il se caractérise par une humeur triste, des pleurs faciles et une peur de mal faire générant une grande culpabilité, des troubles de l'appétit et du sommeil, et une irritabilité. Cette complication est fréquente chez les primipares, mais limitée dans le temps. Et son survenue n'est pas associée à une psychopathologie sous-jacente de la maman.

➤ Dépression du post-partum : une véritable pathologie psychiatrique. Débute généralement entre la quatrième et la sixième semaine après la naissance. Souvent polymorphe, elle se manifeste par un trouble dépressif, un trouble de l'humeur, un ralentissement psychomoteur, une asthénie, et des troubles du sommeil. Cette dépression peut induire des conséquences sur la relation mère-nouveau-né. Ce qui peut impacter le développement du nourrisson.

➤ Psychose du post-partum : survient dans les 15 jours du post-partum. Présente une grande instabilité de l'humeur, avec des risques d'agressivité très élevé, d'infanticide et de suicidé.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

Chapitre I : Synthèse bibliographique

Chapitre I

La recension des écrits est une démarche qui consiste à faire l'inventaire et l'examen critique des publications probantes portant sur un domaine de recherche.¹⁰⁰ Basée principalement sur la consultation et l'analyse critique d'un ensemble de productions scientifiques, ce chapitre vise principalement de mieux cerner les variables de la sous-utilisation des services de soins post-natals, et de mettre en avant les associations existantes entre leur sous-utilisation et l'incidence des complications du post-partum. Cependant, devant la limite des écrits traitant cette thématique au niveau national comme à l'échelle internationale, ce chapitre s'articulera, d'un côté, sur des études qui ont mis en relief les variables de la sous-utilisation des services de soins d'une manière générale, et de l'autre côté, sur les recherches ayant traité l'association existante entre la sous-utilisation des services de soins et l'incidence des maladies chez les citoyens. En outre, ce chapitre fera référence aux rapports édités par les différentes instances internationales en la matière, et ceci, à travers des consultations bibliographiques et webographies.

I- Les variables influençant la sous-utilisation des services de soins

L'étude analytique, de l'ensemble des travaux adoptés dans cette section, a montré que les variables influençant l'utilisation des services de soins peuvent se regrouper en six catégories, à savoir ; les variables sociodémographiques, les variables socioculturelles, les variables économiques, les variables organisationnelles liés aux services de soins, les variables communicationnelles, et les variables médicales.

1- Variables sociodémographiques

Les études adoptées dans cette sous-section ont attesté que les caractéristiques sociodémographiques des patients ont une influence sur leur recours aux services de soins. Dans ces caractéristiques, l'âge des patients est ressorti en tant qu'une variable de la sous-utilisation des services de soins chez les femmes enceintes, et ce dans plusieurs études. En l'occurrence, l'étude de Dieye et celle de Misima. En effet, Dieye, dans son étude sur les variables déterminant le retard de la première consultation prénatale au niveau du district sanitaire de Richard- Toll, a montré que, par rapport aux autres tranches d'âges, les femmes de plus de 34 ans et celles de moins de 18 ans ont enregistré un retard pour avoir la première consultation

¹⁰⁰ Fortin, M-F, Le processus de recherche : de la conception à la réalisation. Québec : Décartie Editeur Inc, 1996.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

prénatale.¹⁰¹ Ce constat est confirmé par le travail réalisé par Misima sur l'utilisation des services prénataux par les femmes enceintes. Cette étude a présenté que les femmes de moins de 18 ans utilisent moins les services de la santé reproductive, à cause du manque de leur expérience.¹⁰² En revanche si ces deux études confirment l'influence de l'âge de la femme enceinte sur son recours aux consultations prénatales, l'étude de Sirpe sur les déterminants du recours aux soins de santé au Burkina Faso a avancé que l'âge de la femme enceinte n'affecte pas le choix des soins prénataux. Car, aucune association statistiquement significative n'est trouvée entre ces deux variables.¹⁰³

Le niveau d'instruction de la mère est également une variable déterminante de la sous-utilisation des services de soins. En effet, l'enquête démographique et de santé réalisée en 2003 a certifié que plus le niveau d'instruction augmente plus la fréquence de suivre les consultations prénatales s'élève. En effet, selon cette enquête la majorité des femmes ayant un niveau d'étude secondaire ou plus ont suivi convenablement leurs grossesses. Tandis que, les femmes alphabétisées ont suivi leur gestation avec un pourcentage de 84%. Le temps où, les femmes analphabètes ont suivi leur grossesse avec un pourcentage très réduit.¹⁰⁴ Confirment de ce fait, les avancées de Traore et al. Ces chercheurs ont mis en corrélation le niveau d'étude et le suivi prénatal des femmes enceintes. En déclarant que le niveau d'étude bas est une source d'incompréhension des informations et un déterminant de la création des méconnaissances par rapport au suivi prénatal.¹⁰⁵

Si, plusieurs études ont mis en évidence la place angulaire qu'occupe l'instruction de la mère dans la détermination de l'utilisation des services de santé.¹⁰⁶ la recherche du Baya, sur l'instruction des parents et la survie de l'enfant au Burkina Faso, a attesté que l'instruction du père à une influence très significative et positive sur la survie de l'enfant. En effet, la recherche de Baya a montré que le recours aux soins au temps opportun augmente avec l'augmentation

¹⁰¹ Dieye, El., Etude des facteurs déterminant le retard de la première consultation prénatale au niveau du district sanitaire de Richard-Toll, Sénégal, Mémoire Santé Publique, Épidémiologie, Bio statistique et Informatique, Dakar, 2003, n°11-1-08, p : 35.

¹⁰² Misima, J-M., Déterminants de la faible proportion des femmes enceintes vues à la première CPN au premier trimestre de grossesse, Université Pédagogique Nationale, Mémoire d'obtention d'une licence en sciences de la santé, 2014, 70pg.

¹⁰³ Sirpe, G., Les déterminants du recours aux soins de santé prénataux au Burkina Faso, Mondes en développement, vol. 153, no. 1, 2011, pp. 27-40.

¹⁰⁴ Institut National de Statistique et de la Démographie : Enquête Démographique et de Santé, Ouagadougou, 2003, pp : 117-143.

¹⁰⁵ Traore.Y., Tegueté, I., Théra, A-T., Aspects sociodémographiques et pronostiques des grossesses non suivies chez admises dans les services de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré, Mali Med, 2007, Vol 22, pp. 39-43.

¹⁰⁶ Niang, B., Education de la mère et la santé de son enfant : évidence pour le monde rural du Sénégal, 2009, pp : 1-64.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

du niveau de l'instruction du père.¹⁰⁷ Ce qui montre la nécessité de prendre en compte le niveau d'instruction des deux parents lorsqu'il est sujet d'étudier l'influence de ce déterminant social sur l'utilisation des services de santé. D'ailleurs, des recherches réalisées dans différents pays africains ont avancé que, dans certains cas, l'éducation du père a une influence plus supérieure à celle de l'éducation de la mère, lorsqu'il s'agit de se rendre aux structures sanitaires pour se soigner.¹⁰⁸

D'autres recherches ont relaté ces mêmes propos en argumentant que le niveau de la formation des parents influence également la survie de leurs enfants en ayant une influence sur l'utilisation des services de santé en temps opportun, aussi bien, pour la prévention que pour une prise en charge adéquate en cas de complication de santé. Ce constat est confirmé en démontrant que des parents bien instruits utilisent plus fréquemment les services de soins, s'adressent plus souvent aux consultations médicales pour une prise en charge prénatale.¹⁰⁹

En outre, l'éducation permet aux individus d'acquérir une meilleure compréhension du monde, et d'être mieux outillé pour voir et pour influencer les variables sociales sources de leur propre santé.¹¹⁰ De surcroît, l'éducation renforce la compréhension des moyens que peut prendre personnellement un individu pour promouvoir sa santé. Notamment, la demande de soins en cas de besoin.¹¹¹

Dans son travail intitulé, « Literacy and Health Literacy : New Understandings about their Impact on Health », Ronson a montré que l'éducation est un important déterminant social de la santé. Car, il a trouvé que les personnes ayant une éducation supérieure jouissent habituellement d'une meilleure santé que ceux ayant un niveau d'instruction faible. Les considérations sur lesquelles s'est basé pour une telle corrélation se résument dans le fait que, le niveau d'instruction est intimement lié à d'autres déterminants sociaux de la santé comme le niveau de revenu, la sécurité d'emploi et les conditions de travail, et que l'éducation permet de grimper dans les classes socioéconomiques en plus de favoriser un meilleur accès aux soins.¹¹²

¹⁰⁷Baya, B., Instruction des parents et survie de l'enfant au Burkina Faso : cas de Bobo-Dioulasso, Les Dossiers du CEPED, n° 48, Paris : Centre français sur la Population et le Développement, 1998, p : 12.

¹⁰⁸ Ibid. p : 9.

¹⁰⁹ Katonga, V-K., causes de la faible utilisation de service de consultation préscolaire en milieu urbain : cas de la zone de santé de Kamalondo en RDC, Mémoire pour l'obtention d'un diplôme d'études approfondies en santé publique, 2009.

¹¹⁰Ronson, B., Literacy and Health Literacy: New Understandings about their Impact on Health, 2ème édition. Toronto: Canadian Scholars' Press Incorporated, 2009, pp: 170-186.

¹¹¹Ungerleider, C-T, 2009, « The State and Quality of Canadian Public Elementary and Secondary Education », Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, pp: 156-169.

¹¹²Ronson, B., Op. Cit. p: 40.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

Sur le plan de renforcement de la personnalité des mères, l'instruction des mères permet de renforcer davantage leur personnalité et par conséquent leur pouvoir décisionnel. Un nombre important des travaux ont montré que l'éducation permet à la femme d'élargir son réseau social et d'approfondir sa capacité de défendre sa position au niveau de la famille, en s'identifiant à des modèles modernes. Ce renforcement de la personnalité permet à la femme d'imposer sa volonté d'utiliser les services de santé, si un membre de la famille ne voit pas la nécessité.¹¹³

Au niveau magrébin plusieurs études et recherches ont mis en exergue que l'inaccessibilité géographique influence négativement l'accès aux soins¹¹⁴. Ce qui favorise le recours à la médecine traditionnelle et l'automédication. Corroborant de la sorte, les résultats de l'étude de Masseria. En effet, dans son étude sur la Hongrie, il a souligné que les différences géographiques sont très notables, aussi bien en ce qui concerne l'état de santé de la population qu'en termes de l'octroi de soins de santé.¹¹⁵ Montrant de la sorte, que la répartition géographique ou le lieu de résidence des individus peut influencer leur accès aux soins, et en corollaire leur état de santé. Ces résultats attestent les données de l'étude de Samb et Sakho, sur les déterminants de l'utilisation des services de santé de la reproduction par les populations de transhumants pastoraux de la région de Matam.¹¹⁶ Ces chercheurs ont montré que l'accès difficile à ces services affecte négativement leur utilisation par la population. En revanche, dans son travail intitulé le concept d'accessibilité et d'accès aux soins, Bonnet a relaté que l'accessibilité aux soins et d'abord une accessibilité financière et d'éligibilité, avant d'être liée à l'entrave de l'accessibilité géographique. Pour lui, cette dernière s'articule autour des variables, comme temps/distance, qui nécessitent des spécifications qui peuvent biaiser les conclusions de certaines recherches réalisées par des non géographes.¹¹⁷

Barbat-Bussière dans son étude sur l'accès aux soins en milieu rural, a mis en relief que la distance aux services de soins n'est pas la même pour les espaces urbains et ruraux. En milieu urbain la distance kilométrique ne constitue pas un problème, nonobstant les embouteillages. Pour lui, dans ce milieu la distance a plus un caractère social. Car, les individus vivant dans la

¹¹³ Friedl, J., Mechanisms of interaction between Education and Health: Discussion, Health Policy and Education, vol. 3, 1982, pp: 101-104.

¹¹⁴ Yaakoubd, A., Santé et vulnérabilités à l'échelle nationale, Papeterie El Watanya, 1^{ère} édition 2010, pp.26-54.

¹¹⁵ Masseria, C., les inégalités d'accès aux soins et d'état de santé dans un contexte de réforme du système de santé, Commission européenne DG emploi, affaires sociales et égalité des chances, Rapport de synthèse, Peer Review and assessment in Social Inclusion, 2007, p : 19.

¹¹⁶ Samb, N.D., Sakho, P., Déterminants de l'utilisation des services de santé de la reproduction (SR) par les populations de transhumants pastoraux de la région de Matam. Antropo, 2012, n°27, p : 97-104.

¹¹⁷ Bonnet, P., Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins : étude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé, Université Paul Valéry, Montpellier 3, Dossier de DEA GEOS, 2002, p : 3-12.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

précarité ont moins conscience de leurs besoins en matière de santé, ce qui constitue un obstacle pour l'accès aux soins. En revanche, en milieu rural, la distance est essentiellement kilométrique pour les personnes à mobilité réduite, puisque le territoire couvert par la circonscription sanitaire est très vaste.¹¹⁸ Corroborant les résultats de l'étude de Raynaud, ayant illustré que les habitants du milieu rural souffrent du problème d'accessibilité aux structures de soins, vu que, les spécialistes exercent essentiellement en milieu urbain et ils sont éloignés des localités rurales. En l'occurrence les gynécologues.¹¹⁹ La disparité dans l'accès aux soins entre le milieu rural et urbain est également ressortie par le rapport du conseil économique, Social et Environnemental qui s'intitule « *Les soins de santé de base : Vers un accès équitable et généraliste* ». Selon les constats de ce rapport, en plus de la pénurie des professionnels de santé, le secteur de la santé marocain enregistre une grande disparité dans la répartition des professionnels de santé au sein d'une même région, entre le milieu rural et urbain. Influençant, ainsi, négativement l'accès des citoyens ruraux aux services de santé.¹²⁰ L'enquête démographique et de santé réalisée en 2003 a certifié ces propos, en déclarant que le milieu de résidence constitue une variable de la sous-utilisation des services de santé maternelle et infantile. Car la visite des cellules de santé maternelle et infantile s'enregistrent au milieu urbain avec un pourcentage plus élevé qu'au milieu rural ; 97% contre 70%.¹²¹

Rutstein, en 2004, a souligné que la pauvreté est devenue une variable majeure de la mortalité. Le temps ou la majorité des femmes riches peuvent accéder aux moyens les plus efficaces pour suivre leur grossesse et accoucher dans les meilleures conditions possibles, la plus grande part des femmes pauvres et surtout s'il s'agit des plus pauvres, sont dépourvues de telles opportunités.¹²² En outre, Yaakoubd¹²³ a montré la relation qui existe entre la hiérarchie de la catégorie sociale et le recours aux soins. Plus la catégorie sociale se décline plus la possibilité de ce recours diminue.¹²⁴ Dans ce même ordre d'idée, Lachaud, dans son étude sur la vulnérabilité sanitaire, a expliqué que les individus défavorisés ne peuvent pas accéder, de façon

¹¹⁸ Barbat-Bussière, S., L'offre de soins en milieu rural : l'exemple d'une recherche appliquée en Auvergne, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, Collection CERAMAC, 2009, 488 pg.

¹¹⁹ Raynaud, J., L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable. Doctorat en Géographie et aménagement du territoire, Université Paul Valéry - Montpellier III, 2013, pp. 221-271.

¹²⁰ Conseil Economique, Social et Environnemental, Les soins de santé de base Vers un accès équitable et généralisé, Rapport, Saisine n° 4, 2013, 78 pg.

¹²¹ Institut National de Statistique et de la Démographie, Op. Cit. p: 39.

¹²² Rutstein, S., The DHS Wealth Index, DHS Comparative Reports n° 6, Calverton, Maryland, ORC Macro, 2004, p: 71.

¹²³ Yaakoubd, A., L'inégalité devant la mort aux jeunes âges : l'Afrique du Nord comme illustration, in Enfants d'aujourd'hui. Diversité des contextes, pluralité des parcours, 2006, Colloque international de Dakar, 2002, AIDELF n°11.

¹²⁴ Ibid.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

appropriée, aux moyens de prévention contre les maladies graves¹²⁵. La fragilité sociale et économique de ces personnes les classe dans une situation des « exclus et invisibles » comme les a qualifié l'Unicef dans son rapport sur la situation des enfants dans le monde.¹²⁶ Par ailleurs, à travers l'exploitation de l'enquête de logement et celle de santé, l'Institut National de Statistique et des Etudes Economiques français, a examiné les conditions de vie des ménages à bas revenus par rapport à celles rencontrées par les ménages modestes et les ménages plus aisés. Cette analyse a mis en lumière les difficultés rencontrées par les personnes en situation de pauvreté, pour lesquelles l'accès aux soins reste difficile.¹²⁷

Selon Ashford l'écart de santé entre les ménages riches et les autres pauvres dans 53 pays en développement est attesté par le fait que¹²⁸ :

- Les femmes et les enfants les plus pauvres font face à de plus grands risques sanitaires et sont moins susceptibles d'utiliser des services de santé clés que ceux qui ont plus de moyens ;
 - Les femmes les plus riches ont cinq fois plus de chances de donner le jour à leur nouveau-né en présence d'un assistant qualifié que les femmes plus pauvres. Par exemple, au Cambodge, 57 % des femmes enceintes du quintile le plus riche reçoivent au moins trois visites de soins prénatals. Seules 9 % du quintile le plus pauvre de ce pays reçoivent autant de soins.
- A côté de l'étude d'Ashford, de nombreuses enquêtes ont montré que les pauvres ont moins d'accès que les autres aux soins de base. En effet, les données collectées par la Banque Mondiale dans 56 pays en développement, affirment que l'accès aux soins de santé primaire et l'utilisation des services sanitaires augmentent fortement avec le niveau social du ménage¹²⁹. De surcroît, l'étude corrélationnelle et de causalité entre la santé, la pauvreté et l'accès aux soins, réalisé par la Banque Mondial¹³⁰, a illustré que les pauvres sont en mauvaise santé parce qu'ils n'accèdent pas aux services de soins, ce qui impacte leur état de santé et par conséquent engendre leur faible productivité, donnant lieu, de ce fait, à l'ancrage de leur situation de pauvreté. Cette corrélation est attestée par le schéma suivant :

¹²⁵Lachaud, J.-P., 2002, La dynamique de pauvreté au Burkina Faso revisitée : pauvreté durable et transitoire, et vulnérabilité, Documents de travail 77, Centre d'Economie du Développement de l'Université Montesquieu Bordeaux IV, 38 pg.

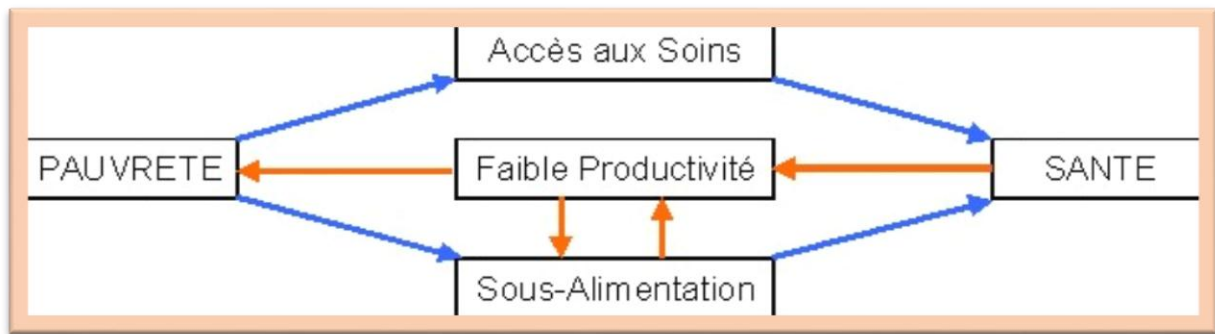
¹²⁶Unicef, La situation des enfants dans le monde 2006. Exclues et invisibles, Unicef, New York, 2005, 143 pg.

¹²⁷ Institut national de statistique et des études économiques, 2006, Pauvreté et conditions de vie : un éclairage sur le logement et la santé, Paris, Dossiers de Profils, n°82 - Juin 2006, ISBN 2-1105-2312-3, pp. 37-44.

¹²⁸Ashford, L., L'écart de santé entre les riches et les pauvres, Données sur les femmes et les enfants de 53 pays en développement, Washington, DC : Population Reference Bureau, 2004.

¹²⁹Ibid. p: 31.

¹³⁰Banerjee, A., Duflo, E., the economic lives of the poor, Journal of Economic Perspectives, Vol 21, 2007, 56pg.



Source : Banque Mondiale, 2007¹³¹

Figure n°1 : La relation existante entre l'accès aux soins et la santé

En effet, Selon Niang, le niveau-socio-économique du ménage influence la prise de conscience vis-à-vis de l'état de santé. Plus que la famille appartient à un statu socio-économique élevé plus elle est « ...plus facile d'accès à plus d'informations sur les questions de santé, ou une meilleure conscience de son état de santé... »¹³².

2- Variables socioculturelles

Selon les résultats de l'enquête sur le budget Temps des Femmes, que présente le tableau suivant, sont nombreuses les femmes qui se privent de soins suite à des considérations sociales qui les entourent. Hors, ces pratiques ont tendance à aggraver davantage l'état de morbidité des femmes enceintes.¹³³ Parmi, ces considérations sociales l'enquête a mis en avant des contraintes d'ordre gendrieriel qui limitent davantage les possibilités des femmes de se faire soigner en cas de complications de leur gestation. Cette privation est liée, surtout dans le milieu rural, à l'autonomie de décision de la femme pour sa propre santé.¹³⁴ D'autres restrictions sociales ont été montrées par l'enquête sur le budget temps des femmes, notamment, celle de la nécessité de se faire accompagner lors d'une consultation. En effet, presque la moitié des femmes interrogées (47,1 %) ont déclaré l'obligation de se faire accompagner pour pouvoir se rendre à une consultation médicale ce qui porte atteinte à leur droit le plus fondamental ; celui du libre recours aux soins en cas de besoin.¹³⁵

¹³¹ Banerjee, A., Op. Cit. p: 43.

¹³² Niang, B., Op. Cit. p: 39.

¹³³ Haut-commissariat au plan, Conditions socio-économiques de la femme au Maroc. Enquête Nationale sur le Budget Temps des Femmes (1997/98). Rapport de synthèse : vol. 1, 152 p. et vol. 2, 1999, p : 198.

¹³⁴ Ibid.

¹³⁵ Direction de la Statistique, Caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population d'après le RPGH de 1994. Niveau national, Rabat, 1996.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

Raisons de non consultation	Urbain	Rural	Ensemble
Consultation d'un fqih ou d'une voyante	-	1,9	0,9
Recours à la médecine traditionnelle	21,8	26,7	24,0
Automédication ou recours direct à une pharmacie	41,1	22,2	32,5
Maladie passagère ou jugée non grave	8,0	16,8	12,0
Manque d'argent	24,5	24,9	24,7
Refus du mari	0,5	1,4	0,9
Autres raisons	4,1	6,1	5,0
Ensemble	100	100	100

Source : Enquête sur le Budget Temps des Femmes ¹³⁶

Tableau n°2 : Les raisons de non consultation d'un médecin selon le milieu de résidence des femmes

Ces résultats confirment, les avancés de l'étude de Zaouaq sur les femmes et l'accès aux soins de santé reproductive au Maroc.¹³⁷ Ce chercheur a trouvé que la femme n'est pas la seule habilitée à prendre la décision de rendre à la structure de soins. Selon lui, dans un grand pourcentage de cas, les femmes en milieu rural ne peuvent pas accoucher dans une maternité qu'après l'accord de son mari. En outre, ces résultats corroborent les constats avancés par le rapport du conseil économique, Social et Environnemental qui s'intitule « *Les soins de santé de base : Vers un accès équitable et généraliste* ». Selon ce rapport, les femmes, surtout en milieu rural, peuvent ne pas avoir toute l'autonomie de décision au sujet de leur propre santé. En effet, il a déclaré que « *Lors d'une visite à la Dar Al Oumouma d'une petite localité de la région SoussMassa-Draa, certains membres du groupe de travail ont demandé à une jeune femme qui venait d'y être admise, ce qui l'avait décidé à venir accoucher dans une maternité. Elle a répondu qu'il fallait poser la question à sa belle-mère, parce que c'est elle qui en avait décidé ainsi.* »¹³⁸. Ces constats certifient les avancés de l'étude de Bakaouan. En réalisant une étude sur les déterminants de la faible proportion des femmes enceintes vues en première consultation prénatale au premier trimestre de grossesse dans le district sanitaire de Tenkodogo, ce chercheur a attesté que le pouvoir de décision et le recours à l'utilisation de la consultation prénatale sont très liés, avec une p-value très significative < 0,005. Il a montré que les femmes ayant le pouvoir de décision sont venues à la première consultation au premier trimestre, plus que les femmes qui ne l'ont pas.¹³⁹

Les croyances culturelles et au surnature sont présentées dans plusieurs études comme des déterminants de l'utilisation des services de santé. En effet, plusieurs recherches ont attesté

¹³⁶ Haut-commissariat au plan, Op. Cit. p: 44.

¹³⁷ Zaouaq, K., Les femmes et l'accès aux soins de santé reproductive au Maroc, L'année du Maghreb, Dossier : Genre, santé et droits sexuels et reproductifs au Maghreb, Vol. 17, 2017, pp. 169-183.

¹³⁸ Conseil Economique, Social et Environnemental, Op. Cit. p: 44.

¹³⁹ Bakouan, E., Déterminants de la faible proportion des femmes enceintes vues en première consultation prénatale au premier trimestre de grossesse dans le district sanitaire de Tenkodogo, Mémoire à l'Ecole Nationale de santé publique de Burkina Faso, 2011, 79 pg.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

comment l'entourage culturel oriente les perceptions en matière de la demande des prestations de soins. Parmi ces recherches, il y a lieu de citer la recherche d'Adam et d'Herzlich¹⁴⁰ ayant travaillé sur le « modelage culturel » pour décrire l'influence du cadrage culturel sur les pratiques et les perceptions en matière de soins. Le travail de Pascon¹⁴¹ « *30 ans de sociologie au Maroc* » ayant mis en relief que les croyances au surnaturel par l'utilisation des talismans sont très répandues au Maroc et que la protection magique à l'aide des « *quelques grimoires prophylactiques* »¹⁴² remplace dans plusieurs localités l'assistance médicale. Pour Pascon, les marocains nient le hasard dans l'apparition des malheurs. Ils les mettent en corrélation avec les forces de mal et les forces sataniques, donc ils acceptent le recours à des pratiques de même ordre pour les repousser et les attaquer, que de demander de l'aide auprès des médecins.

L'étude de Barkat, sur la construction des sens et des systèmes de signification chez les parents des nourrissons porteurs des séquelles de l'asphyxie périnatale, a confirmé les évidences de ces recherches. Barkat a trouvé que les parents peuvent dénoncer aux soins, en cherchant des solutions chez « foqha », pour avoir « harz » protecteur ou pour faire « rokia », car la culture de leur entourage les favorisent.¹⁴³ Ces constats sont certifiés par le travail de Coutu-Wakulczyk¹⁴⁴. Ce chercheur a affirmé dans son article sur les soins culturellement compétents que la culture guide les prises de décision, en utilisant ce qu'il appelle par les « patterns ». Ces derniers sont socialement transmis à l'égard des croyances pour s'intérioriser et s'inculqués à l'intérieur de la famille. En outre, l'ouvrage de Jung¹⁴⁵ « *Essai d'exploration de l'inconscient* » confirme ces résultats, en avançant que les croyances donnent un sens à la vie des patients, qu'elles leur offrent un soutien dans les moments difficiles en leur permettant d'accepter les situations problématiques. Pour lui les croyances partagées par l'ordre sociales changent significativement les comportements des individus vis-à-vis de la santé. En effet, selon Pierre Aïach a explicité qu'il existe des différences montrant que nous ne sommes pas dans une société duale constituée des gens in et des gens out. Parmi ces différences il cite la façon dont les troubles de santé et les symptômes sont déclarés et perçus. Ce qui influence le recours aux soins. La déclaration de ces symptômes diffère selon le groupe social.¹⁴⁶

¹⁴⁰ Adam, Ph., Herzlich, C., *Sociologie de la maladie et de la médecine*, Armand Colin, 2013, p : 5.

¹⁴¹ Pascon, P., *30 ans de sociologie du Maroc*, Bulletin économique et social au Maroc, Numéro double 155-156, Janvier 1986, 261pg.

¹⁴² Ibid.

¹⁴³ Barkat, A., *Sociologie de la santé : Analyse sociologique de la mortalité due à l'asphyxie néonatale*, Doctorat en sociologie, Faculté de Lettre et des Sciences Humaines d'Ain Chock, 2019, p : 250.

¹⁴⁴ Coutu-Wakulczyk, G., *Pour des soins culturellement compétents : le Modèle transculturel de Purnell*, *Méthodologie*, n°72, Mars 2003, pp. 34-47.

¹⁴⁵ Jung, C-G., *Essai d'exploration de l'inconscient*, Folio essais, 2015, 181pg.

¹⁴⁶ Aïach, P., *Les inégalités sociales de santé*, Economica, Collection : Sociologiques, 2010, 280pg.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

Les résultats de l'étude de Samb et Sakho, a trouvé que les croyances partagées sur les "porteurs de gris-gris" appelés "Yishatabesdo", poussent les accouchées à fuir des services de la santé reproductive sans bénéficier de soins du post-partum.¹⁴⁷ Ronsmans, en 2006, suite à l'analyse des données des enquêtes démographiques et de santé des pays en développement, a trouvé les mêmes constats. Il a soulevé que certaines croyances, perceptions et pratiques autour de la grossesse influencent négativement l'utilisation des services de santé.¹⁴⁸ Dans ce cas, la médecine traditionnelle constitue la médecine de premier recours, et les populations ne font référence à la médecine moderne qu'après l'échec de la « *tradithérapie* » à sauver la situation.¹⁴⁹

3- Variables économiques

Un nombre important d'études ont ressorti les caractéristiques économiques des patients en tant que déterminants de l'utilisation des services de soins. En effet, Pierre Aïach a montré que la mortalité dépend de la catégorie socio-professionnelle à laquelle appartient les citoyens, notamment leur activité professionnelle. Ce chercheur a trouvé que les cadres supérieurs sont de forts consommateurs de la médecine spécialisée et des soins médicaux. Contrairement aux ouvriers non qualifiés et aux agriculteurs, où le recours aux spécialistes est uniquement de 20% chez les agriculteurs et de 25% chez les ouvriers qualifiés. Comme il a trouvé que les 75% des ouvriers non qualifiés dans la majorité des cas font appel aux soins infirmiers.¹⁵⁰ Corroborant les résultats de Niang, ayant confirmé qu'une mère avec une activité professionnelle supérieure participe à l'augmentation du revenu de la famille, ce qui facilite le recours aux prestations sanitaires spécialisées et en résultat l'amélioration de l'état de santé des enfants malades.¹⁵¹ Cette relation entre activité professionnelle et accès aux soins est également relaté dans l'étude d'Izambert sur les régressions dans l'accès aux soins. Ce chercheur a montré que les sans-emploi trouvent des entraves dans l'accès aux soins, car les critères socioprofessionnels les ont laissés sans système assurantiel.¹⁵² Par ailleurs, Smith a soulevé le même constat en avançant que le chômage a une influence sur la qualité de vie des ménages et à travers sur la santé de ces membres. Pour lui, un emploi offre à la fois un revenu et un sentiment d'identité en plus de l'amélioration de la vie quotidienne des familles. Par contre, le chômage a souvent

¹⁴⁷ Samb, N.D., Sakho, P., Op. Cit. p: 41.

¹⁴⁸ Ronsmans, C., Holtz, S., Stanton, C., Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis, 2006, p 368.

¹⁴⁹ Samb, N.D., Sakho, P., Op. Cit. p: 41.

¹⁵⁰ Aïach, P., Op. Cit. p: 46.

¹⁵¹ Niang, B., Op. Cit. p: 39.

¹⁵² Izambert, C., 30 ans de régressions dans l'accès aux soins, Plein droit, vol. 86, no. 3, 2010, pp. 5-9.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

pour conséquence la défavorisation matérielle, sociale et l'adoption des habitudes nuisibles pour la santé, tel que la sous-utilisation des prestations sanitaires en cas de maladie.¹⁵³

En plus du chômage, avec le simple fait d'avoir un revenu faible, le citoyen peut être prédisposé à la défavorisation matérielle et sociale, en d'autres termes le revenu se révèle particulièrement vital dans les sociétés où les services ne constituent pas un droit pour toute la population. De ce fait, plus la défavorisation est importante plus les personnes et les familles risquent de ne pas pouvoir s'offrir des conditions de base pour la santé, tels un traitement en cas de maladie. Surtout que, cette défavorisation conduit à l'exclusion sociale qui à son tour porte atteinte à la santé de la personne et à ses capacités.¹⁵⁴ Ce qui corrobore les dires de nombreux chercheurs ayant relaté l'existence d'une relation entre l'inégalité de revenu et l'aggravation de l'état de santé des ménages¹⁵⁵. L'explication donnée est assez simple, ils ont montré que les ménages ayant un revenu faible ses membres ne peuvent pas se soigner correctement car la part de revenu qu'ils ont alloué à leur santé est très faible ne leur permet pas de se soigner correctement ou d'avoir les biens et les services contribuant à l'amélioration de leur état de santé.¹⁵⁶

$$H_n = Y_n^\alpha \quad \text{et} \quad H_d = (1-\gamma D_d) Y_d^\beta$$

« ...H_n représente la santé de l'individu non privé et H_d celle de l'individu privé. D indique la privation ressentie, γ la valeur accordée par l'individu à D, α et β sont les paramètres de la fonction de production de la santé. α, β, et γ peuvent être influencés par différents variables, comme le style de vie et les normes sociétales. La dérivée seconde de H_d peut-être soit positive, soit négative, cela dépend du niveau de l'inégalité de revenu et de la valeur des paramètres γ et β.....»¹⁵⁷

Montrant ainsi, que les inégalités de revenu ont une intime influence sur l'état de santé des individus. En effet, une régression du niveau de revenu engendre, selon le travail de Poder deux conséquences ; une diminution des capacités de production de santé et une augmentation de la privation ressentie. Ce qui résulte à une diminution de l'état de santé des individus, par leur disposition à attraper plus fréquemment des maladies et leur incapacité de s'octroyer les soins

¹⁵³ Smith, P., Understanding and Improving the World of Work, 2ème édition, Toronto: Canadian Scholars' Press Incorporated, 2009, pp: 114-127.

¹⁵⁴ Auger, N, Income Distribution, and Health in Canada, Canadian Journal Of Public Health, Vol 97, Supp 3, 2009, pp: 16-23. in Raphael, D., Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 2ème édition, Toronto: Canadian Scholars' Press Incorporated, 2009.

¹⁵⁵ Black, D., Inequalities in health: The Black report. The health divide, London, Penguin, 1988, p: 231.

¹⁵⁶ Schultz, T-P., Assessing the productive benefits of nutrition and health: An integrated human capital approach, Journal of Econometrics, vol. 77, 1997, pp. 141-158.

¹⁵⁷ Poder T., Capital social, inégalités de revenus et développement des jeunes enfants : le cas du Guatemala. Sciences de l'Homme et Société. Université d'Auvergne, École Doctorale de Sciences Économiques et de Gestion, Clermont-Ferrand I, 2008, p : 73.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

nécessaires au temps opportun. Pour remédier à cette réalité, Deaton¹⁵⁸ propose d'augmenter le niveau de la santé moyen et d'apaiser les inégalités de santé. Cette opération n'est possible qu'à travers la croissance du niveau de revenu. Car, cela permettra aux individus pauvres d'allouer à leur santé une part de revenu plus importante, ce qui leur permet de se soigner convenablement, à l'instar des individus riches. Cette balance aura pour conséquence l'amélioration l'état de santé des individus pauvres et plus particulièrement l'état de santé de leurs enfants.

Le travail de Wilkinson réalisé en 1989 a relaté qu'entre 1921 et 1981, l'Angleterre a enregistré une régression rapide de la mortalité de la population suite à une augmentation plus rapide du revenu des pauvres en comparaison avec celui des riches.¹⁵⁹ Effectivement, selon Niang, le revenu élevé du ménage a un effet positif sur l'état de santé de ses membres. Car, le revenu influence leur état nutritionnel, ainsi que, les conditions environnementales de la maison. Comme il influence leur capacité et leur décision de se rendre à une structure de soins pour une prise en charge convenable en cas de maladie.¹⁶⁰

Conscient que les obstacles financiers constituent l'un des principaux variables entravant l'accès aux soins appropriés, le rapport OMS/Europe, édité en 2005, a avancé la nécessité de mettre en place « *des politiques qui augmentent la couverture sociale, en particulier pour les groupes désavantagés et les minorités ethniques* »¹⁶¹, afin de permettre au plus démunies d'avoir une couverture médicale qui leur permet de bénéficier des soins nécessaires au temps convenable en dépit du manque des ressources financières. De surcroit, dans une vision d'améliorer l'accès aux soins de santé dans les Pays de l'Europe central et oriental, et de résoudre la situation qui s'est détériorée depuis le début des années quatre-vingt-dix, ce rapport a relaté l'importance « *d'Identifier les besoins de différents groupes (les personnes âgées, les enfants, les groupes minoritaires, les étrangers, etc.) en termes d'accès aux soins* ».

¹⁵⁸ Deaton, A., Relative deprivation, inequality and mortality, 2001. Cité par Poder T., Op. Cit. p: 48.

¹⁵⁹ Wilkinson, R-G., Class mortality differentials, income distribution and trends in poverty 1921-1981. Journal of Social Policy, 1989, pp. 307-35.

¹⁶⁰ Niang, B., Op. Cit. p: 39.

¹⁶¹ Masseria, C., Op. Cit. p: 41.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

4- Variables organisationnelles

Les variables organisationnelles sont relatées comme déterminants de la sous-utilisation des services de soins dans plusieurs études. En effet, Masseria dans son travail sur les inégalités d'accès aux soins a mis l'accent sur l'importance des points suivants, afin d'encourager l'utilisation des services de santé par les citoyens¹⁶² :

- *Réorganiser les services en vue de renforcer la prévention ;*
- *Réduire les délais d'attente ;*
- *Renforcer le rôle de l'information, non seulement dans un souci d'efficacité des divers services de santé, mais aussi en ce qui concerne le prix réel des soins ;*
- *Améliorer l'efficacité et de réduire la dilapidation des ressources ;*
- *Développer des systèmes de santé capables de répondre à l'évolution de l'environnement et aux attentes des différents groupes de population dans chaque pays, afin de garantir l'équité, l'efficacité et la durabilité des services.*¹⁶³

En effet, selon Samb et Sakho les infrastructures sanitaires défectueuses et les ressources humaines qui sont en sous-effectif influencent l'utilisation optimale des services de la santé reproductive par les citoyens. En outre, ces chercheurs ont trouvé que le système de santé basé sur la fixité, sans possibilité d'avoir des unités de visite mobile, engendre une sous-utilisation des services de la santé reproductive.¹⁶⁴

Ilboudo a souligné que la qualité de soins défectueuse marquée par la durée d'attente qui dépasse de loin le temps de la consultation elle-même, par des prestations qui ne répondent pas aux normes, et qui ne permettent pas le dépistage des complications au temps opportun, pousse les femmes enceintes à se désintéresser des consultations prénatales.¹⁶⁵ Corroborant, de la sorte, les résultats d'une étude socio anthropologique réalisée autour des connaissances, des attitudes et des pratiques des populations dans le domaine de la SMI, ayant montré que les agents de santé, à cause de leur défaillance, provoque la sous-utilisation des services sanitaires par la population.¹⁶⁶

En outre, l'étude de Fourn et al, sur l'utilisation des services de santé par les mères, ont attesté que l'insatisfaction des mères à l'égard de la qualité des soins ultérieurement reçus constitue un

¹⁶² Masseria, C., Op. Cit. p: 41.

¹⁶³ Ibid.

¹⁶⁴ Samb, N.D., Sakho, P., Op. Cit. p: 41.

¹⁶⁵ Ilboudo, Z.A., Analyse de la pratique des soins prénatals dans les centres de SMI en milieu rural, Ouagadougou, 1996, p : 55.

¹⁶⁶ Ministère de la Santé, Etude socio anthropologique sur les connaissances attitudes et pratiques des populations dans le domaine de la SMI dans les provinces : Houet, Kouritenga, Sanguié, Tapoa, Ouagadougou, Burkina Faso, Janvier 1992.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

des déterminants de leur sous-utilisation des services de soins.¹⁶⁷ En effet, l'étude de Lunjwire, sur le comportement de la population de Goma dans la recherche de soins, a trouvé que la qualité professionnelle des personnels de santé, le bon accueil et la durée d'attente acceptable sont des variables qui motivent le recours aux établissements de santé.¹⁶⁸ Ces mêmes résultats sont ressortis par l'étude de Munyamahoro et Ntaganira sur les déterminants de l'utilisation des services de santé par les ménages du district de Rubavu. Ces deux chercheurs ont montré avec un pourcentage de 60% que les compétences du personnel, la qualité des soins, la qualité d'accueil constituent la raison principale de choix de la structure de soins.¹⁶⁹

Etant donné que, la qualité des soins constitue un élément prépondérant dans la satisfaction des bénéficiaires des prestations de soins, et en corolaire un déterminant de la promotion de l'accès aux soins. Une lecture des critères d'évaluation de la qualité de soins s'avère importante, afin de pouvoir évaluer la qualité de soins octroyée aux parturientes durant la période périnatale.

A travers le rapport intitulé « *La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer ?* » Zeynep Or et Laure Com-Ruelle ont ressorti comme critères d'évaluation de la qualité de soins les points suivants¹⁷⁰ :

- La facilité avec laquelle l'individu accède aux services de santé dans des délais opportuns ;
- Le traitement d'une manière juste et selon les normes des patients qui consultent ;
- La ponctualité ; comme critère représentatif du degré avec lequel les patients obtiennent les soins nécessaires rapidement ;
- L'accès aux soins hospitaliers en termes de facilité et de durée d'attente au niveau des structures de soins ;
- Le temps nécessaire pour accéder aux structures de soins ;
- Durée d'attente pour obtenir un rendez-vous ;
- La perception des patients quant à la durée d'attente ou de la prise des rendez-vous ;
- La réactivité à la demande des patients ;
- Le respect de la confidentialité ;
- Le degré de la coordination entre les structures de soins, afin d'assurer la continuité des soins.

¹⁶⁷ Fourn, L., Sakou, G., Zohoun. Th., Utilisation des services de santé par les mères des enfants fébriles au sud du Bénin, Santé Publique, vol. 13, no. 2, 2001, pp. 161-168.

¹⁶⁸ Lunjwire, K., le comportement de la population de Goma dans la recherche des soins, Etude des cas de la diarrhée », ville de Goma, ULPGL, 2007, p 64.

¹⁶⁹ Munyamahoro, M., Ntaganira, J., Déterminants de l'utilisation des services de santé par les manges du district de Rubavu, Rwanda Medical Journal, Vol 69, n°1, March 2012, p : 29.

¹⁷⁰ Zeynep, O., Laure, C-R., La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer?, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, DTn°19, Décembre 2008, pp.11-17.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

5- Variables communicationnelles

Selon une panoplie d'études les variables communicationnelles influencent l'accès aux soins. En effet, Ilboudo a mis en exergue que la communication défailante au niveau des structures de soins ne permet pas la transmission des connaissances nécessaires en matière de l'importance du suivi de la grossesse, et du calendrier des consultations. De ce fait, les femmes enceintes ne viennent pas à la structure de soins pour continuer le suivi de leur gestation, voir même, pour commencer le suivi.¹⁷¹ Ndiaye et al, à travers une étude sur les déterminants socioculturels du retard de la 1^{ère} consultation prénatale, a prouvé la relation existante entre le manque de communication, induisant la méconnaissance des risques encourus, et la fréquence élevée des retards de la demande des soins prénataux.¹⁷² Par ailleurs, selon Bakaouan, les femmes qui ne sont pas venues à la première consultation prénatale ont eu de faibles connaissances sur le calendrier du suivi prénatal, ses avantages et les risques de la période prénatal.¹⁷³

Bensaid dans son travail sur les déterminants de la faible utilisation des maisons d'accouchement a trouvé qu'entre la perception et les attentes d'une population souvent pauvre et analphabète et la logique et les objectifs d'un système rationnel de santé, existe un déséquilibre dans le discours et des difficultés communicationnelles donnant lieu à des frustrations, à des conflits entre les soignants et les soignés, voir même à des violences et des agressions. D'où l'importance d'introduire la vulgarisation du système de soins dans la pratique quotidienne des prestataires de soins. En outre, il a attesté que l'absence d'un plan de communication à l'adresse des usagers des services de santé, met en jeu l'image et la crédibilité des professionnels de santé.¹⁷⁴ De son côté, Aïach dans son ouvrage « Femmes et hommes dans le champ de la santé » a soulevé que les consultations sont souvent caractérisées par des incompréhensions réciproques entre les usagers et les professionnels de santé, se traduisant par des silences et par des logiques de distanciation sociale liées à l'utilisation de la langue française. Engendrant une logique de domination sociale qui s'exprime par la crainte de s'exprimer et de poser des questions en rapport avec l'évolution de son état de santé, d'où la sous-utilisation des services de soins.¹⁷⁵

¹⁷¹ Ilboudo, Z.A., Op. Cit. p: 50.

¹⁷² Ndiaye, P., et al., les déterminants socioculturels du retard de la 1^{ère} consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. Santé publique, n° 17, 2005, pp. 531-538.

¹⁷³ Bakouan, E., Op. Cit. p: 45.

¹⁷⁴ Bensaid, D., Etude des déterminants de la faible utilisation des maisons d'accouchement au Maroc, Organisation Mondiale de la Santé, 2010, 84pg.

¹⁷⁵ Aïach, P., Femmes et hommes dans le champ de la santé, approche sociologique, 2001.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

Barkat a attesté que la relation soignant/soigné est l'un des déterminants de la résignation des soins. En effet, à travers l'étude de deux groupes des parents de nourrissons porteurs des séquelles de l'asphyxie périnatale ; parents des nourrissons suivis et ceux des nourrissons non suivis, elle a montré que le comportement des professionnels de santé a différé d'un groupe à un autre. Les parents du premier groupe ont avancé que les médecins et les infirmiers se sont comportés convenablement à leur égard, qu'ils les ont encouragés à accepter l'état de santé de leurs nourrissons. Tandis que, les parents du deuxième groupe ont relaté des propos qui montrent que les professionnels de santé ont été une source de démotivation ; leurs comportements ont été indécent et leur langage a été rempli de messages négatifs qui détruisent l'espoir d'une guérison probable de leurs nourrissons. Selon cette étude, ces deux comportements opposés ont engendré chez les parents, des sens presque opposés, et en corolaire, des réactions contraires. En l'occurrence, les nourrissons du premier groupe ont bénéficié d'un suivi médical et ceux du deuxième groupe sont laissés à leur sort avec une aggravation notable de leur état de santé. Avec ces résultats le travail de Barkat a confirmé plusieurs recherches, dont ; l'étude de Kaufmann ayant avancé que la société savante des médecins exerce un conditionnement des comportements des individus à travers le changement de leur perception des choses.¹⁷⁶ Ainsi que, le travail de Kleinmann ayant montré que la société savante ne se limite pas au conditionnement des perceptions, mais elle influence, également, les symptômes que la personne malade présente et ses besoins en soin.¹⁷⁷

Laplantine considère que moyennant uniquement une communication adéquate, le médecin contribue à renforcer l'interprétation spontanée du malade vis-à-vis sa situation, et l'encourage à adhérer facilement aux protocoles de soins proposés loin des perceptions profanes. Pour cet auteur, un patient qui se trouve devant un professionnel de santé intentionné, qui lui donne la possibilité de poser des questions à propos de son état de santé et qui lui répond d'une manière facile et compréhensible, sera encouragé à respecter les rendez-vous et suivre convenablement les prescriptions nonobstant les entraves rencontrées.¹⁷⁸ En outre, selon la théorie de Balint « *remède-médecin* », si le soignant arrive à mettre de côté les barrières communicationnelles, l'écoute et l'attention accordées au patient peuvent guérir au même titre qu'un médicament.¹⁷⁹ D'où la nécessité, d'être simple dans les expressions verbales utilisées pour assurer une bonne

¹⁷⁶ Kaufmann, J-C., *Le cœur à l'ouvrage. Théorie de l'action ménagère*, Armand Colin, 2015, 304pg.

¹⁷⁷ Kleinman, A., *Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China*. New Haven and London : Yale University Press, 1986. 264pg.

¹⁷⁸ Laplantine, F., *Anthropologie de la maladie*, Payot, 1986, 388pg.

¹⁷⁹ Adam, Ph., Herzlich, C., *Op. Cit.* p: 46.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

compréhension et en corolaire une motivation du patient de respecter ses rendez-vous.¹⁸⁰ L'importance du tact humanitaire dans la relation entre le soignant/soigné est également mise en relief dans l'ouvrage de Winnicott intitulé « *conversations ordinaires* ». Selon ce chercheur, dans leurs relations avec les patients, les médecins, et les infirmiers doivent dépasser l'aspect purement technique de leur travail et intégrer le soutien humanitaire. Car, les cliniciens qui n'arrivent pas à dépasser l'aspect purement technique de leur fonction, ils risquent de causer beaucoup de souffrance sans le savoir.¹⁸¹ Surtout que, Ababou dans son étude sur la Vulnérabilité et politiques sociales liées à l'accouchement en hôpital au Maroc, a montré que les besoins recherchés auprès des soignants ne sont pas uniquement relatifs à la guérison mais de satisfaction psychologique envers leurs états de santé.¹⁸²

En effet, Fountain et Coutejoie dans leur travail sur l'utilisation des services de soins ont relaté que les patients ne se rendent pas aux hôpitaux ou aux dispensaires parce qu'ils n'ont pas confiance aux traitements qu'ils vont recevoir.¹⁸³ Certifiant les résultats de l'ouvrage de Jung « *Essai d'exploration de l'inconscient* ». Jung, dans une présentation de l'une de ses expériences avec ses patients, a montré l'importance de la confiance qui s'établie entre le soignant et le patient. Comme, il a illustré la manière dont cette confiance participe positivement à l'amélioration de l'état du patient. Car, ce dernier est encouragé à demander des prestations dans lesquelles il croit. En outre, pour lui la confiance permet la création d'un processus qui engendre chez le patient la reprise de la confiance en lui –même et en corolaire la création de la force de dépasser et d'accepter sa situation de santé.¹⁸⁴ En revanche, l'étude des variables déterminants la faible utilisation des services des soins curatifs dans la zone de santé de Karisimbi a confirmé, à travers des tests, l'indépendance entre la confiance envers le personnel soignant et l'utilisation des services de santé.¹⁸⁵

Quiddi, dans son travail de recherche sur les déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle dans la commune de Zerkten, Province d'Al Haouz, a montré que 40 % des femmes qui n'ont pas utilisé les services de post-partum ne savent pas leurs existences, ni leurs intérêts. De ce fait, il a recommandé de renforcer la communication autour des consultations post-

¹⁸⁰ Coutu-Wakulczyk, G., Op. Cit. p: 46.

¹⁸¹ Winnicott, D-W., *Conversations ordinaires*, Gallimard, 2006, 392pg.

¹⁸² Ababou, M. *Sociologie de la Santé : approche théorique*, Sipama, 2015, 110 pg.

¹⁸³ Fountain, D., Courtejoie, J., *Infirmier comment bâtir la santé : manuel de santé communautaire*, Kangu-Mayumbe : Bureau d'études et de recherche pour la promotion de la santé, 2006, pp. 16-41.

¹⁸⁴ Jung, C-G., Op. Cit. p: 46.

¹⁸⁵ Abintegenke, I., *Facteurs déterminants la faible utilisation des services des soins curatifs dans la zone de santé de Karisimbi*, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Goma - Licence en santé publique 2011, 59pg.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

natales, moyennant des séances éducatives, et ce, afin de changer les comportements des femmes vis-à-vis de l'utilisation des services de santé et les encourager davantage à consulter durant la période post-natale.¹⁸⁶ Ce constat est également soulevé par Abintegenke dans son travail sur les déterminants de la faible utilisation des services de soins. Ce chercheur a montré l'importance de stimuler la demande des services de santé à travers la sensibilisation des citoyens sur les types des services mis à leur disposition et la nécessité de recourir à un service de santé en cas de besoin.¹⁸⁷

Fourn et al dans leur étude sur l'utilisation des services de santé par les mères des enfants fébriles au sud de Bénin ont montré que le coût des soins est avancé souvent, par les mères enquêtées, comme argument pour justifier la sous-utilisation des services de soins. La raison pour laquelle, les professionnels de santé doivent utiliser cet argument pour sensibiliser les mères à l'importance de recourir aux soins au temps opportun, afin de réduire le coût de la prise en charge. Montrant ainsi, l'importance de mener une sensibilisation basée sur les spécificités et les perceptions de la population cible, et ce, dans une vision d'assurer une bonne promotion de l'utilisation des services de santé.¹⁸⁸ Ces résultats sont attestés par les avancés de Paret, dans son ouvrage « Humanitaire et santé publique ». Ce chercheur en étudiant les habitudes alimentaires en Afrique, a mis l'accent sur l'importance de prendre en compte les perceptions des populations lors de l'éducation nutritionnelle, afin de la réussir et les convaincre de changer leurs comportements alimentaires.¹⁸⁹

6- Variables médicales

Les variables liées aux spécificités médicales des patients sont relatées dans plusieurs études comme déterminants de la sous-utilisation des services de soins. Parmi ces travaux, il y a lieu de citer Ronsmans et al ayant analysé les données des enquêtes démographiques et santé des pays en développement pour trouver que les complications maternelles au cours de la gestation influencent l'utilisation des services de santé maternelle.¹⁹⁰ En effet, selon l'étude de Faye¹⁹¹ et

¹⁸⁶ Quidi, W., Les déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle dans la commune de Zerkten, Province d'Al Haouz, thèse de doctorat en médecine, Université Cadi AYYAD, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2016, pp. 66-67.

¹⁸⁷ Abintegenke, I., Op. Cit. p: 54

¹⁸⁸ Fourn, L., Sakou, G., Zohoun. Th., Op. Cit. p: 50.

¹⁸⁹ Paret, H., Humanitaire et santé publique, L'Harmattan, 1997, 280pg.

¹⁹⁰ Ronsmans C., Holtz, S., Stanton, C., Op. Cit. p: 47.

¹⁹¹ Faye, A., Faye, M., Bâ, IO., Ndiaye, P., Tal-Dia, A., Facteurs déterminant le lieu d'accouchement chez des femmes ayant bénéficié au moins d'une consultation prénatale dans une structure sanitaire (Sénégal). Rev Dépidémiologie Santé Publique, 2010, Vol.58, n°5, pp. 323-329.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

al et l'étude d'El Hamdani¹⁹² et al les expériences antérieures d'un décès néonatal et des complications maternelles poussent les parturientes à accoucher dans une structure de santé. Paul et al ont réitéré ce même constat en relatant qu'au Bangladesh les femmes ayant déclaré des complications durant leur gestation recourent trois fois plus à l'accouchement auprès d'un personnel qualifié.¹⁹³

L'association entre la multiparité et la sous-utilisation des services de santé maternelle est attesté par plusieurs études. En l'occurrence, l'étude de Mbonye¹⁹⁴ et l'étude de Friedma et al¹⁹⁵. Selon ces deux études. Lorsque la femme est multipare, elle fait le choix pour un accouchement à domicile. Car, compte tenu de son expérience, elle considère l'accouchement en tant qu'un processus physiologique normal qui ne menace en rien sa vie. Corroborant, de ce fait, les résultats de l'étude de Rahman, sur les déterminants de l'utilisation des services de soins post-nataux. Cette étude a attesté que la parité de la femme constitue un déterminant essentiel du recours aux soins maternels.¹⁹⁶ En outre, ces résultats affirment les avancés de l'étude de Dhaher et al, sur les variables associées à la sous-utilisation des services postnatales par les femmes palestiniennes. En effet, cette étude a montré que la variable de la multiparité est un déterminant de la sous-utilisation des soins post-nataux.¹⁹⁷ La multiparité est également ressortie comme variable de la sous-utilisation des soins post-nataux dans l'étude réalisée par Matijasevich et al en Brésil.¹⁹⁸

L'étude de Dahkal sur l'utilisation des services post-nataux par les femmes rurales au Népal a montré que le déroulement de l'accouchement est un déterminant de l'utilisation des consultations post-natales par ces femmes.¹⁹⁹ Ce chercheur a prouvé une association statistiquement significative entre l'enregistrement des complications durant l'accouchement et

¹⁹² El Hamdani, FZ., Vimard; P., Baali, A., Zouini, M., Cherkaoui, M., Prenatal care in the city of Marrakech, *Med Santé Trop.* 2013, vol. 23 n°2, pp. 162-167.

¹⁹³ Paul, BK., Rumsey, DJ., Utilization of health facilities and trained birth attendants for childbirth in rural Bangladesh: an empirical study, *Soc Sci Med*, 2002, vol.54, n°12, pp.1755-1765.

¹⁹⁴ Mbonye, AK., Risk factors associated with maternal deaths in health units in Uganda, *Afr J Reprod Health*, 2001, vol. 5, n°3, pp. 47-53.

¹⁹⁵ Friedman, SH., Heneghan, A., Rosenthal, M., Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2009, vol.38, n°2, pp. 174-181.

¹⁹⁶ Rahman, M-M., The determinants of use of postnatal care service for Mothers: does differential exists between urban and rural areas in Bangladesh?, *Internet Journal of Epidemiology*, 2010, vol.8, n°1, pp. 1-6.

¹⁹⁷ Dhaher, E., Mikolajczyk, R., Maxwell, A-E., Krämer, A., Factors associated with lack of postnatal care among Palestinian women: A cross-sectional study of three clinics in the West Bank, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2008, vol. 8, n°26, pp. 1-9.

¹⁹⁸ Matijasevich, A., Santos, I., Silveria, M-F., Domingues, M-R., Barros, A-JD., Marco, P-L., Barros, F-C., Inequities in maternal postnatal visits among public and private patients: 2004 Pelotas cohort study, *BMC Public Health*, 2009, vol. 9, n°335, pp. 1-10.

¹⁹⁹ Dhakal, S., Chapman, G-N., Simkhada, P-P., Teijlingen, E-R., Stephens, J., Raja, A., Utilisation of postnatal care among rural women in Nepal, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2007, Vol. 7, n°19, pp. 1-9.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

l'utilisation des consultations post-natales. La P-value de cette association est de 0.003. Par ailleurs, l'étude réalisée à Pelotas en Brésil a montré que les femmes déclarant une mauvaise qualité de prise en charge au moment de l'accouchement ont été moins susceptibles de demander les soins postnatals.²⁰⁰ De même, l'étude de Telfer²⁰¹ et all et l'étude Adekunle²⁰² ont expliqué que les femmes ayant souffert d'une violation de leur intimité lors de consultations antérieures ont déclaré des réticences quant à l'utilisation des services de santé post-natals, induisant en corolaire une sous-utilisation des consultations prénatales et post-natales.

Le mode d'accouchement est trouvé comme un déterminant de l'utilisation des services de consultation post-natal dans l'étude de Mohan et al. En effet, cette étude a été réalisée sur les déterminants de l'utilisation des soins post-natals dans le rural de Tanzania, pour trouver que moins d'une femme sur quatre a déclaré le recours à un établissement de santé pour des soins post-natals et que parmi les attributions individuelles associées positivement à cette faible demande de soins, on trouve l'accouchement par voie haute ou un accouchement dystocique avec l'utilisant d'un forceps.²⁰³ En revanche, les constats trouvés par Dhaher et al dans leur étude sur les variables associées à la sous-utilisation des soins post-natals par les femmes palestiniennes. Selon les avancés de cette étude, les femmes qui n'utilisent pas les soins postnatals sont les femmes ayant eu un accouchement normal par voie basse sans aucune complication. En outre, ils ont trouvé un recours relativement élevé aux soins post-natals chez les femmes ayant eu des problèmes lors de leur accouchement, et ce avec un pourcentage de 60%, ou ayant eu une césarienne ou un accouchement instrumental avec un pourcentage de 75%.²⁰⁴ L'explication que Border a soulevé pour expliquer cette différence d'utilisation des consultations post-natales est le fait que les accouchées connaissent que ces variables augmentent le risque des complications post-natales et que les soins post-natals sont particulièrement importantes pour prévenir et limiter les risques des complications qui peuvent survenir durant cette période.²⁰⁵

²⁰⁰ Matijasevich, A., Santos, I., Silveria, M-F., Domingues, M-R., Barros, A-JD., Marco, P-L., Barros, F-C., Op. Cit. p: 56.

²⁰¹ Telfer, M-L, Rowley, J-T, Walraven, G-E., Experiences of mothers with antenatal, delivery and postpartum care in rural Gambia, *Afr J Reprod Health*, 2002, vol. 6, n°1, pp. 74-83.

²⁰² Adekunle, LV., Problems and Progress of Obstetric Care in Nigeria: Home or Hospital Delivery? Views from a Rural Community, *Trop J Obstet Gynaecol*, 2002, vol.19, n°2, pp.82-85.

²⁰³ Mohan, D., Gupta, S., LeFevre, A., Bazant, E., Killewo, J., Baqui, A-H., Determinants of postnatal care use at health facilities in rural Tanzania: multilevel analysis of a household survey, *BMC Pregnancy Childbirth*, PubMed, 2015, Vol. 15, pp.1-10.

²⁰⁴ Dhaher, E., Mikolajczyk, R., Maxwell, A-E., Krämer, A., Op. Cit. p: 56.

²⁰⁵ Borders, N., After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery, *J Midwifery Womens Health*, 2006, vol.51 pp. 242-248.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

En s'articulant autour de l'ensemble des résultats ressortis à travers la revue de littérature adoptée dans le cadre de cette section, un cadre conceptuel est élaboré, afin de faciliter la construction de l'outil à utiliser dans la collecte des données, à savoir ; le questionnaire.

7- Cadre conceptuel des variables influençant la sous-utilisation des services de soins

Chapitre I : Synthèse bibliographique

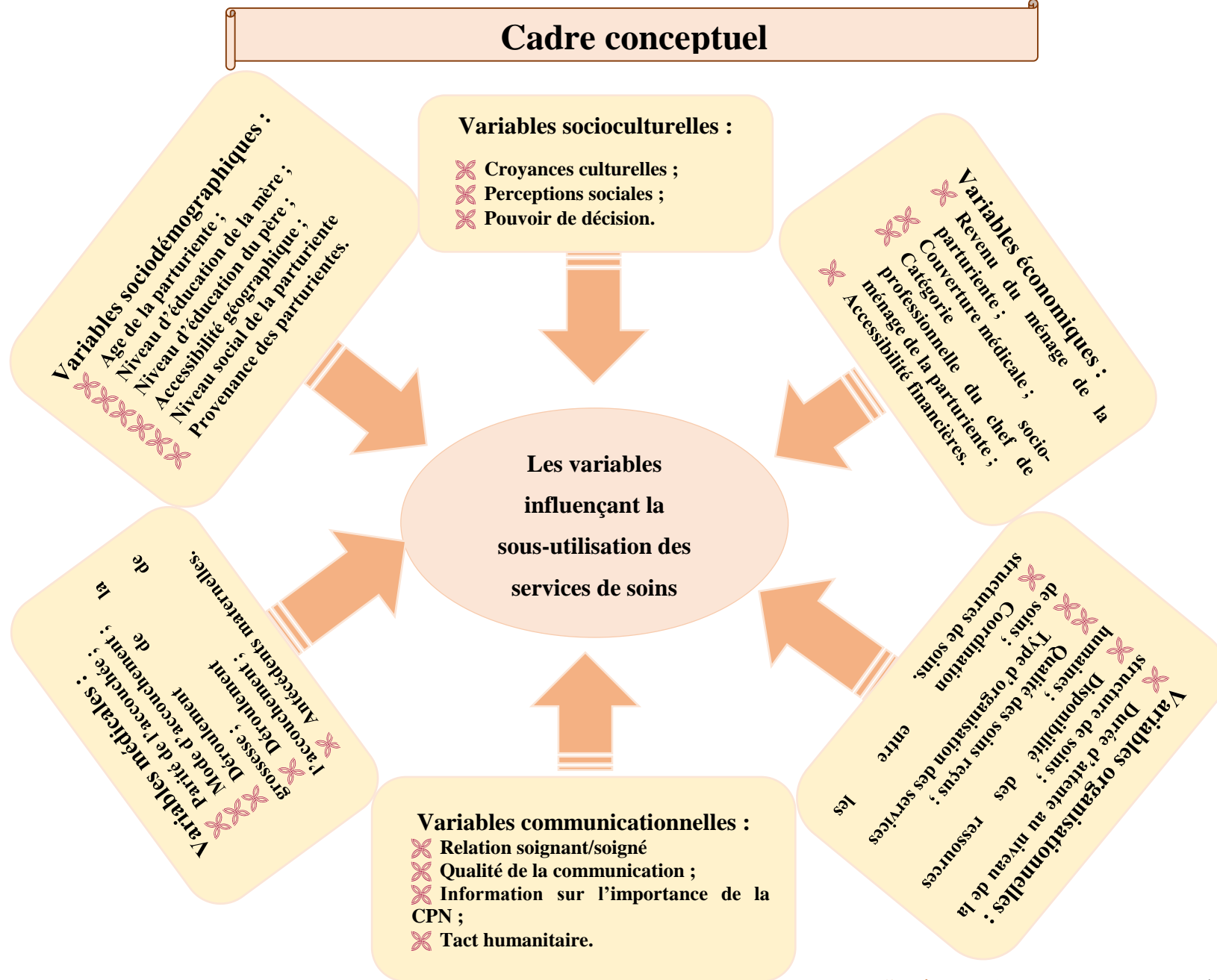


Schéma n°1 : Le cadre conceptuel de l'étude

Chapitre I : Synthèse bibliographique

8- Opérationnalisation des variables incluses dans le cadre conceptuel de cette section.

8-1 La sous-utilisation de la consultation post-natale

La sous-utilisation de la consultation post-natale signifie dans cette étude le non recours catégorique à la consultation post-natale.

8-2 Niveau d'éducation de l'accouchée et de son mari

Pour étudier le niveau d'éducation de l'accouchée et de son mari, ce travail a subdivisé leur niveau d'étude en huit catégories ; Illettré ; M'Cid ou école coranique ; Primaire ; Secondaire ; Lycée ; Supérieur 1er cycle ; Supérieur 2ème cycle ; Supérieur 3ème cycle et doctorat.

8-3 Accessibilité géographique

L'accessibilité géographique aux prestations de soins post-natals est élucidée dans ce travail, en demandant aux parturientes où elles se rendent pour bénéficier de ces soins, la distance qu'elles doivent parcourir afin d'arriver à l'établissement de soins compétent, et le temps nécessaire pour parcourir cette distance.

8-4 Niveau social de la parturiente

Le niveau social de la parturiente est étudié en questionnant les enquêtées sur la strate sociale à laquelle elles appartiennent, et ce, en leur proposant de choisir entre pauvre, entre pauvre et moyenne, moyenne, entre moyenne et riche, et riche.

8-5 Provenance de la parturiente

La provenance des parturientes incluses dans ce travail a été étudiée selon trois typologies, urbaine, préurbaine et rurale.

8-6 Croyances culturelles

Les croyances culturelles étudiées dans ce travail en élucidant comment le cadrage culturel influence la décision des parturientes de recourir aux soins ou au contraire à des pratiques traditionnelles et la médecine traditionnelle.

8-7 Perceptions sociales

L'étude des perceptions sociales est réalisée dans ce travail à travers la vérification de la manière dont l'entourage social oriente la déclaration des symptômes par les parturientes et en corolaire la demande de soins.

8-8 Pouvoir de décision

Le pouvoir de la parturiente à décider est étudié en vérifiant si la femme décide d'une manière autonome de se rendre aux structures de soins quand elle sent le besoin de le faire. Ou bien, elle doit demander l'accord d'une autre personne, tel ; le mari ou la belle-mère. Egalement le

Chapitre I : Synthèse bibliographique

pouvoir décisionnel de la parturiente est étudié en lui demandant s'elle a la possibilité de consulter sans qu'elle soit accompagnée par une autre personne à la structure de la consultation.

8-9 Ménage

Selon la définition du Haut-commissariat-au plan, le ménage est un groupe d'individus vivant dans un même logement et ayant des dépenses communes.²⁰⁶ Cette étude a utilisé cette définition lors de la réalisation de l'enquête.

8-10 Revenu du ménage

En adoptant la monoculture validée par le Haut- Commissariat au Plan, le revenu du ménage est analysé dans cette étude selon six catégories. La catégorie de 0 à 499 DH, la catégorie de 500DH au 1999DH, la catégorie de 2000DH à 2999DH, la catégorie de 3000DH à 4999DH, la catégorie de 5000DH à 9999DH et la catégorie de 10000DH à 19999DH. Pour calculer le revenu du ménage, nous avons pris en considération tous les revenus des membres actifs de ce ménage.

8-11 Couverture médicale

La couverture médicale est classée selon quatre types. La Caisse Nationale de Sécurité Sociale (CNSS), la Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale (CNOPS), le Régime d'Assistance Médicale aux Economiquement Démunis (RAMED), et société d'assurance privée.

8-12 Catégorie socio-professionnelle du chef de ménage de la parturiente

Pour étudier l'activité socio-professionnelle du chef de ménage, ce travail a fait référence à la monoculture adoptée par le Haut- Commissariat au Plan. De ce fait, six catégories socio-professionnelles sont considérées ; les cadres supérieurs ; les cadres moyens ; les employés ; les artisans ; les travailleurs des petits métiers ; et les personnes en chômage.

8-13 Accessibilité financière

L'accessibilité financière est analysée dans cette étude à travers la vérification si les parturientes ont les moyens financiers pour se rendre aux quatre consultations post-natales. Egalement, par l'analyse des dépenses en soins que les accouchées ont effectuées durant la période post-natale.

8-14 Durée d'attente au niveau de la structure de soins

La durée d'attente au niveau de la structure de soins est étudiée dans ce travail en mettant en relief la moyenne de la durée du temps qui s'étend entre l'heure d'arriver de la parturiente à la structure de la consultation prénatale et l'heure de la consultation avec la sage-femme ou le médecin. Nous avons pris l'attente pour bénéficier de la consultation prénatale comme

²⁰⁶ Haut-Commissariat au Plan, Les cahiers du plan, n°14, Centre National de documentation, Août-septembre 2007, Rabat.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

référence, afin de voir si cette attente a influencé la décision des accouchées pour se rendre aux consultations post-natales. Car, les cellules de la santé maternelle et infantile assurent les consultations pré et post-natales.

8-15 Qualité d'accueil

La qualité d'accueil est étudiée dans cette recherche en demandant aux parturientes s'elles sont satisfaites vis-à-vis de l'accueil dont elles ont bénéficié à l'occasion de leurs consultations prénatales.

8-16 Disponibilité des ressources humaines

La disponibilité des ressources humaines est étudiée en vérifiant si les parturientes trouvent à l'heure les sages-femmes ou les médecins à l'occasion de leurs consultations prénatales et si le nombre de ces prestataires de soins a été suffisant pour leur octroyer un soin satisfaisant, de qualité.

8-17 Qualité des soins reçus

La qualité des soins reçus par les parturientes durant leur gestation est élucidée dans cette étude en demandant aux parturientes s'elles sont satisfaites de la qualité des soins qu'elles ont reçu lors de leurs consultations prénatales et au niveau de la structure de l'accouchement. Ces questions ont été posées, afin de voir de près comment la perception de la qualité de soins influence la décision de se rendre aux consultations prénatales. En outre, la qualité de soins est étudiée dans ce travail à travers une Check –list des actes de soins que normalement une parturiente doit recevoir à l'occasion de chaque consultation post-natale.

8-18 Type d'organisation des services de soins

Le type d'organisation des services de soins est étudié dans ce travail de recherche, en demandant si la parturiente a bénéficié de ces consultations prénatales dans des unités de visite mobile ou dans un établissement de soins fixe.

8-19 Coordination entre les structures de soins

Pour étudier l'existence d'une coordination entre la structure de l'accouchement et les structures des consultations post-natales, cette étude a vérifié auprès des parturientes s'elles ont reçu une fiche contenant des renseignements sur le déroulement de leur accouchement, de leur post-partum immédiat et précoce, et de la première consultation post-natale.

8-20 Relation soignant/soigné

La relation soignant/soigné est évaluée dans cette étude à travers l'avis des parturientes vis-à-vis de leurs relations avec les professionnels de santé ayant assuré leur prise en charge durant la période prénatale, et au moment de l'accouchement.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

8-21 Qualité de la communication

Par qualité de la communication cette étude fait référence, à l'existence de l'écoute active, de l'empathie, et de la clarté de parole chez les professionnels de santé des différentes structures de santé maternelle, au moment de leur discussion avec les parturientes à propos de leur état de santé.

8-22 Information sur l'importance de la consultation post-natale

L'information sur l'importance de la consultation post-natale est décelée dans cette étude en demandant aux parturientes s'elles ont reçu les informations nécessaires sur les risques de la période post-natale, ainsi que, sur l'importance de la consultation durant cette période, ses avantages, et son calendrier.

8-23 Tact humanitaire

Le tact humanitaire est vérifié en demandant aux parturientes incluses dans cette étude s'elles ont bénéficié, durant les consultations prénatales et au moment de l'accouchement, d'un soutien psychologique de la part des professionnels de santé. Ou si la prise en charge, de ces derniers, a été faite d'une manière mécanique.

8-24 Déroulement de la grossesse

Le déroulement de la grossesse est étudié en analysant le carnet de santé de chaque parturiente pour vérifier s'elles ont eu des complications durant la grossesse. Egalement, des questions ont été posées aux parturientes au sujet de la qualité des soins reçus durant la grossesse, et au sujet du respect de leur intimité et de la confidentialité au cours de leurs consultations prénatales.

8-25 Déroulement de l'accouchement

A travers l'étude du dossier médical de chaque parturiente, le déroulement de leur accouchement est analysé en étudiant s'il s'agit d'un accouchement eutocique ou dystocique.

8-26 Antécédents maternelles

Les antécédents maternels sont élucidés en demandant aux parturientes enquêtées s'elles ont eu une expérience antérieure d'un décès néonatal, ou de complications obstétricales ou encore chirurgicales.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

II- Les associations entre la sous-utilisation des services de santé et l'incidence des maladies

Certes que cette thèse se penche sur les associations existantes entre le suivi des accouchées durant le post-partum et l'incidence des complications des suites de couches. Néanmoins, devant le nombre réduit des études ayant traité ces types d'associations, cette section a mis en relief les études ayant traité l'influence de la faible utilisation des services de soins sur l'incidence des différentes pathologies, ainsi que, l'importance d'un suivi médical en post-partum.

Compte tenu que les pathologies des suites de couches incluses dans cette étude peuvent se regrouper en cinq catégories, à savoir ; les complications hémorragiques ; les complications infectieuses ; les complications mammaires ; les complications thrombo-emboliques ; et les complications psychologiques. Cette section fait référence aux travaux de recherches ayant étudié l'existence des associations entre des pathologies similaires et la sous-utilisation des structures de soins.

1- Les complications hémorragiques et la sous-utilisation des services de soins

Sitti dans son travail sur la prévention et la prise en charge de l'hémorragie du post-partum a relaté que la prévention de l'hémorragie du post-partum s'articule autour d'un suivi régulier de la grossesse. En effet, il a relaté que le manque de suivi pendant cette dernière constitue l'une des causes majeures des taux élevés de l'hémorragie du post-partum immédiat.²⁰⁷ C'est résultats confirment les avancés de l'étude de N'dinga et al. Ces chercheurs ont trouvé, dans leur travail sur les accouchements sans assistance médicale, qu'à l'hôpital de Brazzaville au Congo, 3,7% des patientes ont accouché sans assistance médicale et en dehors d'une structure de soins. Selon leurs résultats, le motif d'admission de ces accouchées a été une hémorragie du post-partum dans 58% des cas. Montrant ainsi que le suivi obstétrical régulier de la femme enceinte joue un rôle prépondérant dans la prévention de l'hémorragie du post-partum.²⁰⁸ C'est la raison pour laquelle l'OMS recommande de faire au minimum 4 consultations prénatales durant la grossesse.²⁰⁹

²⁰⁷ Sitti, N., Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum au CHU Sylvanus Olympio de Lomé au Togo, RSF, 2016, Vol. 15, n°1, pp. 3-9.

²⁰⁸ N'dinga, HG., Angouono-Moke, GR O., Iloki, LH., Accouchement sans assistance médicale à l'hôpital de base de Talagã à Brazzaville (Congo), Médecine tropicale, 2011, Vol. 71, n°3, pp.278-80.

²⁰⁹ Dougas, M., Donner aux populations vulnérables de l'Afrique subsaharienne un accès aux soins obstétricaux : stratégie avancée de consultations prénatales, Médecine tropicale, 2011 Vol. 71, pp. 526- 528.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

Bilali dans son étude sur les suites de couches post-césariennes a montré que le manque d'utilisation des centres de consultations prénatales augmente le risque des complications des suites de couches des césarisées de 1,2% à 3,2%, et ce, avec une P-value statistiquement significative inférieure à 0,01.²¹⁰ Pour expliquer cette association, Diarra a déclaré qu'une femme qui suit sa gestation convenablement, elle sera protégée contre plusieurs complications de santé, entre autres, moyennant la supplémentation en fer et en acide folique qui la protège contre les suites de couches hémorragiques.²¹¹ Cette association entre la sous-utilisation des consultations prénatales et l'incidence des suites de couches hémorragiques a été attesté par le travail de Sacko, intitulé les complications des suites de couches au centre de santé de référence.²¹²

En effet, Bouvier-Colle et al, dans leur étude sur la mortalité maternelle dans l'Afrique de l'Ouest, ont trouvé que l'anémie est la cause sous-jacente de la mortalité maternelle en Afrique. Car, ils ont constaté que l'anémie est présente chez la plupart des femmes incluses dans leur étude, et que cette anémie a compliqué les complications gestationnelles déclarées par ces femmes, en particulier les hémorragies du post-partum. Selon eux, les variables de risque derrière ce constat auraient pu être évitées si les femmes enceintes ont fait appel à des prestations de soins de qualité.²¹³

En outre, Subtil et al dans leur étude sur les hémorragies du post-partum ont confirmé que les variables de risque de l'hémorragie sont pratiquement ; l'absence du suivi prénatal, les grossesses multiples, les utérus cicatriciels, les hématomes rétro-placentaires et les césariennes.²¹⁴

Depalle, dans son travail sur l'évaluation de la préparation du retour des accouchées à domicile, a ressorti existence d'une association entre la prévention de l'hémorragie du post-partum et la

²¹⁰ Bilali, C., Etude des suites de couches post-césarienne au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako, Thèse de Médecine, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie, Université de Bamako, Mali, 2009, pp. 86-87.

²¹¹ Diarra, FL., Etude de l'anesthésie dans les césariennes en urgence de l'hôpital Gabriel Touré, Thèse de médecine, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie, Université de Bamako, Mali, 2001, 70pg.

²¹² Sacko, I., Etude des suites de couches post césarienne au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, Thèse de médecine, Faculté de Médecine et d'Odonto-stomatologie, Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, Mali, 2015, p : 67.

²¹³ Bouvier-Colle, M-H., Ouedraogo, C., Dumont, A., Vangeenderhuysen, C., Salanave, B., Decam, C., Moma group, Maternal mortality in west Africa, Restes, causes and standard care from a prospective survey, PubMed, Acta Obstet Gynecol Scand, Vol. 80, n°2, 2001, pp. 113-119.

²¹⁴ Subtil, D., Sommé, A., Ardiét, E., Depret-Mosser, S., Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Vol. 33, Issue 8, Supplement 1, 2004, pp. 9-16.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

surveillance de la femme durant les suites de couches.²¹⁵ Corroborant le contenu de l'article de Maria sur les complications obstétricales évitables. En effet, l'auteur de ce travail a exposé qu'afin de prévenir l'hémorragie du post-partum, toutes les accouchées doivent bénéficier d'une surveillance vigilante.²¹⁶Reyal et al ont arrivé à cette même conclusion. En se basant sur les résultats statistiquement significatifs, Ils sont persuadés de la possibilité de diminuer significativement les hémorragies du post-partum au niveau de leur service, si les accouchées bénéficient d'une surveillance de qualité, d'un diagnostic à temps et de qualité, et d'une prise en charge thérapeutique suffisante.²¹⁷

Masala, dans son travail sur la fréquence des urgences obstétricales à l'hôpital général de référence de Kamina, a montré la relation entre le suivi prénatal est la survenue des urgences obstétricales, dont les hémorragies périnatales. La raison pour laquelle, il a recommandé de redynamiser la sensibilisation de la société sur l'importance des services de consultations prénatales. Dans une vision d'inciter les femmes enceintes à consulter ces services dès la conception jusqu'à le post-partum, et d'éviter les accouchements à domicile.²¹⁸ En effet, pour prévenir les hémorragies du post-partum, Sema dans son étude a soulevé l'importance de recourir aux consultations prénatales, d'éviter les accouchements non médicalisés, et d'éviter la sous-utilisation des consultations post-natales.²¹⁹

Yalcouye dans son étude épidémio-clinique des hémorragies du post-partum a trouvé un autre aspect de l'association entre la sous-utilisation des consultations prénatales et les complications hémorragiques des suites de couches. En effet, en soulevant que 49,7% des cas des hémorragies du post-partum inclus dans son travail n'ont pas consulté durant la grossesse, et que 50,3% des cas ont fait entre deux et plus de trois consultations prénatales, il a attesté que non seulement le

²¹⁵ Depalle, A., Evaluation de la préparation au retour à domicile des accouchées au CHU de Clermont-Ferrand, Mémoire de fin d'étude, Faculté de médecine, Université d'Auvergne, 2012, p :2.

²¹⁶ Maria, B., Mortalité maternelle : les complications obstétricales évitables, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Vol.30, n°sup6, 2001, pp. 223-232.

²¹⁷ Reyal, F., Deffarges, J., Luton, D., Blot, P., Oury, J-F., Sibony, O., Hémorragie grave du post-partum : Etude descriptive à la maternité de l'hôpital Robet-Debré, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Vol. 31, n°4, 2002, pp. 358-364.

²¹⁸ Masala, B-B., sur la fréquence des urgences obstétricales à l'hôpital général de référence de Kamina, Licence en santé publique, Université de Kamina RDC, 2011. 50pg.

²¹⁹ Sema, K., Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital du Point G – Bamako 1991-2001, Thèse de médecine, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie, université de Bamako, 2003, p :89.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

recours à ces consultations qui prime. Mais encore, la qualité des soins octroyés dans ces derniers est très importante, afin d'éviter le risque hémorragique chez les accouchées.²²⁰

2- Les complications infectieuses et la sous-utilisation des services de soins

Selon le travail de Louarti, dans les pays en développement, l'infection puerpérale est la cause de plusieurs décès évitables. Selon elle, ces infections sont dues principalement à l'accès inadéquats aux soins et à la mauvaise prise en charge au moment de l'accouchement. Elle a trouvé que pour des variables multiples les femmes enceintes sous-utilisent les services de santé maternelle pendant l'accouchement et le post-partum, tout en demandant l'aide auprès des intervenants qui n'ont pas les compétences nécessaires. En corolaire, les accouchées se mettent devant un risque infectieux très élevé.²²¹

L'endométrite du post-partum est une pathologie évitable, elle est la cinquième cause de décès maternels. Dans cette complication du post-partum le streptocoque B est le principal pathogène impliqué, qu'avec un suivi adéquat et une bonne prise en charge le traitement est souvent efficace.²²² Par ailleurs, Bennouna, à travers son étude sur la prévalence du portage génital du streptocoque B chez la femme enceinte au CHU Hassan II, a montré l'importance des consultations prénatales dans l'évaluation du portage de streptocoque du groupe B. En effet, elle a relaté que la colonisation au moment de l'accouchement varie avec le temps s'étalant entre le dépistage et l'accouchement.²²³

Sangré sans son travail sur les complications infectieuses post-césariennes au centre de santé de référence de Bougouni, a relaté qu'uniquement 24,1% des accouchées ont atteint quatre consultations prénatales, et que 13,8% n'ont pas fait aucune consultation. En outre, il a trouvé que parmi celles ayant suivi leur grossesse, 60% ont consulté chez une accoucheuse traditionnelle, 6,9% chez une infirmière obstétricienne, et 10,3% chez une sage-femme. Pour expliquer le recoure de ces accouchées aux accoucheuses traditionnelles, Sangré a signalé que

²²⁰ Yalcouye, Youssouf, Etude épidémiologique-clinique des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie-obstétrique du CHU du point « G » de 2005 à 2007. A propos de 165 cas, Thèse de médecine, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie, université de Bamako, 2008, pp. 50-69.

²²¹ Louarti, I., Infection puerpérale et son impact sur les parturientes, Doctorat en médecine, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de Médecine et de Pharmacie Fès, 2015, p : 50.

²²² Lamy, C., Zuily, S., Perdriolle, E., Gauchotte, E., Villeroy-de-Galhau, S., Delaporte, M-O., Wahl, D., Morel, O., Judlin, P., Management of post-partum infections, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol. 41, Issue 8, 2012, pp. 886-903.

²²³ Bennouna, SI., Prévalence du portage génital du streptocoque b chez la femme enceinte au chu Hassan ii de Fès : étude prospective, Doctorat en médecine, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de Médecine et de Pharmacie Fès, 2010, p : 44.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

la plupart des accouchements dans sa zone d'étude sont assurés par des matrones et que la majorité des patientes sont analphabètes ne comprennent pas l'importance de la consultation prénatale. Après croisement de résultats, Sangré a soulevé que 51,7% de ces femmes ont développé une endométrite et 10,3% ont eu une endométrite plus une suppuration pariétale.²²⁴ Montrant, ainsi, l'importance des consultations prénatales de qualité et de l'accouchement dans un milieu médicalisé dans la prévention des endométrites du post-partum.

Selon le rapport de l'Inserm, l'infection puerpérale avec sepsis sévère est la cinquième cause obstétricale directe de décès maternel en France, soit un ratio de 0,3 pour 100000 naissances vivantes entre 2007 et 2009.²²⁵ Selon Menzella et al, dans la majorité des cas, ces complications sévères sont en intime relation avec un retard de diagnostic et de la prise en charge adéquate. Selon, ces chercheurs, l'endométrite non traitée ou mal traitée peut se compliquer à une pelvipéritonite, avec le risque d'un abcès nécessitant un drainage chirurgical.²²⁶

Dans leur étude sur l'actinomyose pelvienne pseudo tumorale associée au dispositif intra-utérin, à propos de trois cas, El Hassani et al ont montré que le non recours aux soins pour le contrôle de DIU a induit chez une femme âgée de 55, porteuse d'un DIU oublié depuis 15 ans, une pelvipéritonite avec syndrome tumoral pelvien. Après une hystérectomie totale avec annexéctomie bilatérale, la patiente a été mise sous amoxicilline à raison de 6g/J pendant 9 mois. Selon cet article, l'évolution immédiate a été favorable et le suivi en consultation a montré une patiente en bon état général sans signe de récurrence.²²⁷ Ce cas a attesté que le manque de contrôle a causé une pelvipéritonite avec un syndrome tumoral. Tandis que, le recours aux soins et le respect du suivi a amélioré le pronostic vital de la patiente traitée.

Romanowski dans son travail sur les maladies inflammatoires pelviennes a trouvé que les femmes présentant des infections des voies génitales inférieures dues à *Neisseria gonorrhoeae* ou *Chlamydia trachomatis* sont susceptibles de développer une maladie inflammatoire pelvienne. En effet, dans son population d'étude, 30 à 40% des femmes avec gonocoque ou

²²⁴ Sangré, F., Etude prospective des complications infectieuses post-césarienne au centre de santé de référence de Bougouni, Doctorat en médecine, Université de Bamako, Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie, 2008, pp : 84-95.

²²⁵ Saucedo, M., Deneux-Tharoux, C., Bouvier-Colle, MH., Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2007-2009. *Journal Gynecol Obstet Biol Reprod*, Vol.42, 2013, pp. 613-627.

²²⁶ Menzella, D., Anselem, O., perpartum and postpartum period infections, Mini-revue, *Médecine de la reproduction, Gynécologie Endocrinologie*, Vol.17, n°1, 2015, pp. 52-52.

²²⁷ El Hassani, M-E., Babahabib, A., Kouach, J., Kassidi, F., El Houari, Y., Moussaoui, D., Dehayni, M., Pseudo tumor pelvic actinomycosis associated with intrauterine device: report of three cases, *The Pan African Medical Journal*, Vol. 19, 2014, p: 2.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

chlamydia non traités ont présenté des symptômes cliniques d'une maladie inflammatoire pelvienne aiguë. Partant de ce constat, ce chercheur a recommandé aux professionnels de santé d'éduquer les femmes pour un recours précoce au traitement de la cervicite. Car, un traitement adéquat de cette dernière réduit considérablement l'incidence de la maladie inflammatoire pelvienne. En outre, il a montré que la réduction des coûts médicaux, économiques, et socioculturels de la maladie inflammatoire pelvienne nécessite une approche coordonnée qui s'articule autour de la prévention, le diagnostic précoce et le traitement au temps approprié.²²⁸

Dans leur étude sur les relaparotomies précoces aux hôpitaux universitaires de Lubumbashi, Ugumba et al ont trouvé qu'avant l'opération initiale 41, 38% des patients ont été en mauvais état général. Ces cas ont été classés ASA III et ASA IV. Selon eux, ce mauvais état général a également causé entre 50 à 100 % des complications réopérées. Par ailleurs, en étudiant l'accessibilité financière de leur population cible, ils ont constaté que 36 patients sur 56 des cas sont pris en charge uniquement par leur famille, ce qui leur pose des entraves pour accéder aux soins et entraîne un retard de leur prise en charge. Ils ont expliqué cette corrélation, en avançant que les patients, ne bénéficient pas d'une sécurité sociale qui couvre leurs soins. Pour être soignés en général et opérés en particulier, ils dépendent de ceux qui payent pour eux et de la diligence de ces payeurs.²²⁹ Hors, selon Hopkins et al, l'incidence des péritonites dans les pays en voie de développement est reconnue et s'accompagne d'une grande mortalité qui avoisine les 100% quand un retard de prise en charge est enregistré.²³⁰

Bohnen et al ont qualifié cette association entre l'incidence élevée des péritonites et le problème de l'accessibilité financière aux soins par « *pauvres conditions opératoires* ». Pour expliquer cette connotation, ils ont relaté que les opérations tardives sont dues aux difficultés des familles à assurer les frais nécessaires pour les soins. En corollaire, un retard diagnostique et thérapeutique s'installe. Pour que les familles puissent couvrir ces frais, ils ont besoin du temps pour réunir le montant nécessaire au démarrage de la prise en charge. De ce fait, les plus pauvres, vu leur faible financement des moyens diagnostiques et thérapeutiques, ils ont été opérés très

²²⁸ Romanowski, B., Pelvic Inflammatory disease. Current approaches, Canadian Family Physician, Vol. 39, 1993, pp: 346-349.

²²⁹ Ugumba, C-S., Kasong, M-K., Milindi, C-S., Warach, G-W., Katombe, F-T., Bfkoshe, E-O., Etude des relaparotomies précoces aux Hôpitaux Universitaires de Lubumbashi : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques, The Pan African Medical Journal, Vol. 30, 2018, pp. 1-11.

²³⁰ Hopkins, J-A., Lee, J-C., Wilson, S-E., Susceptibility of intra-abdominal isolates at operation: a predictor of postoperative infection. Am Surg, Vol.59, n°12,1993, pp791-796

Chapitre I : Synthèse bibliographique

tardivement. Expliquant ainsi, pourquoi leur état a été beaucoup détérioré avant l'intervention médicale, avec un ratio de mortalité très élevé.²³¹

En plus de l'accessibilité financière, Kassegne et al, dans leur article sur la prise en charge des péritonites aiguës généralisées au centre hospitalier universitaire de Kara, ont soulevé également l'accessibilité géographique, comme variable de détérioration de l'état de santé des patients ayant eu des péritonites aiguës généralisées. En effet, ils ont montré que presque tous les décès enregistrés ont été liés à un retard de consultation et donc à un retard de prise en charge. Selon eux, les patients décédés ont été admis à la phase de complications évolutives de leurs maladies. Ce retard de consultation est induit par le problème d'accessibilité aux soins. Ils ont argumenté ce postulat en relatant que la durée d'hospitalisation des opérées a été longue, car, les patients n'ont pas voulu regagner leur domicile qu'après la cicatrisation de leurs plaies opératoires, et ce, parce qu'ils ont des difficultés d'ordre géographiques et ou financières pour accéder aux centres de santé, afin de changer les pansements de leurs plaies opératoires.²³²

Selon le rapport de l'OMS « *Amélioration de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge clinique de la septicémie* », la survenue et la fréquence de la septicémie sont en association avec plusieurs variables. Parmi ces variables, ils ont cité les variables démographiques et sociaux. En l'occurrence, la pauvreté qu'entrave l'accès aux systèmes de soins intensifs. En effet, ils ont trouvé que la rapidité dans l'accès aux soins et la qualité des soins sont en intime relation avec la survenue de la septicémie et son taux de létalité.²³³

Rhodes et al ont montré, dans leur travail sur la septicémie, que le dépistage précoce et le traitement de cette pathologie réduisent les complications indésirables et les risques de décès.²³⁴ Par ailleurs, compte tenu que la septicémie engendre une lourde charge économique, à raison des soins qu'elle demande, Vogel, a relaté qu'un traitement précoce réduit les coûts de santé liés à la septicémie. Notamment, les coûts des soins intensifs et les coûts de la rééducation et

²³¹ Bohnen, J., Boulanger, M., Meakins, J-L., McLean, A-P., Prognosis in generalized peritonitis: relation to cause and risk factors. Arch Surg, PubMed, Vol. 118, n°3, 1983, pp.285-290.

²³² Kassegne, I., Kanassoua, K-K., Sewa, E-V., Tchangai, B., Sambiani, D-M., Ayite, A-E., Dosseh, E-D., Prise en charge des péritonites aiguës généralisées au Centre hospitalier Universitaire de Kara, Revue Africaine d'Anesthésiologie et de médecine d'Urgence, Tome 18, n°2, 2013, pp. 115-121.

²³³ Organisation Mondiale de la Santé, Amélioration de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge clinique de la septicémie, Rapport du Secrétariat, EB140/12, janvier 2017, p : 1.

²³⁴ Rhodes, A., Evans, L-E., Alhazzani, W., Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016, Intensive Care Med, Vol. 43 n°3, 2017, pp.304-377.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

des soins postérieurs à cette pathologie.²³⁵ Toutefois, l'accès limité aux services de santé constitue un obstacle au diagnostic et au traitement rapide de la septicémie.²³⁶

L'institut canadien pour la sécurité des patients a relaté dans son rapport « *Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital : La septicémie* », que la septicémie maternelle peut être évitée de deux façons, à savoir ; le traitement d'infections d'une manière appropriée et au temps opportun avant qu'elles deviennent une septicémie ; et l'identification, l'atténuation et la prévention des variables de risque liés aux patients. Parmi ces variables de risque, cet institut a mis en relief les variables affectant la grossesse, tel; les accouchements à domicile dans des mauvaises conditions.²³⁷

Cornec, dans son recherche sur la prise en charge des infections urinaires, a attesté que le retard du diagnostic de l'infection urinaire affecte la qualité de la prise en charge thérapeutique des patients. Selon lui, avec un retard de la demande de soins, les personnes âgées peuvent manifester des signes cliniques parfois trompeurs. En conséquence, leur prise en charge ne sera pas adéquate.²³⁸ En effet, Lajoso et al, en étudiant la prévention de l'infection urinaire chez les personnes âgées, ont conclu que la prévention des infections urinaires passe par une bonne évaluation clinique, qui permet de ne pas avoir à traiter une bactériurie asymptomatique et de ne pas faire l'usage inapproprié des antibiotiques.²³⁹

Audouin en travaillant sur les infections urinaires basses et les pyélonéphrites chez la femme enceinte a relaté que les infections urinaires sont la première cause des complications infectieuses bactériennes durant la grossesse, et que toute infection urinaire mal ou non traitée peut engendrer des complications graves sur le plan maternel que fœtal. De ce fait, elle a insisté sur l'importance de demander de l'aide de la part des professionnels de santé en vue d'un

²³⁵ Vogel, L., Think sepsis to stop deaths, urge advocates, CMAJ, Vol.189, n°38, 2017, pp.1219-1220.

²³⁶ Mohr, N-M., Harland, K-K., Shane, D-M., Rural patients with severe sepsis or septic shock who bypass rural hospitals have increased mortality: an instrumental variables approach, Crit Care Med, Vol.45, n°1, 2017, pp.85-93.

²³⁷ Institut Canadien pour la Sécurité des Patients Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital : La septicémie, Rapport, 2016, pp.7-8.

²³⁸ Cornec, A., Étude prospective sur la prise en charge des infections urinaires à entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre élargi par les médecins généralistes libéraux, Doctorat en médecine, Université de Bretagne occidentale – Brest, Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé, 2014, pp.31-32.

²³⁹ Lajoso, D-R., Tessemo, M-I-N., Truchard, E-R., Rodondi, A., Petignat, C., Prévention de l'infection urinaire chez la personne âgée : quoi de neuf dans les établissements médico-sociaux?, Rev Med Suisse, Vol. 14, 2018, pp. 774-777.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

diagnostic rapide de cette situation à risque et d'une prise en charge avec des antibiotiques sans danger pour le fœtus.²⁴⁰

Le guide du post-partum élaboré en collaboration entre l'Office de la Naissance et de l'Enfance et le groupement des Gynécologues de Langue Française de Belgique a avancé que le post-natal a été souvent considéré comme « *le parent pauvre des services de maternité* » si on le compare avec le suivi de la grossesse et l'accouchement. Toutefois, un nombre important des décès et des pathologies maternelles surviennent pendant cette période. Notamment l'infection urinaire. D'où l'importance de mettre l'accent sur les soins postnataux, afin de pouvoir anticiper la survenue des évènements indésirables à travers des conduites à tenir convenables.²⁴¹

3- Les complications mammaires et la sous-utilisation des services de soins

L'origine principale des crevasses ou des fissures mammaires se trouve dans la mauvaise position du nouveau-né au moment de l'allaitement maternel. De ce fait, leur prévention passe par la correction de ces positions à travers l'octroi des conseils à l'accouchée en post-partum précoce. Donc, l'observation des tétées par les professionnels de santé s'impose, afin de donner à chaque femme les conseils appropriés et adaptés à ses besoins.²⁴²

En outre, afin de promouvoir l'allaitement maternel, il faut, selon l'article de Marcellin et al identifier et traiter les pathologies du mamelon pour garantir le bon déroulement de l'AM.²⁴³ Dans ce sens, Doux dans son travail sur le traitement des crevasses a mis en avant l'importance d'informer les accouchées sur le recours aux consultations post-natales en cas de toute douleur mamelonaire.²⁴⁴

La sensibilisation des accouchées à propos des actions qui sont susceptibles de prévenir l'apparition des crevasses, doit commencer dès les consultations prénatales. En effet, selon l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, chaque femme enceinte doit bénéficier d'une information prénatale au sujet des positions du nourrisson au sein et de la prise du sein, afin de prévenir au maximum l'apparition de crevasses.²⁴⁵

²⁴⁰ Audouin, M., Infections urinaires basses et pyélonéphrites chez la femme enceinte, *mt Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie*, Vol .17, n°1, 2015, pp. 30-37

²⁴¹ Office de la Naissance et de l'enfance., *Op. Cit.* p: 8.

²⁴² Doux, E., *Traitement des crevasses : étude comparative entre le pansement de lait maternel et la lanoline purifiée*, Mémoire de fin d'étude, Diplôme de Sage-femme, Université Bordeaux Segalen, Ecole de Sages-femmes, 2012, p : 45.

²⁴³ Marcellin, L., Chantry, A., *Complications of Breastfeeding*, *Rev Prat*, Vol. 66, n°2, 2016, pp. 202-206.

²⁴⁴ Doux, E., *Op. Cit.* p: 72.

²⁴⁵ Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, *Allaitement Maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*, Rapport, 2002, p : 17-163.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

Stacey, dans son article sur le soutien psychologique des femmes qui allaitent, a montré l'importance de travailler auprès des mères qui désirent allaiter leurs nourrissons. Compte tenu que, ce type de soutien est attaché de difficultés particulières, cet auteur a signalé la nécessité de travailler également auprès des professionnels de santé, afin de les aider à mieux répondre aux besoins de leurs patientes via des moyens efficaces.²⁴⁶ Confirmant de ce fait les résultats de l'étude de Callahan et al ayant certifié, moyennant des données quantitatives, l'efficacité du soutien psychologique des nouvelles mères qui allaitent à supporter certaines périodes difficiles de l'allaitement maternel. En l'occurrence, les tétées fréquentes et les crevasses.²⁴⁷

Gresh et al ont expliqué comment les professionnels de santé des consultations post-natales peuvent minimiser les informations contradictoires qu'une femme allaitante reçoit en matière de l'allaitement de son nourrisson. De même, pour eux, le travail interprofessionnel peut optimiser les soins pour résoudre l'engorgement mammaire et aider la femme à atteindre ses objectifs en matière d'allaitement. Surtout que, l'engorgement du sein est une complication inconfortable et parfois douloureuse de la période post-natale.²⁴⁸

Karaçam et al ont réalisé une revue systématique en analysant la littérature turque et anglaise sur la période d'octobre 2016 au février 2017. En analysant 27 articles et 7 thèses, publiés entre 2000 et 2017, ils ont inclus une population constituée de 6736 parturientes et 592 bébés. A la suite de calcul du pourcentage combiné basé sur les données de ces études, ils ont trouvé que les problèmes signalés le plus fréquemment ont été les problèmes liés à l'allaitement maternel. Particulièrement, le manque de connaissances et d'expériences en matière d'allaitement et la faible éducation en la matière dans presque 91% des cas. Parmi les problèmes soulevés par les femmes étudiées, ils ont relaté l'engorgement mammaire avec un pourcentage de 10,8% des cas. Face à cette complication mammaire, ils ont trouvé que les méthodes d'éducation prénatale, de motivation de suivi post-natal et de soutien social ont été rapportées comme efficace, dans

²⁴⁶ Callahan, S., Un soutien psychologique pour les femmes qui allaitent : quels apports pour quels intérêts ?, *Spirale*, vol. 27, n°3, 2003, pp. 121-132.

²⁴⁷ Callahan, S., Danel, M., Teisseyre, N., Walburg, V., Pierre, A., Azema, E., Lecoq, S., Bjornstad, C., Dusart, A., Sejourne, N-C., Denis, A., Grieco-grimault, C., Mausburgala, H., Duffaut, M., La thérapie comportementale et cognitive appliquée à l'allaitement, deuxième partie : Résultats préliminaires d'une intervention auprès des femmes qui souhaitent allaiter, *Journal des thérapies comportementale et cognitive*, Vol. 13, n°3, 2003, pp.133-137.

²⁴⁸ Gresh, A., Robinson, K., Thornton, C-P., Plesko, C., Caring for Women Experiencing Breast Engorgement: A case report, *J Midwifery Womens Health*, American College of Nurse Midwives, 2019, pp.1-6.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

les études expérimentales, les études quasi expérimentales, et les études de cas incluses dans leur revue systématique.²⁴⁹

Hillendrand et Larsen ont signalé que l'engorgement mammaire est généralement associé à un manque d'information des mères en matière de la prévention de cette complication, ainsi qu'à un faible soutien de la part des prestataires de soins.²⁵⁰ Selon plusieurs travaux, ce soutien est très important dans le cas de la mère ayant subi une perte périnatale. En effet, cette mère vit son deuil tout en subissant des changements physiologiques du post-partum. Dont, les fuites de lait et l'engorgement des seins qui sont des changements dévastateurs, rappelant les douleurs de la perte de son nouveau-né.²⁵¹ En outre, des travaux ont montré que les mères, n'ayant pas reçu de consultations précoces sur l'allaitement, développent davantage de signes de fatigue et de colère qui peuvent aggraver l'engorgement mammaire à cause des niveaux élevés de stress et de fatigue maternels.²⁵² Attestant que ces consultations n'apaisent pas uniquement l'engorgement mammaire, mais aussi préviennent la survenue des autres complications mammaires.

Le Collège National des Gynécologues et des Obstétriciens Français a relaté que la consultation post-natale joue un rôle important dans l'identification des séquelles et des conséquences de la gestation, dans un objectif de proposer à l'accouchée une prise en charge adéquate, afin d'améliorer le pronostic de toutes les complications post-natales. En l'occurrence, les complications mammaires.²⁵³

Paterni dans son article, sur les pratiques professionnelles au sujet de la mastite infectieuse survenant chez les jeunes accouchées, a exposé que la mastite inflammatoire est évitable si une bonne éducation est effectuée, par les professionnels de santé, au profit des femmes enceintes et des accouchées au sujet de l'allaitement maternel. En effet, après l'installation du tableau clinique de cette complication du post-partum un soutien des professionnels de santé est d'une grande importance, afin d'assister la mère pour des drainages lactés efficaces, pour qu'elle ne se complique pas en mastite infectieuse. Effectivement, la douleur, la fatigue et les conseils

²⁴⁹ Karaçam, Z., Sağlık, M., Breastfeeding problems and interventions performed on problems: systematic review based on studies made in Turkey, *Turk Pediatri Ars*, Vol. 53, n°3, 2018, pp. 134-148.

²⁵⁰ Hillenbrand, K-M, Larsen P-G., Effect of an educational intervention about breastfeeding on the knowledge, confidence, and behaviors of pediatric resident physicians, *Pediatrics*, vol.110, n°5, 2002, p: 59.

²⁵¹ Sereshti, M., Nahidi, F., Simbar, M., Bakhtiari, M., Zayeri, F., An exploration of the Maternal experiences of Breast engorgement and Milk Leakage after Perinatal Loss, *Glob J Health Sci*, Vol. 8, n°9, 2016, pp. 234-244.

²⁵² Cole, M., Lactation after perinatal, neonatal, or infant loss, *Clinical Lactation*, Vol.3, n°3, 2012, pp.94-100.

²⁵³ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, *Recommandations pour la pratique clinique : Post-partum*, Rapport, Paris, p : 729.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

contradictaires peuvent faciliter l'apparition de cette dernière si l'intervention convenable des professionnels de santé n'est pas faite.²⁵⁴

Par ailleurs, Fetherston a confirmé dans son article que le principal facteur de risque des mastites est la mauvaise gestion de la pratique de l'allaitement maternel. Nonobstant que, pour certaines études il existe une prédisposition potentielle des variables liées au immunocompétence de la femme. En résultat sa prévention est possible mais dépendante à l'identification précise de ces causes sous-jacentes pour développer le protocole de soin adapté.²⁵⁵

Selon Matheson et al, la mastite du sein est évitable à condition d'allaiter correctement dès l'accouchement et d'éviter les comportements qui entraînent une stase laiteuse. D'ailleurs, avec le dépistage précoce des signes de l'engorgement mammaire et un traitement rapide des douleurs mamelonnaires le risque de mastite s'annule.²⁵⁶ Par ailleurs, selon l'Organisation Mondiale de la Santé. Ces soins doivent faire partie des soins maternels systématiques qui se dispensent aux accouchées au niveau des établissements de santé.²⁵⁷

Néanmoins, si nonobstant les efforts déployés pour prévenir la mastite du sein, cette complication mammaire s'installe, une intervention des professionnels de santé est d'une grande urgence, afin de fournir les soins de qualité nécessaires à son traitement. Car, un retard de prise en charge engendra le risque d'abcès mammaire avec une mauvaise guérison²⁵⁸ corroborant, de ce fait, les avancés de l'étude de Chen et al. Ces chercheurs ont relaté que l'abcès du sein en cas d'allaitement est une complication grave de la mastite nécessitant ; une antibiothérapie sensible en fonction des résultats des cultures bactériennes ; l'inscription des anti-inflammatoires ; et l'information des patientes quant aux moyens de prévention de cette pathologie mammaire.²⁵⁹

²⁵⁴ Paterni, K., Évaluation des pratiques professionnelles au sujet de la mastite infectieuse survenant chez les jeunes accouchées, diplôme d'Etat de sage-femme, Université Paris Descartes, Faculté de médecine Paris Descartes, 2012, pp. 17-20.

²⁵⁵ Fetherston, C., Mastitis in lactating women: pathology or physiology ?, *Breastfeeding Review*, Vol.9, n°1, pp. 5-12.

²⁵⁶ Matheson, I., Aursnes, I., Horgen, M., Bacteriological findings and clinical symptoms in relation to clinical outcome in puerperal mastitis, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Vol. 67, n°8, 1988, pp.723- 726.

²⁵⁷ Organisation Mondiale de la Santé, département Santé et développement de l'enfant et de l'Adolescent, Mastite : cause et prise en charge, Genève, Suisse, 2004, pp. 1-17.

²⁵⁸ Merz, L., Orasch, Ch., De Courten, C., Infections du sein, *Revue Médicale suisse*, Vol. 10, 2014, 925-930.

²⁵⁹ Chen, C., Luo, L-B, Gao, D., Qu, R., Guo, Y-M., Huo, J-L., Su, Y-Y., Surgical drainage of lactational breast abscess with ultrasound-guided Encor vacuum-assisted breast biopsy system, *The Breast Journal*, Vol. 25, n°5, 2019, pp. 889-897.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

Inch dans son article sur les problèmes de l'allaitement maternel a relaté que les causes maternelles de la mastite incluent des pratiques médiocres d'allaitement dues à un manque de connaissances ou d'éducation en la matière. Générant, ainsi, des conduits obstrués ou des mamelons fissurés.²⁶⁰ En effet, d'après l'article de Foxman et al, la douleur au mamelon ou les fissures au mamelon ont été identifiés comme risque potentiel de la mastite dans leur étude cas-témoins de 34 patientes.²⁶¹ Par ailleurs, l'étude de Kunlay et al ont confirmé cette association en trouvant que le mamelon fissuré est un facteur de risque, avec une P-value statistiquement significative de 0,005. En outre, ces chercheurs ont attesté que les conduits obstrués ont été associés de manière significative au développement de la mastite. Ils ont expliqué cette association en avançant que le blocage du conduit suggère distension localisée et une stase du lait, qui donne lieu à un environnement favorable pour les bactéries ou l'inflammation.²⁶²

4- Les complications thrombo-emboliques et la sous-utilisation des services de soins

Les maladies thrombo-emboliques sont des complications à haut risque de la période gravidique et post-natale. Leurs préventions primaires et leurs traitements sont essentiels pour réduire la morbidité et la mortalité maternelles. De ce fait, l'intervention des soins primaires et des soins multidisciplinaires spécialisés s'avère d'une grande importance tout au long de la grossesse et du post-partum.²⁶³

Le guide des pratiques cliniques : prévention et traitement de la thrombo-embolie veineuse a stipulé que toutes les femmes doivent subir une évaluation des variables de risque de cette pathologie en début de la grossesse ou avant et après l'accouchement. Selon ce guide, cette évaluation doit être répétée si la femme est admise à l'hôpital pour une raison quelconque ou s'elle développe d'autres problèmes intercurrents au cours de la période prénatale et post-natale.²⁶⁴ En cas de diagnostic d'une maladie thrombo-embolique, le traitement

²⁶⁰ Inch, S., Breastfeeding problems: prevention and management, Community Practitioner, The Journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association, Vol. 79, n°5, 2006, pp. 165–167.

²⁶¹ Foxman, B., Schwartz, K., Looman, SJ., Breastfeeding practices and lactation mastitis, Soc Sci Med, Vol.38, 1994, pp.755-61.

²⁶² Kunlay, J-R., O'Connell, D-L., Kinlay, S., Risk factors for mastitis in breastfeeding women : results of prospective cohort study. AustN Z J Public Health, Vol. 25, n°2, 2001, pp. 115-120.

²⁶³ Gallo-Vallejo, J-L., Naveiro-Fuentes, M., Puertas-Prieto, A., Gallo-Vallejo, F-J., Venous Thromboembolism prevention in pregnancy and the postpartum period in primary and specialized care, Semergen, Pubmed, Vol. 43, n°6, 2017, pp. 450-456.

²⁶⁴ Ministry of Health Malaysia, pratiques cliniques : prévention et traitement de la thrombo-embolie veineuse, guide, 2013, pp. 81-86.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

anticoagulant thérapeutique doit être poursuivi pendant toute la durée de la grossesse et au moins six semaines après la naissance, jusqu'à au moins trois mois de traitement au total. Ces femmes doivent être éduquées sur l'importance de ce traitement et sur la nécessité d'un suivi médicale qui couvre la période post-natale avec une surveillance spécialisée très rigoureuse.²⁶⁵ Corroborant les avancés de l'article de Mak et al ayant déclaré que durant la période post-natale toutes les accouchées doivent bénéficier d'une évaluation de risque thrombo-embolique pour les classer, en cas échéant, en groupe de risque avec le démarrage d'une thrombo-prophylaxie appropriée.²⁶⁶

Les résultats de l'étude Tafforeau a enregistré, Entre 2004 et 2009, 33,3% des thromboses veineuses profondes avec 10% ont été déclarés durant la grossesse et 23,3% durant le post-partum. Avec une augmentation de 14,6%, entre 2010 et 2014, ces TVP sont déclarées, en 2014, auprès de 25% des cas gravides et auprès de 22,9% des cas accouchés. Ces pourcentages attestent l'importance d'un suivi post-natal adéquat dans la prise en charge de la TVP selon le niveau de risque détecté.²⁶⁷

Buthod et al ont également confirmé les mêmes propos en avançant dans leur article sur la maladie thrombo-embolique veineuse chez la femme enceinte en post-partum. Ces chercheurs ont trouvé que la TVP a été diagnostiqué chez 13,9% des femmes enceintes et chez 61% des accouchées en post-partum. Compte tenu que, cette pathologie peut avoir des suites dramatiques et que cette étude a confirmé que presque un grand pourcentage de cette complication survient en post-partum, la prise en charge des accouchées présentant des variables de risques s'avère d'une grande importance, afin de réduire significativement les taux de morbidité maternelle qui lui sont conséquents.²⁶⁸

En effet, selon Erdmann et al, les objectifs de la prise en charge des TVP se présentent dans la prévention, en court terme, de l'EP, et au long terme, des récives thromboemboliques et du syndrome post-thrombotique. Cette prise en charge s'articule autour des mesures

²⁶⁵Ridge, CA., McDermott, S., Freyne, BJ., Pulmonary embolism in pregnancy: comparison of pulmonary CT angiography and lung scintigraphy, *AJR Am J Roentgenol*, Vol. 193, n°5, 2009, p :1223

²⁶⁶Mak, A., Cheung, MW., Cheak, AA., Ho, RC., Combination of heparin and aspirin is superior to aspirin alone in enhancing live births in patients with recurrent pregnancy loss and positive antiphospholipid antibodies: a metaanalysis of randomized controlled trials and metaregression, *Rheumatology*, Oxford, Vol. 49, n°2, 2010, pp.281-288.

²⁶⁷ Tafforeau, P., La prise en charge préventive des complications thromboemboliques veineuses pendant la grossesse et le post-partum : évolution sur dix ans en Basse-Normandie, diplôme de sage-femme, Université de Caen, Ecole de sage-femme, 2015, p : 22.

²⁶⁸ Buthod, D., Malloizel, J., Monreal, M., Bura-Rivière, A., Maladie thrombo-embolique veineuse chez la femme enceinte et en post-partum : résultats du registre RIETE, *Journal des maladies vasculaires*, Vol. 35, n°5, 2010, pp. 309-310.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

pharmacologiques et non pharmacologiques, en se subdivisant en trois phases de traitement ; phase dite aiguë de 5 à 10 jours, phase intermédiaire durant les trois premiers mois et enfin la phase du long terme qui dépasse ces trois mois.²⁶⁹

Chez les patientes ayant présenté une TVP le risque de la récurrence reste élevé après l'arrêt du traitement anticoagulant. En revanche, selon l'étude de Simes et al, les essais de l'aspirine pour la prévention de la TVP récurrente ont montré que l'aspirine réduit ce risque. De ce fait, la patiente doit être suivie sur le long terme, afin de prévenir les événements dans ce contexte clinique.²⁷⁰

En plus de cette prise en charge médicamenteuse, le patient atteint de TVP doit être éduqué au sujet des différents aspects. Notamment, des conseils sur la contraception hormonale et ses alternatives, sur les risques liés à l'anticoagulation et au type d'anticoagulant en cas d'une grossesse antérieure, et sur la stimulation par le port des bas de compression.²⁷¹

La thrombose veineuse pelvienne est souvent en rapport avec l'extension de thrombus fémoraux. Elle survient au post-partum suite à une chirurgie ou un traumatisme pelvien.²⁷² Quarello et al ont déclaré à travers leur étude, sur la thrombophlébite, que la faible fréquence retrouvée dans la littérature en matière des thrombophlébites pelviennes est due au manque de reconnaissance clinique plutôt qu'à la rareté de cette pathologie.²⁷³ En outre, ils ont relaté l'association existante entre la qualité des soins octroyés aux femmes enceintes en périnatale, et la diminution de l'incidence des pathologies thrombo-emboliques dans les suites de couches attachées d'une forte mortalité. Notamment, la thrombose veineuse pelvienne. En effet, selon leur article, le progrès de la science médicale et des techniques de santé permettent le diagnostic facile des thromboses veineuses pelviennes du post-partum et améliorent en résultat le pronostic de l'accouchée malade.²⁷⁴

²⁶⁹ Erdmann, A., Alatri, A., P. Engelberger, R., Depairon, M., Calanca, L., Mazzolai, L., Quelle prise en charge pour une suspicion de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs?, Revue, Médicale Suisse, Vol. 11, n°460, 2015, pp. 337-341.

²⁷⁰ Simes, J., Becattini, C., Agnelli, G., W. Eikelboom, J., C. Kirby, A., Mister, R., Prandoni, P., A. Brighton, T., Aspirin for the prevention of recurrent venous thromboembolism, Circulation, PubMed, Vol. 130, n°13, 2014, pp. 1062-1071.

²⁷¹ Kahn, S-R., Comerota, A-J., Cushman, M., The postthrombotic syndrome : Evidence-based prevention, diagnosis, and treatment strategies : A scientific statement from the american heart association, Circulation, Vol. 130, n°18, 2014, pp. 1636-1661.

²⁷² James, A-H., Tapson, V-F., Goldhaber, S-Z., Thrombosis during pregnancy and the postpartum period. Am J Obstet Gynecol, Vol.193, 2005, pp. 216-9.

²⁷³ Quarello, E., Desbriere, R., Hartung, O., Portier, F., D'Ercole, C., Boubli, L., Thrombophlébite de la veine ovarienne du post-partum à propos de 5 cas et revue de la littérature, Vol. 33, n°5, 2004, pp. 430-440.

²⁷⁴ Ibid.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

En effet, Khalil et al ont publié un article présentant des données très alarmantes par rapport à cette pathologie. Grâce aux images obtenues via la veinographie par résonance magnétique, entre le premier et le quatrième jour après l'accouchement, ils ont trouvé chez des accouchées à faible risque TVP, des signes évidents de la TVP chez 30% des cas, et une probabilité de développer cette pathologie chez 27% des sujets. Avec cette technique ils ont trouvé que les deux tiers que des patientes présentent des signes de thrombose.²⁷⁵

Ces résultats sont confirmés par l'étude d'Andra et James. Ces deux chercheurs ont utilisé la veinographie par résonance magnétique au moment de la sortie des accouchées de l'hôpital pour obtenir des images attestant le niveau de risque de la TVP. Au résultat, ils ont mis en évidence une TVP chez 47% des cas, une preuve probable de cette pathologie chez 7% des cas, et une preuve possible chez 13% des sujets. En conclusion, ils ont attesté qu'uniquement le tiers des femmes, incluses dans leur étude, ne présentent aucun signe de la thrombose veineuse pelvienne.²⁷⁶

En outre, pour Stover et al, les accouchées, à risque probable ou possible, doivent bénéficier d'une sensibilisation sur les symptômes révélateurs, tels que ; les douleurs, les vomissements, les signes urinaires, et l'absence de la douleur et des œdèmes des membres inférieurs, et ce, pour qu'elles se rendent au temps opportun à la structure de soins pour une prise en charge adéquate.²⁷⁷

L'article du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, intitulé « *Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique* », a déclaré que l'embolie pulmonaire est la première cause de décès maternel direct aux Etats-Unis et au Royaume-Uni. Comme elle cause chaque an en France 5 à 10 décès maternels, dont le 1/3 des cas les soins n'ont pas été à temps et de qualité. En outre, selon cet article les TVP surviennent plutôt en prépartum. Tandis que, la période des suites de couches est plutôt associée par la survenue de l'EP.²⁷⁸

²⁷⁵ Khalil, H., Avruch, L., Olivier, A., Walker, M., Rodger, M., The natural history of pelvic vein thrombosis on magnetic resonance venography after vaginal delivery, Am J Obstet Gynecol, Vol.206, 2012, p: 356.

²⁷⁶ Andra, H., James, M-D., The natural history of pelvis vein thrombosis: the natural history of involution ?, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 206, Issue.4, pp. 276-277.

²⁷⁷ Stover, M-D., Morgan, S-J., Bosse, M-J., Prospective comparison of contrastenhanced computed tomography versus magnetic resonance venography in the detection of occult deep pelvic vein thrombosis in patients with pelvic and acetabular fractures, J Orthop Trauma, Vol.16, 2002, pp.613-21.

²⁷⁸ Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique, Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, Vol. 1, n° 39, suppl. 2, 2010, pp. 171-183.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

Plusieurs travaux sur les maladies thrombo-emboliques ont relaté que l'embolie pulmonaire isolé ou TVP compliquée d'une EP sont plus fréquentes dans le post-partum que dans la période gestationnelle. En l'occurrence, l'étude de Buthod et al. Ce groupe a trouvé que chez les femmes enceintes le pourcentage de l'EP isolé a été de 13,9%, tandis que, chez les accouchées le pourcentage a été de 23,4%. De même, pour la TVP compliquée d'une EP ayant été de 8,1% chez les femmes accouchées et de 15,6% pour les femmes en post-partum. En corolaire, ils ont constaté que l'EP a été moins fréquente chez les femmes enceintes que chez les accouchées, à savoir ; 22% pour le premier groupe contre 40,3% pour le deuxième groupe. La P-value de cette association a été statistiquement très significative, de moins de 0,0001.²⁷⁹

En effet, la place qu'occupe le suivi post-natal des complications thrombo-emboliques est relatée par l'étude de Tafforeau sur la prise en charge préventive des complications thrombo-emboliques veineuses pendant la grossesse et le post-partum. Selon cette étude, ces complications peuvent survenir dans 85% des cas durant la gestation en tant que TVP et dans 60% des cas durant la période de post-partum comme des EP. Hormis, durant le post-partum, qui est d'une durée plus courte, le risque de développer une maladie thrombo-embolique veineuse est trois à quinze fois supérieur que la période gestationnelle.²⁸⁰

Skeith dans son article sur la prévention de la thrombo-embolie veineuse pendant la grossesse et après l'accouchement a déclaré que quand une patiente présente une TVP ou une EP, doit recevoir une prophylaxie thérapeutique à faible poids moléculaire pendant la grossesse et en post-partum.²⁸¹ Cependant, selon Bates et al l'utilisation de la prophylaxie médicamenteuse prolongée a des conséquences sur la santé de la femme enceinte et présentent un risque potentiel de malformations congénitales. De ce fait, cette prophylaxie n'est justifiée que lorsque ses bénéfices dépassent ses risques.²⁸²

²⁷⁹ Buthod, D., Malloizel, J., Monreal, M., Bura-Rivière, A., Op. Cit. p: 77.

²⁸⁰Tafforeau, P., Op. Cit. p: 77.

²⁸¹ Skeith, L., Preventing venous thromboembolism during pregnancy and postpartum: crossig te threshold, PubMed, Hematology Am Soc Hematol Educ Program, Vol, 2017, N°1, 2017, pp. 160-167.

²⁸² Bates, S-M., Greer, I-A., Middeldorp, S., Veenstra, D-L., Prabalos, A-M., Vandvik, P-O., VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines, Chest. Vol.141, suppl 2, 2012 pp.691S-736S.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

5- Les complications psychologiques et la sous-utilisation des services de soins

La période anténatale est très importante « *dans le tricotage de layette psychique parentale qui entrera le bébé dans son continuité* »²⁸³ La venue au monde de ce petit être, mis à l'épreuve les « *pactes et les alliances inconscientes* » qui structurent et organisent les liens au sein de la famille. En effet, la naissance peut engendrer des angoisses primitives chez la mère et ceci met enjeu le vacillement identitaire chez elle. Le moindre petit détail peut générer chez la mère des peurs et d'inclusions inconscientes. En faisant appel aux références théoriques psychanalytiques, Millier a attesté que les interactions précoces, qui se tissent autour du nouveau-né, sont animées de vicissitudes et d'obstacles. Les dépressions post-natales concernent 10 à 20% des mères et révèlent l'intensité des bouleversements en présence. Sans omettre que l'avènement d'un enfant est un véritable état de crise au vrai sens du terme. « *Le moment de la naissance est une sorte de goulet d'étranglement du temps, un lieu de confluence de plusieurs temps selon les registres du réel, de l'imaginaire, du symbolique et du mythique.* »²⁸⁴

En effet, Chabrol et al dans leur étude sur la prévention du blues du post-partum ont montré que cette pathologie a des conséquences graves, non seulement sur l'accouchée, mais aussi sur la relation mère-bébé et en corollaire sur le développement psychoaffectif ultérieur de l'enfant. D'où la nécessité de faire un dépistage précoce de cette complication, voir même d'identifier les variables de risques associés pour la prévenir.²⁸⁵ De même, pour Peraudeau, cette pathologie constitue un trouble bénin, Néanmoins, s'il persiste ou s'il se manifeste avec une intensité anormalement forte, une consultation avec un médecin spécialiste s'imposera, et ce, dans un objectif d'éliminer le risque d'une autre pathologie sous-jacente.²⁸⁶

Audrey a mis en relief la place qu'occupe « *l'entretien prénatal précoce* » dans l'anticipation des difficultés et la réponse d'une manière individualisée aux besoins. De ce fait, il propose qu'il soit fait systématiquement auprès de toutes les femmes enceintes, afin d'anticiper chez chaque femme ses difficultés d'ordre somatiques, psychiques ou encore sociales. Ce qui permet en corollaire, d'informer la future maman sur les variables de risque, et de mener des actions qui peuvent améliorer son bien-être physique et émotionnel et diminuer son anxiété et sa

²⁸³ Millier, D., *Le bébé et sa famille : place, identité et transformation*, Dunod, 2015, 193pg.

²⁸⁴ Ibid.

²⁸⁵ Chabrol, H., Coroner, N., Rusibane, S., Séjourné, N., *Prévention du blues du post-partum : étude pilote*, *Gynecol Obstet Fertil*, Vol.35, 2007, pp.1242-1244.

²⁸⁶ Peraudeau, L., *La dépression du post-partum : L'Edinburgh Postnatal Depression Scale, un moyen efficace de dépistage précoce*, Diplôme d'Etat de Sage-femme, Université de Mantes, UFR de Médecine, Ecole de Sage-femme, 2008, p : 4.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

dépression.²⁸⁷ Surtout que plusieurs études ont attesté l'existence d'une incidence très forte entre un baby-blues intense et une dépression ultérieure.²⁸⁸

Selon l'étude de Masmoudi et al, sur la dépression du post-partum : prévalence et variables de risque, les femmes ayant développé un post-partum blues sont susceptibles de développer une dépression post-natale. Car, ces femmes ne se rendent pas aux visites de suivi du post-partum, d'où la difficulté de leur prise en charge. En revanche, un dépistage des variables de risque et de l'intensité du Baby Blues dans le post-partum permettra d'organiser des prises en charge globales, au temps opportun, renfermant des actions psychoéducatives, psychothérapeutiques, voire pharmacologiques. De telles actions permettront la réduction de la souffrance maternelle, ce qui influence positivement l'équilibre familial. De surcroît, cette étude a attesté l'importance des consultations prénatales dans l'éducation préventive des parturientes et de ses proches au sujet des complications psychologiques du post-partum. Ainsi que, dans la recherche des variables de risque pour entamer une action préventive primaire.²⁸⁹

Peraudeau a expliqué dans son étude sur la dépression du post-partum l'intérêt des visites post-natales pour l'accouchée. En effet, elle a relaté que ces rendez-vous permettent de faire une évaluation complète du physique de la femme et en conséquence diagnostiqué à temps la dépression du post-partum.²⁹⁰ Corroborant les avancés de Chabrol dans son travail sur la prévention et le traitement des dépressions du post-partum. En effet, selon ce chercheur, les interventions à domicile apportent des bénéfices au profit des femmes profondément déprimées qui n'arrive pas à quitter leur maison ou qui vivent dans des situations de précarité.²⁹¹

En contrepartie, Righetti-Veltima et al ont dit que la dépression post-partum a une origine anténatale. Donc, pour eux, il faut être attentif aux variables prédisposantes, afin de trouver les femmes enceintes à risque.²⁹² Pour Peraudeau, les consultations prénatales doivent être un temps d'écoute, un espace où les femmes enceintes peuvent s'exprimer sans crainte d'être

²⁸⁷ Varin, A., La dépression du post partum : qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3 : étude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen. Université de Caen, Ecole de Sage-femme, Diplôme de Sage-femme, 2015, p : 6.

²⁸⁸ Henshaw, C., Foreman, D., Cox, J., Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression, *J Psychosom Obst Gyn*, Vol. 25, n°3, 2004, pp. 267-272.

²⁸⁹ Masmoudi, J., Charfeddine, F., Trabelsi, S., Feki, I., Ben Ayad, B., Guermazi, M., Baâti, I., Jaoua, A., La dépression du post-partum : prévalence et facteurs de risque étude prospective concernant 302 parturientes tunisiennes, *La Tunisie Médicale*, Vol. 92, n°010, 2014, pp. 615-621.

²⁹⁰ Peraudeau, L., Op. Cit. p: 81.

²⁹¹ Chabrol, B., Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée, *Devenir*, Vol. 15, 2003, pp. 5-25.

²⁹² Righetti-Veltima, M., Conne-Perreard, E., Bousquet, A., Manzeno, J., Construction et validation multicentrique d'un questionnaire prépartum de dépistage de la dépression post partum, *Psychiatrie de l'enfant*, Vol. 2, 2006, pp. 513-541.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

jugée. Le professionnel de santé doit noter, en respectant la confidentialité, tout renseignement exprimé sur des éventuels dysfonctionnements socio-psycho-relationnels, afin de mieux la comprendre et l'aider dans ses suites de couches.²⁹³

L'importance de recourir aux soins pour prévenir les complications des troubles dépressifs est ressortie dans le travail de Nanzer et al. Dans leur travail sur la dépression post-natale ils ont relaté que les troubles dépressifs majeurs, sans traitement, induisent un pronostic défavorable, avec la persistance des troubles pendant une période qui dépasse une année. De surcroît, selon leur étude, nonobstant que, les troubles dépressifs mineurs connaissent une évolution plus favorable, car la moitié peuvent disparaître d'une manière spontanée en moins d'un mois, le taux de leur récurrence dans des grossesses antérieures varie entre 25% et 30%, en absence d'une prise en charge adéquate, .²⁹⁴

Selon VanderKruik et al, avec une prévalence mondiale estimée de 0,089 à 2,6 pour 1000 naissances, la psychose post-partum est classée dans la catégorie des maladies à faible incidence. Toutefois, elle peut engendrer de graves conséquences médicales et sociales. Notamment, un risque de suicide et d'infanticide, s'elle n'est pas rapidement détectée et traitée.²⁹⁵ Montrant de ce fait, l'importance du suivi post-natal dans le dépistage et la limite des aléas de la psychose post-partum.

Cependant, Rai et al ont relaté, dans leur article sur les maladies psychiatriques de post-partum, que ces dernières ont été sous diagnostiquée et sous déclarée, car il n'existe aucune procédure de dépistage standard pour la période prénatale et post-natale.²⁹⁶ La raison pour laquelle Raza dans son article sur la psychose de post-partum a mis l'accent sur l'importance de mettre à la disposition des prestataires, de soins de santé maternelle, un questionnaire évaluant directement l'humeur de la patiente et de son sentiment de bien-être tout au long de la grossesse et du post-partum, et ce, afin d'identifier rapidement la maladie, car elle est d'une importance capitale. Compte tenu, qu'il s'agit d'une urgence psychiatrique²⁹⁷

²⁹³ Peraudeau, L., Op. Cit. p: 81.

²⁹⁴ Nanzer, N., Righetti-Veltama, Conne-Perréard, E. Manzano, J., Palacio-Espasa, F., Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum ?, Rev Med Suisse, Vol. 3, 2007, pp : 1200-1205.

²⁹⁵ VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., Cohen, L-S., Maternal Morbidity Working Group. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review, BMC Psychiatry, Vol. 28, n°17, p :272.

²⁹⁶ Rai, S., Pathak, A., Sharma, I., Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management, Indian J Psychiatry, Vol. 57, Suppl 2, 2015, pp. 216-221.

²⁹⁷ Raza, S-K., Raza, S., Post-partum psychosis, StatPearls Publishing, PubMed, 2019, Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544304/#article-27548.s1>.

Chapitre I : Synthèse bibliographique

L'importance du suivi obstétrical dans le traitement efficace de la psychose post-partum, a été, également, mise en évidence par Orr et Miller. Ces deux chercheurs ont révélé les associations existantes entre les troubles anxio-dépressifs gravidiques et les complications somatiques de la grossesse et de l'accouchement, tout en expliquant les mécanismes indirects animant ces associations. Notamment, ceux qui sont liés au suivi obstétrical de mauvaise qualité qui ne permet pas de diagnostiquer des variables de risque des pathologies dépressives.²⁹⁸

²⁹⁸ Orr, S., Miller, CA., Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome, Review of the literature and preliminary findings, *Epidemiol Rev*, Vol.17, 1995, pp. 165-171.

Chapitre II : Matériels et méthodes

Chapitre II : Matériels et méthodes

Chapitre II

Selon Fortin la méthodologie de recherche constitue l'ossature sur laquelle se greffent les résultats de recherche. Car, elle permet de vérifier les hypothèses autour desquelles s'articule le travail de recherche. Comme elle permet de contrôler les sources potentielles de biais.²⁹⁹

I- Objectif général :

Etudier la sous-utilisation des consultations post-natales et ses associations aux complications diagnostiquées chez les accouchées durant la période du post-partum.

II- Hypothèse de recherche :

H1 : La sous-utilisation des consultations post-natales est sous l'influence des variables de différents types.

H2 : Les incidences cumulatives des complications post-natales augmentent avec le non suivi des accouchées au cours de la période post-natale.

H3 : Les complications post-natales sont associées à la sous-utilisation des consultations du post-partum.

III- Population et méthode :

1- Type d'étude :

Il s'agit d'une étude de cohorte longitudinale prospective descriptive. Ce type d'étude permet une meilleure vérification des hypothèses à travers des observations soigneusement planifiées. En effet, il s'agit d'une étude observationnelle analytique ayant permis de suivre l'évolution de l'état de santé des accouchées durant la période post-natale.

2- Déroulement de l'étude :

Après la validation du questionnaire, la prise de contact avec les femmes accouchées a eu lieu au cours du post-partum immédiat au niveau de la salle d'accouchement de la maternité Souissi de Rabat, les femmes recrutées ont été enquêtées à quatre reprises selon le calendrier suivant :

- A 12 h d'hospitalisation.
- A 24h d'hospitalisation.

²⁹⁹ Fortin, M-F, Op. Cit. p: 38.

Chapitre II : Matériels et méthodes

- A 9 jours après l'accouchement.
- A 42 jours après l'accouchement.

3- Lieu d'étude :

La maternité Souissi de Rabat ; structure de référence régionale et interrégionale, est choisie comme lieu de recrutement des accouchées. En effet, avec une capacité litière fonctionnelle de 188 lits, un taux d'occupation moyenne de 78%, un Indice de Rotation de 0,81, et un nombre d'accouchement de 18000 en 2017, cette structure de soins se présente comme un lieu propice pour la réalisation de cette étude.

Compte tenu que, le contact, avec les accouchées recrutées, est fait à quatre reprises, le premier et le deuxième contact a eu lieu au niveau de la maternité Souissi de Rabat. Tandis que, le troisième et le quatrième contact a eu lieu soit à domicile de l'accouchée ou à travers des contacts téléphoniques.

4- Population cible :

Dans une perspective de vérifier les hypothèses de cette étude. Cette dernière a concerné une population source constituée de parturientes hospitalisées au niveau de la maternité Souissi de Rabat, durant la période de l'enquête à savoir du Mars au Novembre 2018.

En prenant en considération les résultats de l'enquête nationale sur la population et la santé familiale de 2011, qui relatent un pourcentage de complications en post-partum variant entre 1,7% et 6,8%, et selon la formule calculée par le logiciel Epi info, la taille d'échantillon est de 400 accouchées. Cependant, afin de pouvoir faire des comparaisons entre les deux groupes de la cohorte, ce nombre a été agrandi à 942 accouchées.

Pour pouvoir recruter ces accouchées nous avons procédé avec un échantillonnage aléatoire simple. Pour faire, on génère un nombre k d'observation aléatoire dans l'intervalle de 1 à N , de sorte que chacune des parturientes a eu la même probabilité d'être sélectionnée. Puis, moyennant la fraction de probabilité de sélection connue de k/N , on a sélectionné l'échantillon final des accouchées incluses dans cette étude.

Chapitre II : Matériels et méthodes

4-1 Critères d'inclusion :

Sont inclus dans cette étude :

- Les femmes qui ont suivi leur grossesse, et qui ont eu une grossesse sans complications et qui viennent accoucher au niveau de la maternité Souissi de Rabat, quelle que soit leur âge et leur provenance.
- Les femmes accouchées ayant exprimé leur accord de participer à cette étude.

4-2 Critères d'exclusion :

Sont exclus de cette étude :

- Les accouchées qui n'ont pas suivi leur grossesse ;
- Les accouchées ayant eu une grossesse pathologique ;
- Les accouchées qui se retirent de l'étude pendant la période d'observation spécifiée ;
- Les femmes accouchées qui refusent de participer à l'enquête ;
- Les femmes accouchées ayant participé au prétest de validation du questionnaire de l'étude.

5- Méthodes de collecte des données :

Le passage à l'enquête a passé par plusieurs démarches. Ainsi après une recherche documentaire (ouvrages, documents, articles...), un processus préparatoire d'investigation quantitative en matière de ce sujet s'est déclenché. Comme deuxième étape, dans une perspective de vérifier les hypothèses de l'étude, le questionnaire est choisi comme instrument d'investigation sur terrain. Car, il permet de toucher un grand nombre d'accouchées d'une façon standardisée et de recueillir les informations d'une façon méthodique. L'élaboration de ce questionnaire s'est fait en référence à une revue de littérature en rapport avec la thématique de recherche de cette étude. En effet, dans ce questionnaire, chaque rubrique a fait référence à une revue de littérature bien déterminée.

➤ Les variables de la rubrique renseignements médicaux sont tirées du dossier obstétrical utilisé au niveau de la maternité Souissi de Rabat.

➤ Les variables de la rubrique sociodémographique sont dressées à travers une nomenclature de la Haut-Commissariat au Plan³⁰⁰et les avancées du rapport intitulé

³⁰⁰ Haut-commissariat au Plan, caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population de la région de rabat-sale-Zemmour-Zaer, 2004, 108pg.

Chapitre II : Matériels et méthodes

« *Recommandations professionnelles : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* » de la haute autorité de santé française.³⁰¹

➤ Les variables de la rubrique intitulée les paramètres à surveiller lors des différentes consultations post-natales sont adoptées en faisant référence, entre autres ; à l'ouvrage « *Gynécologie Obstétrique* » du professeur Body et coll³⁰²; à l'ouvrage « *Guide du post-partum* » du Barlow et coll³⁰³ ; au travail de recherche de Franke sous la thématique « *la consultation post-natale un créneau à prendre* »³⁰⁴, et les lignes directrices de National Collaborating Centre for Primary Care, intitulé « *Post-natal care : Routine post-natal care of women and their babies* »³⁰⁵.

Après la constitution de ce questionnaire un prétest est réalisé auprès de six femmes accouchées choisies au hasard, afin de s'assurer de la compréhension des questions et de leur clarté. Comme il a été soumis aux personnes spécialisées dans le domaine de la santé maternel.

La collecte des données relatives aux différents variables des trois rubriques constitutives du questionnaire de cette étude s'est fait de la manière suivante :

➤ Les variables de la rubrique renseignements médicaux sont collectées en utilisant les dossiers obstétricaux des accouchées recrutées et leurs carnets de santé.

➤ Les variables de la rubrique sociodémographique sont collectées à travers les déclarations des femmes accouchées recrutées dans le cadre de cette étude.

➤ Les variables de la rubrique intitulée les paramètres à surveiller lors des différentes consultations post-natales sont collectées de la façon suivante :

- A 12 h d'hospitalisation à travers le dossier obstétrical, la fiche de température, l'interrogatoire avec les accouchées et leur examen clinique en recherchant les signes des différentes pathologies du post-partum.

- A 24h d'hospitalisation à travers le dossier obstétrical, le billet de sortie, l'interrogatoire avec les accouchées et leur examen clinique en recherchant les signes des différentes complications du post-partum.

- A 9 jours après l'accouchement à travers le carnet de santé des accouchées, l'interrogatoire avec elles et leur examen clinique en recherchant les signes des différentes complications du post-partum.

³⁰¹ Haute autorité de santé française, « *Recommandations professionnelles : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* », 2016, 39pg.

³⁰² Body, G., Daraï, E., Luton, D., Marès, P., *Gynécologie Obstétrique*, Elsevier Masson, 3^{ème} édition, 2015, 593pg.

³⁰³ Barlow, P., Ceysens, G., Emonts, P., Liliane, G., Haumont, D., Hernandez, A., Hubinont, C., Jadin, Ph., Op. Cit. p: 26.

³⁰⁴ Franke, S., Op. Cit. p: 27.

³⁰⁵ Demott, K., Op. Cit. p: 22.

Chapitre II : Matériels et méthodes

- A 42 jours après l'accouchement à travers le carnet de santé des accouchées, l'interrogatoire avec elles et leur examen clinique en recherchant les signes des différentes complications du post-partum.

6- Méthodes d'analyse des données recueillies :

Les données enregistrées ont été codées et soumises à une analyse informatisée à l'aide du logiciel SPSS V 20. Les variables quantitatives ont été exprimées en valeur moyenne et écart type, et les variables qualitatives en pourcentages. Les comparaisons utilisées ont été le test t de Student, pour les variables quantitatives, et le test Pearson Chi², pour les variables qualitatives. Les valeurs de P inférieures à 0,05 ont été considérées comme statistiquement significatives.

Pour identifier les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales, des comparaisons entre deux groupes (les accouchées non suivies et les accouchées suivies durant la période post-natale) ont été effectuées en utilisant une régression logistique binaire. Le premier niveau de signification a été de 5% et l'intervalle de confiance a été de 95%.

La signification de l'association, entre les complications post-natales et la sous-utilisation des consultations post-natales, a été appréciée à l'aide des valeurs du risque relatif (RR) et de sa probabilité ($PX^2 < 0,05$), avec le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %).

Dans cette partie de l'étude, il a été considéré que :

- L'hypothèse nulle = il y a une indépendance entre l'apparition des complications post-natales et le non suivi des accouchées durant la période post-natale.
- L'hypothèse alternative = il y a une dépendance entre l'apparition des complications post-natales et le non suivi des accouchées durant la période post-natale.

7- Considérations éthiques :

Selon Fortin toute recherche effectuée auprès de l'être humain soulève des questions d'ordre morales et éthiques.³⁰⁶ De ce fait, Plusieurs dimensions éthiques ont été respectées. En l'occurrence :

³⁰⁶ Fortin, M-F, Op. Cit. p: 38.

Chapitre II : Matériels et méthodes

- Le consentement libre et éclairé des participants à l'étude : en leur expliquant le but de l'étude et en leur donnant un formulaire d'information en arabe ou en français. Ce consentement est recueilli à travers la signature d'un formulaire de recueil de consentement éclairé par les accouchées ayant participées à cette étude ;
- Le droit à l'anonymat et à la confidentialité. Les informations ne seront jamais communiquées à une tierce personne ;
- Le droit à l'autodétermination : participation volontaire en ayant le droit à se retirer à n'importe quel moment de la recherche sans avoir à se justifier ;
- Le droit à un traitement juste et équitable dans la mesure où toutes les participantes, sans exception aucune, ont été informées quant à la nature, le but, la durée de leur participation, ainsi que sur les méthodes utilisées pendant l'étude.³⁰⁷

8- Approbation éthique :

L'étude n'a démarré qu'après accord du comité d'éthique de la Faculté de médecine et de pharmacie, Université Mohammed V de Rabat, Maroc. Ainsi qu'après l'obtention de l'autorisation de la collecte des données des responsables du lieu d'étude.

³⁰⁷ Ibid.

Résultats et discussion

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Chapitre III

I- Les caractéristiques médicales des accouchées enquêtées :

1- La taille :

Taille	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
< 1m50	02	0,44	00	00
[1m50, 1m60 [	207	45,1	146	30,23
[1m60, 1m70 [	198	43,14	286	59,21
[1m70, 1m80]	52	11,33	51	10,56

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°3 : La taille des accouchées incluses dans l'étude

Le tableau suscité montre que 45,1% des accouchées du premier groupe ont une taille entre [1m50, 1m60 [et que 43,14% des enquêtées de ce groupe ont une taille entre [1m60, 1m70 [. Alors que, dans le deuxième groupe, 59,21% des accouchées ont une taille qui varie entre [1m60, 1m70 [, et 30,23% ont une taille s'inscrivant entre [1m50, 1m60 [.

2- Le poids :

Poids	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
(moyenne± ET)	74,49± 8,67		74,95± 7,39	
< 60kg	4	0,87	00	00
[60 kg, 80kg [	182	39,65	145	30,02
[80 kg, 90 kg]	268	58,39	301	62,32
>90 kg	5	1,09	37	7,66

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°4 : Le poids des accouchées incluses dans l'étude

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Le poids moyen des accouchées non suivies a été de $74,49 \pm 8,67$, le temps où, le poids moyen des accouchées suivies a été de $74,95 \pm 7,39$. En effet, pour les deux groupes un grand pourcentage des accouchées a un poids qui varie entre [80 kg, 90 kg], et ce, dans 58,39% pour le premier groupe et 62,32% pour le deuxième groupe.

3- Le sexe des nouveau-nés des accouchées :

Sexe des nouveau-nés	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Féminin	224	48,8	236	48,9
Masculin	235	51,2	247	51,1

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°5 : Le sexe des nouveau-nés des accouchées

Pour le premier groupe des enquêtées ; accouchées non suivies, le sexe des nouveau-nés est masculin dans 51,2%, et féminin dans 48,8% des cas. Presque les mêmes pourcentages sont ressortis chez les accouchées du deuxième groupe, femmes suivies, avec 51,1% des nouveau-nés de sexe masculin et 48,9% des nouveau-nés de sexe féminin.

4- Le poids des nouveau-nés des accouchées :

Poids des nouveau-nés	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Hypotrophiques	37	8,1	64	13,3
Eutrophiques	403	87,8	412	85,3
hypertrophiques	19	4,1	07	1,4

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°6 : Le poids des nouveau-nés des accouchées

Les nouveau-nés des accouchées incluses dans cette étude sont eutrophiques dans 87,8% des cas du premier groupe et dans 85,3% des cas du deuxième groupe. Les nouveau-nés hypertrophiques sont déclarés auprès de 4,1% des accouchées non suivies et auprès 1.4% des

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

accouchées suivies. Alors que, les nouveau-nés hypotrophiques sont relatés dans 8,1% des cas du premier groupe et dans 13,3% des cas du deuxième groupe.

5- La parité :

Parité	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Primipare	84	18,3	383	79,3
2ème P	336	73,2	78	16,1
3ème P	28	6,1	15	3,1
≥4 P	11	2,3	07	1,4

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°7 : La parité des accouchées enquêtées

Les résultats ont attesté que parmi le premier groupe, 73,2% des accouchées sont des deuxièmes paires, 18,3% sont des primipares, 6,1% sont des troisièmes paires, 2,3% sont des quatrièmes paires ou plus. Tandis que, parmi les accouchées du deuxième groupe, les primipares représentent 79,3%, les deuxièmes paires 16,1%, les troisièmes paires 3,1%, et les quatrièmes paires ou plus 1.4% des cas.

6- Le terme de la grossesse :

Terme de la grossesse	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Accouchement prématurée	30	6,5	18	3,7
Accouchement à terme	251	54,7	265	54,9
Dépassement de terme	178	38,8	200	41,4

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°8 : Le terme de la grossesse des accouchées enquêtées

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Le pourcentage des accouchements à terme est presque le même pour les deux groupes des accouchées ; femmes non suivies et celles suivies. En effet, il est respectivement de 54,7% et de 54,9%. Les dépassements de terme sont déclarés dans 38,8% du premier groupe, et dans 41,4% du deuxième groupe. Alors que, les accouchements prématurés sont soulevés auprès de 6,5% des accouchées du premier groupe et auprès de 3,7% des accouchées du deuxième groupe.

7- Le mode d'accouchement :

Mode d'accouchement	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Voie basse	459	100	397	82,2
Voie haute	00	00	86	17,8

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°9 : Le mode d'accouchement des femmes incluses dans cette étude

L'accouchement par voie basse a été majoritaire dans les deux groupes étudiés. En effet, il a été déclaré auprès de 100 % des accouchées non suivies et auprès de 82,2% des accouchées suivies.

8- Le déroulement de l'accouchement :

Déroulement de l'accouchement	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Sans complication	393	85,6	445	92,1
Avec complication	66	14,4	38	7,9

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°10 : Le déroulement de l'accouchement des femmes enquêtées

Les accouchements sans complications sont déclarés auprès de 85,6% des accouchées de du premier groupe, et auprès de 92,1% des accouchées du deuxième groupe. Alors que, les accouchées ayant eu un accouchement compliqué représentent 14,4% de du premier groupe et 7,9% du deuxième groupe.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

9- Les complications de l'accouchement :

Complications enregistrées	Accouchées non suivies en PN N= 66		Accouchées suivies en PN N= 38	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Dystocie osseuse	49	74,24	19	50
Hémorragie de la délivrance	16	24,24	03	7,89
Travail long	01	1,52	16	42,11

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°11 : Les complications de l'accouchement enregistrées sur les dossiers obstétricaux

Dans le cas des accouchements avec complication, du premier groupe a enregistré une dystocie osseuse dans 74,24%, une hémorragie de la délivrance dans 24,24% et un travail long dans 1,52%. De son côté, le deuxième groupe a soulevé la dystocie osseuse dans 50%, l'hémorragie de la délivrance dans 7,89% et le travail long dans 42,11%.

10- Le nombre de jours d'hospitalisation :

Nombre de jours d'hospitalisation	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
(moyenne± ET)	1,87± 0,38		1,87± 0,34	
1 jour	67	14,6	64	13,3
2 jours	384	83,7	419	86,7
3 jours	08	1,7	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°12 : Le nombre de jours d'hospitalisation

Le nombre moyen de jours d'hospitalisation a été presque de même pour les deux groupes étudiés. En effet, il a été de 1,87± 0,38 pour le groupe des accouchées non suivies et de 1,87± 0,34 pour le groupe des accouchées suivies. Par ailleurs, 83,7% des accouchées du premier groupe et 86,7% des accouchées du deuxième groupe ont passé deux jours aux suites de couches.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

11- Le nombre des consultations post-natales réalisées :

Nombre des CPoN réalisées	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Aucune consultation	459	100%	00	00
3 consultations	00	00	370	76,6
4 consultations	00	00	112	23,2
>4 consultations	00	00	01	0,2

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°13 : Le nombre des consultations post-natales réalisées par les accouchées

100% des accouchées du premier groupe n'ont pas fait aucune consultation post-natale. Le temps où, 76,6% des accouchées ont bénéficié de trois consultations post-natales, 23,2% ont consulté à quatre reprises durant le post-partum et 0,2% ont consulté plus que quatre fois durant cette période.

12- Le lieu des consultations post-natales réalisées :

Lieu des CPoN réalisées par les accouchées	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Chez un médecin spécialisé dans un établissement de soins public	00	00	46	9,5
Chez la sage-femme au niveau de la maternité	00	00	222	46,0
Chez une sage-femme dans un centre de santé	00	00	29	6,0
Chez un médecin généraliste dans un établissement de soins public	00	00	06	1,2
Chez un médecin spécialisé dans une clinique	00	00	182	37,7
Chez une sage-femme dans un cabinet	00	00	02	0,4
Chez un médecin généraliste dans un cabinet	00	00	182	37,7

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°14 : Le lieu des consultations post-natales réalisées par les accouchées

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Les accouchées du deuxième groupe ont consulté chez la sage-femme des suites de couches au niveau de la maternité Souissi dans 46%, chez un médecin spécialisé dans une clinique dans 37,7%, chez un médecin généraliste dans un cabinet dans 37,7%. Egalement, elles ont consulté chez un médecin spécialisé dans un établissement de soins public dans 9,5%, chez une sage-femme dans un centre de santé dans 6%, chez un médecin généraliste dans un établissement de soins public dans 1,2%, et chez une sage-femme dans un cabinet dans 0,4%.

13- L'allaitement maternel exclusif des nouveau-nés des accouchées enquêtées :

Allaitement Maternel exclusif	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Non	201	43,79	104	21,53
Mixte	90	19,61	30	6,21
Oui	168	36,6	349	72,3

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°15 : L'allaitement maternel exclusif des nouveau-nés des accouchées enquêtées

Les accouchées qui allaitent exclusivement au sein représentent 36,6% des enquêtées du premier groupe et 72,3% des enquêtées du deuxième groupe. Alors que, les accouchées ayant déclaré un allaitement mixte figurent dans 19,61% des enquêtées du premier groupe et dans 6,21% des enquêtées du deuxième groupe. Le temps où, les accouchées ayant fait recours à l'allaitement artificiel constituent 43,79% des enquêtées du premier groupe et 21,53% des enquêtées du deuxième groupe.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

II- Les caractéristiques sociodémographiques des accouchées enquêtées :

14- L'âge des accouchées :

Tranche d'âge	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
(moyenne± ET)	24,04± 4,66		25,78± 4,67	
< 20 ans	73	15,9	27	5,59
[20 ans, 30ans [	320	69,72	367	75,98
[30 ans, 40 ans]	64	13,94	81	16,77
>40 ans	02	0,46	08	1,66

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°16 : L'âge des accouchées incluses dans l'étude

Selon le tableau suscité, l'âge moyen des accouchées non suivies en consultations post-natales a été de 24,04± 4,66, et celui des accouchées suivies en post-partum a été de 25,78± 4,67. En effet, 69,72% des accouchées du premier groupe ; femmes non suivies, ont un âge entre [20 ans, 30ans [, et 75,98% des accouchées du deuxième groupe ; femmes suivies, ont un âge entre [30 ans, 40 ans].

15- La région de provenance :

Région	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Rabat-Salé-Kenitra	431	93,9	472	97,72
Grand Casablanca	14	3,05	07	1,45
Fès-Meknès	00	00	02	0,41
Souss-Massa	02	0,44	00	00
Tanger-Tétouan	12	2,61	02	0,41

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°17 : La région de provenance des accouchées

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Les accouchées incluses dans cette étude et qui proviennent de la région Rabat-Salé-Kenitra représentent 93,9% des accouchées non suivies et 97,72% des accouchées suivies. Pour le premier groupe, les femmes qui habitent à la région Grand Casablanca arrivent au deuxième rang avec un pourcentage de 3,05%, celles qui habitent à la région Tanger-Tétouan sont classées au troisième rang avec un pourcentage de 2,61%, et celles qui habitent à la région Souss-Massa sont ressorties au quatrième rang avec 0,44%. Parallèlement, dans le deuxième groupe des enquêtées, les femmes qui proviennent de la région Grand Casablanca arrive au deuxième rang avec un pourcentage de 1,45%, celles ayant déclaré Tanger-Tétouan comme région de provenance arrive au troisième rang avec un pourcentage de 0,41%, et celles qui habitent à la région Fès-Meknès sont trouvées au quatrième rang avec un pourcentage de 0,44%.

16- La zone de provenance :

Zone	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Urbaine	212	46,2	333	68,9
Rurale	191	41,6	140	29,0
Périurbaine	56	12,2	10	2,1

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°18 : La zone de provenance des accouchées

46,2% des accouchées non suivies proviennent d'une zone urbaine. Le temps où, 41,6% de ce groupe habitent dans une zone rurale et 12,2% dans une zone périurbaine. En revanche, 68,9% des accouchées suivies habitent dans une zone urbaine, 29% dans une zone rurale et 2.1% dans une zone périurbaine

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

17- La strate sociale :

Strate sociale	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Pauvre	200	43,6	109	22,6
Entre pauvre et moyenne	222	48,4	214	44,3
Moyenne	37	8,1	160	33,1
Entre moyenne et riche	00	00	00	00
Riche	00	00	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°19 : La strate sociale des accouchées enquêtées

Selon le tableau suscité, parmi les enquêtées du premier groupe 43,6% des accouchées se considèrent comme pauvre, 48,4% se voient appartenir à une strate sociale qui varie entre pauvre et moyenne, et 8,1% ont déclaré leur appartenance à une strate sociale moyenne. Tandis que, les accouchées du deuxième groupe appartiennent à une strate sociale qui varie entre pauvre et moyenne dans 44,3% des cas, à un niveau moyen dans 33,1% et elles s'observent comme pauvre dans 22,6% des réponses.

18- L' tat matrimonial :

Etat matrimonial	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Marr�e (monogame)	454	98,9	473	97,9
Mariée (polygame)	5	1,1	10	2,1

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°20 : L' tat matrimonial des accouchées

100% des accouchées des deux groupes sont mariées. Or, 1,1% des accouchées de du premier groupe et 2,1% des accouchées du deuxième groupe ont déclaré qu'elles sont dans un mariage polygame.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

19- Le chef de la famille de l'accouchée :

Chef de famille	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Mari	401	87,36	482	99,79
Femme	07	1,53	00	00
Belle-mère	51	11,11	01	0,21

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°21 : Le chef de la famille de l'accouchée

Chez 87,36% des accouchées du premier groupe et chez 99,79% des accouchées du deuxième groupe le mari est déclaré comme chef de famille. Tandis que, la belle-mère est ressortie comme chef de famille dans 11,11% des réponses des enquêtées du premier groupe et dans 0,21% des déclarations du deuxième groupe.

20- Le niveau d'études de l'accouchée :

Niveau d'étude de l'accouchée	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Illettré	21	4,6	01	0,2
M'Cid ou école coranique	00	00	00	00
Primaire	187	40,7	83	17,2
Collège	167	36,4	136	28,2
Lycée	66	14,4	162	33,5
Supérieur 1er et 2ème cycles	16	3,5	89	18,4
Supérieur 3ème cycle	02	0,4	12	2,5

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°22 : Le niveau d'études de l'accouchée

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Les résultats relatés sur le tableau suscité montrent que parmi les enquêtées du premier groupe 40,7% des accouchées ont un niveau d'étude primaire, 36,4% ont un niveau collégial, 14,4% ont un niveau lycien, 4,6% sont illettrées, 3,5% ont un niveau supérieur avec premier ou deuxième cycle et 0,4% ont un niveau d'étude de troisième cycle. Le temps où, parmi le deuxième groupe, 33,5% des accouchées ont avancé un niveau lycien, 28,2% ont déclaré un niveau collégial, 17,2% ont relaté un niveau d'étude primaire, 18,4% ont avancé un niveau supérieur avec premier ou deuxième cycle, et 2,5% ont révélé un niveau d'étude de troisième cycle.

21- Le niveau d'études du mari de l'accouchée :

Niveau d'étude du mari	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Illettré	50	10,9	10	2,1
M'Cid ou �cole coranique	76	16,6	26	5,4
Primaire	105	22,9	53	11,0
Collège	135	29,4	78	16,1
Lycée	67	14,6	135	28,0
Supérieur 1er et 2�me cycles	15	3,3	136	28,2
Supérieur 3�me cycle	11	2,4	45	9,3

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n 23 : Le niveau d'études du mari de l'accouchée

Le niveau d'études des maris des accouchées enquêtées a été, dans le premier groupe, collégial dans 29,4%, primaire dans 22,9%, préscolaire ( cole coranique) dans 16,6%, lycien dans 14,6%, illettré dans 10,9%, supérieur avec 1^{er} ou 2^{ème} cycle dans 3,3%, et de troisième cycle dans 2,4%. Alors que, le niveau d'étude des maris des accouchées du deuxième groupe a été supérieur avec premier ou deuxième cycle dans 28,2%, lycien dans 28%, collégial dans 16,1%, primaire dans 11%, de troisième cycle dans 9,3%, préscolaire ( cole coranique) dans 5,4% et illettré dans 2,1%.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

22- Le temps nécessaire pour se rendre à la structure de la consultation post-natale :

Temps nécessaire pour se rendre à la CPoN (moyenne± ET)	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
<10min	00	00	03	0,62
] 10min, 20 min]	00	00	168	34,78
] 20min, 30 min]	00	00	98	20,29
] 30min, 40 min]	00	00	112	23,19
] 40min, 50 min]	00	00	23	4,76
] 50min, 60 min]	00	00	27	5,59
> 1H	00	00	52	10,77
			34,75± 20,30	

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°24 : Le temps nécessaire pour se rendre à la structure de la consultation post-natale

Le temps nécessaire, aux enquêtées du deuxième groupe, pour se rendre à la structure des consultations post-natales a été entre] 10min, 20 min] dans 34,78%, entre] 30min, 40 min] dans 23,19%, entre] 20min, 30 min] dans 20,29%, et de plus d'une heure dans 10,77%. Par ailleurs, dans ce groupe le temps moyen pour arriver à la structure de la CPoN a été de 34,75± 20,30 min.

23- La distance parcourue pour arriver à la structure des consultations post-natales :

Distance parcourue pour arriver à la structure des CPoN (moyenne± ET)	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Pas de déplacement	00	00	00	00
≤ 1km	00	00	73	15,11
] 1Km, 2 Km]	00	00	206	42,65
] 2Km, 5 Km]	00	00	143	29,6
> 5km	00	00	61	12,63
			5,18± 8,9	

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°25 : La distance parcourue pour arriver à la structure des consultations post-natales

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

La moyenne de la distance parcourue par les accouchées du deuxième groupe pour arriver à la structure de la CPoN a été de 5,18± 8,9 km. En effet, 42,65% de ces femmes ont déclaré une distance qui varie entre]1Km, 2 Km], 29,6% ont avancé une distance qui varie entre] 2Km, 5 Km], 15,11% ont révélé une distance inférieur ou égale à 1Km, et 12,63% ont relaté une distance de plus de 5Km.

III-Les caractéristiques socioculturelles des accouchées enquêtées :

24- La croyance de l'entourage social à l'importance des consultations post-natales :

Croyance à l'importance des CPoN	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Non	400	87,15	23	4,76
Oui	16	3,48	460	95,24
Je ne sais pas	43	9,37	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°26 : La croyance de l'entourage social à l'importance des consultations post-natales

87,15% des accouchées du premier groupe ont déclaré que leur entourage social ne croit pas à l'importance de consulter en post-partum. Alors que, 95,24% des enquêtées du deuxième groupe ont relaté que les membres de leur entourage social les ont encouragés a consulté aux post-partum et qu'ils croient à l'importance de ces consultations.

25- La perception de l'entourage social vis-à-vis de l'importance des consultations post-natales et le recours à la médecine traditionnelle en post-partum :

Croyance à l'importance des CPN Recours à la médecine traditionnelle en post-partum	Accouchées non suivies en PN N= 400		Accouchées suivies en PN N= 23	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Non	400	100	23	100
Oui	00	00	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°27 : La perception de l'entourage social vis-à-vis de l'importance des consultations post-natales et le recours à la médecine traditionnelle en post-partum

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

100% des enquêtées des deux groupes ont déclaré que nonobstant que leur entourage social ne croit pas à l'importance de consulter durant le post-partum, ils ne les ont pas encouragés à recourir à la médecine traditionnelle en cas de la sensation d'un malaise.

26- L'influence de l'entourage social sur la sensation des malaises et de la douleur :

	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
L'influence de l'entourage social sur la sensation de la douleur et des malaises par les accouchées				
Non	172	43,47	450	93,17
Oui	287	62,53	33	6,83

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°28 : L'influence de de l'entourage social sur la sensation des malaises et de la douleur

62,53% des accouchées du premier groupe ont relaté que les membres de leur entourage social influence leur sensation de la douleur et des malaises. Alors que, 93,17% des enquêtées du deuxième groupe ont relaté que leur entourage social n'a aucune influence sur leur sensation de ces derniers.

27- L'influence de l'entourage social sur la décision des accouchées de consulter en post-partum :

	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
L'influence de l'entourage social sur la décision des accouchées de consulter en post-partum				
Non	228	49,67	471	97,52
Oui	231	50,33	12	2,48

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°29 : L'influence de l'entourage social sur la décision des accouchées de consulter en post-partum

L'influence des membres de l'entourage social sur la décision des accouchées à consulter en post-partum est ressortie dans 50,33% des réponses du premier groupe et dans 2,48% des avancés du deuxième groupe. Tandis que, l'absence de ce type d'influence est trouvée dans les propos de 49,67% du premier groupe et de 97,52% du deuxième groupe.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

28- L'autonomie de l'accouchée en prise de décision de consulter au prénatal :

Autonomie de l'accouchée en prise de décision de consulter au prénatal	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Oui	312	67,97	474	98,14
Non	147	32,03	09	1,86

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n° 30 : L'autonomie de l'accouchée en prise de décision de consulter au prénatal

67,97% des réponses des enquêtées du premier groupe et 98,14% des avancés des accouchées du deuxième groupe ont déclaré que leur décision de consulter au prénatal a été autonome.

29- Les personnes influençant la décision de consulter au prénatale :

Personnes influençant la décision de consulter au prénatal	Accouchées non suivies en PN N= 147		Accouchées suivies en PN N= 00	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Mari	113	76,87	04	44,44
Belle-mère	32	21,77	00	00
Mère	02	1,36	05	55,55

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°31 : Les personnes influençant la décision de consulter au prénatal

Dans le cas des accouchées ayant déclaré l'influence de leur entourage social sur leur décision de consulter au cours leur gestation, le mari est déclaré comme la personne qui exerce cette influence dans 76,87% des réponses du premier groupe et dans 44,44% des réponses du deuxième groupe. Le temps où, la belle-mère est trouvé dans 21,77% des propos du premier groupe et dans 0% des avancés du deuxième groupe. En revanche, la mère est ressortie plus dans les réponses du deuxième groupe avec 55,55%.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

30- L'accompagnement des accouchées pour se rendre aux consultations post-natales :

L'accompagnement des accouchées pour se rendre aux CPoN	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Non	00	00	00	00
Oui	00	00	483	100

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°32 : L'accompagnement des accouchées pour se rendre aux consultations post-natales

31- L'accompagnement demandé ou non de la part de l'accouchée :

L'accompagnement demandé de la part de l'accouchée	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Non	00	00	00	00
Oui	00	00	483	100

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°33 : L'accompagnement demandé ou non de la part de l'accouchée

100% des accouchées du deuxième groupe ont été accompagnées au moment de leurs consultations post-natales suite à leur demande.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

IV- Les caractéristiques économiques des accouchées enquêtées :

32- Le revenu global du ménage de l'accouchée :

Revenu global du ménage de l'accouchée	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
(moyenne± ET)	2302 ,09± 1252,3		5643,89± 1115,97	
[0Dh, 499DH]	40	8,71	03	0,6
[500DH, 1999DH]	203	44,2	00	00
[2000DH, 2999DH]	154	33,6	00	00
[3000DH, 4999DH]	47	10,2	57	11,8
[5000DH, 9999DH]	15	3,27	368	76,2
[10000DH, 19999DH]	00	00	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°34 : Le revenu global du ménage de l'accouchée

Le revenu global des ménages des accouchées du premier groupe a été entre [500DH, 1999DH] dans 44,2%, entre [2000DH, 2999DH] dans 33,6%, entre [3000DH, 4999DH] dans 10,2%, entre [0Dh, 499DH] dans 8,71%, et entre [5000DH, 9999DH] dans 3,27%. En effet, le revenu global moyen de ce groupe a été de 2302 ,09± 1252,3. Alors que, le revenu global des ménages des accouchées du deuxième groupe a été entre [5000DH, 9999DH] dans 76,2%, entre [3000DH, 4999DH] dans 11,8%, et entre [0Dh, 499DH] dans 0,6%. En corollaire, le revenu global moyen du deuxième groupe a été de 5643,89± 1115,97.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

33- Les dépenses en soins au cours de la période périnatale :

Dépenses en soins au cours de la période périnatale	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Oui	130	28,32	470	97,31
Non	329	71,68	13	2,69

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°35 : Les dépenses en soins au cours de la période périnatale

71,8% des enquêtées du premier groupe ont déclaré qu'elles n'ont pas fait des dépenses en soins au cours de la période périnatale. Alors que, 97,31% des accouchées du deuxième groupe ont relaté qu'elles ont dépensé en soins au cours de cette période.

34- L'appréciation des dépenses en soins au cours de la période périnatale :

Appréciation des dépenses en soins au cours de la période périnatale	Accouchées non suivies en PN N= 130		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Trop élevées	24	18,46	02	0,43
Moyennement acceptable	13	10	38	08,08
Acceptables	93	71,54	430	91,49
Modérés	00	00	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°36 : L'appréciation des dépenses en soins au cours de la période périnatale

Les accouchées du premier groupe ayant fait des dépenses en soins au cours de la période périnatale les considèrent comme acceptables dans 71,54% et comme trop élevées dans 18,46%. Le temps où, les accouchées du deuxième groupe considèrent leurs dépenses en soins au cours de cette période comme acceptables dans 91,49% et comme très élevées dans 0,43%.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

35- La disposition d'une couverture médicale :

Disposition d'une couverture médicale	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Oui	326	71,0	422	87,4
Non	133	29,0	61	12,6

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°37 : La disposition d'une couverture médicale

71% des accouchées du premier groupe et 87,4% des accouchées du deuxième groupe ont déclaré qu'elles disposent d'une couverture médicale. En contrepartie, 29% des accouchées non suivies et 12,6% des accouchées suivies ont révélé qu'elles ne disposent pas d'une couverture médicale.

36- Le type de la couverture médicale dont dispose l'accouchée :

Type de la couverture médicale	Accouchées non suivies en PN N= 326		Accouchées suivies en PN N= 422	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
RAMED	255	78,22	70	16,59
CNSS	41	12,58	345	81,75
CNOPS	27	8,28	07	1,66
Société d'assurance privée	03	0,92	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°38 : Le type de la couverture médicale dont dispose l'accouchée

Les accouchées qui disposent d'une couverture médicale, elles ont, dans le premier groupe, le RAMED dans 78,22%, la CNSS dans 12,58%, la CNOPS dans 8,28% et une société d'assurance privée dans 0,92%. Tandis que, dans le deuxième groupe, elles ont la CNSS dans 81,75%, le RAMED dans 16,59%, et la CNOPS dans 1,66% des cas.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

37- L'activité professionnelle du chef de ménage :

Activité professionnelle du chef de ménage	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Cadres supérieurs	03	0,7	74	15,3
Cadres moyens	67	14,6	37	7,7
Employés	61	13,29	235	48,7
Commerçants	134	29,2	46	9,5
Agriculteurs	61	13,3	58	12,0
Artisans	34	7,41	14	2,9
Ouvriers	24	5,23	00	00
Travailleurs des petits métiers	72	15,7	19	3,9
Personne en chômage	03	0,7	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°39 : L'activité professionnelle du chef de ménage

Les chefs des ménages des accouchées du premier groupe ont été des commerçants dans 29,2%, des travailleurs des petits métiers dans 15,7%, des cadres moyens dans 14,6%, des agriculteurs dans 13,3%, des employés dans 13,29%, des artisans dans 7,41%, des ouvriers dans 5,23%, des cadres supérieurs dans 0,7%, et en chômage dans 0,7%. Alors que, les chefs des ménages des accouchées du deuxième groupe ont été des employés dans 48,7%, des cadres supérieurs dans 15,3%, des agriculteurs dans 12%, des commerçants dans 9,5%, des cadres moyens dans 7,7%, des travailleurs des petits métiers dans 3,9%, et des artisans dans 2,9%.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

38- L'exercice d'une activité professionnelle :

Exercice d'une activité professionnelle par l'accouchée	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Non	416	90,6	285	59,0
Oui	43	9,4	198	41,0

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°40 : L'exercice d'une activité professionnelle par l'accouchée

Les accouchées exercent une activité professionnelle dans 9,4% du premier groupe et dans 41% du deuxième groupe. En revanche, celles qui n'exercent pas une activité professionnelle représentent 90,6% du premier groupe et 59% du deuxième groupe.

V- Les caractéristiques organisationnelles des services sanitaires et la satisfaction des accouchées :

39- L'unité du suivi de la grossesse :

L'unité du suivi de la grossesse	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Unité mobile	00	00	00	00
Etablissement de soins	459	100	483	100

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°41 : L'unité du suivi de la grossesse des accouchées

100% des accouchées du premier groupe et du deuxième groupe ont relaté qu'elles ont suivi leur grossesse dans des établissements de soins.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

40- La durée d'attente pour bénéficier d'une consultation prénatale :

Durée d'attente pour bénéficier d'une consultation prénatale (moyenne± ET)	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Pas d'attente	06	1,31	04	0,83
<15min	23	5,01	64	13,25
[15min, 30 min]	54	11,76	149	30,85
] 30min, 45 min]	69	15,03	134	27,74
] 45min, 60 min]	258	56,21	108	22,36
> 1H	49	10,67	24	4,97

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°42 : La durée d'attente pour bénéficier d'une consultation prénatale

La durée d'attente pour bénéficier d'une consultation prénatale a été pour les accouchées du premier groupe entre] 45min, 60 min] dans 56,21%, entre] 30min, 45 min] dans 15,03%, entre [15min, 30 min] dans 11,76%, et de plus d'une heure dans 10,67%. Tandis que, pour les enquêtées du deuxième groupe leur temps d'attente a été entre [15min, 30 min] dans 30,85%, entre] 30min, 45 min] dans 27,74%, entre] 45min, 60 min] dans 22,36% et inférieur à 15 minutes dans 13,25%.

41- L'appréciation de la durée d'attente pour bénéficier d'une consultation prénatale :

Appréciation de la durée d'attente	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Acceptable	152	33,12	247	51,14
Longue	124	27,02	104	21,53
Trop longue	183	39,87	132	27,33
Je ne sais pas	00	00	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°43 : L'appréciation de la durée d'attente pour bénéficier d'une consultation prénatale

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

33,12% des enquêtées du premier groupe et 51,14% des accouchées du deuxième groupe considèrent le temps d'attente pour bénéficier d'une consultation prénatale comme acceptable. Alors que, 39,87% des enquêtées du premier groupe et 27,33% des accouchées du deuxième groupe le considèrent comme trop long.

42- La disponibilité des prestataires des consultations prénatales :

Disponibilité des prestataires des consultations prénatales	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Non	149	32,46	350	72,46
Oui	252	54,9	133	27,54
Je ne sais pas	58	12,64	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°44 : La disponibilité des prestataires des consultations prénatales

La disponibilité des prestataires des professionnels de santé au moment des consultations prénatales des accouchées a été trouvée dans les réponses de 54,9% des enquêtées du premier groupe et dans 27,54% des avancés du deuxième groupe. Alors que, 32,46% des femmes du premier groupe et 72,46% des enquêtées du deuxième groupe ont avancé que souvent elles ne trouvent pas les prestataires de soins. Car le nombre des professionnels de santé qui couvrent les consultations prénatales est insuffisant.

43- La satisfaction de la qualité des soins reçus en consultations prénatales :

Satisfaction de la qualité des soins reçus en consultations prénatales	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Oui	269	58,60	461	95,45
Non	190	41,39	32	4,55
Je ne sais pas	00	00	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°45 : La satisfaction de la qualité des soins reçus en consultations prénatales

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Les enquêtées ont déclaré leur satisfaction de la qualité des soins reçus au moment de leurs consultations prénatales dans 58,6% des réponses du premier groupe et dans 95,45% des avancées du deuxième groupe. Tandis que, dans 41,39% et dans 4,55% des réponses respectives du premier groupe et du deuxième groupe, les accouchées ont déclaré leur insatisfaction de la qualité des soins reçus à l'occasion du suivi de leur grossesse.

44- La satisfaction de la qualité des soins obstétricaux :

Satisfaction de la qualité des soins obstétricaux	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Non	299	65,1	161	33,3
Oui	159	34,6	322	66,7

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°46 : La satisfaction de la qualité des soins obstétricaux

Les accouchées n'ont pas été satisfaites de la qualité des soins obstétricaux qu'elles ont reçus à la salle d'accouchement dans 65,1% du premier groupe et dans 33,3% du deuxième groupe. Le temps que, les enquêtées satisfaites sont trouvées dans 34,6% de du premier groupe et dans 66,7% du deuxième groupe.

45- La satisfaction des soins reçus au cours de l'hospitalisation en suites de couches :

Satisfaction des soins reçus au cours de l'hospitalisation en suites de couches	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Oui	80	17,43	462	95,65
Non	379	82,57	21	4,35
Je ne sais pas	00	00	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°47 : La satisfaction des soins reçus au cours de l'hospitalisation en suites de couches

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Les accouchées ayant montré leur satisfaction des soins reçus au cours de leur hospitalisation aux suites de couches représentent 17,43% du premier groupe, et 95,65% du deuxième groupe. Le temps où, l'insatisfaction des accouchées à ce sujet est soulevée par 82,57% du premier groupe et par 4,35% du deuxième groupe.

46- La délivrance d'une fiche de renseignements avant la sortie de l'hôpital :

	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Délivrance d'une fiche de renseignements avant la sortie de l'hôpital				
Oui	459	100	483	100
Non	00	00	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°48 : La délivrance d'une fiche de renseignements avant la sortie de l'hôpital

47- Les renseignements contenus dans la fiche de sortie de l'hôpital :

	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Renseignements contenus dans la fiche de sortie de l'hôpital :				
Déroulement de l'accouchement	459	100	483	100
Déroulement du post-partum immédiat	00	00	00	00
Déroulement du post-partum précoce	00	00	00	00
Déroulement de la 1ère CPN	00	00	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°49 : Les renseignements contenus dans la fiche de sortie de l'hôpital

100% des accouchées étudiées ont reçu une fiche de renseignements présentant un bref aperçu sur le déroulement de leur accouchement avant leur sortie de la maternité.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

48- La satisfaction de la qualité des soins reçus en consultations post-natales :

Satisfaction de la qualité des soins reçus en CPoN	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Non	00	00	07	1,4
Oui	00	00	476	98,6
Je ne sais pas	00	00	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°50 : La satisfaction de la qualité des soins reçus en consultations post-natales

98,6% des accouchées du deuxième groupe ont déclaré qu'elles sont satisfaites de la qualité des soins dont elles ont bénéficié à l'occasion de leurs consultations post-natales. Contre 1,4% ayant relaté leur insatisfaction des soins reçus au cours des consultations post-natales.

VI- Les caractéristiques communicationnelles des services sanitaires et la satisfaction des accouchées :

49- La relation entre les accouchées et les prestataires des consultations prénatales :

Bonne relation entre les accouchées et les prestataires des consultations prénatales	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Oui	459	100	483	100
Non	00	00	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°51 : La relation entre les accouchées et les prestataires des consultations prénatales

100% des accouchées des deux groupes ont déclaré leur bonne relation avec les prestataires des consultations prénatales.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

50- La satisfaction de la qualité des informations octroyées au post-partum précoce :

Satisfaction de la qualité des informations octroyées au post-partum précoce	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Oui	146	31,81	273	56,52
Non	313	68,19	210	43,48

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°52 : La satisfaction de la qualité des informations octroyées au post-partum précoce

Les enquêtées ayant déclaré leur satisfaction de la qualité des informations reçues au cours de leur post-partum précoce représentent 31,81% du premier groupe et 56,52% du deuxième groupe. Alors que, les accouchées ayant exprimé leur insatisfaction figurent dans 68,19% du premier groupe et dans 43,48% du deuxième groupe.

51- La qualité de la communication entre les accouchées et les prestataires des consultations prénatales :

Qualité de la communication entre les accouchées et les prestataires des consultations prénatales	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Ecoute active	59	14,81	483	100
Possibilité de poser des questions	151	32,80	483	100
Clarté des mots utilisés	359	78,21	483	100

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°53 : La qualité de la communication entre les accouchées et les prestataires des consultations prénatales

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Au sujet de la qualité de la communication, les accouchées du premier groupe ont avancé l'existence de l'écoute active dans 14,81%, de la possibilité de poser des questions dans 32,8% et de la clarté des mots utilisés par les professionnels de santé dans 78,21%. Tandis que, les enquêtées du deuxième groupe ont relaté avec un pourcentage de 100% ces trois aspects.

52- L'information sur les complications des suites de couches au cours de la dernière consultation prénatale :

Information sur les complications des suites de couches au cours de la dernière consultation prénatale	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Oui	09	1,96	432	89,44
Non	450	98,04	51	10,56

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°54 : L'information sur les complications des suites de couches au cours de la dernière consultation prénatale

1,96% des accouchées du premier groupe et 89,44% des enquêtées du deuxième groupe ont relaté qu'elles ont été informées sur les complications des suites de couches au cours de la dernière consultation prénatale. En outre, 98,04% des réponses du premier groupe et 10,56% des avancés du deuxième groupe ont attesté la non information sur ces complications au cours de la dernière consultation prénatale.

53- L'information de l'accouchée sur l'importance des consultations post-natales au cours de la dernière consultation prénatale :

Information sur l'importance des CPN	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Non	357	77,8	26	5,4
Oui	102	22,2	457	94,6

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°55 : L'information de l'accouchée sur l'importance des consultations post-natales au cours de la dernière consultation prénatale

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Les accouchées ayant reçu des informations sur l'importance des consultations post-natales représentent 22,2% des enquêtées du premier groupe et 94,6% des enquêtées du deuxième groupe. En contrepartie, les accouchées n'ayant pas été informées sur l'importance des consultations post-natales figurent dans 77,8% des enquêtées du premier groupe et 5,6% des enquêtées du deuxième groupe.

54- L'information de l'accouchée sur le calendrier des consultations post-natales au cours de la dernière consultation prénatale :

Information sur le calendrier des CPN	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Non	459	100	483	100
Oui	00	00	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°56 : L'information de l'accouchée sur le calendrier des consultations post-natales au cours de la dernière consultation prénatale

100% des accouchées enquêtées ont déclaré qu'elles n'ont pas été informées sur le calendrier des consultations post-natales au cours de la dernière consultation prénatale.

55- Le soutien psychologique des accouchées de la part des prestataires des consultations prénatales :

Soutien psychologique des accouchées de la part des prestataires des consultations prénatales	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Non	146	31,81	82	16,98
Oui	313	69,19	401	83,02

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°57 : Le soutien psychologique des accouchées de la part des prestataires des consultations prénatales

Le soutien psychologique des accouchées de la part des prestataires des consultations prénatales a été ressorti dans 69,19% des réponses du premier groupe et dans 83,02% des avancés du deuxième groupe. Alors que, l'absence de ce soutien a été déclarée dans 31,81% des déclarations du premier groupe, et dans 16,98% des stipulations du deuxième groupe.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

VII- L'association des variables incluses dans l'étude à la sous-utilisation des consultations post-natales

Variables	P
Variables sociodémographiques	
Variables médicales	
Parité	0,01
Terme de la grossesse	0,207
Déroulement de l'accouchement	0,001
Mode d'accouchement	0,086
Tranche d'âge	<0,001
Provenance	<0,001
Strate sociale	<0,001
Niveau d'étude de l'accouchée	<0,001
Niveau d'étude du mari	<0,001
Variables socioculturelles	
Croyance de l'entourage social à l'importance des consultations post-natales	<0,001
L'influence de l'entourage social sur la sensation de la douleur et des malaises	<0,001
L'influence de l'entourage social sur la décision des accouchées de consulter en post-partum	<0,001
Autonomie de l'accouchée en prise de décision de consulter au prénatal	<0,001
Personnes influençant la décision de consulter au prénatal	<0,001
Variables économiques	
Revenu global du ménage de l'accouchée	<0,001
Dépenses en soins au cours de la période périnatale	<0,001
Appréciation des dépenses en soins au cours de la période périnatale	0,621
Disposition d'une couverture médicale	<0,001
Type de la couverture médicale	<0,001
Variables organisationnelles	
Durée d'attente pour bénéficier d'une consultation prénatale	<0,001
Appréciation de la durée d'attente	<0,001
Disponibilité des prestataires des consultations prénatales	<0,001
Satisfaction de la qualité des soins reçus en consultations prénatales	<0,001
Satisfaction des soins reçus durant l'hospitalisation en suites de couches	<0,001
Variables communicationnelles	
Satisfaction de la qualité des informations reçues au post-partum précoce	<0,001
Information sur les complications des suites de couches au cours de la dernière consultation prénatale	<0,001
Information sur l'importance des CPoN	<0,001
Soutien psychologique des accouchées de la part des prestataires des consultations prénatales	<0,001

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°58 : L'association des variables incluses dans l'étude à la sous-utilisation des consultations post-natales

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Plusieurs variables sont en association avec la sous-utilisation des consultations post-natales par les accouchées de la maternité Souissi de Rabat. En l'occurrence :

La parité de l'accouchée ($P=0,01$), et le déroulement de son accouchement ($P=0,001$), en tant que, variables médicales ;

L'âge de l'accouchée ($P=<0,001$), sa provenance ($P=<0,001$), sa strate sociale ($P=<0,001$), son niveau d'étude ($P=<0,001$), et le niveau d'étude de son mari ($P=<0,001$), en tant que, variables sociogéographiques ;

La croyance de l'entourage social de l'accouchée à l'importance des consultations post-natales ($P=<0,001$), l'influence de cet entourage sur sa sensation de la douleur et des malaises ($P=<0,001$), ainsi que, sur sa décision de consulter en post-partum ($P=<0,001$), son autonomie en prise de décision de consulter en prénatal, et la personne influençant cette décision de consulter ($P=<0,001$), comme, variables socioculturelles ;

Le revenu global du ménage de l'accouchée ($P=<0,001$), la réalisation des dépenses en soins au cours de la période périnatale ($P=<0,001$), la disposition d'une couverture médicale ($P=<0,001$), et le type de la couverture médicale ($P=<0,001$), comme, variables économiques ;

La durée d'attente pour bénéficier d'une consultation prénatale ($P=<0,001$), l'appréciation de la durée d'attente par l'accouchée ($P=<0,001$), la disponibilité des prestataires des consultations prénatales ($P=<0,001$), la satisfaction de l'accouchée de la qualité des soins reçus en consultations prénatales ($P=<0,001$), ainsi que, des soins reçus durant l'hospitalisation en suites de couches ($P=<0,001$), en tant que, variables organisationnelles ;

La satisfaction de l'accouchée de la qualité des informations reçues en post-partum précoce ($P=<0,001$), son information sur les complications des suites de couches au cours de la dernière consultation prénatale ($P=<0,001$), ainsi que, sur l'importance des consultations post-natales ($P=<0,001$), et son soutien psychologique de la part des prestataires des consultations prénatales ($P=<0,001$), comme, variables communicationnelles.

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

VIII- La signification des associations existantes entre les variables incluses dans cette étude à la sous-utilisation des consultations post-natales :

Variables	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483		OR	IC(95%)	P
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)			
Variables médicales							
Parité							
Primipare	84	18,3	383	79,3	0,536	[0,985-1,320]	0,080
2ème P	336	73,2	78	16,1	1,140	[1,082-1,264]	0,037
3ème P	28	6,1	15	3,1	0,929	[0,286-1,003]	0,51
≥4 P	11	2,3	07	1,4	--	--	--
Déroulement de l'accouchement							
Sans complication	393	85,6	445	92,1	1,967	[1,290-2,998]	0,002
Avec complication	66	14,4	38	7,9	--	--	--
Variables sociodémographiques							
Tranche d'âge							
< 20 ans	73	15,9	27	5,59	1,084	[1,053-1,115]	<0,001
[20 ans, 30ans [	320	69,72	367	75,98			
[30 ans, 40 ans]	64	13,94	81	16,77			
>40 ans	02	0,46	08	1,66			
Provenance							
Urbaine	212	46,2	333	68,9	8,796	[4,392-17,617]	<0,001
Rurale	191	41,6	140	29,0	4,105	[2,023-8,327]	<0,001
Périurbaine	56	12,2	10	2,1	--	--	--
Strate sociale							
Pauvre	200	43,6	109	22,6	0,128	[0,084-0,196]	<0,001
Entre pauvre et moyenne	222	48,4	214	44,3	0,224	[0,150-0,336]	<0,001
Moyenne	37	8,1	160	33,1	--	--	--
Entre moyenne et riche	00	00	00	00	--	--	--
Riche	00	00	00	00	--	--	--

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Variables	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483		OR	IC(95%)	P
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)			
Niveau d'étude de l'accouchée							
Illettré	21	4,6	01	0,2	0,008	[0,001-0,097]	<0,001
M'Cid ou école coranique	00	00	00	00	0,053	[0,011-0,256]	<0,001
Primaire	187	40,7	83	17,2	0,088	[0,019-0,404]	0,002
Collège	167	36,4	136	28,2	0,136	[0,030-0,617]	0,010
Lycée	66	14,4	162	33,5	0,409	[0,089-0,878]	0,250
Supérieur 1er et 2ème cycle	16	3,5	89	18,4	0,917	[0,187-0,490]	0,915
Supérieur 3ème cycle	02	0,4	12	2,5	--	--	--
Niveau d'études du mari							
Illettré	50	10,9	10	2,1	0,050	[0,019-0,129]	<0,001
M'Cid ou école coranique	76	16,6	26	5,4	0,086	[0,039-0,190]	<0,001
Primaire	105	22,9	53	11,0	0,126	[0,060-0,264]	<0,001
Collège	135	29,4	78	16,1	0,114	[0,071-0,296]	<0,001
Lycée	67	14,6	135	28,0	0,507	[0,246-1,045]	0,066
Supérieur 1er et 2ème cycle	15	3,3	136	28,2	2,267	[0,970-5,298]	0,059
Supérieur 3ème cycle	11	2,4	45	9,3	--	--	--
Variables socioculturelles							
L'importance des consultations post-natales : Croyance de l'entourage social							
Non	400	87,15	23	4,76	0,002	[0,001-0,004]	<0,001
Oui	16	3,48	460	95,24			
Je ne sais pas	43	9,37	00	00			

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Variables	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483		OR	IC(95%)	P
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)			
L'influence de l'entourage social sur la sensation de la douleur et des malaises par les accouchées					22,754	[15,240-33,973]	<0,001
Non	172	43,47	450	93,17			
Oui	287	62,53	33	6,83			
L'influence de l'entourage social sur la décision des accouchées de consulter en post-partum					39,766	[21,792-72,565]	<0,001
Non	228	49,67	471	97,52			
Oui	231	50,33	12	2,48			
Autonomie de l'accouchée en prise de décision de consulter au prénatal					0,040	[0,020-0,080]	<0,001
Oui	312	67,97	474	98,14			
Non	147	32,03	09	1,86			
Personnes influençant la décision de consulter au prénatal							
Mari	113	76,87	04	44,44	0,014	[0,002-0,097]	<0,001
Belle-mère	32	21,77	00	00	0		0,998
Mère	02	1,36	05	55,55	--	--	--
Variables économiques							
Revenu global du ménage de l'accouchée					3,672	[3,046-4,426]	<0,001
[0Dh, 499DH]	40	8,71	03	0,6			
[500DH, 1999DH]	203	44,2	00	00			
[2000DH, 2999DH]	154	33,6	00	00			
[3000DH, 4999DH]	47	10,2	57	11,8			
[5000DH, 9999DH]	15	3,27	368	76,2			
[10000DH, 19999DH]	00	00	00	00			

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Variables	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483		OR	IC(95%)	P
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)			
Dépenses en soins au cours de la période périnatale					0,011	[0,006-0,020]	<0,001
Oui	130	28,32	470	97,31			
Non	329	71,68	13	2,69			
Disposition d'une couverture médicale					0,354	[0,253-0,496]	<0,001
Oui	326	71,0	422	87,4			
Non	133	29,0	61	12,6			
Type de la couverture médicale							
RAMED	255	78,22	70	16,59	0,150	[0,038-0,599]	0,007
CNSS	41	12,58	345	81,75	0,578	[0,148-2,257]	0,430
CNOPS	27	8,28	07	1,66	1,127	[0,272-4,678]	0,869
Société d'assurance privée	03	0,92	00	00	--	--	--

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Variables	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483		OR	IC(95%)	P
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)			
Variables organisationnelles							
Durée d'attente pour bénéficier d'une consultation prénatale					0,526	[0,463-0,597]	<0,001
Pas d'attente	06	1,31	04	0,83			
<15min	23	5,01	64	13,25			
[15min, 30 min]	54	11,76	149	30,85			
] 30min, 45 min]	69	15,03	134	27,74			
] 45min, 60 min]	258	56,21	108	22,36			
> 1H	49	10,67	24	4,97			
Appréciation de la durée d'attente							
Acceptable	152	33,12	247	51,14	0,444	[0,328-0,600]	<0,001
Longue	124	27,02	104	21,53	0,860	[0,610-1,213]	0,390
Trop longue	183	39,87	132	27,33	--	--	--
Disponibilité des prestataires des consultations prénatales					0,192	[0,148-0,249]	<0,001
Oui	149	32,46	350	72,46			
Non	252	54,9	133	27,54			
Parfois	58	12,64	00	00			
Satisfaction de la qualité des soins reçus en consultations prénatales					0,100	[0,067-0,150]	<0,001
Oui	269	58,60	461	95,45			
Non	190	41,39	32	4,55			
Satisfaction des soins reçus durant l'hospitalisation en suites de couches					0,010	[0,006-0,016]	<0,001
Oui	80	17,43	462	95,65			
Non	379	82,57	21	4,35			

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

Variables	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483		OR	IC(95%)	P
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)			
Variables communicationnelles							
Satisfaction de la qualité des informations octroyées au post-partum précoce					0,359	[0,275-0,468]	<0,001
Oui	146	31,81	273	56,52			
Non	313	68,19	210	43,48			
Information sur les complications des suites de couches au cours de la dernière consultation prénatale					0,002	[0,001-0,005]	<0,001
Oui	09	1,96	432	89,44			
Non	450	98,04	51	10,56			
Information sur l'importance des CPoN					0,058	[0,042-0,081]	<0,001
Non	357	77,8	26	5,4			
Oui	102	22,2	457	94,6			
Soutien psychologique des accouchées de la part des prestataires des consultations prénatales					0,438	[0,332-0,597]	<0,001
Non	146	31,81	82	16,98			
Oui	313	69,19	401	83,02			

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n° 59 : La signification des associations existantes entre les variables incluses dans cette étude à la sous-utilisation des consultations post-natales

A travers la régression logistique binaire, le logiciel SPSS V20 a permis le croisement des résultats du terrain, et de déterminer pour chaque variable, l'Odds Ratio, l'intervalle de confiance à 95%, et la P-value correspondants.

1- Variables médicales :

Parmi les variables médicales introduites dans la régression logistique binaire, la deuxième parité [OR = 1,140, 95% IC [1,082-1,264]], et le déroulement de l'accouchement sans complication [OR = 1,967, 95% IC [1,290-2,998]] ont été positivement associés à la sous-utilisation des consultations post-natales. En revanche, il a été révélé qu'il n'y a pas d'association entre ces dernières et la primiparité d'un côté, et la 3^{ème} parité de l'autre côté.

2- Variables sociodémographiques :

L'analyse des variables sociodémographiques, a montré que l'âge de l'accouchée [OR = 1,084, 95% IC [1,053-1,115]], la provenance urbaine [OR = 8,796, 95% IC [4,392-17,617]], et la provenance rurale [OR = 4,105, 95% IC [2,023-8,327]] ont été positivement associés à la sous-utilisation des consultations post-natales. Tandis qu'une strate sociale pauvre [OR = 0,128, 95% IC [0,084-0,196]] ou entre pauvre et moyenne [OR = 0,224, 95% IC [0,150-0,336]], le niveau d'étude de l'accouchée et de son mari (les niveaux variant entre illettré et collégial), ont été négativement associés à la sous-utilisation de ces consultations. En outre, aucune association statistiquement significative n'a été trouvée entre le niveau d'étude lycien et supérieur et ces dernières.

3- Variables socioculturelles :

L'introduction des variables socioculturelles dans la régression binaire a trouvé que ; l'influence de la sensation de l'accouchée de la douleur et des malaises [OR = 22,754, 95% IC [15,240-33,973]] ; et l'influence de sa décision de consulter en post-natale [OR = 39,766, 95% IC [21,792-72,565]], sont positivement associés à la sous-utilisation des consultations post-natales. Alors que, la croyance de son entourage social à l'importance des consultations post-natales [OR = 0,002, 95% IC [0,001-0,004]], l'absence de l'autonomie de l'accouchée en prise de décision de consulter au prénatal [OR = 0,040, 95% IC [0,020-0,080]], et le mari comme personne influençant cette décision [OR = 0,014, 95% IC [0,002-0,097]], sont négativement associés à la sous-utilisation de ces consultations. De même, l'analyse statistique a illustré que la belle-mère comme personne influençant la décision de consulter en prénatal n'est pas statistiquement associée à cette sous-utilisation.

4- Variables économiques :

L'analyse statistique des variables économiques adoptées dans cette étude a montré que ; le revenu global du ménage de l'accouchée [OR = 3,672, 95% IC [3,046-4,426]] est positivement

Chapitre III : Les variables associées à la sous-utilisation des consultations post-natales

associé avec la sous-utilisation des consultations post-natales. En revanche, les dépenses en soins au cours de la période périnatale [OR = 0,011, 95% IC [0,006-0,020]], la disposition d'une couverture médicale [OR = 0,354, 95% IC [0,253-0,496]], et le RAMED comme couverture médicale [OR = 0,150, 95% IC [0,038-0,599]] sont négativement associés à la sous-utilisation de ces consultations. La CNSS et la CNOPS comme couvertures médicales ne sont pas en association statistiquement significative avec cette sous-utilisation.

5- Variables organisationnelles :

La régression binaire des variables organisationnelles a illustré que : la durée d'attente de l'accouchée pour bénéficier d'une consultation prénatale [OR = 0,526, 95% IC [0,463-0,597]]; son acceptation de cette durée d'attente [OR = 0,444, 95% IC [0,328-0,600]]; la disponibilité des prestataires des consultations prénatales au moment de ses consultations [OR = 0,192, 95% IC [0,148-0,249]] ; sa satisfaction de la qualité des soins reçus en consultations prénatales [OR = 0,100, 95% IC [0,067-0,150]], ainsi que, des soins reçus durant l'hospitalisation en suites de couches [OR = 0,010, 95% IC [0,006-0,016]], sont négativement associés à la sous-utilisation des consultations post-natales. En outre, aucune association statistiquement significative n'a été trouvée entre la considération de la durée d'attente pour bénéficier d'une consultation prénatale comme longue et ces dernières.

6- Variables communicationnelles :

Les variables communicationnelles analysées dans cette régression logistique ont montré que : la satisfaction de l'accouchée de la qualité des informations octroyées au post-partum précoce [OR = 0,359, 95% IC [0,275-0,468]]; leur information sur les complications des suites de couches [OR = 0,002, 95% IC [0,001-0,005]], ainsi que, sur l'importance des consultations post-natales au cours de la dernière consultation prénatale [OR = 0,058, 95% IC [0,042-0,081]] ; et leur soutien psychologique de la part des prestataires de ces consultations prénatales [OR = 0,438, 95% IC [0,332-0,597]], sont négativement associés à la sous-utilisation des consultations post-natales.

**Chapitre IV : L'association de la sous-
utilisation des consultations post-natales à
l'incidence des complications des suites de
couches**

Chapitre IV : L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications des suites de couches

Chapitre IV

I- L'incidence cumulative des complications enregistrées chez les accouchées durant la période de post-partum :

➤ L'incidence cumulative des complications enregistrées de la sortie de l'hôpital au 9^{ème} jour du post-partum :

Complications enregistrées chez les deux groupes d'accouchées durant la période de post-partum		Accouchées non suivies en PN (N= 459)		Accouchées suivies en PN (N= 483)		Total	
		Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)		
Entre la sortie de l'hôpital et le 9 ^{ème} jour du post-partum	Complications hémorragiques						
	Hémorragie génitale précoce	Non	395	86,1	467	96,7	862
		Oui	64	13,9	16	3,3	80
		IC	13,9%		3,3%		9,49%
	Complications thrombo-emboliques						
	Thrombophlébites des membres inférieures	Non	459	100	483	100	942
		Oui	00	00	00	00	00
		IC	00%		00%		00%
	Embolie pulmonaire	Non	459	100	483	100	942
		Oui	00	00	00	00	00
		IC	00%		00%		00%
	Complications infectieuses						
	Endométrite	Non	407	88,7	483	100	890
		Oui	52	11,3	00	00	52
		IC	11,3%		00%		5,52%
Pelvipéritonite	Non	457	99,6	483	100	940	
	Oui	02	0,4	00	00	02	
	IC	0,4%		00%		0,21%	
Péritonite généralisée	Non	459	100	483	100	942	
	Oui	00	00	00	00	00	
	IC	00%		00%		00%	

Chapitre IV : L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications des suites de couches

Complications enregistrées chez les deux groupes d'accouchées durant la période de post-partum		Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483		Total	
		Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)		
Entre la sortie de l'hôpital et le 9^{ème} jour du post-partum	Complications infectieuses (suite)						
	Septicémie	Non	459	100	483	100	942
		Oui	00	00	00	00	00
		IC	00%		00%		00%
	Infection urinaire	Non	367	80,0	469	97,1	836
		Oui	92	20,0	14	2,9	106
		IC	20%		2,9%		11,25%
	Complications mammaire						
	Engorgement mammaire	Non	349	76,0	464	96,1	813
		Oui	110	24,0	19	3,9	129
		IC	24%		3,9%		13,7%
	Lymphangite	Non	411	89,5	477	98,76	888
		Oui	48	10,5	06	1,24	54
		IC	10,5%		1,24%		5,73%
Complications psychologiques							
Baby-blues	Non	454	98,9	477	98,8	931	
	Oui	05	1,1	06	1,2	11	
	IC	1,1%		1,2%		1,17%	

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°60 : L'incidence cumulative des complications enregistrées chez les accouchées de la sortie de l'hôpital au 9^{ème} jour du post-partum

Chapitre IV : L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications des suites de couches

L'hémorragie génitale précoce a été enregistrée auprès de 13,9% des accouchées du premier groupe et auprès de 3,3% des accouchées du deuxième groupe. De ce fait, l'incidence cumulative de cette pathologie dans le premier groupe a été de 13,9% et son incidence cumulative dans le deuxième groupe a été de 3,3%. Tandis que, l'incidence cumulative totale de cette pathologie dans cette recherche a été de 9,49%. Les complications thrombo-emboliques n'ont pas été enregistrées chez aucune accouchée incluse dans cette étude. En corolaire, l'incidence cumulative de cette pathologie dans ce travail a été de 0%.

Comme complications infectieuses du post-partum, l'endométrite a été déclarée auprès de 11,3% des accouchées du premier groupe et auprès de 0% des accouchées du deuxième groupe. En outre, l'incidence cumulative de cette pathologie dans le premier groupe a été de 11,3% et son incidence cumulative totale a été de 5,52%. La pelvipéritonite a été enregistrée dans 0,4% des cas du premier groupe, et dans 0% des cas du deuxième groupe. En conséquence, l'incidence cumulative de cette pathologie dans le premier groupe a été de 0,4% et son incidence cumulative totale a été de 0,21%. La péritonite généralisée et la septicémie n'ont pas été déclarées auprès de la totalité des enquêtées, d'où, leurs incidence cumulative s de 0%. L'infection urinaire a été diagnostiquée chez 20% des accouchées du premier groupe, et dans 2,9% des enquêtées du deuxième groupe. L'incidence cumulative de cette pathologie dans le premier groupe a été de 20% et dans le deuxième groupe a été de 2,9%, et ce, avec une incidence cumulative totale de 11,25%.

Les complications mammaires déclarées chez les enquêtées de ce travail ont été l'engorgement mammaire avec 24% du premier groupe et avec 3,9% du deuxième groupe. L'incidence cumulative de cette complication a été de 24% dans le premier groupe et de 3,9% dans le deuxième groupe. Donnant lieu, ainsi, à une incidence cumulative totale de 13,7%. Comme deuxième pathologie mammaire enregistré durant cette période de post-partum, la lymphangite a été trouvé chez 10,5% des accouchées du premier groupe et dans 1,24% des enquêtées du deuxième groupe. L'incidence cumulative de cette pathologie a été de 10,5% dans le premier groupe et de 1,24% dans le deuxième groupe. Induisant, de ce fait, une incidence cumulative totale de 5,73%.

La complication psychologique enregistrée durant cette période de post-partum a été le Baby-blues dans 1,1% des femmes du premier groupe et dans 1,2% des accouchées du deuxième groupe. Engendrant en conséquence une incidence cumulative totale de cette pathologie de 1,17%.

Chapitre IV : L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications des suites de couches

➤ L'incidence cumulative des complications enregistrées entre et le 9^{ème} et le 42^{ème} jour du post-partum :

		Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483		Total
		Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)	
Complications diagnostiquées chez les deux groupes des accouchées durant la période de post-partum						
Complications hémorragiques						
Entre le 9 ^{ème} jour et le 42 ^{ème} jour du post-partum	Retour de couches hémorragiques	Non	381 83,0	456 94,4	837	
		Oui	78 17,0	27 5,6	105	
		IC	17%	5,6%	11,15%	
Complications thrombo-emboliques						
Thrombose veineuse profonde	Non	459 100	483 100	942		
	Oui	00 00	00 00	00		
	IC	00%	00%	00%		
Thrombophlébite pelvienne	Non	459 100	483 100	942		
	Oui	00 00	00 00	00		
	IC	00%	00%	00%		
Thromboses veineuses cérébrales	Non	459 100	483 100	942		
	Oui	00 00	00 00	00		
	IC	00%	00%	00%		
Complications infectieuses						
Infection urinaire	Non	416 90,6	473 97,9	889		
	Oui	43 9,4	10 2,1	53		
	IC	9,4%	2,1%	5,63%		

Chapitre IV : L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications des suites de couches

		Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483		Total
		Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)	
Complications diagnostiquées chez les deux groupes des accouchées durant la période de post-partum						
Complications mammaire						
Engorgement mammaire	Non	429	93,5	481	99,6	910
	Oui	30	6,5	02	0,4	32
	IC	6,5%		0,4%		3,4%
Lymphangite	Non	443	96,5	483	100	926
	Oui	16	3,5	00	00	16
	IC	3,5%		00%		1,7%
Mastite aigue	Non	456	99,3	483	100	939
	Oui	03	0,7	00	00	03
	IC	0,7%		00%		0,32
Complications psychologiques						
Dépression du post-partum	Non	404	88,0	452	93,6	856
	Oui	55	12,0	31	6,4	86
	IC	12%		6,4%		9,13%
Psychose du post-partum	Non	453	98,7	476	98,6	929
	Oui	06	1,3	07	1,4	13
	IC	1,3%		1,4%		1,38%

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°61 : L'incidence cumulative des complications enregistrées entre et le 9^{ème} et le 42^{ème} jour du post-partum

Chapitre IV : L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications des suites de couches

Entre le 9^{ème} jour et le 42^{ème} jour du post-partum la complication hémorragique enregistrée a été le retour de couches hémorragiques avec 17% chez les femmes du premier groupe et avec 5,6% chez les enquêtées le deuxième groupe. L'incidence cumulative de cette pathologie a été de 17% dans le premier groupe et de 5,6% dans le deuxième groupe. En corolaire, son incidence cumulative totale dans l'étude a été de 11,15%.

La complication infectieuse déclaré chez les accouchées étudiées a été l'infection urinaire avec 9,4% des enquêtées du premier groupe et 2,1% des enquêtées du deuxième groupe. En résultat, l'incidence cumulative de cette pathologie a été de 9,4% dans le premier groupe et de 2,1% dans le deuxième groupe. Donnant lieu, ainsi, à une incidence cumulative totale de 5,63%.

Les complications mammaires diagnostiquées chez la population incluse dans ce travail, ont été l'engorgement mammaire chez 6,5% des accouchées du premier groupe et chez 0,4% des accouchées du deuxième groupe. En conséquence, l'incidence cumulative de cette pathologie a été de 6,5% dans le premier groupe et de 0,4% dans le deuxième groupe. Alors que, son incidence cumulative totale a été de 3,4%. La deuxième pathologie mammaire enregistrée a été la lymphangite. Cette pathologie a été déclarée chez 3,5% des enquêtées du premier groupe, et dans 0% des enquêtées du deuxième groupe. L'incidence cumulative de cette pathologie a été de 3,5% pour du premier groupe et de 0% pour le deuxième groupe. Donnant ainsi, une incidence cumulative totale de 1,7%. La troisième pathologie mammaire déclaré durant cette période du post-partum a été la mastite aigue avec 0,7% des femmes du premier groupe et 0% des enquêtées du deuxième groupe. L'incidence cumulative de cette pathologie a été de 0,7% pour le premier groupe et de 0% pour le deuxième groupe. Engendrant, de ce fait, une incidence cumulative totale dans la population d'étude de 0,32%.

Les complications psychologiques enregistrées chez les accouchées entre le 9^{ème} et le 42^{ème} jour du post-partum ont été la dépression du post-partum, et ce, chez 12% des enquêtées du premier groupe et chez 6,4% des enquêtées du deuxième groupe. L'incidence cumulative de cette pathologie a été de 12% dans le premier groupe et de 6,4% dans le deuxième groupe. Tandis que, son incidence cumulative totale a été de 9,13%. La deuxième pathologie psychologique rencontrée a été la psychose du post-partum chez 1,3% des accouchées du premier groupe et chez 1,4% des accouchées du deuxième groupe. L'incidence cumulative de cette pathologie a été de 1,3% dans le premier groupe et de 1,4% dans le deuxième groupe. De ce fait, son incidence cumulative totale a été de 1,38%.

Chapitre IV : L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications des suites de couches

II- La comparaison des complications post-natales enregistrées chez les accouchées suivies en post-natale vs non suivies en post-natale :

Complications post-natales enregistrées	Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483		P
	Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)	
Entre la sortie de l'hôpital et le 9^{ème} jour après l'accouchement					
Hémorragie génitale précoce	64	13,9	16	3,3	<0,001
Endométrite	52	11,3	00	00	<0,001
Pelvipéritonite	02	0,4	00	00	0,147
Infection urinaire	92	20,0	14	2,9	<0,001
Engorgement mammaire	110	24,0	19	3,9	<0,001
Lymphangite mammaire	48	10,5	06	1,24	<0,001
Baby-blues	05	1,1	06	1,2	0,827
Entre le 9^{ème} jour et le 42^{ème} jour du post-partum					
Retour de couches hémorragiques	78	17,0	27	5,6	<0,001
Infection urinaire	43	9,4	10	2,1	<0,001
Engorgement mammaire	30	6,5	02	0,4	<0,001
Lymphangite mammaire	16	3,5	00	00	<0,001
Mastite aiguë	03	0,7	00	00	0,075
Dépression du post-partum	55	12,0	31	6,4	0,003
Psychose du post-partum	06	1,3	07	1,4	0,852

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n° 62 : La comparaison des complications post-natales enregistrées chez les accouchées suivies en post-natale vs non suivies en post-natale

La comparaison des complications post-natales enregistrées dans cette étude chez les accouchées suivies et celles non suivies en post-partum a montré qu'entre la sortie de l'hôpital et le 9^{ème} jour du post-partum, l'hémorragie génitale précoce ; l'endométrite ; l'infection urinaire ; l'engorgement mammaire ; et la lymphangite mammaire sont significativement associés au non suivi post-natal, et ce, avec une P-value <0,001 pour chaque pathologie. Alors que, la pelvipéritonite et le baby-blues ne sont pas statistiquement associés à ce non suivi, et ce, avec respectivement des P-values de 0,147 et de 0,827.

En outre, cette comparaison a révélé que les complications enregistrées chez les accouchées entre le 9^{ème} et le 42^{ème} jour du post-partum, à savoir ; le retour de couches hémorragiques ; l'infection urinaire ; l'engorgement mammaire, la lymphangite mammaire, et la dépression du post-partum sont significativement associés au non suivi post-natal, avec une P-value <0,001 pour chaque pathologie. Tandis que, la mastite aiguë et la psychose du post-partum ne sont pas statistiquement associées au non suivi post-natal, avec respectivement des P-values de 0,075 et de 0,852.

Chapitre IV : L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications des suites de couches

III- L'association de la sous-utilisation des complications post-natales à l'incidence des complications enregistrées chez les accouchées :

➤ L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications enregistrées chez les accouchées de la sortie de l'hôpital au 9^{ème} jour du post-partum :

		Complications hémorragiques				
		Hémorragie génitale précoce				
		Oui	Non	RR	IC (95%)	PX ²
Accouchées non suivies en PN N= 459	Effective	64	395	4,209	[2,471-7, 171]	<0,001
	Pourcentage (%)	13,9	86,1			
Accouchées suivies en PN N= 483	Effective	16	467			
	Pourcentage (%)	3,3	96,7			

		Complications infectieuses									
		Endométrite					Infection urinaire				
		Oui	Non	RR	IC (95%)	P	Oui	Non	RR	IC (95%)	PX ²
Accouchées non suivies en PN N= 459	Effective	52	407	-----	-----	<0,001	92	367	6,915	[3,999-11,956]	<0,001
	Pourcentage (%)	11,3	88,7				20,0	80,0			
Accouchées suivies en PN N= 483	Effective	00	483								
	Pourcentage (%)	00	100				14	469				2,9	97,1

Chapitre IV : L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications des suites de couches

		Complications mammaires									
		Engorgement mammaire					Lymphangite				
		Oui	Non	RR	IC (95%)	PX ²	Oui	Non	RR	IC (95%)	PX ²
Accouchées non suivies en PN N= 459	Effective	110	349	6,092	[3,808-9,746]	<0,001	48	411	8,418	[3,638-19,481]	<0,001
	Pourcentage (%)	24,0	76,0				10,5	89,5			
Accouchées suivies en PN N= 483	Effective	19	464				06	477			
	Pourcentage (%)	3,9	96,1				1,24	98,76			

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°63 : L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications enregistrées chez les accouchées de la sortie de l'hôpital au 9^{ème} jour du post-partum

Le tableau croisé des complications post-natales et du suivi ou non des accouchées durant la période post-natale a montré que l'hypothèse nulle est rejetée (H_0 = il y a une indépendance entre l'apparition des complications post-natales et le non suivi des accouchées durant la période post-natale). Cette analyse a illustré qu'entre la sortie de l'accouchée de l'hôpital et le 9^{ème} jour du post-partum, il existe une association significative entre l'apparition des complications suivantes et le non suivi post-natal : l'hémorragie génitale précoce [RR=4,209, IC à 95% [2,471-7, 171], <0,001] ; l'infection urinaire [RR=6,915, IC à 95% [3,999-11,956], <0,001] ; l'engorgement mammaire [RR=6,092, IC à 95% [3,808-9,746], <0,001] ; et la lymphangite mammaire [RR=8,418, IC à 95% [3,638-19,481], <0,001]. Alors que, la vérification de la signification de l'association de l'endométrite au non suivi post-natal n'a pas été possible. Car, aucun cas n'a pas été enregistré dans le groupe des accouchées suivies.

Chapitre IV : L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications des suites de couches

➤ L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications diagnostiquées chez l'accouchée du 9^{ème} au 42^{ème} jour du post-partum :

		Complications hémorragiques					Complications infectieuses				
		Retour de couches hémorragiques					Infection urinaire				
		Oui	Non	RR	IC (95%)	PX ²	Oui	Non	RR	IC (95%)	PX ²
Accouchées non suivies en PN N= 459	Effective	78	381	3,040	[2,000-4,620]	<0,001	43	416	4,525	[2,301-8,897]	<0,001
	Pourcentage (%)	17	83				9,4	90,6			
Accouchées suivies en PN N= 483	Effective	27	456				10	473			
	Pourcentage (%)	5,6	94,4				2,1	97,9			

		Complications mammaires									
		Engorgement mammaire					Lymphangite				
		Oui	Non	RR	IC (95%)	PX ²	Oui	Non	RR	IC (95%)	P
Accouchées non suivies en PN N= 459	Effective	30	429	15,784	[3,794-65,671]	<0,001	16	443	-----	-----	<0,001
	Pourcentage (%)	6,5	93,5				3,5	96,5			
Accouchées suivies en PN N= 483	Effective	02	481				00	483			
	Pourcentage (%)	0,4	99,6				00	100			

Chapitre IV : L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications des suites de couches

		Complications psychologiques				
		Dépression du post-partum				
		Oui	Non	RR	IC (95%)	PX ²
Accouchées non suivies en PN N= 459	Effective	55	404	1,867	[1,225-2,845]	0,003
	Pourcentage (%)	12	88			
Accouchées suivies en PN N= 483	Effective	31	452			
	Pourcentage (%)	6,4	93,6			

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°64 : L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications diagnostiquées chez l'accouchée du 9^{ème} au 42^{ème} jour du post-partum

L'étude croisée des complications déclarées chez les accouchées incluses dans cette étude entre le 9^{ème} et le 42^{ème} jour du post-partum et le suivi post-natal a montré qu'il existe une association significative entre l'apparition des complications suivantes et le non suivi post-natal : le retour de couches hémorragiques [RR=3,040, IC à 95% [2,000-4,620], <0,001] ; l'infection urinaire [RR=4,525, IC à 95% [2,301-8,897], <0,001] ; l'engorgement mammaire [RR=15,784, IC à 95% [3,794-65,671], <0,001] ; et la dépression du post-partum [RR=1,867, IC à 95% [1,225-2,845], 0,003]. Tandis que, la vérification de la signification de l'association de la lymphangite mammaire au non suivi post-natal n'a pas été possible. Vu que, aucun cas n'a été enregistré chez les accouchées suivies.

Chapitre V : Discussion des résultats

Chapitre V

I- Les variables associées la sous-utilisation des consultations post-natales par les accouchées :

Après l'étude de l'association existante entre toutes les variables de cette étude et l'évènement dépendant, les variables exprimant une association statistiquement significative ont été introduites dans une régression logistique binaire.

1- Les variables médicales :

L'accouchée deuxième part est 1,140 fois plus susceptible de ne pas consulter au cours de la période post-natale. Contredisant de ce fait, les résultats de plusieurs études ayant attesté l'association entre la multiparité et la sous-utilisation des services de santé maternelle, en l'occurrence, l'étude de Mbonye, l'étude de Friedma et al, l'étude de Rahman, l'étude de Dhaher et l'étude de Matijasevich et al. Selon ces études, la femme multipare fait le choix de ne pas se rendre aux structures de soins pour son accouchement et ses soins postnataux. Car, compte tenu de son expérience, elle considère la maternité en tant qu'un processus physiologique normal qui ne menace en rien sa vie.

L'accouchée ayant eu un accouchement eutocique est 1,967 fois plus susceptible de ne pas utiliser les consultations post-natales. Ces résultats sont différents de ceux retrouvés dans la littérature dans le cadre de l'étude de Dahkal, de l'étude de Matijasevich et al, de l'étude de Telfer, et de l'étude Adekunle, sur l'utilisation des services post-nataux par les accouchées. Ces travaux de recherches ont démontré que les femmes, déclarant une mauvaise qualité de prise en charge au moment de l'accouchement ou ayant souffert d'un accouchement dystocique ont été moins susceptibles de demander les soins postnataux.

2- Les variables sociodémographiques :

La régression logistique des caractéristiques sociodémographiques des accouchées a révélé qu'être plus âgée augmente le risque de sous-utiliser les consultations post-natales [1,084, [1,053-1,115]]. Ce résultat confirme les résultats de deux études. Celle de Dieye ayant trouvé que les femmes de plus de 34 ans recours moins aux soins obstétricaux. Ainsi que, celle de Sirpe ayant avancé que l'âge de la femme enceinte n'affecte pas la demande des soins obstétricaux car, aucune association statistiquement significative n'est trouvée entre ces deux variables.

L'accouchée de provenance urbaine est 8,796 fois plus susceptible de ne pas consulter en post-partum par rapport à l'accouchée de provenance rurale qu'est 4,105 fois plus susceptible

Discussion des résultats

de sous-utiliser ces consultations. Affirmant de ce fait, les résultats de plusieurs travaux dont l'étude de Samb et Sakho, sur les déterminants de l'utilisation des services de santé de la reproduction. Ces chercheurs ont montré que le milieu rural avec ses accès difficiles affecte négativement l'utilisation de ces services, et en corollaire leur état de santé.

Etant donné que la strate sociale a exprimé une association négative avec l'évènement dépendant. Cela indique que les accouchées les plus pauvres sont les plus susceptibles de sous-utiliser les consultations post-natales. Certifiant les résultats de l'étude d'Ashford, et de l'enquête réalisée par la Banque Mondiale dans 56 pays en développement. Selon ces travaux, l'accès aux soins de santé primaire et l'utilisation des services sanitaires augmentent fortement avec l'augmentation du niveau social du ménage.

La régression logistique a aussi montré que les niveaux d'études lycien et supérieur ne sont pas associés à la sous-utilisation des consultations post-natales. Néanmoins, cette régression a illustré que plus les niveaux d'étude de l'accouchée et de son mari diminuent plus le risque de faire partie des accouchées non suivies au cours de la période de post-partum augmente. Attestant les résultats de plusieurs travaux dont l'étude de Traore et al et de Baya ayant relaté que plus le niveau d'instruction des parents augmente plus la fréquence des consultations prénatales s'élève.

3- Les variables socioculturelles :

De même, la régression logistique des caractéristiques socio-culturelles des accouchées a montré que la croyance de l'entourage social à l'importance des consultations post-natales a une association négative avec le recours à la consultation post-natale (OR= 0,002). Plus cette croyance diminue plus le non recours aux consultations post-natales augmente. Confirment la recherche d'Adam et d'Herzlich, ayant travaillé sur le « modelage culturel » pour décrire l'influence du cadrage culturel sur la demande de soins. Pour ces chercheurs, l'entourage culturel oriente les perceptions en matière de la demande des prestations de soins.

La présence de l'influence de l'entourage social sur la sensation de la douleur et des malaises de la part de l'accouchée augmente plus que 22 fois le risque de ne pas consulter au cours du post-partum. De même, la présence de l'influence de l'entourage social sur la décision de l'accouchée à consulter en post-partum augmente plus que 39 fois le risque de sous-utiliser ces consultations. Corroborant les résultats de l'étude de Zaouaq et de l'étude de Bakaou, ayant attesté que le pouvoir de décision et le recours à l'utilisation de la consultation prénatale sont très liés, avec une p-value très significative $< 0,005$.

Discussion des résultats

L'autonomie de l'accouchée en prise de décision de consulter au prénatal a une association négative avec la sous-utilisation des consultations post-natales (OR= 0,040). Plus cette autonomie diminue plus le non recours aux consultations post-natales augmente. Affirmant, l'étude du Haut-commissariat au plan sur les conditions socio-économiques de la femme au Maroc, l'étude de Zaouaq, et l'étude de Bakouan. Ces études ont montré que le pouvoir de décision et le recours aux soins obstétricaux sont très liés. Ils ont trouvé qu'en comparaison avec les femmes qui ne disposent pas de ce pouvoir, les femmes, qui disposent de leur autonomie de décision, demandent plus les soins en cas de complications induits par la gestation,

Le mari comme personne influençant la décision de consulter au prénatal est associé négativement à la sous-utilisation des consultations post-natales (OR= 0,014). L'existence d'un mari qui ne donne pas à sa femme le libre arbitre pour se rendre aux consultations prénatales, augmente le risque que cette femme ne consulte pas durant la période post-natale. Dans la littérature, on trouve des études avançant que l'accès des femmes aux soins de santé reproductive est limité dans certaines circonstances. Car, la femme n'est pas la seule habilitée à prendre la décision de se rendre à la structure de soins. La décision du mari à ce sujet est prépondérante.

4- Les variables économiques :

L'analyse des caractéristiques économiques des accouchées a révélé que l'accouchée ayant un revenu global du ménage plus élevé est 3,672 fois plus susceptible de ne pas consulter que l'accouchée ne représentant pas ce profil. Contredisant les résultats de Schultz, et d'Izambert. En effet, selon ces études, les membres des ménages ayant un revenu faible n'accèdent pas aux services sanitaires contribuant à l'amélioration de leur état de santé.

Une accouchée faisant moins de dépenses au cours de la période périnatale a plus de risque de ne pas consulter au cours de la période post-natale (OR= 0,011) ; Certifiant les résultats de l'étude de Poder. Ce chercheur a exposé la relation qui existe entre la diminution de la capacité de production, la régression des dépenses en soins, et l'augmentation de la sous-demande des services sanitaire.

L'accouchée n'ayant pas de couverture médicale a plus de risque de ne pas consulter durant la période post-natale (OR= 0,354). Par ailleurs, selon les résultats de la régression logistique, la couverture médicale de type CNSS et CNOPS ne sont pas associées avec l'évènement dépendant. En outre, cette analyse statistique a montré que l'accouchée n'ayant pas le RAMED a plus de risque de ne pas consulter au cours de la période post-natale (OR= 0,150). Corroborant

Discussion des résultats

les résultats du rapport OMS/Europe sur les inégalités d'accès aux soins. Ce rapport a montré que dans les populations défavorisées il existe une corrélation entre la non disposition de la couverture médicale et les problèmes d'accès aux soins.

5- Les variables organisationnelles :

L'introduction des variables organisationnelles dans la régression logistique binaire a attesté que la durée d'attente de l'enquêtée, au niveau de la structure de soins, pour bénéficier d'une consultation prénatale est négativement associée à la sous-utilisation des consultations post-natales (OR= 0,526). Plus cette durée d'attente diminue plus le non recours de l'accouchée aux consultations post-natales augmente. Opposant les résultats de plusieurs études. Notamment, l'étude d'Ilboudo. Ce chercheur a soulevé que la qualité de soins défaillants marquée par la durée d'attente qui dépasse de loin le temps de la consultation elle-même pousse les femmes enceintes à se désintéresser des consultations prénatales.

En outre, l'appréciation de l'accouchée de cette durée d'attente est négativement associée à la sous-utilisation des consultations post-natales (OR= 0,444). Plus cette acceptation diminue plus la sous-utilisation des consultations post-natales augmente. Corroborant les avancés de l'étude de Lunjwire. Ce chercheur a trouvé que la durée d'attente acceptable pour bénéficier des soins est une variable motivant la population à recourir aux établissements de santé.

La disponibilité des prestataires de soins au moment de la consultation prénatale de l'accouchée est négativement associée à la sous-utilisation des consultations post-natales (OR= 0,192). Plus cette disponibilité diminue plus le non recours aux consultations post-natales augmente. Confirmant les résultats d'une étude socio anthropologique réalisée autour des connaissances, des attitudes et des pratiques des populations dans le domaine de la SMI. Cette étude a montré que les agents de santé à cause de leur défaillance provoquent la sous-utilisation des services sanitaires par la population.

La satisfaction de l'accouchée de la qualité des soins reçus en consultations prénatales (OR= 0,100) et de la qualité des soins reçus durant son hospitalisation aux suites de couches (OR= 0,010) sont négativement associées à la sous-utilisation des consultations post-natales. Plus l'une des deux satisfactions ou les deux diminuent plus le risque de ne pas consulter en post-partum augmente. Affirmant, les résultats de l'étude de Fourn et al sur l'utilisation des services de santé par les mères. Ces auteurs ont attesté que l'insatisfaction des mères à l'égard de la qualité des soins ultérieurement reçus constitue un des déterminants de leur sous-utilisation des services de soins.

Discussion des résultats

6- Les variables communicationnelles :

L'analyse statistique a attesté que la satisfaction de l'accouchée de la qualité des informations octroyées au post-partum précoce est négativement associée au non recours aux consultations post-natales (OR= 0,359). Plus cette satisfaction diminue plus le risque de ne pas consulter augmente. Ce qui confirme les avancés de l'étude de de Fourn et al et de l'étude d'Ababou. Ces auteurs ont mis en relation l'insatisfaction des patients et la sous-utilisation des services de soins. En effet, Ababou dans son étude sur la Vulnérabilité et les politiques sociales liées à l'accouchement en hôpital au Maroc, a montré que les besoins recherchés auprès des soignants ne sont pas uniquement relatifs à la guérison mais de satisfaction psychologique envers leurs états de santé.

L'information de l'accouchée sur les complications des suites de couches au cours de la dernière consultation prénatale (OR= 0,002), ainsi que, son information sur l'importance des consultations post-natales (OR= 0,058) sont négativement associées à la sous-utilisation des consultations post-natales. Plus l'une des deux ou les deux informations diminuent plus le recours à la consultation post-natale régresse. Corroborant les résultats de l'étude de Bakaouan, de l'étude de Bensaid, et de l'étude d'Quiddi. Dans son travail, Bakaouan a trouvé que les femmes qui ne sont pas venues à la première consultation prénatale ont eu de faibles connaissances sur le calendrier du suivi prénatal, ses avantages et les risques de la période prénatal. En outre, l'étude de Bensaid sur les déterminants de la faible utilisation des maisons d'accouchement a soulevé que l'absence d'un plan de communication à l'adresse des usagers des services de santé, met en jeu l'image et la crédibilité des professionnels de santé et induit la sous-utilisation des maisons d'accouchement. Quiddi, dans son travail de recherche sur les déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle dans la commune de Zerkten, Province d'Al Haouz, a montré que 40 % des femmes qui n'ont pas utilisé les services de post-partum ne savent pas leurs existences, ni leurs intérêts. De ce fait, il a recommandé de renforcer la communication autour des consultations post-natales, moyennant des séances éducatives, et ce, afin de changer les comportements des femmes vis-à-vis de l'utilisation des services de santé et de les encourager davantage à consulter durant la période post-natale

Le soutien psychologique de l'accouchée de la part des prestations des consultations prénatales est associé négativement avec la sous-utilisation des consultations post-natales (OR= 0,058). Une accouchée ne bénéficiant pas de ce soutien à plus le risque de ne pas consulter en post-partum. Affirmant les résultats de l'étude de Laplantine. Cet auteur a relaté dans son ouvrage que moyennant uniquement une communication adéquate, le médecin contribue à renforcer

Discussion des résultats

l'interprétation spontané du malade vis-à-vis sa situation, et l'encouragement à adhérer facilement aux protocoles de soins proposés et à respecter les rendez-vous nonobstant les entraves rencontrées. Confirmant, également, les avancés de Winnicott. Selon ce chercheur, dans leurs relations avec les patients, les médecins, et les infirmiers doivent dépasser l'aspect purement technique de leur travail et intégrer le soutien humanitaire. Car, les cliniciens qui n'arrivent pas à dépasser l'aspect purement technique de leur fonction, ils risquent de causer beaucoup de souffrance sans le savoir, et pousser le patient à abandonner le soin.

II- L'association de la sous-utilisation des complications post-natales à l'incidence des complications des suites de couches :

Selon les résultats de l'enquête réalisée dans le cadre de cette étude, il existe des associations entre la plupart des complications post-natales diagnostiquées chez les accouchées recrutées et leur non suivi post-natale. Pour étudier la signification de ces associations, chaque association a été appréciée à l'aide des valeurs de risques relatifs (RR) et de sa probabilité ($PX^2 < 0,05$), avec le calcul de l'intervalle de confiance à 95 % (IC 95 %). Avant de discuter les résultats trouvés à travers cette analyse statistique, il convient de lire l'incidence cumulative trouvée pour chaque pathologie.

1- L'incidence cumulative des complications enregistrées de la sortie de l'accouchée de l'hôpital au 9^{ème} jour du post-partum :

Pendant une période de 9 mois, les nouvelles accouchées non suivies entre la sortie de l'hôpital et le 9^{ème} jour du post-partum ont un risque d'avoir : une hémorragie génitale précoce dans 13,9% ; une endométrite dans 11,3% ; une pelvipéritonite dans 0,4% ; une infection urinaire dans 20% ; un engorgement mammaire dans 24% ; une lymphangite mammaire dans 10,5% ; un baby-blues dans 1,1%. Alors que, pendant une période de 9 mois, chez les accouchées suivies entre la sortie de l'hôpital et le 9^{ème} jour du post-partum il existe un risque de développer : une hémorragie génitale précoce dans de 9,49% ; une endométrite dans 5,52% ; une pelvipéritonite dans 0,21% ; une infection urinaire dans 11,25% ; un engorgement mammaire dans 13,7% ; une lymphangite mammaire dans 5,73% ; et un baby-blues dans 1,17%.

2- L'incidence cumulative des complications enregistrées chez les accouchées du 9^{ème} au 42^{ème} jour du post-partum :

Pendant une période de 9 mois, les nouvelles accouchées non suivies entre le 9^{ème} et le 42^{ème} jour du post-partum ont un risque d'avoir : un retour de couches hémorragiques dans 17% ; une infection urinaire dans 9,4% ; un engorgement mammaire dans 6,5% ; une lymphangite dans

Discussion des résultats

3,5% ; une mastite aigue dans 0,7% ; une dépression du post-partum dans 12% ; une psychose du post-partum dans 1,3%. Tandis que, pendant une période de 9 mois, chez les nouvelles accouchées suivies entre le 9^{ème} et le 42^{ème} jour du post-partum il existe un risque de développer : un retour de couches hémorragiques dans 11,15% ; une infection urinaire dans 5,63% ; un engorgement mammaire dans 3,4% ; une lymphangite dans 1,7% ; une mastite aigue dans 0,32% ; une dépression du post-partum dans 9,13% ; et une psychose du post-partum dans 1,38%.

3- L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications enregistrées chez les accouchées de la sortie de l'hôpital au 9^{ème} jour du post-partum :

Durant les 9 jours du post-partum, le risque d'avoir une hémorragie génitale précoce est plus important chez les accouchées non suivies que chez celles suivies. En effet, selon les résultats de cette étude une accouchée non suivie en post-partum a un risque d'avoir une hémorragie génitale précoce 4,209 fois plus élevé qu'une accouchée suivie en post-natale. La signification de cette association a été significative [$PX^2 < 0,001$; IC à 95% [2,471-7, 171]]. Confirmant les avancées de plusieurs études, notamment, l'étude de Depalle, de Maria et de Reyal. Ces auteurs ont trouvé qu'il existe une association entre la prévention de l'hémorragie du post-partum et la surveillance de la femme durant les suites de couches. Ils considèrent que toutes les accouchées doivent bénéficier d'une surveillance vigilante durant cette période.

Le risque d'avoir une endométrite n'a pas pu être vérifié car malgré la $P < 0,001$, l'analyse croisée des données n'a pas été possible, vu que, les accouchées suivies dans notre étude n'ont pas développé cette complication. Dans la littérature on trouve surtout des travaux de recherche attestant une association entre l'incidence de cette complication et le suivi prénatale et les conditions d'accouchement.

Dans notre étude La pelvipéritonite ($P= 0,147$), et le baby-blues ($P=0,827$) ne sont pas associés au suivi post-natal. L'étude de Masmoudi et al avait pourtant trouvé un lien entre l'utilisation des services post-natales et la prévalence de la complication Baby-blues.

Le risque d'avoir une infection urinaire est plus important chez les accouchées non suivies. Car, une accouchée non suivie en post-partum a un risque d'avoir une infection urinaire 6,915 fois plus élevé qu'une accouchée suivie en post-natal [$PX^2 < 0,001$; IC à 95% [3,999-11,956]]. Les études de Lajoso et al et d'Audouin avaient mis en relation la prévention des infections urinaires et leur complication et le recours aux soins.

Discussion des résultats

Le risque d'avoir un engorgement mammaire est plus grand chez les accouchées non suivies. Une accouchée non suivie en post-natal a un risque d'avoir un engorgement mammaire 6,092 fois plus élevé qu'une accouchée suivie en post-natal [PX² <0,001 ; IC à 95% [3,808-9,746]]. Certifiant l'étude de Gresh et al et l'étude Karaçam et al ayant trouvé que le recours aux consultations post-natales peut minimiser les informations contradictoires qu'une femme allaitante reçoit en matière de l'allaitement maternel et éviter l'engorgement mammaire.

Le risque d'avoir la lymphangite mammaire est plus important chez les accouchées non suivies. Une accouchée non suivie a un risque d'avoir une lymphangite mammaire 8,418 fois plus élevé qu'une accouchée suivie [PX² <0,001 ; IC à 95% [3,638-19,481]]. Affirmant les résultats de l'étude de Cole. Cette étude a trouvé que les accouchées, n'ayant pas reçu de consultations précoces sur l'allaitement, développent davantage de signes de fatigue et de colère qui aggraver l'engorgement mammaire à d'autres complications mammaires. Notamment, la lymphangite mammaire.

4- L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications enregistrées chez l'accouchée du 9^{ème} au 42^{ème} jour du post-partum :

Durant la période s'étalant entre le 9^{ème} et le 42^{ème} jour du post-partum, le risque d'avoir un retour de couches hémorragiques est plus grand chez les accouchées non suivies en post-partum. Une accouchée non suivie a un risque d'avoir un retour de couches hémorragiques 3,040 fois plus élevé qu'une accouchée suivie en post-partum. [PX² <0,001 ; IC à 95% [2,000-4,620]]. Corroborant les résultats de l'étude de Sema ayant trouvé que les hémorragies du post-partum peuvent être prévenues par la promotion des consultations post-natales.

Le risque d'avoir une infection urinaire, entre le 9^{ème} et le 42^{ème} jour du post-partum, est plus fort chez les accouchées non suivies. Une accouchée non suivie a un risque d'avoir une infection urinaire 4,525 fois plus élevé qu'une accouchée suivie [PX² <0,001 ; IC à 95% [2,301-8,897]]. Attestant les résultats de l'étude de Lajosó et al, et de l'étude d'Audouin.

Le risque d'avoir un engorgement mammaire, entre le 9^{ème} et le 42^{ème} jour du post-partum, est plus important chez les accouchées non suivies. Durant cette période post-natale, une accouchée non suivie a un risque d'avoir un engorgement mammaire 15,784 fois plus élevé qu'une accouchée suivie [PX² <0,001 ; IC à 95% [3,794-65,671]]. Attestant la littérature ayant avancé que l'engorgement mammaire est généralement associé à un manque d'information des mères en matière de la prévention de cette complication, ainsi qu'à l'absence des consultations précoces sur l'allaitement maternel.

Discussion des résultats

Le risque d'avoir une lymphangite mammaire entre le 9^{ème} et le 42^{ème} jour du post-partum n'a pas pu être vérifié car malgré la $P < 0,001$, l'analyse croisée des données n'a pas été possible, vu que, cette complication n'est pas enregistrée auprès des accouchées suivies.

Cette étude n'a pas trouvé d'association entre le suivi en post-partum et la mastite aiguë ($P=0,075$). En revanche, Merz et al dans leur travail intitulé infections du sein ont expliqué comment le retard de la prise en charge d'une complication mammaire simple est susceptible d'engendrer l'installation de la mastite aiguë.

Le risque d'avoir une dépression du post-partum est plus grand chez les accouchées non suivies. Une accouchée non suivie a un risque d'avoir une dépression du post-partum 1,867 fois plus élevé qu'une accouchée suivie en post-partum [$P < 0,003$; IC à 95% [1,225-2,845]]. Confirmant les avancées de plusieurs études ; dont l'étude de Peraudeau, et l'étude de Chabrol. Ces études ont expliqué que lors d'une consultation post-natale, le prestataire de soins peut faire une évaluation du physique de l'accouchée et en conséquence mettre en œuvre des prises en charge globales renfermant des actions psychoéducatives qui peuvent prévenir la survenue des dépressions post-natales.

5- La lecture des hypothèses de l'étude à la lumière des résultats :

Cette section propose la lecture des hypothèses à la lumière des résultats de l'enquête réalisée auprès des accouchées de la maternité Souissi de Rabat. Et ce, dans une vision de pouvoir les vérifier.

Ce travail a supposé que la sous-utilisation des consultations post-natales est sous l'influence des variables de différents types. La première partie de cette thèse a trouvé des associations positives ou négatives entre cette sous-utilisation est la majorité des cinq types de variables incluses dans ce travail. Notamment :

- La deuxième parité ($P=0,037$), et le déroulement de l'accouchement sans complication ($P=0,002$), comme, variables médicales ;
- L'âge de l'accouchée ($P < 0,001$), sa provenance ($P < 0,001$), sa strate sociale pauvre ou entre pauvre et moyenne ($P < 0,001$), son niveau d'étude, et le niveau d'étude de son mari, en tant que, variables sociodémographiques ;
- La croyance de l'entourage social de l'accouchée à l'importance des consultations post-natales ($P < 0,001$), l'influence de cet entourage sur sa sensation de la douleur et des malaises ($P < 0,001$), ainsi que, sur sa décision de consulter en post-partum ($P < 0,001$), son autonomie en prise de décision de consulter en prénatal, et le mari comme personne influençant cette décision de consulter ($P < 0,001$), comme, variables socioculturelles ;

Discussion des résultats

➤ Le revenu global du ménage de l'accouchée ($P < 0,001$), la réalisation des dépenses en soins au cours de la période périnatale ($P < 0,001$), la disposition d'une couverture médicale ($P < 0,001$), et le RAMED ($P = 0,007$), en tant que, variables économiques ;

➤ La durée d'attente pour bénéficier d'une consultation prénatale ($P < 0,001$), l'acceptation de cette durée d'attente par l'accouchée ($P < 0,001$), la disponibilité des prestataires des consultations prénatales ($P < 0,001$), la satisfaction de l'accouchée de la qualité des soins reçus en consultations prénatales ($P < 0,001$), ainsi que, des soins reçus durant l'hospitalisation en suites de couches ($P < 0,001$), en tant que, variables organisationnelles ;

➤ La satisfaction de l'accouchée de la qualité des informations reçues en post-partum précoce ($P < 0,001$), son information sur les complications des suites de couches au cours de la dernière consultation prénatale ($P < 0,001$), ainsi que, sur l'importance des consultations post-natales ($P < 0,001$), et son soutien psychologique de la part des prestataires des consultations prénatales ($P < 0,001$), comme, variables communicationnelles.

La deuxième hypothèse de cette thèse a avancé que les incidences cumulatives des complications post-natales augmentent avec le non suivi des accouchées au cours de la période post-natale. Cette hypothèse est retenue pour la plupart des complications diagnostiquées durant la période de l'étude chez les deux groupes d'accouchées. En effet, à travers la comparaison des incidences cumulatives de ces complications, il a été déduit que sur une période de 9 mois, entre la sortie de l'hôpital et le 9^{ème} jour du post-partum, les nouvelles accouchées non suivies ont le risque d'avoir : une hémorragie génitale précoce dans 13,9% (vs 9,49% chez les accouchées suivies) ; une endométrite dans 11,3% (vs 5,52% chez les accouchées suivies) ; une pelvipéritonite dans 0,4% (vs 0,21% chez les accouchées suivies) ; une infection urinaire dans 20% (vs 11,25% chez les accouchées suivies) ; un engorgement mammaire dans 24% (vs 13,7% chez les accouchées suivies) ; et une lymphangite mammaire dans 10,5% (vs 5,73% chez les accouchées suivies). En outre, il a été déduit que pendant une période de 9 mois, entre le 9^{ème} et le 42^{ème} jour du post-partum, les nouvelles accouchées non suivies ont le risque d'avoir : un retour de couches hémorragiques dans 17% (vs 11,15%) ; une infection urinaire dans 9,4% (vs 5,63%) ; un engorgement mammaire dans 6,5% (vs 3,4%) ; une lymphangite dans 3,5% (vs 1,7%) ; une mastite aigue dans 0,7% (vs 0,32%) ; et une dépression du post-partum dans 12% (vs 9,13%).

En revanche, pour le baby-blues et la psychose du post-partum, cette hypothèse a été rejetée. Car, les incidences cumulatives de ces complications chez accouchées suivies ont été légèrement supérieures à leurs incidences cumulatives chez les accouchées non suivies, à

Discussion des résultats

savoir ; respectivement (1,17% vs 1,1%) pour le baby blues ; et (1,38% vs 1,3%) pour la psychose du post-partum.

La troisième hypothèse de cette thèse a supposé que les complications post-natales sont associées à la sous-utilisation des consultations du post-partum. Cette hypothèse est confirmée pour la plupart des complications post-natales enregistrées dans cette étude. En effet, la comparaison des complications chez les accouchées suivies et celles non suivies en post-partum a montré qu'entre la sortie de l'hôpital et le 9^{ème} jour du post-partum, l'hémorragie génitale précoce [RR=4,209, IC à 95% [2,471-7, 171], <0,001] ; l'infection urinaire [RR=6,915, IC à 95% [3,999-11,956], <0,001] ; l'engorgement mammaire [RR=6,092, IC à 95% [3,808-9,746], <0,001] ; et la lymphangite mammaire [RR=8,418, IC à 95% [3,638-19,481], <0,001] sont significativement associés au non suivi post-natal. En outre, cette comparaison a révélé que les complications enregistrées chez les accouchées entre le 9^{ème} et le 42^{ème} jour du post-partum, à savoir ; le retour de couches hémorragiques [RR=3,040, IC à 95% [2,000-4,620], <0,001] ; l'infection urinaire [RR=4,525, IC à 95% [2,301-8,897], <0,001] ; l'engorgement mammaire [RR=15,784, IC à 95% [3,794-65,671], <0,001] ; et la dépression du post-partum [RR=1,867, IC à 95% [1,225-2,845], 0,003] sont significativement associés au non suivi post-natal.

Au contraire, cette hypothèse est rejetée dans le cas de la pelvipéritonite (P=0,147), de la mastite aigue (P=0,075), du baby-blues (P=0,827), et de la psychose du post-partum (P=0,852). Tandis que, la vérification de la signification des associations de l'endométrite et de lymphangite mammaire au non suivi post-natal n'a pas été possible. Car, aucun cas de ces pathologies n'a pas été enregistré dans le groupe des accouchées suivies.

Recommandations et perspectives

Recommandations et perspectives

A la lumière de l'analyse et de la discussion des résultats de la présente étude, il s'est avéré que plusieurs variables sont associées à la sous-utilisation des consultations post-natales, ce qui induit des complications post-natales avec des incidences cumulatives différentes. De ce fait, il est important de proposer des suggestions dont l'application est susceptible de promouvoir l'utilisation de ces consultations, et en corollaire participer à la réduction de la morbidité post-natale,

Dans cette optique, cette étude propose ce qui suit :

La promotion des actions intersectorielles :

- Impliquer les autres secteurs dans l'élaboration des politiques de santé, tels que ; le ministère d'intérieur ; le ministère d'équipement ; le ministère de la famille de la solidarité de l'égalité et du développement Social ; le ministère d'éducation nationale, et le ministre du travail et de l'insertion professionnelle ;
- Adoption d'une approche holistique qui implique divers acteurs gouvernementaux, et non gouvernementaux, chacun selon ses responsabilités ;
- Intégrer des aspects sociaux dans les stratégies de réduction de la mortalité et la morbidité maternelle ;
- Mettre en place des mesures favorisant la coordination interministérielle efficace en matière de la santé maternelle. Afin s'assurer la synergie, la complémentarité et le continuum des actions menées ;
- Introduire l'objectif de la lutte contre les inégalités sociales de la santé maternelle dans les différentes politiques publiques ;
- Former les acteurs clés pour qu'ils intègrent le modèle des inégalités sociales de la santé maternelle dans leurs décisions et leurs pratiques. Ceci au niveau multisectoriel. Car, il est important qu'il y a une unanimité de langage entres eux, qu'ils ont les mêmes actions sous les mêmes termes et les mêmes principes. Mais, cela suppose également, qu'ils utilisent des outils adoptés aux logiques d'action de chaque secteur ;
- Impliquer la société civile, les instances internationales et des ONG, dans la conception et la concrétisation des politiques publiques sociales.

Recommandation et perspectives

L'évaluation des programmes socio-économiques :

➤ Faire un benchmark des expériences de la réduction des inégalités sociales de la santé dans d'autres pays. En effet, les expériences mises en œuvre dans d'autres contextes sont susceptibles de fournir des éléments intéressants pour modifier de façon concrète les choix de politiques publiques qui agissent sur les déterminants socio-économiques de la santé maternelle. De surcroît, l'évaluation de certains programmes est susceptible de mettre en avant des pistes d'action.

L'amélioration des conditions de vie des ménages

- Améliorer les conditions de vie quotidiennes, par la promotion du bien-être des filles et des femmes ;
- Promouvoir l'éducation des jeunes filles ;
- Lutter contre les inégalités dans la répartition des revenus et des ressources.

La réduction de la disparité sanitaire entre régions

- Réviser la carte sanitaire éditée par le ministère de la santé marocain ;
- Promouvoir l'équité en santé entre zones urbaines et zones rurales par un investissement dans le développement rural ;
- Répartir équitablement les ressources humaines (les sages-femmes, et les gynécologues,) entre milieu rural et milieu urbain ;
- Améliorer les systèmes d'information pour avoir des chiffres clairs qui représentent la situation du suivi post-natal au Maroc.

L'amélioration des prestations de soins

- Garantir l'équité de l'accès aux services sanitaires et aux services de consultations pré et post-natales ;
- Renforcer les compétences des personnels de santé en termes communicationnelle ;
- Former les sages-femmes et les gynécologues en matière de déterminants socio-économiques de la santé ;
- Renforcer les équipes de soins au niveau des différentes structures de la prise en charge maternelle, afin d'assurer la qualité de soins ;
- Améliorer la prise en charge des femmes enceintes au niveau des différentes structures de soins ;

Recommandation et perspectives

- Renforcer les programmes de sensibilisation des femmes enceintes en mettant l'accent sur l'importance des consultations post-natales, le calendrier de ces consultations et les complications post-natales ;
- Sensibiliser les professionnelles de santé des maternités sur l'importance d'informer les accouchées au sujet des complications des suites de couches et des consultations post-natales ;
- Impliquer les agents communautaires et la société civile, afin de promouvoir les consultations post-natales dans la société ;
- Planifier les consultations pré et post-natales, afin de réduire la durée d'attente de la femme enceinte au niveau des structures de soins.

La réalisation des études de causalité sur les complications post-natales

- Mettre les connaissances et la recherche au service de l'action, par le biais de la réalisation d'autres études sur la période post-natale et ses complications, afin de mieux cerner cette thématique, de retirer les enseignements susceptibles de jouer un rôle dans l'amélioration de la situation sanitaire des accouchées.
- Mettre en avant une stratégie nationale, multisectorielle, de recherche sur la question de la santé maternelle.

Forces et limites de l'étude

Forces et limites de l'étude

Forces et limites de l'étude :

A l'instar de toute recherche scientifique ce travail est caractérisé par des points forts, comme il a rencontré des entraves.

1- Force de l'étude :

Les forces de l'étude sont comme suit :

- a) Cette étude est la première de son genre au niveau de la Maternité Souissi de Rabat ;
- b) La taille de la population incluse permet l'extrapolation des résultats à l'échelle nationale ;
- c) Le taux des accouchées perdues de vue a été d'uniquement 2,87% ;
- d) Le taux des questionnaires remplis à 100% est de 93,36% ;
- e) Le calcul de l'incidence cumulative de chaque complication post-natale a été possible ;
- f) L'étude de plusieurs maladies par rapport à la sous-utilisation des consultations post-natales a été possible.

2- Limite de l'étude :

Nonobstant les forces suscitées, cette étude a connu un certain nombre de limites, à savoir :

- a) L'utilisation d'une seule méthode de collecte de données, à savoir ; le questionnaire ;
- b) Le manque d'informations sur les dossiers médicaux des parturientes incluses dans l'étude ;
- c) Réticence des accouchées envers cette recherche en avançant des raisons personnelles avec 3,77% ;
- d) Malgré les efforts fournis dans l'analyse des résultats, des biais d'interprétation peuvent surgir.

Conclusion

Conclusion

Conclusion

Le système sanitaire est entouré d'un ensemble de variables qui l'influencent et déterminent sa qualité.³⁰⁸ Devant le risques accrus de ces différentes variables, une panoplie de recherches les a élucidés, afin de comprendre leurs associations à la sous-utilisation des services de santé, et de déterminer à quel degré cette sous-utilisation augmente les incidences des différentes pathologies. Dans ce cadre, plusieurs travaux ont mis en exergue des résultats probants sur lesquels cette thèse s'est basée pour étudier la sous-utilisation des consultations post-natales et ses associations aux complications diagnostiquées durant la période du post-partum.

Sur la base de ce socle théorique, une enquête a concerné 942 parturientes admises à la maternité Souissi de Rabat. Pour trouver des résultats qui réaffirment ou contredisent les constats de la littérature. Des résultats illustrant l'importance de promouvoir les consultations post-natales, tout en prenant ces variables en considération, lors de la prise en charge des femmes enceintes au niveau des différentes structures sanitaires.

En effet, cette étude a montré que la sous-utilisation des consultations post-natales est sous l'influence de variables de différentes catégories ; médicales ; sociodémographiques ; socioculturelles ; économiques ; organisationnelles ; et communicationnelles. De surcroît, elle a étalé que cette sous-utilisation induit l'augmentation de l'incidence cumulative de la plupart des complications post-natales, et expose les accouchées non suivies à un risque de complications élevé en comparaison aux accouchées suivies régulièrement en post-partum.

Cette thèse atteste qu'il est judicieux de mener d'autres études de causalité au sujet des complications post-natales et de la sous-utilisation des consultations post-natales, afin de participer davantage à la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles au Maroc.

³⁰⁸ Ross, N-A., Wolfson, M-C., Dunn, J-R., Berthelot, J-M., Kaplan, G-A., Lynch, J-W., Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States, *British Medical Journal*, 2000, pp: 898-902.

Références bibliographiques

Références bibliographiques

Références bibliographiques

- Ababou, M. Sociologie de la Santé : approche théorique, Sipama, 2015, 110 pg.
- Abintegenke, I., Facteurs déterminants la faible utilisation des services des soins curatifs dans la zone de santé de Karisimbi, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Goma - Licence en santé publique 2011, 59pg.
- Adam, Ph., Herzlich, C., Sociologie de la maladie et de la médecine, Armand Colin, 2013, p : 5.
- Adekunle, LV., Problems and Progress of Obstetric Care in Nigeria: Home or Hospital Delivery? Views from a Rural Community, Trop J Obstet Gynaecol, 2002, vol.19, n°2, pp.82-85.
- Aflak, N., Hémorragies de la délivrance, extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique, Tome XXII, Collège National des gynécologues et obstétriciens Français, Paris, 1998, p : 277.
- Agence de presse africaine, Maroc : Réduction de 35 % du taux de mortalité maternelle, Mai 2017. <http://mobile.apanews.net/fr/news/maroc-reduction-de-35-du-taux-de-mortalite>.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, Allaitement Maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant, Rapport, 2002, p : 17-163.
- Aïach, P., Femmes et hommes dans le champ de la santé, approche sociologique, 2001.
- Aïach, P., Les inégalités sociales de santé, Economica, Collection : Sociologiques, 2010, 280pg.
- Andra, H., James, M-D., The natural history of pelvis vein thrombosis: the natural history of involution ?, American Journal of Obstetrics and Gynecology, Vol. 206, Issue.4, pp. 276-277.
- Ashford, L., et coll, Santé de la reproduction : Politiques et pratiques, Etude de cas : Brésil, Inde, Maroc et Ouganda, 1999, 32pg.
- Ashford, L., L'écart de santé entre les riches et les pauvres, Données sur les femmes et les enfants de 53 pays en développement, Washington, DC : Population Reference Bureau, 2004.
- Audouin, M., Infections urinaires basses et pyélonéphrites chez la femme enceinte, mt Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie, Vol .17, n°1, 2015, pp. 30-37
- Auger, N, Income Distribution, and Health in Canada, Canadian Journal Of Public Health, Vol 97, Supp 3, 2009, pp: 16-23. in Raphael, D., Social Determinants of Health: Canadian Perspectives, 2ème édition, Toronto: Canadian Scholars' Press Incorporated, 2009.
- Bakouan, E., Déterminants de la faible proportion des femmes enceintes vues en première consultation prénatale au premier trimestre de grossesse dans le district sanitaire de Tenkodogo, Mémoire à l'Ecole Nationale de santé publique de Burkina Faso, 2011, 79 pg.
- Banerjee, A., Duflo, E., the economic lives of the poor, Journal of Economic Perspectives, Vol 21, 2007, 56pg.
- Barbat-Bussièrre, S., L'offre de soins en milieu rural : l'exemple d'une recherche appliquée en Auvergne, Clermont-Ferrand, Presses Universitaires Blaise Pascal, Collection CERAMAC, 2009, 488 pg.
- Barkat, A., Post-partum précoce normal et pathologique : Rôle du pédiatre en maternité, Ecole nationale de santé publique, 2015, 66pg.
- Barkat. A., Sociologie de la santé : Analyse sociologique de la mortalité due à l'asphyxie néonatale, Doctorat en sociologie, Faculté de Lettre et des Sciences Humaines d'Ain Chock, 2019, p : 250.
- Barlow, P., Ceysens, G., Emonts, P, Liliane, G., Haumont, D., Hernandez, A., Hubinont, C., Jadin, Ph., Guide du postpartum, L'office de la naissance et de l'enfance, Groupement des Gynécologues de Langue Française de Belgique Paris, 20016, 705pg.

Références bibliographiques

- Barry, B., Mortalité maternelle : cause et facteurs favorisant déterminés par l'autopsie verbale dans le département de Bakel, Université cheikh Anta Diop de Dakar, 2008, 90pg.
- Bartlett, Linda A., et al., 'Where Giving Birth is a Forecast of Death: Maternal mortality in four districts of Afghanistan, 1999–2002', *The Lancet*, vol. 365, no. 9462, 5–11 mars 2005, pp. 864–870.
- Bates, S-M., Greer, I-A., Middeldorp, S., Veenstra, D-L., Prabalos, A-M., Vandvik, P-O., VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines, Chest. Vol.141, suppl 2, 2012 pp.691S-736S.
- Baya, B., Instruction des parents et survie de l'enfant au Burkina Faso : cas de Bobo-Dioulasso, Les Dossiers du CEPED, n° 48, Paris : Centre français sur la Population et le Développement, 1998, p : 12.
- Bennouna, SI., Prévalence du portage génital du streptocoque b chez la femme enceinte au chu Hassan ii de Fès : étude prospective, Doctorat en médecine, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de Médecine et de Pharmacie Fès, 2010, p : 44.
- Bensaid, D., Etude des déterminants de la faible utilisation des maisons d'accouchement au Maroc, Organisation Mondiale de la Santé, 2010, 84pg.
- Bilali, C., Etude des suites de couches post-césarienne au centre de santé de référence de la commune IV du district de Bamako, Thèse de Médecine, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie, Université de Bamako, Mali, 2009, pp. 86-87.
- Black, D., Inequalities in health: The Black report. The health divide, London, Penguin, 1988, p: 231.
- Body, G., Darai, E., Luton, D., Marès, P., Gynécologie Obstétrique, Elsevier Masson, 3^{ème} édition, 2015, 593pg.
- Bohnen, J., Boulanger, M., Meakins, J-L., McLean, A-P., Prognosis in generalized peritonitis: relation to cause and risk factors. *Arch Surg, PubMed*, Vol. 118, n°3, 1983, pp.285–290.
- Bonnet, P., Le concept d'accessibilité et d'accès aux soins : étude bibliographique sur l'accessibilité et le problème de l'accès aux soins, aux services de santé. Place particulière des concepts en géographie et en économie de la santé, Université Paul Valéry, Montpellier 3, Dossier de DEA GEOS, 2002, p : 3-12.
- Borders, N., After the afterbirth: a critical review of postpartum health relative to method of delivery, *J Midwifery Womens Health*, 2006, vol.51 pp. 242-248.
- Bouvier-Colle, M-H., Ouedraogo, C., Dumont, A., Vangeenderhuysen, C., Salanave, B., Decam, C., Moma group, Maternal mortality in west Africa, Restes, causes and substandard care from a prospective survey, *PubMed, Acta Obstet Gyneco Scand*, Vol. 80, n°2, 2001, pp. 113-119.
- Boyer-Neumann, C., « Hémostase physiologique de la grossesse », *Revue francophone des laboratoires*, Février 2012, N° 439bis, p : 7.
- Brahmbhatt, Heena, et al., Association of HIV and Malaria with Mother-to-Child Transmission, Birth Outcomes, and Child Mortality, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, vol. 47, no. 4, 2008, p : 475.
- Buthod, D., Malloizel, J., Monreal, M., Bura-Rivière, A., Maladie thrombo-embolique veineuse chez la femme enceinte et en post-partum : résultats du registre RIETE, *Journal des maladies vasculaires*, Vol. 35, n°5, 2010, pp. 309-310.
- Callahan, S., Un soutien psychologique pour les femmes qui allaitent : quels apports pour quels intérêts ?, *Spirale*, vol. 27, n°3, 2003, pp. 121-132.
- Callahan, S., Danel, M., Teisseyre, N., Walburg, V., Pierre, A., Azema, E., Lecoq, S., Bjornstad, C., Dusart, A., Sejourne, N-C., Denis, A., Grieco-grimault, C., Mausburgala, H., Duffaut, M., La thérapie comportementale et cognitive appliquée à l'allaitement, deuxième partie :

Références bibliographiques

- Résultats préliminaires d'une intervention auprès des femmes qui souhaitent allaiter, *Journal des thérapies comportementale et cognitive*, Vol. 13, n°3, 2003, pp.133-137.
- Chabrol, B., Prévention et traitement des dépressions du post-partum : une étude contrôlée, *Devenir*, Vol. 15, 2003, pp. 5-25.
- Chabrol, H., Coroner, N., Rusibane, S., Séjourné, N., Prévention du blues du post-partum : étude pilote, *Gynecol Obstet Fertil*, Vol.35, 2007, pp.1242–1244.
- Chauvel, L., *Le Destin des générations. Structure sociale et cohortes en France au XX^e siècle*, Paris, 2002.
- Chen, C., Luo, L-B, Gao, D., Qu, R., Guo, Y-M., Huo, J-L., Su, Y-Y., Surgical drainage of lactational breast abscess with ultrasound-guided Encor vacuum-assisted breast biopsy system, *The Breast Journal*, Vol. 25, n°5, 2019, pp. 889-897.
- Clément, E., Demonque, C., Hansen-Love, L., Kahn, P., *La philosophie de A à Z*, Hatier, 2011.
- Cole, M., Lactation after perinatal, neonatal, or infant loss, *Clinical Lactation*, Vol.3, n°3, 2012, pp.94–100.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, *Recommandations pour la pratique clinique : Post-partum, Rapport*, Paris, p : 729.
- Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, *Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique*, *Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction*, Vol. 1, n° 39, suppl. 2, 2010, pp. 171-183.
- Conseil Economique, Social et Environnemental, *Les soins de santé de base Vers un accès équitable et généralisé, Rapport, Saisine n° 4*, 2013, 78 pg.
- Cornec, A., *Étude prospective sur la prise en charge des infections urinaires à entérobactéries productrices de bêta-lactamases à spectre élargi par les médecins généralistes libéraux*, Doctorat en médecine, Université de Bretagne occidentale – Brest, Faculté de Médecine & des Sciences de la Santé, 2014, pp.31-32.
- Coutu-Wakulczyk, G., *Pour des soins culturellement compétents : le Modèle transculturel de Purnell*, *Méthodologie*, n°72, Mars 2003, pp. 34-47.
- Demott, K., *Post-natal care: Routine post-natal care of women and their babies*, *The National Collaborating Centre for Primary Care*, 2006, p: 9
- Depalle, A., *Evaluation de la préparation au retour à domicile des accouchées au CHU de Clermont-Ferrand*, Mémoire de fin d'étude, Faculté de médecine, Université d'Auvergne, 2012, p :2.
- Dhaher, E., Mikolajczyk, R., Maxwell, A-E., Krämer, A., *Factors associated with lack of postnatal care among Palestinian women: A cross-sectional study of three clinics in the West Bank*, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2008, vol. 8, n°26, pp. 1-9.
- Dhakal, S., Chapman, G-N., Simkhada, P-P., Teijlingen, E-R., Stephens, J., Raja, A., *Utilisation of postnatal care among rural women in Nepal*, *BMC Pregnancy and Childbirth*, 2007, Vol. 7, n°19, pp. 1-9.
- Diarra, FL., *Etude de l'anesthésie dans les césariennes en urgence de l'hôpital Gabriel Touré*, Thèse de médecine, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie, Université de Bamako, Mali, 2001, 70pg.
- Dictionnaire Larousse, *les Contemporains classiques de Demain*, Paris, 2013, p : 124.
- Dictionnaire de politique, <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Education.htm>, consulté le 20/12/2018.
- Dieye, El., *Etude des facteurs déterminant le retard de la première consultation prénatale au niveau du district sanitaire de Richard-Toll, Sénégal*, Mémoire Santé Publique, Épidémiologie, Bio statistique et Informatique, Dakar,2003, n°11-1-08, p : 35.
- Direction de la Maternité Souissi de Rabat, *service de SSI, Rapport annuel*, 2018.
- Direction de la Statistique, *Caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population d'après le RPGH de 1994. Niveau national*, Rabat, 1996.

Références bibliographiques

- Dougas, M., Donner aux populations vulnérables de l'Afrique subsaharienne un accès aux soins obstétricaux : stratégie avancée de consultations prénatales, *Médecine tropicale*, 2011 Vol. 71, pp. 526- 528.
- Doux, E., Traitement des crevasses : étude comparative entre le pansement de lait maternel et la lanoline purifiée, *Mémoire de fin d'étude, Diplôme de Sage-femme, Université Bordeaux Segalen, Ecole de Sages-femmes*, 2012, p : 45.
- El Hamdani, FZ., Vimard; P., Baali, A., Zouini, M., Cherkaoui, M., Prenatal care in the city of Marrakech, *Med Santé Trop.* 2013, vol. 23 n°2, pp. 162-167.
- El Hassani, M-E., Babahabib, A., Kouach, J., Kassidi, F., El Houari, Y., Moussaoui, D., Dehayni, M., Pseudo tumor pelvic actinomycosis associated with intrauterine device: report of three cases, *The Pan African Medical Journal*, Vol. 19, 2014, p: 2.
- Erdmann, A., Alatri, A., P. Engelberger, R., Depairon, M., Calanca, L., Mazzolai, L., Quelle prise en charge pour une suspicion de thrombose veineuse profonde des membres inférieurs?, *Revue, Médicale Suisse*, Vol. 11, n°460, 2015, pp. 337-341.
- Faye, A., Faye, M., Bâ, IO., Ndiaye, P., Tal-Dia, A., Facteurs déterminant le lieu d'accouchement chez des femmes ayant bénéficié au moins d'une consultation prénatale dans une structure sanitaire (Sénégal). *Rev Dépidémiologie Santé Publique*, 2010, Vol.58, n°5, pp. 323-329.
- Fetherston, C., Mastitis in lactating women: pathology or physiology ?, *Breastfeeding Review*, Vol.9, n°1, pp. 5-12.
- Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, La situation des enfants dans le monde : la santé maternelle et néonatale, 2009, p :7-18.
- Fortin, M-F, Le processus de recherche : de la conception à la réalisation. Québec : Décartie Editeur Inc, 1996.
- Fourn, L., Sakou, G., Zohoun. Th., Utilisation des services de santé par les mères des enfants fébriles au sud du Bénin, *Santé Publique*, vol. 13, no. 2, 2001, pp. 161-168.
- Foutain, D., Courtejoie, J., Infirmier comment bâtir la santé : manuel de santé communautaire, Kangu-Mayumbe : Bureau d'études et de recherche pour la promotion de la santé, 2006, pp. 16-41.
- Foxman, B., Schwartz, K., Looman, SJ., Breastfeeding practices and lactation mastitis, *Soc Sci Med*, Vol.38, 1994, pp.755-61.
- Franke, S., « la consultation post-natale un créneau à prendre », mémoire pour l'obtention du diplôme de sage-femme, Université Henri Poincaré, Nancy I, École de Sages-femmes de Metz, 2009, 80pg.
- Friedl, J., Mechanisms of interaction between Education and Health: Discussion, *Health Policy and Education*, vol. 3, 1982, pp: 101-104.
- Friedman, SH., Heneghan, A., Rosenthal, M., Characteristics of women who do not seek prenatal care and implications for prevention, *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*, 2009, vol.38, n°2, pp. 174-181.
- Gallo-Vallejo, J-L., Naveiro-Fuentes, M., Puertas-Prieto, A., Gallo-Vallejo, F-J., Venous Thromboembolism prevention in pregnancy and the postpartum period in primary and specialized care, *Semergen, Pubmed*, Vol. 43, n°6, 2017, pp. 450-456.
- Goldenberg, R-L., Job, A-H., Prospects for research in reproductive health and birth outcomes, *Journal American Medical Association*, vol 285(5), pp. 633-639. February 7, 2001.
- Gresh, A., Robinson, K., Thornton, C-P., Plesko, C., Caring for Women Experiencing Breast Engorgement: A case report, *J Midwifery Womens Health, Amecican College of Nurse Midwives*, 2019, pp.1-6.
- Hajji, N., Stratégie Nationale de Réduction de la Mortalité et de la Morbidité Maternelles et Néonatales, ministère de la santé, 2002, p : 8-30

Références bibliographiques

- Haut-commissariat au plan, Conditions socio-économiques de la femme au Maroc. Enquête Nationale sur le Budget Temps des Femmes (1997/98). Rapport de synthèse : vol. 1, 152 p. et vol. 2, 1999, p : 198.
- Haut-commissariat au Plan, caractéristiques socio-économiques et démographiques de la population de la région de rabat-sale-Zemmour-Zaer, 2004, 108pg.
- Haut-Commissariat au Plan, Les cahiers du plan, n°14, Centre National de documentation, Août-septembre 2007, Rabat.
- Haute autorité de santé française, « Recommandations professionnelles : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », 2016, 39pg.
- Helmuth, L., « La honteuse histoire de la mortalité maternelle », Slate magazine, Octobre 2013.
- Henshaw, C., Foreman, D., Cox, J., Postnatal blues: a risk factor for postnatal depression, J Psychosom Obst Gyn, Vol. 25, n°3, 2004, pp. 267-272.
- High Tech - Sciences humaines, http://www.overblog.com/Plan_de_cohesion_sociale_quels_en_sont_les_acteurs-1095203942-art412671.html, Consulté le 20/12/2018.
- Hillenbrand, K-M, Larsen P-G., Effect of an educational intervention about breastfeeding on the knowledge, confidence, and behaviors of pediatric resident physicians, Pediatrics, vol.110, n°5, 2002, p: 59.
- Hopkins, J-A., Lee, J-C., Wilson, S-E., Susceptibility of intra-abdominal isolates at operation: a predictor of postoperative infection. Am Surg, Vol.59, n°12,1993, pp791-796
- Iboudo, Z.A., Analyse de la pratique des soins prénatals dans les centres de SMI en milieu rural, Ouagadougou, 1996, p : 55.
- Inch, S., Breastfeeding problems: prevention and management, Community Practitioner, The Journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association, Vol. 79, n°5, 2006, pp. 165-167.
- Institut Canadien pour la Sécurité des Patients Ressource d'amélioration pour les préjudices à l'hôpital : La septicémie, Rapport, 2016, pp.7-8.
- Institut National de Statistique et de la Démographie : Enquête Démographique et de Santé, Ouagadougou, 2003, pp : 117-143.
- Institut National d'Etude Démographique, Mortalité Maternelle dans le monde, paris, 2015.
- Institut national de la statistique et des études économiques, Définitions des concepts, Les Dossiers de Profils n°75, 2004, p : 71.
- Institut national de statistique et des études économiques, Pauvreté et conditions de vie : un éclairage sur le logement et la santé, Paris, Dossiers de Profils, n°82 - Juin 2006, ISBN 2-1105-2312-3, pp. 37-44.
- Izambert, C., 30 ans de régressions dans l'accès aux soins, Plein droit, vol. 86, no. 3, 2010, pp. 5-9.
- James, A-H., Tapson, V-F., Goldhaber, S-Z., Thrombosis during pregnancy and the postpartum period. Am J Obstet Gynecol, Vol.193, 2005, pp. 216-9.
- Jung, C-G., Essai d'exploration de l'inconscient, Folio essais, 2015, 181pg.
- Kahn, S-R., Comerota, A-J., Cushman, M., The postthrombotic syndrome : Evidence-based prevention, diagnosis, and treatment strategies : A scientific statement from the american heart association, Circulation, Vol. 130, n°18, 2014, pp. 1636-1661.
- Karaçam, Z., Sağlik, M., Breastfeeding problems and interventions performed on problems: systematic review based on studies made in Turkey, Turk Pediatri Ars, Vol. 53, n°3, 2018, pp. 134-148.
- Kassegne, I., Kanassoua, K-K., Sewa, E-V., Tchangai, B., Sambiani, D-M., Ayite, A-E., Dosseh, E-D., Prise en charge des péritonites aiguës généralisées au Centre hospitalier Universitaire de Kara, Revue Africaine d'Anesthésiologie et de médecine d'Urgence, Tome 18, n°2, 2013, pp. 115-121.

Références bibliographiques

- Katonga, V-K., causes de la faible utilisation de service de consultation préscolaire en milieu urbain : cas de la zone de santé de Kamalondo en RDC, Mémoire pour l'obtention d'un diplôme d'études approfondies en santé publique, 2009.
- Kaufmann, J-C., Le cœur à l'ouvrage. Théorie de l'action ménagère, Armand Colin, 2015, 304pg.
- Khalil, H., Avruch, L., Olivier, A., Walker, M., Rodger, M., The natural history of pelvic vein thrombosis on magnetic resonance venography after vaginal delivery, Am J Obstet Gynecol, Vol.206, 2012, p : 356.
- Kleinman, A., Social Origins of Distress and Disease: Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China. New Haven and London : Yale University Press, 1986. 264pg.
- Kunlay, J-R., O'Connell, D-L., Kinlay, S., Risk factors for mastitis in breastfeeding women : results of prospective cohort study. AustN Z J Public Health, Vol. 25, n°2, 2001, pp. 115-120.
- Lachaud, J.-P., 2002, La dynamique de pauvreté au Burkina Faso revisitée : pauvreté durable et transitoire, et vulnérabilité, Documents de travail 77, Centre d'Economie du Développement de l'Université Montesquieu Bordeaux IV, 38 pg.
- Lajoso, D-R., Tessemo, M-I-N., Truchard, E-R., Rodondi, A., Petignat, C., Prévention de l'infection urinaire chez la personne âgée : quoi de neuf dans les établissements médico-sociaux?, Rev Med Suisse, Vol. 14, 2018, pp. 774-777.
- Lamy, C., Zuily, S., Perdriolle, E., Gauchotte, E., Villeroy-de-Galhau, S., Delaporte, M-O., Wahl, D., Morel, O., Judlin, P., Management of post-partum infections, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, vol. 41, Issue 8, 2012, pp. 886-903.
- Langlois, E-V., « Inequities in post-natal care in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis », Organisation Mondiale de la Santé, Systematic reviews, 2015, n°93, p: 259.
- Lansac, J, et al., Gynécologie pour le praticien, Masson, Paris, 8^{ème} édition, 2014, p : 350-353.
- Laplantine, F., Anthropologie de la maladie, Payot, 1986, 388pg.
- Lawn, J-E., et coll. Setting Research Priorities to Reduce almost one million deaths from birth asphyxia by 2015. PLoS Med. 2011.
- Louarti, I., Infection puerpérale et son impact sur les parturientes, Doctorat en médecine, Université Sidi Mohammed Ben Abdellah, Faculté de Médecine et de Pharmacie Fès, 2015, p : 50.
- Lunjwire, K., le comportement de la population de Goma dans la recherche des soins, Etude des cas de la diarrhée », ville de Goma, ULPGL, 2007, p 64.
- Marcellin, L., Chantry, A., Complications of Breastfeeding, Rev Prat, Vol. 66, n°2, 2016, pp. 202-206.
- Mak, A., Cheung, MW., Cheak, AA., Ho, RC., Combination of heparin and aspirin is superior to aspirin alone in enhancing live births in patients with recurrent pregnancy loss and positive antiphospholipid antibodies: a meta-analysis of randomized controlled trials and metaregression, Rheumatology, Oxford, Vol. 49, n°2, 2010, pp.281-288.
- Maria, B., Mortalité maternelle : les complications obstétricales évitables, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Vol.30, n°sup6, 2001, pp. 223-232.
- Masala, B-B., sur la fréquence des urgences obstétricales à l'hôpital général de référence de Kamina, Licence en santé publique, Université de Kamina RDC, 2011. 50pg.
- Masmoudi, J., Charfeddine, F., Trabelsi, S., Feki, I., Ben Ayad, B., Guermazi, M., Baâti, I., Jaoua, A., La dépression du post-partum : prévalence et facteurs de risque étude prospective concernant 302 parturientes tunisiennes, La tunisie Medicale, Vol. 92, n°010, 2014, pp. 615-621.

Références bibliographiques

- Masseria, C., les inégalités d'accès aux soins et d'état de santé dans un contexte de réforme du système de santé, Commission européenne DG emploi, affaires sociales et égalité des chances, Rapport de synthèse, Peer Review and assessment in Social Inclusion, 2007, p : 19.
- Matheson, I., Aursnes, I., Horgen, M., Bacteriological findings and clinical symptoms in relation to clinical outcome in puerperal mastitis, *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, Vol. 67, n°8, 1988, pp.723- 726.
- Matijasevich, A., Santos, I., Silveria, M-F., Domingues, M-R., Barros, A-JD., Marco, P-L., Barros, F-C., Inequities in maternal postnatal visits among public and private patients: 2004 Pelotas cohort study, *BMC Public Health*, 2009, vol. 9, n°335, pp. 1-10.
- Mbonye, AK., Risk factors associated with maternal deaths in health units in Uganda, *Afr J Reprod Health*, 2001, vol. 5, n°3, pp. 47-53.
- Menzella, D., Anselem, O., perpartum and postpartum period infections, *Mini-revue, Médecine de la reproduction, Gynécologie Endocrinologie*, Vol.17, n°1, 2015, pp. 52-52.
- Merz, L., Orasch, Ch., De Courten, C., Infections du sein, *Revue Médicale suisse*, Vol. 10, 2014, 925-930.
- Millier, D., *Le bébé et sa famille : place, identité et transformation*, Dunod, 2015, 193pg.
- Ministère de la Santé, *Etude socio anthropologique sur les connaissances attitudes et pratiques des populations dans le domaine de la SMI dans les provinces : Houet, Kouritenga, Sanguié, Tapoa, Ouagadougou, Burkina Faso*, Janvier 1992.
- Ministère de la santé, *Plan d'action santé, 2008-2012 : « Réconcilier le citoyen avec son système de santé »*, Maroc, 2008, p : 58- 94.
- Ministère de la santé, *Direction des Hôpitaux et des Soins Ambulatoires, l'enquête confidentielle sur les décès maternels au Maroc : deuxième rapport du Comité national d'experts sur l'audit confidentiel des décès maternels*, 2010, p : 7-71.
- Ministère de la Santé, *Direction de la Population, Stratégie Nationale de la santé de la reproduction 2011-2020*. Juin 2011., p : 31-44.
- Ministère de la Santé, *Direction de la Population, Centres de référence de la santé de la reproduction : organigramme et fonctionnement*, Juin 2011, p : 6-8.
- Ministère de la santé, *l'enquête confidentielle sur le décès maternel de 2010 au Maroc*, 2012, 84p.
- Ministère de la santé, *plan d'action 2012-2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale*, 2012, p : 12.
- Ministère de la santé, *Plan national d'accélération de la réduction de la mortalité maternelle et néonatale 2012-2016 : Compagne nationale de communication et de mobilisation sociale pour la promotion de la surveillance de la grossesse, post-partum et de l'accouchement en milieu surveillé*, 2014, p : 21-22.
- Ministère de la Santé, *Classe des mères : guide méthodologique à l'usage des professionnels de santé*, 2^{ème} édition, 2015, p :20.
- Ministère de la Santé Marocaine, *Direction de la Population, les rapports de service de la santé maternelle et infantile*, 2015.
- Ministère de la santé, *l'Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale-2017*, 2018, p : 122-144.
- Ministry of Health Malaysia, *pratiques cliniques : prévention et traitement de la thromboembolie veineuse*, guide, 2013, pp. 81-86.
- Misima, J-M., *Déterminants de la faible proportion des femmes enceintes vues à la première CPN au premier trimestre de grossesse*, Université Pédagogique Nationale, Mémoire d'obtention d'une licence en sciences de la santé, 2014, 70pg.

Références bibliographiques

- Mohan, D., Gupta, S., LeFevre, A., Bazant, E., Killewo, J., Baqui, A-H., Determinants of postnatal care use at health facilities in rural Tanzania: multilevel analysis of a household survey, *BMC Pregnancy Childbirth*, PubMed, 2015, Vol. 15, pp.1-10.
- Mohr, N-M., Harland, K-K., Shane, D-M., Rural patients with severe sepsis or septic shock who bypass rural hospitals have increased mortality: an instrumental variables approach, *Crit Care Med*, Vol.45, n°1, 2017, pp.85-93.
- Munyamahoro, M., Ntaganira, J., Déterminants de l'utilisation des services de santé par les manges du district de Rubavu, *Rwanda Medical Journal*, Vol 69, n°1, March 2012, p : 29.
- Nanzer, N., Righetti-Veltéma, Conne-Perréard, E. Manzano, J., Palacio-Espasa, F., Pourquoi est-il essentiel de dépister et de prévenir la dépression postpartum ?, *Rev Med Suisse*, Vol. 3, 2007, pp : 1200-1205.
- Ndiaye, P., et al., les déterminants socioculturels du retard de la 1^{ère} consultation prénatale dans un district sanitaire au Sénégal. *Santé publique*, n° 17, 2005, pp. 531-538.
- N'dinga, HG., Angouono-Moke, GR O., Iloki, LH., Accouchement sans assistance médicale à l'hôpital de base de Talagai à Brazzaville (Congo), *Médecine tropicale*, 2011, Vol. 71, n°3, pp.278-80.
- Niang, B., Education de la mère et la santé de son enfant : évidence pour le monde rural du Sénégal, 2009, pp : 1-64.
- Nkurunziza, Analyse du recours aux soins obstétricaux au Burundi : Déterminants et motivation, Faculté des sciences économiques, sociales, politiques et communication, Presses universitaires de Louvain, 2014, p :65.
- Office de la Naissance et de l'enfance., Groupement des Gynécologues de Langue Française de Belgique, Guide de post-partum, 2016, p : 23.
- Ongoiba, O., La mortalité néonatale au CHU Hassan II de Fès : étude rétrospective à propos de 235 cas, thèse pour l'obtention du doctorat en médecine, Faculté de Médecine et de pharmacie de Fès, 2010, p : 13.
- Organisation mondiale de la Santé, Préambule à la Constitution, tel qu'adopté par la Conférence internationale sur la Santé, New York, 19-22 juin 1946 ; signé le 22 juillet 1946 par les représentants de 61 Etats. 1946 ; (Actes officiels de l'Organisation mondiale de la Santé, n° 2, p. 100) et entré en vigueur le 7 avril 1948.
- Organisation Mondiale de la santé, Conférence Internationale sur la population et le Développement, 1994.
- Organisation Mondiale de la Santé, département Santé et développement de l'enfant et de l'Adolescent, Mastite : cause et prise en charge, Genève, Suisse, 2004, pp. 1-17.
- Organisation Mondial de la Santé, *Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Rapport sur la santé dans le monde Genève, 7 avril 2005.
- Organisation mondiale de la Santé, Le Rapport sur la santé dans le monde 2006 : travailler ensemble pour la santé, Genève, 2006, p :12.
- Organisation Mondiale de la Santé, Post-natal care of the mother and newborn, 2013, 59pg.
- Organisation Mondiale de la Santé, Mortalité maternelle, aide-mémoire n° 384, 2015.
- Organisation Mondiale de la santé, la stratégie mondiale pour la santé de la femme et l'enfant et l'adolescent 2016-2030,2015, 108 pg.
- Organisation Mondiale de la Santé, Global Strategy for Women's, Children's and Adolescents' Health, 2016-2030. New York : United Nations ; 2015.
- Organisation Mondiale de la Santé, la Banque Mondiale, le Fonds des Nations Unies pour l'enfance, et la Division des Nations Unies pour la Population, Levels and Trends in Child Mortality, 2015, 36p.
- Organisation Mondiale de la Santé, La santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030, Rapport du Secrétariat, 8 avril 2016, p : 14.

Références bibliographiques

- Organisation Mondiale de la santé, Human Reproduction Programme. Strategies toward ending preventable maternal mortality. Geneva, 2015. Cité par la stratégie mondiale pour la santé de la femme et l'enfant et l'adolescent 2016-2030, 2015, p : 19.
- Organisation Mondiale de la Santé, Amélioration de la prévention, du diagnostic et de la prise en charge clinique de la septicémie, Rapport du Secrétariat, EB140/12, janvier 2017, p : 1.
- Orr, S., Miller, CA., Maternal depressive symptoms and the risk of poor pregnancy outcome, Review of the literature and preliminary findings, *Epidemiol Rev*, Vol.17, 1995, pp. 165-171.
- Paret, H., Humanitaire et santé publique, L'Harmattan, 1997, 280pg.
- Pascon, P., 30 ans de sociologie du Maroc, *Bulletin économique et social au Maroc*, Numéro double 155-156, Janvier 1986, 261pg.
- Paterni, K., Évaluation des pratiques professionnelles au sujet de la mastite infectieuse survenant chez les jeunes accouchées, diplôme d'Etat de sage-femme, Université Paris Descartes, Faculté de médecine paris Descartes, 2012, pp. 17-20.
- Paul, BK., Rumsey, DJ., Utilization of health facilities and trained birth attendants for childbirth in rural Bangladesh: an empirical study, *Soc Sci Med*, 2002, vol.54, n°12, pp.1755-1765.
- Peraudeau, L., La dépression du post-partum : L'Edinburgh Postnatal Depression Scale, un moyen efficace de dépistage précoce, Diplôme d'Etat de Sage-femme, Université de Mantes, UFR de Médecine, Ecole de Sage-femme, 2008, p : 4.
- Poder T., Capital social, inégalités de revenus et développement des jeunes enfants : le cas du Guatemala. Sciences de l'Homme et Société. Université d'Auvergne, École Doctorale de Sciences Économiques et de Gestion, Clermont-Ferrand I, 2008, p : 73.
- Quarello, E., Desbriere, R., Hartung, O., Portier, F., D'Ercole, C., Boubli, L., Thrombophlébite de la veine ovarienne du post-partum à propos de 5 cas et revue de la littérature, *Vol. 33*, n°5, 2004, pp. 430-440.
- Quiddi, W., Les déterminants de l'utilisation des services de santé maternelle dans la commune de Zerkten, Province d'Al Haouz, thèse de doctorat en médecine, Université Cadi AYYAD, Faculté de médecine et de pharmacie de Marrakech, 2016, pp. 66-67.
- Rahman, M-M., The determinants of use of postnatal care service for Mothers: does differential exists between urban and rural areas in Bangladesh?, *Internet Journal of Epidemiology*, 2010, vol.8, n°1, pp. 1-6.
- Rai, S., Pathak, A., Sharma, I., Postpartum psychiatric disorders: Early diagnosis and management, *Indian J Psychiatry*, Vol. 57, Suppl 2, 2015, pp. 216-221.
- Raynaud, J., L'accès aux soins : des perceptions du territoire aux initiatives des acteurs : concepts, mesures et enquêtes pour une analyse géographique de l'organisation et du développement d'une offre de soins durable. Doctorat en Géographie et aménagement du territoire, Université Paul Valéry - Montpellier III, 2013, pp. 221-271.
- Raza, S-K., Raza, S., Post-partum psychosis, StatPearls Publishing, PubMed, 2019, Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK544304/#article-27548.s1>.
- Razurel, C., et al., « Stress, soutien social et stratégies de coping : quelle influence sur le sentiment de compétence parental des mères primipares ? », *Recherche en soins infirmiers*, n° 106, 2011, p : 47-58.
- Reyal, F., Deffarges, J., Luton, D., Blot, P., Oury, J-F., Sibony, O., Hémorragie grave du post-partum : Etude descriptive à la maternité de l'hôpital Robet-Debré, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Vol. 31, n°4, 2002, pp. 358-364.
- Rhodes, A., Evans, L-E., Alhazzani, W., Surviving sepsis campaign: international guidelines for management of sepsis and septic shock: 2016, *Intensive Care Med*, Vol. 43 n°3, 2017, pp.304-377.

Références bibliographiques

- Ridge, CA., McDermott, S., Freyne, BJ., Pulmonary embolism in pregnancy: comparison of pulmonary CT angiography and lung scintigraphy, *AJR Am J Roentgen*, Vol. 193, n°5, 2009, p :1223.
- Rightti-Veltema, M., Conne-Perreard, E., Bousquet, A., Manzeno, J., Construction et validation multicentrique d'un questionnaire prépartum de dépistage de la dépression post partum, *Psychiatrie de l'enfant*, Vol. 2, 2006, pp. 513-541.
- Romanowski, B., Pelvic Inflammatory disease. Current approaches, *Canadian Family Physician*, Vol. 39, 1993, pp: 346-349.
- Ronsmans, C., Holtz, S., Stanton, C., Socioeconomic differentials in caesarean rates in developing countries: a retrospective analysis, 2006, p 368.
- Ronson, B., Literacy and Health Literacy: New Understandings about their Impact on Health, 2ème édition. Toronto: Canadian Scholars' Press Incorporated, 2009, pp: 170-186.
- Ross, N-A., Wolfson, M-C., Dunn, J-R., Berthelot, J-M., Kaplan, G-A., Lynch, J-W., Relation between income inequality and mortality in Canada and in the United States, *British Medical Journal*, 2000, pp: 898-902.
- Rutstein, S., The DHS Wealth Index, DHS Comparative Reports n° 6, Calverton, Maryland, ORC Macro, 2004, p: 71.
- Sacko, I., Etude des suites de couches post césarienne au centre de santé de référence de la commune II du district de Bamako, Thèse de médecine, Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie, Université des sciences, des techniques et des technologies de Bamako, Mali, 2015, p : 67.
- Samb, N.D., Sakho, P., Déterminants de l'utilisation des services de santé de la reproduction (SR) par les populations de transhumants pastoraux de la région de Matam. *Antropo*, 2012, n°27, p : 97-104.
- Sangré, F., Etude prospective des complications infectieuses post-césarienne au centre de santé de référence de Bougouni, Doctorat en médecine, Université de Bamako, Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie, 2008, pp : 84-95.
- Saucedo, M., Deneux-Tharoux, C., Bouvier-Colle, MH., Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2007-2009. *Journal Gynecol Obstet Biol Reprod*, Paris, Vol.42, 2013, pp. 613-627.
- Schultz, T-P., Assessing the productive benefits of nutrition and health: An integrated human capital approach, *Journal of Econometrics*, vol. 77, 1997, pp. 141-158.
- Sema, K., Etude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie-obstétrique de l'Hôpital du Point G – Bamako 1991-2001, Thèse de médecine, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odontostomatologie, université de Bamako, 2003, p :89.
- Sereshti, M., Nahidi, F., Simbar, M., Bakhtiari, M., Zayeri, F., An exploration of the Maternal expériences of Breast engorgement and Milk Leakage after Perinatal Loss, *Glob J Health Sci*, Vol. 8, n°9, 2016, pp. 234-244.
- Simes, J., Becattini, C., Agnelli, G., W. Eikelboom, J., C. Kirby, A., Mister, R., Prandoni, P., A. Brighton, T., Aspirin for the prevention of recurrent venous thromboembolism, *Circulation*, PubMed, Vol. 130, n°13, 2014, pp. 1062-1071.
- Singh, D., Newburn, M., *Becoming a Father: Men's Access to Information and Support about Pregnancy, Birth, and Life with a New Baby*. London: National Childbirth Trus, 2000.
- Sirpe, G., Les déterminants du recours aux soins de santé prénataux au Burkina Faso, *Mondes en développement*, vol. 153, no. 1, 2011, pp. 27-40.
- Sitti, N., Prévention et prise en charge de l'hémorragie du post-partum au CHU Sylvanus Olympio de Lomé au Togo, *RSF*, 2016, Vol. 15, n°1, pp. 3-9.
- Skeith, L., Preventing venous thromboembolism during pregnancy and postpartum: crossig te threshold, *PubMed, Hematology Am Soc Hematol Educ Program*, Vol, 2017, N°1, 2017, pp. 160-167.

Références bibliographiques

- Smith, P., *Understanding and Improving the World of Work*, 2ème édition, Toronto: Canadian Scholars' Press Incorporated, 2009, pp: 114-127.
- Stover, M-D., Morgan, S-J., Bosse, M-J., *Prospective comparison of contrastenhanced computed tomography versus magnetic resonance venography in the detection of occult deep pelvic vein thrombosis in patients with pelvic and acetabular fractures*, *J Orthop Trauma*, Vol.16, 2002, pp.613-21.
- Subtil, D., Sommé, A., Ardiet, E., Depret-Mosser, S., *Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement*, *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*, Vol. 33, Issue 8, Supplement 1, 2004, pp. 9-16.
- Tafforeau, P., *La prise en charge préventive des complications thromboemboliques veineuses pendant la grossesse et le post-partum : évolution sur dix ans en Basse-Normandie*, diplôme de sage-femme, Université de Caen, Ecole de sage-femme, 2015, p : 2-22.
- Telfer, M-L, Rowley, J-T, Walraven, G-E., *Experiences of mothers with antenatal, delivery and postpartum care in rural Gambia*, *Afr J Reprod Health*, 2002, vol. 6, n°1, pp. 74-83.
- Traore, Y., *analyse rétrospective des consultations externes, prénatales et post-nales de l'année 2012 et étude de cas courants au niveau du CSCOM de la commune rurale de Banguineda - camp (cercle de kati, région de koulikoro)*, Université des sciences des techniques et des technologies de Bamako, Faculté de médecine, thèse pour obtenir doctorat d'Etat, 2014, p : 4-13.
- Traore.Y., Tegueté, I., Théra, A-T., *Aspects sociodémographiques et pronostiques des grossesses non suivies chez admises dans les services de gynécologie obstétrique de l'hôpital Gabriel Touré*, *Mali Med*, 2007, Vol 22, pp. 39-43.
- Ugumba, C-S., Kasong, M-K., Milindi, C-S., Warach, G-W., Katombe, F-T., Bfkoshe, E-O., *Etude des relaparotomies précoces aux Hôpitaux Universitaires de Lubumbashi : aspects épidémiologiques, cliniques et thérapeutiques*, *The Pan African Medical Journal*, Vol. 30, 2018, pp. 1-11.
- Ungerleider, C-T, 2009, « *The State and Quality of Canadian Public Elementary and Secondary Education* », *Social Determinants of Health: Canadian Perspectives*, pp: 156-169.
- Unicef, *La situation des enfants dans le monde 2006. Excluset invisibles*, Unicef, New York, 2005, 143 pg.
- Unicef, Oms, Unesco, Unfpa, Pnud, Onusida, Pam et Banque mondiale., *Savoir pour sauver*, 4ème édition, New York, 2010, p :12
- VanderKruik, R., Barreix, M., Chou, D., Allen, T., Say, L., Cohen, L-S., *Maternal Morbidity Working Group. The global prevalence of postpartum psychosis: a systematic review*, *BMC Psychiatry*, Vol. 28, n°17, p :272.
- Varin, A., *La dépression du post partum : qualité de l'information reçue et prévalence du risque à J3 : étude menée auprès de 208 femmes au CHU de Caen*. Université de Caen, Ecole de Sage-femme, Diplôme de Saf=ge-femme, 2015, p : 6.
- Veneman, A-M., *Fonds des Nations Unies pour l'Enfance, La situation des enfants dans le monde : la santé maternelle et néonatale*, 2009, 168p.
- Vilpert, S., *De la Planification familiale à la Santé Sexuelle et Reproductive : Une étude de cas*, Université de Genève, Mémoire de maîtrise, Janvier 2008, 108 pg.
- Vogel, L., *Think sepsis to stop deaths, urge advocates*, *CMAJ*, Vol.189, n°38, 2017, pp.1219-1220.
- Wilkinson, R-G., *Class mortality differentials, income distribution and trends in poverty 1921-1981*. *Journal of Social Policy*, 1989, pp. 307-35.
- Winnicott, D-W., *Conversations ordinaires*, Gallimard, 2006, 392pg.

Références bibliographiques

- Yaakoubd, A., L'inégalité devant la mort aux jeunes âges : l'Afrique du Nord comme illustration, in Enfants d'aujourd'hui. Diversité des contextes, pluralité des parcours, 2006, Colloque international de Dakar, 2002, AIDELF n°11.
- Yaakoubd, A., Santé et vulnérabilités à l'échelle nationale, Papeterie El Watanya, 1^{ère} édition 2010, pp.26-54.
- Yalcouye, Youssouf, Etude épidémio-clinique des hémorragies du post-partum dans le service de gynéco-obstétrique du CHU du point « G » de 2005 à 2007. A propos de 165 cas, Thèse de médecine, Faculté de Médecine, de Pharmacie et d'Odonto-stomatologie, université de Bamako, 2008, pp. 50-69.
- Zaouaq, K., Les femmes et l'accès aux soins de santé reproductive au Maroc, L'année du Maghreb, Dossier : Genre, santé et droits sexuels et reproductifs au Maghreb, Vol. 17, 2017, pp. 169-183.
- Zeynep, O., Laure, C-R., La qualité des soins en France : comment la mesurer pour l'améliorer?, Institut de recherche et documentation en économie de la santé, DTn°19, Décembre 2008, pp.11-17.

Liste des tableaux

Liste des tableaux

Liste des tableaux

Tableau n°	Titre	Page
1	Les paramètres de suivi de l'accouchée durant la période post-natale	44
2	Les raisons de non consultation d'un médecin selon le milieu de résidence des femmes	57
3	La taille des accouchées incluses dans l'étude	106
4	Le poids des accouchées incluses dans l'étude	106
5	Le sexe des nouveau-nés des accouchées	107
6	Le poids des nouveau-nés des accouchées	107
7	La parité des accouchées enquêtées	108
8	Le terme de la grossesse des accouchées enquêtées	108
9	Le mode d'accouchement des femmes incluses dans cette étude	109
10	Le déroulement de l'accouchement des femmes enquêtées	109
11	Les complications de l'accouchement enregistrées sur les dossiers obstétricaux	110
12	Le nombre de jours d'hospitalisation	110
13	Le nombre des consultations post-natales réalisées par les accouchées	111
14	Le lieu des consultations post-natales réalisées par les accouchées	111
15	L'allaitement maternel exclusif des nouveau-nés des accouchées enquêtées	112
16	L'âge des accouchées incluses dans l'étude	113
17	La région de provenance des accouchées	113
18	La zone de provenance des accouchées	114
19	La strate sociale des accouchées enquêtées	115
20	L'état matrimonial des accouchées	115
21	Le chef de la famille de l'accouchée	116
22	Le niveau d'études de l'accouchée	116
23	Le niveau d'études du mari de l'accouchée	117
24	Le temps nécessaire pour se rendre à la structure de la consultation post-natale	118
25	La distance parcourue pour arriver à la structure des consultations post-natales	118
26	La croyance de l'entourage social à l'importance des consultations post-natales	119
27	La perception de l'entourage social vis-à-vis de l'importance des consultations post-natales et le recours à la médecine traditionnelle en post-partum	119
28	L'influence de de l'entourage social sur la sensation des malaises et de la douleur	120
29	L'influence de l'entourage social sur la décision des accouchées de consulter en post-partum	120
30	L'autonomie de l'accouchée en prise de décision de consulter au prénatal	121
31	Les personnes influençant la décision de consulter au prénatal	121
32	L'accompagnement des accouchées pour se rendre aux consultations post-natales	122
33	L'accompagnement demandé ou non de la part de l'accouchée	122
34	Le revenu global du ménage de l'accouchée	123
35	Les dépenses en soins au cours de la période périnatale	124

Liste des tableaux

36	L'appréciation des dépenses en soins au cours de la période périnatale	124
37	La disposition d'une couverture médicale	125
38	Le type de la couverture médicale dont dispose l'accouchée	125
39	L'activité professionnelle du chef de ménage	126
40	L'exercice d'une activité professionnelle par l'accouchée	127
41	L'unité du suivi de la grossesse des accouchées	127
42	La durée d'attente pour bénéficier d'une consultation prénatale	128
43	L'appréciation de la durée d'attente pour bénéficier d'une consultation prénatale	128
44	La disponibilité des prestataires des consultations prénatales	129
45	La satisfaction de la qualité des soins reçus en consultations prénatales	129
46	La satisfaction de la qualité des soins obstétricaux	130
47	La satisfaction des soins reçus au cours de l'hospitalisation en suites de couches	130
48	La délivrance d'une fiche de renseignements avant la sortie de l'hôpital	131
49	Les renseignements contenus dans la fiche de sortie de l'hôpital	131
50	La satisfaction de la qualité des soins reçus en consultations post-natales	132
51	La relation entre les accouchées et les prestataires des consultations prénatales	132
52	La satisfaction de la qualité des informations octroyées au post-partum précoce	133
53	La qualité de la communication entre les accouchées et les prestataires des consultations prénatales	133
54	L'information sur les complications des suites de couches au cours de la dernière consultation prénatale	134
55	L'information de l'accouchée sur l'importance des consultations post-natales au cours de la dernière consultation prénatale	134
56	L'information de l'accouchée sur le calendrier des consultations post-natales au cours de la dernière consultation prénatale	135
57	Le soutien psychologique des accouchées de la part des prestataires des consultations prénatales	135
58	L'association des variables incluses dans l'étude à la sous-utilisation des consultations post-natales	136
59	La signification des associations existantes entre les variables incluses dans cette étude à la sous-utilisation des consultations post-natales	143
60	L'incidence cumulative des complications enregistrées chez les accouchées de la sortie de l'hôpital au 9ème jour du post-partum	148
61	L'incidence cumulative des complications enregistrées entre le 9ème et le 42ème jour du post-partum	151
62	La comparaison des complications post-natales enregistrées chez les accouchées suivies en post-natale vs non suivies en post-natale	153
63	L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications enregistrées chez les accouchées de la sortie de l'hôpital au 9ème jour du post-partum	155
64	L'association de la sous-utilisation des consultations post-natales à l'incidence des complications diagnostiquées chez l'accouchée du 9ème au 42ème jour du post-partum	157
65	Les indicateurs de production de la Maternité Souissi de Rabat	199

Liste des tableaux

66	La production des services au niveau de la Maternité Souissi de Rabat.	200
67	Les prestations de soins octroyées aux accouchées au post-partum immédiat	201
68	Les prestations de soins octroyées aux accouchées au post-partum précoce	202
69	Les prestations de soins octroyées aux accouchées au cours de la première consultation post-natale	204

Liste des figures et des schémas

Liste des figures et des schémas

Liste des figures et des Schémas

Figure/Schéma n°	Titre	Page
Figures		
1	La relation existante entre l'accès aux soins et la santé	56
2	Le résumé du flux des accouchées participantes à l'étude	198
Schéma		
1	Le cadre conceptuel de l'étude	71

ANNEXES

Annexe n°1 :

Flow Chart de la thèse

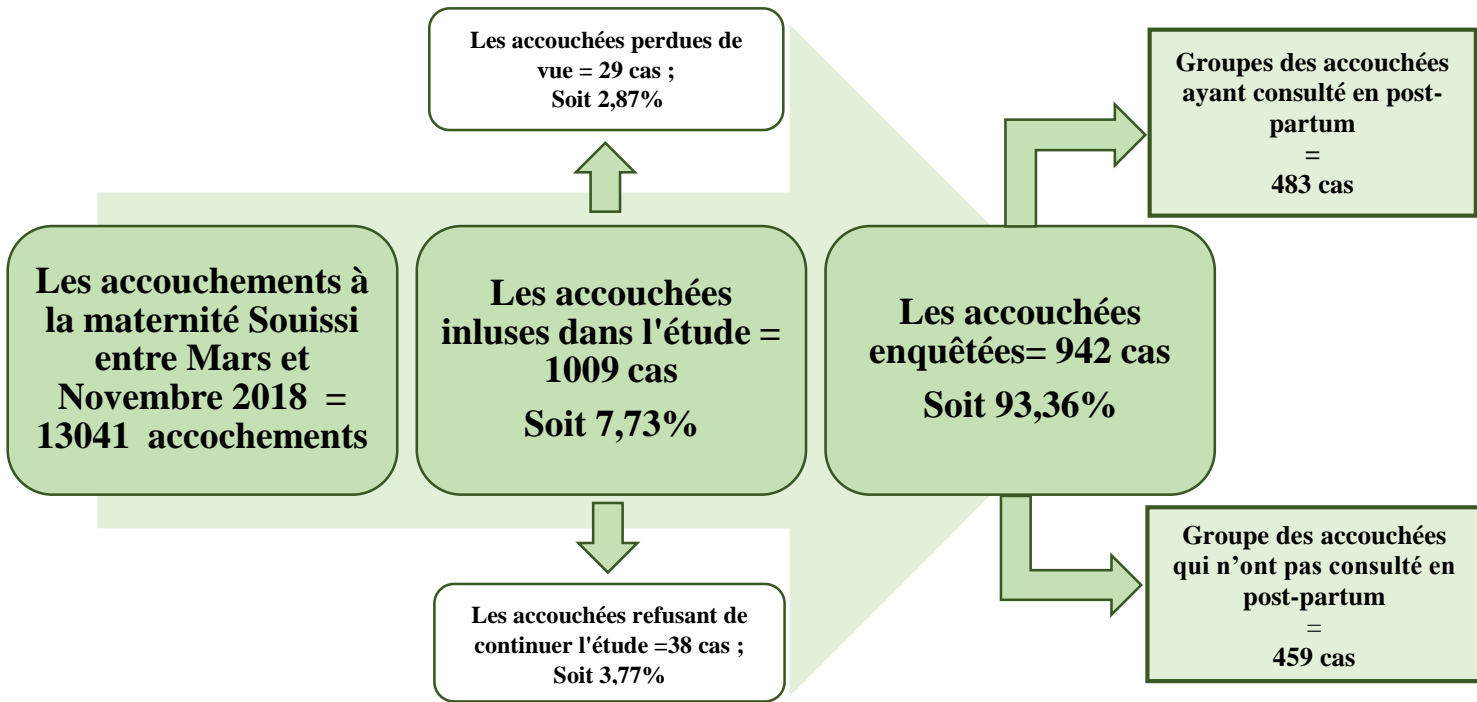


Figure n° 2 : Le résumé du flux des accouchées participantes à l'étude

Annexe n°2 :

Présentation de milieu de l'étude ³⁰⁹

A- Présentation de la Maternité Souissi de Rabat

Inaugurée en 07 juillet 1977, la maternité Souissi de Rabat est un centre de référence régional et interrégional. Elle constitue un lieu de continuité des programmes nationaux en matière de la santé reproductive. Cette structure de soins assure ; la surveillance de la grossesse, la prise en charge des parturientes au moment du travail et le post-partum, la prise en charge des pathologies gynécologiques, le dépistage des cancers du sein et du col, la promotion de l'allaitement maternel.

Tenant compte de son caractère National et les missions assignées au Centre Hospitalier par la loi 37 – 80 (art 2), la Maternité Souissi a pour missions de :

- Dispenser les soins médicaux en matière de gynécologie obstétrique ;
- Effectuer des travaux de recherche médicale, dans le strict respect de l'intégrité physique et morale et de la dignité des malades ;
- Participer à l'enseignement clinique universitaire et postuniversitaire médical pharmaceutique et à la formation du personnel paramédical ;
- Concourir à la réalisation des objectifs fixés en matière de santé publique par l'État (programme maternité sans risque et programme national de lutte contre le cancer).

B- Indicateurs de performance de la Maternité de l'année 2018

Indicateurs de production

Indicateurs	Nombre
Capacité litière fonctionnelle	188
Admissions	21960
jours d'hospitalisation	53381
TOM	78 %
DMS	2.84
I.ROT	0.81

Source : Direction de la Maternité Souissi de Rabat.

Tableau n°65 : Les indicateurs de production de la Maternité Souissi de Rabat

³⁰⁹ Direction de la Maternité Souissi de Rabat, Op. Cit. p: 9.

ANNEXES

Selon le tableau suscité, la capacité litière fonctionnelle de la Maternité Souissi de rabat est de 188 lits, Le nombres de ses admissions annuelles est de 21960 admises, ses journées d'hospitalisation sont de 53381 jours, Tandis que, son taux d'occupation moyenne est de 78%, sa Durée Moyenne de Séjour est de 2,84 et son Indice de Rotation est de 0,81.

Production des services

Services	Nombre
Bloc central	1325
Bloc urgences	4128
Cures de chimiothérapie	221
Admission des expectantes	25387
Urgences gynécologiques	1076
Total des accouchements	19000
Césariennes	4340
Total des naissances	23340
Echographie	19321
Consultations	28788
Consultation du centre de dépistage et diagnostic	11049

Source : Direction de la maternité Souissi de Rabat.

Tableau n 66 : La production des services au niveau de la Maternité Souissi de Rabat

Selon la direction de la Maternité Souissi, cette structure a enregistré au cours de l'année 2018 un total de naissance de 23340, un total des accouchements de 19000, des urgences gynécologiques avec un chiffre de 1076, 25387 admissions au service des expectantes et 4340 césariennes. Tandis que, les consultations périnatales sont enregistrées avec un chiffre de 28788 et les consultations au centre de dépistage et diagnostic sont au nombre de 11049

Annexe n°3 :

Les prestations de soins octroyées aux accouchées

1. Les prestations de soins octroyées aux accouchées au post-partum immédiat :

Prestations de soins octroyées au post-partum immédiat		Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
		Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
La prise de la TA	Non	16	3,5	19	3,9
	Oui	443	96,5	464	96,1
La prise du pouls	Non	59	12,9	62	12,8
	Oui	400	87,1	421	87,2
La prise de la température	Non	455	99,1	483	100
	Oui	04	0,9	00	00
Examen du globe de sécurité	Non	24	5,2	24	5,0
	Oui	435	94,8	459	95,0
L'évaluation de l'aspect et la quantité du saignement	Non	24	5,2	13	2,7
	Oui	435	94,8	470	97,3
L'examen du périnée	Non	110	24,0	40	8,3
	Oui	349	76,0	443	91,7
La mise au sein précoce	Non	459	100	479	99,2
	Oui	00	00	04	0,8
CCC sur les signes de danger du post-partum	Non	459	100	483	100
	Oui	00	00	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°67 : Les prestations de soins octroyées aux accouchées au post-partum immédiat

Le tableau suscité atteste, qu'au post-partum immédiat, les prestations de soins octroyées aux accouchées du premier groupe, ont été la prise de la TA dans 96,5%, la prise du pouls dans 87,1%, la prise de la température dans 0,9%, l'examen du globe de sécurité dans 94,8%, l'évaluation de l'aspect et de la qualité du saignement dans 94,8%, et l'examen du périnée dans 76%. En outre, il montre que les prestations de soins dont elles ont bénéficié les accouchées du deuxième groupe, durant le post-partum immédiat, ont été, la prise de la TA dans 96,1%, la prise du pouls dans

ANNEXES

87,2%, l'examen du globe de sécurité dans 95%, l'évaluation de l'aspect et de la qualité du saignement dans 97,3%, l'examen du périnée dans 91,7%, et la mise au sein précoce dans 0,4%.

2. Prestations de soins octroyées aux accouchées au post-partum précoce :

Prestations de soins octroyées au post-partum précoce		Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
		Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
La prise de la TA	Non	27	5,9	05	1,0
	Oui	432	94,1	478	99,0
La prise du pouls	Non	233	50,8	222	46,0
	Oui	226	49,2	261	54,0
La prise de la température	Non	454	98,9	483	100
	Oui	05	1,1	00	00
L'examen des seins : sécrétion du colostrum	Non	447	97,4	426	88,2
	Oui	12	2,6	57	11,8
L'appréciation de l'involution utérine	Non	108	23,5	36	7,5
	Oui	351	76,5	447	92,5
L'appréciation des lochies : aspect, quantité, odeur et couleur	Non	36	7,8	32	6,6
	Oui	423	92,2	451	93,4
L'examen du périnée	Non	455	99,1	472	97,7
	Oui	04	0,9	11	2,3
L'examen des mollets	Non	459	100	483	100
	Oui	00	00	00	00
Vérification de l'évacuation vésicale et rectale	Non	459	100	483	100
	Oui	00	00	00	00
Soins des seins	Non	459	100	483	100
	Oui	00	00	00	00

ANNEXES

Prestations de soins octroyées au post-partum précoce (suite)		Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
		Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Toilette intime	Non	459	100	397	82,2
	Oui	00	00	86	17,8
Soins de périnée	Non	459	100	483	100
	Oui	00	00	00	00
Premier lever si césarienne	Non	459	100	397	82,2
	Oui	00	00	86	17,8
Mise au sein	Non	456	99,3	483	100
	Oui	03	0,7	00	00
CCC sur l'allaitement exclusif	Non	208	45,3	105	21,7
	Oui	251	54,7	378	78,3
CCC sur les signes de danger du post-partum	Non	459	100	483	100
	Oui	00	00	00	00
CCC sur l'hygiène féminine	Non	459	100	483	100
	Oui	00	00	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°68 : Les prestations de soins octroyées aux accouchées au post-partum précoce

Les prestations de soins reçues par les accouchées du premier groupe, au cours du post-partum précoce, ont été la prise de la TA dans 94,1%, la prise du pouls dans 49,2%, la prise de la température dans 1,1%, l'examen des seins à la recherche de la sécrétion du colostrum dans 2,6%, l'appréciation de l'involution utérine dans 76,5%, l'appréciation des lochies dans 92,2%, l'examen du périnée dans 0,9%, la mise au sein dans 0,7% et la communication pour le changement de comportement sur l'allaitement maternel exclusif dans 54,7% .

Le temps où, les prestations de soins dont elles ont bénéficié les accouchées du deuxième groupe, au cours du post-partum précoce, ont été la prise de la TA dans 99,%, la prise du pouls dans 54,%, l'examen des seins à la recherche de la sécrétion du colostrum dans 11,8%, l'appréciation de

ANNEXES

l'involution utérine dans 92,5%, l'appréciation des lochies dans 93,4%, l'examen du périnée dans 2,3%, la toilette intime dans 17,8%, le premier lever dans 17,8%, et la communication pour le changement de comportement sur l'allaitement maternel exclusif dans 78,3% .

3. Prestations de soins octroyées aux accouchées au cours de la première consultation post-natale :

Prestations de soins octroyées au cours de la première consultation post-natale		Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
		Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
La prise de la TA	Non	00	00	16	3,3
	Oui	00	00	467	96,7
La prise du pouls	Non	00	00	483	100
	Oui	00	00	00	00
La prise de la température	Non	00	00	481	99,6
	Oui	00	00	02	0,4
L'examen des seins	Non	00	00	481	99,6
	Oui	00	00	02	0,4
L'appréciation de l'involution utérine	Non	00	00	151	31,3
	Oui	00	00	332	68,7
L'appréciation des lochies : aspect, quantité, odeur et couleur	Non	00	00	22	4,6
	Oui	00	00	461	95,4
L'examen du périnée	Non	00	00	483	100
	Oui	00	00	00	00
L'examen des mollets	Non	00	00	483	100
	Oui	00	00	00	00
Vérification de l'évacuation vésicale et rectale	Non	00	00	483	100
	Oui	00	00	00	00

ANNEXES

Prestations de soins octroyées au cours de la première consultation post-natale (suite)		Accouchées non suivies en PN N= 459		Accouchées suivies en PN N= 483	
		Effective	Pourcentage (%)	Effective	Pourcentage (%)
Mise au sein	Non	00	00	480	99,4
	Oui	00	00	03	0,6
CCC sur l'allaitement exclusif ay sein	Non	00	00	196	40,6
	Oui	00	00	287	59,4
CCC sur les signes de danger du post-partum	Non	00	00	483	100
	Oui	00	00	00	00
CCC sur l'hygiène féminine	Non	00	00	483	100
	Oui	00	00	00	00

Source : Elaboré par nos soins

Tableau n°69 : Les prestations de soins octroyées aux accouchées au cours de la première consultation post-natale

Les prestations de soins octroyés aux accouchées suivies, au cours de la première consultation post-natale, ont été la prise de la prise de la TA dans 96,7%, la prise de la température dans 0,4%, l'examen des seins dans 0,4%, l'appréciation de l'involution utérine dans 68,7%, l'appréciation des lochies dans 95,4%, mise au sein dans 0,6%, et la communication pour le changement de comportement sur l'allaitement maternel exclusif dans 59,4%.

Annexe n°4 :

Questionnaire



Etude de l'association existante entre le suivi post-natal et l'incidence de la morbidité et de la mortalité maternelle Etude de cohorte longitudinale prospective à la maternité Souissi de Rabat

N° DE QUESTIONNAIRE / __ / __ / __ / __ /

ANNEXES

PARTURIENTE A ENQUETER

a-1 - N° de dossier	/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
a-2 - Nom de la patiente	/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
a-3 - Prénom de la patiente	/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
a-4 - Date de l'enquête (jj, mm, aaaa)	/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
a-5 - Tél	/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
a-6 -Région	/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
a-7 -Province/préfecture	/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
a-8 Zone de provenance	/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
a-9- Sexe du nouveau-né	/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
a-10- Nationalité	/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_/_
a-11- Age de la mère	/_/_/_/_
a-12- Poids de la mère	/_/_/_/_
a-13- Taille de la mère	/_/_/_/_/_
a-14- Nombre de jour d'hospitalisation au niveau des suites de couches	/_/_/_/_
Observations	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	
.....	

ANNEXES

A : CONDITIONS SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PARTIRIENTES

A.1 : A quelle strate sociale appartient votre famille ?

1. Pauvre
2. Entre pauvre et moyenne
3. Moyenne
4. Entre moyenne et riche
5. Riche

A.2 : Etat matrimonial de la femme

1. Célibataire
2. Mariée monogame
3. Mariée polygame
4. Veuve
5. Divorcée

A.3 : Chef de la famille

1. Le père
2. La mère
3. Belle mère
4. Autres

A.4/5 : Niveau d'éducation de la mère/ Père :

1. Illettré (e)
2. M'Cid ou école coranique
3. Primaire
4. Collège
5. Lycée
6. Supérieur 1^{er} et 2^{ème} cycles
7. Supérieur 3^{ème} cycle et doctorat

A. 8 : Quelle est la distance parcourue pour bénéficier de ces consultations ?

1. Pas de déplacement
2. <1km
3. Entre 1km et 2km
4. Entre 2km et 5km
5. > 5km

A. 6 : De combien de consultation vous avez bénéficié au cours de la période post-natale ?

1. Aucune consultation
2. 1 Consultation
3. 2 Consultations
4. 3 Consultations

A. 9 : De combien de temps vous avez besoin pour se rendre au lieu de la consultation ?

1. < 10min
2. Entre 10 et 20 min
3. Entre 20 et 30 min
4. Entre 30 et 40 min
5. Entre 40 et 50 min
6. Entre 50et 60 min
7. >1h.

A. 7 : Où vous avez fait la consultation post-natale ?

1. Chez un médecin spécialisé dans un établissement de soins public
2. Chez un médecin spécialisé dans un cabinet
3. Chez un médecin spécialisé dans une clinique
4. Chez un médecin généraliste dans un établissement de soins public
5. Chez un médecin généraliste dans un cabinet
6. Chez un médecin généraliste dans une clinique
7. Chez une sage-femme dans un centre de santé
8. Chez une sage-femme dans un cabinet

ANNEXES

A : CONDITIONS SOCIODEMOGRAPHIQUES DES PARTIRIENTES

		A.1	A.2	A.3	A.4	A.5	A.6	A.7	A.8	A.9
Nom	Prénom	Strate sociale de la famille (voir code)	Etat matrimonial (voir code)	Chef de la famille (voir code)	Niveau d'éducation de la mère (voir code)	Niveau d'éducation du Père (voir code)	De combien de consultation vous avez bénéficié au cours de la période post-natale ? (voir code)	Où vous avez fait la consultation post-natale ? (voir code)	Quelle est la distance parcourue pour bénéficier de ces consultations ? (voir code)	De combien de temps vous avez besoin pour se rendre au lieu de la consultation ? (voir code)
.....	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
.....	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
.....	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
.....

B : CONDITIONS SOCIOCULTURELLES DES PARTIRIENTES

B.1 : Est-ce que votre entourage social croit à l'importance des consultations post-natales ?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

B.5 : Est-ce que votre entourage social influence votre décision de consulter ?

1. Oui
2. Non

B.8 : Pour se rendre aux consultations est-ce que vous étiez accompagnées par une autre personne ?

1. Oui
2. Non

B.2 : Si oui, est ce qu'ils vous encouragent à consulter ?

1. Oui
2. Non

B.6 : Est-ce que vous avez décidé toute seule de consulter durant votre grossesse ?

1. Oui
2. Non

B.9 : Est-ce que vous avez demandé à cette personne de vous accompagner ?

1. Oui
2. Non

B.3 : Si non, est ce qu'ils vous encouragent à faire recours aux pratiques traditionnelles ou à la médecine traditionnelle ?

1. Oui
2. Non

B.7 : Si non, à qui vous devez demander la permission pour se rendre à l'établissement de soins ?

1. Mari
2. Belle-mère
3. Autres

B.10 : Si non, est ce que vous étiez obligées d'accepter sa compagnie ?

1. Oui
2. Non

B.4 : Est-ce que votre entourage social influence votre sensation de la douleur ou des malaises

1. Oui
2. Non

B : CONDITIONS SOCIOCULTURELLES DES PARTIRIENTES

B.1	B.2	B.3	B.4	B.5	B.6	B.7	B.8	B.9	B.10
Est-ce que votre entourage social croit à l'importance des consultations post-natales ? (Voir code)	Si oui, est ce qu'ils vous encouragent à consulter ? (Voir code)	Si non, est ce qu'ils vous encouragent à faire recours aux pratiques traditionnelles ou à la médecine traditionnelle ?	Est-ce que votre entourage social influence votre sensation de la douleur ou des malaises ? (Voir code)	Est-ce que votre entourage social influence votre décision de consulter ? (Voir code)	Est-ce que vous avez décidé toute seule de consulter durant votre grossesse ? (Voir code)	Si non, à qui vous devez demander la permission pour se rendre à l'établissement de soins ? (Voir code)	Pour se rendre aux consultations est-ce que vous étiez accompagnées par une autre personne ? (Voir code)	Est-ce que vous avez demandé à cette personne de vous accompagner ? (Voir code)	Si non, est ce que vous étiez obligées d'accepter sa compagnie ? (Voir code)
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/	/
...

C : CONDITIONS ECONOMIQUES DES PARTURIENTES

REVENU DU MENAGE / DEPENSES EN SOINS

**C.1 : Quel est le revenu global (brut) du ménage ?
(Provenant de toutes sources)**

1. [0Dh, 499DH]
2. [500DH, 1999DH]
3. [2000DH, 2999DH]
4. [3000DH, 4999DH]
5. [5000DH, 9999DH]
6. [10000DH, 19999DH]

C.2 : Est ce qu'il a fallu déboursé de l'argent pour les soins aux cours de la période post-natale ?

1. Oui
2. Non

C.3 : Si oui, comment vous estimez ces dépenses ?

1. Trop élevées
2. Moyennement acceptables
3. Acceptables
4. Modérés

C.4 : Combien vous avez dépensé sur les soins de santé par mois, au cours du post-partum ?

1. < 500 DH
2. Entre 500 et 1000 DH
3. Entre 1000 et 2000 DH
4. Entre 2000 et 5000 DH
5. >5000 DH

C.5 : Par rapport au revenu global du ménage, quel est le pourcentage de ces dépenses en santé ?

1. 10 %
2. Entre 10 et 20%
3. 25%
4. Entre 25% et 50%
5. >50%

C.6 : Est-ce que vous avez une couverture médicale ?

1. Oui
2. Non

C.7 : Si oui, quel type ?

1. CNSS
2. CNOPS
3. RAMED
4. Société d'assurance privée

C.8 : Si non, est-ce que l'absence d'une assurance maladie n'influence pas votre décision de consulter en période post-natale ?

1. Oui
2. Non

L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

C.9/C.12 : Profession principale du chef de ménage [nomenclature HCP]

1. Membres des corps législatifs élus locaux, responsables hiérarchiques de la fonction publique, directeurs et cadres de direction d'entreprises
2. Cadres supérieurs et membres des professions libérales
3. Cadres moyens
4. Employés libérales
5. Commerçants, intermédiaires commerciaux et financiers
6. Exploitants agricoles, pêcheurs, forestiers, chasseurs et travailleurs assimilés.
7. Artisans et ouvriers qualifiés des métiers artisanaux (non compris les ouvriers de l'agriculture)
8. Ouvriers et manouvres agricoles et de la pêche (y compris les ouvriers qualifiés)
9. Conducteurs d'installation et de machines et ouvriers de l'assemblage
10. Manouvres non agricole, manutentionnaires et travailleurs des petits métiers
11. Personnes ne pouvant être classées selon la profession (à préciser)
12. Personne en chômage

C. 10 : Situation dans la profession principale

1. Salarié
2. Indépendant
3. Employeur
4. Domestique
5. Aide familiale
6. Apprenti
7. Associé/membre de coopérative
8. Autres

C. 11 : Est-ce que vous exercez une activité professionnelle ? (Mère)

1. Oui
2. Non

C. 13 : Si oui est ce que vous aurez un congé de maternité ?

1. Oui
2. Non

ANNEXES

C : CONDITIONS ECONOMIQUES DES PARTURIENTES

REVENU DU MENAGE / DEPENSES EN SOINS

C.1	C.2	C.3	C.4	C.5	C.6	C.7	C.8
Le revenu global (brut) du ménage (Voir code)	Dépenses de soins				Couverture Médicale		
	Déboursier de l'argent pour les soins aux cours de la période post-natale (Voir code)	Estimation de ces dépenses (Voir code)	Dépensés en soins de santé par mois, au cours de la période postpartum (Voir code)	Le pourcentage de ces dépenses en santé, par rapport au revenu global du ménage (Voir code)	La présence d'une couverture médicale (Voir code)	Le type de la Couverture médicale (Voir code)	L'absence d'une assurance maladie n'influence pas votre décision de consulter au cours de la grossesse (Voir code)
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/
...

C : CONDITIONS ECONOMIQUES DES PARTURIENTES (SUITE)

L'ACTIVITE PROFESSIONNELLE

C.9	C.10	C.11	C.12	C.13
Profession principale du chef du ménage (voir code)	Situation dans la profession principale (voir code)	Est-ce que vous exercez une activité professionnelle ? (Voir code)	Le type de la profession exercée (Voir code)	Est-ce que vous aurez un congé de maternité ? (Voir code)
/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ / /
/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ / /
/ / /	/ /	/ /	/ / /	/ / /
⋮	⋮	⋮	⋮	⋮

D : ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE MATERNELLE

D. 1 : Au niveau de la structure de soins, quelle est votre durée d'attente moyenne au niveau pour bénéficier d'une consultation prénatale ?

1. Sans attente
2. < 15 min
3.] 15min, 30min]
4.] 30 min, 45min]
5.] 45min, 1h]
6. > 1h

D. 2 : Comment vous considérez la durée d'attente ?

1. Acceptable
2. Un peu long
3. Trop long
4. Je ne sais pas

D. 3 : Êtes-vous satisfaite de la qualité d'accueil de vos consultations prénatales ?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

D. 4 : Lorsque vous vous rendez au niveau des structures de la consultation prénatale vous trouvez la sage-femme ou le médecin qui assure votre prise en charge ?

1. Oui
2. Non
3. Parfois

D. 5 : Selon vous est ce que l'effectif des sages-femmes ou des médecins qui assurent les consultations prénatales a été suffisant ?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

D. 6 : Êtes-vous satisfaite de la qualité des soins que vous avez eus au cours des consultations prénatales ?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

D. 7 : Êtes-vous satisfaite de la qualité des soins que vous avez eus au cours de ton hospitalisation au niveau de la structure d'accouchement ?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

D. 8 : Vous avez suivi votre grossesse dans :

1. Unité de visite mobile
2. Etablissement de soins

D. 9 : Est-ce que vous avez reçu une fiche de renseignement avant votre sortie de l'hôpital :

1. Oui
2. Non

D. 10 : Si oui, est ce cette fiche contient des renseignements sur :

1. Déroulement de l'accouchement
2. Déroulement du post-partum immédiat
3. Déroulement du post-partum précoce
4. Déroulement de la 1^{ère} CPN

ANNEXES

D : ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE MATERNELLE

D.1 Au niveau de la structure de soins, quelle est votre durée d'attente moyenne au niveau pour bénéficier d'une consultation prénatale ? (Voir code)	D.2 Comment vous considérez la durée d'attente ? (Voir code)	D.3 Êtes-vous satisfaite de la qualité d'accueil de vos consultations prénatales ? (Voir code)	D.4 Lorsque vous vous rendez au niveau des structures de la consultation prénatale vous trouvez la sage-femme ou le médecin qui assure votre prise en charge ? (Voir code)	D.5 Selon vous est ce que l'effectif des sages-femmes ou des médecins qui assurent les consultations prénatales a été suffisant ? (Voir code)	D.6 Êtes-vous satisfaite de la qualité des soins que vous avez eus au cours des consultations prénatales ? (Voir code)	D.7 Êtes-vous satisfaite de la qualité des soins que vous avez eus au cours de ton hospitalisation au niveau de la structure d'accouchement ? (Voir code)
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
...

ANNEXES

D : ORGANISATION DES SERVICES DE SANTE MATERNELLE (SUITE)

D.8	D.9	D.10
Vous avez suivi votre grossesse dans (voir code)	Est-ce que vous avez reçu une fiche de renseignement avant votre sortie de l'hôpital : (Voir code)	Si oui, est ce cette fiche contient des renseignements sur (Voir code)
/ /	/ /	/ / /
/ /	/ /	/ / /
/ /	/ /	/ / /
...

E : COMMUNICATION ENTRE LES PARTURIENTES ET LES SOIGNANTS

E. 1 : Est-ce que vous avez eu une bonne relation avec les professionnels de santé ayant assuré votre prise en charge durant votre grossesse ?

1. Oui
2. Non

E. 2 : Est-ce que vous avez eu une bonne relation avec les professionnels de santé ayant assuré votre accouchement ?

1. Oui
2. Non

E. 3 : Etes-vous satisfaite de la qualité des explications et des informations octroyées au cours du post-partum précoce ?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

E. 4 : Lorsque vous avez discuté avec les professionnels de santé ayant assuré votre prise en charge lors des consultations prénatales est ce que vous avez ressenti les éléments suivants :

1. Ecoute active
2. Empathie
3. Clarté des mots utilisés

E. 5 : Est-ce que vous étiez informée sur les complications de la période post-natale au cours de la dernière consultation prénatale ?

1. Oui
2. Non

E. 6 : Est-ce que vous étiez informée sur l'importance des consultations post-natales au cours de la dernière consultation prénatale ?

1. Oui
2. Non

E. 7 : Est-ce que vous étiez informée sur le calendrier des consultations post-natales au cours de la dernière consultation prénatale ?

1. Oui
2. Non

E. 8 : Est-ce que vous avez bénéficié d'un soutien psychologique de la part des professionnels de santé lors de vos consultations prénatales ?

1. Oui
2. Non

E. 9 : Est-ce que vous avez bénéficié d'un soutien psychologique de la part des professionnels de santé au moment de votre accouchement ?

1. Oui
2. Non

E : COMMUNICATION ENTRE LES PARTURIENTES ET LES SOIGNANTS

E.1	E.2	E.3	E.4	E.5	E.6	E.7	E.8	E.9
Est-ce que vous avez eu une bonne relation avec les professionnels de santé ayant assuré votre prise en charge durant votre grossesse ? (Voir code)	Est-ce que vous avez eu une bonne relation avec les professionnels de santé ayant assuré votre accouchement ? (Voir code)	Etes-vous satisfaite de la qualité des explications et des informations octroyées au cours du post-partum précoce ? (Voir code)	Lorsque vous avez discuté avec les professionnels de santé ayant assuré votre prise en charge lors des consultations prénatales est ce que vous avez ressenti les éléments suivants (Voir code)	Est-ce que vous étiez informée sur les complications de la période post-natale au cours de la dernière consultation prénatale ? (Voir code)	Est-ce que vous étiez informée sur l'importance des consultations post-natales au cours de la dernière consultation prénatale ? (Voir code)	Est-ce que vous étiez informée sur le calendrier des consultations post-natales au cours de la dernière consultation prénatale ? (Voir code)	Est-ce que vous avez bénéficié d'un soutien psychologique de la part des professionnels de santé lors de vos consultations prénatales ? (Voir code)	Est-ce que vous avez bénéficié d'un soutien psychologique de la part des professionnels de santé au moment de votre accouchement ? (Voir code)
/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/
/	/	/	/	/	/	/	/	/
...

F : RENSEINEMENTS MEDICAUX

F.1 : Antécédents personnels (expériences antérieures) :

.....
.....
.....
.....

F.2 : Antécédents obstétricaux :

.....
.....
.....
.....

F.3 : Antécédents chirurgicaux :

.....
.....
.....
.....

F.4 : Parité :

1. Primipare
2. 2^{ème} P
3. 3^{ème} P
4. 4^{ème} P
5. 5^{ème} P
6. >5^{ème} P

F.5 : Terme de la grossesse :

1. Accouchement prématuré
2. Accouchement à terme
3. Dépassement de terme

F. 6 : Êtes-vous satisfaite de la qualité des soins que vous avez reçus lors des consultations prénatale (intimité/confidentialité) ?

1. Oui
2. Non
3. Je ne sais pas

F.7 : Déroulement de l'accouchement :

1. Sans complications
2. Avec complications

F.8 : Si avec complication, laquelle :

.....
.....
.....
.....

F.9 : Mode d'accouchement :

1. Voie basse
2. Voie haute

F.10 : Poids à la naissance :

1. Hypotrophique
2. Eutrophique
3. Hypertrophique

ANNEXES

F : RENSEINEMENTS MEDICAUX

F.1	F.2	F.3	F.4	F.5	F.6	F.7	F.8	F.9	F.10
Antécédents personnels (expériences antérieures)	Antécédents obstétricaux	Antécédents chirurgicaux	Parité (voir code)	Terme de la grossesse (voir code)	Êtes-vous satisfaite de la qualité des soins que vous avez reçus lors des consultation prénatale (intimité/confidentialité) ? (voir code)	Déroulement de l'accouchement (voir code)	Si avec complication, laquelle	Mode d'accouchement (voir code)	Poids à la naissance (voir code)
.....	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
.....	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
.....	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /	/ /
.....

*

ANNEXES

G : PARAMETRES A SURVEILLER LORS DES DIFFERENTES CONSULTATIONS POST-NATALES

	Paramètres à surveiller	Oui	Non	Je ne sais pas	Fréquence
Postnatal immédiat (2heures après l'accouchement)	Etat général :				
	Conscience,	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	Pouls,	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	TA,	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	Température,	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	Conjonctifs.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	Examen clinique :				
	Globe utérin de sécurité, L'aspect et la quantité de saignement.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
L'examen du périnée.	/_/_/	/_/_/	/_/_/		
L'appréciation de la miction.	/_/_/	/_/_/	/_/_/		
La médication en cours.	/_/_/	/_/_/	/_/_/		
La mise au sein précoce.	/_/_/	/_/_/	/_/_/		
IEC sur les signes de danger du post-partum pour : La mère,	/_/_/	/_/_/	/_/_/		

ANNEXES

	Paramètres à surveiller	Oui	Non	Je ne sais pas	Fréquence
Post-partum précoce	Etat général :				
	Conscience,	/_/_	/_/_	/_/_	
	Pouls,	/_/_	/_/_	/_/_	
	TA,	/_/_	/_/_	/_/_	
	Température,	/_/_	/_/_	/_/_	
	Conjonctifs.	/_/_	/_/_	/_/_	
	Examen clinique :				
	✓ Seins : la sécrétion du colostrum,	/_/_	/_/_	/_/_	
	✓ Involution utérine,	/_/_	/_/_	/_/_	
	✓ Lochies : aspect, quantité, odeur, couleur,	/_/_	/_/_	/_/_	
	✓ Périnée,	/_/_	/_/_	/_/_	
	✓ Mollets à la recherche des signes de phlébite,				
✓ Evacuation vésicale et rectale.	/_/_	/_/_	/_/_		
Soins des seins.	/_/_	/_/_	/_/_		
Toilette intime.	/_/_	/_/_	/_/_		
Soins de périnée.	/_/_	/_/_	/_/_		
Administration de l'anti-D si nécessaire.	/_/_	/_/_	/_/_		
Le premier lever de la césarisée.	/_/_	/_/_	/_/_		
Mise au sein.	/_/_	/_/_	/_/_		
IEC sur les points suivants :					
➤ Signes de danger de la période post-natal pour la mère.	/_/_	/_/_	/_/_		
➤ Signes de dépression du post-partum.	/_/_	/_/_	/_/_		
➤ Les tranchés du post-partum ;	/_/_	/_/_	/_/_		
➤ Hygiène féminine.	/_/_	/_/_	/_/_		
➤ Comment s'occuper du nouveau-né.	/_/_	/_/_	/_/_		
➤ Comment stimuler le développement psychoaffectif et sensorial du nourrisson.	/_/_	/_/_	/_/_		
➤ Allaitement exclusif au sein à la demande, de jour comme de nuit au moins 8 fois par 24 heures.	/_/_	/_/_	/_/_		

ANNEXES

	Paramètres à surveiller	Oui	Non	Je ne sais pas	Quand ?
Première consultation post-natale (médicalisé)	Etat général : Pouls, TA, Température,	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	Examen clinique : ✓ Seins : la sécrétion du colostrum. ✓ Involution utérine. ✓ Lochies : aspect, quantité, odeur, couleur. ✓ Périnée. ✓ Mollets à la recherche des signes de phlébite. ✓ Evacuation vésicale et rectale.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	Mise au sein	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	Rappel sur les points suivants :				
	➤ Signes de danger de la période post-natal pour la mère.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Signes de dépression du post-partum.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Les tranchés du post-partum.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Hygiène féminine.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Comment s'occuper du nouveau-né.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Comment stimuler le développement psychoaffectif et sensorial du nourrisson.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
➤ La monter laiteuse.	/_/_/	/_/_/	/_/_/		
➤ Allaitement exclusif au sein à la demande, de jour comme de nuit au moins 8 fois par 24 heures.	/_/_/	/_/_/	/_/_/		
➤ Nutrition maternelle.	/_/_/	/_/_/	/_/_/		
➤ Planification familiale.	/_/_/	/_/_/	/_/_/		
➤ Vaccination.	/_/_/	/_/_/	/_/_/		

ANNEXES

	Paramètres à surveiller	Oui	Non	Je ne sais pas	Quand ?
Deuxième consultation post-natale	Interrogatoire :				
	✓ Le déroulement de l'accouchement (voie d'accouchement ; épisiotomie, poids à la naissance).	/__/	/__/	/__/	
	✓ Appréciation de l'état général de la mère depuis la sortie de la maternité.	/__/	/__/	/__/	
	✓ L'expérience de suite de couches et le retour à domicile.	/__/	/__/	/__/	
	✓ L'apparition des signes de risque.	/__/	/__/	/__/	
	✓ L'existence des douleurs.	/__/	/__/	/__/	
	✓ La monter laiteuse.	/__/	/__/	/__/	
	✓ L'allaitement maternel.	/__/	/__/	/__/	
	✓ Le sommeil.	/__/	/__/	/__/	
	✓ La nutrition.	/__/	/__/	/__/	
	✓ Tous problèmes ressentis par l'accouchée.	/__/	/__/	/__/	
	Etat général :				
	Pouls,	/__/	/__/	/__/	
	TA,	/__/	/__/	/__/	
Température,	/__/	/__/	/__/		
Examen clinique :					
✓ L'examen de la cicatrice de césarienne à la recherche d'infection.	/__/	/__/	/__/		
✓ Dépister les troubles du post-partum.	/__/	/__/	/__/		
Examen gynécologique :					
✓ Examen des seins.	/__/	/__/	/__/		
✓ Involution utérine.	/__/	/__/	/__/		
✓ Lochies : aspect, quantité, odeur, couleur.	/__/	/__/	/__/		
✓ Examen du périnée.	/__/	/__/	/__/		
✓ Recherche d'une incontinence urinaire ou anale.	/__/	/__/	/__/		
✓ Recherche d'hémorroïdes.	/__/	/__/	/__/		
Supplémentation en vitamine A.	/__/	/__/	/__/		
Supplémentation en Fer.	/__/	/__/	/__/		
Vérification de la prise de l'anti-D si la femme est Rhésus négatif.	/__/	/__/	/__/		
Référer au médecin en cas de complication post-natale pour prise en charge.	/__/	/__/	/__/		
Mise au sein.	/__/	/__/	/__/		

ANNEXES

	Rappel sur les points suivants :				
	➤ Signes de danger de la période post-natal pour la mère.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Signes de dépression du post-partum.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Hygiène féminine.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Comment s'occuper du nouveau-né.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Comment stimuler le développement psychoaffectif et sensorial du nourrisson.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Allaitement exclusif au sein à la demande, de jour comme de nuit au moins 8 fois par 24 heures.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Nutrition maternelle.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Planification familiale.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	

ANNEXES

	Paramètres à surveiller	Oui	Non	Je ne sais pas	Quand ?
Troisième consultation post-natale	Interrogatoire : ✓ Appréciation de l'état général de la mère depuis la dernière consultation. ✓ L'apparition des signes de risque. ✓ L'existence des douleurs. ✓ L'allaitement maternel. ✓ Le sommeil. ✓ La nutrition. ✓ Tous problèmes ressentis par l'accouchée ou aperçus chez son nouveau-né.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	Etat général : Pouls, TA, Température,	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	Examen clinique : ✓ L'examen de la cicatrice de césarienne à la recherche d'infection. ✓ Dépister les troubles du post-partum.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	Examen gynécologique : ✓ Examen des seins. ✓ Involution utérine. ✓ Retour des couches. ✓ Examen du périnée. ✓ Recherche d'hémorroïdes.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	Supplémentation en Fer.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	Référer au médecin en cas de complication pour prise en charge.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	Choix d'une méthode contraceptive.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	Mise au sein.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	

ANNEXES

	Rappel sur les points suivants :				
	➤ Signes de danger de la période post-natal pour la mère.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Signes de dépression du post-partum.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Hygiène féminine.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Comment s'occuper du nouveau-né.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Comment stimuler le développement psychoaffectif et sensorial du nourrisson.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Allaitement exclusif au sein à la demande, de jour comme de nuit au moins 8 fois par 24 heures.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Nutrition maternelle.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	
	➤ Planification familiale.	/_/_/	/_/_/	/_/_/	

H. LE DEPISTAGE DES COMPLICATIONS DU POST-PARTUM

ANNEXES

	Type de complication	Eléments de diagnostic	Oui	Non
Postnatal immédiat (2heures après l'accouchement)	Hémorragie de la délivrance	Perte sanguine de plus de 500ml dans les 24H après l'accouchement soit associer à :	/__/	/__/
		• Un flot de sang rouge ou noir d'apparition brutale ;	/__/	/__/
		• Un suintement continu de sang ;	/__/	/__/
		• Caillots s'évacuant à chaque CU ou à l'expression.	/__/	/__/
		Involution utérine supérieure à la normale.	/__/	/__/
		Utérus mou ou atonie utérine avec absence de globe de sécurité.	/__/	/__/
		Utérus situé largement au-dessus de l'ombilic.	/__/	/__/
		Cordon ombilical remonte en même temps que le corps utérin.	/__/	/__/
		Malaise jusqu'à la perte de connaissance.	/__/	/__/
		Pâleur cutanée.	/__/	/__/
		Sueurs.	/__/	/__/
		Angoisse.	/__/	/__/
		Sensation de soif intense.	/__/	/__/
		Hypotension avec une pression systolique inférieure à 90 mmHg.	/__/	/__/
Tachycardie supérieure à 110 battements par minute.	/__/	/__/		
Pouls filant.	/__/	/__/		

	Type de complication	Eléments de diagnostic	Oui	Non
Post-partum précoce	Crevasses ou fissures du mamelon	Douleurs vives.	/__/	/__/
		Parfois saignement lors des tétées.	/__/	/__/
		Soit érosion, fissure ou ulcération du mamelon.	/__/	/__/
	Embolie pulmonaire	Sensation d'angoisse.	/__/	/__/
		Présence d'une douleur thoracique.	/__/	/__/
		Dyspnée.	/__/	/__/
		Tachycardie.	/__/	/__/
		Hyperthermie modérée.	/__/	/__/
		Hémoptysie.	/__/	/__/

ANNEXES

Type de complication		Eléments de diagnostic	Oui	Non
Hémorragie génitale précoce Au-delà des 24 premières heures qui suivent l'accouchement		Pertes sanguines supérieurs à 500 ml d'origine génital.	/__	/__
		Absence du globe de sécurité (Atonie utérine 2 ^{ème} ou le 3 ^{ème} jour).	/__	/__
		Utérus mou qui dépasse l'ombilic (Atonie utérine 2 ^{ème} ou le 3 ^{ème} jour).	/__	/__
		Signes de l'endométrite hémorragique.	/__	/__
Embolie pulmonaire		Sensation d'angoisse.	/__	/__
		Présence d'une douleur thoracique.	/__	/__
		Dyspnée.	/__	/__
		Tachycardie.	/__	/__
		Hyperthermie modérée.	/__	/__
		Hémoptysie.	/__	/__
Endométrite 3 jours à 5 j après l'accouchement		Céphalées.	/__	/__
		Asthénie.	/__	/__
		Fièvre à 38-39°C.	/__	/__
		Utérus non involué et mou.	/__	/__
		Stagnation de la hauteur utérine.	/__	/__
		Col béant.	/__	/__
		Lochies abondants, fétides parfois purulentes.	/__	/__
		Douleurs pelviennes spontanée et provoquée à la mobilisation utérine.	/__	/__
Pelvipéritonite Début à la fin de la première semaine		Diarrhée et les myalgies	/__	/__
		Fièvre à 39-40°C.	/__	/__
		Douleurs hypogastriques.	/__	/__
		Pollakiurie.	/__	/__
		Syndrome rectal.	/__	/__
		Défense sus-pubienne.	/__	/__
		Utérus douloureux.	/__	/__
Péritonite généralisée		Empâtement et DLR du cul de sac vaginaux.	/__	/__
		Asthénie.	/__	/__
		Pâleur conjonctivale.	/__	/__
		Yeux cernés.	/__	/__
		Pouls rapide.	/__	/__
		Hypotension.	/__	/__
		Vomissements tardifs.	/__	/__
Septicémie Début vers le 3^{ème} ou le 4^{ème} jour des suites de couches		Diarrhée.	/__	/__
		Fièvre en plateau entre 39° et 40°C.	/__	/__
		Frissons.	/__	/__
		Pouls accéléré.	/__	/__
		Respiration rapide et superficielle.	/__	/__
		faciès pâle.	/__	/__
		Regard figé.	/__	/__
		Urines rares et foncées.	/__	/__
		Pollakiurie.	/__	/__

Deuxième consultation post-natale

ANNEXES

	Infection urinaire	Brûlures mictionnelles.	/__/	/__/
		Douleurs lombaires.	/__/	/__/
		Urines troubles.	/__/	/__/
		Bandelette urinaire positive (leucocytes, nitrites).	/__/	/__/
	Engorgement mammaire 2 ^{ème} -3 ^{ème} jour après l'accouchement	Fébricule à 38.5°C.	/__/	/__/
		Douleurs mammaires bilatéral.	/__/	/__/
		Seins sont durs, tendus, très douloureux.	/__/	/__/
	Lymphangite 5 à 10 jours après l'accouchement parfois plus tardif	Fièvre élevée à 39-40°C.	/__/	/__/
		Frissons.	/__/	/__/
		Douleurs mammaires unilatérales.	/__/	/__/
		Placard rouge chaud, douloureux de la face externe du sein avec traînée rosâtre vers l'aisselle.	/__/	/__/
		Adénopathie axillaire douloureuse.	/__/	/__/
		Signe de Budin négatif.	/__/	/__/
	Baby-blues 3 ^{ème} /4 ^{ème} après l'accouchement	Humeur triste.	/__/	/__/
		Pleurs faciles.	/__/	/__/
		Peur de mal faire générant une grande culpabilité.	/__/	/__/
Troubles de l'appétit et du sommeil.		/__/	/__/	
Irritabilité.		/__/	/__/	

ANNEXES

Type de complication	Eléments de diagnostic	Oui	Non
Retour de couches hémorragiques Environs de la 6^{ème} semaine après l'accouchement	Absences de fièvre et de douleurs pelviennes.	/__/	/__/
	Utérus involué.	/__/	/__/
	Col utérin fermé.	/__/	/__/
Infection urinaire	Pollakiurie.	/__/	/__/
	Brûlures mictionnelles.	/__/	/__/
	Douleurs lombaires.	/__/	/__/
	Urines troubles.	/__/	/__/
	Bandelette urinaire positive (leucocytes, nitrites).	/__/	/__/
Lymphangite	Fièvre entre 39 et 40°C.	/__/	/__/
	Frissons.	/__/	/__/
	Douleurs mammaires unilatérales.	/__/	/__/
	Placard rouge chaud, douloureux de la face externe du sein avec traînée rosâtre vers l'aisselle.	/__/	/__/
	Adénopathie axillaire douloureuse.	/__/	/__/
	Signe de Budin négatif.	/__/	/__/
Galactophorite Au moins 10-15 jours après l'accouchement	Fièvre modérée à 38-38,5°C.	/__/	/__/
	Douleurs mammaires unilatérales.	/__/	/__/
	Douleurs de l'ensemble du sein.	/__/	/__/
	Signe de Budin positif.	/__/	/__/
Mastite aiguë Début entre 3^{ème} à 4^{ème} Semaine après l'accouchement	Fièvre à 38°C.	/__/	/__/
	Sein tendu.	/__/	/__/
	Douleurs mammaires parfois pulsatiles et insomniantes.	/__/	/__/
	Sein rouge œdématisé, sans masse fluctuante (1 ^{er} stade d'abcès non collecté).	/__/	/__/
	Masse rouge chaude fluctuante, douloureuse, accompagnée d'adénopathies satellites douloureuses, d'hyperthermie et d'altération de l'état général (Stade de collection).	/__/	/__/
Thrombose veineuse profonde Au cours de la 2^{ème} semaine après l'accouchement	Fièvre modérée (37,5-38°C) et inconstante.	/__/	/__/
	Accélération du pouls.	/__/	/__/
	Douleur unilatérale du mollet.	/__/	/__/
	Douleur du pli de l'aîne.	/__/	/__/
	Sensation de jambe lourde.	/__/	/__/
	Discret œdème.	/__/	/__/
	Chaleur du mollet.	/__/	/__/
	Douleur provoquée au niveau du mollet à la palpation profonde.	/__/	/__/
Signe de Homans.	/__/	/__/	
Thrombophlébite pelvienne	Association à une endométrite sévère et rebelle au traitement antibiotique.	/__/	/__/
	Signes urinaires : dysurie, pollakiurie, rétention d'urines.	/__/	/__/
	Signes intestinaux : ballonnement, ténésme.	/__/	/__/
	Douleurs d'un paramètre au toucher vaginal.	/__/	/__/

Troisième consultation post-natale

ANNEXES

Thromboses veineuses cérébrales 2^{ème} ou 3^{ème} semaine après l'accouchement	Céphalées.	/__/	/__/
	Epilepsie.	/__/	/__/
	Syndrome focal.	/__/	/__/
	Encéphalopathie subaiguë.	/__/	/__/
Dépression du post-partum Entre la quatrième et la sixième semaine après l'accouchement	Trouble dépressif.	/__/	/__/
	Trouble de l'humeur.	/__/	/__/
	Ralentissement psychomoteur.	/__/	/__/
	Asthénie.	/__/	/__/
	Troubles du sommeil.	/__/	/__/
Psychose du post-partum 15 jours après l'accouchement	Grande instabilité de l'humeur.	/__/	/__/
	Risque d'agressivité très élevé.	/__/	/__/
	Signes d'infection bactérienne grave	/__/	/__/

Annexe n°5 :

Formulaire d'information

Le ratio de la mortalité maternelle reste très élevé, malgré les efforts déployés au Maroc pour le réduire. En effet, il est de 72,6 décès pour 100.000 naissances vivantes.

L'enquête confidentielle sur les décès maternels a mis l'accent sur l'importance d'améliorer la prise en charge globale des femmes enceintes et des accouchées, en l'occurrence, à travers le renforcement du programme de consultation post-natale. Par ailleurs, selon les résultats de cette enquête, le post-partum est un maillon faible des soins, nonobstant qu'il est imputé plusieurs fois dans les variables associées aux décès maternels. La raison pour laquelle ses recommandations ont insisté sur l'importance d'intensifier la surveillance des accouchées durant cette période, afin d'éviter et de traiter à temps les complications des suites de couches.

Des études réalisées dans différents contextes ont montré que la morbidité maternelle diminue lorsque la mère bénéficie d'une surveillance dans la période de post-partum. Dans ce sens, le Fonds des Nations Unies pour l'Enfance a mis l'accent sur l'exigence d'inscrire la prise en charge de l'accouchée dans le continuum de soins, qui couvre les 42 jours de la période post-partum, et ce, dans une vision de réduire significativement les risques de morbidité et de mortalité maternelle.

Ces constats attestent la nécessité de mener des études autour de la période post-natale, afin de toucher les accouchées qui malgré les soins reçus en post-partum immédiat sont souvent négligées dans les jours et les semaines qui suivent l'accouchement.

Dans cette vision, cette étude a pour objectif général d'établir l'association existante entre le suivi ou non au cours de la période post-natale et l'incidence des complications maternelles au niveau de la maternité de Rabat.

Cette étude aura lieu au niveau de la maternité Souissi de Rabat. Et elle concernera une population source constituée de parturientes hospitalisées au niveau de cette structure. A condition que ces parturientes, ont eu une grossesse sans complication et qu'elles ont exprimé leur accord de participer à cette étude.

Après la validation de protocole de recherche par le comité éthique de la faculté de médecine de Rabat, et l'obtention de l'autorisation de la collecte de données de la part des responsables de la maternité Souissi de Rabat. La prise de contact avec les femmes accouchées aura lieu au cours du post-partum immédiat au niveau de la salle d'accouchement de la maternité Souissi de Rabat, les femmes recrutées seront enquêtées à quatre reprises selon le calendrier suivant :

- A 12 h d'hospitalisation.
- A 24h d'hospitalisation.
- A 9 jours après l'accouchement.
- A 42 jours après l'accouchement.

Cette étude n'a présenté aucun risque pour la santé des accouchées. Car, après leur sortie de la maternité, le contact avec elles sera à travers des visites à domicile ou des contacts téléphoniques le 9^{ème} jour et le 42^{ème} jour après l'accouchement. Ces visites auront pour objet de déceler les complications maternelles qui sont susceptibles de survenir durant la période post-natale, et ce à travers la réalisation d'une anamnèse, la vérification du carnet de santé de la mère, et son examen clinique.

ANNEXES

Ces visites permettront aux accouchées recrutées de bénéficier d'un suivi de près dès l'accouchement jusqu'à 42 jours après l'accouchement. Comme elle leur permettra de déceler à temps les complications qui peuvent survenir durant cette période, et par conséquent elles seront orientées à temps vers la structure compétente pour une prise en charge convenable.

Sans justification et sans compromettre la qualité des soins qui lui sont dispensés, l'accouchée est libre de refuser de participer à cette étude. Comme elle peut interrompre sa participation à tout moment.

Annexe n°6 :

Formulaire d'information (VA)

ورقة المعلومات

يعد معدل وفيات الأمهات جد مرتفع بالمغرب، على الرغم من المجهودات المبذولة للتقليل منه. في الواقع هذا المعدل يمثل 72,6 و وفاة لكل 100.000 ولادة حية.

أبرزت الدراسة الاستقصائية السرية لوفيات الأمهات أهمية تحسين الرعاية العامة للنساء الحوامل واللائي وضعن، بالخصوص تدعيم برنامج الفحص بعد الولادة. خصوصا أن، وفقا لنتائج هذه الدراسة، تعد مرحلة ما بعد الولادة حلقة ضعيفة تتطلب المزيد من الرعاية، وترتبط في كثير من الحالات بالعوامل المسببة لوفيات الأمهات. ولهذا السبب أكدت التوصيات هذه الدراسة على أهمية تكثيف مراقبة النساء حديثي الوضع، وذلك لتجنب مضاعفات ما بعد الولادة ومعالجتها.

وقد أظهرت الدراسات في بلدان مختلفة أن الأمراض التي تصيب الأمهات تنخفض عندما يتم مراقبة الأم في فترة ما بعد الولادة. وفي هذا الصدد، شددت منظمة الأمم المتحدة للطفولة على ضرورة إدراج مراقبة الأمهات في إطار الرعاية المتواصلة، التي تغطي 42 يوما من فترة ما بعد الولادة. ويندرج هذا في مقاربة الحد بشكل كبير من خطر الأمراض التي تصيب الأمهات والوفيات النفاسية.

تشهد هذه النتائج على ضرورة إجراء دراسات حول فترة ما بعد الولادة للوصول إلى النساء حديثي الوضع اللاتي غالبا ما يهملن في الأيام والأسابيع التي تلي الوضع، على الرغم من تلقيهم الرعاية الفورية بعد الولادة.

في هذه الرؤية، تهدف هذه الدراسة إلى تحديد العلاقة بين المتابعة أو عدمها خلال فترة ما بعد الوضع وانتشار المضاعفات التي تصيب الأمهات على مستوى مستشفى الولادة السويسي بالرباط.

وستجرى هذه الدراسة على مستوى مستشفى الولادة بالرباط. وتخص النساء حديثي الوضع بالمستشفى، شريطة أن تكون هذه النساء قد مررن بمرحلة حمل غير معقدة وأعربن عن موافقتهن للمشاركة في هذه الدراسة.

بعد الموافقة على مراحل البحث من قبل لجنة الأخلاقيات بكلية الطب بالرباط، والحصول على إذن جمع المعطيات من مسؤولي مستشفى الولادة السويسي بالرباط، سيتم ربط الاتصال بالنساء اللاتي وضعن مباشرة في غرفة الولادة بمستشفى السويسي بالرباط، وسيجرى البحث مع النساء المعنيات أربع مرات وفقا للجدول الزمني التالي:

12 ساعة من دخول المستشفى.

24 ساعة من دخول المستشفى.

9 أيام بعد الولادة.

42 يوم بعد الولادة.

لن تشكل هذه الدراسة خطرا على صحة النساء حديثي الوضع. لأنه بعد مغادرتهن جناح الولادة بالمستشفى سيتم الاتصال بهن من خلال الزيارات المنزلية أو مكالمات هاتفية في اليوم التاسع واليوم الثاني وأربعون بعد الولادة. وتهدف هذه الزيارات إلى ضبط المضاعفات التي تصيب الأمهات والتي قد تحدث خلال فترة ما بعد الولادة، وذلك من خلال معرفة التاريخ الطبي، والتحقق من السجل الصحي للأم، والفحص السريري لها.

ANNEXES

وستتيح هذه الزيارات للنساء حديثي الوضع الحصول على متابعة عن قرب من الولادة إلى 42 يوماً بعد الولادة. كما أنها سوف تسمح لهن بالكشف في الوقت المناسب على المضاعفات التي قد تنشأ خلال هذه الفترة، وبالتالي سيتم توجيههن في حينها نحو الجهات المختصة للحصول على الرعاية المناسبة.

ونحيطكم علماً أنه بدون أي تبرير ودون المساس بنوعية الرعاية المقدمة لها، يحق للمرأة حديثة الوضع أن ترفض المشاركة في هذه الدراسة. كما يمكنها أن توقفها في أي وقت شاءت.

ANNEXES

Annexe n°7 :

Formulaire de recueil de consentement éclairé de l'accouchée

FORMULAIRE DE RECUEIL DE CONSENTEMENT ECLAIRE Participation à une étude
--

Nom :

Prénom :

....

Adresse :

...

.....

..

La doctorante Asmaa BARKAT m'a proposé de participer à une étude intitulée :

Etude de l'association entre le suivi post-natal et l'incidence des complications des suites de couches Etude de cohorte longitudinale prospective à la maternité Souissi de Rabat

Dont la promotrice est le Pr. Aicha Kharbach

J'ai reçu **oralement et par écrit** toutes les informations nécessaires pour comprendre l'intérêt et le déroulement de l'étude, les bénéfices attendus, les contraintes prévisibles.

J'ai pu poser toutes les questions nécessaires à la bonne compréhension de ces informations et j'ai reçu des réponses claires et précises.

J'ai disposé d'un délai de réflexion suffisant entre les informations reçues et ce consentement avant de prendre ma décision.

Interruption de la participation :

- Sans justification et sans compromettre la qualité des soins qui me sont dispensés :
 - Je suis libre de refuser de participer à cette étude,
 - Je peux interrompre ma participation à tout moment.
 - En foi de quoi, **j'accepte librement et volontairement de participer à cette recherche.**
- Ma participation pourra également être interrompue en cas d'arrêt prématuré de l'étude.

Législation :

Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités à mon égard et je conserve tous mes droits garantis par la loi.

J'ai été informé(e), qu'en conformité avec la loi relative à la politique de santé publique :

Le comité d'éthique a autorisé la réalisation de cette étude en date du 1 Mars 2018.

Recueil des données :

Les données ayant trait à mon état de santé, à mes conditions socio-économiques, etc.. demeurent strictement confidentielles et ne peuvent être consultées que par l'investigateur de cette étude.

ANNEXES

Informatisation des données :

J'accepte le traitement informatisé des données personnelles en conformité avec les dispositions de la loi relative à l'informatique, j'ai noté que je pourrais exercer, à tout moment, un droit d'accès et de rectification de mes données personnelles, en m'adressant auprès de doctorante Asmaa BARKAT.

J'ai bien été informé(e) que mes données personnelles seront rendues anonymes, avant d'être intégrées dans un rapport ou une publication scientifique.

Information :

- A ma demande, je peux obtenir toute information complémentaire auprès de doctorante Asmaa BARKAT.
- Je serai informé(e) de toute nouvelle information durant l'étude, susceptible de modifier ma décision quant à ma participation à celle-ci.
- Je serai informé(e) des résultats globaux de l'étude, à l'issue de celle-ci.
- Je conserve un exemplaire de la note d'information et du présent formulaire de consentement.

Partie à remplir par l'accouchée	Partie à remplir par l'investigateur
Nom et Prénom de l'accouchée	Nom et Prénom de l'investigateur : Asmaa BARKAT
Signature	Signature
Date et Lieu	Date et Lieu

Si la personne est inapte à lire et à écrire le français : le cas échéant,

En l'absence d'autonomie de lecture et d'écriture de Mme,, la tierce personne ci-dessous identifiée, atteste avoir personnellement et fidèlement lu au sujet la notice d'information et le présent formulaire de consentement, et recueilli son accord pour signer ici en son nom.

Tierce personne :

Mme, Mlle, M.....

Signature.....

Annexe n°8 :

Formulaire de recueil de consentement éclairé de l'accouchée (VA)

استمارة الموافقة المسبقة للمشاركة في دراسة

إلى السيدة:

الاسم العائلي:

الاسم الشخصي:

العنوان:

اقترحت علينا الطالبة الباحثة أسماء بركة المشاركة في دراسة بعنوان:

دراسة العلاقة بين الرعاية ما بعد الولادة، ووقوع مضاعفات الولادة
دراسة أترابية طويلة مستقبلية في مستشفى الولادة سويس في الرباط

المروج لها من طرف البروفسور خرياش عائشة
تلقيت شفوياً وكتابياً جميع المعلومات اللازمة لفهم الفائدة والضرورة الدراسة، والمعوقات المتوقعة. وتمكنت من طرح جميع
الأسئلة اللازمة لفهم الصحيح لهذه المعلومات وقد توصلت لإجابات واضحة ودقيقة.
وقد أخذت الوقت الكافي للتفكير في المعلومات الواردة وهذه الموافقة قبل اتخاذ قرار.
انقطاع المشاركة:

دون مبرر:

- أنا حرة لرفض المشاركة في هذه الدراسة.
- يمكنني توقيف المشاركة في أي وقت،
وتأكيداً لذلك أوافق بحرية وطوعية على المشاركة في هذا البحث.
كما سيتم إيقاف مشاركتي في حالة الانتهاء المبكر للدراسة.

التشريع:

موافقتي لا تعفي منظمة البحث عن مسؤولياتها اتجاهي واحتفظ بجميع حقوقي التي كفلها لي القانون.
علمت أنه وفقاً للقانون المتعلق بسياسة الصحة العامة:
قد أذنت لجنة الأخلاقيات لكلية الطب والصيدلة بالرباط بإجراء هذه الدراسة بتاريخ 1 مارس 2019.

الحصول على البيانات:

تحفظ البيانات المتعلقة بحالتي الصحية وظروفي الاقتصاديه والاجتماعية وما إلى ذلك في سرية تامة. ولا يمكن الاطلاع
عليها إلا من طرف الطالبة الباحثة أسماء بركة.

المعالجة المعلوماتية للبيانات:

أوافق على المعالجة المعلوماتية للبيانات الشخصية وفقاً لأحكام القانون المتعلق بالبيانات، ويمكنني ممارسة في أي لحظة، الحق
في الوصول وتعديل البيانات الشخصية الخاصة بي وذلك من خلال الاتصال بالطالبة الباحثة أسماء بركة.
لقد تم إبلاغي أنه سيتم تحويل بياناتي الشخصية إلى جهة مجهولة المصدر قبل إدراجها في تقرير ومشروع علمي.

المعلومات:

يمكنني الحصول على المزيد من المعلومات من طرف الطالبة الباحثة أسماء بركة بناء على طلبي.
سوف أبلغ خلال فترة الدراسة بكل معلومة جديدة من شأنها تغيير قرارتي بشأن مشاركتي في هذه الدراسة.

ANNEXES

كما سوف أبلغ بالنتائج العامة للدراسة عند انتهائها وسوف أحتفظ بنسخة من مذكرة المعلومات ونسخة من استمارة الموافقة.

للملأ من طرف الباحث	للملأ من طرف الأم
الاسم العائلي والشخصي للطالبة الباحثة: أسماء بركة	الاسم العائلي والشخصي للأم
الإمضاء	الإمضاء
التاريخ والمكان	التاريخ والمكان

إذا كانت الأم غير قادرة على القراءة والكتابة وباللغة العربية، إذا لزم الأمر:
في حالة عدم استقلالية السيدة..... في القراءة والكتابة يمكن لشخص ثالث أن يشهد لها شخصياً وبدقة أنه قد قرأ نشرة المعلومات واستمارة الموافقة هذه، وقد أدليت له الموافقة للتوقيع بالنيابة عنها

طرف ثالث:

السيدة(ة).....

توقيع

Annexe n°9 :

Glossaire

Accouchées non suivies en post-partum : Pour cette étude les accouchées non suivies en post-partum sont les accouchées n'ayant pas consulté durant la période post-natale sauf dans le cas d'une complication post-natale.

Accouchée suivie en post-partum : Pour cette étude les accouchées suivies en post-partum sont celles qui consultent en post-partum même en absence de toute complication post-natale ou même avant l'apparition d'une complication chez elles.

Vulnérabilité³¹⁰: est la qualité de ce ou celui qui est vulnérable (qui est susceptible d'être exposé aux atteintes physiques ou morales). Le concept peut être appliqué à une personne ou à un groupe social suivant s'il est capable de prévenir, de résister et de faire face à une influence. Les personnes vulnérables sont celles qui, pour plusieurs raisons, n'ont pas cette capacité développée et qui se trouvent donc, en quelque sorte, dans une situation de risque. La vulnérabilité a également un lien avec les conditions sociales et culturelles. En ce sens, une personne qui vit dans la rue est vulnérable (exposée) à toute sorte de risques (maladies, attaques, vols). Par ailleurs, un individu analphabète se trouve aussi dans une situation de vulnérabilité, dans la mesure où il a du mal à avoir accès au marché du travail et, par conséquent, à satisfaire ses besoins.

Exclusion sociale³¹¹ : capacité de la société pour assurer le bien-être de tous ses membres, évitant des disparités et polarisation et se concentrant sur des responsabilités partagées de réaliser cet objectif.

Ménage³¹² : est un groupe de personnes, parentes ou non, qui dorment habituellement dans une même résidence principale et, dans une mesure plus ou moins grande, pourvoient en commun aux besoins essentiels de leur existence, c'est-à-dire les dépenses pour se loger, se nourrir, s'habiller et se soigner essentiellement. Le ménage peut être :

- Soit un ménage d'une seule personne (ménage individuel) c'est-à-dire une personne qui pourvoit à ses propres besoins alimentaires et autres besoins vitaux, sans s'associer avec d'autres personnes pour former un ménage multiple.

³¹⁰ Chauvel, L., Le Destin des générations. Structure sociale et cohortes en France au XX^e siècle, Paris, 2002.

³¹¹ High Tech - Sciences humaines, http://www.overblog.com/Plan_de_cohesion_sociale_quels_en_sont_les_acteurs-1095203942-art412671.html , Consulté le 20/12/2018.

³¹² Institut national de la statistique et des études économiques, Définitions des concepts, Les Dossiers de Profils n°75, 2004, p : 71.

ANNEXES

- Soit un ménage multiple, c'est-à-dire un ensemble de deux ou plusieurs personnes, parentes ou non, qui occupent toute ou une partie d'une unité d'habitation et qui pourvoient en commun à leurs besoins alimentaires et aux autres besoins vitaux.

Revenu³¹³ : un revenu est l'ensemble des ressources ou droits qu'un individu, une entreprise ou une collectivité publique, perçoit sur une période donnée, en nature ou en monnaie.

Education³¹⁴ : est l'action de développer un ensemble de connaissances et de valeurs morales, physiques, intellectuelles, scientifiques considérées comme essentielles pour atteindre le niveau de culture souhaitée. L'éducation permet de transmettre d'une génération à l'autre la culture nécessaire au développement de la personnalité et à l'intégration sociale de l'individu.

Humanise³¹⁵ : Toute doctrine qu'a pour objet l'épanouissement de l'homme. Elle s'articule sur la mise en valeur de l'Homme en défendant sa valeur, sa dignité et sa place importante dans toute société. L'Homme doit être protégé contre toutes les formes d'assujettissement, qu'il soit idéologique, politique ou économique.

Activité symbolique³¹⁶ : Toute activité humaine productrice de significations. Le symbolique recouvre l'ensemble des activités humaines puisqu'elles sont créatrices d'institutions et de sens, qui permettent aux hommes de s'orienter dans un monde stable et structuré.

³¹³Dictionnaire Larousse, les Contemporains classiques de Demain, Paris, 2013, p : 124.

³¹⁴ Dictionnaire de politique, <http://www.toupie.org/Dictionnaire/Education.htm>, consulté le 20/12/2018.

³¹⁵ Clément, E., Demonque, C., Hansen-Love, L., Kahn, P., La philosophie de A à Z, Hatier, 2011.

³¹⁶ Idid.

Annexe n°10 :

Liste des communications et des travaux scientifiques

Liste des communications :

Affichées :

2020 : L'étude des facteurs influençant le non-recours à l'allaitement maternel exclusif au sein pendant les six premiers mois de vie au 21^{ème} Congrès Annuel Dr. Haj Driss Benjelloun ; organisé en collaboration entre l'Association Casablancaise des Pédiatres Privés et l'APLF.

2020 : L'étude des associations existantes entre le suivi post-natal et l'incidence des complications post-natales : Étude de cohorte longitudinale prospective à la Maternité Souissi de Rabat. A la 18^{ème} semaine du réseau mère-enfant de la francophonie à Lyon, France.

2020 : L'étude des variables liées à la sous-utilisation des consultations post-natales par les accouchées de la Maternité Souissi de Rabat. A la 18^{ème} semaine du réseau mère-enfant de la francophonie à Lyon, France.

Orales :

2017 : L'étude de l'influence des conditions socio-économiques des ménages sur la santé périnatale au colloque international « Rencontres sciences sociales et sante de Fès V » : Politiques de santé, maladies chroniques et accès aux soins.

2019 : L'étude de l'influence des conditions économiques des ménages sur la sévérité de l'asphyxie périnatale au niveau du Centre National de Référence en Néonatalogie et en Nutrition de Rabat au 20^{ème} Congrès Annuel Dr. Haj Driss Benjelloun ; organisé en collaboration entre l'Association Casablancaise des Pédiatres Privés et l'APLF.

2019 : L'étude de l'association entre les conditions de l'accouchement et la gravité de l'asphyxie périnatale, A la 17^{ème} semaine du réseau mère-enfant de la francophonie à Beyrouth Liban.

2019 : Le RAMED et l'accès aux soins : Cas des nourrissons souffrant des séquelles de l'asphyxie périnatale. A la 17^{ème} semaine du réseau mère-enfant de la francophonie à Beyrouth Liban.

Liste des articles publiés :

Barkat, As., Barkat, A., Underutilization of Magnesium Sulfate: case of the kenitra province between 2010 and 2014, WJPMR, Vol.4 n°12, 2018, p.92-103.

Barkat, As., Tozy, M., Hanchane, S., Barkat. A., Long-term fate of a newborn cohort with perinatal asphyxia: Medicine and neonatal resuscitation, children's hospital in Rabat, IBN Sina Chis. IJMSIR 2018; 3(issue5): 277-291.

Barkat, As., Tozy, M., Hanchane, S., Barkat. A., Study of the Association between the social conditions of households and the severity of perinatal asphyxia at the National Reference Center for Neonatology and Nutrition of Rabat. IJMSIR 2018; 3(issue5): 266-276.

Barkat, As., Tozy, M., Hanchane, S., Barkat. A., Study of the Association between the economic conditions of households and the severity of perinatal asphyxia at the National Reference Center for Neonatology and Nutrition of Rabat. IJMSIR 2018; 3(issue5): 250-265.

Barkat, As., Radouani, M.A., Barkat, A., Social Determinants of Perinatal Health in Morocco, Handbook of Healthcare in the arabe Word, In: Laher I. (eds) Handbook of Healthcare in the Arab World. Springer, Cham, 2019, p.1-13.

Barkat, As., kharbach, A., Barkat, A., Etude de l'association entre les conditions de l'accouchement et la gravité de l'asphyxie périnatale, JPP, Vol. 32, issue 2, April 2019, pp.90-98.

ANNEXES

Barkat, As., Barkat, Kh., Kharbach, A., Barkat, A., The medical assistance scheme for the economically deprived and access to care: the case of infants suffering from perinatal asphyxia effects in morocco, IJRAR, 2020; 7, Issue 2, pp.336-342.

Barkat As., Barkat Kh., Kharbach A., Barkat A. Study of the Factors Associated with the Under-Use of Post-Natal Consultations by Women Giving Birth at the Souissi Maternity Hospital in Rabat. 2020. IJSRM. 15 (3) :162-179.

Barkat As., Barkat Kh., Kharbach A., Barkat A. Study of Associations between Postnatal Follow-Up and the Incidence of Postpartum Complications -Prospective Cohort Study at the Souissi Maternity Hospital in Rabat. 2020. IJSRM. 16 (1) :16-33.

Barkat As., Barkat Kh., Kharbach A., Barkat A. The Study of Existing Associations between Overweight and PostNatal Complications Prospective Cohort Study at Souissi Maternity Hospital in Rabat. 2020. IJSRM. 16 (1): 47-63.

Prix :

2019 : Deuxième prix de la meilleure recherche, au 20^{ème} Congrès Annuel Dr. Haj Driss Benjelloun ; organisé en collaboration entre l'Association Casablancaise des Pédiatres Privés et l'APLF.

Annexe n°11:

Article 1: Study of Associations between Postnatal Follow-Up and the Incidence of Postpartum Complications -Prospective Cohort Study at the Souissi Maternity Hospital in Rabat

Abstract

Aim of the study: This research aimed to study the existence of associations between postnatal follow-up and the incidence of postpartum complications among women who have given birth at the Souissi Maternity Hospital in Rabat.

Materials and Methods: This is a prospective longitudinal cohort study carried out during a period of 9 months from March to November 2018, at the Souissi maternity hospital in Rabat. Including all the women who received prenatal care, and who had a pregnancy without complications, the number of recruited was 1009 cases. With a response rate of 93.36% and by using a mixed questionnaire, the number of surveyed was 942 cases, subdivided into two groups. The group of women did not follow up with 459 cases, and the group of women followed up during postpartum with 483 cases.

Results: This study showed the existence of associations between the occurrence of the following complications and the under-use of postnatal follow-up: early genital hemorrhage [RR=4.209, 95% CI [2.471-7, 171], <0.001]; urinary tract infection [RR=6.915, 95% CI [3.999-11.956], <0.001]; breast engorgement [RR=6.092, 95% CI [3.808-9.746], <0.001]; breast lymphangitis [RR=8.418, 95% CI [3.638-19.481], <0.001]; return of hemorrhagic layers [RR=3.040, 95% CI [2.000-4.620], <0.001]; and postpartum depression [RR=1.867, 95% CI [1.225-2.845], 0.003].

Conclusion: The cross-study of reported complications among the women who have given birth included in this research presented that the risk of postpartum complications is higher in unattended women than in those with postnatal follow-up. Certifying, therefore, the importance of promoting postnatal follow-up to deal with postnatal complications, and act on the reduction of maternal morbidity and mortality in Morocco.

Keywords: Associations, follow-up, postnatal, incidence, complications, postpartum.

Annexe n°12:

Article 2: Study of the Factors Associated with the Under-Use of Post-Natal Consultations by Women Giving Birth at the Souissi Maternity Hospital in Rabat **Abstract**

Objective of the study: The objective of this research was to study the factors associated with the under-utilization of postnatal consultations by women giving birth at the Souissi Maternity Hospital in Rabat.

Materials and Methods: This is a prospective exploratory study carried out over a period of 9 months from March to November 2018, at the Souissi maternity hospital in Rabat. Including all births that had an uncomplicated pregnancy, the number of births recruited was 1009 cases. With a response rate of 93.36%, and using a mixed questionnaire, the number of births surveyed was 942 cases.

Results: This study showed the existence of positive associations between underuse of post-natal consultations and second parity [OR = 1.140, 95% CI [1.082-1.264]], the progress of uncomplicated delivery [OR = 1.967, 95% CI [1.290-2.998]], the age of the birth [OR = 1.084, 95% CI [1.053-1.115]], the urban origin [OR = 8,796, 95% CI [4,392- 17,617]], the influence of sensation of pain and discomfort [OR = 22,754, 95% CI [15,240-33,973]], the influence of the decision to consult during the postpartum [OR = 39,766, 95% CI [21,792-72,565]], and overall household income [OR = 3,672, 95% CI [3,046-4,426]].

Conclusion: The results of this study show that several factors are positively associated with the underutilization of postpartum care, demonstrating, therefore, the importance of taking them into consideration when caring for pregnant women, in order to participate in the promotion of post-natal consultations, with a view to reduce maternal and neonatal mortality in Morocco.

Keywords: Factors, associates, under-utilization, post-natal consultations, births.

RESUME

Objectif d'étude : Cette étude a tracé pour objectif d'étudier la sous-utilisation des consultations post-natales et ses associations aux complications diagnostiquées chez les accouchées durant la période du post-partum.

Matériels et Méthodes : Il s'agit d'une étude de cohorte longitudinale prospective réalisée sur une période de 9 mois de Mars à Novembre 2018, au niveau de la maternité Souissi de Rabat. Avec un taux de réponse de 93,36%, et moyennant un questionnaire mixte, le nombre des accouchées enquêtées a été de 942 cas ; subdivisé en deux groupes. Groupe des accouchées non suivies de 459 cas et groupe des accouchées suivies en postpartum de 483 cas.

Résultats : Ce travail a montré l'existence des associations positives entre la sous-utilisation des consultations post-natales et la deuxième parité [OR = 1,140, 95% CI [1,082-1,264]], le déroulement de l'accouchement sans complication [OR = 1,967, 95% CI [1,290-2,998]], l'âge de l'accouchée [OR = 1,084, 95% CI [1,053-1,115]], la provenance urbaine [OR = 8,796, 95% CI [4,392-17,617]], l'influence de la sensation de la douleur et des malaises [OR = 22,754, 95% CI [15,240-33,973]], l'influence de la décision de consulter en post-natale [OR = 39,766, 95% CI [21,792-72,565]], et le revenu global du ménage [OR = 3,672, 95% CI [3,046-4,426]].

En outre, cette thèse a illustré qu'il existe des associations entre l'apparition des complications suivantes et le non suivi post-natal : l'hémorragie génitale précoce [RR=4,209, IC à 95% [2,471-7, 171], <0,001] ; l'infection urinaire [RR=6,915, IC à 95% [3,999-11,956], <0,001] ; l'engorgement mammaire [RR=6,092, IC à 95% [3,808-9,746], <0,001] ; la lymphangite mammaire [RR=8,418, IC à 95% [3,638-19,481], <0,001], le retour de couches hémorragiques [RR=3,040, IC à 95% [2,000-4,620], <0,001] ; et la dépression du post-partum [RR=1,867, IC à 95% [1,225-2,845], 0,003].

Conclusion : Les associations trouvées dans cette étude attestent que lors de la prise en charge de la femme enceinte il est important de prendre en considération les variables qui expliquent la sous-utilisation des consultations post-natales, afin de promouvoir ces consultations, et réduire le risque des complications en post-partum. Le but ultime étant la réduction de la morbidité et de la mortalité maternelles au Maroc.

Mots clés : Association, suivi, post-natal, incidence, complications, suites de couches, sous-utilisation, consultations post-natales, accouchées.

ABSTRACT

The study aim: The aim of this research was to study the under-utilization of post-natal consultations and its associations with complications diagnosed among women who have given birth during the postpartum period.

Materials and Methods: This is a prospective longitudinal cohort study conducted during 9 months from March to November 2018, at the Souissi maternity hospital in Rabat. With a response rate of 93.36%, and by using a mixed questionnaire, the number of the surveyed was 942 cases, divided into two groups. The group of women not followed up during postnatal period with 459 cases, and the group of women followed up in postpartum with 483 cases.

Results : This study showed the existence of positive associations between the under-use of post-natal consultations and second parity [OR = 1,140, 95% CI [1,082-1,264]], the delivery without complications [OR = 1,967, 95% CI [1,290-2,998]], the age of the women who have given birth [OR = 1,084, 95% CI [1,053-1,115]], her urban origin [OR = 8,796, 95% CI [4,392-17,617]], the influence of her sensation of pain and discomfort [OR = 22,754, 95% CI [15,240-33,973]], the influence of her decision to consult during the postpartum [OR = 39,766, 95% CI [21,792-72,565]], and overall household income [OR = 3,672, 95% CI [3,046-4,426]].

In addition, this thesis illustrated that there are associations between the occurrence of the following complications and the under-use of post-natal follow-up: early genital hemorrhage [RR=4.209, 95% CI [2.471-7, 171], <0.001]; urinary tract infection [RR=6.915, 95% CI [3.999-11.956], <0.001]; breast engorgement [RR=6.092, 95% CI [3.808-9.746], <0.001]; breast lymphangitis [RR=8,418, 95% CI [3,638-19,481], <0.001], return of hemorrhagic layers [RR=3,040, 95% CI [2,000-4,620], <0.001]; and postpartum depression [RR=1,867, 95% CI [1,225-2,845], 0.003].

Conclusion: The associations found in this study attest that during the pregnant women's care it is important to take into consideration the variables that explain the under-use of post-natal consultations, in order to promote these consultations, and reduce the risk of post-partum complications. The ultimate goal is to reduce maternal morbidity and mortality in Morocco.

Key words: Association, follow-up, post-natal, incidence, complications, post-natal consultations, under-use, women who have given birth.

Structure de recherche : Equipe de Recherche en santé et nutrition du couple mère enfant.