



ROYAUME DU MAROC
UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT
FACULTE DE MEDECINE
ET DE PHARMACIE
RABAT



ANNEE : 2018

THESE N° :404

EVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES PARTURIENTES EN POST-PARTUM

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le

PAR
Mlle HAJAR ED-DUKAR
Née le 14 Août 1990 à Tétouan

**Pour L'obtention du diplôme
de Docteur En Médecine**

Mot clés : Post-Partum, soins maternels, consultation post-natale,
complications, évaluation de la satisfaction.

Membres du jury :

Mme A. KHARBACH
Professeur de Gynécologie Obstétrique

**PRESIDENTE &
RAPPORTEUR**

Mme A. LAKHDAR
Professeur de Gynécologie Obstétrique

Mr A. GAOUZI
Professeur de Pédiatrie

JUGES





UNIVERSITE MOHAMMED V
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
RABAT



DOYENS HONORAIRES :

1962 - 1969	: Professeur Abdelmalek FARAJ
1969 - 1974	: Professeur Abdellatif BERBICH
1974 - 1981	: Professeur Bachir LAZRAK
1981 - 1989	: Professeur Taieb CHKILI
1989 - 1997	: Professeur Mohamed Tahar ALAOUI
1997 - 2003	: Professeur Abdelmajid BELMAHI
2003 - 2013	: Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

ADMINISTRATION :

Doyen

Professeur Mohamed ADNAOUI

Vice-Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes

Professeur Brahim LEKEHAL

Vice-Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération

Professeur Toufiq DAKKA

Vice-Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie

Professeur Jamal TAOUFIK

Secrétaire Général

Mr. Mohamed KARRA

1 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS ET PHARMACIENS

PROFESSEURS :

Décembre 1984

Pr. MAAOUNI Abdelaziz

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi

Pr. SETTAF Abdellatif

Médecine Interne - Clinique Royale

Anesthésie -Réanimation

Pathologie Chirurgicale

Novembre et Décembre 1985

Pr. BENSALD Younes

Pathologie Chirurgicale

Janvier, Février et Décembre 1987

Pr. LACHKAR Hassan

Médecine Interne

Pr. YAHYAOUY Mohamed

Neurologie

Décembre 1989

Pr. ADNAOUI Mohamed

Médecine Interne - Doyen de la FMPR

Pr. OUAZZANI Taïbi Mohamed Réda

Neurologie

Janvier et Novembre 1990

Pr. HACHIM Mohammed*

Médecine-Interne

Pr. KHARBACH Aïcha

Gynécologie -Obstétrique

Pr. TAZI Saoud Anas

Anesthésie Réanimation

Février Avril Juillet et Décembre 1991

Pr. AZZOUZI Abderrahim

Anesthésie Réanimation- Doyen de FMPO

Pr. BAYAHIA Rabéa

Néphrologie

Pr. BELKOUCHI Abdelkader

Chirurgie Générale

Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif

Chirurgie Générale Pr.

BENSOUDA Yahia

Pharmacie galénique

Pr. BERRAHO Amina

Ophthalmologie

Pr. BEZAD Rachid

Gynécologie Obstétrique Méd. Chef Maternité des Orangers

Pr. CHERRAH Yahia

Pharmacologie

Pr. CHOKAIRI Omar

Histologie Embryologie

Pr. KHATTAB Mohamed

Pédiatrie

Pr. SOULAYMANI Rachida

Pharmacologie- Dir. du Centre National PVRabat

Pr. TAOUFIK Jamal

Chimie thérapeutique V.D à la pharmacie+Dir. du CEDOC +
Directeur du Médicament

Décembre 1992

Pr. AHALLAT Mohamed

Chirurgie Générale

Pr. BENSOUDA Adil

Anesthésie Réanimation

Pr. CHAHED OUAZZANI Laaziza

Gastro-Entérologie

Pr. CHRAIBI Chafiq

Gynécologie Obstétrique

Pr. EL OUAHABI Abdessamad

Neurochirurgie

Doyen de FMPT

Pr. FELLAT Rokaya
Pr. GHAFIR Driss*
Pr. JIDDANE Mohamed
Pr. TAGHY Ahmed
Pr. ZOUHDI Mimoun

Mar 1994

Pr. BENJAAFAR Nouredine
Pr. BEN RAIS Nozha
Pr. CAOUI Malika
Pr. CHRAIBI Abdelmjid
Pr. EL AMRANI Sabah
Pr. EL BARDOUNI Ahmed
Pr. EL HASSANI My Rachid
Pr. ERROUGANI Abdelkader
Pr. ESSAKALI Malika
Pr. ETTAYEBI Fouad
Pr. HASSAM Badredine
Pr. IFRINE Lahssan
Pr. MAHFOUD Mustapha
Pr. RHRAB Brahim
Pr. SENOUCI Karima

Mars 1994

Pr. ABBAR Mohamed*
Pr. ABDELHAK M'barek
Pr. BENTAHILA Abdelali
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali
Pr. BERRADA Mohamed Saleh
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae
Pr. LAKHDAR Amina
Pr. MOUANE Nezha

Mars 1995

Pr. ABOUQUAL Redouane
Pr. AMRAOUI Mohamed
Pr. BAIDADA Abdelaziz
Pr. BARGACH Samir
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine*
Pr. EL MESNAOUI Abbes
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila
Pr. HDA Abdelhamid*
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia
Pr. SEFIANI Abdelaziz
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Décembre 1996

Pr. AMIL Touriya*
Pr. BELKACEM Rachid
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan

Cardiologie
Médecine Interne
Anatomie
Chirurgie Générale
Microbiologie

Radiothérapie
Biophysique
Biophysique
Endocrinologie et Maladies Métaboliques *Doyen de la FMPA*
Gynécologie Obstétrique
Traumato-Orthopédie
Radiologie
Chirurgie Générale - *Directeur du CHIS-Rabat*
Immunologie
Chirurgie Pédiatrique
Dermatologie
Chirurgie Générale
Traumatologie - Orthopédie
Gynécologie - Obstétrique
Dermatologie

Urologie *Directeur Hôpital My Ismail Meknès*
Chirurgie - Pédiatrique
Pédiatrie
Gynécologie - Obstétrique
Traumatologie - Orthopédie
Ophtalmologie
Gynécologie Obstétrique
Pédiatrie

Réanimation Médicale
Chirurgie Générale
Gynécologie Obstétrique
Gynécologie Obstétrique
Anesthésie Réanimation
Chirurgie Générale
Oto-Rhino-Laryngologie
Cardiologie *Inspecteur du Service de Santé des FAR*
Urologie
Ophtalmologie
Génétique
Réanimation Médicale

Radiologie
Chirurgie Pédiatrie
Ophtalmologie
Chirurgie Générale

Pr. GAOUZI Ahmed
Pr. MAHFOUDI M'barek*
Pr. OUZEDDOUN Naima
Pr. ZBIR EL Mehdi*

Pédiatrie
Radiologie
Néphrologie
Cardiologie *Directeur Hôp. Mil. d'Instruction Med V Rabat*

Novembre 1997

Pr. ALAMI Mohamed Hassan
Pr. BEN SLIMANE Lounis
Pr. BIROUK Nazha
Pr. ERREIMI Naima
Pr. FELLAT Nadia
Pr. KADDOURI Nouredine
Pr. KOUTANI Abdellatif
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ
Pr. TOUFIQ Jallal
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique
Urologie
Neurologie
Pédiatrie
Cardiologie
Chirurgie Pédiatrique
Urologie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Psychiatrie *Directeur Hôp. Ar-razi Salé*
Gynécologie Obstétrique

Novembre 1998

Pr. BENOMAR ALI
Pr. BOUGTAB Abdesslam
Pr. ER RIHANI Hassan
Pr. BENKIRANE Majid*

Neurologie *Doyen de la FMP Abulcassis*
Chirurgie Générale
Oncologie Médicale
Hématologie

Janvier 2000

Pr. ABID Ahmed*
Pr. AIT OUAMAR Hassan
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer
Pr. ECHARRAB El Mahjoub
Pr. EL FTOUH Mustapha
Pr. EL MOSTARCHID Brahim*
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim*
Pr. TACHINANTE Rajae
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Pneumo-phtisiologie
Pédiatrie
Pédiatrie
Pneumo-phtisiologie *Directeur Hôp. My Youssef*
Chirurgie Générale
Chirurgie Générale
Pneumo-phtisiologie
Neurochirurgie
Anesthésie-Réanimation
Anesthésie-Réanimation
Médecine Interne

Novembre 2000

Pr. AIDI Saadia
Pr. AJANA Fatima Zohra
Pr. BENAMR Said
Pr. CHERTI Mohammed
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma
Pr. EL HASSANI Amine
Pr. EL KHADER Khalid
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah*
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan
Métaboliques Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae
Pr. ROUIMI Abdelhadi*

Neurologie
Gastro-Entérologie
Chirurgie Générale
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Pédiatrie - *Directeur Hôp. Cheikh Zaid*
Urologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies
Pédiatrie
Neurologie

Décembre 2000

Pr.ZOHAIR ABDELLAH *

Décembre 2001

Pr. BALKHI Hicham*
Pr. BENABDELJLIL Maria
Pr. BENAMAR Loubna
Pr. BENAMOR Jouda
Pr. BENELBARHDADI Imane
Pr. BENNANI Rajae
Pr. BENOUACHANE Thami
Pr. BEZZA Ahmed*
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi
Pr. BOUMDIN El Hassane*
Pr. CHAT Latifa
Pr. DAALI Mustapha*
Pr. DRISSI Sidi Mourad*
Pr. EL HIJRI Ahmed
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid
Pr. EL MADHI Tarik
Pr. EL OUNANI Mohamed
Pr. ETTAIR Said
Pr. GAZZAZ Miloudi*
Pr. HRORA Abdelmalek
Pr. KABBAJ Saad
Pr. KABIRI EL Hassane*
Pr. LAMRANI Moulay Omar
Pr. LEKEHAL Brahim
Pr. MAHASSIN Fattouma*
Pr. MEDARHRI Jalil
Pr. MIKDAME Mohammed*
Pr. MOHSINE Raouf
Pr. NOUINI Yassine
Pr. SABBAH Farid
Pr. SEFIANI Yasser
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

ORL

Anesthésie-Réanimation
Neurologie
Néphrologie
Pneumo-phtisiologie
Gastro-Entérologie
Cardiologie
Pédiatrie
Rhumatologie
Anatomie
Radiologie
Radiologie
Chirurgie Générale
Radiologie
Anesthésie-Réanimation
Neuro-Chirurgie
Chirurgie-Pédiatrique
Chirurgie Générale
Pédiatrie - *Directeur Hôp. d'Enfants Rabat*
Neuro-Chirurgie
Chirurgie Générale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Thoracique
Traumatologie Orthopédie
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Médecine Interne
Chirurgie Générale
Hématologie Clinique
Chirurgie Générale
Urologie - *Directeur Hôpital Ibn Sina*
Chirurgie Générale
Chirurgie Vasculaire Périphérique
Pédiatrie

Décembre 2002

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane*
Pr. AMEUR Ahmed *
Pr. AMRI Rachida
Pr. AOURARH Aziz*
Pr. BAMOU Youssef *
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene*
Pr. BENZEKRI Laila
Pr. BENZZOUBEIR Nadia
Pr. BERNOUSSI Zakiya
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya*
Pr. CHOHO Abdelkrim *
Pr. CHKIRATE Bouchra
Pr. EL ALAMI EL Fellous Sidi Zouhair

Anatomie Pathologique
Urologie
Cardiologie
Gastro-Entérologie
Biochimie-Chimie
Endocrinologie et Maladies Métaboliques
Dermatologie
Gastro-Entérologie
Anatomie Pathologique
Psychiatrie
Chirurgie Générale
Pédiatrie
Chirurgie Pédiatrique

Pr. EL HAOURI Mohamed *

Pr. FILALI ADIB Abdelhai

Pr. HAJJI Zakia

Pr. IKEN Ali

Pr. JAAFAR Abdeloihab*

Pr. KRIOUILE Yamina

Pr. MABROUK Hfid*

Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss*

Pr. OUJILAL Abdelilah

Pr. RACHID Khalid *

Pr. RAISS Mohamed

Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha*

Pr. RHOU Hakima

Pr. SIAH Samir *

Pr. THIMOU Amal

Pr. ZENTAR Aziz*

Janvier 2004

Pr. ABDELLAH El Hassan

Pr. AMRANI Mariam

Pr. BENBOUZID Mohammed Anas

Pr. BENKIRANE Ahmed*

Pr. BOULAADAS Malik

Pr. BOURAZZA Ahmed*

Pr. CHAGAR Belkacem*

Pr. CHERRADI Nadia

Pr. EL FENNI Jamal*

Pr. EL HANCHI ZAKI

Pr. EL KHORASSANI Mohamed

Pr. EL YOUNASSI Badreddine*

Pr. HACHI Hafid

Pr. JABOUIRIK Fatima

Pr. KHARMAZ Mohamed

Pr. MOUGHIL Said

Pr. OUBAAZ Abdelbarre *

Pr. TARIB Abdelilah*

Pr. TIJAMI Fouad

Pr. ZARZUR Jamila

Janvier 2005

Pr. ABBASSI Abdellah

Pr. AL KANDRY Sif Eddine*

Pr. ALLALI Fadoua

Pr. AMAZOUZI Abdellah

Pr. AZIZ Nouredine*

Pr. BAHIRI Rachid

Pr. BARKAT Amina

Pr. BENYASS Aatif

Pr. DOUDOUH Abderrahim*

Dermatologie

Gynécologie Obstétrique

Ophthalmologie

Urologie

Traumatologie Orthopédie

Pédiatrie

Traumatologie Orthopédie

Gynécologie Obstétrique

Oto-Rhino-Laryngologie

Traumatologie Orthopédie

Chirurgie Générale

Pneumo-phtisiologie

Néphrologie

Anesthésie Réanimation

Pédiatrie

Chirurgie Générale

Ophthalmologie

Anatomie Pathologique

Oto-Rhino-Laryngologie

Gastro-Entérologie

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Neurologie

Traumatologie Orthopédie

Anatomie Pathologique

Radiologie

Gynécologie Obstétrique

Pédiatrie

Cardiologie

Chirurgie Générale

Pédiatrie

Traumatologie Orthopédie

Chirurgie Cardio-Vasculaire

Ophthalmologie

Pharmacie Clinique

Chirurgie Générale

Cardiologie

Chirurgie Réparatrice et Plastique

Chirurgie Générale

Rhumatologie

Ophthalmologie

Radiologie

Rhumatologie

Pédiatrie

Cardiologie

Biophysique

Directeur Hôp. Al Ayachi Salé

Pr. EL HAMZAOUI Sakina *
Pr. HAJJI Leila
Pr. HESSISSEN Leila
Pr. JIDAL Mohamed*
Pr. LAAROUSSI Mohamed
Pr. LYAGOUBI Mohammed
Pr. RAGALA Abdelhak
Pr. SBIHI Souad
Pr. ZERAIDI Najia

AVRIL 2006

Pr. ACHEMLAL Lahsen*
Pr. AKJOUJ Said*
Pr. BELMEKKI Abdelkader*
Pr. BENCHEIKH Razika
Pr. BIYI Abdelhamid*
Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine
Pr. BOULAHYA Abdellatif*
Pr. CHENGUETI ANSARI Anas
Pr. DOGHMI Nawal
Pr. FELLAT Ibtissam
Pr. FAROUDY Mamoun
Pr. HARMOUCHE Hicham
Pr. HANAFI Sidi Mohamed*
Pr. IDRIS LAHLOU Amine*
Pr. JROUNDI Laila
Pr. KARMOUNI Tariq
Pr. KILI Amina
Pr. KISRA Hassan
Pr. KISRA Mounir
Pr. LAATIRIS Abdelkader*
Pr. LMIMOUNI Badreddine*
Pr. MANSOURI Hamid*
Pr. OUANASS Abderrazzak
Pr. SAFI Soumaya*
Pr. SEKKAT Fatima Zahra
Pr. SOUALHI Mouna
Pr. TELLAL Saida*
Pr. ZAHRAOUI Rachida

Décembre 2006

Pr SAIR Khalid

Octobre 2007

Pr. ABIDI Khalid
Pr. ACHACHI Leila
Pr. ACHOUR Abdessamad*
Pr. AIT HOUSSA Mahdi *
Pr. AMHAJJI Larbi *
Pr. AOUI Sarra
Pr. BAITE Abdelouahed *
Pr. BALOUCH Lhousaine *

Microbiologie
Cardiologie (mise en disponibilité)
Pédiatrie
Radiologie
Chirurgie Cardio-vasculaire
Parasitologie
Gynécologie Obstétrique
Histo-Embryologie Cytogénétique
Gynécologie Obstétrique

Rhumatologie
Radiologie
Hématologie
O.R.L
Biophysique
Chirurgie - Pédiatrique
Chirurgie Cardio - Vasculaire.
Gynécologie Obstétrique
Cardiologie
Cardiologie
Anesthésie Réanimation
Médecine Interne
Anesthésie Réanimation
Microbiologie
Radiologie
Urologie
Pédiatrie
Psychiatrie
Chirurgie - Pédiatrique
Pharmacie Galénique
Parasitologie
Radiothérapie
Psychiatrie
Endocrinologie
Psychiatrie
Pneumo - Phtisiologie
Biochimie
Pneumo - Phtisiologie

Chirurgie générale [*Dir. Hôp.Av.Marrakech*](#)

Réanimation médicale
Pneumo phtisiologie
Chirurgie générale
Chirurgie cardio vasculaire
Traumatologie orthopédie
Parasitologie
Anesthésie réanimation [*Directeur ERSSM*](#)
Biochimie-chimie

Pr. BENZIANE Hamid *
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine
 Pr. CHERKAOUI Naoual *
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader *
 Pr. EL BEKKALI Youssef *
 Pr. EL ABSI Mohamed
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid
 Pr. EL OMARI Fatima
 Pr. GHARIB Noureddine
 Pr. HADADI Khalid *
 Pr. ICHOU Mohamed *
 Pr. ISMAILI Nadia
 Pr. KEBDANI Tayeb
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar *
 Pr. LOUZI Lhoussain *
 Pr. MADANI Naoufel
 Pr. MAHI Mohamed *
 Pr. MARC Karima
 Pr. MASRAR Azlarab
 Pr. MRANI Saad *
 Pr. OUZZIF Ez zohra *
 Pr. RABHI Moncef *
 Pr. RADOUANE Bouchaib*
 Pr. SEFFAR Myriame
 Pr. SEKHSOKH Yessine *
 Pr. SIFAT Hassan *
 Pr. TABERKANET Mustafa *
 Pr. TACHFOUTI Samira
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq*
 Pr. TANANE Mansour *
 Pr. TLIGUI Houssain
 Pr. TOUATI Zakia

Décembre 2008

Pr TAHIRI My El Hassan*

Mars 2009

Pr. ABOUZAHIR Ali *
 Pr. AGADR Aomar *
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim *
 Pr. AIT BENHADDOU El Hachmia
 Pr. AKHADDAR Ali *
 Pr. ALLALI Nazik
 Pr. AMINE Bouchra
 Pr. ARKHA Yassir
 Pr. BELYAMANI Lahcen *
 Pr. BJIJOU Younes
 Pr. BOUHSAIN Sanae *

Pharmacie clinique
 Ophtalmologie
 Pharmacie galénique
 Chirurgie générale
 Chirurgie cardio-vasculaire
 Chirurgie générale
 Anesthésie réanimation
 Psychiatrie
 Chirurgie plastique et réparatrice
 Radiothérapie
 Oncologie médicale
 Dermatologie
 Radiothérapie
 Anesthésie réanimation
 Microbiologie
 Réanimation médicale
 Radiologie
 Pneumo phtisiologie
 Hématologie biologique
 Virologie
 Biochimie-chimie
 Médecine interne
 Radiologie
 Microbiologie
 Microbiologie
 Radiothérapie
 Chirurgie vasculaire périphérique
 Ophtalmologie
 Chirurgie générale
 Traumatologie-orthopédie
 Parasitologie
 Cardiologie

Chirurgie Générale

Médecine interne
 Pédiatrie
 Chirurgie Générale
 Neurologie
 Neuro-chirurgie
 Radiologie
 Rhumatologie
 Neuro-chirurgie *Directeur Hôp.des Spécialités*
 Anesthésie Réanimation
 Anatomie
 Biochimie-chimie

Pr. BOUI Mohammed *

Pr. BOUNAIM Ahmed *

Pr. BOUSSOUGA Mostapha *

Pr. CHTATA Hassan Toufik *

Pr. DOGHMI Kamal *

Pr. EL MALKI Hadj Omar

Pr. EL OUENNASS Mostapha*

Pr. ENNIBI Khalid *

Pr. FATHI Khalid

Pr. HASSIKOU Hasna *

Pr. KABBAJ Nawal

Pr. KABIRI Meryem

Pr. KARBOUBI Lamya

Pr. LAMSAOURI Jamal *

Pr. MARMADE Lahcen

Pr. MESKINI Toufik

Pr. MESSAOUDI Nezha *

Pr. MSSROURI Rahal

Pr. NASSAR Ittimade

Pr. OUKERRAJ Latifa

Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani *

Dermatologie

Chirurgie Générale

Traumatologie-orthopédie

Chirurgie Vasculaire Périphérique

Hématologie clinique

Chirurgie Générale

Microbiologie

Médecine interne

Gynécologie obstétrique

Rhumatologie

Gastro-entérologie

Pédiatrie

Pédiatrie

Chimie Thérapeutique

Chirurgie Cardio-vasculaire

Pédiatrie

Hématologie biologique

Chirurgie Générale

Radiologie

Cardiologie

Pneumo-Phtisiologie

Octobre 2010

Pr. ALILOU Mustapha

Pr. AMEZIANE Taoufiq*

Pr. BELAGUID Abdelaziz

Pr. CHADLI Mariama*

Pr. CHEMSI Mohamed*

Pr. DAMI Abdellah*

Pr. DARBI Abdellatif*

Pr. DENDANE Mohammed Anouar

Pr. EL HAFIDI Naima

Pr. EL KHARRAS Abdennasser*

Pr. EL MAZOUZ Samir

Pr. EL SAYEGH Hachem

Pr. ERRABIH Ikram

Pr. LAMALMI Najat

Pr. MOSADIK Ahlam

Pr. MOUJAHID Mountassir*

Pr. NAZIH Mouna*

Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation

Médecine Interne

Physiologie

Microbiologie

Médecine Aéronautique

Biochimie- Chimie

Radiologie

Chirurgie Pédiatrique

Pédiatrie

Radiologie

Chirurgie Plastique et Réparatrice

Urologie

Gastro-Entérologie

Anatomie Pathologique

Anesthésie Réanimation

Chirurgie Générale

Hématologie

Anatomie Pathologique

Decembre 2010

Pr.ZNATI Kaoutar

Anatomie Pathologique

Mai 2012

Pr. AMRANI Abdelouahed

Chirurgie pédiatrique

Pr. ABOUELALAA Khalil *

Pr. BENCHEBBA Driss *

Pr. DRISSI Mohamed *

Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna

Pr. EL KHATTABI Abdessadek *

Pr. EL OUAZZANI Hanane *

Pr. ER-RAJI Mounir

Pr. JAHID Ahmed

Pr. MEHSSANI Jamal *

Pr. RAISSOUNI Maha *

Anesthésie Réanimation

Traumatologie-orthopédie

Anesthésie Réanimation

Chirurgie Générale

Médecine Interne

Pneumophtisiologie

Chirurgie Pédiatrique

Anatomie Pathologique

Psychiatrie

Cardiologie

* Enseignants Militaires

Février 2013

Pr. AHID Samir

Pr. AIT EL CADI Mina

Pr. AMRANI HANCHI Laila

Pr. AMOR Mourad

Pr. AWAB Almahdi

Pr. BELAYACHI Jihane

Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain

Réanimation Pr. BENCHEKROUN Laila

Pr. BENKIRANE Souad

Pr. BENNANA Ahmed*

Pr. BENSGHIR Mustapha *

Pr. BENYAHIA Mohammed *

Pr. BOUATIA Mustapha

Pr. BOUABID Ahmed Salim*

Pr. BOUTARBOUCH Mahjouba

Pr. CHAIB Ali *

Pr. DENDANE Tarek

Pr. DINI Nouzha *

Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali

Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa

Pr. EL FATEMI NIZARE

Pr. EL GUERROUJ Hasnae

Pr. EL HARTI Jaouad

Pr. EL JAUDI Rachid *

Pr. EL KABABRI Maria

Pr. EL KHANNOUSSI Basma

Pr. EL KHLLOUFI Samir

Pr. EL KORAICHI Alae

Pr. EN-NOUALI Hassane *

Pr. ERRGUIG Laila

Pr. FIKRI Meryem

Pr. GHFIR Imade

Pr. IMANE Zineb

Pr. IRAQI Hind

Pr. KABBAJ Hakima

Pr. KADIRI Mohamed *

Pharmacologie

Toxicologie

Gastro-Entérologie

Anesthésie Réanimation

Anesthésie Réanimation

Réanimation Médicale

Anesthésie

Biochimie-Chimie

Hématologie

Informatique Pharmaceutique

Anesthésie Réanimation

Néphrologie

Chimie Analytique et Bromatologie

Traumatologie orthopédie

Anatomie

Cardiologie

Réanimation Médicale

Pédiatrie

Anesthésie Réanimation

Radiologie

Neuro-chirurgie

Médecine Nucléaire

Chimie Thérapeutique

Toxicologie

Pédiatrie

Anatomie Pathologique

Anatomie

Anesthésie Réanimation

Radiologie

Physiologie

Radiologie

Médecine Nucléaire

Pédiatrie

Endocrinologie et maladies métaboliques

Microbiologie

Psychiatrie

Pr.LATIB Rachida
 Pr.MAAMAR Mouna Fatima Zahra
 Pr.MEDDAH Bouchra
 Pr.MELHAOUI Adyl
 Pr.MRABTI Hind
 Pr.NEJJARI Rachid
 Pr.OUBEJJA Houda
 Pr.OUKABLI Mohamed *

Pr.RAHALI Younes
 Pr.RATBI Ilham
 Pr.RAHMANI Mounia
 Pr.REDA Karim *

Pr.REGRAGUI Wafa
 Pr.RKAIN Hanan
 Pr.ROSTOM Samira
 Pr.ROUAS Lamiaa
 Pr.ROUIBAA Fedoua *

Pr.SALIHOUN Mouna
 Pr.SAYAH Rochde
 Pr.SEDDIK Hassan *

Pr.ZERHOUNI Hicham
 Pr.ZINE Ali *

AVRIL 2013

Pr.EL KHATIB MOHAMED KARIM *

MAI 2013

Pr.BOUSLIMAN Yassir

MARS 2014

Pr. ACHIR Abdellah
 Pr.BENCHAKROUN Mohammed *

Pr.BOUCHIKH Mohammed
 Pr. EL KABBAJ Driss *

Pr. EL MACHTANI IDRISSE Samira *

Pr. HARDIZI Houyam
 Pr. HASSANI Amale *

Pr. HERRAK Laila
 Pr. JANANE Abdellah *

Pr. JEAIDI Anass *

Pr. KOUACH Jaouad*

Pr. LEMNOUER Abdelhay*

Pr. MAKRAM Sanaa *

Pr. OULAHYANE Rachid*

Pr. RHISSASSI Mohamed Jaafar
 Pr. SABRY Mohamed*

Pr. SEKKACH Youssef*

Pr. TAZI MOUKHA Zakia

AVRIL 2014

Pr.ZALAGH Mohammed

Radiologie
 Médecine Interne
 Pharmacologie
 Neuro-chirurgie
 Oncologie Médicale
 Pharmacognosie
 Chirurgie Pédiatrique
 Anatomie Pathologique
 Pharmacie Galénique
 Génétique
 Neurologie
 Ophtalmologie
 Neurologie
 Physiologie
 Rhumatologie
 Anatomie Pathologique
 Gastro-Entérologie
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Cardio-Vasculaire
 Gastro-Entérologie
 Chirurgie Pédiatrique
 Traumatologie Orthopédie

Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale

Toxicologie

Chirurgie Thoracique
 Traumatologie- Orthopédie
 Chirurgie Thoracique
 Néphrologie
 Biochimie-Chimie
 Histologie- Embryologie-Cytogénétique
 Pédiatrie
 Pneumologie
 Urologie
 Hématologie Biologique
 Gynécologie-Obstétrique
 Microbiologie
 Pharmacologie
 Chirurgie Pédiatrique
 CCV
 Cardiologie
 Médecine Interne
 Gynécologie-Obstétrique

ORL

PROFESSEURS AGREGES :

DECEMBRE 2014

Pr. ABILKASSEM Rachid*
Pr. AIT BOUGHIMA Fadila
Pr. BEKKALI Hicham *
Pr. BENAZZOU Salma
Pr. BOUABDELLAH Mounya
Pr. BOUCHRIK Mourad*
Pr. DERRAJI Soufiane*
Pr. DOBLALI Taoufik*
Pr. EL AYOUBI EL IDRISSE Ali
Pr. EL GHADBANE Abdedaim Hatim*
Pr. EL MARJANY Mohammed*
Pr. FEJJAL Nawfal
Pr. JAHIDI Mohamed*
Pr. LAKHAL Zouhair*
Pr. OUDGHIRI NEZHA
Pr. RAMI Mohamed
Pr. SABIR Maria
Pr. SBAI IDRISSE Karim*

AOÛT 2015

Pr. MEZIANE Meryem
Pr. TAHRI Latifa

JANVIER 2016

Pr. BENKABBOU Amine
Pr. EL ASRI Fouad*
Pr. ERRAMI Noureddine*
Pr. NITASSI Sophia

JUIN 2017

Pr. ABI Rachid*
Pr. ASFALOU Ilyasse*
Pr. BOUAYTI El Arbi*
Pr. BOUTAYEB Saber
Pr. EL GHISSASSI Ibrahim
Pr. OURAINI Saloua*
Pr. RAZINE Rachid
Pr. ZRARA Abdelhamid*

Pédiatrie
Médecine Légale
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Maxillo-Faciale
Biochimie-Chimie
Parasitologie
Pharmacie Clinique
Microbiologie
Anatomie
Anesthésie-Réanimation
Radiothérapie
Chirurgie Réparatrice et Plastique
O.R.L
Cardiologie
Anesthésie-Réanimation
Chirurgie Pédiatrique
Psychiatrie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.

Dermatologie
Rhumatologie

Chirurgie Générale
Ophtalmologie
O.R.L
O.R.L

Microbiologie
Cardiologie
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Oncologie Médicale
Oncologie Médicale
O.R.L
Médecine préventive, santé publique et Hyg.
Immunologie

* Enseignants Militaires

2 - ENSEIGNANTS-CHERCHEURS SCIENTIFIQUES

PROFESSEURS/Prs. HABILITES

Pr. ABOUDRAR Saadia	Physiologie
Pr. ALAMI OUHABI Naima	Biochimie-chimie
Pr. ALAOUI KATIM	Pharmacologie
Pr. ALAOUI SLIMANI Lalla Naïma	Histologie-Embryologie
Pr. ANSAR M'hammed	Chimie Organique et Pharmacie Chimique
Pr .BARKIYOU Malika	Histologie-Embryologie
Pr. BOUHOUCHE Ahmed	Génétique Humaine
Pr. BOUKLOUZE Abdelaziz	Applications Pharmaceutiques
Pr. CHAHED OUAZZANI Lalla Chadia	Biochimie-chimie
Pr. DAKKA Taoufiq	Physiologie
Pr. FAOUZI Moulay El Abbes	Pharmacologie
Pr. IBRAHIMI Azeddine	Biologie moléculaire/Biotechnologie
Pr. KHANFRI Jamal Eddine	Biologie
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med	Chimie Organique
Pr. REDHA Ahlam	Chimie
Pr. TOUATI Driss	Pharmacognosie
Pr. ZAHIDI Ahmed	Pharmacologie

*Mise à jour le 10/10/2018 Khaled Abdellah
Chef du Service des Ressources Humaines*



*EVALUATION DE LA
QUALITÉ DE PRISE EN
CHARGE DES
PARTURIENTES EN POST-
PARTUM*



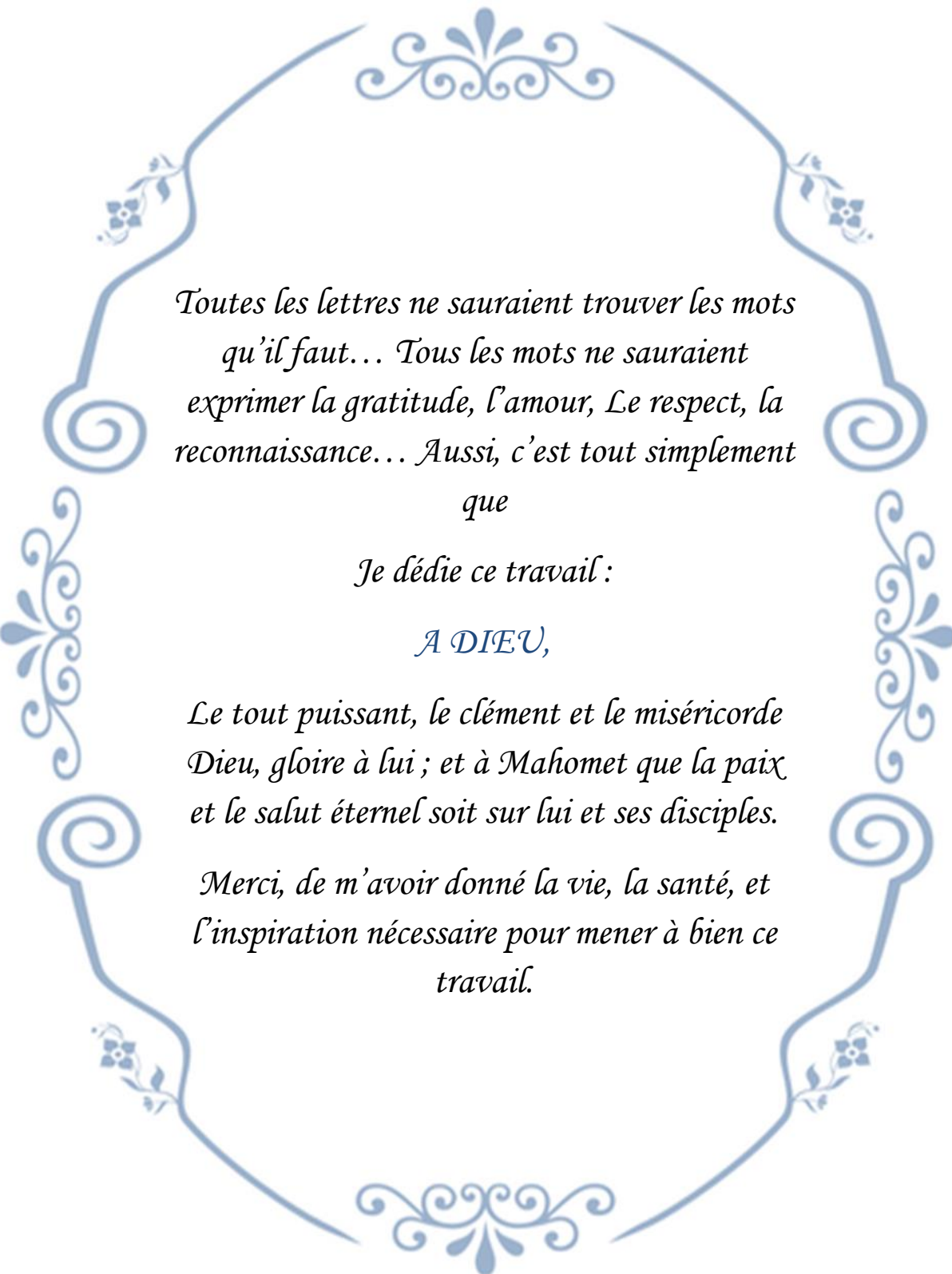


Dédicaces



بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

رَبِّ زِدْنِي عِلْمًا



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

Je dédie ce travail :

A DIEU,

*Le tout puissant, le clément et le miséricorde
Dieu, gloire à lui ; et à Mahomet que la paix
et le salut éternel soit sur lui et ses disciples.*

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

À MES CHERS PARENTS

*Aucune dédicace ne saurait exprimer mon respect,
mon amour éternel et ma considération pour les
sacrifices que vous avez consenti pour mon
instruction et mon bien être.*

*Je vous remercie pour tout le soutien et l'amour que
vous me portez depuis mon enfance et j'espère que
votre bénédiction m'accompagne toujours.*

*Que ce modeste travail soit l'exaucement de vos
vœux tant formulés, le fruit de vos innombrables
sacrifices, bien que je ne vous en acquitterai jamais
assez.*

*Puisse Dieu, le Très Haut, vous accorder santé,
bonheur et longue vie et faire en sorte que jamais je
ne vous déçoive.*

*A MES CHERS ET ADORABLE FRÈRES ET
SŒURS*

*Hikmat, la prunelle de mes yeux, Loubna, la douce,
au cœur si grand, Boutaina l'aimable, Mohsine le
généreux, Youssef mon petit frère que j'adore,
Mohamed, Monia, Redouan que j'aime
profondément.*

*En témoignage de mon affection fraternelle, de ma
profonde tendresse et reconnaissance, je vous
souhaite une vie pleine de bonheur et de succès et que
Dieu, le tout puissant, vous protège et vous garde.*

À MES CHERS PETITS NEVEUX

Amine, Ayman, Akram, Majd, Adam

*Aucune dédicace ne saurait exprimer tout l'amour
que j'ai pour vous, Votre joie et votre gaieté me
comblent de bonheur.*

A MON GRAND PÈRE

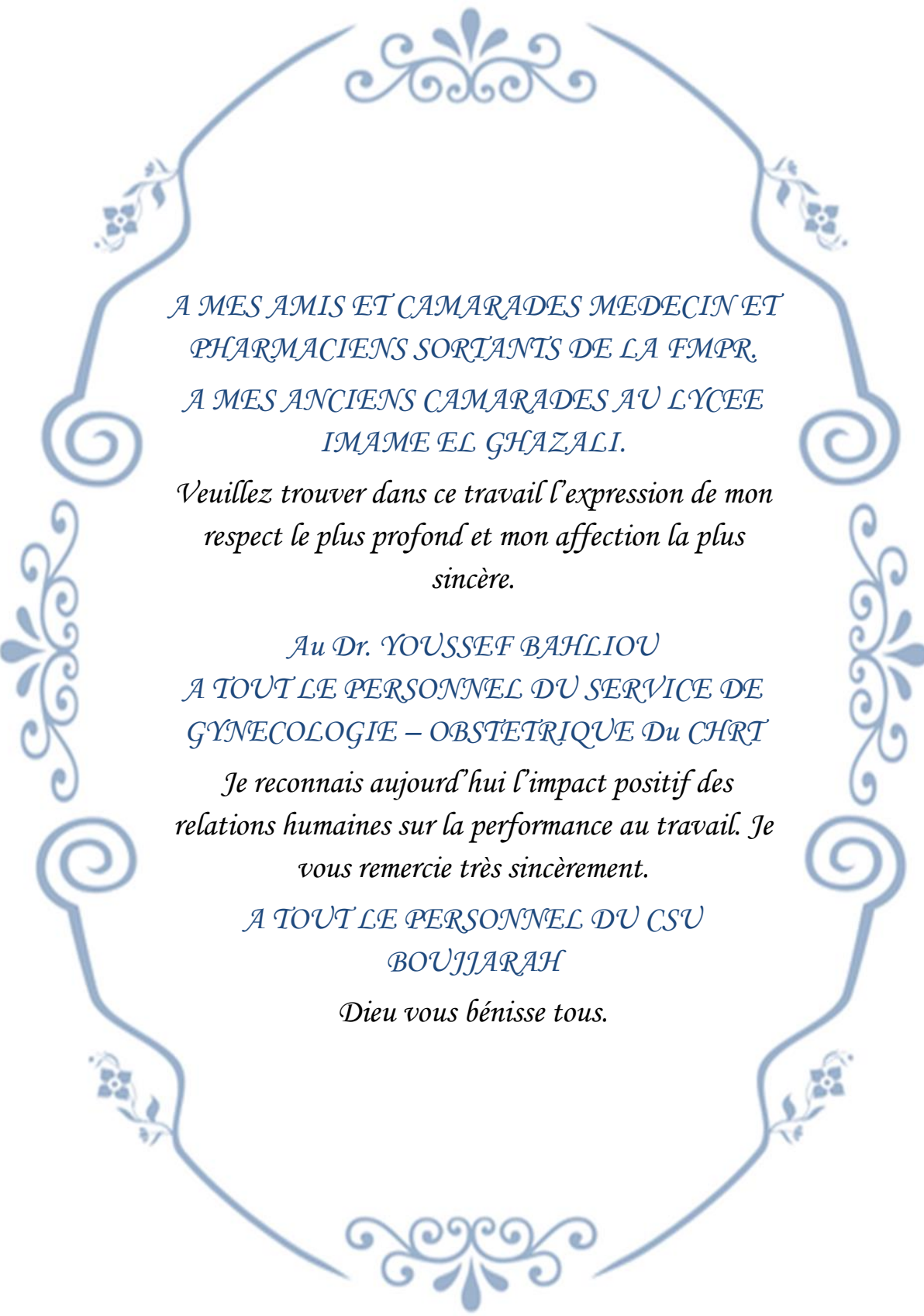
*Qui m'a accompagné par ses prières, puisse Dieu lui
prêter longue vie et bcp de santé et de bonheur dans
les deux vies.*

*A LA MEMOIRE DE MES GRAND-MÈRES ET
MON GRAND PÈRE*

*J'aurais tant aimé que vous soyez présents.
Que Dieu ait vos âmes dans sa sainte miséricorde*

*À MES CHERS ONCLES, TANTES, LEURS
EPOUX ET EPOUSES
A MES CHERS COUSINS COUSINES*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon
respect le plus profond et mon affection la plus
sincère.*



*A MES AMIS ET CAMARADES MEDECIN ET
PHARMACIENS SORTANTS DE LA FMPR,
A MES ANCIENS CAMARADES AU LYCEE
IMAME EL GHAZALI.*

*Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon
respect le plus profond et mon affection la plus
sincère.*

*Au Dr. YOUSSEF BAHLIOU
A TOUT LE PERSONNEL DU SERVICE DE
GYNECOLOGIE – OBSTETRIQUE Du CHRT*

*Je reconnais aujourd'hui l'impact positif des
relations humaines sur la performance au travail. Je
vous remercie très sincèrement.*

*A TOUT LE PERSONNEL DU CSU
BOUJJARAH*

Dieu vous bénisse tous.



REMERCIEMENTS



*A NOTRE MAÎTRE, RAPPORTEUR
ET PRÉSIDENT DE THÈSE*

Madame le Docteur Aïcha KHARBACH

*Professeur de l'enseignement supérieur en Gynécologie et
Obstétrique à la Faculté de Médecine et de Pharmacie de
Rabat*

*Chef de service de M3 à l'hôpital de la Maternité Souissi de
Rabat.*

*Nous sommes Très Honoré De Vous avoir comme président
du jury de notre thèse.*

*Nous vous remercions pour la gentillesse et la spontanéité
avec lesquelles vous avez bien voulu diriger ce travail.*

*Nous avons eu le grand plaisir de travailler sous votre
direction, et avons trouvé auprès de vous le conseiller et le
guide qui nous a reçu en toute circonstance avec sympathie,
sourire et bienveillance.*

*Votre compétence professionnelle incontestable ainsi que vos
qualités humaines vous valent l'admiration et le respect de
tous.*

*Vous êtes et vous serez pour nous l'exemple de rigueur et de
droiture dans l'exercice de la profession.*

*Veuillez, cher Maître, trouver dans ce
modeste travail l'expression de notre haute
considération, de notre sincère reconnaissance
et de notre profond respect.*



*A NOTRE MAÎTRE ET HONORABLE JUGE
DE THÈSE*

*Madame le Docteur LAKHDAR Amina
Professeur de gynécologie obstétrique à la
maternité*

Souissi du CHU de Rabat.

*Vous nous avez fait le grand honneur d'accepter
de figurer parmi les membres de notre jury. Nous
vous remercions pour ce grand privilège que vous
nous faites.*

*Veuillez accepter, cher maître, ce travail avec toute
notre estime et haute considération.*



*A NOTRE MAÎTRE ET HONORABLE
JUGE DE THÈSE*

*Monsieur le Docteur Gaouzi Ahmed
PROFESSEUR DE PÉDIATRIE*

A l'Hôpital d'Enfants Rabat

*C'est pour nous un immense plaisir de vous voir
siéger parmi le jury de notre thèse.*

*Votre enseignement, Vos qualités humaines et
professionnelles sont exemplaires.*

*Nous sommes très touchés par la spontanéité et
la grande amabilité avec laquelle vous avez
accepté de juger notre travail.*

*Veuillez trouver ici, cher maître, le témoignage
de notre vive gratitude et de nos respectueux
sentiments.*

ABREVIATIONS ET SIGLES

>	: Supérieur
<	: Inférieur
%	: Pourcentage
°	: Degré
AG	: Anesthésie Générale
cm	: Centimètres
g	: Grammes
Hb	: Hémoglobine
CU	: Contractions Utérines
g/dl	: Grammes par décilitre
G/L	: Giga par litre
Kg	: Kilogrammes
Max	: Maximum
mg	: Milligrammes
ml	: Millilitre
mmHg	: Millimètre De Mercure
mn	: Minute
N	: Numéro
%	: Pourcentage (pour cent)
TA	: Tension Artérielle
PA	: Pression artérielle
SA	: Semaines d'Aménorrhée
TV	: Toucher vaginal
PEC	: Prise en charge
CHU	: Centre Hospitalier Universitaire
HAS	: Haute Autorité de Santé
CSU	: Centre de Santé Urbain
CHRT	: Centre Hospitalier Régional Tétouan
DELM	: Direction Epidémiologie Et Lutte Contre Maladies
DLCA	: Direction de la Lutte Contre l'Analphabétisme
MEN	: Ministère De L'éducation Nationale
OMS	: Organisation mondiale de la santé
UNICEF	: Fonds des Nations unies pour l'enfance
ISPITS	: Institut Supérieur Des Professions Infirmières
PMSI	: Programme de médicalisation des systèmes d'information

CRAC	: Comité Régional D'audit Confidentiel
AUDIPOG	: Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Pédiatrie, Obstétrique et Gynécologie
AFSSAPS	: Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé
ENPSF	: Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale
PP	: Post-partum
AVB	: Accouchement Par Voie Basse
CPoN	: Consultation post-natale
IEC	: Information, Education, Communication
IU du PP	: Incontinence Urinaire Du Post-Partum
RVP	: Rétention vésicale du post-partum
PMP	: La pilule micro-progestative
MAMA	: La Méthode d'Allaitement Maternel et Aménorrhée
LH-RH	: Luteinizing hormone-releasing hormone
FSH	: Hormone folliculo-stimulante
PRL	: Prolactine
LH	: Hormone lutéinisante
MAP	: Menace d'Accouchement Prématuro
MFIU	: Mort Foetale Intra-Utérine
BCF	: Bruits du cœur foetal
PE	: Pré-Eclampsie
GEU	: Grossesse extra-utérine
HTA	: Hyper-Tension Artérielle
ECBU	: Examen cyto bactériologique des urines
AINS	: Anti-inflammatoire non stéroïdien
EI	: Extractions instrumentales
DMS	: Durée Moyenne De Séjour
AET	: Apport Énergétique Total
DHA	: Acide docosahexaénoïque
EPA	: Acide eicosapentaénoïque
MB	: Métabolisme de base
BCG	: Bilié de Calmette et Guérin
PPB	: Post Partum Blues
TB	: Tuberculose
TTF	: Tuberculose toute forme
TB-MR	: Tuberculose multirésistante
VIH	: Virus de l'immunodéficience humaine

BK	: Bacille de Koch
TEP	: Tuberculose extra-pulmonaire
INH	: Isoniazide
RMP	: Rifampicine
EMB	: Ethambutol
PZA	: Pyrazinamide
CGR	: Concentrés De Globules Rouges
PFG	: Plasma Frais Congelé
PDF	: produits de dégradation de la fibrine
LDH	: Lactate Deshydrogénase
ASAT	: Aspartate Aminotransférase
ALAT	: Alanine Aminotransférase
TP	: Taux de prothrombine
TCK	: Temps de céphaline activée
HRP	: Hématome rétro-placentaire
IRA	: Insuffisance Rénale Aigue
HPP	: Hémorragie du post-partum
CIVD	: Coagulation intravasculaire disséminée
TC	: Temps de coagulation

LISTE DES ILLUSTRATIONS

LISTE DES TABLEAUX

TABEAU 1:REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LE MODE D'ACCOUCHEMENT.	36
TABEAU 2:ÉTAT DES NOUVEAU-NES.	36
TABEAU 3 : NIVEAU DE LA QUALITE DES STRUCTURES A LA MATERNITE DE TETOUAN.	37
TABEAU 4:REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LA REALISATION DE LA SURVEILLANCE DU POST PARTUM IMMEDIAT.	38
TABEAU 5:NIVEAU DU SERVICE SUR LE PLAN DE PRISE EN CHARGE DES PARTURIENTES EN POST-PARTUM IMMEDIAT	38
TABEAU 6:REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LA REALISATION DES SOINS MATERNELS APRES AVB.	38
TABEAU 7: NIVEAU DU SERVICE SUR LE PLAN DE PRISE EN CHARGE DES PARTURIENTES ACCOUCHEES PAR VOIE BASSE	39
TABEAU 8:REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LA REALISATION DES SOINS APRES UNE CESARIENNE.	39
TABEAU 9:NIVEAU DU SERVICE SUR LE PLAN DE SOINS POST-CESARIENNE.	39
TABEAU 10:ÉVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR.....	40
TABEAU 11:NIVEAU DU SERVICE SUR LE PLAN DE PRISE EN CHARGE DE LA DOULEUR.	40
TABEAU 12:REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LA DUREE D'HOSPITALISATION POUR AVB.	41
TABEAU 13.REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LA DUREE D'HOSPITALISATION POUR LES CESARIENNES.....	41
TABEAU 14:REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LES CONSEILS DONNES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL.	43
TABEAU 15: NIVEAU DU SERVICE SUR LE PLAN DES CONSEILS DONNES AUX FEMMES SUR L'ALLAITEMENT MATERNEL	43
TABEAU 16:REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LES CONSEILS DONNES SUR L'HYGIENE	44
TABEAU 17:NIVEAU DU SERVICE SUR LE PLAN DES CONSEILS D'HYGIENE.....	44
TABEAU 18:REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LES CONSEILS DONNES SUR LA CONTRACEPTION.....	44
TABEAU 19:NIVEAU DU SERVICE SUR LE PLAN DES CONSEILS DONNES SUR LES METHODES CONTRACEPTIVES.....	45
TABEAU 20: REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LES CONSEILS DONNES SUR L'ALIMENTATION DE LA MERE	45
TABEAU 21:NIVEAU DU SERVICE SUR LE PLAN DES CONSEILS DONNES SUR L'ALIMENTATION DE LA MERE	45
TABEAU 22:LES COMPLICATIONS DU POST-PARTUM RENCONTREES PENDANT LA DUREE D'ÉTUDE.....	46
TABEAU 23:ÉVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DE LA CONSTIPATION ET L'HEMORROÏDES.	46
TABEAU 24:NIVEAU DU SERVICE SUR LE PLAN DE PRISE EN CHARGE DE LA CONSTIPATION.	46
TABEAU 25:INCONTINENCE URINAIRE DU POST-PARTUM : FACTEURS DE RISQUE.....	47
TABEAU 26:ÉVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE D'INCONTINENCE URINAIRE DU POST-PARTUM	47
TABEAU 27: NIVEAU DE SERVICE SUR LE PLAN DE PRISE EN CHARGE DE L'IU DU PP.	47
TABEAU 28:RETENSION URINAIRE DU POST-PARTUM : FACTEURS DE RISQUE.....	48
TABEAU 29:ÉVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DE LA RETENTION URINAIRE.	48
TABEAU 30:ÉVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DE LA CYSTITÉ.	48
TABEAU 31:ÉVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES CREVASSES.	49
TABEAU 32:NIVEAU DE SERVICES SUR LE PLAN DE PRISE EN CHARGE DES CREVASSES.....	49
TABEAU 33:ÉVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DE L'ENGORGEMENT MAMMAIRE.	49
TABEAU 34: NIVEAU DE SERVICES SUR LE PLAN DE PRISE EN CHARGE DE L'ENGORGEMENT MAMMAIRE.	50
TABEAU 35:PRISE EN CHARGE D'UNE HPP EN COURS DE CESARIENNE SELON LE PROTOCOLE DE SERVICE.....	55
TABEAU 36:PRISE EN CHARGE D'UNE HPP PAR DECHIRURE VAGINALE SELON LE PROTOCOLE DE SERVICE.	56
TABEAU 37: PRISE EN CHARGE D'UNE HPP PAR ATONIE UTERINE SELON LE PROTOCOLE DE SERVICE.....	56
TABEAU 38:ÉVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DE LA PRE-ECLAMPSIE DU POST-PARTUM.....	57
TABEAU 39: EVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DE L'ECLAMPSIE DU POST-PARTUM.....	58
TABEAU 40:ÉVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DU DEUIL.	58
TABEAU 41: REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LEUR SATISFACTION	59
TABEAU 42:REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LA RECOMMANDATION DE L'ÉTABLISSEMENT A UN PROCHE.....	59
TABEAU 43:REPARTITION DES PARTURIENTES SELON L'AUTEUR DES CONSULTATIONS POST-NATALES.	68
TABEAU 44:LE PROTOCOLE DE SERVICE POUR LA PRISE EN CHARGE DES PARTURIENTES	69

TABLEAU 45: LES COMPLICATIONS RETROUVEES CHEZ LES PARTURIENTES.....	70
TABLEAU 46: COMPARAISON DE LA QUALITE DES SOINS DU POST-PARTUM IMMEDIAT DE NOTRE ETUDE AVEC CEUX DE LA LITTERATURE	82
TABLEAU 47: COMPARAISON DE LA QUALITE DE SOINS POST-CESARIENNE DE NOTRE ETUDE AVEC CEUX DE LA LITTERATURE	84
TABLEAU 48: COMPARAISON DE LA DUREE MOYENNE DE SEJOUR AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE	88
TABLEAU 49: COMPARAISON LE RESULTAT DE NOTRE ETUDE AVEC CEUX DE LA LITTERATURE SUR LA PREVALENCE DE L'IU DU POST-PARTUM DURANT LA PERIODE D'HOSPITALISATION	100
TABLEAU 50: COMPARAISON LE RESULTAT DE NOTRE ETUDE AVEC CEUX DE LA LITTERATURE SUR LA PREVALENCE DE L'IU DU POST-PARTUM EVOQUER DANS LA CONSULTATION POST-NATALE.	100
TABLEAU 51: COTATION DE LA FORCE MUSCULAIRE (TESTING)	102
TABLEAU 52: LES 3 GROUPES DE PATIENTES AU TERME DU BILAN AVANT REEDUCATION	103
TABLEAU 53: COMPARAISON L'INCIDENCE DE RETENTION VESICALE DU POST-PARTUM DANS NOTRE ETUDE AVEC CEUX DE LA LITTERATURE.....	105
TABLEAU 54: COMPARAISON DE L'INCIDENCE D'INFECTION URINAIRE DANS NOTRE ETUDE AVEC CEUX DE LA LITTERATURE.....	108
TABLEAU 55: COMPARAISON DE L'INCIDENCE DES CREVASSES DANS NOTRE ETUDE AVEC CEUX DE LA LITTERATURE	110
TABLEAU 56: COMPARAISON DE L'INCIDENCE DE MASTITE DANS NOTRE ETUDE AVEC CEUX DE LA LITTERATURE.....	116
TABLEAU 57: ANTIBIOTIQUES POUR LE TRAITEMENT DE LA MASTITE INFECTIEUSE	117
TABLEAU 58: TUBERCULOSE DIGESTIVE DELM 2014	124
TABLEAU 59: LES CARACTERISTIQUES CLINIQUES BACTERIOLOGIQUES ET HISTOLOGIQUES, 6 OBSERVATIONS	124
TABLEAU 60: TUBERCULOSE PERITONEALE : SYMPTOMATOLOGIE, REVUE DE LA LITTERATURE (ORDRE ALPHABETIQUE).	125
TABLEAU 61: COMPARAISON L'INCIDENCE DES HEMORRAGIES DE LA DELIVRANCE DE NOTRE ETUDE AVEC LES DONNEES DE LA LITTERATURE.....	127

LISTE DES FIGURES

FIGURE 1: REPARTITION DES PARTURIENTES EN FONCTION DE LEURS ORIGINES RURALE OU URBAINE.	33
FIGURE 2: REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LEUR AGE.....	33
FIGURE 3: REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LE STATUT MARITAL	34
FIGURE 4 : REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LE NIVEAU DE SCOLARISATION	34
FIGURE 5: REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LA PARITE.....	35
FIGURE 6: REPARTITION DES PARTURIENTES SELON LE SUIVI DE GROSSESSE.	35
FIGURE 7 : BESOINS NUTRITIONNELS DE LA FEMME ALLAITANTE	90
FIGURE 8: LES DONNEES DE L'ETUDE DE E. DERBYSHIRE ET AL SUR LA PREVALENCE DE LA CONSTIPATION PENDANT LA GROSSESSE ET LE POST-PARTUM.....	97

SOMMAIRE

I. EVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES PARTURIENTES EN POST-PARTUM A LA MATERNITE DE TETOUAN.....	6
A. INTRODUCTION ET OBJECTIFS.....	7
B. GENERALITES.....	9
1. <i>Les définitions de la qualité des soins</i>	9
2. <i>La physiologie des suites de couches</i>	9
(1) Sur le plan anatomique	9
(2) Sur les plans échographique et radiologique	12
(3) Sur le plan hormonal	13
(4) Sur le plan biologique	14
3. <i>La contraception du post-partum</i>	14
(1) La physiologie	14
(2) Les méthodes contraceptives	16
(3) Autres méthodes contraceptives	18
4. <i>L'allaitement maternel</i>	20
(1) La physiologie de la lactation	20
(2) L'initiation de la lactation	20
(3) L'accompagnement et la surveillance	23
C. MATERIELS ET METHODES	24
1. <i>Le cadre d'étude</i>	24
a) La présentation du service	24
(1) La structure du service	24
(2) Les ressources humaines	25
(3) Les activités de service	25
(4) Les mesures prises pour améliorer la qualité de prise en charge	26
2. <i>L'intérêt de l'étude</i>	26
3. <i>Le type et la durée de l'étude</i>	27
4. <i>La population d'étude</i>	27
5. <i>L'échantillonnage</i>	27
a) Les critères d'inclusion	27
b) Les critères d'exclusion	27
c) La technique de l'échantillonnage	28
d) La collecte des données	28
6. <i>Les variables</i>	28
a) Les caractéristiques de la population	28
b) La qualité des structures	29
c) Les procédures	29
d) L'évaluation de la satisfaction des parturientes	31
7. <i>Le système de classement</i>	31
8. <i>L'aspect éthique</i>	32
9. <i>Le plan d'analyse et traitement des données</i>	32
10. <i>Les limites de l'étude</i>	32
D. RESULTATS	33
1. <i>Les Caractéristiques de la population d'étude</i>	33
a) L'origine géographique	33
b) L'âge	33

a)	Le statut marital	34
a)	Le niveau d'instruction	34
a)	La parité	35
a)	Le suivi de la grossesse	35
b)	Le mode d'accouchement	36
c)	L'état des nouveau-nés	36
2.	<i>La qualité des structures</i>	37
3.	<i>Les procédures</i>	38
a)	La surveillance des suites de couches	38
(1)	La surveillance du post partum immédiat	38
(2)	Les soins maternels après un accouchement par voie basse	38
(3)	Les soins après une césarienne	39
(4)	La prise en charge de la douleur	40
b)	La durée d'hospitalisation	41
(1)	La durée d'hospitalisation après un accouchement par voie basse	41
(2)	La durée d'hospitalisation post-césarienne	41
c)	L'organisation de service pour la sortie	42
(1)	L'ordonnance de sortie	42
(2)	Les conseils de sortie pour maman	43
d)	La prévention et gestion des complications	46
(1)	La constipation et l'hémorroïdes	46
(2)	Les complications urinaires	47
(3)	Les complications mammaires	49
(4)	Les complications infectieuses	50
(5)	L'hémorragie du post-partum	55
(6)	La pré-éclampsie du post-partum	57
(7)	L'éclampsie du post-partum	58
(8)	Le deuil	58
4.	<i>L'évaluation de la satisfaction des parturientes</i>	59
II.	CONSULTATION POSTNATALE	60
A.	INTRODUCTION ET OBJECTIFS	61
B.	GENERALITES	63
1.	<i>L'examen postnatal</i>	63
a)	Les objectifs	63
b)	L'interrogatoire	63
c)	L'examen clinique	64
(1)	L'examen général	64
(2)	L'examen gynécologique	64
C.	MATERIELS ET MÉTHODES	66
1.	<i>Le cadre d'étude</i>	66
2.	<i>Le type et la durée de l'étude</i>	66
3.	<i>La population de l'étude</i>	66
4.	<i>Les critères d'inclusion</i>	66
5.	<i>Les critères d'exclusion</i>	66
6.	<i>Les données</i>	67
D.	RESULTATS	68
1.	<i>Le suivi post natal</i>	68
a)	Les professionnels de santé	68
b)	Le motif de la visite	68
c)	La durée de consultation	68
d)	La description du contenu de la consultation	68
(1)	L'interrogatoire	68

(2) L'examen physique.....	69
2. Les complications.....	70
3. La planification familiale	70
4. L'allaitement maternel	70
III. DISCUSSION	72
A. LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES	73
1. L'origine géographique.....	73
2. L'âge	73
3. Le statut matrimonial	73
1. Le niveau d'instruction.....	73
2. La parité.....	74
3. Le suivi de la grossesse	75
4. L'épisiotomie.....	75
5. Le taux d'extractions instrumentales.....	75
a) La ventouse	75
b) Le forceps.....	76
6. Le taux de césarienne	77
B. LA QUALITE DES STRUCTURES.....	79
C. LA SURVEILLANCE DES SUITES DE COUCHES	81
1. Le post-partum immédiat	81
2. La surveillance des jours suivants	82
a) Les soins de routine.....	82
b) Les soins post-opératoires	83
3. La prise en charge de la douleur du post-partum	84
a) Les douleurs en rapport avec l'involution utérine (ou tranchées)	84
b) Les douleurs périnéales.....	84
D. LA DUREE D'HOSPITALISATION	86
1. La durée d'hospitalisation après un accouchement par voie basse.....	86
2. La durée d'hospitalisation post-césarienne	88
E. LES CONSEILS DE SORTIE DE LA MATERNITE	89
1. La contraception	89
2. L'Allaitement maternel	89
3. La nutrition de la femme allaitante	90
F. LA CONSULTATION POSTNATALE	93
1. Les professionnels de santé	93
2. La durée de consultation	93
3. Le motif de consultation	93
4. L'examen post-natal	94
a) L'interrogatoire	94
b) L'examen physique.....	94
(1) L'examen clinique général	94
(2) L'examen gynécologique	95
5. La contraception et la sexualité.....	96
G. LES COMPLICATIONS	97
1. La constipation	97
a) La définition	97
b) La prévalence	97
c) La prise en charge	98
2. La pathologie hémorroïdaire	98
a) L'incidence	98

b)	La prise en charge	99
3.	<i>Les complications urinaires.....</i>	99
a)	L'incontinence urinaire du post partum	99
(1)	La définition.....	100
(2)	La prévalence	100
(3)	Les facteurs de risque qui prédisposent à l'incontinence du post-partum	101
(4)	La prise en charge.....	102
b)	La rétention vésicale du post-partum	104
(1)	La définition.....	104
(2)	L'incidence.....	105
(3)	Les facteurs de risque.....	105
(4)	La durée moyenne de la RVP.....	106
(5)	La prise en charge d'une RVP	106
c)	Les infections urinaires.....	108
(1)	L'incidence des infections urinaires chez les césariennes	108
(2)	La prise en charge.....	109
4.	<i>Les complications mammaires.....</i>	110
a)	Les crevasses	110
(1)	La définition.....	110
(2)	L'incidence.....	110
(3)	L'origine des crevasses	111
(4)	La prise en charge.....	111
b)	L'engorgement mammaire.....	114
(1)	L'incidence.....	114
(2)	La prise en charge.....	114
c)	La mastite.....	116
(1)	L'incidence.....	116
(2)	La prise en charge.....	116
d)	L'abcès du sein	118
(1)	La prise en charge.....	118
5.	<i>Les complications infectieuses du post partum</i>	119
a)	L'infection puerpérale	119
(1)	L'étiologie. Physiopathologie	119
(2)	Les formes cliniques	120
(3)	Le traitement curatif	122
b)	La tuberculose péritonéale	123
(1)	La situation épidémiologique de la Tuberculose	123
(2)	Les manifestations cliniques.....	124
(3)	Les examens paracliniques	125
(4)	Le traitement.....	126
6.	<i>L'hémorragie du post-partum.....</i>	126
a)	La définition	126
b)	L'incidence	127
c)	La prise en charge d'une hémorragie du post-partum.....	127
(1)	L'étiologies de l'HPP	127
(2)	Le diagnostic de l'HPP	128
7.	<i>La pré-éclampsie/l'éclampsie du post-partum</i>	134
a)	La prééclampsie modérée du post-partum	134
(1)	La prise en charge.....	135
b)	La réanimation de la prééclampsie sévère.....	137
(1)	Le contrôle de la pression artérielle	137
(2)	Le remplissage vasculaire	137
c)	Le traitement et la prévention de l'éclampsie	138
(1)	Le traitement de la crise convulsive	138

(2) La prévention secondaire	138
(3) La prévention primaire	139
8. <i>Les principales formes de thrombose veineuse du post-partum</i>	140
a) La thrombose veineuse superficielle	140
b) La thrombose veineuse profonde	140
c) La phlébite pelvienne	141
9. <i>La psychopathologie du post-partum</i>	141
a) Le « post-partum blues »	141
b) La dépression post-natale	142
c) Les psychoses puerpérales	142
H. L'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PARTURIENTES.....	143
1. <i>L'évaluation de la satisfaction globale des soins</i>	143
2. <i>L'évaluation des dimensions spécifiques de la satisfaction</i>	144
a) L'admission.....	144
b) La satisfaction des patientes à propos des locaux.....	144
c) La qualité des soins médicaux et paramédicaux	144
d) L'organisation de sortie.....	146
IV. RECOMMANDATIONS.....	147
V. CONCLUSION	151
VI. ANNEXES	156
VII. RESUME.....	169
VIII. BIBLIOGRAPHIE.....	173



I. EVALUATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES PARTURIENTES EN POST- PARTUM A LA MATERNITE DE TETOUAN



A. INTRODUCTION ET OBJECTIFS

Le post-partum, ou suites de couches, débute environ une heure après la délivrance et englobe les six semaines qui suivent [223]. Les soins à apporter dans le post-partum doivent répondre aux besoins particuliers de la mère et de l'enfant au cours de cette période et doivent comporter la prévention, la détection précoce et le traitement des complications et des maladies, la fourniture des services et des conseils sur l'allaitement au sein, l'espacement des naissances, la vaccination et l'alimentation maternelle.

La naissance d'un enfant désiré est en général un évènement heureux. Malgré la douleur et l'inconfort, la naissance longtemps, attendue, est le point culminant de la grossesse et le début d'une nouvelle vie. Cependant, la naissance est aussi un moment critique pour la santé de la mère et de l'enfant. Des problèmes peuvent survenir s'ils ne sont pas traités rapidement et efficacement. Ces derniers peuvent entraîner des complications, voire même le décès de l'une et/ou de l'autre. Néanmoins, le post-partum est une période souvent négligée dans les maternités. L'absence des soins pendant cette période augmente le pourcentage des décès et des incapacités enregistrés chez les mères durant le post-partum.

Les audits réalisés par les CRAC [159] nous ont montrés que les principales causes des décès maternels chez 90% des cas sont dues aux (hémorragies, pré-éclampsies/éclampsies, et infections). Ces audits ont aussi révélé que la grande majorité des décès était évitable et que les facteurs évitables les plus fréquents sont liés aux problèmes de prise en charge relatifs aux délais dans les soins, à la sous-estimation de la gravité et à la surveillance insuffisante ou à la décision de traitements inappropriée. Même si le Maroc a pu ramener le ratio de mortalité maternelle à 72,6 pour 100.000 [159] grâce à des efforts considérables pour réduire les barrières géographiques, financières et organisationnelles, il serait difficile de réduire encore ledit ratio sans un engagement accru de la part des professionnels de la santé. Tout ça dans le but d'améliorer la qualité de prise en charge des parturientes, dès qu'elles sont admises au niveau des structures de la santé.

- Nous avons alors initié ce travail dont les objectifs sont :
 - Objectif général :
 - Etudier la qualité de prise en charge des parturientes en post-partum à la maternité de Tétouan.
 - Objectifs spécifiques :
 - Décrire les caractéristiques socio-démographiques des accouchées ;
 - Evaluer la qualité des structures ;
 - Observer les différentes étapes de la prise en charge des parturientes par le personnel soignant ;
 - Observer les méthodes utilisées lors des complications liées au post-partum ;
 - Déterminer le degré de satisfaction des accouchées ;
 - Donner la corrélation entre le degré de satisfaction et le résultat de la prise en charge ;
 - Former les recommandations.

B. GENERALITES

1. Les définitions de la qualité des soins

- Les soins de haute qualité sont les soins visant à maximiser le bien-être des patients après avoir pris en compte le rapport bénéfices / risques à chaque étape du processus de soins.

Avedis Donabedian, 1980

- L'évaluation de la qualité des soins est une démarche qui doit permettre de garantir à chaque patient l'assortiment d'actes diagnostiques et thérapeutiques lui assurant le meilleur résultat en termes de santé, conformément à l'état actuel de la science médicale, au meilleur coût pour le même résultat, au moindre risque iatrogénique, pour sa plus grande satisfaction en termes de procédure, résultats, contacts humains à l'intérieur du système de soins.

Organisation mondiale de la santé, 1982

- Les soins de haute qualité contribuent fortement à augmenter ou maintenir la qualité de vie et/ou la durée de vie.

American Medical Association, 1984

2. La physiologie des suites de couches

(1) Sur le plan anatomique [1]

Le corps utérin immédiatement après la délivrance a le volume d'un utérus grévide de 4 mois et demi, pèse entre 1 500 et 1 700 g, et mesure de 20 à 30 cm. Il involue très rapidement pendant les 2 premières semaines, puis plus lentement pour ne retrouver un état pré-grévide (70 g, de 7 à 8 cm) qu'au bout de 2 mois. Le mode d'accouchement, la parité, le poids de l'enfant, n'ont pas d'influence sur cette involution. Sur le plan histologique, l'œdème interstitiel disparaît, les fibres musculaires néoformées se hyalinisent et les fibres musculaires hypertrophiées reprennent leur longueur initiale.

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

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

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

- *phase de régression* pendant les 5 jours suivant l'accouchement : la paroi est recouverte d'un enduit fibrineux contenant des cellules déciduales en histolyse laissant place par des culs-de-sacs glandulaires restés en place dans la couche profonde de l'endomètre ;

- *phase de cicatrisation* du sixième au vingt-cinquième jour, non dépendante de la stimulation hormonale : l'épithélium de surface est complètement reconstitué sous l'effet d'une prolifération anarchique cicatricielle banale. Cela explique l'absence d'hémorragie à l'arrêt des estrogènes lorsqu'ils sont donnés en cure courte pour enrayer la montée laiteuse ;

- *phase de prolifération* du vingt-cinquième au quarante cinquième jours sous l'effet de la stimulation estrogénique : l'endomètre présente un aspect normal de phase folliculaire. Ce n'est qu'à partir de cette période que l'on peut prescrire, si besoin est, une contraception hormonale ;

- *phase de reprise* éventuelle du cycle menstruel avec, chez la femme n'allaitant pas, une hémorragie de privation après le quarante-cinquième jour. L'ovulation est

possible après le quarantième jour, l'endomètre prenant ensuite un aspect sécrétoire de deuxième partie de cycle. Les deux premiers cycles sont fréquemment anovulatoires mais une ovulation précède quasi constamment la troisième menstruation. En cas d'allaitement prolongé, l'aménorrhée se prolonge fréquemment 4 mois, puis les menstruations peuvent réapparaître même si l'allaitement est poursuivi.

À l'aire placentaire, les couches superficielles se nécrosent du deuxième au septième jour ; les vaisseaux spiralés utéroplacentaires involuent complètement (dépôts fibrinoïdes) en 15 jours et au trentième jour après l'accouchement les artérioles spiralées ont repris leur calibre et leur structure habituels. Il se produit alors une restauration épithéliale qui n'est complète que 6 semaines après l'accouchement, date à laquelle la zone placentaire ne mesure plus que 2 cm.

Le vagin s'atrophie rapidement, perdant la moitié de ses couches cellulaires ; il ne reprend sa trophicité qu'à partir de la stimulation hormonale du vingt-cinquième jour (en l'absence d'allaitement). Sur le plan paraclinique, tant qu'il existe une atrophie, le pH reste élevé (supérieur à 6) et les frottis montrent une majorité de cellules parabasales (50 %), intermédiaires (46 %) et de très rares cellules superficielles (4 %).

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

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

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

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

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

(2) Sur les plans échographique et radiologique [1]

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

Sur le plan radiologique, l'utérus est augmenté dans tous ses diamètres, il existe une disjonction symphysaire supérieure à 0,6 cm (40 %) ou des sacro-iliaques (7 %), du sang est souvent présent (60 %) dans la cavité, voire du gaz (20 %) (surtout pendant les 3 premiers jours) ; la fréquence élevée de cette dernière image chez les femmes asymptomatiques ne permet pas de confirmer l'hypothèse d'une endométrite comme l'avaient supposé les premières études, y compris lorsque ces images sont tardives, 3 semaines après l'accouchement. [123,229]

Les images échographiques sont superposables aux images tomodensitométriques [230] et les dimensions de l'utérus rejoignent au vingt-huitième jour les limites supérieures de l'utérus non gravide. La ligne de vacuité utérine correspondant à une ligne hyperéchogène n'est constamment visible qu'au vingt-huitième jour. Auparavant, la cavité est dite « réelle » probablement par hématométrie (80 % des cas à la deuxième semaine du post-partum) et se traduit par une zone anéchogène d'épaisseur variable, cernée de deux traits hyperéchogènes. Cette image est parfois hétérogène et limitée au tiers inférieur de la cavité utérine au début (20 % pendant la première semaine du postpartum), puis s'étend ensuite à l'ensemble de la cavité [231]. Cet aspect échographique dans la cavité utérine en post-partum précoce est normal et ne doit faire l'objet d'aucun traitement chez une patiente asymptomatique [232]. Aucun signe échographique n'est susceptible d'annoncer des complications hémorragiques [232].

L'étude de la vascularisation utérine par Doppler couleur montre au cours de la grossesse la disparition de l'incisure protodiastolique (*notch*) au plus tard à la vingt-sixième semaine d'aménorrhée, le développement d'une vascularisation à basse pulsatilité et d'un flux diastolique continu, tous ces changements étant les témoins d'un système de basses résistances périphériques. Au cours du post-partum, les résistances vasculaires évoluent en trois phases : dans les 2 jours suivant l'accouchement, le système

à hautes résistances vasculaires réapparaît rapidement et l'index de pulsatilité dans les artères utérines augmente significativement (passant d'une valeur moyenne de 0,7 à 1,2), le *notch* réapparaît (non pas tant en raison de la disparition du trophoblaste que de la diminution brutale de taille de l'utérus et des fréquentes contractions). Dans un deuxième temps, pendant la période d'involution utérine, l'index de pulsatilité utérine reste stable jusqu'à la sixième semaine du post-partum, puis dans une troisième phase augmente au moins jusqu'à la quatorzième semaine du postpartum. Le flux diastolique permanent persiste encore à cette même date. Pour certains auteurs, la pathologie des suites de couches, hémorragique ou infectieuse, s'accompagnerait d'une persistance du système de résistances vasculaires basses. [1]

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

(3) Sur le plan hormonal [1]

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

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

Les gonadotrophines hypophysaires sont basses, le test à la *luteinizing hormone-releasing hormone* (LH-RH) est négatif pendant 25 jours après l'accouchement, puis il apparaît une remontée progressive de la FSH, précédant le pic ovulatoire de LH (qui ne se produit jamais avant le quarantième jour après l'accouchement).

La PRL augmente aussitôt après l'accouchement (entre 100 et 150 ng/ml), de façon plus importante si la femme allaite (la succion provoque des pics prolactiniques dont l'amplitude décroît avec le temps), mais commence à diminuer dans tous les cas après le quinzième jour, aboutissant alors à des taux de 20 à 30 ng/ml qui se normalisent en 4 à 6 semaines.

En ce qui concerne la taille de la glande pituitaire, celle-ci augmente régulièrement au cours de la grossesse (+ 120 %, sans dépasser 10 mm en IRM [233]) et est à son maximum au troisième jour du post-partum (seul moment où la taille peut

dépasser ces 10 millimètres). Ensuite, ses dimensions diminuent pour revenir à la normale en 6 mois.

(4) Sur le plan biologique [1]

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

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

L'activine A, à son maximum à 36 semaines d'aménorrhée diminue progressivement mais reste le témoin d'un état d'hypercoagulabilité dans ces premiers 15 jours [234]. L'équilibre entre ces deux systèmes est précaire et peut donner lieu soit à une coagulation intravasculaire disséminée, soit à des phénomènes de thrombose, ce qui justifie, chez les femmes à risques, la mise en route d'une anticoagulation préventive, poursuivie au moins 6 semaines après l'accouchement.

La protéine C réactive ne permet pas une surveillance de la pathologie infectieuse des suites de couches puisque l'on assiste à une élévation physiologique pouvant aller jusqu'à un facteur dix [235].

3. La contraception du post-partum [1]

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

(1) La physiologie

(a) L'allaitement maternel

L'augmentation de la prolactinémie induite par la chute du taux d'estradiol et de progestérone après l'accouchement est associée à une diminution des gonadotrophines

(LH et FSH) via l'inhibition de la sécrétion pulsatile de *gonadotropin-releasing hormone*. L'insuffisance gonadotrope induite par l'hyperprolactinémie est responsable d'une aménorrhée plus ou moins prolongée en fonction de la décroissance de la prolactinémie [237]. L'inhibition de l'axe gonadotrope est partielle et s'émousse au fil des semaines avec des débuts de croissance folliculaire subissant le plus souvent un phénomène d'atrésie, mais parfois des ovulations sont possibles durant cette période d'allaitement. De nombreux cas de grossesses sont décrits chez des femmes allaitantes et n'ayant pas eu de retour de couches.

Le retour des règles et de l'ovulation sont variables dans le temps en fonction du nombre des tétées, de leur durée et de l'absence de toute autre alimentation [238]. Si l'allaitement maternel est exclusif, le risque de grossesse à 6 mois en aménorrhée est de 2 % (indice de Pearl : 1% à 2-3 %). Mais sous nos latitudes la contraception est une nécessité puisque l'allaitement atteint rarement cette durée et la même fréquence [239].

(b) L'allaitement artificiel

La diminution physiologique du taux de PRL est rapide, avec atteinte du taux de base en 7 à 15 jours et l'axe gonadotrope se réactive vers le vingt-cinquième jour du post-partum. Le retour de couches à lieu 30 à 60 jours après l'accouchement et des ovulations sont possibles dès le quarantième jour. Le premier cycle est le plus souvent anovulatoire [240]. En cas de traitement par agonistes dopaminergiques, le retour de cycles ovulatoires est encore plus précoce et peut survenir dans ce cas 15 à 20 jours après l'accouchement.

(c) Les variations des facteurs de l'hémostase

L'état d'hypercoagulabilité domine en post-partum et reste particulièrement marqué durant les 3 premières semaines après l'accouchement. Ce phénomène est dû à la persistance des facteurs prothrombotiques observés pendant la grossesse (facteurs VII, VIII, X, fibrinogène) et à la diminution des taux d'inhibiteurs physiologiques de thrombose concomitante d'une activité fibrinolytique réduite. Ces différentes anomalies se corrigent en 3 à 6 semaines environ. Cette augmentation du risque thromboembolique est renforcée par l'éventuelle anémie, l'alitement prolongé et les infections puerpérales.

(d) L'involution utérine

Sur le plan mécanique, la cavité utérine retrouve sa taille du pré-partum environ 2 mois après l'accouchement. La régénération endométriale, indépendante de toute stimulation hormonale, se termine vers j25, ce qui explique qu'il n'a jamais été décrit de grossesse avant j25 du post-partum.

(2) Les méthodes contraceptives

(a) En cas d'allaitement maternel

La Haute Autorité de santé (HAS) indique que l'allaitement constitue, à condition d'être exclusif, une méthode contraceptive fiable et efficace jusqu'à 6 mois : il s'agit de la « méthode d'allaitement maternel de l'aménorrhée » « MAMA » (*lactation amenorrheamethod*) dont l'efficacité est de 98 % en l'absence de retour de menstruations [241]. L'allaitement doit consister en une tétée toutes les 4 heures la journée et toutes les 6 heures la nuit au minimum. Cette méthode est confirmée par plusieurs études internationales et une revue Cochrane [236]. En plus de ce type d'allaitement, exceptionnel dans les pays développés, la difficulté de cette technique contraceptive est de dater le retour de couches, puisqu'il n'est pas prévisible. Ces deux données justifient pleinement de proposer une contraception aux femmes allaitantes.

La prise d'une contraception orale durant l'allaitement a fait l'objet de nombreux débats quant à son retentissement sur la qualité et la quantité du lait maternel. La question en ce qui concerne le choix oestroprogestatif versus micro progestatifs n'est toujours pas résolue. Dans le rapport de décembre 2004, l'Agence française de sécurité sanitaire des aliments et produits de santé (AFSSAPS) et la HAS recommandent fortement de ne pas prescrire de méthodes oestroprogestatives jusqu'à 6 mois.

Cependant, une revue de la littérature de type Cochrane de 2003 [242] a montré l'absence d'études suffisamment fiables et interprétables pouvant répondre à l'effet des contraceptions oestroprogestatives sur la qualité ou la quantité du lait. Il semblerait exister une diminution de la quantité de lait à des doses élevées d'éthinylestradiol, mais de toute façon non pharmacologiques.

La deuxième crainte concernant les oestroprogestatifs dans le post-partum est le risque théorique d'exposition du nourrisson aux stéroïdes. Il n'existe actuellement

aucune étude ayant démontré des différences entre les femmes sous placebo et les femmes sous hormonothérapie (oestroprogestatifs ou progestatifs) en ce qui concerne la croissance et le poids des nouveau-nés. Toutefois, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) contre indique, elle aussi, la prescription d'oestroprogestatifs dans les 6 mois de post-partum en cas d'allaitement maternel.

En ce qui concerne la contraception par microprogestatifs, l'AFSSAPS et l'HAS autorisent leur prescription à partir de la quatrième semaine. Les données de la littérature concernant ces molécules montrent de façon plus évidente l'absence d'impact qualitatif ou quantitatif sur le lait maternel. La tendance actuelle est toujours de prescrire des microprogestatifs plutôt que des oestroprogestatifs en cas d'allaitement maternel. Cette prescription est plus liée à des habitudes et à des protocoles de services qu'à la réalité scientifique. Il est également nécessaire de toujours mettre en balance d'une part l'innocuité des microprogestatifs sur la quantité et la qualité du lait, leur tolérance métabolique et vasculaire, et d'autre part la bonne tolérance, l'efficacité et la facilité d'utilisation des oestroprogestatifs.

En cas de prescription oestroprogestative, le choix se porte sur des progestatifs de première ou deuxième génération associés à un dosage d'éthinylestradiol inférieur à 30 µg et après j21 du post-partum, une fois la lactation bien installée et le risque thromboembolique veineux maximal écarté. Certaines équipes prescrivent ces oestroprogestatifs à l'arrêt des inhibiteurs de la lactation puisqu'ils raccourcissent la période d'infertilité physiologique.

D'après les dernières recommandations de l'HAS, la prise de microprogestatifs peut s'effectuer dès j3, c'est-à-dire suffisamment tôt pour que l'efficacité contraceptive soit établie avant j25.

Concernant le choix du micro progestatif, on a le choix entre le lévonorgestrel et le désogestrel. On préfère, malgré son non remboursement et son prix plus élevé, le désogestrel du fait de son action anti gonadotrope, de son excellente efficacité et de l'absence d'augmentation du risque relatif de grossesse extra utérine.

Le clinicien ne doit pas manquer de prévenir la patiente de l'éventualité de microrragie (*spotting*) ou d'aménorrhée.

Chez les patientes moins observantes, on préfère la forme galénique à diffusion sous-cutanée de l'étonogestrel, particulièrement efficace mais pouvant poser le problème d'interprétation des microrragies en post-partum. L'innocuité de l'implant a fait l'objet d'une revue qui conclut à l'absence d'effet néfaste sur la croissance et le développement des enfants [243]. Il s'agit d'une proposition hors autorisation de mise sur le marché avec une pose dès j3.

(b) En cas d'allaitement artificiel

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

(3) Autres méthodes contraceptives

(a) Les méthodes locales ou « barrières »

Le préservatif masculin n'a aucune contre-indication. En cas d'allergie au latex, il faut penser au polyuréthane. Il est particulièrement adapté durant cette période de faible fécondité avec rapports peu fréquents. Les capes cervicales, éponges, diaphragmes et préservatifs féminins représentent une alternative pertinente, efficace si l'utilisation en est rigoureuse. Ils ne sont proposés qu'à partir du deuxième mois du post-partum après un accouchement voie basse et à j25 en cas de césarienne. Le préservatif féminin peut être utilisé dès j21 quel que soit le mode d'accouchement.

Concernant les spermicides, seuls le chlorure de benzalkonium ou miristalkonium, qui ne traversent pas la barrière vaginale, sont autorisés pendant l'allaitement, à partir de j21.

(b) Le dispositif intra-utérin

L'AFSSAPS et l'HAS recommandent soit une pose précoce dans les 48 premières heures après l'accouchement avec un risque d'expulsion élevé (20 %), soit une pose différée, au minimum 4 semaines après l'accouchement (voie basse ou césarienne).

La pratique habituelle française est une pose lors de la visite postnatale 6 à 8 semaines après la naissance, après involution utérine complète, le plus souvent en relais d'une autre méthode. Compte tenu des excellentes tolérance et efficacité du dispositif intra-utérin au lévonorgestrel (comparativement au stérilet au cuivre), celui-ci représente un outil contraceptif particulièrement intéressant en post-partum sans effet sur la qualité ou la quantité du lait, la croissance et le développement des enfants [244].

(c) Les macroprogestatifs

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

Les progestatifs retards injectés par voie intramusculaire tous les 3 mois (type acétate de médroxyprogestérone, 150 mg en intramusculaire) ont des effets secondaires importants qui en font un mode de contraception quasiment réservé à des indications psychiatriques ou sociales, judicieusement remplacé par l'implant à l'étonogestrel.

(d) La contraception d'urgence

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

(e) La stérilisation tubaire à visée contraceptive

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

4. L'allaitement maternel [113-245-246]

(1) La physiologie de la lactation

Le développement de la glande mammaire commence au cours de la vie foetale (canaux connectés au téton). À la puberté, sous l'influence des stéroïdes ovariens, les canaux se multiplient et forment des bourgeons, futures alvéoles. Mais l'essentiel se déroule au cours de la grossesse. Le sein est prêt au quatrième mois.

(2) L'initiation de la lactation

(a) Après la parturition

C'est essentiellement la chute de la progestérone qui induit la lactogénèse, laquelle progestérone freinait la sécrétion de PRL pendant la grossesse.

La PRL augmente rapidement (cellules lactotropes antéhypophysaires) en 36 à 48 heures. La succion déclenche des pics, et cette PRL stimule elle-même le développement et la sensibilisation de ses récepteurs.

Les glucocorticoïdes amplifient la réponse à la PRL et la *growth hormone* augmente la galactopoïèse.

La succion stimule aussi la sécrétion d'ocytocine par la posthypophyse qui fait se contracter les cellules myoépithéliales, et agit aussi sur le cerveau maternel en exerçant un effet sédatif et en abaissant le seuil de la douleur (« hormone de l'attachement »).

L'initiation de la lactation est lente (de 3 à 5 jours), la montée laiteuse est douloureuse et peut s'accompagner d'une fièvre peu élevée (38 °C). Le premier lait (de 3 à 5 jours) est appelé colostrum ; il est très riche en cellules immunocompétentes, pauvre en graisses et en lactose ; il est peu abondant et pourtant tout à fait suffisant pour le nouveau-né.

On décrit ensuite un « lait de transition » (de 5 à 15 jours) qui est plus abondant et plus riche, et enfin un « lait mature » (à partir de 15 jours), qui a pour caractéristiques d'être très variable et adapté aux besoins de l'enfant.

(b) L'entretien de la sécrétion lactée

Il dépend de la succion et donc de l'appétit, de l'entente entre la mère et l'enfant.

Il n'existe pas de capacités de stockage du lait, hormis celui constitué par les lobules mammaires ; cette quantité est très variable selon les femmes, de 80 à 600 ml. Un bébé consomme de 700 à 800 ml de lait à 1 mois de vie.

Chez la mère, la seule vue de l'enfant peut faire éjecter le lait. La quantité de lait est plus fonction de la PRL contenue dans le lait que des taux sanguins circulants. Il existe une régulation autocrine locale : la vitesse de synthèse du lait est inversement proportionnelle au degré de remplissage du sein d'une part ; l'augmentation de la fréquence et de la durée des tétées va augmenter la quantité de lait d'autre part.

À l'inverse, il existe un facteur inhibiteur (*feed-back inhibitor of lactation*), qui est une petite protéine du lactosérum qui s'accumule dans les acini en même temps que les autres constituants du lait. Il inhibe les synthèses protéiques et diminue la liaison PRL/récepteurs. De même, la PRL sort des cellules lactogènes quand l'acinus est plein et y rentre quand cette PRL est sécrétée de manière pulsatile. Mais l'entretien de la lactation devient peu à peu indépendant et après quelques semaines la réponse prolactinique diminue d'intensité et peut revenir à des taux de base sans nuire à la lactation.

Mais des auteurs ont montré l'existence d'une sécrétion locale qui pourrait expliquer cet affranchissement endocrinien. L'entretien de la lactation dépend donc essentiellement de l'enfant, de sa façon de téter, de sa position, la façon dont on le porte et le manipule (le *handing* et le *handling* de Winnicott).

La dopamine est un inhibiteur puissant de la PRL, de même que la noradrénaline. Le stress a donc un effet inhibiteur de la lactation en agissant sur la PRL, mais aussi sur l'ocytocine.

Les substances anti-dopaminergiques des neuroleptiques ou apparentés tels le métoclopramide et le dompéridone sont donc des stimulants de la lactogenèse, et peuvent initier des galactorrhées chez les patientes non gravides. Au contraire, l'alcool et les opiacés diminuent le réflexe d'éjection.

Afin d'augmenter artificiellement la production lactée, diverses recettes locales sont testées sans preuve scientifique (anis, fenouil, acacia, etc.) alors que la bière a fait la preuve d'une augmentation de la PRL, de la *growth hormone* et de la caséine chez le rat.

(c) L'inhibition de la sécrétion lactée

La restriction hydrique et la compression mammaire sont déconseillées car sources de morbidité générale et locale (déshydratation et mastite).

Physiologiquement, l'espacement des tétées est naturellement suivi d'une diminution progressive de la production.

Les moyens médicamenteux (inhibiteurs de la PRL) n'ont pas d'intérêt après les premières semaines puisque la lactation est devenue quasi indépendante de cette hormone.

La bromocriptine agit sur les cellules hypophysaires en inhibant la libération de PRL et probablement aussi sur l'hypothalamus en tant qu'agoniste de la dopamine dont l'action se confond avec celle du *prolactin inhibiting factor*. La posologie est d'un comprimé matin et soir pendant 14 jours. Les effets indésirables sont des nausées, des vomissements, des vertiges, des troubles visuels, une hypotension orthostatique.

L'association à d'autres dérivés de l'ergot de seigle est déconseillée. On a signalé comme accidents : oedème cérébral avec convulsions ; occlusion artérielle cérébrale ; troubles mentaux à type de psychose puerpérale ; hémorragie intracrânienne ; infarctus du myocarde ; collapsus circulatoire par troubles du rythme. L'indication blocage de la lactation a été retirée dès 1994 aux États-Unis.

Il faut au moins respecter les contre-indications : femmes hypertendues, aux antécédents cardiovasculaires ischémiques et aux antécédents psychiatriques. En cas

d'impossibilité d'utilisation de la PRL pour inhiber la montée laiteuse, on peut faire appel à des antalgiques type kétoprofène ou ibuprofène.

La cabergoline semble plus sûre, bien que ne possédant pas l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, et doit être administrée à la dose de 2 comprimés à 500 mg dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, en dose unique.

(3) L'accompagnement et la surveillance

En 1989, l'OMS et le Fonds des Nations Unies pour l'enfance (UNICEF) ont établi les dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel. Ces recommandations ont trait à la formation homogène des soignants qui doivent être capables d'informer les patientes, de les aider à allaiter et d'éviter les autres apports alimentaires.

La mise au sein doit être la plus rapprochée possible de l'accouchement et la cohabitation maternelle doit être encouragée 24 heures sur 24.

Les tétées doivent être à la demande et la position du bébé par rapport au sein est primordiale, ainsi que le confort et l'ambiance pour tous les deux. Il faut rassurer la mère sans l'infantiliser.

Les contre-indications à l'allaitement sont rares : maladie cardiovasculaire ou respiratoire sévère ; hémopathie ou cancer en cours de traitement pour la mère ; infection maternelle par le virus de l'immunodéficience humaine ; galactosémie chez le nouveau-né. L'alimentation du prématuré par le lait de femme est controversée. Il doit être enrichi en énergie, protéines, minéraux, sodium, fer, zinc et vitamines.

C. MATERIELS ET METHODES

1. Le cadre d'étude

a) La présentation du service

Notre étude a été réalisée dans le service de maternité de CHR Tétouan. Le service est composé de deux unités :

- ❖ Le service d'obstétrique (rez-de-chaussée)
- ❖ Et le service de gynécologie (1^{er} étage)

Il reçoit les évacuations sanitaires en provenance de la périphérie et parfois de la ville de Chefchaouen. Ces évacuations sanitaires sont provoquées par l'insuffisance du plateau technique et parfois par le manque de supervision du personnel de la base.

(1) La structure du service

- Le bâtiment comporte :
 - a. Au rez-de-chaussée :
 - Une Unité d'accouchement ;
 - Une salle de bloc opératoire (salle) 1 ;
 - Un Ascenseur ;
 - Un bureau pour l'infirmière chef du service de la maternité ;
 - Une salle de garde pour les sages-femmes ;
 - Deux vestiaires ;
 - Une salle de réunion ;
 - 33 lits pour l'hospitalisation des accouchement normaux et avortements ;
 - Des Toilettes ;
 - Une Salle d'échographie.

b. A l'étage :

- 30 lits réservés aux grossesses à risque et aux césariennes ;
- Un vestiaire ;
- Une salle de garde pour les infirmiers ;
- Deux Bureaux dont un pour le chef de service, et l'autre pour le médecin spécialiste en gynécologie et obstétrique ;
- Des Toilettes.

(2) Les ressources humaines

- Un médecin chef du service de la maternité ;
- Quatre médecins spécialistes en gynécologie et obstétrique ;
- Une infirmière chef du service de la maternité ;
- Dix-sept sages-femmes dont une sage-femme maîtresse ;
- Cinq infirmiers polyvalents ;
- Quatre infirmiers anesthésistes ;
- Sept auxiliaires ;
- Cinq agents de soutien ;
- Des stagiaires : étudiants de l'ISPITS, des instituts de santé privés, et des étudiants en médecine.

(3) Les activités de service

- Prise en charge de la santé sexuelle et génésique de la jeune fille, de la femme, du couple, de la famille et de la communauté.
- Prise en charge de la santé de la femme enceinte/parturiente/couple mère nouveau-né dans les situations normales et à risques.
- Encadrement clinique des étudiants de l'ISPITS, des instituts de santé privés et des étudiants en médecine.
- Formation continue du personnel de santé.
- Management, évaluation et recherche scientifique.

- Collaboration et partenariat.

(4) Les mesures prises pour améliorer la qualité de prise en charge

- Assurer la garde résidentielle des gynéco-obstétriciens et réanimateurs anesthésistes au niveau de la maternité hospitalière.
- Mettre en œuvre les recommandations de bonnes pratiques afin d'améliorer la qualité de PEC de l'accouchement et des complications obstétricales.
- Assurer la disponibilité des kits, des médicaments vitaux et du sang.
- Assurer la gratuité de l'accouchement, la césarienne, la PEC des complications survenues au cours de la grossesse (GEU, MAP, grossesses molaires, pré-éclampsie/éclampsie..) et en post-partum (hémorragie, infection..)

2. L'intérêt de l'étude

- Pourquoi l'évaluation de la qualité des soins ?

Aujourd'hui, l'évaluation de la qualité des soins devient nécessaire. Les coûts économiques liés à la santé, le progrès des techniques, l'exigence des populations qui réclament plus d'informations, plus de résultats, les doutes des malades et des familles sur le système des soins.

Au vu de tous ces éléments, la connaissance du niveau de la qualité des soins est essentielle et représente un avantage non-négligeable pour un service. Une évaluation de la qualité des soins permet par exemple :

- ***L'identification précise des besoins*** : en ce qui concerne les infrastructures, les matériels, les personnels, et les procédures.
- ***La pertinence des actions futures*** : Connaître le degré des soins fournis, permettre à la maternité d'entreprendre et de mener des actions répondant au mieux aux attentes des patientes.
- ***La réalisation des actions correctrices ciblées*** : Une évaluation de la qualité des soins permet de cibler les points à améliorer pour une meilleure prise en charge rendant ainsi la mise en place d'actions correctives plus ciblées et donc plus efficaces.

- ***La mesure de la satisfaction des patientes*** : il nous permettra d'acquérir une meilleure connaissance de nos patientes et de leurs attentes. Ce point est capital, car il y a souvent une différence importante entre la perception que nous pouvons avoir des besoins et les attentes de nos patientes et leurs besoins réels.

En général, cette évaluation constitue un excellent moyen pour garantir aux malades un service de qualité par une remise en cause permanente des modes de fonctionnement.

3. Le type et la durée de l'étude

Pour la réalisation de ce travail, nous avons choisi une étude prospective descriptive, s'étalant sur une durée d'un mois (15/03/2018 à 15/04/2018).

L'étude a été réalisée sur 575 cas. Elle a été inspirée du modèle d'Adevis Donabedian sur l'évaluation de la qualité des soins et des services.

4. La population d'étude

Il s'agit :

- Du personnel chargé des soins du post-partum.
- Des parturientes ayant fréquenté la maternité pendant la période d'étude.
- De la structure du service de Gynécologie Obstétrique Tétouan.

5. L'échantillonnage

a) Les critères d'inclusion

- Nous avons inclus dans l'étude toutes les femmes qui ont bénéficié de soins postnatals dans le service de maternité du CHRT durant notre période d'étude et qui ont accepté de participer à l'enquête.

b) Les critères d'exclusion

- Nous avons exclu de l'étude les parturientes ayant refusé de se soumettre à nos questionnaires.

c) La technique de l'échantillonnage

Il s'agit d'un recrutement systématique de toutes les parturientes qui ont bénéficié de soins postnataux dans le service de maternité du CHRT au cours de la période d'enquête et qui ont accepté de se soumettre à nos questionnaires.

d) La collecte des données

❖ **Le remplissage de la grille d'observations qui comporte deux axes :** **(Voir Annexes n :2,3)**

- L'observation des structures et des équipements.
- L'observation de la qualité de prise en charge des parturientes.
 - Plusieurs techniques ont été utilisées :
 1. Observation des prestataires de services
 2. Entretien avec les accouchées
 3. Exploitation documentaire :
 - Les registres :
 - Admission : registre d'admission.
 - Bloc opératoire : des comptes rendus opératoires.
 - Registre des médicaments.
 - Les dossiers et les fiches :
 - Le dossier accouchement.
 - Fiche de soins et de surveillance infirmiers.

❖ **La perception de la qualité de prise en charge par les parturientes à l'aide d'un questionnaire. (Voir Annexe n°4)**

6. Les variables

a) Les caractéristiques de la population

- L'origine géographique
- L'Age
- Le statut marital

- Le niveau d'instruction
- La parité
- Le suivi de la grossesse
- Le mode d'accouchement
- L'état des nouveau-nés

b) La qualité des structures

- Les normes architecturales
- Unité d'accueil et d'orientation
- L'équipement de l'unité des soins d'accouchement
- L'unité d'hospitalisation suite de couche
- L'unité de bloc opératoire
- L'existence et la fonctionnalité du laboratoire
- L'existence d'un dépôt de médicament
- Le système d'approvisionnement en eau
- Le système de communication
- L'état des toilettes

c) Les procédures

- La surveillance des suites de couches
 - 1- La surveillance du post-partum immédiat
 - 2- Les soins maternels après un accouchement par voie basse
 - 3- Les soins après une césarienne
 - 4- La prise en charge de la douleur
- La durée d'hospitalisation
 - 1- La durée d'hospitalisation après AVB
 - 2- La durée d'hospitalisation post-césarienne

➤ La prévention et la gestion des complications.

1- La constipation et les hémorroïdes

2- Les complications urinaires

- L'incontinence urinaire du post-partum
- La cystite
- La rétention urinaire du post-partum

3- Les complications mammaires

- Les crevasses
- L'engorgement mammaire
- La mastite

4- Les complications infectieuses

5- L'hémorragie du post-partum

- La prise en charge d'une HPP en cours d'une césarienne
- L'HPP par déchirure vaginale
- L'HPP par atonie utérine

6- La pré-éclampsie

7- L'éclampsie

8- Le deuil

➤ L'organisation du service pour la sortie

1- L'ordonnance de sortie

2- Les conseils de sortie pour maman

- L'allaitement maternel
- La nutrition
- La contraception
- Les conseils d'hygiène

- La vaccination du nouveau-né

d) L'évaluation de la satisfaction des parturientes

- L'évaluation de la satisfaction globale des soins
- L'évaluation des dimensions spécifiques de la satisfaction

7. Le système de classement

➤ Le niveau de qualité de la structure :

Chaque référence composée de critère sera cotée de 0 à 4. La somme des scores obtenus est appliquée à une échelle d'évaluation qui va nous permettre d'évaluer le niveau de la qualité des structures. Le maximum de score que l'on peut enregistrer pour les références est de 40. Les détails sur les cotations seront présentés dans un tableau. (Voir tableau 3)

L'échelle se présentera comme suite :

-**Niveau IV** : 95-100% de score maximal

-**Niveau III** : 75-94% de score maximal

- **Niveau II** : 50-74% de score maximal

- **Niveau I** : < 50% de score maximal

➤ Le niveau de la qualité de prise en charge

Dans notre étude chaque geste ou variable est noté de 0 à 1 selon la réalisation ou non de ce geste. (Voir Annexe n°3)

Le score calculé que l'on peut enregistrer pour chaque parturiente est classé selon l'échelle d'évaluation individuelle suivante :

Elevé (Q4) : la parturiente a eu 95% à 100% de score maximal

Assez élevé (Q3) : la parturiente a eu 75% à 94% de score maximal

Moyen (Q2) : la parturiente a eu 50 à 74% de score maximal

Faible (Q1) : la parturiente a eu < de 50% de score maximal

Et la somme des nombres des parturientes qui ont un score élevé (Q3+Q4) permet ainsi de déterminer les soins de bonne et d'assez bonne qualité et d'avoir le classement par niveau.

- Les critères de ce classement :

Niveau IV : 75 à 100% des parturientes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

Niveau III : 50 à 74% des parturientes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

Niveau II : 25 à 49% des parturientes reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonne qualité.

Niveau I : moins de 25% reçoivent des soins de bonne ou d'assez bonne qualité.

8. L'aspect éthique

La confidentialité des données a été garantie. Les noms des parturientes ne figurent sur aucun document relatif aux résultats de cette étude. Ce travail est purement scientifique et concerne l'évaluation de la qualité de prise en charge des parturientes en post-partum à la maternité de Tétouan.

9. Le plan d'analyse et traitement des données

Les données ont été saisies dans les tableaux avec le logiciel Excel 2016 et analysées sur le logiciel IBM SPSS statistics, version 25.

10. Les limites de l'étude

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

- Un manque d'informations contenu dans les dossiers médicaux.
- La courte durée d'hospitalisation des parturientes qui ont accouché par voie basse.

D. RESULTATS

1. Les Caractéristiques de la population d'étude

a) L'origine géographique

La répartition selon l'origine rurale ou urbaine est représentée dans la figure 1.

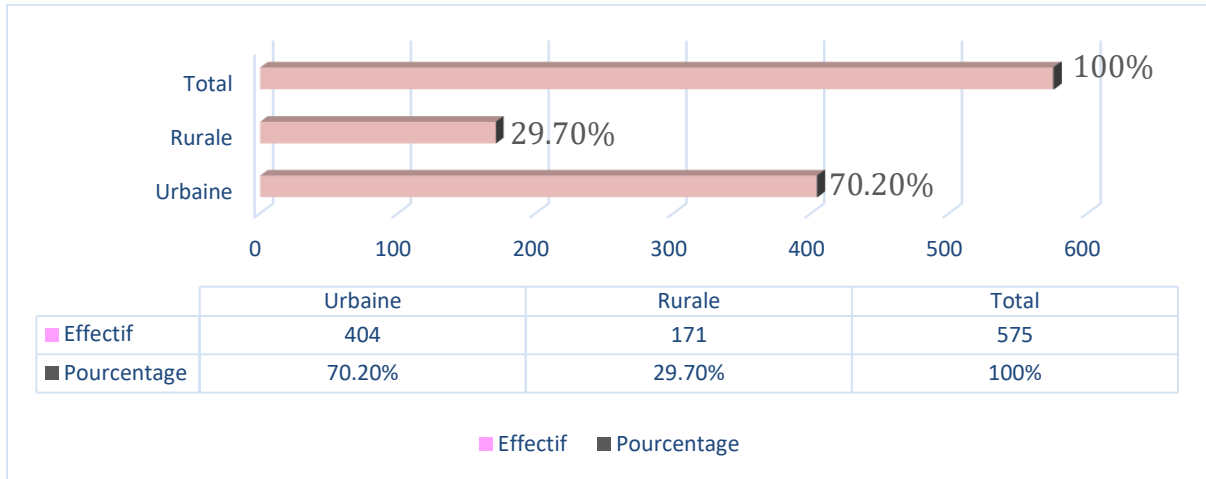


Figure 1: Répartition des parturientes en fonction de leurs origines rurale ou urbaine.

b) L'âge

La moyenne d'âge des parturientes était de 28,5 ans. La patiente la plus jeune avait 17 ans et la plus âgée 45 ans.

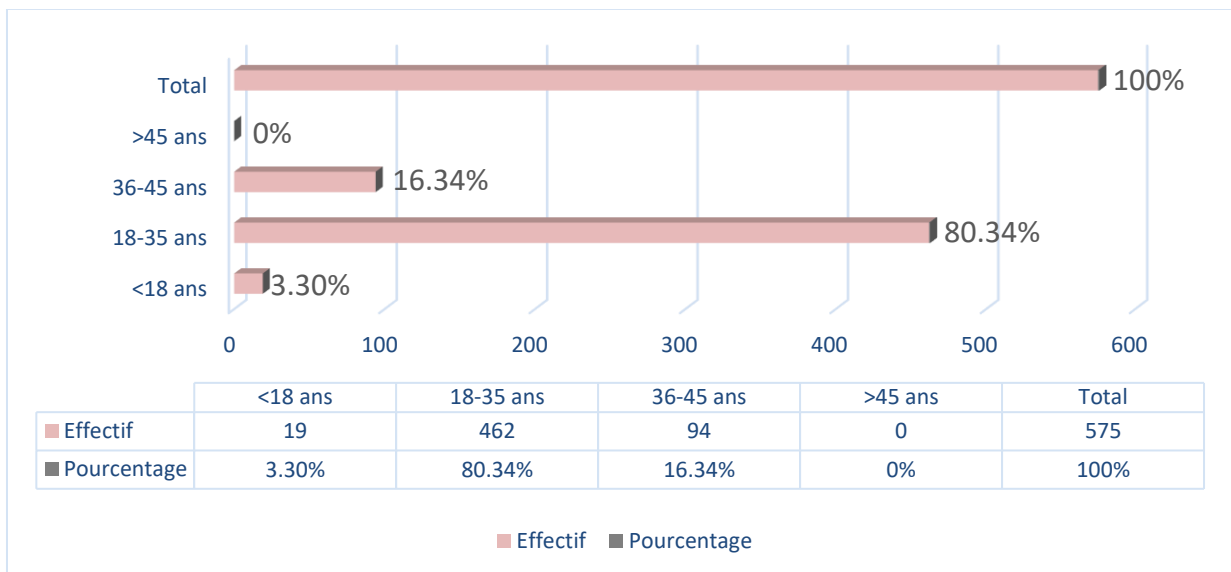


Figure 2: Répartition des parturientes selon leur âge.

a) Le statut marital

Les gestantes célibataires ont représenté dans cet échantillon 5 mères célibataires soit 0,9%.

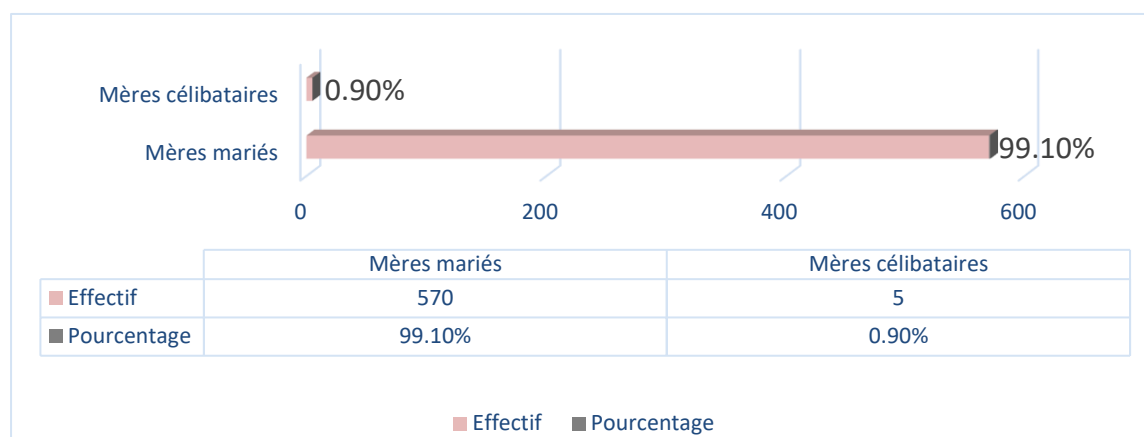


Figure 3: Répartition des parturientes selon le statut marital

a) Le niveau d'instruction

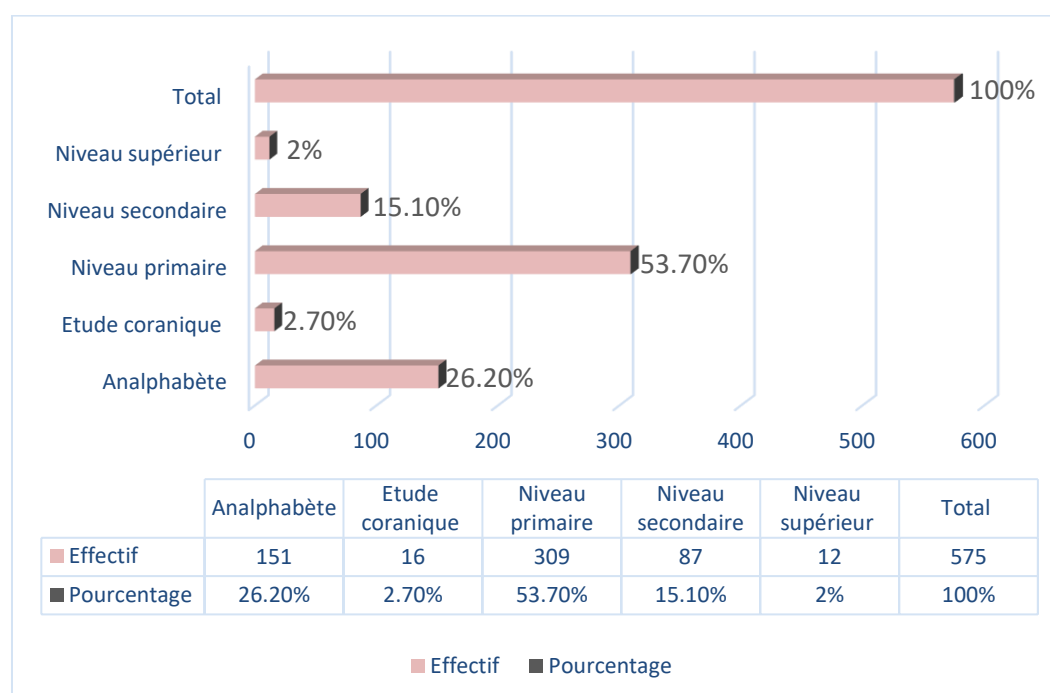


Figure 4 : Répartition des parturientes selon le niveau de scolarisation

a) La parité

La moyenne de parité est de 2.3 pare, avec des extrêmes allant de 1 à 10. La répartition des patientes selon leur parité est représentée dans la figure 5.

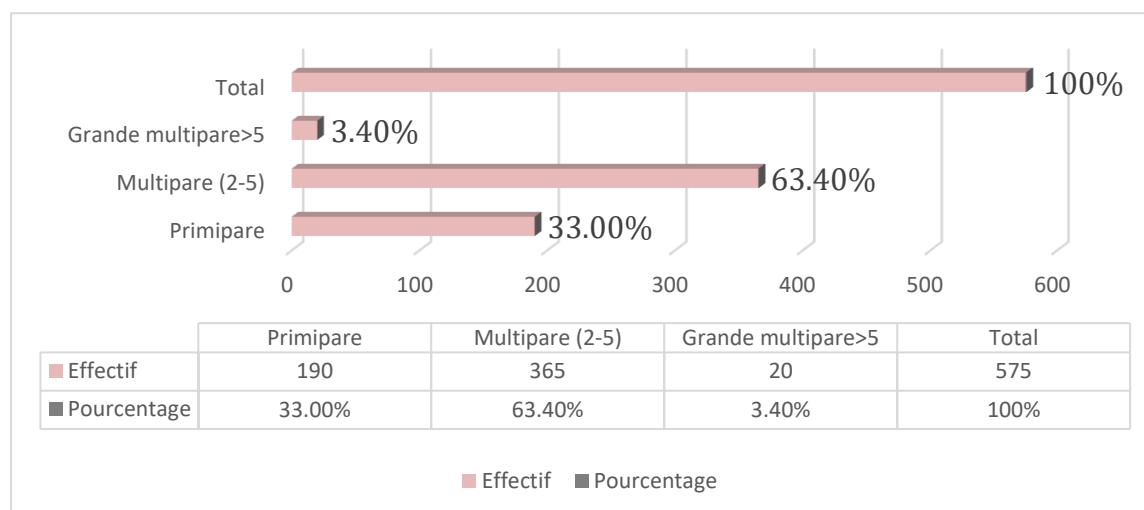


Figure 5: Répartition des parturientes selon la parité

a) Le suivi de la grossesse

La grossesse était suivie chez 320 patientes, soit 55.6 % des cas.

La répartition selon le suivi de grossesse est représentée dans la figure 6.

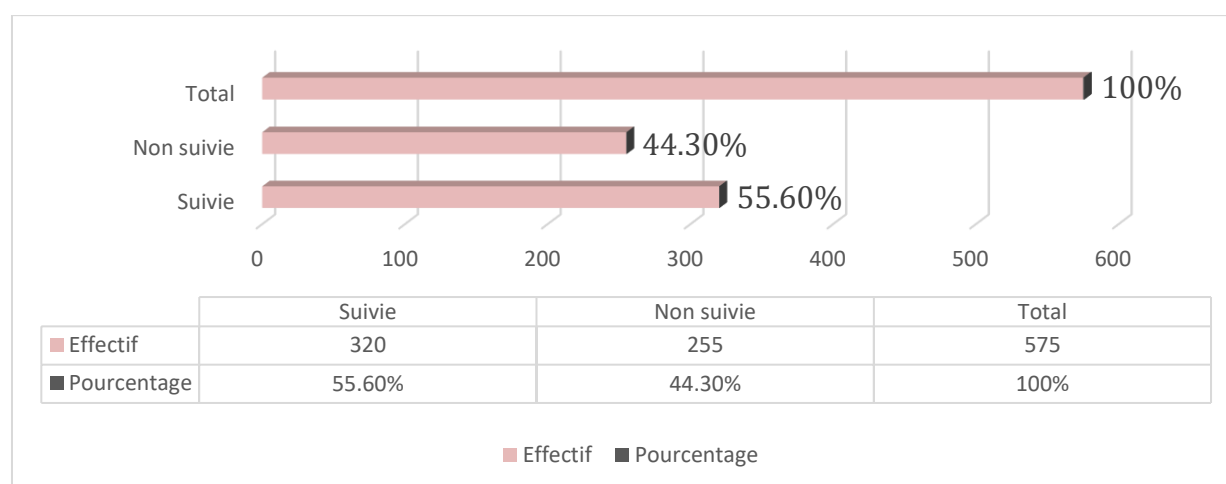


Figure 6: Répartition des parturientes selon le suivi de grossesse.

b) Le mode d'accouchement

La répartition selon le mode d'accouchement est représentée dans le tableau 1.

Tableau 1: Répartition des parturientes selon le mode d'accouchement.

Mode d'accouchement		Effectif	Pourcentage
AVB		472	82%
Accouchement par voie basse	Par voie basse non instrumentale		
	AVB normal	288	61%
	Par voie basse instrumentale		
	Episiotomie	169	35.8%
	Ventouse	14	2.9%
	Forceps	01	0.2%
Césarienne		103	17.9%
Totale		575	100%

c) L'état des nouveau-nés

Etat des nouveau-nés est représenté dans le tableau 2.

Tableau 2: Etat des nouveau-nés.

Etat des nouveau-nés		Effectif	Pourcentage
Vivants		567	97.5%
Mort-nés	Frais	3	2.06%
	Macérés	9	
Décès néonatal < 24h		2	0.34%
Naissances dont le poids < 2500mg		22	3.7%
Total de naissances		581	100%

2. La qualité des structures

Tableau 3 : niveau de la qualité des structures à la maternité de Tétouan.

Références	Niveau de la qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
Normes architecturales	+					Les règles de base sont respectées pour le terrain, la circulation, les revêtements des sols et des murs ainsi que pour la sécurité.
Unité d'accueil et d'orientation	+					L'identification du personnel, l'information transmise à l'accueil et la disponibilité du personnel à l'accueil sont satisfaisants.
Structure/équipement : unité d'accouchement	+					Matériels techniques de qualité satisfaisante (Ciseaux, pinces, etc...).
Unité d'hospitalisation suite de couche			+			Salles propres avec une aération et une ventilation satisfaisante. Le nombre de lits est insuffisant.
Dépôts des médicaments	+					Sous bonne garde et bien protégé avec de bonnes mesures de sécurité.
Laboratoire/fonctionnalité	+					Fonctionnel pour tous les examens complémentaires conférant au service.
Etat des toilettes			+			Intimité respectée, propreté insuffisante, manque d'eau chaude.
Système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets	+					Assuré par le Système public.
Unité du bloc opératoire	+					Equipement de bonne qualité
Système de communication	+					Les outils et supports de communication : Téléphone, FAX, la messagerie électronique.
Total	32	0	4	0	36/40 90%	

① NB : A=4 ; B=3 ; C=2 ; D=1.

+= désigne le niveau de qualité coché.

Score maximal (SC. Max) =40

Niveau de la qualité :

Niveau 4 : 95-100%SC.MAX soit 38-40

Niveau 3 : 75-94%SC.MAX soit 30-37

Niveau 2 : 50-74%SC.MAX soit 20-29

Niveau 1 : moins de 50%SC.MAX soit moins de <20

➤ Le service est de niveau : III

3. Les procédures

a) La surveillance des suites de couches

(1) La surveillance du post partum immédiat

Tableau 4: Répartition des parturientes selon la réalisation de la surveillance du post partum immédiat.

Les variables	Effectif	Pourcentage
Prise de TA, Pouls	506	88%
Prise de température	536	93.2%
Examen des conjonctives	80	14%
Appréciation globe utérine de sécurité	564	98%
Examen du périnée	575	100%
Evaluation du saignement vulvaire	575	100%
Surveillance du post partum pendant 2 heures	552	96%
Surveillance du nouveau-né	575	100%
Total	575	100%

Tableau 5: Niveau du service sur le plan de prise en charge des parturientes en post-partum immédiat

Les variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	NIVEAU DE LA QUALITE			
						I	II	III	IV
Le post-partum immédiat	5	81	413	76	413+76 85%				+

Le pourcentage des parturientes qui ont reçu des soins de « bonne » et « d'assez bonne qualité » en ce qui concerne la surveillance du post-partum immédiat était de 85%, le service est de niveau IV.

(2) Les soins maternels après un accouchement par voie basse

Tableau 6: Répartition des parturientes selon la réalisation des soins maternels après AVB.

Les variables	Effectif	Pourcentage
Prise de TA, pouls	98	20.76%
Examen des conjonctives	36	7.6%
Prise de température	104	22.0%
Evaluation de l'état de conscience	472	100%
Evaluation de la douleur	446	94.4%
Evaluation de l'état émotionnel	49	10.3%
Evaluation de l'autonomie de la femme accouchée	345	73%
Contrôle de l'état général d'hygiène de la femme accouchée	444	94%
Vérification de la présence du bébé auprès de la mère	472	100%
Examen des seins	197	41.7%
Appréciation globe utérine de sécurité	462	97.8%
Examen du périnée Contrôle des lochies : quantité et odeur	418	88.5%
Examen veineux des membres inférieurs	80	16.9%
Total	472	100%

Tableau 7: Niveau du service sur le plan de prise en charge des parturientes accouchées par voie basse

Les variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	NIVEAU DE LA QUALITE			
						I	II	III	IV
Soins post-partum	46	149	255	22	255+22 58.6%			+	

La qualité des soins durant l'hospitalisation pour les femmes qui ont accouché par voie basse était de 58.6%, le service est de niveau III.

(3) Les soins après une césarienne

Tableau 8:répartition des parturientes selon la réalisation des soins après une césarienne.

Les variables	Effectif	Pourcentage
Prise de TA, pouls	103	100%
Examen des conjonctives	57	55.33%
Prise de la température	103	100%
Évaluation de l'état de conscience	103	100%
Evaluation de l'état émotionnel	60	58.2%
Evaluation de la douleur	103	100%
Contrôle de l'état général d'hygiène de la femme accouchée	103	100%
Donner des conseils d'hygiène à la parturiente	63	61.1%
Evaluation de l'autonomie de la femme accouchée	103	100%
Vérification de la présence du bébé auprès de la mère	103	100%
Examen des seins	48	46.6%
Réalisation des soins locaux de paroi	103	100%
Appréciation globe utérine de sécurité.	103	100%
Examen du périnée Contrôle des lochies : quantité et odeur.	93	90.2%
Faire lever la patiente précocement< 24h	78	75.7%
Injections éventuelles d'anticoagulant	103	100%
Surveillance de la reprise du transit	41	39.8%
Surveillance de la diurèse	103	100%
Examen veineux des membres inférieurs	29	28.1%
Un suivi médical journalier	84	81.5%
Total	103	100%

Tableau 9:Niveau du service sur le plan de soins post-césarienne.

Les variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	NIVEAU DE LA QUALITE			
						I	II	III	IV
Soins après une césarienne	3	15	60	25	60+25 82.5%				+

La qualité des soins après une césarienne est de 82.5%, le service est de niveau IV.

(4) La prise en charge de la douleur

Tableau 10: Evaluation de la qualité de prise en charge de la douleur.

Les variables	Effectif	Pourcentage
-Rassurer la femme quant au caractère physiologique et passager des tranchées et de la tension mammaire (montée laiteuse).	382	66.43%
- Conseiller la femme accouchée de : - Vider sa vessie régulièrement afin d'éviter que celle-ci n'exerce une pression sur l'utérus lorsqu'elle est distendue, ce qui augmente la douleur.	65	11.3%
- Inciter la femme accouchée de se lever dès que sa condition lui permette.	152	26.4%
- Enseigner à la femme accouchée les mesures visant à réduire la formation des gaz intestinaux : - Éviter les boissons gazeuses et les aliments qui favorisent la formation de gaz intestinaux...	235	40.8%
- Administration d'antalgique sur prescription médicale (tranchées). Les antalgiques les plus utilisés dans le traitement de la douleur au sein de notre service : - Paracétamol ; - AINS ; - Néfopam (Acupan).	503	87.4%
Créer une atmosphère favorisant le repos : - Limiter le nombre des visiteurs ; - Regrouper les soins ; - Pratiquer les soins du bébé.	575	100%
total	575	100%

Tableau 11: Niveau du service sur le plan de prise en charge de la douleur.

Les variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	NIVEAU DE LA QUALITE			
						I	II	III	IV
La douleur	95	164	259	57	259+57 55%			+	

La qualité de prise en charge de la douleur est de niveau III, 55% des femmes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

b) La durée d'hospitalisation

(1) La durée d'hospitalisation après un accouchement par voie basse

Dans notre étude, 64.6% des parturientes ont séjourné dans le service moins de 24 h et 35.3% d'elles durant 1 à 4 jours. La durée moyenne d'hospitalisation est estimée à 17h. La durée minimale de séjour est de 8h et la durée maximale est de 4 jours.

Tableau 12:répartition des parturientes selon la durée d'hospitalisation pour AVB.

La durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
<24h	305	64.6%
24h-48h	159	33.6%
>48h	8	1.6%
Total	472	100%

(2) La durée d'hospitalisation post-césarienne

La durée moyenne d'hospitalisation après une césarienne était de 4 jours avec des extrêmes de 3 jours et de 11 jours.

Tableau 13.Répartition des parturientes selon la durée d'hospitalisation pour les césariennes.

La durée d'hospitalisation	Effectif	Pourcentage
3-5 j	97	94.1%
6-7 j	5	4.8%
8-11j	1	0.9%
Total	103	100%

c) L'organisation de service pour la sortie

(1) L'ordonnance de sortie

➤ Accouchement par voie basse :

<u>Ordonnance de sortie</u>	
Mère	
1) Cloracef® 500 mg comprimé	
1cp *2 fois / jour pdt 10 jour	
2) Bio secure® Toilette intime	
3) Tardyferon	
1cp/jour (pendant 2 mois)	
4) Desirett® pilule dès le 20-ème jour	
Nouveau-né :	
1) NAN® 1 ^{er} Age lait	
2) Compresse stérile	
3) Neospet® soins du cordon ombilical	

➤ Accouchement par voie haute :

<u>Ordonnance de sortie</u>	
Mère	
1) Fumafer®	
1comprimé*2 par jour	
2) Aclav® 1g cp	
1cp*2 par jour	
3) Bio secure® Toilette intime	
4) Innohep® 3500UI/0.35 ml	
1 injection en sc pendant 6 jours	
5) Desirett® pilule dès le 20-ème jour	
Nouveau-né :	
1) NAN® 1 ^{er} Age lait	
2) Compresse stérile	
3) Neospet® soins du cordon ombilical	

(2) Les conseils de sortie pour maman

(a) L'allaitement maternel

Tableau 14: Répartition des parturientes selon les conseils donnés sur l'allaitement maternel.

Variables	Effectif	Pourcentage
- Conseiller la femme accouchée d'exercer un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois.	422	78.4%
- Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.	157	29.1%
- Questionner la femme accouchée sur ses connaissances et ses expériences antérieures, en adaptant l'enseignement à donner en conséquence.	25	4.6%
- Renseigner la femme accouchée sur les mesures d'hygiène à adopter avant chaque tétée : - Se laver les mains à l'eau et au savon ; - Laver délicatement les mamelons à l'eau claire.	146	27.1%
- Informer la femme accouchée sur les mesures permettant de prévenir des complications Par exemple : - Porter un soutien-gorge de nourrice - Encourager la femme accouchée à allaiter aussi souvent et aussi longtemps que l'enfant le désire, sans restriction. - Bien assécher les seins après chaque tétée, en les épongeant délicatement ; - Ne pas appliquer du savon, du parfum ou d'alcool sur les mamelons, pour éviter de les assécher et pour prévenir les gerçures. - Observer ses mamelons et ses seins tous les jours pour déceler tout signe de complication. - Se renseigner avant de prendre des médicaments à cause du risque de leur passage dans le lait.	99	18.4%
- Conseiller à la femme accouchée de prendre une position confortable pour l'allaitement. Par exemple : - Se coucher sur le côté dans son lit en plaçant le bébé de côté lui aussi ; la bouche vis-à-vis du mamelon. - S'asseoir dans son lit, en gardant la tête du lit levée : placer un oreiller sous son bras pour soutenir la tête du bébé et ainsi éviter les maux de dos. - S'asseoir dans un fauteuil muni d'appui-bras, les jambes allongées et appuyées sur un tabouret et soutenir la tête du bébé avec un oreiller, afin d'éviter les maux de dos.	178	33%
Total	538	100%

Tableau 15: Niveau du service sur le plan des conseils donnés aux femmes sur l'allaitement maternel

Les variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	NIVEAU DE LA QUALITE			
						I	II	III	IV
Allaitement maternel	198	170	148	22	148+22 31.5%		+		

Les conseils de bonne et d'assez bonne qualité donnés aux femmes à propos de l'allaitement maternel étaient 31.5%. Le service est de niveau II

(b) L'hygiène

Tableau 16: Répartition des parturientes selon les conseils donnés sur l'hygiène :

Variables	Effectif	Pourcentage
- Informer à la femme accouchée d'examiner quotidiennement l'état du périnée.	314	54.6%
- Effectuer une toilette vulvaire et enseigner à la femme accouchée comment la faire.	561	97.5%
- Recommander à l'accouchée d'éponger sa vulve de l'avant vers l'arrière à chaque miction ou chaque élimination intestinale, pour éviter la contamination du périnée.	95	16.5%
- Indiquer à l'accouchée qu'il faut changer de serviette hygiénique après chaque miction (au moins 4 fois par jour) pour réduire les risques d'infection.	388	67.4%
Total	575	100%

Tableau 17: Niveau du service sur le plan des conseils d'hygiène

Les variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	NIVEAU DE LA QUALITE			
						I	II	III	IV
Conseils d'hygiène	12	224	248	91	248+91 59%			+	

Dans notre service 59% des parturientes reçoivent des conseils d'hygiène de bonne et d'assez bonne qualité, le service est de niveau III.

(c) La contraception

Tableau 18: Répartition des parturientes selon les conseils donnés sur la contraception.

Variables	Effectif	Pourcentage
Informez la femme sur : L'importance de l'utilisation d'une méthode contraceptive.	524	91.1%
Informez la femme sur : La reprise de l'ovulation : - Il n'y a pas de reprise de l'ovulation avant le 21 ^e jour après l'accouchement : une contraception n'est donc pas nécessaire avant ce délai. - À l'inverse, à partir du 21 ^e jour, il existe un retour de fertilité et une contraception devient donc nécessaire.	0	0%
Informez la femme sur : - Les différentes méthodes contraceptives utilisables chez la femme qui allaite ou non : mode d'emploi, efficacité en pratique courante, durée d'utilisation, contre-indications, risques et effets indésirables possibles (notamment sur l'enfant allaité, le volume de lait, etc.), autres avantages non contraceptifs, procédure pour l'instauration et l'arrêt (ou le retrait du moyen contraceptif), coût, remboursement... ;	0	0%
Informez la femme sur : - Les différentes possibilités de rattrapage en cas de rapport non ou mal protégé (contraception d'urgence), leur efficacité et leurs conditions d'accès.	0	0%
Total	575	100%

Tableau 19: Niveau du service sur le plan des conseils donnés sur les méthodes contraceptives

Les variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	NIVEAU DE LA QUALITE			
						I	II	III	IV
Contraception	524	0	0	0	0	+			

Le service est de niveau I, moins 25% des conseils sur la contraception sont donnés aux femmes, aucune femme reçoit des conseils de bonne qualité sur la contraception.

(d) La nutrition de la femme allaitante

Tableau 20: Répartition des parturientes selon les conseils donnés sur l'alimentation de la femme allaitante

Variables	Effectif	Pourcentage
Noter que le café est déconseillé car il réduit la production lactée.	0	0%
Expliquer à la mère que tous les aliments sont permis y compris les fruits (prunes, abricots, melons...)	127	22%
Lui conseiller une alimentation variée à base : - De produits céréaliers complets si possible, - Des fruits et des légumes, - Des abats et de la viande, - Des produits laitiers, - Des matières grasses.	132	30%
Lui conseiller un apport hydrique suffisant (1.5 à 2 litres par jour).	266	46.2%
Total	575	100%

Tableau 21: Niveau du service sur le plan des conseils donnés sur l'alimentation de la femme allaitante

Les variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	NIVEAU DE LA QUALITE			
						I	II	III	IV
Alimentation maternelle	318	130	127	0	127 22%	+			

Le service est de niveau I, 22% des femmes reçoivent des conseils de bonne et d'assez bonne qualité sur l'alimentation maternelle.

(e) La vaccination du nouveau-né

Variable	Effectif	Pourcentage
Le don d'informations sur la vaccination du nouveau-né	561	100%

Toutes les femmes sont informées de ramener leurs nouveau-nés au centre de santé le plus proche pour la vaccination.

d) La prévention et gestion des complications

Les différentes complications rencontrées pendant la durée d'étude sont représentées dans le tableau suivant :

Tableau 22: les complications du post-partum rencontrées pendant la durée d'étude

Les complications	Effectif	Pourcentage
Constipation et hémorroïdes	- 128 (dont 24 cas de pathologie hémorroïdaire)	- 22.2%
Complications urinaires		
- IU du PP	- 191	- 33.2%
- RU	- 2	- 0.34%
- Cystite	- 1	- 0.17%
Complications mammaires		
- Crevasses	- 94	- 16.3%
- Engorgement mammaire	- 43	- 7.47%
Complications infectieuses :		
- Péritonite	- 1	- 0.17%
HPP	- 4	- 0.7%
Pré-éclampsie/éclampsie du pp	- 2	- 0.34%

(1) La constipation et l'hémorroïdes

Tableau 23: Evaluation de la qualité de prise en charge de la constipation et l'hémorroïdes.

Variables	Effectif	Pourcentage
- Expliquer à la patiente les causes de la constipation afin de l'inciter à mieux collaborer.	32	25%
- Favoriser le rétablissement de l'élimination intestinale, en conseillant l'accouchée de : - Boire au moins 1,5 l d'eau /j pour ramollir les selles. - S'alimenter à base de fibres (céréales et fruits). - Marcher dès que son état le lui permet (environ 6H après l'accouchement) pour favoriser le retour du péristaltisme.	72	56.2%
- Expliquer à la patiente de se présenter aux toilettes dès que le besoin d'éliminer se manifeste.	90	70.3%
- Administrer sous prescription médicale un laxatif et si hémorroïdes : antalgique et/ou topiques locaux.	67/67	100%
Total	128	100%

Tableau 24: Niveau du service sur le plan de prise en charge de la constipation.

Les variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	NIVEAU DE LA QUALITE			
						I	II	III	IV
Constipation	16	32	64	16	64+16 62.5%			+	

La qualité de prise en charge de constipation au sein du service est de niveau III, 62.5% des patientes reçoivent des soins de bonne et assez bonne qualité.

(2) Les complications urinaires

(a) L'incontinence urinaire du post-partum

On a trouvé 56 cas IU du PP pour les primipares et 135 cas IU du PP pour les multipares

Tableau 25: incontinence urinaire du post-partum : facteurs de risque

Critère étudié	Pourcentage	Effectif
IMC		
- <25	- 35%	- 67
- >25	- 64.9%	- 124
Parité		
- Primipare	- 29.3%	- 56
- Multipare	- 70.6%	- 135
Mode d'accouchement		
- AVB	- 94.2%	- 180
- Césarienne	- 5.7%	- 11
Total	- 100%	- 191

Tableau 26: Evaluation de la qualité de prise en charge d'incontinence urinaire du post-partum

Variables	Effectif	Pourcentage
Faciliter l'expression de la femme accouchée sur ce problème qui peut la perturber et la gêner.	22	11.5%
L'informer sur son caractère provisoire	106	55.4%
Informé la patiente de la nécessité de pratiquer des contractions du périnée tout au long de la journée après la cicatrisation de lésions périnéales.	56	29.3%
Informé la femme de consulter le centre de santé le plus proche, si persistance d'incontinence.	61	32%
Total	191	100%

Tableau 27: Niveau de service sur le plan de prise en charge de l'IU du PP.

Les variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	NIVEAU DE LA QUALITE			
						I	II	III	IV
IU du PP	68	66	55	2	55+2 30%		+		

La qualité de prise en charge de l'incontinence urinaire du post-partum est de niveau II, 30% des femmes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

(b) La rétention urinaire du post-partum

Tableau 28: Rétention urinaire du post-partum : facteurs de risque

Critère étudié	Effectif	Pourcentage
Age		
- <40ans	- 2	- 100%
- >40ans	- 0	- 0%
Antécédent urologique		
- Oui	- 0	- 0%
- Non	- 2	- 100%
Risques obstétricaux		
- Primiparité	- 1	- 50%
- Travail prolongé	- 1	- 50%
- Extraction instrumentale	- 0	- 0
- Déchirures des voies génitales	- 0	- 0
Analgesie péridurale	- 1	- 50%
La durée de rétention	- 1 cas 9h - 1cas 27h	

Tableau 29: Evaluation de la qualité de prise en charge de la rétention urinaire.

Les variables	Effectif	Pourcentage
Surveiller la reprise de la diurèse	2	100%
Amener la femme accouchée aux toilettes dès que son état le permet pour faciliter la miction et l'aider à mieux vider sa vessie	2	100%
Utiliser des méthodes pour déclencher la miction : - Laisser couler l'eau du robinet, - Faire couler l'eau tiède sur le périnée ; - Demander à la femme d'appuyer sur le bas de son abdomen pour faciliter la sortie de l'urine.	2	100%
Dans le cas de non- reprise, appeler le médecin pour sondage vésical	1/1	100%
Total	2	100%

La qualité de prise en charge de la rétention urinaire est de niveau IV. Les deux patientes ont eu des soins de bonne qualité.

(c) La cystite

Tableau 30: Evaluation de la qualité de prise en charge de la cystite.

Variabes	Effectif	Pourcentage
Poser le Diagnostic : - Pollakiurie - Brûlures mictionnelles - Impériosité urinaire	1	100%
Bandelette urinaire, ECBU	1	100%
Ablation de la sonde vésicale dès que possible (sur prescription médicale)	1	100%
Appliquer et surveiller le traitement antibiotique prescrit	1	100%
Total	1	100%

La qualité de prise en charge de l'infection urinaire est de niveau IV, la patiente concernée a eu des soins de bonne qualité.

(3) Les complications mammaires

(a) Les crevasses

Tableau 31: Evaluation de la qualité de prise en charge des crevasses.

Variables	Effectif	Pourcentage
Expliquer à la femme accouchée de : - Nettoyer ses seins avant et après chaque tétée.	71	75.5%
Informar à la femme accouchée de : - Eviter une macération ou un dessèchement excessif du mamelon.	11	11.7%
Conseiller à la femme accouchée de : - Laisser les seins à l'air	41	43.6%
Informar la femme de limiter la durée de la succion du côté atteint	53	56.3%
Aider la femme à Corriger une anomalie de la technique de tétée	64	68%
Appliquer sur les crevasses des - Crème de Lanoline et/ou de vit A, E - Pansement/comprime hydrogel - Pansement de lait maternel	43	45%
Total	94	100%

Tableau 32: Niveau de service sur le plan de prise en charge des crevasses.

Les variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	NIVEAU DE LA QUALITE			
						I	II	III	IV
Crevasses	19	27	43	5	43+5 51%			+	

La qualité de prise en charge des crevasses dans notre service est d'assez bon niveau, 51% des femmes ont reçu des soins de bonne et d'assez bonne qualité. Le service est de niveau III.

(b) L'engorgement mammaire

Tableau 33: Evaluation de la qualité de prise en charge de l'engorgement mammaire.

Variables	Effectif	Pourcentage
Informar la femme à décongestionner ses seins à l'aide d'une serviette chaude, puis par expression manuelle.	30	69.7%
Corriger une anomalie de la technique de tétée et soigner les gerçures.	18	41.8%
Informar à la femme de : Augmenter la durée des tétées, leur fréquence et leur efficacité	33	76.7%
Instauré un traitement antalgique	36	83.7%
Total	43	100%

Tableau 34: Niveau de service sur le plan de prise en charge de l'engorgement mammaire.

Les variables	Q1	Q2	Q3	Q4	Q3+Q4	NIVEAU DE LA QUALITE			
						I	II	III	IV
Engorgement mammaire	4	11	19	9	19+9 65%			+	

La qualité de prise en charge de l'engorgement mammaire est de niveau III, 65% des parturientes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

(4) Les complications infectieuses

(a) La péritonite

Femme de 29 ans primigeste, primipare qui a accouché il y a 11 jours par voie basse d'un bébé de sexe féminin.

Examen physique

- La patiente était fébrile à 40° polypnéique avec un ballonnement abdominal, col à 2 doigts lochies fétides et qui commence à faire des troubles de conscience sans déficit, pas de raideur méningée, pupilles symétriques et réactives, mollets libres, l'examen des seins sans particularité.

Prise en charge

➤ Equipe de réanimation

Après monitoring :

- FC : 108, SpO₂:67, TA :129/82 mmHg

Une mise en condition était faite :

- Oxygénothérapie : ventilation au masque à haute concentration puis ventilation au masque devant l'intolérance
- VVP
- Bilans infectieux :

NFS

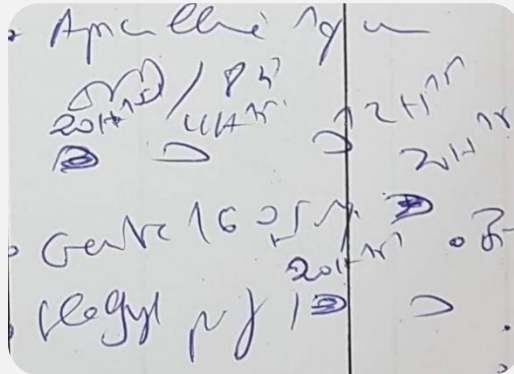
			Limites	
GB	7.5	10 ³ /mm ³	4.0	10.0
LYM%	17.3	%	16.0	43.3
MON%	2.4	L %	2.8	20.0
GRA%	80.3	%	48.5	80.3
LYM#	1.20	10 ³ /mm ³	1.00	3.10
MON#	0.10	10 ³ /mm ³	0.10	0.70
GRA#	6.20	10 ³ /mm ³	2.30	7.70
GR	3.02	L 10 ⁹ /mm ³	3.80	5.80
HB	7.1	L g/dl	12.0	16.7
HT	23.7	L %	35.0	51.0
VGM	79	L μm ³	80	95
TGMH	23.6	L pg	27.0	32.2
CCMH	30.0	L g/dl	31.0	35.7
PLA	230	10 ³ /mm ³	150	399
VMP	8.6	μm ³	6.8	10.1

CRP, Hémoculture (pas de ballons d'hémoculture), Rx thoracique (Patiente impossible de la déplacer dans ces conditions).

- Remplissage par sérum salé à 0.9%

➤ **Equipe obstétrical :**

- Triple antibiothérapie : suspicion d'une pelvipéritonite



- Traitement antalgique : Paracétamol
- Une échographie a été faite :



- Décision d'aller au bloc pour une laparotomie exploratrice

Déroulement de l'intervention

➤ Equipe de réanimation

- Induction anesthésique par kétamine hypnotique et un curare (myorelaxant), Bromure de rocuronium (Esméron) à raison de 0.6 mg/kg

➤ Equipe obstétrical

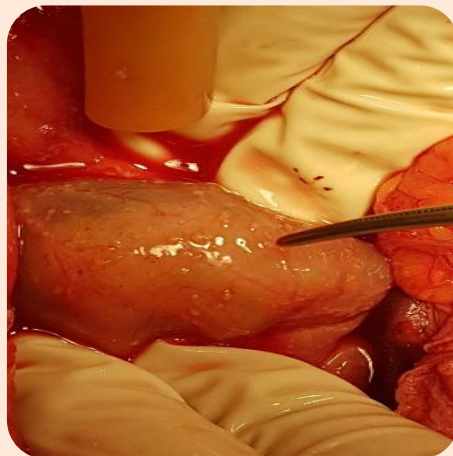
La laparotomie a montré :

- Une grande quantité de liquide clair (4l) aspiré et compensé par une perfusion parallèle du sérum salé à 9%
- Présence des fausses membranes

Un pyosalpinx



Granulations intestinales



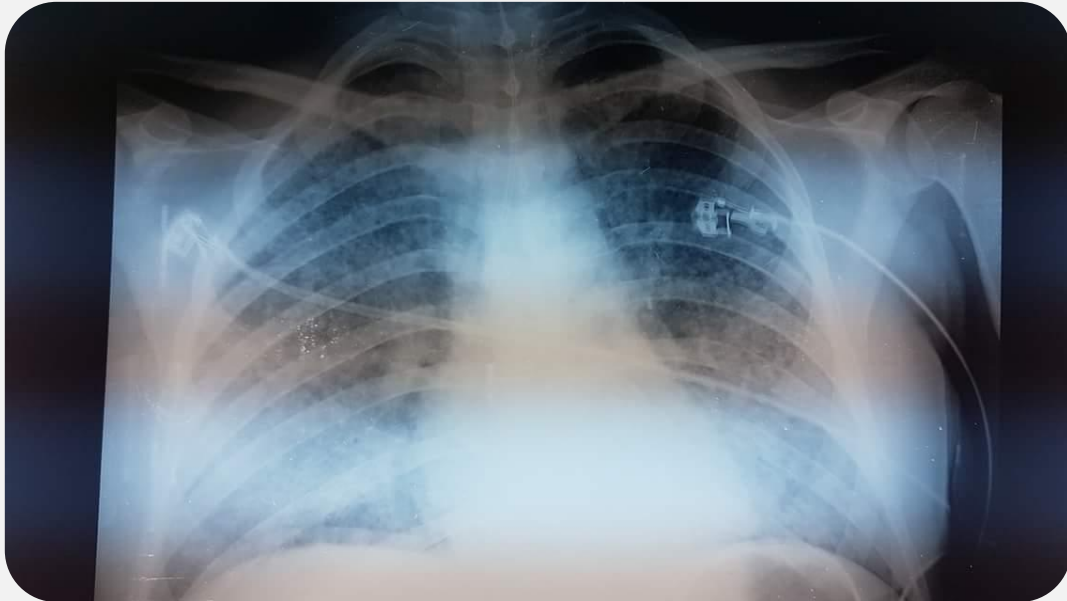
Prélèvement bactériologique et anapath



**La patiente a été transférée en service de réanimation après stabilisation de son état :
FC :105 SPO₂:97, TA :117/83 mmHg**

➤ **Equipe de réanimation :**

- Arrivée en réanimation, une radiographie thoracique au lit de la patiente a été faite :



La radiographie thoracique de face a montré un aspect de miliaire fait de micronodules.
Suspicion d'une Miliaire tuberculeuse

La patiente a présenté une instabilité hémodynamique :

- Remplissage et administration d'amine vasopressine
norépinéphrine(noradrénaline)0.1 à 1 microgramme/kg/mn

➤ **Les résultats (rapports) des examens complémentaires**

- Le résultat de la bactériologie revient négatif
- Le résultat de l'anapath :
- ✓ Le tissu fibro-adipeux comporte des zones d'inflammation chronique granulomateuse. Elle est constituée de follicules épithéloïdes et giganto-cellulaires de taille variable parfois confluents. Certains sont centrés d'une nécrose d'aspect caséux.
- Le résultat de la sérologie :
- ✓ VIH (+)

Diagnostic retenu :

- C'est une tuberculose bifocale associée à une co-infection par VIH et la patiente était mise sous anti-bacillaires devant la miliaire pulmonaire avant l'arrivée de l'anapath ERIPK® 4CP/Jour
- (Ethambutol+rifampicine+isoniazid+pyrazinamide)
- Une concertation a été réalisée avec un gynécologue, un interniste, une pédiatre, un anesthésiste-réanimateur pour une prise en charge globale du couple mère nouveau-né.

Concernant ce cas particulier, on a préféré de ne pas évaluer la qualité de prise en charge mais de mettre une description détaillée de chaque étape avant d'arriver au diagnostic, pour deux raisons :

- 1- C'est un cas assez rare
- 2- Il ne concerne qu'une seule patiente

(5) L'hémorragie du post-partum

(a) La prise en charge d'une HPP en cours de césarienne

Tableau 35: prise en charge d'une HPP en cours de césarienne selon le protocole de service (Voir Annexe n°5)

Femme de 43 ans, antécédent d'avortement spontané à répétition (2fois), GVPII, grossesse à risque (pré-éclampsie) avec MAP à 30 SA.

Examen à l'admission :

- TA 160/90 mmHg, pouls :71, température : 37°, poids :60 kg
- Albuminurie+++, pas d'œdèmes, CU (+), membrane intacte, HU(26cm), col fermé.
- Donné d'échographie : HRP, BCF (-)

Décision thérapeutique : préparer la femme pour césarienne.

Les complications per-opératoire de la césarienne :

- Choc hémorragique sur HRP ancien avec utérus nécrosé
- Patiente était instable sur le plan hémodynamique : anémie, thrombopénie, insuffisance rénale aigue.

Prise en charge de l'HPP selon le protocole du service

➤ Equipe obstétrical :

Hystérectomie d'hémostase subtotal inter-annexielle

➤ Equipe anesthésique :

La mise en condition de la parturiente :

- Oxygénothérapie, réchauffement
- Feuille de surveillance : TA, pouls, diurèse, température.
- La pose d'une seconde voie veineuse
- La réalisation des prélèvements et des analyses (urée, créa, NFS, TP, TCK, glycémie, ASAT, ALAT)
- Transfusion : 3CG+1PFG
- Prescription :
 - 1) SG 5% 500cc +2 g Na++/ 8H
 - 2) Un traitement anti-hypertenseur en bithérapie (Loxen® 50 mg lp comprimé + Aldomet® 250 mg 3*/j)
 - 3) Antibiothérapie (Cloracef® 500mg 3*/j)
 - 4) Un antalgique (Andol® 1g)
 - 5) Un traitement curatif de l'anémie (Tardyferon ®1cp/j)

La prise en charge de l'HPP en cours de césarienne par l'équipe médicale a respecté le protocole du service. (Voir Annexe n°5)

(b) L'HPP par déchirure vaginale

Tableau 36: prise en charge d'une HPP par déchirure vaginale selon le protocole de service.

Les variables	Effectif	Pourcentage
Mettre la femme en condition et reprendre ses constantes	1	100%
Vérifier les contractions utérines	1	100%
Vérifier que le placenta est hors de l'utérus et qu'il est complet	1	100%
Massage utérin	1	100%
Réaliser une révision utérine	1	100%
Injecter de l'ocytocine et débiter une antibiothérapie	1	100%
Réaliser un examen de la filière génitale sous valves (Col, vagin, vulve, périnée)	1	100%
Réparer la lésion	1	100%
Perfuser et assurer une surveillance locale pendant 2h	1	100%
Prendre connaissance du compte rendu de l'accouchement et des prescriptions à mettre en application	1	100%
Surveiller toutes les 4H : (TA, pouls, faciès, état de conscience, pâleur, couleur des téguments, et abondance du saignement vulvaire) à la recherche d'un syndrome hémorragique	1	100%
Total	1	100%

La prise en charge est de très bonne qualité et répond à tous les critères.

(c) L'HPP post-partum par atonie utérine

Tableau 37: prise en charge d'une HPP par atonie utérine selon le protocole de service.

Les variables	Effectif	Pourcentage
Mettre la femme en condition et reprendre ses constantes	2	100%
Vérifier que le placenta est hors de l'utérus et qu'il est complet	2	100%
Vérifier les contractions utérines	2	100%
Réaliser un massage utérin	2	100%
Réaliser une révision utérine	2	100%
Injecter de l'ocytocine et débiter une antibiothérapie	2	100%
Perfuser et assurer une surveillance locale pendant 2h	2	100%
Prendre connaissance du compte rendu de l'accouchement et des prescriptions à mettre en application.	2	100%
Surveiller toutes les 4H : (TA, pouls, faciès, état de conscience, pâleur couleur des téguments, et abondance du saignement vulvaire) à la recherche d'un syndrome hémorragique	2	100%
Total	2	100%

Selon nos critères la qualité de prise en charge des HPP par atonie utérine pour nos deux patientes est de très bonne qualité.

(6) La pré-éclampsie du post-partum

Tableau 38: Evaluation de la qualité de prise en charge de la pré-éclampsie du post-partum

Elle s'agit d'une femme de 32 ans, sans antécédents particuliers, GIIPII, à J-8 du post-partum, accouchée par voie basse avec épisiotomie, se plainte d'une céphalée et vertige. Examen général trouve : TA :150/90 mmHg et albuminurie+++		
La prise en charge	Effectif	Pourcentage
L'hospitalisation de la patiente	1	100%
Contrôler de la pression artérielle, pouls, température, poids	1	100%
Recherche quotidienne des signes fonctionnels : céphalées, troubles visuels, douleurs épigastriques à type de « barre », réflexes ostéotendineux, métrorragies	1	100%
Contrôler la diurèse	0	0
Bilans biologiques sanguin : - Hémoglobine, plaquettes, TP, TCA, urée, créatinine, ASAT, ALAT, glycémie	1	100%
Quantifier la protéinurie des 24 h	0	0%
Traitement antihypertenseur : méthyl dopa.	1	100%
Total	1	100%

La patiente a eu 71.4% du score maximal, les gestes comme le contrôle de la diurèse et le recueil des urines pour faire la protéinurie des 24h ne sont pas pratiqués.

(7) L'éclampsie du post-partum

Tableau 39: Evaluation de la qualité de prise en charge de l'éclampsie du post-partum

Femme de 18 ans, sans ATCD particuliers, GIIII, accouchée par césarienne pour pré-éclampsie sévère + grossesse gémellaire. Elle a eu la crise dans les premières 24 heures du post-partum. (Après 2h de l'accouchement, TA :168/109mmHg)		
Les variables	Effectif	Pourcentage
Contrôler de la pression artérielle, pouls, température	1	100%
Traitement anticonvulsivant et anti-hypertenseur : ➤ J1 : - Sulfate de magnésium - Nicardipine si TA > ou= 160/110 mmHg ➤ J2 - Sulfate de magnésium - Aldomet® 500mg/8h ➤ J3 - Aldomet® 500mg/8h	1	100%
Perfusion : ➤ J1 - Sérum glucosé 5% :500 +2g Na ⁺⁺ cc/8h ➤ J2 - Sérum glucosé 5% :500 +2g Na ⁺⁺ cc/12h	1	100%
Bilans biologiques sanguin : - Hémoglobine, plaquettes, TP, TCA, urée, créatinine, ASAT, ALAT, Glycémie.	1	100%
Traitement antalgique	1	100%
Traitement anti-coagulant : Lovenox® 0.4 inj sc/j	1	100%
Total	1	100%

La patiente a eu un score de 100%, la qualité de prise en charge est optimale.

(8) Le deuil

Tableau 40:Evaluation de la qualité de prise en charge du deuil.

Variables	Effectif	Pourcentage
-Encourager la femme accouchée à exprimer ses sentiments face à la disparition du nouveau-né	5	35.7%
- Encourager la femme accouchée à utiliser les traditions culturelles, religieuses et sociales associées au deuil.	11	78.5%
Total	14	100%

4. L'évaluation de la satisfaction des parturientes

Tableau 41: Répartition des parturientes selon leur satisfaction

		Satisfaite		Insatisfaite	
	Total	N	%	N	%
Admission					
Temps nécessaire pour compléter les procédures	006	005	83.3%	001	16.6%
Confort et propreté de l'espace d'attente	569	495	87.0%	74	13.0%
Les locaux					
La propreté des locaux	574	441	76.8%	133	23.1%
La propreté des sanitaires	575	425	73.9%	150	26.0%
La propreté de la chambre	572	469	82.0%	103	18.0%
Le confort de votre lit	572	205	35.8%	367	63.8%
Le calme et la tranquillité de votre chambre	575	241	42.0%	334	58.0%
Prise en charge					
L'information sur votre état de santé et votre prise en charge	570	368	64.5%	202	35.4%
La clarté des réponses à vos questions par l'équipe médicale	162	109	67.2%	184	32.7%
La clarté des réponses à vos questions par l'équipe paramédicale	570	408	71.5%	162	28.4%
La courtoisie du personnel	555	494	89.0%	061	11.0%
La compétence du personnel	550	539	98.0%	011	2.0%
L'aide pour les activités courantes (se laver, manger, s'habiller, se déplacer...)	570	548	96.1%	022	3.8%
Les précautions prises pour le respect de votre intimité	575	569	99.0%	006	01.0%
La prise en charge de la douleur	560	291	52.0%	269	48.0%
Globalement, concernant la qualité de votre prise en charge, vous êtes	542	455	84.0%	087	16.0%
Organisation de la sortie					
Les informations reçues sur vos traitements de sortie	571	352	61.6%	219	38.3%
Les informations sur votre suivi médical après la sortie	530	447	84.3%	083	15.6%

Tableau 42: Répartition des parturientes selon la recommandation de l'établissement à un proche.

Variable	Oui	Non
Recommanderiez-vous l'établissement à un proche	89.29%	10.71%

➤ La note globale attribuée au service par nos parturientes à propos de la satisfaction globale des soins est 7.8/10, cela montre que la majorité des patientes jugent positivement le mode d'organisation de l'unité d'hospitalisation du service de la maternité.



II. CONSULTATION POSTNATALE



A. INTRODUCTION ET OBJECTIFS

La visite (ou la consultation) postnatale maternelle est une étape essentielle dans la prise en charge globale d'une mère et de son enfant. Elle s'inscrit dans la continuité du suivi de la grossesse, car cette période peut présenter des pathologies parfois graves pour la vie de la mère et de l'enfant.

La consultation postnatale permet d'aborder plusieurs aspects médicaux chez la mère dans plusieurs domaines, notamment :

- La grossesse et l'accouchement : son déroulement, son vécu, ses complications.
- Les suites de couches et au retour à domicile : recherche et prise en charge de complications comme l'incontinence, la cicatrisation de lésions périnéales, le dépistage de troubles psychiatriques du post-partum.
- La relation mère-enfant en particulier le déroulement de l'allaitement et qui dans sa définition n'inclut pas ou très peu l'examen de l'enfant.
- La prise en charge gynécologique pour la contraception, le retour de couches, le dépistage par frottis, la sexualité.

De façon générale, la période des suites de couches ou du post-partum se caractérise par le retour de l'organisme et des organes génitaux à leur état antérieur, en particulier l'involution utérine, la fonction de lactation qui ne met pas seulement en jeu la glande mammaire, mais influence sur l'ensemble des fonctions endocriniennes et en particulier le retour du cycle menstruel.

On peut distinguer :

- La période des suites de couche précoce, jusqu'au 15^{ème} jour qui suit l'accouchement.
- La période des suites de couche tardives qui va jusqu'au 45^{ème} jour après l'accouchement ou même plus, date à laquelle se produit le retour des premières règles.

La consultation postnatale s'adresse aux femmes déjà suivies en consultation prénatale, aux femmes non suivies qui se présentent spontanément à la consultation postnatale dans les jours qui suivent l'accouchement et à toutes les accouchées et quel que soit le lieu de leur accouchement.

Selon OMS, le couple mère nouveau-né doit bénéficier de trois examens systématiques en postnatal (à la sortie du lieu d'accouchement, au 8ème jour après l'accouchement et vers les 40ème jours après l'accouchement) [247]. Au Maroc, malgré les efforts déployés par le Ministère de la Santé, jusqu'à présent des iniquités persistent dans l'accès aux soins obstétricaux et néonataux en postnatal entre milieux urbains /ruraux, entre régions et entre niveaux socio-économiques. Les indicateurs ne sont pas réjouissants notamment la proportion de 22 % des femmes qui ont bénéficié de consultations postnatales dans le résultat de la dernière Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF) 2010-2011[31]. Les conséquences d'une telle situation sont des insuffisances dans la prise en charge des femmes en postnatal et leurs nouveau-nés pouvant se traduire par une morbidité et une mortalité maternelle et néonatale élevées et une augmentation des dépenses dans les programmes de la santé maternelle et infantile.

OBJECTIFS GENERAUX :

Cette étude a pour objectifs de :

- Identifier le motif de visite post-natale
- Déterminer l'auteur de la consultation post-natale
- Découvrir le protocole de prise en charge des parturientes
- Etudier la prévalence des complications du post-partum
- Connaître les informations données aux femmes à l'occasion de cette visite

B. GENERALITES

1. *L'examen postnatal* [1]

Il est réglementaire et doit se dérouler dans les 2 mois qui suivent l'accouchement.

a) Les objectifs

Ils sont :

- De s'informer sur l'état de la mère et du nouveau-né, de vérifier s'il n'y a pas eu de trouble psychologique dans le post-partum, de la reprise éventuelle de l'activité sexuelle ;
- De vérifier que les suites de couches ont été physiologiques ;
- De permettre le bilan d'une anomalie détectée en cours de grossesse ou lors de l'accouchement, d'en rechercher la cause éventuelle et de la traiter ;
- De faire un frottis de dépistage du col utérin s'il n'a pas été effectué dans les 3 dernières années, de rechercher une incontinence sphinctérienne ;
- D'adapter la contraception et de discuter de l'éventualité d'une nouvelle grossesse.

b) L'interrogatoire

Il va préciser :

- Les complications survenues en cours de gestation, telles un diabète, une hypertension, une prise de poids excessive, une pyélonéphrite, et l'on envisage si nécessaire un avis spécialisé et des investigations complémentaires ;
- Le déroulement de l'accouchement : spontané, assisté par voie basse ou césarienne ;
- Le poids du nouveau-né ;
- Le déroulement des suites de couches avec ou sans allaitement, normal ou avec complications ;
- L'utilisation d'une contraception, la reprise d'une sexualité.

c) L'examen clinique

(1) L'examen général

- Poids, prise de la tension artérielle.
- Examen cardiaque, pulmonaire, neurologique.
- Examen des seins, de la paroi abdominale, existence de vergetures.
- Examen des membres inférieurs à la recherche de varices, de troubles circulatoires.
- Recherche d'hémorroïdes.

(2) L'examen gynécologique

On examine l'aspect de la vulve, du périnée. On recherche, en demandant un effort de poussée, un prolapsus ou une béance vulvaire. On contrôle les sphincters urinaire et anal.

L'incontinence urinaire est fréquente en post-partum immédiat, mais elle est le plus souvent passagère et elle cède sans traitement.

Plus rarement, elle persiste au deuxième mois et l'on propose à la patiente un bilan urodynamique. On retarde alors la rééducation de la sangle abdominale qui aggraverait les troubles urinaires et l'on commence par une rééducation périnéale. Celle-ci est d'abord passive grâce à une stimulation électrique qui entraîne une contraction du plancher pelvien et du sphincter, puis active dès que la patiente le peut. Une vingtaine de séances peuvent être nécessaires. À la disparition de l'incontinence, on peut envisager alors la rééducation abdominale. Les troubles anaux sont détectés par des explorations fonctionnelles spécifiques comme la manométrie anorectale, l'électrophysiologie périnéale postérieure, l'échographie endoanale.

La pose d'un spéculum permet de juger de l'état du col utérin, vérifie l'absence de pertes, permet au besoin le frottis de dépistage.

On juge aussi de l'état du vagin, de l'état d'une cicatrice vaginale ou d'une bride vulvaire, et de son retentissement sur la vie sexuelle.

Le toucher vaginal apprécie la perméabilité du vagin (deux doigts doivent être introduits sans douleur), le volume utérin, la sangle abdominale. Le col est redevenu postérieur et l'utérus a retrouvé un volume normal. On apprécie aussi l'état des culs de-sac, la tonicité des releveurs, l'état de la cicatrice d'épisiotomie

C. MATERIELS ET METHODES

1. Le cadre d'étude

Centre de santé urbain BOUJJARAH

2. Le type et la durée de l'étude

Pour la réalisation de ce travail, nous avons choisi une étude rétrospective descriptive à propos de 110 cas, s'étalant sur une durée de deux mois (01/03/2018 à 30/04/2018).

3. La population de l'étude

Deux populations ont été concernées dans notre étude :

1. Les Femmes qui se sont présentées au CSU pour réaliser la CPoN et/ou pour la vaccination de BCG pour leurs nouveau-nés durant la période de collecte des données.

2. Le professionnel de santé impliqué dans la consultation postnatale au niveau du centre de santé.

Pour mieux définir notre population cible, nous avons fixé les critères d'inclusion et d'exclusion suivants :

4. Les critères d'inclusion

1. Les femmes ayant accouché dans les deux derniers mois se présentant à la consultation postnatale et /ou ramenant leurs nouveau-nés pour le BCG au cours de la période de collecte des données.

2. Le personnel de santé qui fait la consultation post-natale au niveau de site de l'étude.

5. Les critères d'exclusion

1. Les femmes qui se présentent au centre de santé pour d'autres prestations.

2. Le personnel qui ne s'occupe pas de la consultation post-natale.

6. *Les données*

Les données sont de type quantitatif puisqu'elles représentent un nombre de consultations postnatales qui ont été effectuées par les sages-femmes et les médecins généralistes au centre de santé.

D. RESULTATS

1. Le suivi post natal

a) Les professionnels de santé

Les professionnels de santé qui exercent au niveau CSU Boujjarah et qui sont impliqués dans la consultation post-natale sont :

- Deux médecins généralistes ;
- Une sage-femme ;
- Une infirmière.

Tableau 43: Répartition des parturientes selon l'auteur des consultations post-natales

Auteur de CPoN	Effectif	Pourcentage
Sage-femme, infirmière	90	81.8%
Médecin généraliste	18	16.3%
Médecin spécialiste	2	1.8%
Total	110	100%

b) Le motif de la visite

Selon les professionnels de santé, le motif de visite des parturientes au formation sanitaire est la vaccination des nouveau-nés dans la quasi-totalité des cas.

c) La durée de consultation

Selon les professionnels de santé, la durée moyenne de consultation post-natale est de 15 min, mais elle peut s'allonger jusqu'à 30 min ou plus dans certains cas.

d) La description du contenu de la consultation

(1) L'interrogatoire

L'anamnèse se déroule de façon simultanée à la réalisation de l'examen physique. La sage-femme pose des questions comme :

- Comment s'est passé votre accouchement ?
- Qui vous a accouché ? Combien de temps a duré le travail, l'expulsion ?
- Avez-vous eu une césarienne ?

- Avez-vous eu une aide à l'accouchement (forceps, ventouse) ? Pour quelle raison ?
- Avez-vous eu une épisiotomie ?
- Combien pesait votre bébé ? Comment était-il à la naissance ?
- Allaitiez-vous ? Comment cela se passe-t-il ?
- Avez-vous repris des rapports sexuels ?
- Utilisez-vous une contraception ?
- Saignez-vous toujours ?
- Avez-vous déjà eu votre retour des règles (retour de couches) ?
- Avez-vous des problèmes urinaires, intestinaux ? Des fuites d'urine ou de selles ?
- Ressentez-vous des douleurs ?

(2) L'examen physique

Tableau 44: Le protocole de service pour la prise en charge des parturientes

Les soins post-nataux de la mère	Protocole de service
<u>Evaluation de l'état général :</u> 1.Prise de TA, température, poids 2.Examen des conjonctives 3.Examen des jambes	Réaliser de façon systématique
<u>Evaluation de l'état des seins :</u> 1.Engorgement physiologique : lourds/légèrement œdématisés 2.Engorgement pathologique : rougeur/chaleur/douleur/peau d'orange ou luisante/présence de masses dures. 3.Réflexe d'éjection lent ou puissant	Réaliser de façon systématique
<u>Evaluation de l'état des mamelons :</u> 1.Rouges/gercés/crevassés 2.Saillie normale ou rétractilité des mamelons	Réaliser de façon systématique
<u>Evaluation de la qualité et quantité des lochies :</u> 1.Couleur : rouges/séro-sanguines/séreuses/brunâtres/verdâtres 2.Quantité 3.Odeurs	Réaliser de façon systématique
<u>Evaluation l'involution utérine et tonus :</u> 1.Nombre de doigts sous l'ombilic 2.Fond utérin : ferme, flasque, sensible à la palpation	Réaliser de façon systématique
La réalisation de TV et/ou spéculum	Cas par cas
<u>Evaluation de l'état périnéal :</u> 1.Douleur/Œdème/Ecoulement 2.Démangeaison 3.Séparation des parois de la plaie 4.Degré de laceration 5. état de l'anus	Réaliser de façon systématique
<u>Soigner la plaie de césarienne :</u> 1.Rougeur/Chaleur/Induration 2.Ecoulement séreux ou purulent 3.Déhiscence de plaie 4.Nécessité d'un pansement simple ou mèche.	Réaliser de façon systématique
<u>Poser des questions sur l'élimination vésicale :</u> 1.Dysurie/Pollakiurie/IUE	Réaliser de façon systématique
<u>Poser des questions sur l'élimination intestinale :</u> 1.Constipation 2.Nombre de selles par jour 3.Incontinence	Réaliser de façon systématique
Evaluation de la douleur	Réaliser de façon systématique

2. Les complications

Tableau 45: Les complications retrouvées chez les parturientes.

Mères		Effectif	Pourcentage
Nombre de femmes examinées en consultation du post partum	Précoce : 1 ^{er} - 15 ^e	109	99.09%
	Tardif : 16 ^e -45 ^e	1	0.9%
Nombre de cas compliqués	Complications	Hémorragie	03 2.72%
		Infection puerpérale	00 0%
		Endométrite	04 3.6%
		Infection basse	00 0%
		Eclampsie	01 0.9%
		Phlébite	00 0%
		Crevasses	39 35.4%
		Engorgement pathologique	14 12.7%
		Mastite	02 1.8%
		IU du PP	12 11%
		Constipation/ Hémorroïdes	10 9%
		Anémie	08 7.2%

3. La planification familiale

Mères		Méthodes contraceptives	Effectif	Pourcentage
Nombre de femmes examinées en consultation post-natale	Précoce : 1 ^{er} - 15 ^e	Conseiller la femme sur l'importance de l'utilisation d'une méthode contraceptive à partir de 20 ^{ème} jour et lui proposer : PMP ou condoms.	109	99.09%
	Tardif : 16 ^e -45 ^e	Sous PMP	1	0.9%

4. L'allaitement maternel

Le protocole de service à propos des conseils donnés aux femmes sur allaitement maternel est basé sur d'IEC (Information, Education, Communication) cohérents avec les politiques et les recommandations nationales.

❖ IEC à destination des femmes qui allaitent :

Repérer, et répondre activement aux besoins spécifiques d'information et de savoir-faire des primipares, immigrées, mères adolescentes, mères célibataires, femmes au faible niveau d'études et les mères avec une expérience d'allaitement précédente difficile et infructueuse.

❖ IEC à destination des femmes qui ont des complications de l'allaitement :

Offrir aux mères qui ont des complications des conseils individualisés plus détaillés au cours d'entretiens face-à-face menés par des professionnels de santé.



III. DISCUSSION



A. LES CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES

1. L'origine géographique

Dans notre service 70.2% des parturientes sont d'origine urbaine par rapport à 29.7% sont d'origine rurale.

La proportion non négligeable des parturientes d'origine rurale représente la catégorie la plus exposée au manque d'accessibilité des soins après la sortie de l'hôpital.

2. L'âge

L'âge moyen des parturientes dans notre service est de 28,5 ans. La patiente la plus jeune avait 17 ans et la plus âgée 45 ans.

L'âge moyenne trouvée dans notre étude est supérieure à celle trouvée par TANGARA Sidiky [4] et Aboubacar S Siby [5] qui ont trouvé consécutivement 25.5 et 25.

Dans notre échantillon, 3.30% des parturientes avaient moins de 18 ans et 16.3% avaient un âge supérieur ou égale à 36 ans. On a noté aussi la prédominance de la tranche d'âge de 18 à 35 ans avec un pourcentage de 80,34%. Ceci correspond à la période où l'activité génitale est la plus accrue et à la période optimale de procréation. La diminution de taux de grossesse chez les filles de moins de 18 ans peuvent être expliqués par plusieurs facteurs : la généralisation des études, la place croissante des femmes sur le marché du travail et la diffusion de moyens de contraception.

3. Le statut matrimonial

Les femmes mariées viennent au premier rang dans notre service avec 99.1%, ce taux est comparable à celui trouvé par BENABDELMALEK [37] 99.4%. Ce qui est une bonne chose, surtout quand on considère le rôle de la famille marocaine dans la gestion de cette période.

1. Le niveau d'instruction

Les femmes non scolarisées représentent 26.2% de l'échantillon, et on peut ajouter à cela 2.7% des femmes qui ont une formation traditionnelle au sein de l'école coranique (Lemssid).

En effet le taux d'analphabétisme des femmes au Maroc est passé de 46,8% en 2006 à 36% en 2012. [38]

La majorité des femmes dans notre étude ont un niveau primaire avec un pourcentage de 53.7%. Cependant le niveau secondaire ne représente que 15.1 % de nos populations, et dans le dernier rang vient le niveau supérieur qui s'intéresse que 2% des femmes. Ce résultat traduit certaines difficultés auxquelles le personnel soignant est parfois confronté entre autres : la compréhension des messages d'éducation souvent difficile, le bas niveau socio-économique.

Dans Les résultats de l'enquête réalisée par la DLCA/MEN [39] au Maroc pour mesurer notamment l'impact de l'alphabetisation sur les populations alphabétisées ont permis de recueillir les handicaps qu'elles ressentent et qui sont multi-dimensionnels :

- 72,7% classent au premier rang la difficulté de communiquer avec les enfants ;
- 59% des femmes rencontrent des problèmes pour mener à bien leurs tâches professionnelles ;
- 55% des femmes trouvent des difficultés pour communiquer avec leurs amis ;
- 58% des femmes ont des problèmes pour établir de bons rapports avec leurs collègues de travail.

« Eduquer une femme, c'est éduquer une nation ". Ce dicton montre bien toute l'importance de l'éducation de la femme tant pour elle-même que pour la société tout entière.

2. La parité

Notre service comporte 66.8% des femmes étaient multipares ou grandes multipares. Ce résultat explique la forte croissance démographique de cette population. Ainsi, des efforts doivent être consentis par les agents de santé afin de minimiser les risques encourus par ces femmes surtout quand on sait que la multiparité constitue un facteur de risque important de morbidité et de mortalité maternelle, notamment les présentations vicieuses, la rupture utérine, l'hémorragie de la délivrance.

3. Le suivi de la grossesse

Dans notre service 44.3% des femmes n'avaient pas suivi leur grossesse ce qui représente un vrai danger sur leur santé si on prend en considération l'importance de suivi de la grossesse dans la prophylaxie des complications obstétricales, ainsi que dans le choix de la structure de soins appropriés pour l'accouchement : il est important de prévoir le lieu de naissance pendant le suivi de grossesse, pour assurer la continuité des soins durant l'accouchement et le post-partum.

4. L'épisiotomie

L'épisiotomie est une incision périnéale réalisée au moment de l'accouchement et destinée à agrandir l'orifice vaginal [214]. Elle peut se pratiquer par une section médiane ou médio-latérale. [212] [213]

Le taux d'épisiotomie est aussi un bon marqueur du respect des bonnes pratiques cliniques, il devrait être inférieur à 30% [215]. Il est de 38.9% dans notre service. Ce taux était de 61% dans les données de l'étude de YOUSFI [218] à la Maternité-Souissi et de 41.28% dans les données de l'étude EL BAKKALI ET AL [217] à la maternité de l'hôpital Chérif Idrissi dans la région du Gharb Chrarda Bni Hssen.

D'après les résultats ce taux est variable selon le type d'établissement, dans une maternité universitaire le taux d'épisiotomie a eu tendance à être plus élevé que les autres maternités.

5. Le taux d'extractions instrumentales

a) La ventouse

La ventouse est reconnue comme étant un excellent moyen d'aide à l'expulsion. Il s'agit d'un instrument de flexion au premier chef, de traction légère et de rotation induite [220] [221] [222]. De part une introduction de la cupule (d'un diamètre de 40 à 60 mm) sur le crâne fœtal, celle-ci n'est que très légèrement en contact avec la muqueuse vaginale. Cependant, son application devant se faire au plus proche de l'occiput pour permettre une flexion satisfaisante, il est impératif que la dilation soit complète ou que la présence d'un bourrelet de col soit éliminée [221] [222]. Les auteurs s'accordent d'ailleurs tous à dire, que la ventouse est moins délétère en terme de lésions vaginales que les forceps. [219] [222][224][225][226]

Dans la littérature [216], nous pouvons retrouver que la naissance par ventouse est responsable à 24 % de déchirures du sphincter anal contre 4 % lors d'un accouchement naturel. Effectivement, dans l'analyse des dossiers de 2832 EI réalisées par l'équipe de Combs [99], le risque de déchirures de 3ème ou 4ème degré est multiplié par 1,9 en cas de forceps par rapport à l'utilisation de la ventouse [219] [227]

b) Le forceps

Avant tout, il faut définir les forceps comme des instruments d'extraction en guidant le mobile fœtal par une traction constante lors des contractions utérines. En aucun cas ce ne sont des instruments de flexion [220] [222] [224].

L'absence de progression du mobile fœtal au bout de trois tractions doit faire abandonner cette voie d'accouchement [224]. Il est à noter, que désormais les grandes rotations par forceps sont proscrites [220]

Les atteintes maternelles

Les risques maternels sont ceux d'un accouchement rapide, plus ceux liés aux lésions pouvant être produites par les cuillères (pose et traction). Les applications hautes de forceps n'étant plus de mise à notre époque [220], c'est surtout l'inexpérience de l'utilisateur qui peut être à l'origine de complications traumatiques. Ils sont susceptibles d'entraîner une grande variété de lésions au niveau des voies génitales.

Les forceps à branches parallèles sont souvent responsables de déchirures en rails [225] (déchirures parallèles, qui s'étendent du fond vaginal et se dirigent vers la vulve).

L'utilisation d'extractions instrumentales s'accompagne toujours par un accroissement de taux des complications maternelles durant le post partum comme des lésions des voies génitales, déchirures du sphincter anal et des complications infectieuses...

Ce qui peut causer par conséquence d'autres complications comme : l'IU du post-partum, l'incontinence anale et on n'oublie pas la douleur périnéale nécessitant aussi une surveillance rapprochée et une surcharge de travail de la part des professionnels de santé et une mauvaise expérience d'accouchement et source d'insatisfaction de la part des parturientes, d'où la nécessité de limiter son utilisation.

Le taux d'extractions instrumentales était dans la base AUDIPOG, en 2005 de 12.7% dont 9.5% pour les forceps et spatules et 3.2% pour les ventouses. [228]

Dans notre étude dans la maternité le taux d'extractions instrumentales était de 3.1% dont 0.2% pour les forceps et 2.9% pour les ventouses.

Notre résultat est nettement inférieur à celui trouvé par AUDIPOG surtout pour l'utilisation des forceps.

6. Le taux de césarienne

Les taux d'accouchement par césarienne au sein des établissements de soins varient considérablement en fonction de la composition des populations obstétricales qu'ils prennent en charge, de leurs capacités et de leurs ressources ainsi que de leurs protocoles de prise en charge clinique. En raison de ces différences, le taux de césarienne recommandé au niveau de la population ne peut pas être considéré comme le taux idéal au niveau de l'hôpital. [205]

Au niveau des établissements, il est essentiel de surveiller les taux de césarienne en tenant compte des caractéristiques spécifiques des populations qu'ils accueillent (variété du profil obstétrical des femmes). Il n'existe pas aujourd'hui de système de classification standard pour la césarienne qui permettrait de comparer les taux de césarienne entre différents établissements de soins, villes, pays ou régions de manière utile et concrète. Il n'est par conséquent pas encore possible d'échanger les informations de façon constructive, ciblée et transparente afin de surveiller efficacement les résultats périnataux et maternels. [206]

En 2011, après avoir réalisé une revue systématique des systèmes utilisés pour classifier les césariennes, l'OMS a conclu que la classification de Robson constitue le système qui répond le mieux aux besoins actuels aussi bien au niveau local qu'international. Elle a recommandé de s'appuyer sur cette dernière pour élaborer un système de classification des césariennes universellement applicable. [207]

Le taux moyen d'accouchement par césarienne dans les services de maternité public marocain était 15.2% en 2015 [208], notre résultat au niveau du service de maternité est augmenté à ce moyen avec un taux 17.9%. Ceci peut s'expliquer par le nombre des évacuations sanitaires que notre service reçoit en provenance de la

périphérie et la majorité de ces cas référés nécessitant une césarienne d'urgence pour sauver leur vie.

D'après la revue systématique de l'OMS, les hausses des taux de césarienne jusqu'à 10 à 15 % au niveau de la population sont associées à une diminution de la mortalité maternelle, néonatale et infantile [209]. L'augmentation du taux de césarienne au-delà de ce seuil n'est plus associée à une réduction de la mortalité. Cependant, cette association entre des taux plus élevés de césarienne et une mortalité réduite était moindre, voire inexistante, dans les études incluant un ajustement sur les facteurs socioéconomiques. [210, 211]

La qualité des soins, notamment en termes de sécurité, est un facteur important à prendre en considération lors de l'analyse des taux de césarienne et de la mortalité. Le risque d'infection et les complications de la chirurgie sont potentiellement dangereux, particulièrement dans les lieux ne disposant pas des infrastructures et/ou des capacités nécessaires pour garantir la sécurité chirurgicale. [205]

B. LA QUALITE DES STRUCTURES

Dans ce domaine nous avons hiérarchisé la qualité des locaux par les niveaux de qualité qui sont au nombre de 4 : A, B, C, D (Voir tableau 3). Cette hiérarchisation a été faite selon la référence (Voir tableau 3) à laquelle un score a été attribué. Une observation a été faite pour chaque référence.

Ainsi pour la norme architecturale le niveau de qualité des structures du service a été scoré 4, c'est-à-dire que Les règles de base sont respectées pour le terrain, la circulation, les revêtements des sols et des murs ainsi que pour la sécurité.

L'unité d'accueil et d'orientation centralise toutes les entrées du service. Ses membres sont responsables à la plupart des démarches administratives d'admission ainsi, la patiente y rencontre une sage-femme pour un premier entretien. Elle est ensuite reçue par un médecin en cas de besoin qui juge de la nécessité ou non d'une hospitalisation. L'admission peut en effet ne pas être nécessaire ou encore s'avérer prématurée. Une consultation infirmière et/ou médicale suffit parfois à rassurer la patiente angoissée. L'identification du personnel, l'information transmise à l'accueil et la disponibilité du personnel à l'accueil sont satisfaisants.

L'unité d'hospitalisation suites de couches, les salles sont propres avec une aération et une ventilation satisfaisante mais on a noté un manque des lits au rez-de-chaussée, et ce n'est pas rare de voir deux femmes accouchées et qui occupent le même lit avec leurs nouveau-nés, on ajoute à cela l'étroitesse des chambres. Pour le premier étage les chambres sont plus espacées et les lits sont disponibles.

Et pour l'état des toilettes, l'intimité est respectée, on remarque une insuffisance de la propreté et un manque d'eau chaude.

Concernant le dépôt de médicament, ce dernier était sous bonne garde et bien protégé avec de bonnes mesures de sécurité.

En plus, le laboratoire était fonctionnel pour les examens complémentaires conférant au service.

En ce qui concerne le système d'approvisionnement en eau potable, il était satisfaisant sous contrôle du système public.

A l'analyse de la qualité de notre structure, le service de maternité a été classé au niveau III car le score total a été de $36/40=0,9$ soit 90% ce qui correspondait au niveau III. Donc le structure du service est de bonne qualité.

C. LA SURVEILLANCE DES SUITES DE COUCHES

1. *Le post-partum immédiat*

Si la durée de la période du post-partum a été traditionnellement acceptée et largement admise, la définition du post-partum immédiat ne fait pas l'unanimité dans la littérature.[223]

La naissance du nouveau-né et la délivrance du placenta sont suivies d'une période de transition. Ce temps où l'on prodigue les soins à la mère et au nouveau-né est appelé période de stabilisation maternelle et se déroule souvent en salle de naissance. En anglais, nous le retrouvons sous le terme *fourth stage of labour*. D'après l'OMS, cette période fait partie de l'accouchement et sa durée est variable selon les auteurs : une heure [223] ou deux heures [248, 249]. En outre, d'autres considèrent que le post-partum immédiat recouvre les 6 à 12 heures suivant l'accouchement [250] ou s'étend pendant 48 h après la phase de stabilisation [249].

Pendant cette étape initiale, des changements surviennent à plusieurs niveaux. Les modifications physiques rapides, au niveau anatomique et hormonal notamment, s'accompagnent de phénomènes d'adaptation psychologique.[1]

Au cours de ces 2 premières heures, la surveillance est assurée en salle d'accouchement : l'accouchée doit être bien consciente, parfois elle ressent des frissons ou même présente un choc vagal lorsque l'accouchement a été difficile (il faut alors s'assurer de l'absence d'hémorragie, de l'arrêt de l'éventuelle anesthésie péridurale, effectuer une oxygénothérapie et vérifier le fonctionnement de la voie veineuse) ; la température peut s'élever jusqu'à 38 °C dans les premières 24 heures, sans que cela ne soit pathologique. Toutes les demi-heures, il faut s'assurer de la normalité du pouls et de la tension artérielle. Surtout, l'utérus doit comporter un « globe utérin » de sécurité, ferme, du volume d'une grossesse de 17 semaines, n'augmentant pas. Le saignement extériorisé doit rester faible mais il faut se méfier, en cas de malaise, d'un thrombus vaginal, même sans saignement à la vulve. [1]

La surveillance de post-partum immédiat dans notre service est assurée dans la salle d'accouchement est consisté surtout sur l'évaluation de l'état hémodynamique par la prise de la tension artérielle, du pouls, et de l'évaluation de saignement vulvaire...

L'allaitement maternel est débuté précocement, dans l'heure suivant la naissance. La réalimentation maternelle peut être débutée à la fin de cette période initiale de surveillance. S'il y a eu anesthésie péridurale, le cathéter est enlevé, de façon aseptique, avant le transfert de l'accouchée dans sa chambre.

La qualité des soins du post-partum immédiat est de niveau IV, 85% des parturientes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

Tableau 46: Comparaison de la qualité des soins du post-partum immédiat de notre étude avec ceux de la littérature

Auteur (s)	Pays/ Etablissement de santé	Année	La surveillance post-natale
ROBAIL Emma [2]	France (CHU) de la région Auvergne	2016	87.55%
Résultats du 2 nd tour de l'audit de la HAS en % de oui [3]	France	2006	70%
TANGARA Sidiky [4]	Bamako, CSRef C IV DU DISTRICT	2007-2008	35.2%
S Siby Aboubacar [5]	Mali, CSRef de Kangaba	2007-2008	52.3%
Notre maternité	Maternité de Tétouan	2018	85%

Notre résultat est comparable à celui de ROBAIL Emma[2]est supérieur de TANGARA[4] et S.SIBY[5].

2. La surveillance des jours suivants

a) Les soins de routine

Pendant le séjour hospitalier, la surveillance est biquotidienne. L'examen comprend la prise de la température, du pouls, de la tension artérielle qui sont notés sur la feuille de surveillance et qui sont utiles pour dépister les complications infectieuses, les plus fréquentes pendant ces premiers jours. Le pouls doit rester concordant avec la température, inférieure ou égale à 37 °C les premiers jours post-partum. Les principales anomalies que l'on peut rencontrer sont l'engorgement mammaire, l'endométrite, la lymphangite et les complications thromboemboliques. [1]

On effectue également un examen minutieux des seins à la recherche de crevasses, d'une rougeur, d'une tuméfaction ou d'une induration. Il est fréquent de constater un léger engorgement, au moment de la montée laiteuse, au deuxième ou

troisième jour du post-partum, se manifestant par une induration mammaire associée à une fébricule à 37,8 °C-38 °C et à un pouls en rapport. [1]

L'examen de l'utérus est très important, à la recherche d'un retard d'involution, d'une douleur, d'une mollesse, faisant craindre une endométrite. À l'état normal, son volume doit diminuer progressivement : le premier jour, son fond est à un travers de doigt au-dessus de l'ombilic ; le sixième jour, il est à mi-distance entre l'ombilic et la symphyse. S'il reste gros et sensible, on évoque, outre une endométrite, une rétention de lochies, plus fréquente lorsqu'une césarienne a été faite avec un col fermé et à traiter par utérotoniques voire antibiotiques, la dilatation à la bougie ou l'aspiration utérine restant exceptionnelles. [1]

On surveille également le périnée : existence d'un œdème, d'un hématome, aspect de l'épisiotomie (qui doit être propre et maintenue le plus au sec possible), aspect des lochies – d'abord sanglantes les 2 premiers jours (formées de sang non coagulé) puis sérosanglantes jusqu'au huitième jour, d'odeur fade, non nauséabondes.

L'examen des mollets doit être attentif, à la recherche de signes précoces de thrombose : œdème, rougeur, augmentation unilatérale de volume, douleur à la pression du mollet ou à la dorsiflexion du pied (signe de Homans).[1]

Dans notre service, les soins de routine pour les femmes qui accouchent par voie basse sont assez correctement pratiqués dans ses grandes lignes. La qualité des soins quotidiens est de niveau III c'est-à-dire que 58.6% des parturientes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité. Cependant, certains paramètres comme l'évaluation de l'état émotionnel, la surveillance des constantes et la réalisation de l'examen veineux des membres inférieurs sont peu pratiqués.

b) Les soins post-opératoires

Il faut examiner la patiente au moins quatre fois, le principal risque étant l'hémorragie ; faire lever la patiente précocement dans les 8 heures après l'accouchement, et vérifier si elle a pu uriner. [1]

La sonde urinaire et la perfusion intraveineuse sont généralement laissées en place pendant quelques heures. Un traitement anticoagulant (piqûre quotidienne) sera instauré pendant la période de l'hospitalisation afin de réduire le risque de phlébite (formation d'un caillot dans une veine des jambes) ou d'une embolie pulmonaire (caillot dans les poumons). Les premières 24 heures sont souvent douloureuses et nécessitent des traitements antalgiques. [6]

Tableau 47: Comparaison de la qualité de soins post-césarienne de notre étude avec ceux de la littérature

Auteur	Année	Ville/ établissement de santé	Qualité de soins post-césarienne
CISSE S [7]	2006	Bamako CSRef CVI Bamako	99.3%
DEMBELE M [8]	2005	Sikasso Hôpital Sikasso	93.9%
TOGORA M [9]	2000-2002	Bamako CSRef CV Bamako	97.3%
Notre service	2018	Hôpital civil de Tétouan	82.5%

La qualité de soins post-césarienne dans notre maternité était de 82.5% ce qui correspondant le niveau 4. Notre résultat est comparable de ceux de la littérature, mais certains gestes comme : L'examen des seins et l'examen veineux des membres inférieurs ne sont pas assez pratiqués.

3. La prise en charge de la douleur du post-partum

a) Les douleurs en rapport avec l'involution utérine (ou tranchées)

Les antalgiques utilisés pour traiter les tranchées ont été évalués dans des essais randomisés anciens et de très petite taille. Les AINS per os présentent une efficacité antalgique sur les tranchées. Bien qu'on ne dispose pas de comparaison directe entre le paracétamol et les AINS, les AINS doivent être privilégiés dans cette indication.

Les AINS ayant une durée de vie courte(Ibuprofène) sont possibles en cas d'allaitement maternel. Dans ce cas, l'exposition aux AINS est minimisée si la prise du médicament a lieu juste après la tétée car la demi-vie du médicament correspond à l'intervalle entre deux tétées. En cas d'inefficacité des AINS associés au paracétamol, les opiacés peuvent constituer une alternative.[15]

b) Les douleurs périnéales

Le paracétamol oral en dose unique (500 mg ou 1000 mg) est efficace sur les douleurs périnéales aiguës du post-partum. Le paracétamol en dose unique ne correspondant pas aux habitudes de prescription en France, il est possible de prescrire

cet antalgique tant que persistent les douleurs périnéales. Il existe un effet antalgique du froid sur les douleurs périnéales, mais on ne retrouve pas de supériorité du froid par rapport aux traitements médicamenteux. L'application de sacs de glace ou de coussinets froids peut constituer une alternative ou un complément aux traitements antalgiques médicamenteux. [15]

Les AINS par voie rectale constituent un traitement antalgique efficace en cas de douleurs périnéales. Toutefois, les effets à long terme et la satisfaction des femmes n'ont pas été évalués. Il n'existe pas de données sur la comparaison entre les AINS par voie rectale et le paracétamol per os. Des essais anciens et de petite taille montrent que les AINS per os en administration unique sont plus efficaces que le placebo sur les douleurs périnéales. En l'absence de données sur la comparaison de la voie orale et de la voie rectale des AINS, l'administration orale peut être privilégiée en respectant les précautions liées à l'allaitement maternel. Les AINS sont efficaces sur les douleurs périnéales et sur les tranchées, et sont plus efficaces que le paracétamol en cas de tranchées associées. Les AINS par voie orale doivent donc être proposés en première intention pour ces deux types de douleurs. [15]

Dans notre service 87.4 % des femmes recevaient des traitements antalgiques pendant leurs hospitalisations. Les principales molécules utilisées sont le paracétamol (administré par voie per os) suivi par l'AINS et le Néfopam.

Mais peu des femmes bénéficient des conseils pour diminuer l'intensité des douleurs par des gestes faciles à faire comme :

- ❖ D'informer la femme de vider sa vessie régulièrement afin d'éviter que celle-ci n'exerce une pression sur l'utérus lorsqu'elle est distendue, ce qui augmente la douleur. Juste 11.3% des femmes qui ont reçu cette information.
- ❖ Conseiller la femme de se mouvoir fréquemment et d'éviter les boissons gazeuses et les aliments qui favorisent la formation de gaz intestinaux. Moins de la moitié des femmes (40.8%) qui ont bénéficié de ces conseils.

En globale, la qualité de prise en charge de la douleur est de niveau III, 55% des femmes reçoivent des soins et conseils de bonne et d'assez bonne qualité.

D. LA DUREE D'HOSPITALISATION

1. La durée d'hospitalisation après un accouchement par voie basse

Selon les recommandations de l'OMS en 2013, Après un accouchement par voie basse sans complication dans un établissement de santé, la mère et le nouveau-né en bonne santé devraient être pris en charge au sein de l'établissement pendant au moins 24 heures. [14]

Concernant, les recommandations de bonne pratique de HAS :

La durée de séjour standard a été définie comme une durée d'hospitalisation :

- de 72 heures à 96 heures après un accouchement par voie basse
- de 96 heures à 120 heures après un accouchement par césarienne.

Une sortie précoce est définie comme toute sortie de maternité :

- au cours des 72 premières heures après un accouchement par voie basse
- au cours des 96 premières heures après un accouchement par césarienne.[10]

Quelques exemples de la durée de séjour en maternité après un accouchement par voie basse :

En Suède, après un accouchement normal, le retour à domicile se fait en moyenne au troisième jour de l'accouchement pour les primipares et au deuxième jour de l'accouchement pour les multipares. Cette pratique n'est pas considérée comme une sortie précoce mais comme une durée d'hospitalisation « normale ». Ainsi, la sortie précoce en Suède est une sortie avant la 72ième heure de vie et concerne 2/3 des femmes dans la région de Stockholm. Au plus tôt, elle a lieu 6 heures après l'accouchement. Un rendez-vous à la maternité, très rapidement après la sortie, est organisé, et un suivi à domicile par une sage-femme est également mis en place. [11]

En Finlande, 50% des femmes sortent avant le 4e jour. En Norvège ainsi qu'en Angleterre, la durée d'hospitalisation s'étend de 2 jours à 3 jours maximum. En Hollande comme au Danemark, les sorties se font quelques heures après l'accouchement [12]. Au Royaume Unis, 92% des femmes accouchent à l'hôpital avec une sortie de la maternité dans les 24 heures. [13]

Au Canada, la durée du séjour à l'hôpital de la mère et de son bébé après l'accouchement a grandement diminué au cours des 15 dernières années. Après un accouchement par les voies naturelles, les sorties se font généralement entre 36 et 48h, parfois même 24h après l'accouchement pour les multipares. Un rendez-vous très précoce est organisé dans les 48h suivant la sortie pour examiner l'enfant, et le « dépistage génétique standard » est effectué 24h après la naissance, ce qui facilite la sortie précoce. [16]

La durée moyenne de séjour était en 2008 de 1,8 jours au Royaume-Uni, de 2,3 jours en Suède et de 3,3 jours en Allemagne, en Finlande et en Norvège [17]. En France, cette durée moyenne est passée de 5,3 à 4,3 jours entre 1997 et 2010, selon les données du PMSI [18].

Dans notre étude, 64.6% de parturientes ont séjourné dans le service moins de 24 h et 35.3% d'elles durant 1 à 4 jours. La durée moyenne de séjour est estimée à 17h. Comparée aux données de la littérature, cette durée moyenne est inférieure à celle de la plupart des statistiques.

En ce qui concerne, la durée minimale de séjour est de 8h et la durée maximale est de 4 jours. Cette courte durée de séjour s'explique par l'attitude du service consistant à libérer les parturientes au niveau des critères suivants :

- ❖ Reprise du transit et diurèse.
- ❖ Apyrexie.
- ❖ Involution utérine normale.
- ❖ Mollets souples et indolores.
- ❖ Seins normaux.

Signalons également que le nombre limité des lits d'hospitalisation joue un rôle non négligeable dans la courte durée du séjour de nos patientes.

La longue durée de séjour des patientes est influencée toujours par les complications.

2. La durée d'hospitalisation post-césarienne

C'est un indice qui reflète l'état de la femme après la césarienne, la durée de séjour est directement liée à la morbidité maternelle. Elle dépend de plusieurs facteurs [19] :

- ❖ Profil social.
- ❖ Parité.
- ❖ Age.
- ❖ Antécédents médicaux.
- ❖ Complications per et postopératoires.

Dans notre série, la durée moyenne d'hospitalisation après césarienne était de 4 jours avec des extrêmes de 3 jours et de 11 jours.

Comparée aux données de la littérature, cette durée moyenne est inférieure à celle de beaucoup d'auteurs :

- ❖ COULIBALY [27] 8 jours à l'HGT
- ❖ TEGUETE I [26] 9,3 jours à l'HNPG

Mais conforme à celle de AFROUKH. A [20] et AMRANI [21] qui ont trouvé 4 jours.

Tableau 48: Comparaison de la durée moyenne de séjour avec les données de la littérature

Auteur(s)	Année	Ville	DMS
AFROUKH. A [20]	2014-2016	Khouribga	4
AMRANI [21]	2005	Bouafi CASA	4.00
SCHWAB [19]	2004	Suisse	8.40
VENDITELI [22]	2003	France	7.28
MITACH [23]	2002	Agadir	5.00
RAHNAOUI [24]	2009	CHU Casa	4.00
TOURIQUI [25]	1999	Tétouan	5.70
CISSE S [7]	2006	Bamako CSRef CVI	4
TEGUETE I [26]	1991-1993	Bamako HNPG	9.3
TOGORA M [9]	2000-2002	Bamako CSRef V	4
COULIBALY I [27]	1992-1996	HGT Bamako	8
ANNIE F [28]	1995	La maternité LAGUNE de COTONOU	11
MAHAMADOU D [8]	2005	HR de sikasso	7
CISSE B [29]	2001	Bamako CSRef CV	8
RENATE ET AL [30]	2004	Norvège	6.1
Notre maternité	2018	Tétouan	4

E. LES CONSEILS DE SORTIE DE LA MATERNITE

1. La contraception

Les rapports sont autorisés après la disparition des lochies, la fermeture du col et la cicatrisation du périnée, ce qui représente en général une période de 4 semaines. La contraception débute au vingt-cinquième jour et est soit microprogestative si la patiente allaite ou envisage ultérieurement un stérilet, soit oestroprogestative minidosée dans les autres cas. [1]

2. L'Allaitement maternel

L'OMS et l'UNICEF ont adopté une déclaration commune intitulée les « Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel ». Celles-ci sont destinées aux services de santé, dont le rôle est déterminant pour encourager l'allaitement au sein, et indiquent les meilleures pratiques à utiliser. [34]

Voici les Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel de l'OMS et de l'UNICEF :

1. Adopter une politique d'allaitement maternel formulée par écrit et systématiquement portée à la connaissance de tout le personnel soignant.
2. Donner à tout le personnel soignant les compétences nécessaires pour mettre en œuvre cette politique.
3. Informer toutes les femmes enceintes des avantages de l'allaitement au sein et de sa pratique.
4. Aider les mères à commencer à allaiter leur enfant dans la demi-heure suivant la naissance.
5. Indiquer aux mères comment pratiquer l'allaitement au sein et comment entretenir la lactation même si elles se trouvent séparées de leur nourrisson.
6. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.
7. Laisser l'enfant avec sa mère 24 heures par jour.
8. Encourager l'allaitement au sein à la demande de l'enfant.
9. Ne donner aux enfants nourris au sein aucune tétine artificielle ou sucette.
10. Encourager la constitution d'associations de soutien à l'allaitement maternel et leur adresser les mères dès leur sortie de l'hôpital ou de la clinique.

3. La nutrition de la femme allaitante

La mère qui allaite doit consommer au moins 1800 Kcal par jour, soit quelques centaines de calories supplémentaires à ses besoins habituels. S'il est naturel qu'elle mange légèrement plus, nul besoin pour elle de changer d'alimentation. Car la composition de son lait reste très stable et varie peu selon ce que la femme consomme. [35]

Figure 7 : besoins nutritionnels de la femme allaitante [36]

BESOINS NUTRITIONNELS DE LA FEMME ALLAITANTE		
	RECOMMANDATIONS FEMME ALLAITANTE	JUSTIFICATIONS
Energie	+ 1 MJ/j	-Augmentation du MB du à la production quotidienne de lait -Il n'est pas nécessaire que le cout de production du lait soit compensée par l'alimentation car les réserves énergétiques y participent aussi.
Protides	1,1 g/kg/j 11 à 15 % AET	-Besoin de production et d'entretien -Besoin de réparation possible suite à accouchement -Apport de protéines de bonne qualité
Lipides	35 à 40% AET Acides gras indispensables: Acide linoléique: 4% AET Acide α-linolénique: 1% AET DHA: 250 mg Acide gras non indispensables: EPA: 250 mg AGS totaux: ≤12% AET Acide oléique: 15-20% AET	-Rôle de réserve énergétique. -Développement des membranes cellulaires et du système nerveux du fœtus. -Répartition en acides gras pour la prévention des maladies cardio-vasculaires.
Glucides	45 à 54% AET Glucides simples ajoutés ou produits sucrés <10% AET	-Principale source d'énergie
Eau	1mL/4,18 kJ + 500ml	-Besoin élevée pour la production de lait
Fibres	25 à 30 g/j dont 10 à 15 g de fibres solubles	-Régulation transit -Diminution de l'index glycémique des glucides.
Calcium	1000 mg	-Besoin d'entretien et de production du lait maternel
Magnésium	390 mg/j	-Anti-stress, myorelaxant -Prévention de la constipation
Fer	10 mg	-Besoin faible car retour de couche non réalisé
Zinc	19 mg	-Participe à la cicatrisation postpartum
Vitamine C	130 mg/j	-Stimule les fonctions immunitaires
Vitamine D	10 µg/j	-Apport important pour obtenir un lait de bonne qualité

❖ **Conseils donnés aux femmes au sein de notre service :**

La contraception :

Les accouchées ont bénéficié de très peu d'informations sur le planning familial (<25%). Ce constat est très inquiétant si nous faisons allusion aux pourcentages des multipares 63,4% et des grandes multipares 3,4% qui sont représentées dans notre échantillon étudié. Il est impératif que des conseils de planning familial soient prodigués à ces groupes de femmes leur permettant de choisir une méthode contraceptive convenable car nous savons qu'elles représentent le principal groupe à risque de complications comme les hémorragies du post partum, les ruptures utérines et les présentations vicieuses.

La vaccination :

Le don d'informations sur la vaccination du nouveau-né a été pratiqué dans 100% des cas. Ces résultats sont satisfaisants.

Allaitement maternel :

Les conseils de bonne et d'assez bonne qualité donnés aux femmes à propos de l'allaitement maternel étaient 31.5% ce qui signifie que la grande majorité des parturientes ne sont pas assez informées, il faut noter que dans notre étude le pourcentage des primipares était 33%, elles représentent la catégorie qui a plus besoin d'aide et de soutien de la part de leur entourage et du système des soins pour permettre à ces nouvelles mères de démarrer et de maintenir l'allaitement.

D'après nos constatations, La grande majorité des accouchées recherchent de l'information dans leur entourage. Ce qui peut aboutir à des conseils erronés et parfois dangereux.

En plus, on a observé que la grande majorité des parturientes reçoivent de la part de leur famille cette fameuse information : « il faut donner au nouveau-né des tisanes à base de camomille ou de verveine pour soulager les coliques de bébé ». Ce qui est contradictoire avec les recommandations de l'OMS et UNICEF [34] : « Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale ».

L'alimentation de la mère et l'hygiène :

Concernant les conseils sur l'alimentation de la mère ils sont aussi de mauvaise qualité (22%) et pour les informations sur l'hygiène était de 59% d'assez bonne qualité.

❖ **Protocole de sortie :**

L'examen de sortie de la maternité est établi avant la sortie, par une sage-femme en cas d'accouchement par voie basse physiologique sans complication ou par un médecin en cas de césarienne ou en cas de survenue d'une complication en post-partum. Les ordonnances et le carnet de santé de l'enfant sont remis à cette occasion avec quelques informations sur la contraception, l'allaitement maternel, la vaccination du nouveau-né, les conseils d'hygiène et l'alimentation de la mère.

F. LA CONSULTATION POSTNATALE

La consultation postnatale est un moment qui permet aux patientes de faire un bilan sur leur situation psychologique et somatique. Un interrogatoire ainsi qu'un examen somatique sont réalisés et de nombreuses informations sont délivrées pour pallier les interrogations de ces nouvelles mères.

1. Les professionnels de santé

Dans notre étude la prise en charge initiale se fait par la sage-femme ou l'infirmière de CSU, sauf en cas de complication la patiente est référée vers le médecin généraliste traitant.

- ❖ Le taux des patientes référées par l'infirmière vers le médecin généraliste était 16.3%.
- ❖ Le taux des patientes référées par le médecin généraliste vers le médecin spécialiste était 1.8%.

À partir de ces résultats en conclut, que la sage-femme joue un rôle important dans la prise en charge initiale et dans l'orientation des femmes qui ont besoin des soins plus spécialisés.

2. La durée de consultation

La durée moyenne d'une consultation postnatale faite par une sage-femme est de 15 minutes. Cette durée peut paraître insuffisante pour aborder les différents thèmes, écouter la patiente et répondre à ses questions.

3. Le motif de consultation

Dans notre étude, Pour la quasi-totalité des femmes, le motif de visite au formation sanitaire était la vaccination de leurs nouveau-nés.

Cela nous montre que la grande majorité des parturientes considèrent la consultation postnatale comme « peu nécessaire », et devant ce résultat il faut poser des hypothèses sur les causes de la sous-estimation de l'importance de cette visite par les femmes.

4. L'examen post-natal

La pratique de cet examen reste très insuffisante : la proportion de 22 % des femmes qui ont bénéficié de consultations postnatales dans le résultat de la dernière Enquête Nationale sur la Population et la Santé Familiale (ENPSF) 2010-2011. [31]

a) L'interrogatoire

Grâce à l'écoute des professionnels de santé et des sages-femmes, les patientes peuvent mettre en avant leur vécu de l'accouchement, les suites de couches, le lien qui s'est instauré avec leur nouveau-né ainsi que le retour à la maison. [32]

L'anamnèse dans notre étude est relativement limitée et se fait d'une manière simultanée avec l'examen physique. Cette courte durée de l'interrogatoire et de l'évaluation psychologique des femmes peut s'expliquer par le manque de personnel et la charge excessive de travail.

b) L'examen physique

(1) L'examen clinique général

(a) La tension artérielle

Dans notre CSU, la prise de la tension artérielle se fait de façon systématique en début d'examen. Celle-ci permet de donner des indications sur la normalité de la fonction cardiocirculatoire.

(b) Le poids

C'est une notion essentielle pour les femmes. Autant la grossesse a constitué une période de prise de poids régulière, autant une fois accouchées, les femmes souhaitent retrouver leur ligne d'avant. Par conséquent, il est intéressant de savoir quel est le surplus de poids engendré par la grossesse.

Dans notre étude, toutes les femmes ont passé par cette étape de façon régulière.

(c) Les membres inférieurs

L'examen des membres inférieurs, c'est-à-dire l'observation du réseau veineux du pli inguinal au pied, permet de vérifier l'absence de phlébite, para phlébite, thromboses superficielles ou profondes.

Dans notre étude grâce à cet examen, on a eu le diagnostic d'un cas de thrombose veineuse profonde d'une femme qui venait pour une simple vaccination de son bébé. Cet examen se fait de manière systématique au cours de l'évaluation de l'état général.

(2) L'examen gynécologique

Il permettra de vérifier le retour à la normale des voies génitales, d'adapter les moyens de contraception et de conseiller la patiente dans les modes d'allaitement.

(a) Les seins

Dans notre CSU, la sage-femme pratique un examen des seins détaillé ainsi que la palpation qui permettent de vérifier l'absence de crevasses, de rougeurs, de placards rouges dans le cas d'un allaitement maternel.

Dans un allaitement artificiel, le professionnel de santé de notre CSU vérifiait l'absence d'écoulement anormal ou de tout autre élément signalé par la patiente.

De plus, pendant cet examen, la femme abordait souvent les problèmes d'allaitement, de sevrage ou toutes les interrogations qui concernent l'alimentation du nourrisson.

(b) L'examen pelvien

La mise en place délicate d'un spéculum par le professionnel de santé de notre CSU est pour le but de vérifier le caractère sain du col, d'observer l'état trophique des parois vaginales et de rechercher d'éventuelles lésions.

Le toucher vaginal réalisé par notre sage-femme pour le but d'explorer la cavité pelvienne, de rechercher d'éventuelles douleurs dans les culs-de-sacs et au niveau des annexes, et surtout de vérifier la position, la consistance, la mobilité de l'utérus et la régression de la perméabilité du col.

Concernant l'examen pelvien, ne se réalise pas d'une manière systématique durant la consultation mais cas par cas.

(c) Le périnée

Cet examen est pratiqué par les professionnels de santé de notre CSU de façon minutieuse et systématique.

(i) La vulve

L'orientation de la vulve, sa fermeture ou sa béance est appréciée par la sage-femme.

(ii) La suture

La qualité de cicatrisation de la suture de l'épisiotomie ou de la plaie de césarienne est évaluée par la sage-femme à condition qu'elle soit souple et indolore.

(iii) L'anus et la marge anale

Leur examen est pratiqué par la sage-femme qui recherchait la présence d'hémorroïdes, de fissures ou d'abcès.

5. La contraception et la sexualité

La question de la sexualité et de la reprise des rapports est un sujet intime, qui juste après la naissance, n'est pas l'une des principales préoccupations des couples. [33]. Après l'accouchement, toute femme est exposée au risque d'une nouvelle grossesse.

Dans notre CSU la stratégie de choix des méthodes contraceptives chez la femme se fait en fonction du mode d'allaitement choisi :

- En cas d'allaitement maternel : les préservatifs, les micro-progestatifs et le stérilet (après 2-3 mois) pourront être prescrits à la patiente.
- En cas d'allaitement artificiel : la patiente pourra utiliser des oestro-progestatifs, l'implant à la progestérone, l'anneau vulvaire...

G. LES COMPLICATIONS

1. La constipation

a) La définition

Les femmes peuvent souffrir de constipation pendant la période du post-partum. La constipation est définie comme un trouble fonctionnel de l'intestin qui se caractérise par des douleurs et un inconfort, des efforts de poussée, des selles dures et bosselées et une sensation d'exonération incomplète. La présence d'hémorroïdes, la douleur au site de l'épisiotomie, les effets des hormones de la grossesse et la supplémentation en fer peuvent augmenter le risque de constipation post-partum, tout comme les lésions du sphincter anal ou des muscles du plancher pelvien survenues lors de l'accouchement. Ce problème est une cause d'inconfort pour la jeune mère qui se remet des douleurs de l'accouchement, et affecte aussi le bien-être du nourrisson qui a besoin de l'attention presque constante de sa mère. [40]

b) La prévalence

Dans les données de l'étude de E. DERBYSHIRE [42] sur la prévalence de la constipation durant le post-partum, on a trouvé que le pourcentage des parturientes qui ont souffert de constipation était de 17% , ce résultat est inférieur à ce qu'on a trouvé dans notre maternité (22.2%) , et supérieur à celui trouvé dans notre CSU (9%).

Figure 8: les données de l'étude de E. DERBYSHIRE et al [42] sur la prévalence de la constipation pendant la grossesse et le post-partum.

Table 2. Prevalence of functional constipation throughout and after pregnancy

Study stage (n)	Prevalence of constipation n (%)	95% CI	99% CI
Trimester 1 (66)	23 (35)	23–47	20–50
Trimester 2 (54)	21 (39)	26–52	22–56
Trimester 3 (56)	12 (21)	10–32	7–35
Post-partum (53)	9 (17)	7–27	4–30

c) La prise en charge

Une alimentation riche en fibres et des apports liquidiens augmentés peuvent prévenir la constipation dans la période du post-partum. Antalgiques et laxatifs sont des médicaments fréquemment utilisés pour soulager la constipation. Les laxatifs sont regroupés, en fonction de leur mode d'action, en laxatifs de lest (tels que le son, le psyllium et la méthylcellulose) qui augmentent le poids et la teneur en eau des selles afin de faciliter la motricité intestinale, laxatifs osmotiques (tels que le lactulose et le polyéthylène glycol (PEG)) qui augmentent la quantité d'eau contenue dans le côlon afin d'améliorer la motricité intestinale, et laxatifs stimulants (tels que le bisacodyl, l'huile de ricin et le séné), qui agissent en stimulant la paroi intestinale. Les émollients fécaux ramollissent les selles afin de faciliter leur passage. [40]

Il est recommandé de vérifier la reprise du transit dans les 3 premiers jours du post-partum. La prescription de laxatifs n'est envisagée qu'en cas d'échec des conseils hygiéno-diététiques simples (régime riche en fibres et boissons abondantes) et ne doit pas être systématique. [41]

Dans notre service le traitement ne se fait pas de manière systématique, dont 128 cas de constipation, 67 cas seulement ont reçu le traitement laxatif. Et plus de la moitié des patientes (56.2%) ont bénéficié des conseils hygiéno-diététiques.

Bien que la constipation puisse avoir des causes physiologiques, après un accouchement, elle est souvent d'ordre psychosomatique. Durant notre période d'étude on a constaté que la grande majorité des parturientes ont peur, elles redoutent de faire exploser leurs points ou alors de forcer. Elles se retiennent donc d'aller à la selle.

La qualité de prise en charge de la constipation dans notre service est d'assez bonne qualité 62.5% des patientes reçoivent des soins et conseils de bonne et assez bonne qualité.

2. La pathologie hémorroïdaire

a) L'incidence

80% des femmes attribuent le début de leur pathologie hémorroïdaire à une grossesse ou un accouchement. Les thromboses sont d'aspect particulier, multiples, très œdémateuses, elles sont douloureuses et ne se prêtent guère à un geste d'excision.

L'incidence des thromboses hémorroïdaires varie, selon les publications, entre 12 et 34%, quasiment toujours dans les heures suivant l'accouchement. [44]

Concernant notre étude, on a trouvé 24 cas de pathologie hémorroïdaire qui correspond un pourcentage de 4.1%, ce résultat est inférieur à ceux trouvées dans les données de la littérature.

b) La prise en charge

Le traitement doit être résolument médical, de première intention, reposant sur les laxatifs non irritants, associés aux antalgiques type paracétamol voire en cas d'œdèmes douloureux importants le recours aux anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) voire aux corticoïdes en période courte (5 jours). L'adjonction de topiques locaux favoriserait la disparition de la douleur.[43]

L'incision ou l'excision sont des gestes souvent inutiles voire délétères en majorant la douleur sur ces thromboses souvent multiples et/ou particulièrement œdémateuses. Le recours à la chirurgie d'hémorroïdectomie est exceptionnel et ne se conçoit qu'après une inefficacité avérée, au terme de 48-72 heures, des AINS ou corticoïdes sur un prolapsus circonférentiel thrombosé ou un syndrome hyperalgique devant faire évoquer une fissure associée.[43]

La prise en charge de la douleur et l'inconfort engendrés par les hémorroïdes dans notre maternité se fait par la prescription de laxatifs, des AINS et/ou paracétamol et des préparations topiques. Notre prise en charge s'accorde avec les données de la littérature.

3. Les complications urinaires

a) L'incontinence urinaire du post partum

La grossesse et l'accouchement par voie basse provoquent fréquemment une incontinence urinaire, par la distension importante des ligaments et du plancher pelvien qu'ils occasionnent.

(1) La définition

L'incontinence urinaire d'effort se définit comme la survenue de fuites involontaires d'urine, objectivement démontrables, responsables d'un problème hygiénique ou social. (International Continence Society). La fréquence exacte des fuites n'est pas prise en compte dans cette définition. [45]

(2) La prévalence

Un antécédent d'incontinence urinaire du post-partum augmente le risque d'apparition ultérieure d'incontinence urinaire d'effort. Or, 40% des femmes de plus de 65 ans ont des problèmes d'incontinence. Cette situation peut s'avérer extrêmement invalidante au quotidien, un dépistage et une prise en charge précoce en médecine générale peuvent en réduire la fréquence. [48]

Tableau 49: Comparaison le résultat de notre étude avec ceux de la littérature sur la prévalence de l'IU du post-partum durant la période d'hospitalisation

Auteur(s), année	Origine	N	Data de collection	Le moment de réalisation d'interview	Primipare	Multipare
BURGIO ET AL, 2003 [46]	USA	523	Interview	2 jours PP	–	60 %
MARSHALL ET AL, 1998 [47]	Irland	7,771	Questionnaire	3 jours PP	55%	66%
GROUTZ ET AL, 1999 [49]	–	300	Interview	3 jours PP	49%	50%
Notre maternité 2018	Tétouan	575	Interview	Avant la sortie de l'hôpital	29.4%(56cas)	35%(135cas)

Tableau 50: Comparaison le résultat de notre étude avec ceux de la littérature sur la prévalence de l'IU du post-partum évoquer dans la consultation post-natale.

Auteurs, année	Origine	Data de collection	N	Le moment de réalisation d'interview	Primipare	Multipare
VIKTRUP ET AL, 1992 [50]	Denmark	Interview	305	1 semaine PP	32 % (s)	–
IOSIF, 1981 [51]	Sweden	Questionnaire	1411	1-2 semaines PP	–	22%(s)
MORKVED & BO,1999 [52]	Norway	Interview	144	8 semaines PP	35 %	37–70%
Notre CSU,2018	Tétouan	–	110	1-2 semaines PP	11%(12 cas)	

Dans notre service on a trouvé 191 cas d'IU du PP (soit 33.2%) dont 41cas des primipares (soit 29.4% des primipares) et 135 cas des multipares (soit 35% des multipares) ces valeurs sont nettement inférieures à celles trouvées dans la littérature.

Dans notre CSU on a enregistré 11% d'IU du PP, ce résultat est aussi inférieur à ceux trouvées dans la littérature. C'est possible parce que les femmes considèrent cela comme un sujet tabou, non avoué, non exprimé ou des non-dits par les femmes.

On peut noter également que la prévalence d'IU du PP est plus élevée chez la multipare que la primipare.

(3) Les facteurs de risque qui prédisposent à l'incontinence du post-partum

Le principal facteur de risque est le surpoids qui augmente le risque d'IU à 3 mois du postpartum. [53,54]

Dans notre maternité (64.9%) des femmes qui ont un IU leurs IMC>25.

L'accouchement par voie basse : L'incontinence urinaire en post-partum touche essentiellement des femmes ayant accouché par voie basse, bien que ce problème affecte également 3 à 4% des femmes ayant accouché par césarienne. [48]

Au niveau de notre maternité le pourcentage des femmes souffrant d'IU qui ont accouché par voie basse était 94.2%.

La parité : il y a moins d'incontinence chez la nullipare que chez la multipare. La première grossesse et le premier accouchement sont déterminants. Le taux d'incontinence urinaire ne progresse pas significativement avec le nombre d'accouchements. [55]

Certaines pratiques obstétricales : l'induction du travail par des prostaglandines [56], les efforts expulsifs avant la dilatation complète, l'expression abdominale musclée, la déchirure périnéale ou l'épisiotomie trop tardive, la vessie pleine avant l'expulsion. [55]

Les facteurs constitutionnels et génétiques : sans doute dus à des différences de qualité des tissus de soutien. Les femmes de race noire et asiatique font moins d'incontinence. La prévalence de l'incontinence urinaire d'effort est de 20% lorsqu'il existe une incontinence chez une apparentée contre 7,8% dans le groupe témoin. [48]

(4) La prise en charge

(a) L'interrogatoire

Pour définir la stratégie thérapeutique, le médecin doit obtenir par l'entretien et l'examen clinique des renseignements indispensables au choix de la rééducation.

Tout d'abord, l'entretien permet de rechercher [48] :

- ❖ Les mécanismes de l'incontinence : effort, impériosités.
- ❖ L'environnement, les habitudes de vie : sport, activités sociales.
- ❖ Le retentissement de l'incontinence.

(b) L'examen clinique

Examen locorégional qui étudie la trophicité de la vulve, l'état de la cicatrice d'épisiotomie, l'existence de pertes vaginales, et apprécie la tonicité du vagin et du noyau fibreux central du périnée. Au cours de cet examen, un effort de toux peut révéler une béance vulvaire ou une incontinence urinaire d'effort. Examen neurologique qui recherche essentiellement une hypoesthésie périnéale pouvant faire suspecter une éventuelle atteinte périphérique du plancher pelvien. [48]

Evaluation manuelle de la force musculaire périnéale (testing) qui permet d'évaluer la force et l'endurance des muscles du plancher pelvien et de suivre l'efficacité de la rééducation sur l'amélioration de la force musculaire. Les résultats sont cotés selon le tableau 51. [48]

Tableau 51: Cotation de la force musculaire (testing)[48]

Note	Observation
0/5	Absence de contraction
1/5	Contraction très faible, difficilement perçue sous le doigt comme un frémissement
2/5	Contraction faible, perçue sans aucun doute
3/5	Contraction bien perçue, insuffisante pour vaincre une opposition modérée
4/5	Bonne contraction, vaincue par une opposition peu intense
5/5	Contraction maximum contre résistance. Les doigts de l'examineur fatiguent lors de cette opposition

Le médecin évalue ensuite la tenue : c'est l'aptitude à maintenir la contraction avec une force égale pendant 5 secondes (définie) et la fatigabilité qui reflète l'aptitude à répéter une contraction bien tenue 5 fois de suite. Puis il évalue le verrouillage périnéal

au cours des efforts volontaires abdominaux : demander à la patiente de verrouiller son périnée puis de tousser, ou relever les jambes, ou se redresser en position assise.

Au terme de ce bilan, 3 groupes de patientes peuvent être définis (Tableau 52).

[48]

Tableau 52: Les 3 groupes de patientes au terme du bilan avant rééducation [48]

Premier groupe	Pas facteur de risque, pas d'incontinence	Pas de prolapsus, testing du périnée > à 3	Rééducation abdominale possible
Deuxième groupe	Traumatisme obstétrical, gêne fonctionnelle modérée	testing du périnée < à 3	Rééducation abdominale quand le testing du périnée est > à 3
Troisième groupe	Nombreux facteurs obstétricaux de risque périnéal*, gêne fonctionnelle importante		Bilan urodynamique puis rééducation périnéale avant toute rééducation abdominale

*souvent discutés : enfant de poids supérieur à 3,5kg à la naissance surtout si c'est le premier enfant, périmètre crânien supérieur à 35 cm, déchirure périnéale, instrumentation, expulsion trop rapide, présentation du siège.

(c) La rééducation

- Trois techniques de rééducation sont les plus utilisées :

➤ La rééducation manuelle :

Elle consiste en une contraction volontaire répétée des muscles releveurs de l'anus avec sollicitation ou résistance par les doigts intravaginaux du thérapeute, puis en position semi assise, assise, debout, enfin à la marche, sans le contrôle digital du rééducateur. [48]

➤ Le biofeedback :

La patiente développe une prise de conscience d'une fonction physiologique jusque-là effectuée inconsciemment, et met en place une autocorrection grâce à un contrôle immédiat par l'appareil. La répétition des exercices recrée des réflexes adaptés. La technique utilise une sonde vaginale. Le signal perçu par la patiente est de type lumineux, comme une rampe dont l'élévation est proportionnelle à l'intensité de la contraction et/ou sonore. [48]

➤ L'électrostimulation :

Elle est à éviter en cas de lésion nerveuse récente, ce qui arrive fréquemment après un accouchement (risque de retard de régénération nerveuse).

- La rééducation du périnée après l'accouchement :

Il ne faut pas commencer avant 8 semaines de post-partum, mais avant la reprise de la gymnastique et la reprise professionnelle, si le travail de la patiente est éprouvant physiquement [49]. En effet, les exercices qui augmentent la pression abdominale majorent les contraintes sur les différentes structures périnéale et abdominale.

➤ Concernant, notre maternité

La prise en charge de l'IU du PP dans notre service est basée sur l'information des patientes de la maternité sur l'évolution spontanée vers la guérison dans la plupart des cas et sur le fait de conseiller la femme de pratiquer des contractions périnéales et de l'informer sur la nécessité de la consultation post-natale, mais seulement 30% des femmes qui ont bénéficié de ces soins et conseils. La qualité de prise en charge d'IU du PP dans notre service était de faible niveau.

b) La rétention vésicale du post-partum

La rétention vésicale du post-partum (RVP) est une complication peu fréquente et mal connue de l'accouchement par voie basse. Elle survient dans moins de 1 % des accouchements (0,7 à 0,9 %) [57,58]. Le manque de connaissance de cette pathologie conduit souvent à des retards diagnostiques délétères ainsi qu'à des traitements variables selon les équipes [57,59]. Sa survenue implique une médicalisation plus importante du post-partum et est souvent mal vécue par les parturientes.

(1) La définition

Elle varie selon les auteurs de l'absence de miction à 12 heures de l'accouchement [60] à la détection systématique d'un résidu post-mictionnel supérieur à 150 mL [61].

Dans la pratique obstétricale actuelle, la définition la plus adaptée semble être celle de Glavind et Bjork reposant sur « l'absence de miction spontanée six heures après un accouchement associée à un globe vésical supérieur à 400 mL » [57].

(2) L'incidence

Tableau 53: Comparaison l'incidence de Rétention vésicale du post-partum dans notre étude avec ceux de la littérature

Auteur	Type d'étude	Définition RVP	Incidence	Pourcentage
GLAVIND et BJORK [57]	Prospective	Absence de miction à 6 h et volume > 400 mL	12/1649	0.72%
LIANG et al [61]	—	Absence de miction à 6 h et volume > 150 mL	114/2866	3.9%
PERRIN Fanny [62]	Rétrospective	Rétention urinaire du post-partum immédiat	20/34000	0.06%
Notre maternité	Prospective	Rétention urinaire du post-partum immédiat	2/575	0.3%

*NB : Dans notre CSU aucun cas n'est enregistré.

L'incidence de RVP est retrouvée avec une fréquence variable dans la littérature, 0.72% [57], 0.06% [62], 3.9% [61]. Notre résultat est supérieur à celui trouvé par PERRIN [62] et inférieur à celui trouvé par GLAVIND [57] et LIANG [61].

(3) Les facteurs de risque

De nombreux facteurs de risque ont été mis en évidence dans la littérature.

(a) Les facteurs généraux

(i) L'âge

Chez les femmes, le taux de rétention vésicale complète observé est supérieur chez les patientes âgées de 21 à 40 ans par rapport à celle de 41 à 64 ans. Cela pourrait s'expliquer par un tonus sympathique plus élevé [63].

Dans notre étude les deux patientes âgées de moins de 40 ans

(ii) Les antécédents urologiques

Une lésion urologique obstructive ou une neuropathie, connue ou méconnue, peut entraîner une rétention d'urine. L'anamnèse retrouve des antécédents de troubles urinaires du bas appareil chez 80 % des patientes ayant eu une RVP (dans la population générale) [63].

Les deux patientes de notre étude n'ont aucun antécédent urologique.

(b) Les risques obstétricaux

Les principales études traitant de ce sujet ont identifié la primiparité, un travail prolongé, une extraction instrumentale ainsi que des déchirures ou incisions vaginales et périnéales comme principaux facteurs de risque. Ces risques étaient variables en fonction de la définition de RVP utilisée [57,60,61,64].

Parmi ces facteurs de risque dans notre étude on a trouvé la primiparité et le travail prolongé.

(c) L'analgésie

De nombreuses substances telles les substances parasympathiques, les anesthésiques halogénés et les opioïdes augmentent le risque de RVP postopératoire en diminuant la contractilité du détrusor. Dans les études de Liang et al. et de Teo et al., elle apparaît comme un facteur de risque indépendant, mais ces études sont rétrospectives et quelques rachianesthésies étaient incluses [61,64]. Olofsson et al. ont comparé prospectivement deux protocoles d'analgésie péridurale sans différence significative entre ces deux protocoles[58].

Il faut noter que dans notre étude une patiente parmi les deux a eu une analgésie péridurale.

(4) La durée moyenne de la RVP

Soixante-quinze pour cent des RVP récupèrent en moins de 72 heures [57,60,61]. Dans les grandes séries, il est observé que toutes les femmes avaient des mictions spontanées à six jours du diagnostic [65,66,67].

Dans notre série, la durée RVP pour le premier cas était de 9h et le deuxième cas 27h avant la récupération des mictions spontanées.

(5) La prise en charge d'une RVP

Dans la littérature il n'est pas retrouvé de consensus concernant le traitement de la RVP. Il semble cependant que face à une femme incapable d'uriner six heures après l'accouchement, il convient d'appliquer, dans un premier temps, des mesures d'aide pouvant stimuler le réflexe de miction spontanée. La prise d'antalgiques oraux, les

méthodes incitatives (telles que prendre un bain chaud, écouter couler de l'eau ou placer les mains sous l'eau) vont permettre la reprise d'une miction spontanée. [68]

En cas d'échec, il faut mesurer le volume vésical. S'il est supérieur à 400 mL, il s'agit d'une RVP. Le traitement repose alors sur le sondage évacuateur intermittent toutes les quatre à cinq heures jusqu'à ce qu'une miction efficace soit récupérée (soit jusqu'à un RPM < 150 mL). Cette technique présente un rapport bénéfice-risque très positif et est bien mieux acceptée par la patiente qu'une sonde à demeure. Lorsque la mauvaise vidange vésicale persiste au troisième jour, définissant une RVP persistante, le traitement doit se poursuivre en ambulatoire. Il faut pour cela apprendre l'auto-sondage à la patiente. Un suivi urologique doit être organisé, incluant un bilan urodynamique (dans un délai laissé à l'appréciation du praticien). [68]

(a) La place des traitements médicamenteux

(i) Traitement prophylactique non-antibiotique par dérivés de canneberge

Si quelques études suggèrent un intérêt de tels produits pendant la grossesse en revanche seul Dugouaa et al. Évoquent leur intérêt en prévention des infections urinaires en post-partum .D'autres travaux doivent venir étayer ces premiers résultats. [69,70]

(ii) L'antibiothérapie

Aucune antibioprophylaxie n'est nécessaire en cas de sondage intermittent ou à demeure. Une bactériurie asymptomatique (simple contamination) est habituelle et ne doit pas être considérée comme une infection. Il est recommandé de ne pas traiter par antibiotique ces simples colonisations (Grade A dans les recommandations de l'AFSSAPS de 2008).

Seules les infections urinaires symptomatiques justifient la réalisation d'un examen cytotbactériologique des urines (ECBU) avec antibiogramme. Un traitement de sept jours peut être débuté après l'ECBU (pas de traitement minute), la durée sera allongée en cas de signes d'infection parenchymateuse. [68]

(iii) Les anti-inflammatoires non stéroïdiens et corticoïdes

En cas d'œdème périnéal important, l'utilisation d'anti-inflammatoires stéroïdiens ou non stéroïdiens aidera à sa résorption et ainsi au traitement d'une

rétention lié à l'œdème régional englobant l'urètre ou le méat urinaire. Cependant, en cas d'allaitement maternel ces traitements doivent être utilisés avec précaution en raison de leur passage dans le lait maternel. [68]

(iv) Les alphabloquants

Les alphabloquants, permettent une relaxation des fibres musculaires lisses de l'urètre. Leur action n'a pas été étudiée dans le cas de la RVP, certains urologues les préconisent pourtant en complément du drainage. Leur utilisation pendant l'allaitement n'a pas été étudiée. [68]

La prise en charge dans notre service :

Un sondage urinaire a été effectué pour une patiente sur deux. Cependant, l'autre patiente est parvenue à uriner spontanément sans aucune intervention thérapeutique. La qualité de prise en charge RVP était de très bonne qualité 100% est basée surtout sur les mesures d'aide pour stimuler le réflexe de miction spontanée.

c) Les infections urinaires

(1) L'incidence des infections urinaires chez les césariennes

Tableau 54: comparaison de l'incidence d'infection urinaire dans notre étude avec ceux de la littérature

Auteur(s)	Pourcentage	Origine	Année
TOGORA M [9]	0.6%	Bamako	2000-2002
AKLA sarra [71]	0.4%	Rabat	2014
AFROUKH Almehdi [20]	0.11%	Khouribga	2014-2016
BENKIRANE S et al [72]	1.4%	Oujda	2016
Notre maternité	0.9%	Tétouan	2018

NB : dans notre CSU aucun cas n'a été enregistré.

Durant notre période d'étude, on a noté qu'une seule césarienne a eu une infection urinaire dans notre service. L'incidence des infections urinaires chez les césariennes sont retrouvées avec une fréquence variable dans la littérature, de 0,11% [20] à 1.4% [72] des césariennes.

Notre résultat est assez proche à celui trouvé par TOGORA M [9] est inférieur à celui de BENKIRANE S [72]

(2) La prise en charge [73]

(a) Le diagnostic

(i) L'examen clinique

Les signes cliniques sont les mêmes qu'en dehors du post-partum :

- Pollakiurie,
- Brûlures mictionnelles,
- Une douleur, en général unilatérale, lors de la palpation des fosses lombaires, associée à une hyperthermie sera évocatrice de pyélonéphrite aiguë (PNA).

(ii) Le diagnostic bactériologique

(a) La bandelette urinaire (BU)

Il est important de respecter la méthodologie : urines fraîches, et temps de lecture respectés. La détection de leucocytes et de nitrites n'a qu'une valeur d'orientation diagnostic.

(b) L'examen cytot bactériologique des urines (ECBU)

Du fait de la flore physiologique de l'uretère antérieur, le respect de la méthodologie du prélèvement est capital. L'ECBU consiste en un examen direct, une mise en culture et la réalisation d'un antibiogramme.

(c) L'hémoculture

Elle est indispensable en cas de sepsis grave et de PNA compliquées.

(b) La prise en charge thérapeutique

Le traitement sera fonction du diagnostic, des antécédents de la personne et des risques de complications.

(i) La cystite aiguë

Dans les suites de couches, après un ECBU systématique, la cystite aiguë sera traitée d'emblée par une antibiothérapie de type amoxicilline et adaptée en fonction de l'antibiogramme.

Dans notre service, la patiente concernée a eu des soins de très bonne qualité, elle a bénéficié d'une antibiothérapie après la confirmation de la bactériurie par l'ECBU.

(ii) La pyélonéphrite

L'ECBU confirmant le diagnostic, le traitement sera identique à la pyélonéphrite en dehors de la grossesse soit le plus souvent une céphalosporine de 2ème génération

(c) La prévention

Durant le post-partum, une bandelette urinaire(BU) sera préconisée en cas d'antécédent d'uropathies, de cystite ou de pyélonéphrite pendant la grossesse.

4. Les complications mammaires

a) Les crevasses

Elles sont fréquentes lors de la mise en place de l'allaitement. Les crevasses restent considérées comme une pathologie minime de l'allaitement. Pourtant, le vécu des mères est difficile. En conséquence, les douleurs qui surviennent dans une période de vulnérabilité qui sont les suites de couches.

(1) La définition

Les crevasses se définissent par une effraction de l'épiderme et du derme allant parfois jusqu'au tissu sous dermique du mamelon ou de la jonction mamelon-aréolaire. Dans certains cas, elles atteignent les vaisseaux veineux, ce qui explique la présence de saignements. Elles peuvent aussi être associées à une douleur d'intensité variable. [74]

(2) L'incidence

Les crevasses du mamelon font partie des complications fréquemment rencontrées lors de la mise en place de la lactation. En effet, dans notre étude à la maternité, sur 575 femmes, 94 soit 16.3 % des femmes, présentaient des difficultés pour allaiter pendant leur séjour en maternité à cause des crevasses. Au niveau de CSU, sur 110 femmes, 35.4 % qui ont atteint par des crevasses lors de la mise en route de l'allaitement à leur domicile.

Tableau 55: comparaison de l'incidence des crevasses dans notre études avec ceux de la littérature

Auteurs	Incidence	Année
SANTOS ET AL [75]	32%	2016
SOUSA ET AL [76]	15.4% (1270/193)	2015
THOMPSON ET AL [77]	62.9%	2016
NOTRE Maternité	16.3%	2018
Notre CSU	35.4%	2018

Dans la littérature, l'incidence des traumatismes du mamelon varie entre 15,4% et 62,9% (SOUSA 2016[76], THOMPSON 2016[77], SANTOS 2016[75]). Nos résultats sont situés dans cette intervalle.

(3) L'origine des crevasses

Dans la plupart des cas, l'origine des lésions du mamelon est traumatique. Elles peuvent tenir :

- à l'anatomie de l'enfant ou de la mère [78]:
 - ❖ Comme la présence d'un frein de langue
 - ❖ Ou de mamelons plats ou ombiliqués,
- à la malposition lors de la mise au sein qui entraîne une friction anormale entre le mamelon et la langue ou la gencive. [74]
- au fait d'enlever directement le bébé du sein sans glisser son doigt entre ses gencives. [79]
- à une infection bactérienne pouvant entraîner secondairement une candidose [80], dont l'origine peut être une hygiène excessive entraînant une disparition du film lipidique protecteur du mamelon et de l'aréole, ou une hygiène défectueuse (notamment manuporté). [81]
- à un eczéma,
- à la compression provoquée par la succion d'un nouveau-né hypertonique.

(4) La prise en charge

Les soins prodigués par le personnel de la maternité sont les suivants :

- Informer la femme de limiter la durée de la succion du côté atteint
- Aider la femme à corriger une anomalie de la technique de tétée
- Conseiller à la femme accouchée de laisser ses seins à l'air

Et les principaux traitements utilisés dans notre maternité sont :

- Utilisation des compresses imprégnées de lait maternel.
- Utilisation des compresses d'hydrogel.

- Application d'une crème à base de lanoline et/ou de vit A, E

Les bienfaits de chaque méthode :

(a) Le pansement de lait maternel

Le pansement de lait maternel diffère de la technique du lait maternel exprimé. En effet, ce dernier consiste simplement en l'application d'une goutte de lait maternel sur le bout de sein à la fin de la tétée alors que le pansement consiste en l'application sur le sein, pendant plusieurs heures, d'une compresse imprégnée de lait maternel. Cette méthode utilise les propriétés cicatrisantes et antiseptiques du lait maternel et celles de la cicatrisation en milieu humide.[82]

(i) Les propriétés anti-infectieuses du lait maternel

Plusieurs éléments participent à l'action anti-infectieuse :

- **la lactoferrine** est une protéine connue pour son action bactéricide (grâce à sa fonction N- terminale) mais certaines bactéries sont résistantes à cette action comme *Streptococcus Faecalis*. De plus, elle exerce une action antivirale lors de son hydrolyse partielle en agissant contre le *Cytomégalo virus*, *Herpès Simplex Virus de type 1*. Enfin, elle crée un effet bactériostatique en engendrant une déplétion en fer et empêchant ainsi la croissance des bactéries. Sa concentration a tendance à diminuer avec le temps : 10 mg/dl dans le colostrum versus 1 mg/dl dans le lait mature. [83]

- **les lysozymes** sont bactéricides et hydrolysent les bactéries Gram+ [83].

- **les globules blancs** dont la concentration est aussi importante dans le lait maternel que dans le sang (voire cent fois plus dans le colostrum). Cela permet une action anti-infectieuse majeure par phagocytose [84].

- **la présence d'immunoglobulines**, dont une majorité d'IgA de type sécrétoire, permet une défense immunitaire spécifique [84] .

Le lait maternel possède donc de nombreux moyens de défense contre les infections.

(ii) Les propriétés cicatrisantes du lait maternel

Le lait maternel contient des facteurs de croissance tels que l'EGF (*Epidermal Growth Factor*). Ce facteur intervient dans la croissance, la prolifération et la différenciation cellulaire. [85]

(iii) La cicatrisation en milieu humide [86,87]

La cicatrisation d'une plaie passe par trois étapes : la détersion suppurée, le bourgeonnement et l'épidermisation :

- Lors de la détersion suppurée, les polynucléaires et les macrophages vont apporter au niveau de la plaie, par une réaction inflammatoire, des enzymes protéolytiques dans le but d'éliminer les tissus abîmés. Conjointement, l'apport de facteurs de croissance favorisera le bourgeonnement.
- Le bourgeonnement des tissus comble la partie de derme disparu.
- L'épidermisation, la dernière étape, consiste en la formation d'un nouvel épiderme grâce aux kératinocytes

La cicatrisation en milieu humide a pour propriété de créer un environnement favorable à la ré-épithélialisation et à l'angiogenèse en maintenant l'humidité créée par le milieu.

(b) La lanoline purifiée

Les propriétés de la lanoline sont utilisées depuis l'Antiquité. En effet, ce produit a un rôle d'assouplissement, d'adoucissement et d'apaisement cutané ainsi qu'un rôle d'hydratation des couches supérieures de l'épiderme [89].

Appliquée sur les seins, la lanoline purifiée utilise le principe du pansement en milieu humide. Elle doit être appliquée avec des mains propres sur le mamelon. Le rinçage de ce dernier n'est pas nécessaire avant la tétée suivante [88].

(c) Les compresses d'hydrogel

Elles réduisent la douleur sans causer d'infection. Seront utilisées celles qui ne comportent pas de doublure en tissu pour permettre leur rinçage entre les tétées. Elles se portent comme des compresses d'allaitement et protègent aussi contre les frottements des vêtements. [90]

La qualité de prise en charge des crevasses dans notre service est d'un assez bon niveau, 51% des femmes ont reçu des soins de bonne et d'un assez bonne qualité.

b) L'engorgement mammaire

L'engorgement mammaire est le remplissage excessif des seins avec le lait maternel, ce qui conduit à des seins gonflés, durs et douloureux. L'engorgement mammaire peut rendre l'allaitement difficile pour les femmes. Il peut entraîner des complications telles que l'inflammation de la poitrine, l'infection et la gerçure des mamelons. À ce jour, les données probantes sur les formes de traitement efficaces sont insuffisantes.

(1) L'incidence

Dans notre maternité 7.4% des patientes ont eu l'engorgement mammaires à la sortie de la maternité. La crainte la plus fréquente ressentie par nos parturientes est la peur d'arrêter l'allaitement à cause de la douleur. On a rassuré nos patientes à ce sujet en insistant sur les conseils nécessaires pour entretenir la lactation (allaier à la demande, boire et manger suffisamment, ne pas donner de complément...).

Et au niveau de notre CSU le pourcentage des femmes qui ont des seins engorgés était de 12.7%.

(2) La prise en charge

Le traitement passe par une meilleure évacuation du lait et exige qu'on évite tout obstacle à l'écoulement du lait.

–Il faut aider la mère à mieux mettre l'enfant au sein, à améliorer l'évacuation du lait et à éviter les lésions des mamelons. [113]

–S'assurer que l'enfant a une bonne position et prend bien le sein. Certains auteurs recommandent de tenir l'enfant menton face à la partie atteinte du sein, pour faciliter l'évacuation du lait, alors que d'autres considèrent qu'une amélioration globale de la prise du sein est suffisante. [91 ; 92]

–Expliquer à la mère qu'il faut éviter tout ce qui risquerait d'empêcher l'écoulement du lait, par exemple de porter des vêtements trop étroits et de soutenir le sein trop près du mamelon. [113]

–L'encourager à allaiter aussi souvent et aussi longtemps que l'enfant le désire, sans restriction. [113]

–Si, en tétant, l'enfant ne parvient pas à vider suffisamment le sein ni à soulager l'engorgement, ou si le mamelon est à ce point étiré que l'enfant a du mal à assurer sa prise, il faut que la mère exprime son lait. Elle doit en exprimer assez pour que ses seins s'assouplissent, que la gêne disparaisse et que l'enfant puisse prendre le sein et téter vigoureusement. [113]

–L'expression du lait peut se faire manuellement ou à l'aide d'un tire-lait. Si les seins sont très douloureux, il y a une autre façon d'exprimer le lait : la méthode de la bouteille chaude.[94]

–Lui conseiller d'appliquer une chaleur humide (par exemple, des compresses ou une douche chaude). [93 ; 92]

–Après un jour ou deux, la gêne doit disparaître, et la production du lait correspondre aux besoins de l'enfant.

Le protocole de prise en charge dans notre service est proche de celui trouvé dans la documentation scientifique.

Dans notre maternité, le diagnostic repose sur les éléments suivants :

- ❖ Les deux seins sont durs, tendus et douloureux.
- ❖ Fièvre modérée à 38°C.

CAT : si un engorgement survient :

- ❖ Informer la femme d'augmenter la durée des tétées, leur fréquence et leur efficacité
- ❖ Conseiller la femme à décongestionner ses seins à l'aide d'une serviette chaude, puis par expression manuelle.
- ❖ Et de commencer par le sein le plus atteint, sauf si trop douloureux
- ❖ Corriger une anomalie de la technique de tétée et soigner les gerçures.

Le traitement proposé par notre service :

Instauré un traitement antalgique par l'AINS et/ ou paracétamol

La qualité de prise en charge de l'engorgement mammaire est de niveau III, 65% des parturientes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

c) La mastite

La mastite (terme utilisé dans les publications internationales) est une inflammation du sein qui peut éventuellement évoluer vers une infection. Les signes cliniques sont habituellement unilatéraux, allant de la simple inflammation localisée d'un segment du sein avec rougeur, douleur et augmentation de la chaleur locale à un aspect beaucoup plus sévère de cellulite avec peau d'orange. Le quadrant supéro-externe du sein est le plus souvent atteint. Ces signes locaux peuvent précéder ou s'associer à des signes généraux (fièvre ou symptômes pseudo-grippaux). L'engorgement, les crevasses, les lésions du mamelon sont des facteurs de risque de mastite. [96]

(1) L'incidence

L'incidence de la mastite varie entre 2% et 50% et cette variation est attribuée principalement aux problèmes méthodologiques et notamment de définition.

Tableau 56: Comparaison de l'incidence de mastite dans notre étude avec ceux de la littérature

Auteur(s)	Année	Pays	Pourcentage des mères atteintes de mastite
FULTON [115]	1945	Royaume-Uni	9,33%
WALLER [116]	1946	Royaume-Uni	5,7%
HESELTIME [117]	1948	Etats-Unis d'Amérique	7%
MARSHALL [118]	1975	Etats-Unis d'Amérique	2,67%
PRENTICE ET AL. [119]	1985	Gambie	2,6%
HUGHES ET AL [120]	1989	Royaume-Uni	4-10%
RIORDAN & NICHOLS [121]	1990	Etats-Unis d'Amérique	33%
AMIR [122]	1991	Australie	50%
KAUFMANN & FOXMAN [114]	1991	Etats-Unis d'Amérique	2,9%
Notre CSU	2018	Maroc	1.8%

NB : aucun cas n'est enregistré dans notre service de maternité.

Les taux trouvés dans la littérature sont supérieurs au notre.

(2) La prise en charge

Si malgré tous les efforts de prévention une mastite survient, il faut la traiter vite et bien. Si le traitement est retardé ou incomplet la guérison sera moins bonne et le risque d'abcès mammaire et de rechute en sera accru. [97]

Les principes de base du traitement de la mastite sont [113] :

- ❖ Les conseils et le soutien ;
- ❖ La bonne évacuation du lait ;
- ❖ L'antibiothérapie ;
- ❖ Le traitement symptomatique.

(a) Les conseils et le soutien

La mastite est une affection douloureuse et contrariante et beaucoup des femmes qui en souffrent se sentent très mal. Outre un traitement et une analgésie efficace, une femme atteinte de mastite a besoin d'un soutien psychologique. [92]

(b) La bonne évacuation du lait

C'est la partie la plus importante du traitement [91]:

- ❖ Aider la mère à mieux mettre l'enfant au sein.
- ❖ L'encourager à allaiter fréquemment, aussi souvent et aussi longtemps que l'enfant le désire, sans restriction.
- ❖ Si nécessaire, lui faire exprimer son lait manuellement, ou à l'aide d'un tire-lait ou d'une bouteille chaude, jusqu'à ce qu'elle puisse reprendre l'allaitement.

(c) L'antibiothérapie

L'antibiothérapie est indiquée si :[113]

- ❖ On dispose de numérations cellulaires et bactériennes et de cultures qui indiquent la présence d'une infection ;
- ❖ Les symptômes sont sévères dès le début ;
- ❖ Une crevasse est visible au niveau du mamelon ; ou si les symptômes ne régressent pas au bout de 12 à 24 heures lorsque le lait est mieux évacué.

Tableau 57: Antibiotiques pour le traitement de la mastite infectieuse

Antibiotique	Posologie	Références
ERYTHROMYCINE	250 à 500 mg toutes les 6 heures	[95], [100], [101], [103]
FLUCLOXACILLINE	250 mg toutes les 6 heures	[100]
DICLOXACILLINE	125 à 500 mg toutes les 6 heures	[93], [102]
AMOXICILLINE	250 à 500 mg toutes les 8 heures	[93]
CEFALEXINE	250 à 500 mg toutes les 6 heures	[95], [100], [101], [104], [102], [103]

Il faut utiliser un antibiotique approprié (tableau 57). Pour être efficace contre *S. aureus*, l'antibiotique doit être résistant à la β -lactamase. Pour les bactéries à gram négatif, la céphalexine ou l'amoxicilline sont probablement les plus appropriées. Si possible, il convient de mettre en culture du lait provenant du sein atteint et de déterminer la sensibilité aux antibiotiques des bactéries trouvées.[113]

L'antibiotique choisi doit être administré pendant une durée suffisante. La plupart des spécialistes recommandent désormais un traitement de 10 à 14 jours. Les traitements plus courts sont associés à une incidence accrue des rechutes.[92.93]

(d) Le traitement symptomatique

Il convient de traiter la douleur par un analgésique. L'ibuprofène est considéré comme le plus efficace et il permet, éventuellement, d'atténuer non seulement la douleur, mais aussi l'inflammation. Le paracétamol est une bonne solution de remplacement. [95 ; 92]

(e) Le risque d'infection pour le nourrisson

Un grand nombre d'agents de santé s'inquiètent d'un possible risque de transmission de l'infection à l'enfant, en particulier lorsqu'il apparaît que le lait contient du pus. Ils recommandent alors d'exprimer le lait manuellement et de le jeter [111]. Cependant, un certain nombre d'études ont montré que le fait de poursuivre l'allaitement était généralement sans danger, même en présence de *S. aureus*. [97; 110; 112]

d) L'abcès du sein

(1) La prise en charge

Si un abcès s'est formé, il faut en évacuer le pus. On peut le faire par incision et drainage, ce qui suppose habituellement une anesthésie générale [105 ; 106], mais aussi, par une ponction sous guidage échographique lorsque c'est possible [107 ; 101]. L'échographie est un instrument de diagnostic utile pour l'abcès mammaire et si elle est réalisée avec soin, une ponction du pus guidée par échographie, peut être curative. C'est une opération moins douloureuse et moins mutilante que le drainage, et elle peut être faite sous anesthésie locale [107 ; 101], souvent en ambulatoire.

Un traitement par voie générale avec des antibiotiques adaptés à la sensibilité des bactéries est, en outre, généralement nécessaire [108 ; 105]. En revanche, les antibiotiques seuls ont peu de chance d'être utiles si le pus n'est pas drainé. En effet, la paroi d'un abcès constitue une barrière qui protège les bactéries pathogènes contre les défenses de l'organisme et empêche d'obtenir une diffusion efficace des antibiotiques dans le tissu infecté [108 ; 109].

5. Les complications infectieuses du post partum

a) L'infection puerpérale

Cette pathologie est actuellement bien contrôlée, mais les bons résultats actuels de son traitement ne doivent pas faire oublier sa potentielle gravité ; il s'agit en effet de la cinquième cause de mortalité maternelle ; l'endométrite du postpartum restant en effet l'une des complications les plus fréquentes en obstétrique, source d'importantes morbidité et mortalité maternelles. [124]

(1) L'étiologie. Physiopathologie

(a) Les germes

Qu'ils proviennent du vagin (origine endogène) ou d'une contamination extérieure (origine exogène), les germes ont profondément changé en un siècle ; ainsi, le streptocoque bêta-hémolytique a presque disparu dès l'avènement de la pénicilline, laissant place aux colibacilles et aux staphylocoques. D'autres germes aérobies à Gram négatif et anaérobies sont de plus en plus souvent isolés actuellement.[1]

Les patientes à risque sont infectées de façon asymptomatique par des germes tels que le streptocoque bêta-hémolytique, les anaérobies type *Bacteroides fragilis* ou par les vaginoses bactériennes (*bacterial vaginosis organism*) [125]. En raison du caractère souvent polymicrobien de ces infections, une thérapie par des antibiotiques à large spectre incluant les germes aérobies et anaérobies est préconisée [126].

Des cas d'endométrite du post-partum liée à une infection par le virus herpès simplex sont rapportés dans la littérature. Les mycoplasmes tels *Ureaplasma urealyticum* et *Mycoplasma hominis* sont fréquemment retrouvés comme germes de colonisation vaginale, voire amniotique. Leur rôle pathogène dans la survenue d'une

infection néonatale et/ou du post-partum est actuellement démontré, alors qu'il reste discuté dans la survenue d'une chorioamniotite [127].

Les infections puerpérales à streptocoque du groupe A ont une place particulière. D'origine endogène ou nosocomiale, elles sont susceptibles d'évoluer en épidémie au sein d'une structure de soin, le germe étant véhiculé par les mains des patients ou des soignants porteurs, l'homme en étant le réservoir (pharyngé, cutané, anal et vaginal). Leur recrudescence est à l'origine de nouvelle recommandation sur le port du masque chirurgical obligatoire pour tout soignant réalisant un accouchement par voie basse [128-130].

(2) Les formes cliniques

(a) L'infection basse

Elle intéresse la vulve, le vagin, le périnée, donc les sutures d'épisiotomie ou de déchirure. Les signes généraux sont discrets, les signes essentiellement locaux associant œdème, rougeur, douleur. [131]

(b) L'endométrite aiguë

La fièvre est modérée, l'état général peu altéré. La femme signale une douleur abdominale basse, les lochies sont en général grisâtres, souvent fétides, parfois absentes. Au palper, l'utérus est gros, mou, sensible ou douloureux (souvent sur un bord). Cette infection ne nécessite de bilan paraclinique que si le tableau infectieux comprend des signes de diffusion pelvienne, si le premier traitement antibiotique (ampicilline en général) s'avère inefficace ou encore si une thrombophlébite pelvienne est suspectée.[1]

(c) Les pelvipéritonites

Elles sont consécutives à la diffusion aiguë des infections dans le péritoine pelvien. La fièvre est classiquement importante, l'état général vite altéré en l'absence d'une antibiothérapie adaptée. À l'examen, la douleur est vive, les signes d'irritation péritonéale en revanche sont peu marqués. Cette pathologie actuellement très rare évolue de surcroît exceptionnellement vers sa complication autrefois classique que représente l'abcès du Douglas, drainé par colpotomie postérieure.[1]

(d) Les péritonites généralisées

Actuellement exceptionnelles depuis la pénicilline, elles sont parfois secondaires à une des infections précédemment citées parfois primitives et alors précoces ; elles sont en général de diagnostic difficile, d'évolution rapide et grave, bien que le pronostic soit bien meilleur grâce à la réanimation médicale pré- et postopératoire, et à l'antibiothérapie adaptée.[1]

L'évolution est très rapide, dans un tableau de choc septique avec déshydratation intense, voire de toxi-infection. Autrefois, seule une laparotomie d'urgence, évacuant un épanchement péritonéal de pus abondant et mal lié, permettait d'espérer la guérison, soit par simple drainage, soit en associant l'exérèse des lésions de départ (trompes, utérus) dans les formes secondaires.[1]

(e) Les phlébites puerpérales suppurées ou thrombophlébites pelviennes du post-partum

Décrite pour la première fois par von Recklinghausen à la fin du XIXe siècle, la thrombophlébite pelvienne suppurée complique actuellement de 0,5 ‰ à 1,8 ‰ des accouchements par voie basse et de 1 % à 2 % des césariennes [132, 133]. Ses complications les plus fréquentes sont l'extension de la thrombose aux veines rénales, ilio-fémorales et cave inférieure, la septicémie avec embolies septiques et l'embolie pulmonaire (13 %) ; c'était du moins l'évolution longue, grave et souvent mortelle avant les antibiotiques. [134]

Le diagnostic doit être évoqué devant la persistance d'une fièvre au-delà de 72 heures malgré une antibiothérapie adaptée associée ou non à une tachycardie, des troubles digestifs ou encore des algies pelviennes aspécifiques ; l'examen clinique se révèle relativement pauvre. Le diagnostic topographique, très difficile autrefois (surtout pour la phlébite ovarienne), est maintenant confirmé par l'imagerie : échographie, tomodensitométrie et résonance magnétique nucléaire [135, 136]. La réalisation d'hémocultures est systématique.[1]

Le traitement, anciennement chirurgical (thrombectomies et/ou ligatures veineuses en aval) et maintenant médical, associe empiriquement une anticoagulation à dose hypocoagulante à une antibiothérapie adaptée aux germes en cause ; cependant, la durée du traitement anticoagulant, le passage à la voie orale via l'utilisation des anti-

vitamines K ou encore la durée de l'antibiothérapie ne font pas l'objet d'un consensus clairement établi [132-134, 137]. À distance de l'épisode, la recherche d'une pathologie de la coagulation est à envisager ; en effet, elle est retrouvée dans 55 % des cas [132].

(f) Les septicémies puerpérales

Primitives (et précoces) ou secondaires à une infection localisée (et plus tardives), elles entraînaient habituellement la mort avant les antibiotiques. Les germes en cause sont variés : le streptocoque, quasi historique ; le staphylocoque doré, connu pour sa résistance aux antibiotiques et la fréquence de ses localisations secondaires ; le colibacille, qui peut tuer en quelques heures par choc septique ; *Clostridium perfringens*, connu pour l'hémolyse et l'insuffisance rénale secondaire qu'il induit. L'hémoculture permet d'isoler le germe et de choisir l'antibiotique le mieux adapté ou de rectifier le traitement si le premier antibiotique est insuffisant. L'antibiothérapie doit être parentérale jusqu'à l'apyrexie et prolongée encore plusieurs semaines. Une localisation secondaire est à rechercher en cas d'inefficacité d'une antibiothérapie adaptée.[1]

(3) Le traitement curatif

Il se discute après l'élimination des étiologies classiques, urinaire et mammaire en particulier ; on peut hésiter entre une antibiothérapie précoce et peut-être inutile, ou l'expectative jusqu'à l'apparition de signes cliniques plus précis.

Dans les deux cas, et surtout le deuxième, il faut revoir l'accouchée au moins deux fois par jour et se rappeler que les formes cliniques graves sont de diagnostic difficile et d'évolution rapide.[1]

Le *gold standard* du traitement de l'endométrite du postpartum est la biantibiothérapie intraveineuse associant la clindamycine et la gentamicine. Des monothérapies ont été proposées, utilisant des antibiotiques à large spectre (céphalosporines de deuxième et troisième générations ; pénicillines à spectre étendu : pipéracilline ; pénicillines et inhibiteurs des b-lactamases : ticarcilline-acide clavulanique, pipéracillinetazobactam), mais les données de la littérature divergent sur leur efficacité et une récente méta-analyse de la Cochrane Library a montré un taux de réussite plus faible pour ces antibiothérapies. [138]

La prescription de l'antibiotique de première intention n'attend en général pas les résultats du laboratoire. L'efficacité du traitement doit être évaluée 48 à 72 heures

après son début. En cas de persistance des signes d'infection, l'antibiothérapie doit être élargie, avec couverture des germes anaérobies (utilisation du métronidazole). Un prélèvement utérin transcervical peut être réalisé ; les hémocultures doivent être répétées pour identifier le germe en cause, s'il ne l'a pas été auparavant.[1]

L'arrêt du traitement antibiotique de l'endométrite est possible après 48 heures d'apyrexie, le relais systématique par voie orale n'apportant aucun bénéfice [138].

En cas d'inefficacité du traitement après élargissement de l'antibiothérapie, l'anticoagulation à dose curative est recommandée dans l'hypothèse d'une thrombophlébite pelvienne suppurée, de même que la réalisation d'une tomodensitométrie abdominopelvienne permettant de rechercher une extension de l'infection et des collections qui nécessiteraient un drainage chirurgical, ou de mettre en évidence une thrombophlébite pelvienne suppurée [137].

b) La tuberculose péritonéale

La localisation du bacille de KOCH (BK) au niveau de la séreuse péritonéale définit la tuberculose péritonéale. Avant la pandémie du sida, elle avait vu sa fréquence décroître considérablement, aussi bien dans les pays développés que dans ceux en voie de l'être, probablement du fait de la généralisation de la vaccination. Depuis l'avènement de l'infection par le VIH/sida, sa fréquence a augmenté avec des modifications des aspects classiques connus de la tuberculose péritonéale, tant sur le plan épidémiologique que clinique et évolutif [139,140,141, 142]. Ceci pose en milieu hospitalier un problème de diagnostic et de prise en charge thérapeutique.

(1) La situation épidémiologique de la Tuberculose

Selon les données de l'Organisation Mondiale de la Santé en 2014, 9,6 millions de personnes ont développé la tuberculose (TB), 1,5 million en sont mortes et près de 480 000 personnes ont développé une tuberculose multirésistante (TB-MR). Bien que son taux de mortalité ait chuté de 47% entre 1990 et 2015, la tuberculose demeure une des maladies les plus meurtrières au monde après le VIH/sida. Plus de 95% des décès se produisent dans les pays à revenu faible et intermédiaire. [143]

Selon les estimations de l'OMS pour l'année 2014, le nombre annuel de cas incidents de la tuberculose au Maroc était d'environ 36.000. En 2015, un total de 30.636

cas de tuberculose, toutes formes confondues (28.955 nouveaux cas et 1.681 cas de rechutes), a été notifié, soit une incidence de 89 cas pour 100 000 habitants. Le nombre de décès par TB était de 656 cas. [143]

Situation épidémiologique de la TB au Maroc, 2017[144]

- 30.897 cas TTF enregistrés
- Incidence : 88/100 000
- TEP : 48%
- Âge moyen : 36 ans
- Le sex-ratio M/F : 1,5

Tableau 58: Tuberculose digestive DELM 2014 [145]

Tuberculose	Confirmée	Non confirmée	Total
Péritonéale	351	448	799
Intestinale	108	91	199
Hépatique	16	6	25
Total	475	545	1023

(2) Les manifestations cliniques

Dans notre étude, les manifestations cliniques étaient dominées par un syndrome fébrile, une distension abdominale, des douleurs abdominales et des troubles de la conscience. Devant ce tableau clinique notre équipe médicale a suspecté une pelvipéritonite du post-partum.

Tableau 59: Les caractéristiques cliniques bactériologiques et histologiques, 6 observations [146]

Observation	Age	Symptomatologie	1 ^{er} diagnostic évoqué	Recherche de BK		Histologie péritonéale
				Liquide	Biopsie	
1. Yaoundé	40	Ascite fébrile	Accès palustre	–	–	Granulome Cellules de Langhans
2. Yaoundé	22	Masse pelvienne fébrile et douloureuse	Salpingite aiguë chlamydienne	–	+	Granulome Nécrose caséuse
3. Clermont-Fd	28	Douleur fosse iliaque droite	Cancer primitif de l'ovaire	–	+	Nodules épithélioïdes et giganto-cellulaires
4. Clermont-Fd	78	Ascite apyrétique	Carcinose péritonéale d'origine mammaire	–	–	Nodules épithélioïdes et giganto-cellulaires Nécrose caséuse
5. Paris	27	Masse pelvienne	Cancer primitif de l'ovaire	+	–	Infiltrats giganto-cellulaires
6. Paris	24	Fièvre Douleurs abdominales	Carcinose péritonéale d'origine ovarienne	–	–	Granulome épithélioïde
Tétouan	29	Fièvre Distension abdominale Lochies fétides	Pelvipéritonite Du post-partum	–	+	Follicules épithélioïdes et giganto-cellulaires avec nécrose caséuse

Le premier diagnostic retenu était erroné dans les 6 observations : accès palustre et salpingite chlamydiennne pour les 2 observations camerounaises, cancer de l’ovaire ou carcinose péritonéale pour les 4 observations françaises.

Pour notre cas la première suspicion était la pelvipéritonite vue que notre patiente avait accouchée récemment.

Ces résultats témoignent de l’expression clinique polymorphe et non spécifique de la tuberculose péritonéale.

Tableau 60: Tuberculose péritonéale : symptomatologie, revue de la littérature (ordre alphabétique).

Nombre de cas		Ascite		Fièvre		Douleurs abdominales		Amaigrissement		Pleuro-pneumopathie	
		(%)		(%)		(%)		(%)		(%)	
BHARGAVA [156]	38	38	(100)	25	(66)	15	(39)	14	(37)	14	(37)
BENNANI [152]	300	229	(76)	226	(75)	260	(87)	255	(85)	127	(42)
DINEEN [148]	70	41	(59)	44	(63)	65	(93)	42	(60)	29	(41)
JELLALI [153]	100	85	(85)	30	(30)	-		-		13	(13)
HAMDANI [151]	207	153	(74)	158	(76)	151	(72)	153	(74)	42	(20)
HOSSAIN [157]	22	14	(63)	15	(68)	18	(81)	16	(72)	4	(21)
MANOHAR [150]	145	138	(95)	78	(54)	52	(36)	64	(44)	26	(18)
MIMICA [155]	32	24	(75)	24	(75)	16	(50)	21	(66)	12	(37)
SANDICKI [158]	135	127	(96)	95	(70)	127	(96)	108	(80)	-	
SINGH [154]	47	47	(100)	47	(100)	28	(60)	36	(76)	3	(6)
SOCHOCKY [147]	100	61	(61)	3	(3)	38	(38)	15	(15)	55	(55)
VYRAVANATHAN [149]	35	16	(45)	24	(69)	23	(66)	11	(31)	18	(47)

(3) Les examens paracliniques

L’hémogramme a permis de suspecter et d’apprécier indirectement l’immunodépression. En effet, la patiente présente une lymphopénie et une anémie microcytaire hypochrome.

Une échographie réalisée par l’équipe médicale a mis en évidence un épanchement péritonéal.

Et par la suite, une laparotomie a été faite pour explorer la cavité abdominale qui a montré des fosses membranes qui cachent tout le contenu intra-péritonéal, et ainsi une grande quantité de liquide d’ascite qui était jaune citrin, en plus de granulations intestinales et un pyosalpinx.

Sur le plan histologique une tuberculose péritonéale a été confirmée par la présence des follicules épithélioïdes et giganto-cellulaires de taille variable parfois confluent. Certains sont centrés d’une nécrose d’aspect caséeux.

L'atteinte péritonéale était associée à une tuberculose pulmonaire (La radiographie thoracique de face a montré un aspect de miliaire fait de micronodules) et une co-infection par le VIH (le diagnostic est confirmé par la sérologie)

(4) Le traitement

Une quadrithérapie antituberculeuse (isoniazide [INH], rifampicine [RMP], ethambutol [EMB], pyrazinamide [PZA]) a été instaurée à notre jeune patiente, et aussi une prise en charge globale du couple mère nouveau-né est assurée par un médecin interne et une pédiatre.

Le délai entre l'hospitalisation de la patiente et la confirmation du diagnostic par le résultat de biopsie péritonéale était de 4 jours.

6. L'hémorragie du post-partum

L'hémorragie grave du post-partum (HPP) reste la première cause de mortalité maternelle dans le monde (140 000 décès par an, soit une femme toutes les quatre minutes) [172,173].

Au Maroc, elle représente 43 % des causes de morts maternels [159]. Dans 96.9 % des cas [159] des décès sont jugés évitable et peut être rapporté à un retard diagnostique, à une sous-estimation de la gravité de l'hémorragie ou à une inadéquation de la prise en charge médicochirurgicale [159]. La prise en charge immédiate d'une hémorragie du post-partum, pour être efficace, doit répondre à une procédure standardisée dont le déroulement et les rôles respectifs sont connus de la part de chaque intervenant. Il s'agit d'une urgence vitale, devant devenir la priorité immédiate des professionnels concernés.

a) La définition

L'hémorragie du post-partum est un saignement provenant du tractus génital, anormal par son abondance, survenant dans les 24 heures qui suivent l'expulsion fœtale par les voies naturelles ou par césarienne [168].

Elle peut être brutale, imprévisible et de grand débit. L'HPP regroupe l'hémorragie de la délivrance, issue de la zone d'insertion placentaire, et l'hémorragie de la filière génitale. L'HPP concerne 5 % des accouchements. Bien que la plupart de ces hémorragies soient bien tolérées, le volume de 500 ml doit rester le seuil à partir duquel

une prise en charge active doit être déclenchée. L'hémorragie est qualifiée sévère si les pertes sanguines excèdent 1000 ml pour un accouchement par voie basse et 1500 ml après une césarienne [168].

b) L'incidence

Tableau 61: Comparaison l'incidence des hémorragies de la délivrance de notre étude avec les données de la littérature

Auteur	Pays /(ville)	Année	Fréquence
PAMBOU O ET COLL [165]	Congo (Brazzaville)	1990-1994	0.19%
ALI HONOU E ET COLL [162]	Bénin (Cotonou)	Etude de 5ans	0.89%
DIALLO B [163]	Mali (Bamako)	1999	2.02%
GOFFINET F [164]	France	1990-1994	4.9%
SEMA K [166]	Mali	1991-2001	0.75%
SMAKE T [161]	Mali (Bamako)	2010-2011	5.14%
SANON T [160]	(OUEDRAOGO)	2002-2003	1.8%
Notre étude	Tétouan	2018	0.7%

Comparé aux données de la littérature, l'incidence des HPP est inférieure à celui de beaucoup d'auteurs :

- ❖ DIALLO B [163] : 2.02%
- ❖ GOFFINET F [164] : 4.9%
- ❖ SMAKE T[161] : 5.14%...

Mais conforme à celui de SEMA K [166] qui a trouvé 0.75%. Dans notre CSU on a enregistré 3 cas soit 2.7%.

c) La prise en charge d'une hémorragie du post-partum

(1) L'étiologies de l'HPP

Leur recherche doit être systématique. L'hémorragie de la délivrance représente 90 % des causes des HPP : atonie utérine (58 %), rétention placentaire (29 %), anomalies de l'insertion placentaire (2 %), rupture utérine (2 %) [175].

Les lésions de la filière génitale représentent 3 à 4 % des HPP et traduit la dilacération hémorragique extériorisée du vagin, du col utérin et du périnée ou de l'épisiotomie. Les thrombus pelviens siègent au niveau vulvaire ou vaginal, voire dans le ligament large et peuvent s'étendre jusqu'aux fosses ischiorectales. Leur diagnostic est parfois difficile puisqu'il n'y a pas de saignement extériorisé. On l'évoque devant une douleur périnéale après un accouchement souvent rapide, associé à une déglobulisation maternelle. Les anomalies constitutionnelles ou acquises de l'hémostase peuvent contribuer à l'HPP. [168]

Enfin, l'embolie amniotique, la mort fœtale in utero prolongée et l'hématome rétro-placentaire, qui sont des pathologies obstétricales directes mettant en jeu le pronostic vital, s'accompagnent d'hémorragies utérines et/ou généralisées associés à des anomalies majeures de l'hémostase. [168]

Les étiologies principales de l'HPP dans notre service sont l'atonie utérine, l'HRP et les plaies de la filière génitale.

(2) Le diagnostic de l'HPP

Toute patiente qui vient d'accoucher, quel que soit le mode d'accouchement, est surveillée en milieu obstétrical pendant deux heures après la naissance. La surveillance porte sur l'hémodynamique maternelle, l'involution du globe utérin et les saignements par voie basse (sac de recueil gradué). [168,169]

Dans notre service toutes les parturientes sont bénéficiées d'une surveillance du post partum immédiat, au moins pendant 1h (*Surveillance* de la fréquence cardiaque et la tension artérielle, l'évaluation qualitative du globe utérin, l'évaluation qualitative et quantitative des pertes sanguines...)

(a) Le traitement de l'HPP en milieu obstétrical

(i) Le traitement obstétrical initial

Délivrance artificielle, révision utérine, révision de la filière génitale, le sondage vésical et le massage utérin sont toujours préconisés. Si la délivrance n'est pas réalisée, celle-ci doit être faite manuellement dans les plus brefs délais. Si aucun plan de clivage du placenta ne peut être retrouvé et si les tentatives de décollement aboutissent à une aggravation de l'hémorragie, il s'agit alors probablement d'un placenta accreta. En cas de délivrance spontanée et même si le placenta semble complet, une révision utérine est systématiquement réalisée. Celle-ci vérifie la vacuité utérine et l'intégrité des parois utérines. Elle permet également d'éliminer des caillots et des débris membranaires. La révision sous valves permet un examen complet de la filière génitale (périnée, vagin, col) et un traitement par une simple suture. [169]

(ii) Le traitement médical par les utérotoniques

Ceux-ci sont systématiquement utilisés même si l'atonie utérine n'est pas la cause première de l'hémorragie observée. On peut distinguer trois classes pharmacologiques [167,172,174].

(a) L'ocytociques

L'ocytocique le plus utilisé dans cette indication est le Syntocinon®, analogue synthétique de l'ocytocine posthypophysaire.

Le Syntocinon® par voie intraveineuse a un délai d'action quasi immédiat et une durée d'action de 45 à 60 minutes. Une dose de charge de 5 UI est préconisée suivie d'une perfusion de 1 UI/min à concurrence de 30 UI dans une solution cristalloïde normotonique.[174,177]. L'inefficacité de 30 UI d'ocytocine en 30 minutes sur l'atonie conduit à changer de thérapeutique et proposer les prostaglandines. [169]

L'administration d'ocytocine par perfusion intraveineuse est le traitement de choix dans notre service.

(b) Les prostaglandines

Elles ont physiologiquement une action directe, puissante et précoce sur le myomètre utérin. Deux molécules de prostaglandines de synthèse sont disponibles : la PGF2 alpha (Prostine F2-α) et la PGE2 ou sulprostone (Nalador®) [167,172,176].

La voie d'administration de sulprostone (Nalador®) est la voie intraveineuse en seringue autopulsée. Les voies intramusculaire, intramyométriale, ou intraveineuse directe sont à proscrire, des accidents maternels graves ayant été décrits [169,176].

Les contre-indications classiques du sulprostone doivent être respectées : pathologies cardiaques, antécédents d'asthme, troubles graves de la fonction hépatique, diabète décompensé et antécédents comitiaux. Le tabagisme et l'âge supérieur à 35 ans sont des précautions d'emploi. À condition que la patiente soit sous surveillance monitorisée (scope, tensiomètre automatique, oxymétrie de pouls), le sulprostone peut être utilisé sur ces terrains. [169]

Dans notre service le recours à l'utilisation des prostaglandines ne se fait qu'après l'échec d'ocytocine par l'administration 4 cp de misoprostol en intra-rectal ou injection du sulprostone en IV (100à500ug/h à la SE)

(c) Les dérivés de l'ergot de seigle

La méthylergométrine (Méthergin®) était le seul dérivé de l'ergot de seigle préconisé dans cette indication. Seule la voie intramusculaire était autorisée en obstétrique à la posologie de 0,2 mg. Le délai d'action était de deux à cinq minutes et la durée de quatre à six heures. Le Méthergin® est contre-indiqué en cas d'hypertension artérielle sévère, de toxémie gravidique, d'affections vasculaires oblitérantes, de cardiopathie ou en association avec les antibiotiques de la famille des macrolides. [169]

Dans notre service, les mesures obstétricales initiales ont été suffisantes pour contrôler l'hémorragie de la délivrance par atonie utérine et par lésions de la filière génitale.

Notre équipe s'est engagée à respecter les étapes suivantes :

- ❖ Informer les intervenants internes et externes potentiels ;
- ❖ Mettre la femme en condition et reprendre ses constantes ;
- ❖ Pratiquer le massage utérin dès l'identification d'une perte sanguine excessive/d'une atonie utérine ;
- ❖ Réaliser une délivrance artificielle et/ou réaliser une révision utérine ;
- ❖ Injecter de l'ocytocine ;
- ❖ Débuter une antibiothérapie ;
- ❖ Réaliser un examen sous valve, en cas de lésion réparer la lésion et poursuivre la perfusion ;
- ❖ Assurer une surveillance locale au moins pendant 2h.

(b) La réanimation maternelle

La priorité de la réanimation va à la restauration et au maintien de la volémie, associés à une bonne oxygénation. Il est impératif de lutter précocement contre le choc hypovolémique sous peine de voir se pérenniser un cercle vicieux entre l'hypovolémie grave et les troubles de la coagulation [170,174,176-178].

Dès que le volume de la spoliation sanguine dépasse 1000 ml, il convient de réaliser en urgence un bilan sanguin. On réalisera de façon répétée, à chaque étape thérapeutique, la recherche d'agglutinines irrégulières, une numération sanguine et plaquettaire, un bilan d'hémostase [170,174,176-178].

(i) La correction de l'hypovolémie

Deux voies veineuses de bon calibre sont posées (au moins 16 Gauge). La patiente bénéficie d'un monitoring cardiaque et tensionnel, d'un oxymètre de pouls, d'une sonde vésicale à demeure, d'un réchauffement et d'une oxygénothérapie par voie nasale. Le retour veineux peut être amélioré par la position de Trendelenbourg et/ou la surélévation des membres inférieurs sur les étriers. L'expansion volémique est assurée par des cristalloïdes type Ringer®, puis par des colloïdes type gélatine fluide modifiée. Cette stratégie est applicable tant que la spoliation sanguine ne dépasse pas 25 % de la volémie. Au-delà, on a recours aux hydroxy-éthyl-amidons de bas poids moléculaire, intéressants pour leur pouvoir d'expansion volémique [170].

En période hémorragique aiguë, les concentrés érythrocytaires sont administrés si l'hémoglobine est inférieure ou égale à 8 g/dl (ou hématocrite $\leq 25\%$), et/ou si l'anémie est cliniquement mal tolérée malgré un remplissage adéquat. Lorsque le syndrome hémorragique s'est amendé, la transfusion n'est pas systématique si l'hémoglobine est supérieure ou égale 7 g/dl et que l'anémie est bien supportée. En revanche, si l'hémoglobine est inférieure à 7 g/dl, la transfusion de concentrés érythrocytaires est préconisée [178].

(ii) La correction des troubles de coagulation

Les anomalies de l'hémostase associées à l'HPP sont dominées par le syndrome de défibrin(ogén)ation [174]. La coagulation intravasculaire disséminée (CIVD) est définie par un TP inférieur à 50 %, un taux plasmatique du fibrinogène inférieur à 1 g/l, et une numération plaquettaire inférieure à $50 \times 10^9/\text{mm}^3$ [179]. Une fibrinolyse peut être associée. Les bilans doivent être interprétés de façon cinétique. En présence d'une défibrin(ogén)ation, les traitements les plus spécifiques sont pris en compte précocement et répétés selon l'évolution [167,170,174,179] :

- ❖ Le fibrinogène Clottagen® est apporté si la concentration plasmatique est inférieure à 1 g/l ou le TC sur tube sec est supérieur à sept minutes ; la posologie est de 0,1 g/kg de poids ;
- ❖ Le plasma frais congelé est autorisé dans ces circonstances et apporte les facteurs de coagulation consommés (V, VIII, I) et les inhibiteurs (antithrombine, protéine C, protéine S). Le but est d'obtenir que le taux des facteurs de coagulation et, en particulier, le V atteigne 30 %. La posologie est de 20 ml/kg ;

- ❖ L'apport de plaquettes est justifié si leur taux est inférieur à 50 000/mm³ et que le syndrome hémorragique est toujours actif. La posologie est d'un concentré standard pour 10 kg de poids ;
- ❖ L'activité fibrinolytique circulante est traitée en présence d'hémorragie grave avec défibrinogénéation intense prouvée biologiquement (↓ du temps de lyse des euglobulines, ↑ des PDF et des D-dimères et ↓ du fibrinogène). Dans ce cas, on utilise un inhibiteur de la plasmine. L'acide tranexamique Exacyl®, employé à la posologie de 4 g puis 1 g/h pendant six heures, est préféré à l'aprotinine Trasylol®, administré à la posologie d'un million d'unités inhibitrices de la kallicréine (UIK) puis 500 000 UIK/h qui est responsable d'effets secondaires à type d'allergie et d'insuffisance rénale ;
- ❖ Le facteur VII activé recombinant Novoseven® est prescrit à la posologie de 60 µg/kg. Sa contribution à la survie maternelle a été décrite [180] ;
- ❖ L'antithrombine et l'héparinothérapie n'ont pas d'indication dans un processus hémorragique.

(iii) L'antibiothérapie

Une antibioprophylaxie à large spectre couvrant les entérocoques, les streptocoques et les anaérobies est administrée.

Dans notre service on a eu recours à des mesures de réanimation à la suite d'un choc hémorragique sur HRP, la patiente était instable sur le plan hémodynamique avec une anémie, une thrombopénie et une IRA.

Devant ce cas critique notre équipe obstétricale a décidé de réaliser une Hystérectomie d'hémostase subtotal inter-annexielle pour contrôler l'hémorragie.

Et notre Equipe anesthésique a pris les mesures suivantes pour mettre la parturiente concernée en condition :

- ❖ Oxygénothérapie, réchauffement
- ❖ Assurer une surveillance rapprochée : TA, pouls, SpO₂, diurèse, température.
- ❖ La pose d'une seconde voie veineuse
- ❖ La réalisation des prélèvements et des analyses nécessaires (urée, créa, NFS, plaquettes, TP, TCK, glycémie, ASAT, ALAT)
- ❖ Transfusion : 3CG+1PFG

❖ Prescription :

- 1) SG 5% 500cc +2 g Na++/ 8H
- 2) Un traitement anti-hypertenseur en bithérapie (Loxen® 50 mg lp comprimé + Aldopa® 250 mg 3*/j)
- 3) Antibiothérapie (Cloracef® 500mg 3*/j)
- 4) Un antalgique (Andol® 1g)
- 5) Un traitement curatif de l'anémie (Tardyferon® 1cp/j)

(c) L'hémostase chirurgicale

Le choix de la technique dépend des antécédents obstétricaux de la patiente, de l'importance de l'hémorragie, de la stabilité hémodynamique et de l'expérience du chirurgien.

(i) Les ligatures vasculaires

La ligature des artères hypogastriques est techniquement difficile et son taux de succès est faible (50 %) alors que le taux de complications imputables à cette technique est important : lésion urétérale ou veineuse, nécrose fessière. [177-181]

La ligature des artères utérines est plus intéressante avec un taux de succès de 85 %, et peut être complétée par la ligature des vaisseaux cervicovaginaux et ovariens. Cette technique conserve la fertilité maternelle. Elle peut être utilisée en première intention dans les hémorragies au cours des césariennes ou comme une alternative à l'embolisation dans les centres non équipés de radiologie interventionnelle. [177-181]

(ii) Le traitement radical : l'hystérectomie d'hémostase

Elle représente l'intervention ultime, radicale pour l'avenir obstétrical maternel. Elle est réservée à un échec du traitement conservateur (chirurgical ou radiologique) ou aux situations d'état hémodynamique instable ou de lésions utérines définitives. L'hystérectomie, souvent subtotale, peut être mise en échec s'il persiste un saignement au niveau cervicovaginal. [177-181]

Dans notre maternité, grâce à cette intervention on a pu sauver la vie d'une patiente, qui était instable sur le plan hémodynamique.

(iii) L'embolisation des artères pelviennes

Elle a actuellement une place de choix dans la prise en charge de l'HPP après échec du traitement médical et conservateur local.

Ses avantages sont nombreux [171] :

- ❖ Elle permet d'identifier avec certitude les vaisseaux qui saignent et, dans ce cas, de faire une embolisation sélective ;
- ❖ Le geste peut être réalisé en présence de troubles de l'hémostase ;
- ❖ Les cathéters peuvent être laissés en place 24 heures de façon à pouvoir réintervenir si l'hémorragie récidive ;
- ❖ Elle n'interdit pas le recours à une chirurgie ultérieure en cas d'échec.

Dans notre service, les quatre femmes souffrant d'HPP avaient toutes reçu les soins nécessaires. Les interventions les plus courantes étaient l'utilisation de perfusions de solutés suivie par l'ocytocine. Un cas a nécessité la réfection d'une déchirure vaginale. Ainsi une patiente a subi une hystérectomie d'hémostase à la suite d'un choc hémorragique sur HRP. Les antibiotiques prophylactiques avaient été administrés pour chaque cas de révision utérine, une étape très importante dans la prévention des infections.

La prise en charge des hémorragies du Post-Partum était de bonne qualité et elle a respecté le protocole du service qui s'accorde lui-même avec les recommandations des données scientifiques de la littérature.

7. La pré-éclampsie/l'éclampsie du post-partum

Au Maroc, la prééclampsie et l'éclampsie représentent des causes majeures de morbidité et de mortalité maternelles et néonatales. Toutefois, la majorité des décès dus à ces complications sont évitables dans 82.8% [159] si les femmes qui en sont atteintes reçoivent en temps utile des soins efficaces.

a) La prééclampsie modérée du post-partum

L'hospitalisation est nécessaire lorsque le diagnostic de prééclampsie est posé. Elle permet de faire le bilan des complications maternelles de la maladie et d'assurer une surveillance étroite de la patiente. [184]

(1) La prise en charge

(a) Le traitement antihypertenseur

En cas de prééclampsie modérée, la prise en charge repose sur le repos, éventuellement associé à un traitement antihypertenseur per os en monothérapie. L'obtention d'une pression artérielle systolique entre 140 et 150 mmHg et d'une pression artérielle diastolique entre 85 et 95 mmHg semble être un objectif raisonnable [285]. Le labétalol, la nicardipine et la méthyldopa ne contre-indiquent pas l'allaitement puisque la quantité ingérée par le nouveau-né via le lait maternel est très faible. En revanche, il n'y a pas suffisamment de données concernant l'urapidil et l'allaitement, et il vaut mieux utiliser un autre antihypertenseur dans ce cas. [183]

De même, les concentrations sanguines de clonidine chez le nouveau-né peuvent atteindre 50 % des concentrations sanguines maternelles, et il est conseillé d'utiliser un autre antihypertenseur en cas d'allaitement. Enfin, en cas d'hypertension artérielle sévère et rebelle aux traitements usuels, un inhibiteur de l'enzyme de conversion, contre-indiqué pendant la grossesse, peut être introduit. Certains inhibiteurs de l'enzyme de conversion sont compatibles avec l'allaitement, à condition que le nouveau-né ne soit pas prématuré et ne présente pas d'insuffisance rénale. [183]

Parmi ces anti-hypertenseurs sus-décrits, dans notre service on utilise souvent la Méthyldopa (Aldomet®) et la Nicardipine (Loxen®).

(b) La régulation de la balance hydrique

Un bilan hydrique négatif est nécessaire en post-partum. Un contrôle des apports liquidiens et la crise polyurique suffisent habituellement à rendre le bilan hydrique négatif. Les diurétiques, en particulier le furosémide, peuvent être employés en seconde intention, notamment en cas d'œdème pulmonaire ou d'oligurie persistante. [183]

(c) La prévention thromboembolique veineuse

La prévention thromboembolique veineuse repose sur les recommandations de la Société française d'anesthésie-réanimation de 2005 [191]. L'anticoagulation est notamment nécessaire en cas de césarienne en urgence, de thrombophilie ou à partir de trois facteurs de risque faible (dont fait partie la prééclampsie). La durée classique est

alors de 6 semaines, mais elle peut parfois faire l'objet d'une durée plus courte suivant le contexte [191].

(d) La surveillance durant l'hospitalisation

Schéma de surveillance des patientes ayant une prééclampsie, à adapter en fonction de la sévérité Maternelle [182]

Clinique :

- ❖ Contrôle de la pression artérielle initiale toutes les 4 heures : sauf la nuit ou HTA sévère (> 160/110 mmHg)
- ❖ Recherche quotidienne des signes fonctionnels : céphalées, troubles visuels, douleur épigastrique à type de « barre » réflexes ostéotendineux, métrorragies
- ❖ Contrôle quotidien du poids
- ❖ Mesure quotidienne de la diurèse

Biologique :

- ❖ Bilan biologique sanguin tous les 2 jours : hémoglobine, plaquettes, TP, TCA, fibrinogène, créatinine, aspartate aminotransférase (ASAT), lactate déshydrogénase (LDH), bilirubine totale
- ❖ Quantifier la protéinurie des 24 heures tous les 2 jours (non nécessaire si la prééclampsie est sévère)

Dans notre service la prise en charge de la patiente souffrant de la pré-éclampsie modérée du post partum se faisait par :

- ❖ L'hospitalisation de la parturiente
- ❖ L'évaluation de l'état de la femme (TA, pouls, T⁰, BU, poids),
- ❖ La recherche quotidienne des signes fonctionnels : céphalées, troubles visuels, douleurs épigastriques à type de « barre », réflexes ostéotendineux, métrorragies.
- ❖ Le Prélèvement du sang pour bilan biologique : NFS, plaquettes, Ionogramme (urée, créatinine), TP, TCA, ASAT, ALAT, Glycémie.
- ❖ La Mise de la femme au repos et la prescription d'un traitement anti-hypertenseur en monothérapie : Méthylodopa (Aldomet® 250mg) *3/j

Sur le plan clinique, notre prise en charge de la pré-éclampsie du post-partum à suivie les données de la littérature dans la plupart des gestes sauf pour l'évaluation

quotidienne de la diurèse et le contrôle quotidien du poids, ce dernier ne se pratique qu'à l'examen clinique d'admission.

En ce qui concerne le bilan biologique, les principaux bilans sanguins sont prescrits par notre équipe médicale sauf le dosage de fibrinogène, LDH, Bilirubine totale, et on note aussi que le recueil des urines pour faire la protéinurie des 24h n'est pas pratiqué.

b) La réanimation de la prééclampsie sévère

(1) Le contrôle de la pression artérielle

Dans les formes sévères de prééclampsie, le traitement est habituellement initié par voie intraveineuse avec pour objectifs une pression artérielle systolique comprise entre 140 et 160 mmHg et une pression artérielle moyenne comprise entre 100 et 120 mmHg. La nicardipine ou le labétalol sont prescrits en première intention. En cas d'échec de la monothérapie, un deuxième médicament antihypertenseur est associé. [183]

(2) Le remplissage vasculaire

Malgré l'hypovolémie relative de la prééclampsie sévère, le remplissage vasculaire ne doit pas être systématique. Il peut en effet favoriser un œdème pulmonaire ou aggraver un œdème cérébral [185]. Il n'a pas non plus prouvé son bénéfice en termes de morbidité et de mortalité maternelle [186].

En revanche, un remplissage vasculaire prudent est indiqué en cas de manifestation clinique d'hypovolémie :

- hypotension artérielle brutale et importante à l'introduction du traitement vasodilatateur ;
- oligurie avec une diurèse horaire inférieure à 25 ml.

Cette expansion volémique prudente repose sur les cristalloïdes. La perfusion d'albumine peut être une option à discuter dans les cas d'hypoalbuminémie sévère. Par ailleurs, en cas de jeûne prolongé, les apports de base sont assurés par la perfusion d'un soluté de type glucosé 5 % associé à des électrolytes. [183]

c) Le traitement et la prévention de l'éclampsie

(1) Le traitement de la crise convulsive

Le traitement à la phase aiguë de la crise convulsive repose sur une réanimation classique : libération des voies aériennes, oxygénothérapie, injection d'une dose unique de benzodiazépine (diazépam ou clonazépam).[183]

En cas de persistance des convulsions, de troubles de la conscience ou de détresse respiratoire, il est nécessaire de réaliser une anesthésie générale avec une induction à séquence rapide et une intubation orotrachéale. L'hypnotique de choix pour l'induction dans ce contexte, du fait de ses propriétés anticonvulsivantes, est le thiopental. Si l'anesthésie générale a été motivée par la persistance des convulsions malgré le traitement initial, une benzodiazépine (le plus souvent le clonazépam) sera poursuivie en perfusion continue, associée au sulfate de magnésium.[183]

(2) La prévention secondaire

Le sulfate de magnésium est le traitement de référence en prévention de la récurrence au décours de la première crise. En effet, par rapport au diazépam, le sulfate de magnésium est associé à une réduction de la mortalité maternelle, à une diminution de la récurrence des crises. Par rapport à la phénytoïne et à l'association chlorpromazine-prométhazinepéthidine, il est également associé à une réduction de la récurrence des convulsions [187, 188].

Le mécanisme d'action du sulfate de magnésium dans le contexte de l'éclampsie n'est pas parfaitement connu. Les différentes hypothèses font intervenir, entre autres, son effet antagoniste du récepteur N-méthyl-D-aspartate (NMDA) ou un effet inhibiteur calcique. [183]

Le protocole recommandé repose sur l'administration intraveineuse d'une dose de charge de 4 g de sulfate de magnésium en 20 minutes suivie d'une perfusion continue de 1 g/h à poursuivre pendant 24 heures après la dernière crise. En cas de récurrence, une dose additionnelle de 1,5 à 2 g est possible [190].

Le deuxième aspect de la prise en charge de l'éclampsie concerne le contrôle de l'hypertension artérielle. On se méfiera du risque majoré d'effets indésirables (blocage

neuromusculaire notamment) en cas d'association du magnésium avec un inhibiteur calcique.[183]

Dans notre service la femme souffrant d'éclampsie a été transférée à l'unité de réanimation pour bénéficier d'un soin intensif.

La prise en charge par l'équipe de réanimation se fait par :

- ❖ Installation de la femme et surveillance de la pression artérielle, pouls, température et diurèse.
- ❖ Traitement anticonvulsivant et anti-hypertenseur : sulfate de magnésium et nicardipine
- ❖ Réalisations des bilans biologiques sanguin : Hémoglobine, plaquettes, TP, TCA, urée, créatinine, ASAT, ALAT, Glycémie.
- ❖ Perfusion de sérum glucose 5%
- ❖ Traitement anti-coagulant : Lovenox®
- ❖ Traitement antalgique

La patiente est bénéficiée d'une prise en charge de très bonne qualité et s'accorde avec les données scientifiques.

(3) La prévention primaire

La plus grande étude randomisée concernant la prévention primaire de l'éclampsie par le sulfate de magnésium est l'essai baptisé Magpie Trial [189]. Cet essai a inclus 10 141 patientes prééclamptiques de 33 pays différents, enceintes ou dans les premières 24 heures du post-partum, qui ont été randomisées pour recevoir soit du sulfate de magnésium, soit un placebo. Dans cette étude, le sulfate de magnésium diminuait de 58 % le risque d'éclampsie par rapport au placebo.

Dans les dernières recommandations d'experts, la prévention primaire de l'éclampsie est ainsi recommandée en cas de prééclampsie sévère avec apparition de signes neurologiques persistants : céphalées rebelles, troubles visuels, réflexes ostéotendineux polycinétiques [190].

8. Les principales formes de thrombose veineuse du post-partum

Les suites de couches sont une période à haut risque des complications thromboemboliques.

On distingue les thromboses veineuses superficielles, les thromboses veineuses profondes et les phlébites pelviennes.

Facteurs favorisants : âge > 40 ans, multiparité, obésité, varices, accouchement dystocique ou par césarienne, affections cardiaques, antécédents thromboemboliques. [192]

La prévention est essentielle : lever précoce chez toutes les accouchées, contention veineuse si mauvais état veineux, éventuellement traitement préventif par héparine en fonction de l'importance des facteurs de risque. [192]

a) La thrombose veineuse superficielle[192]

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

Principes thérapeutiques : anti-inflammatoires locaux et contention veineuse.

b) La thrombose veineuse profonde[192]

Elle expose au risque d'embolie pulmonaire et engage le pronostic vital.

Début progressif, souvent au cours de la 2e semaine.

Signes d'appel : fièvre modérée (37,5-38°C) et inconstante, accélération du pouls, douleur unilatérale du mollet, du pli de l'aîne ou sensation de jambe lourde.

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

Principes thérapeutiques : héparine et contention veineuse, relais par anti-vitamines K après régression de la thrombose, surveillance régulière du bilan de coagulation.

Dans notre service aucun cas n'est enregistré mais au niveau de CSU on a eu un seul cas.

c) La phlébite pelvienne[192]

Elle complique une endométrite. Il faut y penser devant une endométrite sévère et rebelle au traitement antibiotique.

Les éléments du diagnostic ne sont pas spécifiques : signes urinaires (dysurie), pollakiurie, rétention d'urines), signes intestinaux (ballonnement, ténesme), douleur d'un paramètre au toucher vaginal. C'est leur association à l'endométrite qui est évocatrice.

Principes thérapeutiques : héparine et antibiotiques.

9. La psychopathologie du post-partum

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

- 1° le « post-partum blues » ;
- 2° la dépression post-natale ;
- 3° la psychose du post-partum ou psychose puerpérale.

a) Le « post-partum blues » (PPB)[193]

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

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

b) La dépression post-natale[194]

- ❖ Fréquence : 10 à 15 %.
- ❖ Débutent dans les 6 à 8 semaines du post-partum.
- ❖ Les signes cliniques sont : la tristesse, l'anxiété, le désintérêt, le sentiment d'incapacité.
- ❖ Les symptômes sont souvent cachés par la culpabilité à ne pas être dans le bonheur.
- ❖ Le traitement est celui d'un état dépressif : antidépresseurs, accompagnement psychothérapique et réaménagement du cadre de vie.

c) Les psychoses puerpérales [194]

- ❖ Fréquence : 2/5000.
- ❖ Débutent dans les 2 à 3 premières semaines après l'accouchement.
- ❖ Les signes cliniques sont : agitation maniaque, physique et psychique, les états mélancoliques profonds ou les bouffées délirantes.
- ❖ Il existe un risque de suicide ou infanticide.

Nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique.

Dans notre service la prise en charge des complications psychiques se fait d'une manière traditionnelle. Il n'y a pas un protocole de prise en charge affiché dans le service ni un questionnaire administré à la parturiente pour évaluer son état émotionnel. Dans le CSU, la prise en charge reste aussi faible et le personnel de santé s'intéresse plus à l'état physique de la patiente plutôt qu'à son état psychique et émotionnel dans le but d'éviter de passer à côté d'une urgence médicale et/ou chirurgicale. Cela est probablement dû au manque du personnel et à la surcharge du travail à réaliser.

H. L'ÉVALUATION DE LA SATISFACTION DES PARTURIENTES

Le mot « satisfaction » vient étymologiquement du latin « *satis* », qui signifie « assez » et « *facere* », qui veut dire « faire ». La satisfaction est l'action de répondre à un besoin, un désir [195].

La satisfaction est ainsi, une grandeur subjective qui reflète les préférences et les attentes personnelles des patients. Les perceptions individuelles, forcément subjectives, d'une réalité vécue par les patients, peuvent être différentes de la réalité objective de l'expérience d'hospitalisation, et ne pas correspondre à celles des personnels de soin et des gestionnaires. [200,196]

La satisfaction des patients est considérée comme un indicateur de la qualité des soins. Elle est corrélée à l'adhésion thérapeutique, à la continuité des soins et à l'amélioration de l'état de santé tel qu'il est perçu par le patient [199].

La mesure de la satisfaction des patients se fait généralement à l'aide d'un questionnaire qui explore ses multiples dimensions. A chaque enquête correspond un questionnaire différent, ce qui permet d'aborder chaque problème dans son contexte [197].

Notre travail était de mesurer la satisfaction globale et spécifique des parturientes hospitalisées dans le service de gynécologie obstétrique de Tétouan.

1. L'évaluation de la satisfaction globale des soins

La note globale attribuée au service par nos patientes était de 7.8/10, ce qui nous montre que la majorité des patients jugent positivement le mode d'organisation de l'unité d'hospitalisation du service de maternité.

Néanmoins, ce niveau élevé doit être interprété avec précaution. Le mécontentement n'est exprimé que quand un événement grave se produit et en ce sens une réponse positive dans une étude de satisfaction ne veut pas toujours dire que la prise en charge était bonne, mais simplement que rien de grave ne s'est produit [201]

2. L'évaluation des dimensions spécifiques de la satisfaction

a) L'admission

569 des patientes n'ont pas répondu aux questions relatives à l'évaluation des procédures d'admission puisque ces dernières ont été accomplies par leurs accompagnants.

L'évaluation de la satisfaction des parturientes concernant cet item est basée sur la propreté et le confort de la salle d'attente, qui était jugée satisfaisante dans l'ensemble, comme en témoignent le pourcentage obtenu 87%.

b) La satisfaction des patientes à propos des locaux

L'évaluation de la satisfaction des parturientes à propos des locaux était globalement positive. Ceci a concerné principalement la propreté des locaux, la propreté des sanitaires et la propreté des chambres.

Les dimensions recueillant les pourcentages les plus bas ont concerné le calme et la tranquillité de la chambre (42%), et le confort du lit (35.8%). Les patientes étaient insatisfaites surtout pour les parturientes qui ont occupé des lits maternels non accompagnés par des lits bébé, elles trouvaient que leurs lits étaient étroits pour elles et pour leurs bébés.

Les patientes se sont plaintes aussi de l'étroitesse des chambres et des difficultés de cohabitation dans un espace aussi restreint. Ceci implique la nécessité d'adapter l'infrastructure du service.

c) La qualité des soins médicaux et paramédicaux

La relation efficace entre le praticien et le patient découle d'abord de l'attention, de l'écoute, que le praticien accorde aux propos du patient et ensuite des réponses, des informations et des conseils, qu'il lui apportera.

Dans la littérature, deux modèles de relation praticien-patient sont principalement décrits.

Le premier, le modèle paternaliste où le malade doit obéir au médecin considéré comme représentant de Dieu ; dans ce modèle, la maladie infantilise l'individu, lequel est en position d'infériorité, et place le médecin à choisir pour le

patient selon le principe du *primum non nocere* (« en premier ne pas nuire », « d'abord, ne pas faire de mal ») d'Hippocrate. Dans le second modèle, ou modèle d'autonomie, le patient est libre de prendre des décisions concernant sa santé à partir des informations qu'il a reçues. Le principe est le respect de l'autonomie et d'un contrat réciproque entre le patient et le soignant. Une fois informé et éclairé, le patient peut décider de donner ou de refuser son consentement aux soins. [202,203]

Dans notre étude, 67.2 % des patients ont confié avoir reçu des réponses claires à leur questions par l'équipe médicale, 71.5% avoir reçu des réponses claires par l'équipe paramédicale et 64.5 % avoir reçu des informations sur leur état de santé et leur prise en charge. Ce qui signifie que notre professionnel de santé fait un certain effort pour répondre aux questions de nos patientes. Ces résultats sont à consolider.

99% pensent que leur intimité a été respectée par les professionnels de santé au moment des soins. Cette variable a une valeur primordiale de la déontologie médicale.

96.1 % des parturientes estiment que l'assistance pour accomplir les gestes de la vie quotidienne est satisfaisante. Ce pourcentage très élevé est lié principalement à la disponibilité des stagiaires : étudiants de l'ISPITS, des instituts de santé privés, et des étudiants en médecine et aussi la présence d'aides-soignantes et les sages-femmes. Ce sont des gens de cœur, qui n'hésitent pas à donner un coup de main à leurs patientes.

Concernant la prise en charge de la douleur 52% des patientes sont satisfaites, en revanche 48% ont exprimé leur mécontentement, ceci peut être expliqué soit par le caractère physiologique de la douleur pendant cette période et/ou par la prise en charge insuffisante de la douleur au sein du service.

L'évaluation des soins médicaux et paramédicaux était généralement bonne. En effet, les parturientes trouvent que les professionnels de santé sont compétents, courtois et respectueux.

Globalement, concernant la qualité de prise en charge, la satisfaction des parturientes était de 84%.

d) L'organisation de sortie

L'organisation de la sortie de l'hôpital est une étape stratégique de l'hospitalisation : c'est le moment où tout doit être fait pour que les patients continuent de recevoir les soins appropriés à leur retour à domicile ou lors de leur transfert vers un autre établissement. [204]

La satisfaction des accouchées à propos des informations sur le suivi médical après la sortie était de 84.3%. En effet, à la sortie des patientes, il est remis un carnet de santé du nouveau-né à la parturiente avec son ordonnance de sortie en plus d'une proposition d'un rendez-vous pour la vaccination du nouveau-né et/ou pour la consultation post natale pour la mère au centre de santé le plus proche, assurant ainsi la continuité des soins.

En ce qui concerne les informations sur le traitement de sortie, les parturientes sont assez satisfaites 61.6%. Ce résultat est à consolider parce que nos patientes ont besoin d'être plus informé et éduqué pour garantir une bonne observance thérapeutique.

Par ailleurs, 89.29 % des patientes recommanderaient à leurs proches de se faire soigner dans ce service si leur état le nécessite.

En conclut, l'évaluation de la satisfaction est peu fréquente dans notre pays. Elle est de plus en plus fréquente dans les pays occidentaux avec des outils communs et validés. Elle constitue un aspect important que nos hôpitaux doivent inscrire pour une démarche qualité en vue d'une accréditation.



IV. RECOMMENDATIONS



Nous avons fait les recommandations suivantes pour améliorer la qualité des soins du post-partum :

Pour les autorités sanitaires et politiques :

- ❖ Garantir la mise à disposition et l'accès à des hôpitaux de matériels de plus en plus performants, pour améliorer ainsi la qualité des soins dispensés aux parturientes.
- ❖ Valoriser le suivi postnatal par l'organisation des campagnes d'informations et de sensibilisation (spots publicitaires...).
- ❖ Fournir des investissements supplémentaires pour assurer l'accessibilité aux soins, surtout pour les femmes d'origine rurale pour qu'elles ne tombent pas hors des trajectoires de soins.
- ❖ Promouvoir une éducation de qualité pour les filles afin de leur ouvrir un champ d'options plus large, pas seulement pour leur futur professionnel mais également pour leur futur en tant que femme et future mère.
- ❖ Sensibiliser les pères à aider leur partenaire de prendre soin de leur nouveau-né par un engagement actif dans cette période.
- ❖ Allonger le congé de maternité en offrant aux futures mères 16 ou 18 semaines au lieu de 14.

Les outils

- ❖ L'amélioration de la qualité des soins postnatals par développement de critères de qualité basés sur des *Recommandations de Bonnes Pratiques Professionnelles* validées et publiées par le ministère de la santé.
- ❖ L'établissement de l'incidence et de la prévalence des pathologies du post-partum dans la communauté.
- ❖ Le passage du dossier de maternité papier au dossier de maternité informatisé intégré dans le Dossier Médical Global, accessible aux mères et à tous les membres du réseau multidisciplinaire, et capable de générer des données administratives et épidémiologiques à l'attention des institutions gérant ces aspects.

- ❖ La réalisation d'une évaluation systématique sur la satisfaction des accouchées avant la sortie de la maternité pour savoir comment les parturientes perçoivent les événements qui surviennent dans le post-partum, de façon à adapter les services aux besoins des femmes et aussi pour augmenter le niveau de compétitivité entre les maternités publiques.
- ❖ L'étude de la possibilité d'installer un système de suivi postnatal à domicile au Maroc.
- ❖ La distribution des documents d'IEC à destination des mères contenant des informations détaillées sur le post-partum, y compris comment faire face aux difficultés les plus courantes chez la mère sans oublier de donner les coordonnées de spécialistes au cas où leur aide s'avère nécessaire.

Pour les Professionnels de santé :

- ❖ Assurer un remplissage plus détaillé des données de l'examen postnatal dans les dossiers médicaux surtout pour l'AVB.
- ❖ Après un accouchement « normal », prodiguer des soins postnatals en milieu hospitalier pendant 24 h au minimum.
- ❖ Fournir aux femmes des informations sur le post-partum et les signes d'alerte des complications et répondre à leurs questions.
- ❖ Réaliser un examen clinique détaillé avant d'autoriser la sortie de la parturiente de la maternité avec :
 - Dépistage de l'anémie par un examen des conjonctives.
 - Dépistage de l'infection par la prise de la température.
 - Dépistage de l'HPP par la prise TA/Pouls/T° et l'évaluation du saignement vulvaire.
 - Dépistage des complications thrombo-emboliques par un examen veineux des membres inférieures.
 - Dépistage des complications d'allaitement et du cancer du sein par un examen des seins.
 - Dépistage de l'infection/hématome/hémorroïdes/fissure anale par un examen du périnée.
 - Dépistage des troubles psychiques du post-partum par une anamnèse détaillée et attentive.

- S'assurer de la reprise de la diurèse et du transit.
- ❖ Informer les femmes sur l'importance du suivi postnatal pour assurer la continuité des soins à la sortie de la maternité, en accord avec les besoins individuels de la mère et du nouveau-né.
- ❖ Utiliser une échelle comme (*Edinburgh Postnatal Depression Scale ou échelle de Cox*) pour évaluer l'état psychologique de la parturiente au cours de la consultation post-natale.
- ❖ Proposer aux professionnels de la santé des séances de formation médicale continue en matière de communication soignant-soigné.
- ❖ Informer les professionnels de santé sur les dernières recommandations de bonnes pratiques professionnelles.

Pour la structure :

- ❖ Augmenter la capacité litière de services.
- ❖ Renouveler l'équipement des chambres avec des lits plus confortables pour les parturientes.
- ❖ Administrer de l'eau chaude dans les toilettes.

Pour les parturientes :

- ❖ Informations et conseils sur la nutrition, l'allaitement maternel, les rapports sexuels protégés, la planification familiale et la mise à disposition de certaines méthodes contraceptives.
- ❖ Conseils pour repérer les signes de danger et la préparation à une urgence éventuelle.



V. CONCLUSION



- Notre étude a porté sur l'évaluation de la qualité de prise en charge des parturientes en post-partum à la maternité de Tétouan du 15 mars au 15 avril 2018.

Elle a été basée sur une évaluation de la structure, des procédures, ainsi que sur l'opinion des femmes sur la qualité des soins.

En effet, nous avons fait les constats suivants :

- Pour ce qui est des structures :

Le service est de niveau III, les règles de base sont respectées pour le terrain, la circulation, les revêtements des sols et des murs ainsi que pour la sécurité. Cependant il faut signaler un manque des lits à l'unité d'hospitalisation. On a remarqué aussi une insuffisance de la propreté et un manque d'eau chaude dans les toilettes.

- En ce qui concerne les procédures :

- ❖ La surveillance des suites de couches

- Le post-partum immédiat :

Le pourcentage des parturientes qui ont reçu des soins de « bonne » et « d'assez bonne qualité » en ce qui concerne la surveillance du post-partum immédiat était de 85%, le service est de niveau IV.

- Soins maternels après accouchement par voie basse :

La qualité des soins durant l'hospitalisation pour les femmes qui ont accouché par voie basse était de 58.6%, le service est de niveau III.

- Soins après une césarienne :

La qualité des soins après une césarienne est de 82.5%, le service est de niveau IV.

- La prise en charge de la douleur :

La qualité de prise en charge de la douleur est de niveau III, 55% des femmes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

- ❖ La durée d'hospitalisation

- Accouchement par voie basse : La durée moyenne d'hospitalisation est estimée à 17h.

- Césarienne : La durée moyenne d'hospitalisation après une césarienne était de 4 jours

❖ Prévention et gestion des complications.

- Constipation et hémorroïdes :

La qualité de prise en charge de constipation au sein du service est de niveau III c'est-à-dire que 62.5% des patientes reçoivent des soins de bonne et assez bonne qualité.

- Complications urinaires

- *Incontinence urinaire du post-partum :*

La qualité de prise en charge de l'incontinence urinaire du post-partum est de niveau II, 30% des femmes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

- *Rétention urinaire :*

La qualité de prise en charge de la rétention urinaire est de niveau IV. Les deux patientes ont eu des soins de bonne qualité.

- *Cystite :*

La qualité de prise en charge de l'infection urinaire est de niveau IV, la patiente concernée a eu des soins de bonne qualité.

- Complications mammaires

- *Crevasses :*

La qualité de prise en charge des crevasses dans notre service est d'assez bon niveau, 51% des femmes ont reçu des soins de bonne et d'assez bonne qualité. Le service est de niveau III.

- *Engorgement mammaire :*

La qualité de prise en charge de l'engorgement mammaire est de niveau III, 65% des parturientes reçoivent des soins de bonne et d'assez bonne qualité.

- Hémorragie du post-partum :

La prise en charge des HPP du post-partum est de bonne niveau, l'équipe médicale a respecté le protocole du service.

- Pré-éclampsie/ Eclampsie :

La prise en charge était de bonne qualité.

❖ Organisation du service pour la sortie.

- Conseils de sortie pour maman
 - *Allaitement maternel :*

Les conseils de bonne et d'assez bonne qualité donnés aux femmes à propos de l'allaitement maternel étaient 31.5%. Le service est de niveau II

- *Alimentation de la mère :*

Le service est de niveau I, 22% des femmes reçoivent des conseils de bonne et d'assez bonne qualité sur l'alimentation.

- *Contraception :*

Le service est de niveau I, moins 25% des conseils sur la contraception sont donnés aux femmes, aucune femme reçoit des conseils de bonne qualité sur la contraception.

- *Conseils d'hygiène :*

Dans notre service 59 % des parturientes reçoivent des conseils d'hygiène de bonne et d'assez bonne qualité, le service est de niveau III.

- *Vaccination du nouveau-né :*

Toutes les femmes sont informées de ramener leurs nouveau-nés au centre de santé le plus proche pour la vaccination.

▪ La mesure de la satisfaction des parturientes :

La note globale attribuée au service par nos parturientes est 7.8/10, cela montre que la majorité des patientes jugent positivement le mode d'organisation de l'unité d'hospitalisation du service de maternité.

- Concernant, notre deuxième étude sur le déroulement de la consultation post-natale, elle a montré les données suivantes :
- La place primordiale de la sage-femme pour tout ce qui concerne la prise en charge, l'orientation, et l'information.
 - La durée de consultation post-natale ne dépasse pas 15 min dans la pratique courante.
 - La durée de l'anamnèse est toujours limitée à cause de la surcharge du travail à faire.
 - Parmi les complications les plus communes dans notre population c'est les crevasses avec un pourcentage de 35.4%
 - Le protocole de service à propos des conseils donnés aux femmes sur l'allaitement maternel est basé sur d'IEC (Information, Education, Communication) cohérents avec les politiques et recommandations nationales.
 - L'utilisation des méthodes contraceptives est toujours proposée aux femmes à la fin du l'examen physique.



VI. ANNEXES



Annexe n°1

FICHE D'ENQUETE

Date d'entrée :

Date de sortie :

Durée d'hospitalisation :

I. Identité

Nom Prénom

Age

Provenance ☐ Urbaine ☐ Rurale

Niveau scolaire ☐ Aucun ☐ Etude coranique ☐ Primaire ☐ Secondaire ☐ Supérieur

Etat civil ☐ Mariée ☐ Divorcée ☐ Veuve ☐ Célibataire

II. **Motif d'admission** : Accouchement ☐ OUI ☐ NON

III. Antécédents

Médicaux

Chirurgicaux

Gynéco-obstétricaux

Nombre de grossesse /_ / Nombre d'avortements /_ / Nombre d'accouchements/_ /

IV. **Grossesse actuelle** ☐ Suivie ☐ Ou non

Evolution de la grossesse ☐ Normale ☐ A risque

Type de risque

V. Accouchement

- Mode d'accouchement

☐ Par voie basse non instrumentale ☐ Par voie basse instrumentale ☐ Césarienne

Si instrumental : ☐ Episiotomie ☐ Ventouse ☐ Forceps ☐ Autre intervention

VI. Nouveau-né

Etat de la naissance :

☐ Vivant ☐ Mort-né frais ☐ Mort-né macéré

Sexe : ☐ M ☐ F

APGAR :

1min / _ /

5min/_ /

Poids :

Annexe n°2

GRILLE D'OBSERVATION DES STRUCTURES ET DES EQUIPEMENTS

Références	Niveau de la qualité				Score	Observations
	A	B	C	D		
1-Normes architecturales						
2-Unité d'accueil et d'orientation						
3-Structure/équipement : unité d'accouchement						
4-Unité d'hospitalisation suite de couche						
5-Dépôts des médicaments.						
6-Laboratoire/fonctionnalité						
7-Etat des toilettes						
8-Système d'approvisionnement en eau et d'élimination des déchets.						
9-Unité du bloc opératoire.						
10-Système de communication.						
Total						

Annexe n°3

GRILLE D'OBSERVATION DE LA QUALITE DE PRISE EN CHARGE DES PARTURIENTES

La Surveillance des suites de couches

Evaluation de la qualité de surveillance du post partum immédiat		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Examen des conjonctives		
2. Prise de TA, pouls		
3. Prise de la température		
4. Appréciation saignement vulvaire		
5. Recherche de déchirure périnéale		
6. Appréciation globe utérine de sécurité		
7. Surveillance du post partum pendant 2 heures		
8. Surveillance du nouveau-né		

*oui=1, non=0

Evaluation de la qualité des soins après un accouchement par voie basse		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Surveillances des constantes : TA, pouls		
2. Examen des conjonctives		
3. Prise de la température		
4. Évaluation de l'état de conscience		
5. Evaluation de la douleur		
6. Evaluation de l'état émotionnel		
7. Evaluation de l'autonomie de la femme accouchée		

8. Contrôle de l'état général d'hygiène de la femme accouchée		
9. Vérification de la présence du bébé auprès de la mère		
10. Appréciation globe utérine de sécurité		
11. Examen du périnée : Contrôle des lochies : quantité et odeur		
12. Examen des seins		
13. Examens des mollets et cuisses.		

*oui=1, non=0

Evaluation de la qualité des soins post-césarienne		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Prise de la TA		
2. Prise de la température		
3. Examen des conjonctives		
4. Évaluation de l'état de conscience		
5. Evaluation de la douleur		
6. Réalisation des Soins locaux de paroi		
7. Donner des conseils d'hygiène à la parturiente		
8. Contrôle de l'état général d'hygiène de la femme accouchée		
9. Evaluation de l'état émotionnel		
10. Evaluation de l'autonomie de la femme accouchée		
11. Vérification de la présence du bébé auprès de la mère		
12. Examen des seins		
13. Appréciation globe utérine de sécurité		
14. Examen du périnée : Contrôle des lochies : quantité et odeur		
15. Un suivi médical journalier		
16. Examens des mollets et cuisses		
17. Surveillance de la reprise du transit		
18. Faire lever la patiente précocement< 24h		
19. Surveillance de la diurèse		
20. Injections éventuelles d'anticoagulant.		

*oui=1, non=0

Evaluation de la qualité de prise en charge de la douleur		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Rassurer la femme quant au caractère physiologique et passager des tranchées et de la tension mammaire		
2. Conseiller la femme accouchée de vider sa vessie régulièrement		
3. Inciter la femme accouchée de se lever dès que sa condition le lui permette		
4. Enseigner à la femme accouchée les mesures visant à réduire la formation des gaz intestinaux		
5. Administration d'antalgique sur prescription médicale		
6. Créer une atmosphère favorisant le repos		
Total		

*oui=1, non=0

Les complications du post-partum

Evaluation de la qualité de prise en charge de la constipation		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Expliquer à la patiente les causes de la constipation		
2. Conseiller l'accouchée de : *boire au moins 1,5 l d'eau /j pour ramollir les selles. * s'alimenter à base de fibres (céréales et fruits). *marcher dès que son état le lui permet (environ 6H après l'accouchement) pour favoriser le retour du péristaltisme.		
3. Expliquer à la patiente de se présenter aux toilettes dès que le besoin d'éliminer se manifeste.		
4. Administrer sous prescription médicale un laxatif doux et si hémorroïdes : antalgique local et/ou veinotoniques.		
Total		

*oui=1, non=0

Evaluation de la qualité de prise en charge de la rétention urinaire		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Surveiller la reprise de la diurèse		
2. Amener la femme accouchée aux toilettes		
3. Utiliser des méthodes pour déclencher la miction : * laisser couler l'eau du robinet, * faire couler l'eau tiède sur le périnée ; * demander à la femme d'appuyer sur le bas de son abdomen pour faciliter la sortie de l'urine.		
4. Réalisation du sondage vésical		
Total		

*oui=1, non=0

Evaluation de la qualité de prise en charge de la cystite		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Poser le diagnostic		
2. Réaliser une bandelette urinaire et/ou ECBU		
3. Ablation de la sonde vésicale dès que possible (sur prescription médicale)		
4. Appliquer et surveiller le traitement antibiotique prescrit		
Total		

*oui=1, non=0

Evaluation de la qualité de prise en charge de l'incontinence urinaire du post-partum		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Faciliter l'expression de la femme accouchée sur ce problème		
2. L'informer sur son caractère provisoire		
3. Informer la patiente de la nécessité de pratiquer des contractions du périnée tout au long de la journée.		
4. Informer la femme de consulter le centre de santé le plus proche, si persistance d'incontinence.		
Total		

*oui=1, non=0

Evaluation de la qualité de prise en charge des crevasses.		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Expliquer à la femme accouchée de nettoyer ses seins avant et après chaque tétée		
2. Informer à la femme accouchée d'éviter une macération ou un dessèchement excessif du mamelon		
3. Conseiller à la femme accouchée de laisser ses seins à l'air		
4. Informer la femme de limiter la durée de la succion du côté atteint		
5. Appliquer sur les crevasses des crèmes cicatrisante		
6. Aider la femme à corriger une anomalie de la technique de tétée		
Total		

*oui=1, non=0

Evaluation de la qualité de prise en charge de l'engorgement mammaire.		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Décongestionner le sein à l'aide d'une serviette chaude, puis par expression manuelle.		
2. Corriger une anomalie de la technique de tétée et soigner les gerçures.		
3. Instaurer un traitement antalgique		
4. Informer à la femme de : Augmenter la durée des tétées, leur fréquence et leur efficacité		
Total		

*oui=1, non=0

Evaluation de la qualité de prise en charge de la prééclampsie du post-partum.		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. L'hospitalisation est l'admission de la patiente		
2. Contrôler de la pression artérielle, pouls, température, BU, poids		
3. Recherche quotidienne des signes fonctionnels : céphalées, troubles visuels, douleurs épigastriques à type de « barre », réflexes ostéotendineux, métrorragies.		
4. Contrôler la diurèse.		
5. Bilans biologiques sanguin : Hémoglobine, plaquettes, TP, TCA, groupage, rhésus, urée, créatinine, LDH, ASAT.		
6. Quantifier la protéinurie des 24 h		
7. Traitement antihypertenseur		
Total		

*oui=1, non=0

Evaluation de la qualité de prise en charge de l'éclampsie du post-partum		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Contrôler de la pression artérielle, pouls, température.		
2. Perfuser la patiente		
3. Traitement anticonvulsivant et anti-hypertenseur		
4. Contrôler la diurèse		
5. Bilans biologiques sanguin Hémoglobine, plaquettes, TP, TCA, groupage, rhésus, urée, créatinine, LDH, ASAT, ALAT, Glycémie.		
6. Traitement anti-coagulant		
Total		

*oui=1, non=0

Evaluation de la qualité de prise en charge du deuil.		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Encourager la femme accouchée à exprimer ses sentiments face à la disparition du nouveau-né		
2. Encourager la femme accouchée à utiliser les traditions culturelles, religieuses et sociales associées au deuil		
Total		

*oui=1, non=0

Les conseils pour maman

Evaluation de la qualité des conseils donnés aux femmes sur l'allaitement maternel.		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Conseiller la femme accouchée d'exercer un allaitement maternel exclusif pendant 6 mois.		
2. Ne donner aux nouveau-nés aucun aliment ni aucune boisson autre que le lait maternel, sauf indication médicale.		
3. Questionner la femme accouchée sur ses connaissances et ses expériences antérieures.		
4. Renseigner la femme accouchée sur les mesures d'hygiène à adopter avant chaque tétée		
5. Informer la femme accouchée des mesures permettant de prévenir des complications		
6. Conseiller à la femme accouchée de prendre une position confortable pour l'allaitement		
Total		

*oui=1, non=0

Evaluation de la qualité des conseils donnés aux femmes sur l'hygiène		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Informer à la femme accouchée d'examiner quotidiennement l'état du périnée.		
2. Effectuer une toilette vulvaire et enseigner à la femme accouchée comment la faire.		
3. Recommander à l'accouchée d'éponger sa vulve de l'avant vers l'arrière à chaque miction ou chaque élimination intestinale, pour éviter la contamination du périnée.		
4. Indiquer à l'accouchée qu'il faut changer de serviette hygiénique après chaque miction (au moins 4 fois par jour) pour réduire les risques d'infection.		
Total		

*oui=1, non=0

Evaluation de la qualité des conseils donnés aux femmes sur la contraception.		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Informer les femmes sur l'importance de l'utilisation d'une méthode contraceptive.		
2. Informer les femmes sur la reprise de l'ovulation.		
3. Informer les femmes sur les différentes méthodes contraceptives utilisables chez la femme qui allaite ou non.		
4. Informer les femmes sur les différentes possibilités de rattrapage en cas de rapport non ou mal protégé (contraception d'urgence), leur efficacité et leurs conditions d'accès.		
Total		

*oui=1, non

Evaluation de la qualité des conseils donnés aux femmes sur l'alimentation de la mère		
N. Les gestes suivants, sont-ils réalisés ?	Oui	Non
1. Noter que le café est déconseillé car il réduit la production lactée.		
2. Expliquer à la mère que tous les aliments sont permis y compris les fruits (prunes, abricots, melons...)		
3. Lui conseiller une alimentation variée		
4. Lui conseiller un apport hydrique suffisant (1.5 à 2 litres par jour).		
Total		

*oui=1, non=0

Annexe n°4

QUESTIONNAIRE DE SORTIE

- Vous avez été hospitalisé dans le service de
- Date .../.../....

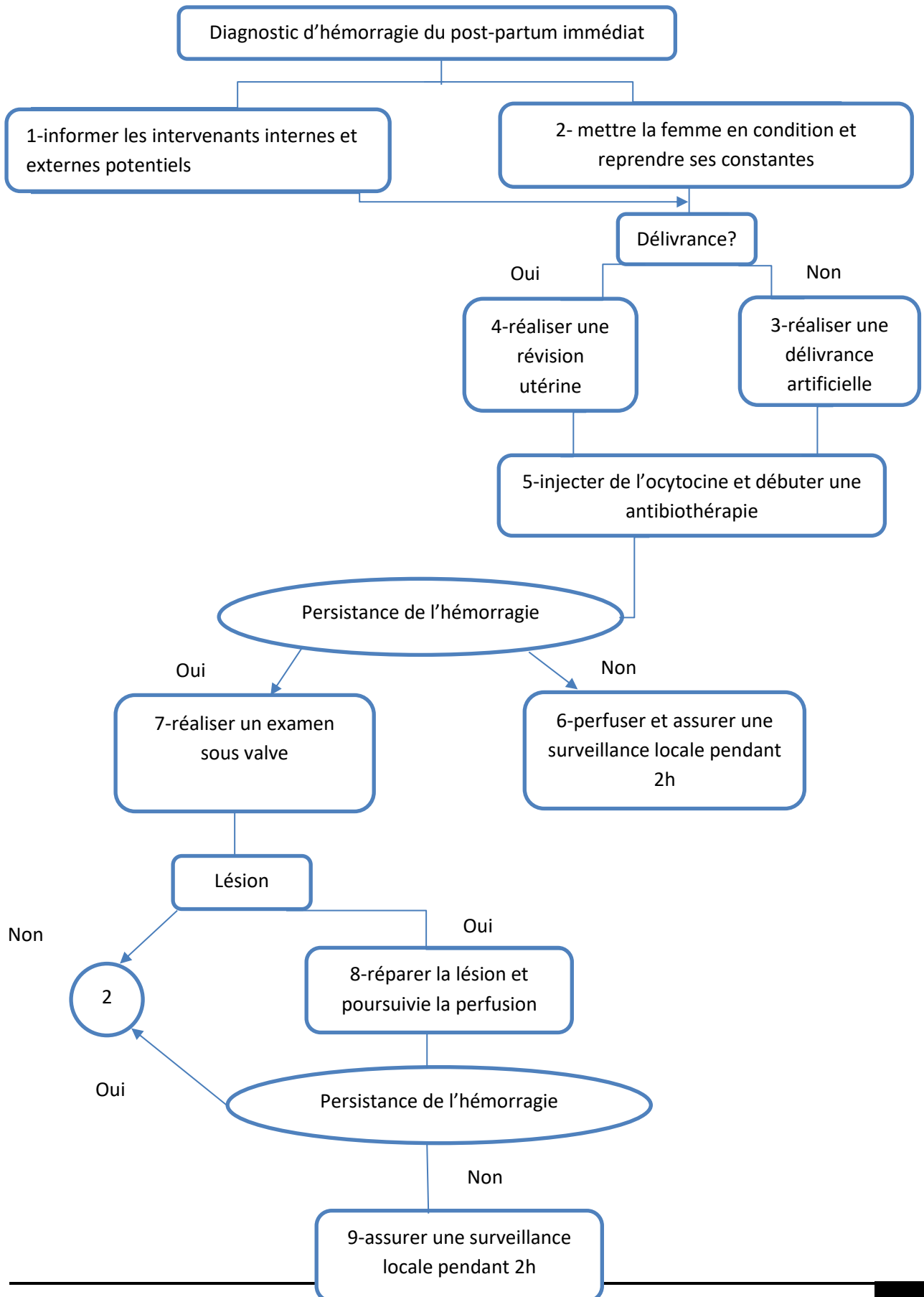
Accueil		
	 Satisfaite	 Insatisfaite
Temps nécessaire pour compléter les procédures		
Confort et propreté de l'espace d'attente		
Les locaux		
La propreté des locaux		
La propreté des sanitaires		
La propreté de la chambre		
Le confort de votre lit		
Le calme et la tranquillité de votre chambre		
Prise en charge		
L'information sur votre état de santé et votre prise en charge		
La clarté des réponses à vos questions par l'équipe médicale		
La clarté des réponses à vos questions par l'équipe paramédicale		
La courtoisie du personnel		
La compétence du personnel		
L'aide pour les activités courantes (se laver, manger, s'habiller, se déplacer...)		
Les précautions prises pour le respect de votre intimité		
La prise en charge de la douleur		
Globalement, concernant la qualité de votre prise en charge, vous êtes		
Organisation de la sortie		
Les informations reçues sur vos traitements de sortie		
Les informations sur votre suivi médical après la sortie		

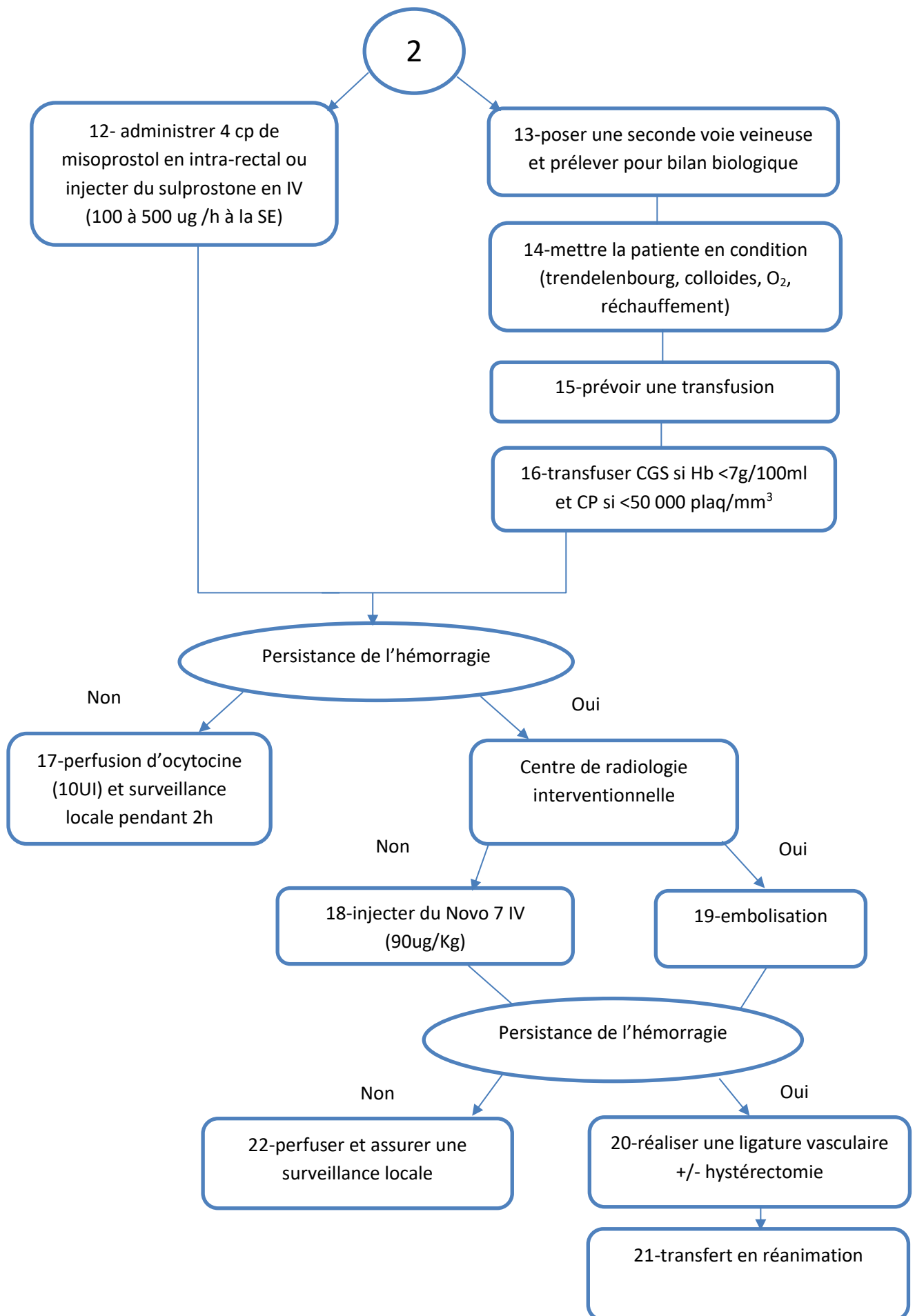
- Recommanderiez-vous l'établissement à un proche : oui ☐ non ☐
- Quelle note globale attribuez-vous : la satisfaction globale des soins/10

Vos observations et commentaires

Annexe n°5

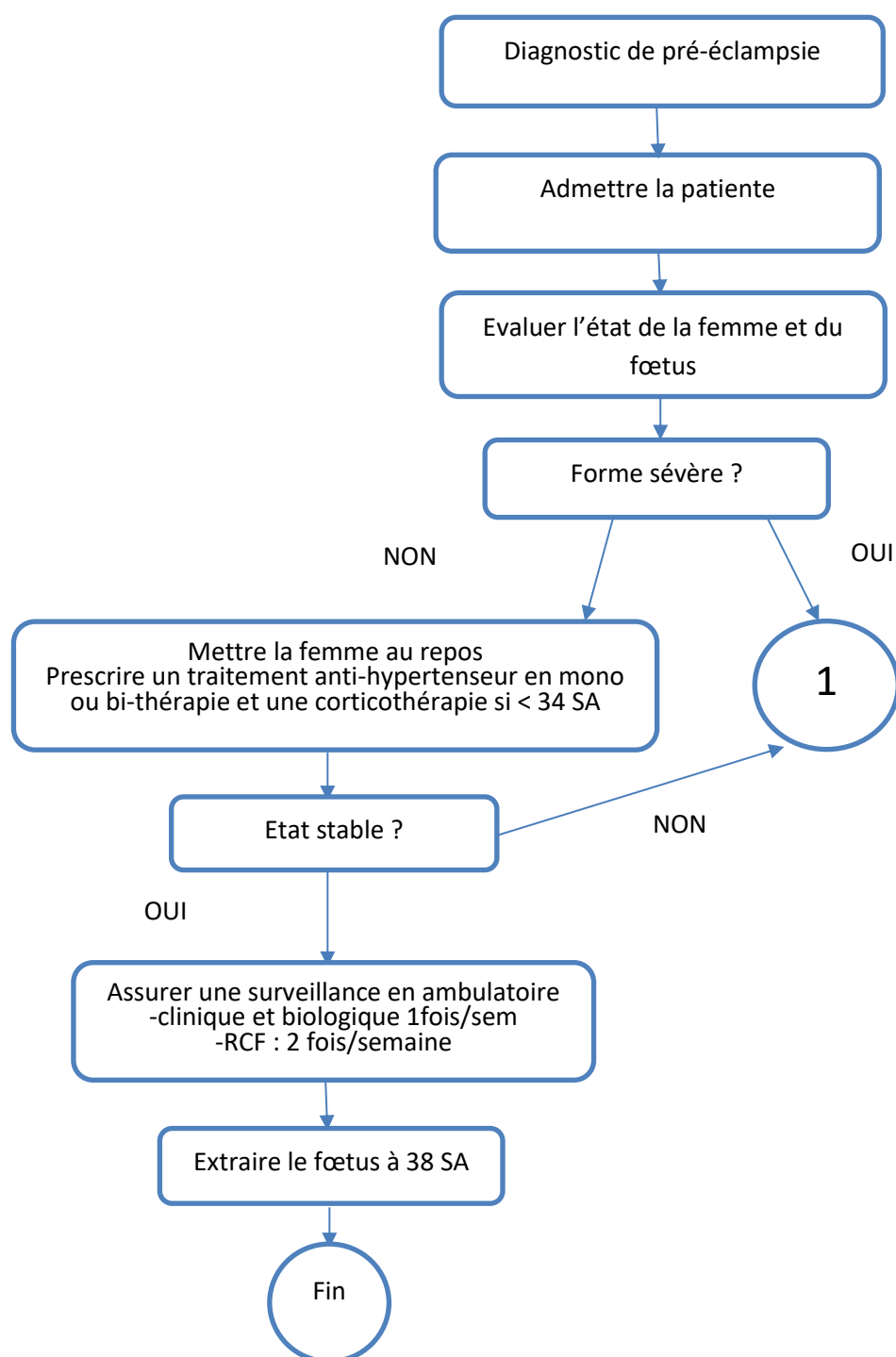
Protocole de prise en charge d'une femme présentant une hémorragie du post-partum immédiat au
service de maternité du CHRT

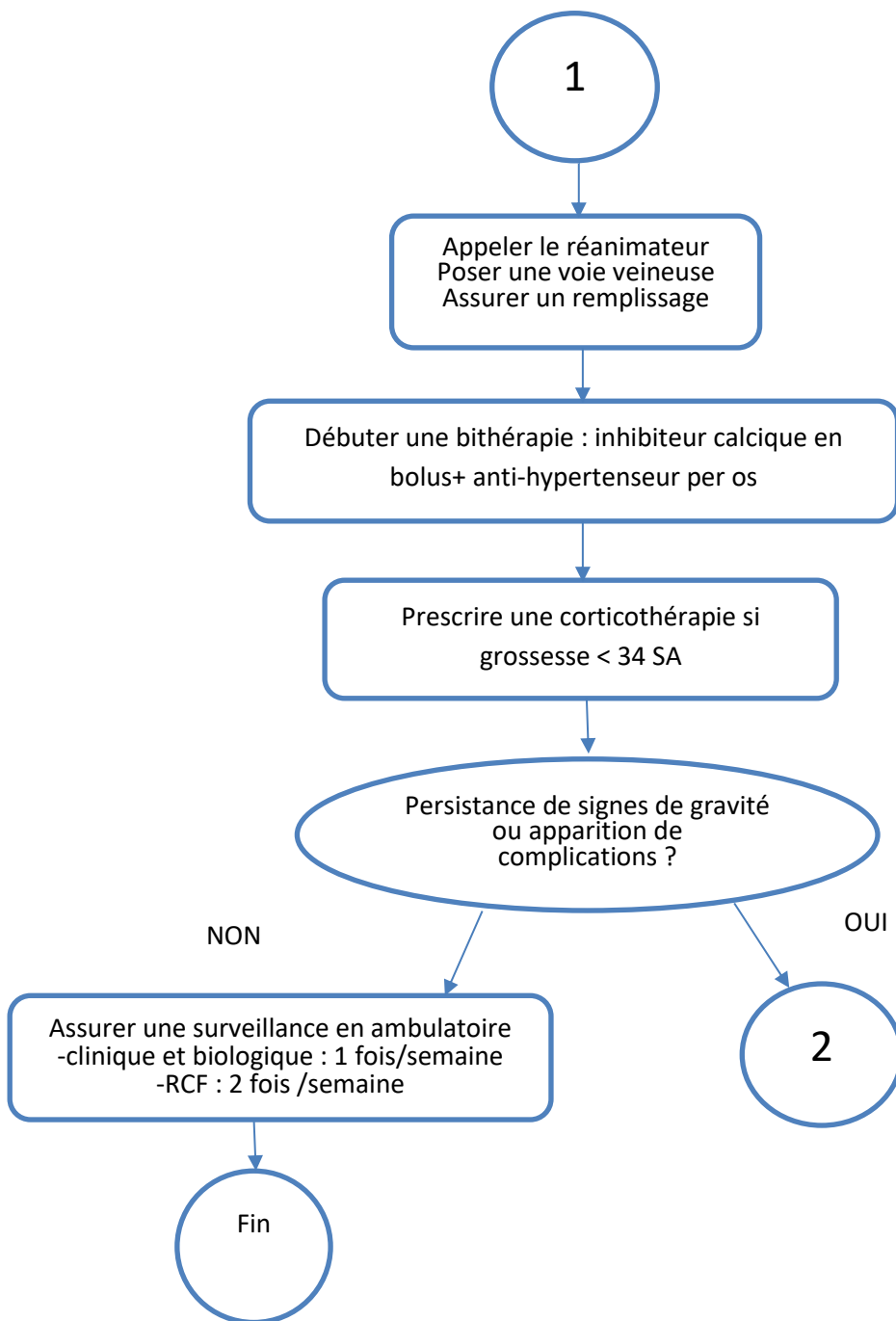


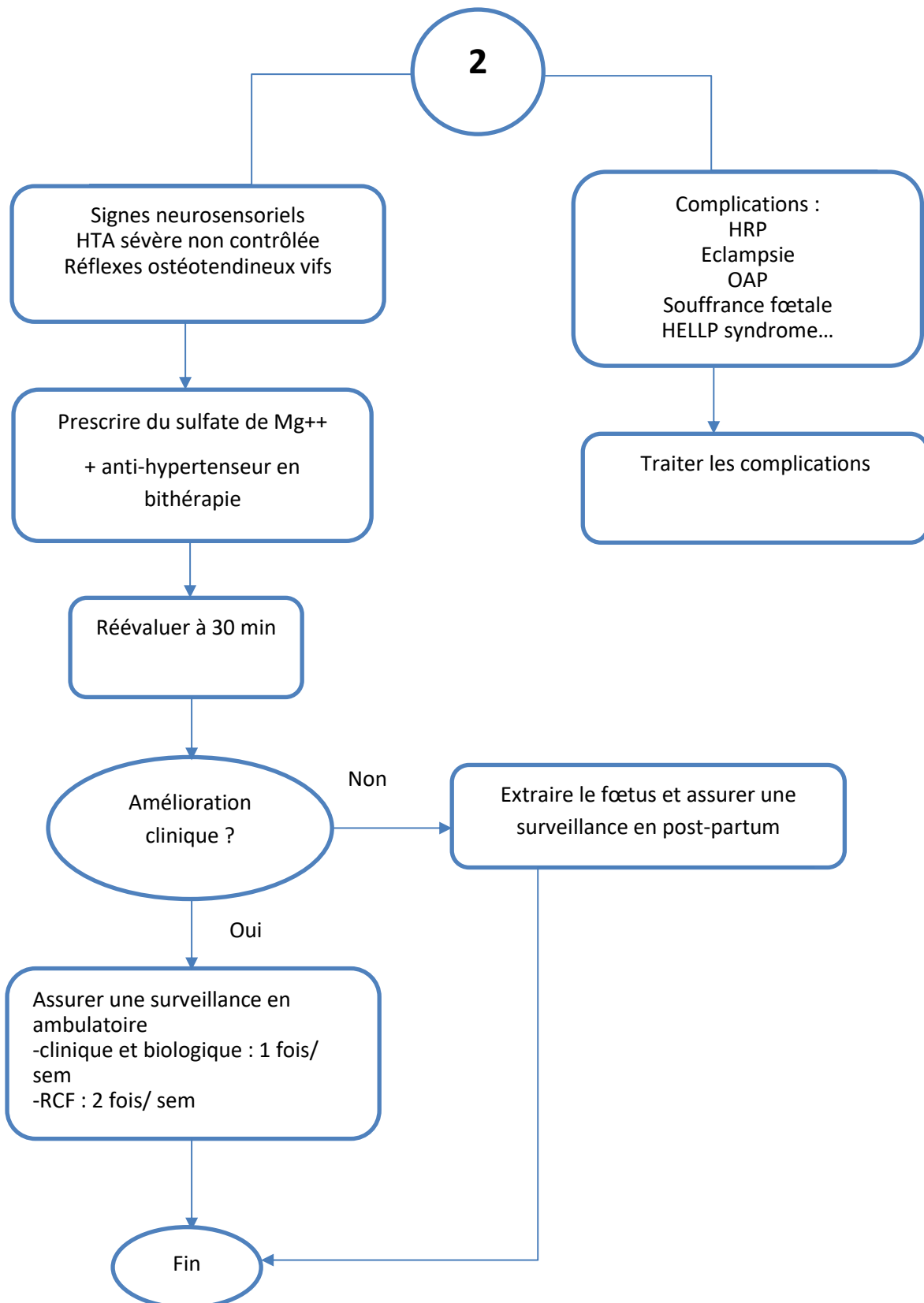


Annexe n°6

Protocole de prise en charge de la pré-éclampsie au service de maternité du CHRT









VII. RESUME



RESUME

Titre : « Evaluation de la qualité de prise en charge des parturientes en post-partum »

Auteur : ED-DUKAR HAJAR.

Mots clés : Post-partum, soins maternels, consultation post-natale, complications, évaluation de la satisfaction.

Etude No. 1 : évaluation de la qualité de prise en charge des parturientes en post-partum à la maternité de TETOUAN.

Notre travail était une étude prospective, descriptive et transversale portant sur 575 parturientes, s'étalant sur une durée d'un mois.

Objectifs :

- Observer les différentes étapes de la prise en charge des parturientes par le personnel soignant.

Matériels et méthodes :

Nous avons inclus dans l'étude toutes les femmes qui ont bénéficié de soins postnatals dans le service de maternité du CHRT.

Résultats :

Les niveaux de soins :

- La surveillance du post-partum immédiat (niveau IV), les soins maternels après accouchement par voie basse (niveau III), les soins après une césarienne (niveau IV), la prise en charge de la douleur (niveau III).
- Allaitement maternel (niveau II), nutrition (niveau I), contraception (niveau I), conseils d'hygiène (niveau III), vaccination du nouveau-né (niveau IV).
- Constipation (niveau III), IU du post-partum (niveau II), cystite (niveau IV), RV du post-partum (niveau IV), crevasses (niveau III), engorgement mammaire (niveau III), hémorragie du post-partum (niveau IV), pré-éclampsie, (niveau IV), éclampsie (niveau IV).
- Satisfaction globale des soins est 7.8/10.

Etude No. 2 : consultation post-natale au CSU BOUJJARAH (à propos de 110 cas)

Il s'agit d'une étude rétrospective descriptive, s'étalant sur une durée de deux mois.

Objectifs :

- Etudier la prévalence des complications du post-partum.

Matériels et méthodes :

Nous n'avons inclus que les femmes ayant accouché dans les deux derniers mois, se présentant à la consultation postnatale.

Résultats :

- Les complications : Hémorragie 2.72%, Infection basse 3.6%, Crevasses 35.4%, Engorgement pathologique 12.7%, Mastite 1.8%, IU du PP 11%, Constipation/Hémorroïdes 9%, Anémie 7.2%.

SUMMARY

Title: " Evaluating the quality of postpartum Care Received by parturients "

Author: ED-DUKAR HAJAR

Keywords: Postpartum, maternal care, post-natal counselling, complications, Satisfaction assessment.

Etude No. 1: Evaluating the quality of postpartum Care Received by parturients at maternity of TETOUAN.

Our work was a prospective, descriptive and transversal study Bearing on 575 parturients, spanning a period of one month.

Objectives:

- Observe the different stages of the care given to parturients by the caregivers;

Materials and methods:

We included in the study all the women who benefited from postnatal care in the CHRT.

Results:

Levels of Care:

- Immediate postpartum monitoring (level IV), maternal care after a natural birth (level III), post-Caesarean care (Level IV), Management of Pain (level III).
- Breastfeeding (level II), nutrition (Level I), contraception (Level I), hygiene (Level III), vaccination of newborns (level IV).
- Constipation (level III), postpartum urinary incontinence (level II), cystitis (level IV), urinary retention of postpartum (level IV), cracks (level III), breast engorgement (Level III), postpartum hemorrhage (Level IV), Pre-eclampsia, (Level IV), eclampsia (Level IV).
- Overall satisfaction of care is 7.8/10,

Study No. 2: post-natal consultation at CSU BOUJJARAH (about 110 cases)

For the realization of this work, we have chosen a descriptive retrospective study, spanning a period of two months.

Objectives:

- Study the prevalence of postpartum complications.

Materials and methods:

We have included only those women who have given birth in the last two months, who are attending the postnatal consultation.

Results:

- The complications: Hemorrhage 2.72%, Infection 3.6%, cracks 35.4%, Pathological congestion 12.7%, Mastite 1.8%, IU du PP 11%, Constipation/Hemorrhoids 9%, Anemia 7.2%.

الملخص

العنوان: "تقييم جودة الرعاية التي تقدم للوالدات في فترة ما بعد الولادة"

من اعداد: الدكار هاجر

الكلمات الرئيسية: بعد الولادة، رعاية الأمومة، الاستشارة بعد الولادة، المضاعفات، تقييم الرضا.

الدراسة 1: تقييم جوده رعاية النساء فيما بعد الولادة في مستشفى الأمومة بتطوان.

كان عملنا دراسة استطلاعية وصفية ومستعرضة وإذ تشمل 575 حالة، تمتد لمدته شهر.

الاهداف:

- مراقبة المراحل المختلفة للعناية التي تقدم للوالدات من قبل الطاقم الصحي.

المواد والأساليب:

وقد أدرجنا في الدراسة جميع النساء اللاتي استفدن من الرعاية اللاحقة للولادة في جناح الولادة بالمستشفى الاقليمي بتطوان.

نتائج:

مستويات الرعاية:

- العناية الفورية بعد الولادة (المستوي الرابع)، رعاية الأمومة بعد الولادة الطبيعية (المستوي الثالث)، رعاية الولادة القيصرية (المستوي الرابع)، الاهتمام بالأم بعد الوضع (المستوي الثالث).
- الرضاعة الطبيعية (المستوي الثاني)، التغذية (المستوي الأول)، وسائل منع الحمل (المستوي الأول)، النظافة الصحية (المستوي الثالث)، تطعيم المواليد الجدد (المستوي الرابع).
- لإمساك (المستوي الثالث)، سلس البول بعد الولادة (المستوي الثاني)، التهاب المثانة (المستوي الرابع)، احتباس البول (المستوي الرابع)، شقوق الثدي (المستوي الثالث)، تورم الثدي (المستوي الثالث)، نزيف بعد الولادة (المستوي الرابع)، تسمم الحمل (المستوي الرابع).
- النتيجة الإجمالية حول الرضا التام عن الرعاية هي 10/7.8،

الدراسة 2: الاستشارة بعد الولادة في المركز الصحي بوجراح (حوالي 110 حالة)

ولتحقيق هذا العمل، اخترنا دراسة وصفية استرجاعية، تمتد لمدته شهرين.

الاهداف:

- دراسة مدي انتشار المضاعفات التالية للوضع

المواد والأساليب:

قد أدرجنا فقط النساء اللواتي أنجبين في الشهرين الأخيرين واللاتي حضرن الاستشارة التالية للولادة.

نتائج:

- المضاعفات: نزيف 2.72 %، العدوى 3.6 %، شقوق الثدي 35.4 %، تورم الثدي 12.7 %، التهاب الثدي 1.8 %، سلس البول بعد الولادة 11 %، الإمساك/البواسير 9 %، فقر الدم 7.2 %.



VIII. BIBLIOGRAPHIE



- [1] HOROVITZ J, GUYON F, ROUX D, HOCKE C. *Suites de couches normales et pathologiques (non compris les syndromes neuroendocriniens)*. EMC (Elsevier Masson SAS, Paris), Obstétrique, 5-110-A-10, 2001.
- [2] ROBAIL, Emma. *Audit clinique cible portant sur le dossier obstétrical informatisé (partie partogramme, accouchement et post-partum immédiat)*. Ecole De Sages-Femmes De Clermont-Ferrand. Université D'auvergne – Clermont 1. Diplôme d'état de sage-femme. 2016. <dumas-01558107>
- [3] HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Evaluation des pratiques professionnelles. Rapport de l'expérimentation nationale. Audit clinique ciblé appliqué à l'évaluation de la surveillance du travail et de l'accouchement par la tenue du partogramme*. Service Évaluation des Pratiques. Octobre 2006. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_final - partogramme.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/rapport_final_-_partogramme.pdf).
- [4] TANGARA, Sidiky. *Evaluation de la qualité des soins d'accouchement au centre de sante de référence de la commune IV du district de Bamako*. Thèse de Med. Faculté de médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie. 2009.page :65.
- [5] S SIBY, Aboubacar. *Evaluation de la qualité des soins obstétricaux dans la salle d'accouchement du centre de sante de référence de Kangaba*. Faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie. 2009.page :71
- [6] LA HAUTE AUTORITE DE SANTE (HAS). *La césarienne ce que toute femme enceinte devrait savoir*. 2, avenue du Stade de France – 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex. 2013.page :8.
- [7] CISSE, Seybou. *La césarienne de qualité au centre de sante de référence de la commune VI du district de Bamako à propos de 400 cas*. Thèse de MED. Université de Bamako : Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie. 2006.page :86.
- [8] DEMBELE, Mahamadou. *Etude qualitative de la césarienne au service de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Sikasso du 1er janvier 2005 au 31 décembre 2005*. Thèse de Méd. la Faculté de Médecine de Pharmacie et d'Odontostomatologie De l'Université de Bamako. 2008.page :89.
- [9] TOGORA, Modibo. *La césarienne de qualité au Cs réf. C V du district de Bamako de 2000-2002 : à propos de 2883 cas*. Thèse de Méd. Université De Bamako Faculté De Médecine De Pharmacie Et D'odontostomatologie. 2004.page :116.

- [10] HAS. *Les recommandations de bonne pratique : Sortie de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés*. Mars 2014. Page :1. Ces recommandations et l'argumentaire scientifique sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr
- [11] J.M, HASCOËT, P. VERT. *Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né*. Masson 2010.
- [12] J. Brunet. *La sortie précoce de maternité vue par le pédiatre, 33ième congrès sur la périnatalité*. Juin 2004.
- http://sdp.perinatfrance.org/GEN_LR_AP/documents/2002_2008/ap2004_recueil.pdf
- [13] FEDERATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DE L'AIDE FAMILIALE POPULAIRE. *Colloque périnatalité, sortie précoce de maternité : quels risques ? Les enjeux de l'accompagnement à domicile*. 2006.
- [14] DEPARTEMENT SANTE DE LA MERE, DU NOUVEAU-NE, DE L'ENFANT ET DE L'ADOLESCENT DE L'OMS. *Soins postnatals de la mère et du nouveau-né. Grandes lignes des Recommandations 2013 de l'Organisation mondiale de la santé*. © Organisation mondiale de la Santé et Jhpiego 2015. Tous droits réservés. WHO/RHR/15.05.
- [15] E.G. SIMONA, B, M. LAFFONC. *Soins maternels après accouchement voie basse et prise en charge des complications du post-partum immédiat : recommandations pour la pratique clinique*. In : *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction* (2015) 44, 1101—1110. 2015 Elsevier Masson SAS.
- [16] INSTITUT NATIONAL DE SANTE PUBLIQUE DU QUEBEC. *Mieux vivre avec notre enfant, de la naissance à deux ans*. 2006. <http://www.inspq.qc.ca/mieuxvivre/>
- [17] OECD HEALTH DATA 2010. <http://www.ecosante.org/pecd.htm>.
- [18] AGENCE TECHNIQUE DE L'INFORMATION SUR L'HOSPITALISATION. <http://www.atih.sante.fr>. 2012.
- [19] SCHWAB P. *Séjours hospitaliers durant la grossesse et accouchements*. Office fédéral de la statistique OFS, Suisse, 2007,0351-0706-30 :15p.
- [20] AFROUKH, Almahdi. *Evaluation de la qualité de prise en charge de la césarienne au CHP de khouribga entre 2014-2016*. Thèse de Méd. Faculté de médecine et pharmacie Rabat. 2017. N°458. Page :40

- [21] AMRANI M. *Césarienne à l'hôpital Bouafi, indications et complications*. Thèse Med Casablanca, 2006, n°152.
- [22] VENDITTELLI F, BONIOL M, MAMELLE N. *Sortie précoce dans le post-partum : état des lieux en France*. Rev Epidemiol Sante Publique, 2005, 53 : 373-382.
- [23] MITACHI A. *Indications et complications de la césarienne à l'hôpital HASSAN II d'Agadir*. Thèse Med Casablanca 2003, n° 348.
- [24] RAHNAOUI M. *Indications et complications de la césarienne a la maternité Lalla Meryem (à propos de 865 cas colligés au service de gynécologie obstétrique C* . Thèse Med Casablanca, 2009, n° 73.
- [25] TOURIQUI Y. *La césarienne à l'hôpital Saniat Remal de Tétouan à propos de 336 cas*.
- [26] TEGUETE I. *Étude clinique et épidémiologique de la césarienne à la maternité de l'hôpital national du point « G » de 1991 à 1993 à propos d'une étude de cas témoins de 1544 cas*. Thèse Med, Bamako (Mali) 1996, No 17, 133P.
- [27] COULIBALY.I. Gaoussou. *La césarienne dans le service de gynécologie obstétrique de l'H.G.T de Bamako de 1992 à 1996(A propos de 3314 cas)*. Thèse Méd., Bamako, 1999, N°85.
- [28] ANNIE, Selome Fagnisse. *L'Opération Césarienne à la Maternité Lagune de Cotonou*. Etude rétrospective de 1995 à 1995 et prospective d'Avril à Juin 2000 à Bobos de 5702 Thèse Méd. Bamako, 2001, N°53. NX405.
- [29] CISSE, Brahima. *La césarienne : Aspects cliniques, épidémiologiques et prise en charge des complications post opératoires dans le service de gynécologie obstétrique du centre de Santé de référence de la commune V*. Thèse de Médecine : Bamako, 2001.
- [30] RENATE M. et al. : *Complications of cesarean deliveries : Rates and risk factors*. American journal of obstetrics and gynecology. 2004 ; 190: 428-34.
- [31] MINISTERE DE LA SANTE DPRF/DPE/SEIS. *Enquête Nationale Sur La Population Et La Santé Familiale (ENPSF-2011)*. Rabat, Maroc.décembre.2012.
- [32] BASTIEN, Valérie. BRACONNIER, Muriel. DE TYCHEY, Claude. *Dépression postnatale. Facteurs de risque et modalités de prévention*. Nostalgies, 1999, p. 289-307

- [33] BOUCHE, Pascal. *La sexualité du post-partum*. 34èmes Assises Nationales des sages-femmes, 17^{ème} session européenne, 2006, mai, p. 85-87
- [34] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE, UNICEF. *Déclaration conjointe : Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel : le rôle spécial des services liés à la maternité*. Genève. 1990 et renouvelé en 2005.
- [35] BOULINGUEZ-JOUAN, Véronique. *Allaiter : pourquoi ? comment ? idées reçues sur l'allaitement maternel*. Éditions le cavalier bleu. 5, avenue de la République 75011 Paris. 2017.
- [36] DURAND, Tristan. *Nutrition de la femme enceinte & de la femme allaitante*. Nutrition 2^{ème} année école de diététique et nutrition humaine. Paris. Disponible sur : <http://www.netcampus.fr/ressources/library/documents/nutrition-de-la-femme-enceinte-et-allaitante.pdf>. (Consulté le 19/10/2018)
- [37] BENABDELMALEK, Nada. *La pathologie maternelle et grossesse (à propos de 556 cas)*. Thèse de médecine. Faculté de médecine et de pharmacie. Rabat. 2018.
- [38] MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE ET DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE. *Rapport National EPT 2012*. P :109. Disponible sur : <https://www.men.gov.ma/Documents/Rap-EducationPourTous2012.pdf>.
- [39] MINISTERE DE L'EDUCATION NATIONALE. *Alphabétisation au Maroc : bilan 2007-2012 ; pour une pleine participation de tous dans la société*. Direction de la lutte contre l'analphabétisme. Rabat, 2012. Morocco. P :13.
- [40] TURAWA EB, MUSEKIWA A, ROHWER AC. *Interventions for treating postpartum constipation*. Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 9. Art. N: CD010273. Published by John Wiley & Sons, Ltd.
- [41] E.-G. SIMONA, B, M. LAFFONC. *Maternal care after vaginal delivery and management of complications in immediate post-partum — Guidelines for clinical practice*. In : Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction (2015) 44, 1101—1110. 2015 Elsevier Masson SAS.
- [42] E. DERBYSHIRE ET AL. *Maternal and Child Nutrition*. 2006 . 2, pp. 127-134

- [43] ATIENZA, Patrick. *Complications proctologiques dans les suites de couches : conduite à tenir en 2007*. Service de Proctologie médico-interventionnelle Groupe Hospitalier Diaconesses-Croix Saint-Simon (Site Reuilly) 18, rue du Sergent Bauchat. 75012 Paris – France.2007. Pages 2-4. Disponible sur : www.lesjta.com/html2fpdf/article_pdf.php?ar_id=1138
- [44] ABRAMOWITZ L, SOBHANI I, BENIFLA JL ET AL. *Anal fissure and thrombosed external hemorrhoids before and after delivery*. Dis Colon Rectum. 2002 ; 45:650-5.
- [45] PEYRAT L, HAILLOT O, BRUYERE F, BOUTIN JM, BERTRAND P, LANSON Y. *Prévalence et facteurs de risque de l'incontinence urinaire chez la femme jeune*. Progrès en urologie 2002 ;12:52-9.
- [46] BURGIO, K.L. ; ZYCZYNSKI, H; LOCHER, J.L.; RICHTER, H.E.; REDDEN, D.T. & WRIGHT, K.C. (2003). *Urinary incontinence in the 12-month postpartum period*. Obstet Gynecol, Vol.102, No.6 (Dec 2003), pp. 1291-1298, ISSN 0029-7844
- [47] MARSHALL, K.; THOMPSON, K.A.; WALSH, D.M. & BAXTER, G.D. (1998). *Incidence of urinary incontinence and constipation during pregnancy and postpartum : survey of current findings at the Rotunda Lying-In Hospital*. Br J Obstet Gynaecol, Vol.105, No.4 (Apr 1998), pp. 400-402, ISSN 0306-5456
- [48] AUBIN, Isabelle. *Incontinence urinaire du post-partum : l'évoquer dans la consultation suivant l'accouchement*. UFR Paris 7. La Revue Exercer - Mars/Avril 2006 n°77 – 44.
- [49] GROUTZ, A. ; GORDON, D. ; KEIDAR, R. ; LESSING, J.B. ; WOLMAN, I.; DAVID, M.P. & CHEN, B. (1999). *Stress urinary incontinence : prevalence among nulliparous compared with primiparous and grand multiparous premenopausal women*. Neurourol Urodyn, Vol.18, No.5 (Jan 1999), pp. 419-425, ISSN 0733-2467.
- [50] VIKTRUP, L. ; LOSE, G. ; ROLFF, M. & BARFOED, K. (1992). *The symptoms of stress incontinence caused by pregnancy or delivery in primiparas*. Obstet Gynecol, Vol.79, No.6 (Jun 1992), pp. 945-949, ISSN 0029-7844.
- [51] IOSIF, S. (1981). *Stress incontinence during pregnancy and in puerperium*. Int J Gynaecol Obstet, Vol.19, (Mar 1981), pp. 13-20, ISSN 0020-7292.
- [52] MORKVED, S. & BO, K. (1999). *Prevalence of urinary incontinence during pregnancy and postpartum*. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct, Vol.10, No.6 (Jun 1999), pp. 394- 398, ISSN 0937-3462.

- [53] EASON E, LABRECQUE M, MARCOUX S, MONDOR M. *Effects of carrying a pregnancy and of method of delivery on urinary incontinence : a prospective cohort study.* BMC Pregnancy Childbirth 2004 ;4(1):4.
- [54] GLAZENER CM, HERBISON GP, MACARTHUR C, LANCASHIRE R, MCGEE MA, GRANT AM, ET AL. *New postnatal urinary incontinence : obstetric and other risk factors in primiparae.* BJOG 2006 ;113(2):208-17.
- [55] VILLET R, SALET-LIZEE D, ZAFIROPOULO M. *L'incontinence urinaire d'effort de la femme.* Paris : Masson, 2000 :8-17.
- [56] PREGAZZI R, SARTORE A, TROIANO L, GRIMALDI E, BORTOLI P. *Postpartum urinary symptoms: prevalence and risk factors.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2002 ;103:179-82.
- [57] GLAVIND K, BJORK J. *Incidence and treatment of urinary retention postpartum.* Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2003 ;14:119—21.
- [58] OLOFSSON CI, EKBLOM AO, EKMAN-ORDEBERG GE, IRESTEDT LE. *Post-partum urinary retention: a comparison between two methods of epidural analgesia.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1997 ;71:31—4.
- [59] GUIHENEUF A, WEYL B. *Rétention aiguë d'urine du post-partum. À propos de deux cas et revue de la littérature.* J Gynecol Obstet Biol Reprod 2008 ;37(6):614—7.
- [60] CARLEY ME, CARLEY JM, VASDEV G, LESNICK TG, WEBB MJ, RAMIN KD, ET AL. *Factors that are associated with clinically overt post- partum urinary retention after vaginal delivery.* Am J Obstet Gynecol 2002 ;187:430—3.
- [61] LIANG CC, CHANG SD, TSENG LH, HSIEH CC, CHUNG CL, CHENG PJ. *Postpartum urinary retention: assessment of contributing factors and longterm clinical impact.* Aust N Z J Obstet Gynaecol 2002 ;42 :365—8.
- [62] PERRIN, Fanny. *La rétention urinaire du post-partum. Quelle prévention et quelle prise en charge à la Maternité Régionale Universitaire de Nancy.* France. Université Henri Poincaré Nancy I. 2012. page :34.
- [63] PERTEK JP, HABERER JP. *Effects of anesthesia on postoperative micturition and urinary retention.* Ann Fr Anesth Reanim 1995 ;14:340—51.

- [64] TEO R, PUNTER J, ABRAMS K, MAYNE C, TINCELLO D. *Clinically overt postpartum urinary retention after vaginal delivery: a retrospective case-control study*. Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct 2007 ;18:521—824.
- [65] YIP SK, BRIEGER G, HIN LY, CHUNG T. *Urinary retention in the postpartum period. The relationship between obstetric factors and the postpartum post-void residual bladder volume*. Acta Obstet Gynecol Scand 1997 ;76:667—72.
- [66] ANDOLF E, IOSIF CS, JORGENSEN C, RYDHSTROM H. *Insidious urinary retention after vaginal delivery: prevalence and symptoms at follow-up in a population-based study*. Gynecol Obstet Invest 1994 ;38:51—3.
- [67] LEE SNS, LEE CP, TANG OSF, WONG WM. *Post-partum urinary retention*. Int J Gynecology Obstet 1999 ;66:287—8.
- [68] A.C. BOUHOURSA, P. BIGOTB, M. ORSATB, N. HOARAUB, P. DESCAMPSA, A. FOURNIEA, A.-R. AZZOUZIB.. *Rétention vésicale du post-partum*. In: Progrès en urologie. Elsevier Masson SAS.2011.11-17.
- [69] WING DA, RUMNEY PJ, PRESLICKA CW, CHUNG JH. *Daily cran berry juice for the prevention of asymptomatic bacteriuria in pregnancy:a randomized, controlled pilot study*. J Urol 2009;181(3):1503—4.
- [70] DUGOUA JJ, SEELY D, PERRI D, MILLS E, KOREN G. *Safety and efficacy of cranberry (vaccinium macrocarpon) during pregnancy and lactation*. Can J Clin Pharmacol 2008 ;15(1):e80—6.
- [71] AKLA, Sarra. *Pronostic materno-foetal descésariennes programmées et des césariennes urgentes*. N:35. Universite Mohammed V –Souissi–Faculte De Medecine Et De Pharmacie –Rabat.2014.
- [72] BENKIRANE Saad, SAADI Hanane. MIMOUNI Ahmed. *Le profil épidémiologique des complications maternelles de la césarienne au CHR EL Farabi Oujda*. Service de Gynécologie Obstétrique, CHU Mohammed, VI Oujda, Maroc. 2016.page :6
- [73] UMVF - UNIVERSITE MEDICALE VIRTUELLE FRANCOPHONE. *Complications des suites de Couches*. Comité éditorial de l'UVMaF.2014. Pages : 10-11. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UEobstetrique/complications_suites_couches/site/html/cours.pdf
- [74] THIRION M. *L'allaitement : de la naissance au sevrage*. 3ème éd, Paris; Albin Michel;2004.185-203 p;

- [75] SANTOS, Kamila ET AL. *Prevalence and factors associated with cracked nipples in the first month postpartum*. BMC Pregnancy and Childbirth. BioMedCentral © 2016 The Author(s). disponible sur :<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4975913/pdf/12884_2016_Article_999.pdf>.
- [76] SOUSA, Taciana Maia Et AL. *Factors Associated with Nipple Lesions in Puerperae*. Articles from Journal of Tropical Pediatrics are provided here courtesy of OxfordUniversityPress. 2015. disponiblesur:<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4892383/>.
- [77] THOMPSON, Robyn et al. *Potential predictors of nipple trauma from an in-home breastfeeding programme: A cross-sectional study*. © 2016 Australian College of Midwives. Published by Elsevier Ltd. All rights reserved. Volume 29, Issue 4. disponible sur :< [https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192\(16\)00005-6/pdf](https://www.womenandbirth.org/article/S1871-5192(16)00005-6/pdf)>
- [78] MALZACHER M, LOSA M. *Ankyloglossie, frein de langue, langue tie : to cut or not to cut ? Expériences personnelles pour l'évaluation et pour la frénulotomie du 48 nouveau-né avec ankyloglossie et problèmes d'allaitement*. CH-9007 St.Gallen. Paediatrica Vol. 21 No. 3 2010 ; Disponible sur: <http://www.swiss-paediatrics.org/sites/default/files/paediatrica/vol21/n3/pdf/34-36.pdf>.
- [79] K. KAUFFMANN-HUYSMANS. *Pansement au lait maternel / Soins des crevasses du mamelon dans les débuts de l'allaitement par le colostrum et le lait maternel : une solution à portée de main*. Dossier de l'allaitement. 2005. Disponible sur : <http://www.lllfrance.org/Dossiers-de-lallaitement/DA-62-Pansement-au-lait-maternel.html>
- [80] Observatoire « le lait de relais » : résultats. Médecine et enfance. 2009 ;166–7.
- [81] MAUD MH. *Allaitement maternel mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de la vie de l'enfant*. ANAES. 2002. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272220/allaitement-maternel-miseen-oeuvre-et-poursuite-dans-les-6-premiers-mois-de-vie-de-lenfant
- [82] HAMOSH M. *Bioactive Factors in Human Milk*. Pediatr Clin North Am. 2001 ;48(1):69–86. 18. FMPMC-PS - Histologie : organes, systèmes et appareils. Disponible sur: http://www.chups.jussieu.fr/polys/histo/histoP2/POLY_Chp.6.3.html
- [83] HAMOSH M. *Protective Function of Proteins and Lipids in Human Milk*. Biol Neonate. 1998 ;74:163–76.

- [84] LAURENT C. *Le lait maternel, les aspects pratiques*. Institut Co-Naître. 2002. Disponible sur: www.co-naître.net/articles/laitmaternel CL.pdf
- [85] CARPENTER G, COHEN S. *Epidermal growth factor*. J Biol Chem.1990 ;265(14):7709-12.
- [86] REVOL M. SERVANT JM. *Cicatrisation dirigée* ; EMC 2010. Disponible sur: <http://www.cicatrisation.info/d u/cours2010/EMC2 cicatrisat ion.pdf>
- [87] HUTCHINSON JJ, LAWRENCE JC. *Wound infection under occlusive dressings*. Journal of Hospital Infection. 1991 ;17(2):83-94.
- [88] LANSINOH LABORATORIES. *Inc.Lansinoh HPA® Brand Lanolin*. Disponible sur : <http://www.lansinoh.com/uploads/pdf/HPA BOOK LET FINAL.pdf>
- [89] ALMAFIL. Spécialiste de l'allaitement. Disponible sur : <http://www.almafil.com/html/lansinoh/Neau-doc-Lanolin-Leaflet-Sage-Femme.Pdf>
- [90] DODD V, CHARLMERS C. *Comparing the use of hydrogel dressing to lanolin ointment with lactating mothers*. J Obstet Gynecol Neonatal Nurs. 2003 ;32(4):486-94.
- [91] INCH S, FISHER C. *Mastitis: infection or inflammation?* Practitioner, 1995, 239(1553):472-476.
- [92] WALKER M. *Mastitis Lactation Consultant Series 2*, No. 298-2. La Leche League International, 1400 N.Meachem Road, Schaumburg, IL 60168-4079, USA, 1999.
- [93] LAWRENCE RA. *Breastfeeding - a guide for the medical profession*, 5th ed. St. Louis, CV Mosby, 1999 (pages 273-283).
- [94] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Le conseil en allaitement : cours de formation*. Geneva,WHO/UNICEF, 1993 (documents WHO/CDR/93.3, 4, 5, and 6; Organisation Mondiale de la Santé,1211 Genève 27, Suisse).
- [95] AMIR L. *Mastitis*. Australian Lactation Consultants Association News, 1993, 4(3):117.
- [96] ANAES. *Allaitement maternel, Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant*. 159, rue Nationale - 75640 Paris Cedex 13. 2002.disponible sur :

- [97] DEVEREUX WP. *Acute puerperal mastitis. Evaluation of its management.* American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1970, 108(1):78-81.
- [98] MATHESON I, AURSNEIS I, HORGREN M ET AL. *Bacteriological findings and clinical symptoms in relation to clinical outcome in puerperal mastitis.* Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica, 1988, 67(8):723-726.
- [99] COMBS, C. ROBERTSON P. *Risk factors for third-degree and fourth-degree perineal lacerations in forceps and vacuum deliveries.* American Journal of Obstetrics and Gynecology. [enligne]. 1990. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2375331>>
- [100] CIGOLINI MC. *Mastitis - the big picture.* 1995, Sydney, Nursing Mothers Association of Australia. (Paper presented at NMAA Conference: Breastfeeding - getting it right. Sydney, Australia, March 1995).
- [101] DIXON JM, MANSEL RE. *ABC of breast diseases. Symptoms, assessment and guidelines for referral.* British Medical Journal, 1994, 309(6956):722-726.
- [102] OGLE KS, DAVIS S. *Mastitis in lactating women [conférence clinique].* Journal of Family Practice, 1988, 26(2):139-144.
- [103] TURNBRIDGE J. *What to use instead of Flucloxacillin (editorial).* Australian Prescriber, 1995, 18(3):54-55.
- [104] FULTON B, MOORE LL. *Antimicrobials in breastmilk. Part I : Penicillins and cephalosporins.* Journal of Human Lactation, 1992, 8(3) :157-158.
- [105] JOHNSEN C. *Inflammatory lesion of the breast.* In : Strömbeck JO, Rosato FE, eds. Surgery of the breast. Stuttgart, Georg Thieme Verlag, 1986 :48-52.
- [106] SCHOLEFIELD JH, DUNCAN JL, ROGERS K. *Review of a hospital experience of breast abscesses.* British Journal of Surgery, 1987, 74(6):469-470.
- [107] DIXON JM. *Repeated aspiration of breast abscesses in lactating women.* British Medical Journal, 1988, 297(6662):1517-1518.
- [108] BENSON EA, GOODMAN MA. *Incision with primary suture in the treatment of acute puerperal breast abscess.* British Journal of Surgery, 1970, 57(1):55-58.

- [109] KNIGHT ICS, NOLAN B. *Breast abscess*. British Medical Journal, 1959, 1:1224-1226.
- [110] NIEBYL JR, SPENCE MR, PARMLEY TH. *Sporadic (nonepidemic) puerperal mastitis*. Journal of Reproductive Medicine, 1978, 20(2):97-100.
- [111] MELISH ME, CAMPBELL KA. *Coagulase-positive staphylococcal infections: Breast abscesses*. In: Feigin RD, Cherry JD, eds. Textbook of pediatric infectious diseases, 4th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Co.1998:1039-1066.
- [112] TAYLOR MD, WAY S. *Penicillin treatment of acute puerperal mastitis*. British Medical Journal, 1946,731-732.
- [113] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE. *Mastite causes et prise en charge*. Département Sante et Développement de l'Enfant et de l'Adolescent.2004. [http : //whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_00.13_fre.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_FCH_CAH_00.13_fre.pdf).
- [114] KAUFMANN R, FOXMAN B. *Mastitis among lactating women: occurrence and risk factors*. Social Science and Medicine. 1991;33:701-5.
- [115] FULTON AA. *Incidence of puerperal and lactational mastitis in an industrial town of some 43,000 inhabitants*. British Medical Journal, 1945, I:693-696.
- [116] WALLER H. *The early failure of breastfeeding*. Archives of Disease in Childhood, 1946, 21:1-12.
- [117] HESSELTINE HC, FREUNDLICH CG, HITE KE. *Acute puerpural mastitis: Clinical and bacteriological studies, studies in relation to penicillin therapy*. American Journal of Obstetrics and Gynecology, 1948, 55:778-788
- [118] MARSHALL BR, HEPPER JK, ZIRBEL CC. *Sporadic puerperal mastitis. An infection that need not interrupt lactation*. Journal of the American Medical Association, 1975, 233(13):1377-1379.
- [119] PRENTICE A, PRENTICE AM, LAMB WH. *Mastitis in rural Gambian mothers and the protection of the breast by milk antimicrobial factors*. Transactions of the Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 1985, 79(1):90-95.
- [120] HUGHES LE, MANSEL RE, WEBSTER DJT. *Infection of the breast. Benign disorders and diseases of the breast*. London, Baillière Tindal, 1989:143-149.

- [121] RIORDAN JM, NICHOLS FH. *A descriptive study of lactation mastitis in longterm breastfeeding women*. Journal of Human Lactation, 1990, 6(2):53-58.
- [122] AMIR LH. *Candida and the lactating breast: predisposing factors*. Journal of Human Lactation, 1991, 7(4):177-181.
- [123] GARAGIOLA DM, TARVER RD, GIBSON L. *Anatomic changes in the pelvis after uncomplicated vaginal delivery: a CT study on 14 women*. AJR Am J Roentgenol 1989;153:1239-41.
- [124] CNEMM. *Rapport du Comité National d'Experts sur la Mortalité Maternelle. 2006*. [http://www.invs.sante.fr/publications/2006/mortalite maternelle/rapport.pdf](http://www.invs.sante.fr/publications/2006/mortalite%20maternelle/rapport.pdf).
- [125] NEWTON ER, PRIHODA TJ, GIBBS R. *Clinical and microbiologic analysis of risk factors for puerperal endometritis*. Obstet Gynecol 1990;75: 402-6.
- [126] FINEGOLD SM. *Susceptibility testing of anaerobic bacteria*. J Clin Microbiol 1988;26:1253-6.
- [127] ANDREWS WW, HAUTH JC, CLIVER SP, SAVAGE K, GOLDENBERG RL. *Randomized clinical trial of extended spectrum antibiotic prophylaxis with coverage for Ureaplasma urealyticum to reduce post-cesarean delivery endometritis*. Obstet Gynecol 2003;101:1183-9.
- [128] SOCIETE FRANÇAISE D'HYGIENE HOSPITALIERE. *Guide pour la surveillance et la prévention des infections nosocomiales en maternité*. Juin 2003.
- [129] GNGOF. *Recommandations CNGOF : prévention des infections à streptocoque du groupe A en maternité*. Port du masque chirurgical, 2005.
- [130] THE CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. *Prevention of invasive group A streptococcal disease among household contacts of case patients and among postpartum and postsurgical patients : recommendations from the Centers for Disease Control and Prevention*. Clin Infect Dis 2002 ;35 :950-9.
- [131] BUPPASIRI P, LUMBIGANON P, THINKHAMROP J, THINKHAMROP B. *Antibiotic prophylaxis for fourth-degree perineal tear during vaginal birth*. Cochrane Database Syst Rev 2005(4):CD005125.
- [132] ORTIN X, UGARRIZA A, ESPAX RM, BOIXADERA J, LLORENTE A, ESCODA L, ET AL. *Postpartum ovarian vein thrombosis*. Thromb Haemost 2005;93: 1004-5.

- [133] BROWN CE, STETTLER RW, TWICKLER D, CUNNINGHAM FG. *Puerperal septic pelvic thrombophlebitis : incidence and response to heparin therapy*. Am J Obstet Gynecol 1999 ;181 :143-8.
- [134] HEAVRIN BS, WRENN K. *Ovarian vein thrombosis: a rare cause of abdominal pain outside the peripartum period*. J Emerg Med 2008;34:67-9.
- [135] TWICKLER DM, SETIAWAN AT, EVANS RS, ERDMAN WA, STETTLER RW, BROWN CE, ET AL. *Imaging of puerperal septic thrombophlebitis: prospective comparison of MR imaging, CT, and sonography*. AJR Am J Roentgenol 1997 ;169:1039-43.
- [136] DUNNIHOO DR, GALLASPY JW, WISE RB, OTTERSON WN. *Postpartum ovarian vein thrombophlebitis: a review*. Obstet Gynecol Surv 1991 ;46: 415-27.
- [137] GARCIA J, ABOUJAOUDE R, APUZZIO J, ALVAREZ JR. *Septic pelvic thrombophlebitis: diagnosis and management*. Infect Dis Obstet Gynecol 2006 ;2006:15614.
- [138] FRENCH LM, SMAILL FM. *Antibiotic regimens for endometritis after delivery*. Cochrane Database Syst Rev 2004(4):CD001067.
- [139] CHRETIEN J. *Tuberculose et VIH. Un couple maudit*. Bull de l'ULCTMR, 1990, 65, 27-39
- [140] LESBORDES JL, BAQUILLON G, GEORES MC, NGBAL J & GEORGES AJ. *La tuberculose au cours de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) à Bangui (République centrafricaine)*. Méd Trop, 1988, 1, 21-25
- [141] N'DRI-YOMAN TH, ABDEL-REDA A, MAHASSADI KA, ATTIA KA, BATHAIX YF et al.- *La tuberculose péritonéale à l'heure du VIH/SIDA*. Rev Int Sci Méd, 2000, 2, 30
- [142] TIEMBRE I, N'DRI N, N'DOUTABE M, BENIE J, ALLAH K et al. *L'association tuberculose péritonéale-VIH: aspects épidémiologiques, cliniques, paracliniques et évolutifs*. Méd Afr Noire, 1997, 44, 565-568.
- [143] MINISTERE DE LA SANTE, DIRECTION DE L'EPIDEMIOLOGIE ET DE LUTTE CONTRE LES MALADIES. *Situation Epidémiologique de la Tuberculose au Maroc – Année 2015*.
- [144] DIRECTEUR DE L'EPIDEMIOLOGIE ET DE LUTTE CONTRE LES MALADIES : PR ABDERRAHMANE MAAROUFI. *Lutte Antituberculeuse au Maroc : Progrès, Défis et Perspectives*. Ministre de la santé. 2018.

- [145] MINISTERE DE LA SANTE, DIRECTION DE L'EPIDEMIOLOGIE ET DE LUTTE CONTRE LES MALADIES. *Situation Epidémiologique de la Tuberculose au Maroc – Année 2014.*
- [146] J.M. KASIA , E. VERSPYCK , G. LE BOUËDEC , C. STRUDER ,D. BOURGEOIS , D. WENDUM , J. DAUPLAT , M.A. BRUHAT ,J. MILLIEZ. *Tuberculose péritonéale Apport de la cœlioscopie.* In : J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997 . 26 : 367-373. © MASSON, Paris, 1997.
- [147] SOCHOCKY S. *Tuberculous peritonitis : a review of 100 cases.* Ann Rev Resp Dis 1967;95:398-401.
- [148] DINEEN P, HOMAN WP, GRAFE WR. *Tuberculous peritonitis : 43 years. Expérience in diagnosis and treatment.* Ann Surg 1976;184:717-822.
- [149] VYRAVANATHAN S, JEYARAJAH R. *Tuberculous peritonitis.* Post Grad Med J 1980;56:649-51.
- [150] MANOHAR A, SIMJEE A, HAFJEJEE A. *Symptoms and investigative findings in 145 patients with tuberculous peritonitis diagnosed by peritoneoscopy and biopsy over a five year period.* Gut 1990;31:1130-2.
- [151] HAMDANI A, SEKKAT N, ALYAOUNE A, MERZOUK M, MOUFID S, EL MEKNASSI MA. *La tuberculose péritonéale chez l'adulte. Etude de 207 cas.* Ann Gastroenterol Hepatol 1987 ;23:115- 22.
- [152] BENNANI A, OHAZZANI H, FALDI F, DAFIRI N, OUAZZANI L. *Aspects diagnostiques et thérapeutiques des tuberculoses péritonéales. A propos de 300 cas.* Ann Gastroenterol Hepatol 1988 ;24 :347-54.
- [153] JELLALI, Khaoula. *Le diagnostic non invasif de la tuberculose péritonéale (Résultats préliminaires).* Pour l'obtention du diplôme de spécialité Option : hépato-Gastroentérologie. Mai 2014. Faculté de médecine de FES.
- [154] SINGH MM, BHARGAVA AN, JAIN KP. *Tuberculous peritonitis.* N Engl J Med 1969 ;281 :1091-4.
- [155] MIMICA M. *Usefulness and limitations of laparoscopy in the diagnosis of tuberculous peritonitis.* Endoscopy 1992 ;24:588- 91.

- [156] BHARGAVA DK, SHRINIWAS, CHOPRA P, NIJHAWAN S, DASARATHY S, KUSHWAHA AKS. *Peritoneal tuberculosis : laparoscopic patterns and its diagnostic accuracy*. Am J Gastroenterol 1992;87:109-12.
- [157] HOSSAIN J, AL-ASKA AK, AL-MOFLEH I. *Laparoscopy in tuberculous peritonitis*. J Royal Soc Med 1992;85:89-91.
- [158] SANDICKI MU, COLAKOGLU S, ERGUN Y ET AL. *Presentation and role of peritoneoscopy in the diagnosis of tuberculous peritonitis*. J Gastroenterol Hepatol 1992 ;7:298-301.
- [159] MINISTERE DE LA SANTE DU MAROC. *Enquête confidentielle sur les décès maternels de 2015 dans les six régions prioritaires au Maroc*. Plan d'action 2012-2016 pour accélérer la réduction de la mortalité maternelle et néonatale. 2015.pages:43-47-48.
- [160] SANON TITIANMA, Aime Serge. *Hémorragies de la délivrance à la maternité du centre hospitalier national Yalgado Ouedraogo : étude des aspects épidémiologique, clinique et thérapeutique (n °031)*. Thèse de MED. Université De Ouagadougou : Unité De Formation Et De Recherche Des Sciences De La Santé. 2003. Page 107. (Section Médecine)
- [161] SAMAKE TAKARY. *Prise en charge des hémorragies du post-partum immédiat au centre de sante de référence de la commune V du district de Bamako*. Thèse de MED. Faculté De Médecine De Pharmacie Et D'odonto-Stomatologie. 2011. page :107
- [162] ALIHONOU.E et Coll. *Les hémorragies de la délivrance : Etude statistique et Etiologique (à propos de 151 cas recensés en 5 ans)*. Publication médicale Africaines 2002 ; 121 : 8-11.
- [163] DIALLO B. *Les hémorragies de la délivrance au service de gynécologie et obstétrique HGT Bamako*. 1999 Thèse – Méd 1990 N° 125
- [164] GOFFINET F. *Hémorragie de la délivrance : prise en charge en France et intérêt des prostaglandines*. J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997 ; 26 (suppl n°2) : 34-38
- [165] PAMBOU O. et coll. *Les hémorragies graves de la délivrance au CHU de Brazzaville*. Méd Afr Noire 1996,43 (7) : 418-422
- [166] SEMA Keita. *Étude des hémorragies du post-partum dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital point G 1991-2001*. Université de Bamako : faculté de médecine de pharmacie et d'odonto-stomatologie,2002, page :91.

- [167] *Recommandations De Pratique Clinique. Prise en charge de l'hémorragie du post-partum immédiat.* J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ;33(8 Suppl.).
- [168] SUBTIL D, SOMME A, ARDIET E, DEPRET-MOSSER S. *Recommandations de pratique clinique. Hémorragies du post-partum : fréquence, conséquences en termes de santé et facteurs de risque avant l'accouchement.* J Gynecol Obstet Biol Reprod. 2004 ;33(8 Suppl.) :4S9–4S16.
- [169] DREYFUS M, BEUCHER G, MIGNON A, LANGER B. *Prise en charge obstétricale initiale en cas d'hémorragie du post-partum.* J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ;33(8 Suppl):4S57–4S64.
- [170] BOULAY G, HAMZA J. *Prise en charge anesthésique en cas d'hémorragie du post-partum qui persiste ou qui s'aggrave malgré les mesures initiales.* J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ;33(8 Suppl):4S80–4S88.
- [171] PELAGE JP, LAISSY JP. *Prise en charge des hémorragies graves du post-partum : indications et techniques de l'embolisation artérielle.* J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004 ;33(8 Suppl): 4S93–4S102.
- [172] AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS ACOG. *Practice bulletin : clinical management guidelines for obstetrician–gynecologists number 76, october 2006 : post-partum hemorrhage.* Obstet Gynecol. 2006 ;108 :1039–47.
- [173] *Rapport du comité national d'experts sur la mortalité maternelle CNEMM.* 2006. Eds Inserm INVS Paris France.
- [174] LEVY G, DAILLAND P. *Hémorragies en obstétrique.* Encycl Med Chir (Elsevier, Paris), Anesthésie–Réanimation 1998 ; 36-820-A-10, 16 p.
- [175] SOUBRA SH, KALAPALATHA K, GUNTUPALLI MD. *Critical illness in pregnancy: an overview.* Crit Care Med 2005 ;33 :10S248–10S255.
- [176] GOFFINET F. *Hémorragies de la délivrance : prise en charge en France et intérêt des prostaglandines.* J Gynecol Obstet Biol Reprod 1997 ;26(suppl no 2) :26–33.
- [177] ROBERTS WE. *Obstetric Management of postpartum hemorrhage.* Obstetrics Gynecol Clinics of North America 1995 ;22 (2) :283–302.
- [178] DAILLAND P, CABROL D. *Quel chiffre de l'hématocrite et/ou de la concentration d'hémoglobine doit faire envisager un apport d'érythrocytes chez une femme*

enceinte pendant et après une césarienne ? Ann Fr Anesth Reanim 1995 ;14(Suppl 1) :28– 31.

- [179] *CONFERENCE DE CONSENSUS. Coagulation intravasculaires disséminées (CIVD) en réanimation : définition, classification et traitement.* SLRF Lille ; 2002.
- [180] PEPAS LP, ARIF-ADIB M, KADIR RA. *Factor VIIa in puerperal hemorrhage with disseminated intravascular coagulation.* Obstet Gynecol 2006 ;108 :757–61.
- [181] LEDEE N, VILLE Y, MUSSET D, MERCIER F, FRYDMAN R, FERNANDEZ H. *Management in intractable obstetric haemorrhage: an audit study on 61 cases.* Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 2001 ;94:189–96.
- [182] COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS. *Extrait Des Mises A Jour En Gynécologie Et Obstétrique – TOME XXV* publié le 6.12.2001. Paris.
- [183] G. DUBAR, T. RACKELBOOM, V. TSATSARIS, A. MIGNON. *Prééclampsie. Éclampsie.* EMC - Anesthésie-Réanimation, Volume 9, Issue 2, Pages 1-18. 2013 Elsevier B.V.
- [184] WINER N, BRANGER B. *Prise en charge de la prééclampsie dans un réseau de périnatalité.* Ann Fr Anesth Reanim 2010;29:e47–50.
- [185] ENGELHARDT T, MACLENNAN FM. *Fluid management in pre-eclampsia.* Int J Obstet Anesth 1999 ;8:253–9.
- [186] [186]DULEY L, WILLIAMS J, HENDERSON-SMART DJ. *Plasma volume expansion for treatment of women with pre-eclampsia.* Cochrane Database Syst Rev 2000;(2) :CD001805.
- [187] DULEY L, HENDERSON-SMART DJ, CHOU D. *Magnesium sulphate versus phenytoin for eclampsia.* Cochrane Database Syst Rev 2010;(10):CD000128.
- [188]] DULEY L, GÜLMEZOĞLU AM, CHOU D. *Magnesium sulphate versus lytic cocktail for eclampsia.* Cochrane Database Syst Rev 2010;(9):CD002960.
- [189] ALTMAN D, CARROLI G, DULEY L, FARRELL B, MOODLEY J, NEILSON J, ET AL. *Do women with pre-eclampsia, and their babies, benefit from magnesium sulphate? The Magpie Trial: a randomised placebo-controlled trial.* Lancet 2002 ;359:1877–90.

- [190] SOCIETE FRANCAISE D'ANESTHESIE ET DE REANIMATION, COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANCAIS, SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE PERINATALE, SOCIETE FRANCAISE DE NEONATOLOGIE. *Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie. Recommandations formalisées d'experts*. Ann Fr Anesth Reanim 2009 ;28:275-81.
- [191] SOCIETE FRANÇAISE D'ANESTHESIE ET DE REANIMATION. *Prévention de la maladie thromboembolique veineuse péri opératoire et obstétricale*. Recommandations pour la pratique clinique. 2005.
- [192] COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS (CNGOF). *Item 25 : Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours*. 2010-2011. pages :8-9. Disponible sur : <<http://campus.cerimes.fr/gynecologie-etobstetrique/enseignement/item25/site/html/cours.pdf>>.
- [193] COLLÈGE NATIONAL DES GYNÉCOLOGUES ET OBSTÉTRICIENS FRANÇAIS. *Troubles Psychiatriques De La Grossesse Et Du Post Partum*. In : Extrait des Mises à jour en Gynécologie et Obstétrique –Tome XIX publié le 1er.12.1995. Paris.
- [194] UNIVERSITE MEDICALE VIRTUELLE FRANCOPHONE. *La visite postnatale*. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF. 01/03/11. Page :7.
- [195] *Le Petit Larousse illustré*, Paris: Larousse ; 2000.p.91.
- [196] STAMPS P. *Measuring patient satisfaction*. Med Group Manage. 1984 ;31:36-44. This article on PubMed
- [197] ANAES. *La satisfaction des patients lors de leur prise en charge dans les établissements de santé*. Revue de la littérature médicale.1996 :45
- [198] DONABEDIAN A. *The quality of care: How can it be assessed?*. JAMA. 1988 ;260 :1743-8. This article on PubMed
- [199] GASQUET I. *Satisfaction des patients et performance hospitalière*. Presse Med. 1999 Oct 2 ;28(29):1610-3. This article on PubMed
- [200] PASCOE G. *Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis*. Eval Program Plann. 1983 ;6:185-210. This article on PubMed
- [201] SITZIA J, WOOD N. *Patient satisfaction : a review of issues and concepts*. Soc Sci Med. 1997 ; 45(12): 1829- 43. PubMed | Google Scholar

- [202] HOERNI B, SAURY R. *Le consentement, information, autonomie et décision en médecine*. Paris : Masson ; 1998.
- [203] DUPONT M, FOUCARDE A. *L'information médicale du patient : Règles et recommandations*. Paris : Assistance publique – Hôpitaux de Paris, les guides de l'AP-HP ; 2002.
- [204] HAUTE AUTORITE DE SANTE. *Dossier d'information – Résultats 2016 qualité et sécurité des soins dans les hôpitaux et cliniques en France*. Direction de la communication et de l'information des publics – Janvier 2017.p :5.
- [205] OMS. *Déclaration de l'OMS sur les taux de césarienne*. organisation mondiale de la Santé Avenue Appia 20, CH-1211 Genève 27, Suisse.2014. Disponible sur : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161443/WHO_RHR_15.02_fre.pdf;jsessionid=EA74B25B66213D9D190D4DD838CB313E?sequence=1
- [206] ROBSON M, HARTIGAN L, MURPHY M. *Methods of achieving and maintaining an appropriate caesarean section rate*. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol. 2013;27:297-308.
- [207] TORLONI MR, BETRAN AP, SOUZA JP, WIDMER M, ALLEN T, GULMEZOGLU M, ET AL. *Classifications for cesarean section: a systematic review*. PLoS ONE. 2011;6(1):e14566
- [208] MINISTERE DE LA SANTE. *Sante en chiffres 2015*. Direction de la Planification et des Ressources Financière. Division de la Planification et des Etudes. Service des Etudes et de l'Information Sanitaire. EDITION 2016.Maroc.
- [209] BETRAN AP, TORLONI MR, ZHANG J, YE J, MIKOLAJCZYK R, DENEUX-THARAUX C ET AL. *What is the optimal rate of caesarean section at population level? A systematic review of ecologic studies*. Reprod Health. 2015;12(1):57.
- [210] YE J, BETRAN AP, VELA MG, SOUZA JP, ZHANG J. *Searching for the Optimal Rate of Medically Necessary Cesarean Delivery*. Birth. 2014;41(3):237-43.
- [211] ALTHABE F, SOSA C, BELIZAN JM, GIBBONS L, JACQUERIOZ F, BERGEL E. *Cesarean section rates and maternal and neonatal mortality in low-, medium-, and high-income countries: an ecological study*. Birth. 2006;33(4):270-7.
- [212] CARROLI, G. MIGNINI, L. *The Cochrane Library*. « *Episiotomy for vaginal birth* ». John Wiley and Sons. Ed The Cochrane Collaboration. 2008. ISSN. 1464- 780 X.

- [213] GOLDBERG, MD. FAGAN, M. *Episiotomy : Indications and Repair*. Philadelphia. 2008.
- [214] D'ERCOLE, C. *L'épisiotomie protège-t-elle le périnée ? La lettre du Gynécologue, dossier autour de l'accouchement*. 2000, n° 257, p 31-34.
- [215] CNGOF. *L'épisiotomie : recommandations pour la pratique clinique*. http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/rpc_episio2005.pdf. 2005.
- [216] JULIEN, V. RAUDRANT, D. *Savoir renoncer à la voie basse. La lettre du gynécologue, 2000, n° 257, p 48-49*.
- [217] Mohamed EL Bakkali et AL. *Facteurs de risques associés à la pratique d'épisiotomie et la survenue des déchirures périnéales chez les mères au niveau de la maternité de l'hôpital Chérif Idrissi dans la région du Gharb Chrarda Bni Hssen*. Doctorat sciences et techniques CED/ Département de Biologie, Université IbnTofail, Kenitra, Maroc.2014.
- [218] YOUSFI CHAYMAE. *Episiotomie A La Maternité Souissi Rabat*. Thèse de médecine n : 353.Faculté De Médecine Et De Pharmacie De Rabat.2016.
- [219] BEUCHER, G. *Complications maternelles des extractions instrumentales*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2008, vol 37, p170-186.
- [220] GUIDELINES. *Texte de recommandations des extractions instrumentales*. Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction, 2008, vol 35, n° S1.
- [221] SEGUY, B. *Opinion : La ventouse obstétricale. Bonne pratique et prévention du risque médico-légal*. Revue du praticien Gynécologie Obstétrique, 2006, n° 98. p13-14.
- [222] MILLET, R. SCHAAL, JP. *Ventouse ou Forceps, que choisir ? La lettre du Gynécologue, dossier autour de l'accouchement*. 2000, n° 257. P 37-45
- [223] OMS. 1999. *Soins à la mère et nouveau-né dans le post-partum. Guide pratique*. Genève.
- [224] O'GRADY, JP. TAIGHER, C. *Vacuum extraction, forceps delivery. California*. [En ligne]. 2008. <http://emedicine.medscape.com/article/27115-overview>
- [225] PARANT, O. REME, JM. MONROZIES, X. *Déchirures obstétricales récentes du périnée et épisiotomie*. [en ligne]. Paris. Ed Masson. 1999. <http://www.em-consulte.com/article/7969>

- [226] BENIFLA, J-L. MADELENAT, P. BATALLAN, A. *L'extraction instrumentale provoque-t-elle des lésions spécifiques en fonction de l'instrument (forceps, ventouse, spatules).* Les JTA. [En ligne] 2006. http://www.lesjta.com/article.php?ar_id=849
- [227] MOLA, D. KUK, M. *A randomised controlled trial of two instruments for vacuum-assisted delivery (Vacca Re-Usable OmniCup and the Bird anterior and posterior cups) to compare failure rates, safety and use effectiveness.* The Royal Australian and New Zealand College of Obstetricians and Gynaecologists [en ligne],2010.<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20618242>
- [228] AUDIPOG. *Données du réseau sentinelle AUDIPOG.* <http://www.audipog.net/interro-choix> PHP. 2008.
- [229] WILLMSAB, BROWN ED, KETTRITZ UI, KULLER JA, SEMELKA RC. *Anatomic changes in the pelvis after uncomplicated vaginal delivery: evaluation with serial MR imaging.* Radiology 1995;195:91-4.
- [230] WACHBERG RH, KURTZ AB, LEVINE CD. *Real time ultrasonographic analysis of the normal post-partum uterus: technique, variability, and measurements.* J Ultrasound Med 1994 ;15:215-21.
- [231] MULIC-LUTVICA A, BEKURETSION M, BAKOS O, AXELSSON O. *Ultrasonic evaluation of the uterus and uterine cavity after normal vaginal delivery.* J Ultrasound Med 2003;18:491-8.
- [232] SOKOL ER, CASALE H, HANEY I. *Ultrasound examination of the postpartum uterus: what is normal?* J Materno-Fetal Neonat Med 2004;15: 95-9.
- [233] DINC H, ESEN F, DEMIRCI A, SARI A, RESIT GÜMEL EH. *Pituitary dimensions and volume measurements in pregnancy and post partum.* MR assessment. Acta Radiol 1998 ;39:64-9.
- [234] FOWLER PA, EVANS LW, GROOME NP, TEMPLETON A, KNIGHT PG. *Alongitudinal study of maternal serum inhibin-A, inhibin-B, activin-A, activin-AB, pro-alpha C and follistatin during pregnancy.* Hum Reprod 1998 ;13:3530-6.
- [235] DE MEEUS JB, POURRAT O, GOMBERT J, MAGNIN G. *C-reactive protein levels at the onset of labour and at day 3 post-partum in normal pregnancy.* Clin Exp Obstet Gynecol 1998 ;25 :9-11.
- [236] VAN DERWIJDEN C, KLEIJNEN J,VAN DEN BERK T. *Lactational amenorrhea for family planning.* Cochrane Database Syst Rev 2003(4):CD001329.

- [237] ZIMANAN MJ, CARTLEDGE T, TOMAI T, TIPETT P, MERRIAM GR. *Pulsatile GnRH stimulates normal cyclic ovarian function in amenorrheic lactating post-partum women.* J Clin Endocrinol Metab 1995;80: 2088-93.
- [238] GRAY RH, CAMPBELL OL, APELO R, ESLAMI SS, ZACUR H, RAMOS RM, ET AL. *Risk of ovulation during lactation.* Lancet 1990;335:25-9.
- [239] KENNEDY KY, LABBOK MH, VAN LOOK PF. *Consensus statement lactational amenorrhea method for family planning.* Int J Gynecol Obstet 1996;54:55-7.
- [240] ZACHARIAS S, AGUILERA E, ASSENZO JR, ZANARTU J. *Return of fertility in lactating and non-lactating women.* J Biosoc Sci 1987;19:163-9.
- [241] AFSSAPS. *Recommandations pour la pratique clinique. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme*, décembre 2004.
- [242] TRUITT ST, FRASER AB, GRIMES DA, GALLO MF, SCHULZ KF. *Combined hormonal versus nonhormonal versus progestin-only contraception in lactation.* Cochrane Database Syst Rev 2003(2):CD003988.
- [243] DIAZ S. *Contraceptive implants and lactation.* Contraception 2002;65: 39-46.
- [244] SHAAMASHAH, SAYED GH, HUSSEIN MM, SHAABAN MM. *A comparative of the levonorgestrel-releasing intrauterine system Mirena versus the Copper T380A intrauterine device during lactation : breast-feeding performance, infant growth and infant development.* Contraception 2005 ; 72:346-51.
- [245] POUR UN ALLAITEMENT REUSSI. *Physiologie de la lactation et soutien aux mères.* Paris : Masson; 1998.
- [246] HAS. *Allaitement Maternel. Les bénéfices pour la santé de l'enfant et de sa mère.* http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Allaitement_recos.pdf.
- [247] WHO. *Technical Consultation on Postpartum and Postnatal Care.* (2010). Department of Making Pregnancy Safer. World Health Organization.
- [248] CABR OL D, PONS JC & GOFFINE T F. (2003). *Traité d'obstétrique.* Flammarion.Paris.

- [249] CMM COLLEGE OF MIDWIVES OF MANITOBA. *Standard for postpartum care of Mother and infant. Postpartum Care of Mother and Infant*. Issued: Jan 2003. 1st Revision : Dec 2004
- [250] ROMANO M, CA C CI AT OR E A, GIO R DANO R. (2010) « *Postpartum period : three distinct but continuous phases.* » *Journal of Prenatal Medicine*; 4 (2): 22-25

Serment d'Hippocrate

- *Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*
- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

قسم ابقراط

بسم الله الرحمن الرحيم اقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- وأن أمارس مهنتي بوازع من ضميري وشرفي جاعلا صحة مريضى هدفي الأول .
- وألا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- وألا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .



المملكة المغربية
جامعة محمد الخامس بالرباط
كلية الطب والصيدلة بالرباط



أطروحة رقم: 404

سنة: 2018

"تقييم جودة الرعاية التي تقدم للوالدات في فترة ما بعد الولادة"

أطروحة:

قدمت ونوقشت علانية يوم

من طرف

الآنسة: هاجر الدكار
المزودة في 14 غشت 1990 بتطوان

لنيل شهادة دكتور في الطب

الكلمات الأساسية: بعد الولادة، رعاية الأمومة، الاستشارة بعد الولادة، المضاعفات، تقييم الرضا.

تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة:

رئيسة و
مشرفة

السيدة: عائشة خرباش
أستاذة في طب النساء والتوليد

أعضاء

السيدة: أمينة لخضر
أستاذة في طب النساء والتوليد
السيد: أحمد الكوزي
أستاذ في طب الأطفال