

**UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR**  
\*\*\*\*\*  
**FACULTE DE MEDECINE, DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE**  
\*\*\*\*\*



ANNEE 2014

N° 206

**SORTIE PRECOCE APRES ACCOUCHEMENT : ETUDE  
PROSPECTIVE A PROPOS DE 233 CAS COLLIGES AU  
CENTRE DE SANTE GASPARD KAMARA  
(DAKAR SENEGAL) EN 2013.**

**THESE**

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MEDECINE  
**(DIPLÔME D'ETAT)**

Présentée et soutenue publiquement

**Le 20 Août 2014**

Par

**Khary DIOP KONE**

Née le 12 Novembre 1985 à Dakar (Sénégal)

**MEMBRES DU JURY**

Président :	<b>M. Mamadou</b>	<b>SARR</b>	: Professeur
Membres :	<b>M. Cheikh Ahmed Tidiane</b>	<b>CISSE</b>	: Professeur
	<b>M. Philippe Marc</b>	<b>MOREIRA</b>	: Maître de Conférences Agrégé
	<b>M. Ibrahima</b>	<b>SECK</b>	: Maître de Conférences Agrégé
Directeur de thèse :	<b>M. Cheikh Ahmed Tidiane</b>	<b>CISSE</b>	: Professeur
Co-directeur :	<b>M. Mouhamadou Mansour</b>	<b>NIANG</b>	: Assistant-chef de clinique

# UNIVERSITE CHEIKH ANTA DIOP DE DAKAR

FACULTE DE MEDECINE DE PHARMACIE ET D'ODONTOLOGIE

DECANAT & DIRECTION

**DOYEN**

**M. ABDARAHMANE DIA**

**PREMIER ASSESSEUR**

**M. AMADOU DIOUF**

**DEUXIEME ASSESSEUR**

**M. ABDOUL WAKHABE KANE**

**CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS**

**M. SEYBATOU MAGATTE NDAW**

**DAKAR, LE 26 MAI 2014**

# LISTE DU PERSONNEL ENSEIGNANT PAR GRADE

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2013–2014

### I. MEDECINE

#### PROFESSEURS TITULAIRES

M. Mamadou	BA	Pédiatrie
M. Mamadou	BA	Urologie
Mme Mariame GUEYE	BA	Gynécologie-Obstétrique
M. Serigne Abdou	BA	Cardiologie
M. Seydou Boubakar	BADIANE	Neurochirurgie
M. Mamadou Diarrah	BEYE	Anesthésie-Réanimation
M. Boubacar	CAMARA	Pédiatrie
M. Cheikh Ahmed Tidiane	CISSE	Gynécologie-Obstétrique
M. Moussa Fafa	CISSE	Bactériologie-Virologie
§ M. Jean Marie	DANGOU	Anatomie et Cytologie Patho.
M. Abdarahmane	DIA	Anatomie-Chirurgie Générale
Mme. Anta TAL	DIA	Médecine Préventive
M. BayeAssane	DIAGNE	Urologie
+ * M.Ibrahima	DIAGNE	Pédiatrie
M. Bay Karim	DIALLO	O.R.L
M. Maboury	DIAO	Cardiologie
M. Madieng	DIENG	Chirurgie Générale
*M. MameThierno	DIENG	Dermatologie
M. Amadou Gallo	DIOP	Neurologie
M.EL Hadj Malick	DIOP	O-R-L
M. Mamadou	DIOP	Anatomie
M. Saliou	DIOP	Hématologie Clinique
Mme. Thérèse MOREIRA	DIOP	Médecine Interne I
M. Alassane	DIOUF	Gynécologie-Obstétrique
M. Boucar	DIOUF	Néphrologie
Mme. Elisabeth	DIOUF	Anesthésiologie-Réanimation
M. Mamadou Lamine	DIOUF	Hépatologie / Gastro- Entérologie
M. Raymond	DIOUF	O.R.L
M. Souvasin	DIOUF	Orthopédie-Traumatologie
M. Babacar	FALL	Chirurgie Générale
M. Ibrahima	FALL	Chirurgie Pédiatrique
M. Papa Ahmed	FALL	Urologie
Mme. Sylvie SECK	GASSAMA	Biophysique
Mme. Gisèle WOTO	GAYE	Anatomie Pathologique
M.Oumar	GAYE	Parasitologie
§ M. Lamine	GUEYE	Physiologie
*M. SerigneMaguèye	GUEYE	Urologie
+*M. Mamadou Mourtalla	KA	Médecine Interne
M. Abdoul	KANE	Cardiologie
M. Assane	KANE	Dermatologie
M. Oumar	KANE	Anesthésie-Réanimation
M. Mamadou	MBODJ	Biophysique

M. Jean Charles	MOREAU	Gynécologie-Obstétrique
*M. Claude	MOREIRA	Pédiatrie
M. Abdoulaye	NDIAYE	Anatomie-Orthopédie-Trauma
M. Issa	NDIAYE	O.R.L
*M. Madoune Robert	NDIAYE	Ophtalmologie
M. Mouhamadou	NDIAYE	Chirurgie Thoracique&Cardio-vasculaire
M. Mouhamadou Mansour	NDIAYE	Neurologie
M. Ousmane	NDIAYE	Pédiatrie
M. Papa Amadou	NDIAYE	Ophtalmologie
*M. Cheikh Tidiane	NDOUR	Maladies Infectieuses
M. Alain Khassim	NDOYE	Urologie
*M. Mamadou	NDOYE	Chirurgie Infantile
M. Oumar	NDOYE	Biophysique
M. Gabriel	NGOM	Chirurgie Pédiatrique
*M. Abdou	NIANG	CM / Néphrologie
M. El Hadji	NIANG	Radiologie
Mme. Mbayang NDIAYE	NIANG	Physiologie
Mme. Suzanne Oumou	NIANG	Dermatologie
*M. Youssoupha	SAKHO	Neurochirurgie
M. Mohamadou Guélaye	SALL	Pédiatrie
M. Niama DIOP	SALL	Biochimie Médicale
M. Abdoulaye	SAMB	Physiologie
M. Mamadou	SARR	Pédiatrie
M. Moustapha	SARR	Cardiologie
§Mme. Awa Marie COLL	SECK	Maladies Infectieuses
M. Moussa	SEYDI	Maladies Infectieuses
M. Seydina Issa Laye	SEYE	Orthopédie-Traumatologie
M. EL Hassane	SIDIBE	Endocrinologie-Métabolisme Nutrition-Diabétologie
*M. Masserigne	SOUMARE	Maladies Infectieuses
M. Ahmad Iyane	SOW	Bactériologie-Virologie
M. Mamadou Lamine	SOW	Médecine Légale
+* M. Papa Salif	SOW	Maladies Infectieuses
Mme. Haby SIGNATE	SY	Pédiatrie
M. Mouhamadou Habib	SY	Orthopédie-Traumatologie
§M. Cheickna	SYLLA	Urologie
M. Cheikh Tidiane	TOURE	Chirurgie Générale
M. Meïssa	TOURE	Biochimie Médicale

---

+ Disponibilité

\* Associé

§ Détachement

## MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

M. Abdoulaye	BA	Physiologie
Mme Aïssata LY	BA	Radiologie
M.EL Hadj Amadou	BA	Ophtalmologie
M. Momar Codé	BA	Neurochirurgie
M. Mamadou	CISSE	Chirurgie Générale
§M. Mamadou Lamine	CISSE	Gynécologie-Obstétrique
M. Ahmadou	DEM	Cancérologie
M. Djibril	DIALLO	Gynécologie-Obstétrique
M. Saïdou	DIALLO	Rhumatologie
* M. Babacar	DIAO	Urologie
§M. Alassane	DIATTA	Biochimie Médicale
M. Charles Bertin	DIEME	Orthopédie-traumatologie
M. Yémou	DIENG	Parasitologie
M. El Hadj Ibrahima	DIOP	Orthopédie-Traumatologie
M. Ibrahima Bara	DIOP	Cardiologie
M. Papa Saloum	DIOP	Chirurgie Générale
M. Saïd Norou	DIOP	Médecine Interne II
Mme. Sokhna BA	DIOP	Radiologie
M. Saliou	DIOUF	Pédiatrie
Mme Awa Oumar TOURE	FALL	Hématologie Biologique
M. Babacar	FAYE	Parasitologie
§ Mme. Mame Awa	FAYE	Maladies Infectieuses
M. Oumar	FAYE	Parasitologie
M. Oumar	FAYE	Histologie-Embryologie
M. Papa Lamine	FAYE	Psychiatrie
M. EL Hadj Fary	KA	Clinique Médicale/Néphrologie
M. Ousmane	KA	Chirurgie Générale
M. Abdoulaye	LEYE	Clinique Médicale / Médecine Interne
Mme. Fatimata	LY	Dermatologie
Mme. Nd. Maïmouna NDOUR	MBAYE	Médecine Interne
*M. Mouhamadou	MBENGUE	Hépatologie / Gastro-Entérologie
M. Philipe Marc	MOREIRA	Gynécologie
M. Mor	NDIAYE	Médecine du Travail
M. Moustapha	NDIAYE	Neurologie
+*M. Papa	NDIAYE	Médecine Préventive
*M.Souhaïbou	NDONGO	Médecine Interne
M. Jean Marc Ndiaga	NDOYE	Anatomie
Mme Marie	DIOP	Anesthésie-Réanimation
M. Lamine	NDOYE	Urologie
M. Abdoulaye	NIANG	CM / Médecine Interne
Mme. Paule Aïda	POUYE	Ophtalmologie
M. André Daniel	ROTH	Orthopédie-Traumatologie
Mme. Anne Aurore	SANE	Chirurgie plastique et reconstructive
Mme. Anna	SANKALE	Médecine Interne
*M.Ibrahima	SARR	Médecine Préventive
Mme Fatou Samba D. NDIAYE	SECK	Hématologie Clinique
Mme Aïda	SENE	Psychiatrie
M. Assane	SYLLA	Pédiatrie
M. Abdourahmane	SYLLA	O.R.L
M. Mamadou Habib	TALL	Psychiatrie
Mme Nafissatou Oumar	THIAM	Pneumologie
	TOURE	

---

+ Disponibilité

\* Associé

§ Détachement

## MAITRES-ASSISTANTS

Mme. Fatou Diallo	AGNE	Biochimie Médicale
M. El Hadj Souleymane	CAMARA	Orthopédie-Traumatologie
M. Amadou Gabriel	CISS	Chirurgie Thoracique & Cardio. Vasc.
Mme. MariamaSafiétou KA	CISSE	Médecine Interne
Mme. NdèyeFatou	COULIBALY	Orthopédie-Traumatologie
M. Mamadou	COUME	Médecine Interne
M. André Vauvert	DANSOKHO	Orthopédie-Traumatologie
M. Daouda	DIA	Hépatologie / Gastro-Entérologie
M. Abdoulaye Séga	DIALLO	Histologie-Embryologie
*M. Moussa	DIALLO	Dermatologie
*Mme Marie Edouard Faye	DIEME	Gynécologie Obstétrique
M. Pape Adama	DIENG	Chirurgie Thoracique & Cardio-Vasculaire
Mme. Seynabou FALL	DIENG	Médecine Interne I
Mme. Evelyne Siga	DIOM	O.R.L.
M. Ansoumana	DIATTA	Pneumophtisiologie
M. Amadou Lamine	FALL	Pédiatrie
M. Boubacar	FALL	Urologie
M. Lamine	FALL	Pédopschyatrie
Mme. MameCoumba GAYE	FALL	Médecine du Travail
M. Mohamed Lamine	FALL	Anesthésie-réanimation
Mme. Louise	FORTES	Maladies Infectieuses
M. Pape Macoumba	GAYE	Cancéro-radiothérapie
*M. SerigneModou Kane	GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
Mme. Roughyatou	KA	Bactériologie – Virologie
Mme. Yacine Dia	KANE	Pneumophtisiologie
*M. Abdoul Aziz	KASSE	Cancérologie
M. Alassane	MBAYE	Cardiologie
Mme. Aminata DIACK	MBAYE	Pédiatrie
M. Magatte	MBAYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Amadou Koura	NDAO	Neurologie
M. Mouhamadou Bamba	NDIAYE	Cardiologie
M. Papa Ibrahima	NDIAYE	Anesthésie Réanimation
M. Boucar	NDONG	Biophysique
Mme. NdèyeDialéNdiaye	NDONGO	Psychiatrie
M. Oumar	NDOUR	Chirurgie Pédiatrique
M. Ndaraw	NDOYE	Neurochirurgie
Mme. Marguerite Edith D.	QUENUM	Ophtalmologie
M. Jean Claude François	SANE	Orthopédie-Traumatologie
M. Ndéné Gaston	SARR	Biochimie Médicale
M. Gora	SECK	Physiologie
Mme. Lala Bouna	SECK	Neurologie
M. Mohamed Maniboliot	SOUMAH	Médecine légale
M. Roger Clément Kouly	TINE	Parasitologie Médicale
M. Kamadore	TOURE	Santé Publique
M. Silly	TOURE	Stomatologie
M. Issa	WONE	Médecine Préventive

## ASSISTANTS

Mme NafissatouNdiaye	BA	Anatomie Pathologique
M. El HadjiAmadouLamine	BATHILY	Biophysique
Mme Fatou	CISSE	Biochimie Médicale
M. Boubacar Samba	DANKOKO	Médecine Préventive
M. Mouhamadou Lamine	DIA	Bactériologie-Virologie
M. SidyAkhmed	DIA	Médecine du Travail
M. Chérif Mouhamed M.	DIAL	Anatomie Pathologique
Mme. Mama SY	DIALLO	Histologie-embryologie
M. Mor	DIAW	Physiologie
Mme. Marie Joseph	DIEME	Anatomie Pathologique
M. Abdoulaye Dione	DIOP	Radiologie
Mme. AïssatouSeck	DIOP	Physiologie
M. Dialo	DIOP	Bactériologie-Virologie
M. Ousseynou	DIOP	Biophysique
Mme. Abibatou SALL	FALL	Hématologie
M. Blaise Félix	FAYE	Hématologie
M. Magaye	GAYE	Anatomie
M. Mamadou MakhtarMbacké	LEYE	Médecine Préventive
M. Aïnina	NDIAYE	Anatomie
M. Magatte	NDIAYE	Parasitologie Médicale
M. Khadim	NIANG	Médecine Préventive
M. Moussa	SECK	Hématologie
M. Abdou Khadir	SOW	Physiologie
M. Doudou	SOW	Parasitologie Médicale
M. Khadime	SYLLA	Parasitologie Médicale
M. Ibou	THIAM	Anatomie Pathologique

# CHEFS DE CLINIQUE-ASSISTANTS DES SERVICES UNIVERSITAIRES DES HOPITAUX

M. Abou	BA	Pédiatrie
Mme. Aïssatou	BA	Pédiatrie
*M. El Hadji Makhtar	BA	Psychiatrie
M. Idrissa	BA	Pédopsychiatrie
M. Idrissa Demba	BA	Pédiatrie
Mme. MameSanou Diouf	BA	O.R.L.
M. Papa Salmane	BA	Chirurgie Thoracique & Cardio –vasc.
M.Nfally	BADJI	Radiologie
M. Mamadou Diawo	BAH	Anesthésie-Réanimation
Mlle. Marie Louise	BASSENE	Hépato-gastroentérologie
M. Malick	BODIAN	Cardiologie
M. Momar	CAMARA	Psychiatrie
Mme. MaïmounaFafa	CISSE	Pneumologie
M .Mouhamadou Moustapha	CISSE	Néphrologie
M. Abdoulaye	DANFA	Psychiatrie
M. Richard Edouard Alain	DEGUENONVO	O-R-L
M. Mohamed Tété Etienne	DIADHIOU	Gynécologie-Obstétrique
Mme. Nafissatou	DIAGNE	Médecine Interne
M. NgorSide	DIAGNE	Neurologie
Mme. Viviane Marie Pierre	DIALLO	Maladies Infectieuses
M. Souleymane	DIATTA	Chirurgie Thoracique
M. Demba	DIEDHIOU	Médecine Interne II
Mme MameSalimata	DIENE	Neurochirurgie
*M. Mamadou Moustapha	DIENG	Cancérologie
M. Rudolph	DIOP	Stomatologie
M. Assane	DIOP	Dermatologie
M. Abdoul Aziz	DIOUF	Gynécologie-Obstétrique
M. Assane	DIOUF	Maladies Infectieuses
M. Doudou	DIOUF	Cancérologie
Mme. Aimée Lakh FAYE	FALL	Chirurgie Pédiatrique
Mme. Anna Modji Basse	FAYE	Neurologie
M. Atoumane	FAYE	Médecine Interne
Mme. Fatou Ly	FAYE	Pédiatrie
*M. Papa Moctar	FAYE	Pédiatrie
M. Mamour	GUEYE	Gynécologie-Obstétrique
M. Modou	GUEYE	Pédiatrie
M. Aly Mbara	KA	Ophtalmologie
M. Daye	KA	Maladies Infectieuses
M. Ibrahima	KA	Chirurgie Générale
M. Sidy	KA	Cancérologie
M. Younoussa	KEITA	Pédiatrie
M. Amadou Ndiassé	KASSE	Orthopédie-Traumatologie
M. Charles Valérie Alain	KINKPE	Orthopédie-Traumatologie
M.AhmedTall	LEMRABOTT	Néphrologie
M. Papa Alassane	LEYE	Anesthésie-réanimation
M. Yakham Mohamed	LEYE	Médecine Interne
Mme. Indou DEME	LY	Pédiatrie
Mm.Khardiata Diallo	MBAYE	Maladies Infectieuses
M. Lamine	NDIAYE	Chirurgie Plastique et Reconstructive

M. Maodo	NDIAYE	Dermatologie
M. Babacar	NIANG	Pédiatrie
* M. Mouhamadou Mansour	NIANG	Gynécologie-Obstétrique
M. Aloïse	SAGNA	Chirurgie Pédiatrique
Mme. Magatte Gaye	SAKHO	Neurochirurgie
Mme. NafyNdiaye	SARR	Médecine Interne
M. Simon Antoine	SARR	Cardiologie
M. Mamadou	SECK	Chirurgie Générale
M. Sokhna	SECK	Psychiatrie
Mme. Marième Soda	SENE	Neurologie
M. AboubacrySadikh	SOW	Ophtalmologie
Melle AdjaratouDieynabou	SOW	Neurologie
M. Yaya	SOW	Urologie
M. Abou	SY	Psychiatrie
M. Alioune Badara	THIAM	Neurochirurgie
Mme. Khady	THIAM	Pneumologie
M. Mbaye	THIOUB	Neurochirurgie
M. Aliou	THIONGANE	Pédiatrie
M. Alpha Oumar	TOURE	Chirurgie Générale
M. Cyrille	ZE ONDO	Urologie

---

+ Disponibilité

\* Associé

§ Détachement

## II. PHARMACIE

### PROFESSEURS TITULAIRES

M. Emmanuel	BASSENE	Pharmacognosie et Botanique
M. Cheikh Saad Bouh	BOYE	Bactériologie-Virologie
M. Aynina	CISSE	Biochimie Pharmaceutique
Mme Aïssatou Gaye	DIALLO	Bactériologie-Virologie
Mme Aminata SALL	DIALLO	Physiologie Pharmaceutique
M. Mounibé	DIARRA	Physique Pharmaceutique
M. Alioune	DIEYE	Immunologie
* M. Amadou Moctar	DIEYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. TandakhaNdiaye	DIEYE	Immunologie
M. Pape Amadou	DIOP	Biochimie Pharmaceutique
M. YérimMbagnick	DIOP	Chimie Analytique
M. Amadou	DIOUF	Toxicologie
M. Mamadou	FALL	Toxicologie
*M. Souleymane	MBOUP	Bactériologie-Virologie
M. Bara	NDIAYE	Chimie Analytique
* M. Omar	NDIR	Parasitologie
Mme. Philomène LOPEZ	SALL	Biochimie Pharmaceutique
M. Guatayoro	SY	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Alassane	WELE	Chimie Thérapeutique

### MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Melle Thérèse	DIENG	Parasitologie
M. Djibril	FALL	Pharmacie Chimique & Chimie Orga.
M. Pape Madièye	GUEYE	Biochimie Pharmaceutique
M. ModouOumy	KANE	Physiologie
M. Gora	MBAYE	Physique Pharmaceutique
*M. Augustin	NDIAYE	Physique Pharmaceutique
M. Daouda	NDIAYE	Parasitologie
Mme. Maguette D.SYLLA	NIANG	Immunologie
M. Mamadou	SARR	Physiologie Pharmaceutique
M. Oumar	THIOUNE	Pharmacie Galénique

### MAITRES DE CONFERENCES

M. Matar	SECK	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
----------	------	--

## MAITRES-ASSISTANTS

M. Makhtar	CAMARA	Bactériologie-virologie
Mme. Rokhaya Ndiaye	DIALLO	Biochimie Pharmaceutique
M. Amadou	DIOP	Chimie Analytique
M. Ahmédou Bamba K.	FALL	Pharmacie Galénique
M. Babacar	MBENGUE	Immunologie
*Mme Halimatou Diop	NDIAYE	Bactériologie – Virologie
*M. Mamadou	NDIAYE	Pharmacologie et Pharmacodynamie
M. Serigne Omar	SARR	Chimie Analytique & Bromatologie
Mme. Awa Ndiaye	SY	Pharmacologie

## ASSISTANTS

Melle Aïda Sadikh	BADIANE	Parasitologie
Mme Kady Diatta	BADJI	Botanique
M. Mamadou	BALDE	Chimie Thérapeutique
Mme. Awa Ba	DIALLO	Bactériologie-Virologie
M. William	DIATTA	Botanique
M. Adama	DIEDHIOU	Chimie Thérapeutique & Organique
M. Cheikh	DIOP	Toxicologie
M. Moussa	DIOP	Pharmacie Galénique
M. Louis Augustin D.	DIOUF	Physique Pharmaceutique
M. Alphonse Rodrigue	DJIBOUNE	Physique Pharmaceutique
M. Alioune Dior	FALL	Pharmacognosie
*M. Babacar	FAYE	Biologie Moléculaire et cellulaire
M. Djiby	FAYE	Pharmacie Galénique
M. Macoura	GADJI	Hématologie
Melle Rokhaya	GUEYE	Chimie Analytique & Bromatologie
Mme. Rokhaya Sylla	GUEYE	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
Mme Arame	NDIAYE	Biochimie Médicale
M. Mouhamadou	NDIAYE	Parasitologie
M. Idrissa	NDOYE	Pharmacie Chimique et Chimie Organique
Mme. Mathilde M. P. Cabral	NDIOR	Toxicologie
M. Abdoulaye	SECK	Bactériologie –Virologie
* M. Mame Cheikh	SECK	Parasitologie
M. Mbaye	SENE	Physiologie Pharmaceutique
M. Madièye	SENE	Pharmacologie
M. Papa Mady	SY	Physique Pharmaceutique
Mme. Fatou Guèye	TALL	Biochimie Pharmaceutique
M. Yoro	TINE	Chimie Générale
Mme Aminata	TOURE	Toxicologie

---

\* Associé

### **III. CHIRURGIE DENTAIRE**

#### **PROFESSEURS TITULAIRES**

M	Henri Michel	BENOIST	Parodontologie
*M.	Falou	DIAGNE	Orthopédie Dento-Faciale
M.	Boubacar	DIALLO	Chirurgie Buccale
M.	Papa Demba	DIALLO	Parodontologie
M.	Abdoul Wakhabe	KANE	Odontologie Cons. Endodontie
* M.	Papa Ibrahima	NGOM	Orthopédie Dento-Faciale
M.	Malick	SEMBENE	Parodontologie

#### **MAITRES DE CONFERENCES AGREGES**

MmeKhady	DIOP	BA	OrthopédieDento-Faciale
M. Daouda		CISSE	Odontologie Prév. et Sociale
Mme Adam Marie SECK		DIALLO	Parodontologie
M. Babacar		FAYE	Odontologie Cons. Endodontie
M. Daouda		FAYE	Odontologie Préventive et Sociale
M. Malick		FAYE	Pédodontie
M. Cheikh Mouhamadou M.		LO	Odontologie Prév. Sociale
M. El Hadj Babacar		MBODJ	Prothèse Dentaire
§ Mme Charlotte FATY		NDIAYE	Chirurgie Buccale
Mme Fatou gaye		NDIAYE	Odontologie Conservatrice Endodontie
M. Mouhamed		SARR	Odontologie Cons. Endodontie
Mme Soukèye DIA		TINE	Chirurgie Buccale
M. Babacar		TOURE	Odontologie Conservatrice Endodontie

#### **MAITRES ASSISTANTS**

Mme Aïssatou TAMBA	BA	Pédodontie-Prévention
M. Khaly	BANE	O.C.E.
Mme Fatou	DIOP	Pédodontie-Prévention
M. Abdoulaye	DIOUF	Parodontologie
M. Joseph Samba	DIOUF	OrthopédieDento-Faciale
Mme Fatou	LEYE	O.C.E.
M. Malick	MBAYE	Odontologie Cons. Endodontie
M. Cheikh	NDIAYE	Prothèse Dentaire
M. Paul Débé Amadou	NIANG	Chirurgie Buccale
Mme Farimatayouga DIENG	SARR	Matières Fondamentales
M. Mohamed Talla	SECK	Prothèse Dentaire

## ASSISTANTS

Mme. Adjaraou Wakha	AIDARA	O.C.E.
M. Abdou	BA	Chirurgie Buccale
M. Alpha	BADIANE	OrthopédieDento-Faciale
Mme. Binetou C. GASSAMA	BARRY	Chirurgie Buccale
*M. Khalifa	DIENG	Odontologie Légale
*M. Lambane	DIENG	Prothèse Dentaire
M. Abdoulaye	DIOUF	Odontologie Pédiatrique
M. Massamba	DIOUF	Odontologie Prév. et Sociale
Mme. Ndèye Nguiniane Diouf	GAYE	Odontologie Pédiatrique
*M. Moctar	GUEYE	Prothèse Dentaire
*M. Mouhamadou Lamine	GUIRASSY	Parodontologie
Melle. Aïda	KANOUTE	Santé Publique Dentaire
M. Alpha	KOUNTA	Chirurgie Buccale
M. Papa Abdou	LECOR	Anatomo- Physiologie
M. Edmond	NABHANE	Prothèse Dentaire
Mme. Diouma	NDIAYE	Odontologie Conservatrice-Endodontie
M. Mamadou Lamine	NDIAYE	Odontologie Conservatrice-Endodontie
M. Seydina Ousmane	NIANG	Odontologie Conservatrice- Endodontie
M. Oumar Harouna	SALL	Matières Fondamentales
M. Babacar	TAMBA	Chirurgie Buccale
Mme. Soukèye Ndoye	THIAM	Odontologie Pédiatrique
Mme. Néné	THIOUNE	Prothèse Dentaire
M. Amadou	TOURE	Prothèse Dentaire
M. Saïd Nour	TOURE	Prothèse Dentaire

---

\* Associé

§ Détachement

# DEDICACES

*AU NOM D'ALLAH  
LE TOUT PUISSANT,  
LE CLEMENT,  
LE MISERICORDIEUX  
PAIX ET SALUT SUR  
SON PROPHETE  
MOUHAMMED.*

*In memoriam,*

*À ma tante Néné Badiane*

*Tu es partie en laissant derrière toi une œuvre non accomplie.*

*Dommage de ne pas t'avoir à mes cotés en ce merveilleux moment de ma vie, toi qui m'a toujours soutenue durant ces longues années d'étude.*

*Tu es une motivation de ce travail, alors il est à toi. Que ton âme repose en paix.*

*À mon oncle et ami Tonton Brama Fall*

*Tu m'as toujours soutenue et encadrée.*

*Merci d'avoir toujours été là pour moi, de m'avoir couvée surtout dans les moments de peine.*

*Ce travail est le tien. Que ton âme repose en paix.*

*À mon grand père maternel*

*À ma cousine et sœur Mame Sarr Diop*

*À tout ceux que j'ai connus, absents ce jour*

*Que Dieu Vous accueille au paradis. Amine !*

*Je dédie ce travail ...*

*A ma très chière mère Ndéye Ngoné Dimé*

*Femme brave et courageuse.*

*Je ne trouverai jamais les mots exacts et convenables à ton endroit pour exprimer tout ce que je ressens pour toi.*

*Tes qualités humaines m'ont tant impressionné et tu m'as toujours servi de références.*

*Tes prières sans arrêt, sans nul doute sont celles qui m'ont permis d'en arriver là.*

*Ce qui fait de ce travail le fruit de ton labeur.*

*Maman adorée, que DIEU te garde auprès de nous le plus longtemps possible et qu'il te comble de grâce au delà de tes espérances. Je t'aime fort maman.*

*A mon père Amadou Yalla dit Dame Diop*

*Ta sagesse, ton courage et ton dévouement pour ta famille font de toi un père digne et sans pareil.*

*Tu n'as jamais ménagé aucun effort dans le but de nous voir réussir.*

*Sans ton aide et celle de ma mère, je ne sais pas ce que je serais devenu aujourd'hui.*

*Que ce travail t'apporte réconfort moral pour tes sacrifices consentis à mon égard et reçois le en gage de mon amour et de ma profonde et éternelle reconnaissance.*

*Je prie DIEU qu'il veille sur toi et qu'il te garde auprès de nous le plus longtemps possible dans la paix, la joie et la santé.*

*Merci papa, que DIEU te bénisse.*

*A mes frères et sœurs*

*Gaye, Alioune, Thiarra, Ngoné, Mame Diarra, Khady, Khayta, Modou, Mansour, Mami et  
Pape Mor DIOUP*

*Les mots ne sauraient suffire pour traduire mon attachement et mon affection envers vous.*

*La vie est un dur combat que nous devons mener avec courage et persévérence.*

*Nous avons, vous le savez bien, été élevés dans la solidarité, la joie et la dignité.*

*L'amour et la paix dans lesquels nous avons été éduqués doivent être notre force intarissable.*

*Restons unis dans toutes les circonstances et soyons à la hauteur de nos parents qui se sont tant sacrifiés pour nous.*

*Notre réussite tant sociale que professionnelle sera leur fierté.*

*Que DIEU vous bénisse et vous accorde une longue vie chargée de grâce et de bénédiction*

*A mon oncle Ismaela Diop et à sa famille*

*Votre soutien permanent et vos prières tout au long de ces si longues années sont incontestables et inestimables.*

*Je ne peux exprimer à travers ces lignes, tous mes sentiments envers vous.*

*Recevez ce travail en guise de ma reconnaissance.*

*A ma famille maternelle*

*A ma famille paternelle*

*A tous mes oncles et tantes*

*Ce travail est tout à fait à votre honneur. Qu'il soit le témoin de ma profonde gratitude. Que Dieu vous protège.*

*A mes bafjénés Merci pour votre soutien.*

*A tous mes cousins et cousines*

*Aux Diamants Roses*

*Adji mame BA, Cogna CISS, Djeneba Fafa CISSE, Ndeye coura DIOH, Fatimata Bintou SALL, Billo Tall et Yacine Seye.*

*Vous avez toujours su trouver les bons mots et gestes au moment opportun. Qu'Allah nous donne la chance de toujours partager tous ces grands moments de bonheur qu'il nous reste à vivre.*

*A mon très cher époux Cheikhna Cheikh Saad Bou KONE*

*Ton encouragement et ton soutien étaient la bouffée d'oxygène qui me ressourçait dans les moments pénible, de solitude et de souffrance.*

*Merci d'être toujours à mes cotés, par ta présence, par ton amour dévoué et ta tendresse, pour donner du goût et du sens à notre vie de famille.*

*En témoignage de mon amour, de mon admiration et de ma grande affection, je te prie de trouver dans ce travail l'expression de mon estime et mon sincère attachement.*

*Que le bon Dieu fasse que notre ménage soit l'un des plus bénis et nous gratifie d'une famille adorable. Amine*

*A ma belle mère Adama Koné et mon beau père Boubacar Koné*

*A mes belles sœurs Lalla, Mami et Astou.*

*A mes beaux frères Karim, El hadji, Matar, Adramé et à leurs épouses.*

*A ma belle famille Merci de m'avoir accepté dans votre famille. Je vous témoigne de ma plus profonde gratitude.*

*A mes amis et à tous les anciens élèves du Lycée Babacar Cobar Ndao de Kaffrine particulièrement à Fatoumata Cissé et Samba Thiapato Faye.*

*Mes remerciements*

*-Au Professeur Cheikh Ahmed Tidiane CISSE*

*-Au Maître de Conférence agrégé Phillipe Marc MOREIRA*

*-Au Maître de Conférence agrégé Assane SYLLA*

*-Au Maître de Conférence agrégé Ibrahima SECK*

*- Au Docteur Mouhamadou Mansour NIANG*

*- Au Docteur EL Hadji Ousseynou FAYE*

*- Au Docteur Abdoulaye DIOUF*

*- Au Docteur Daouda SY*

*- A Monsieur et Madame DIOUF*

*- A toute l'équipe de la CGO*

*- A Monsieur Bokhio GUISSÉ*

*- A Madame KOUNDOUL (IHS)*

*- Aux Mamans des Diamants roses*

*- A mes camarades de promotion et internes*

*- A tous ceux qui m'ont généreusement transmis leur savoir*

*- A tous ceux que j'ai oubliés de citer.*

**A TOUTES LES FEMMES DU MONDE ENTIER**



# **A NOS MAITRES ET JUGES**

*A notre Maître et Président de Jury*

*Professeur Mamadou SARR*

*C'est un grand honneur que vous nous avez fait en acceptant de présider notre Jury de thèse. Nous sommes profondément touchés par la spontanéité avec laquelle vous avez accepté de présider ce jury.*

*Votre goût du travail bien fait, votre rigueur scientifique nous a profondément marquée.*

*Votre disponibilité et vos qualités intellectuelles font de vous un éminent professeur.*

*Vous êtes pour nous un Maître exemplaire.*

*Trouvez ici, le témoignage de notre profonde admiration et de notre gratitude.*

*A notre Maître, juge et Directeur de Thèse*

*Professeur Cheikh Ahmed Tidiane CISSE*

*Nous avons eu la chance de travailler sous votre direction, de profiter de votre savoir faire et de vos compétences scientifiques.*

*C'est un grand honneur que vous nous avez fait en nous confiant ce travail. Votre rigueur sans égale, votre goût du travail bien fait, votre piété ainsi que votre humanisme nous ont particulièrement marqués depuis nos premiers pas en gynécologie lors de nos stages de 5<sup>ème</sup> année de médecine.*

*Nous ne trouverons jamais assez de mots pour vous témoigner toute notre reconnaissance et toute notre estime !*

*Que Dieu vous accorde une longue vie et une bonne santé !*

*A notre Maître et juge*

*Professeur Philippe Marc MOREIRA*

*Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail malgré vos nombreuses occupations.*

*Votre courtoisie, votre simplicité, votre modestie et votre sens de la responsabilité font de vous un maître respecté et estimé par toute une génération d'étudiants.*

*Recevez à travers ces lignes, honorable Maître, l'assurance de notre profonde gratitude et de notre admiration.*

*A notre Maître et juge*

*Professeur Ibrahima SECK*

*Malgré vos occupations multiples, vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de juger ce travail et nous vous en remercions.*

*Recevez à travers ces lignes, honorable Maître, l'assurance de notre profonde gratitude et de notre admiration particulière.*

*A notre Maître et Co-directeur de Thèse*

*Docteur Mouhamadou Mansour NIANG*

*Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant spontanément de co-diriger cette thèse et d'en suivre pas à pas la réalisation. Votre simplicité, votre disponibilité et votre clarté d'esprit nous ont fortement impressionnées.*

*Vous avez suivi ce travail jusqu'à son aboutissement et vous avez donné le meilleur de vous pour qu'il soit mené à bien. Cette étude porte vos empreintes.*

*Nous vous prions d'accepter nos chaleureux remerciements.*

« Par délibération, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation. »

# **LISTE DES ABREVIATIONS**

<b>AG:</b>	Age Gestационnel
<b>ARV :</b>	Antirétroviral
<b>BGR:</b>	Bassin Généralement Rétréci
<b>BL:</b>	Bassin Limite
<b>BTR:</b>	Bassin Transversalement Rétréci
<b>CA :</b>	Canal Artériel
<b>CNGOF:</b>	Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français
<b>COC :</b>	Contraceptifs Oraux Combinés
<b>CPN:</b>	Consultation Prénatale
<b>CPON:</b>	Consultation Post-natale
<b>CRF :</b>	Capacité Résiduelle Fonctionnelle
<b>CS:</b>	Centre de Santé
<b>CSGK:</b>	Centre de Santé Gaspard Kamara
<b>DES:</b>	Diplôme d'Etudes Spécialisé
<b>DIU :</b>	Dispositif Intra-utérin
<b>ECBU:</b>	Examen Cytobactériologique des Urines
<b>EDS IV:</b>	4 <sup>ème</sup> Enquête Démographique et de Santé
<b>EDS V:</b>	5 <sup>ème</sup> Enquête Démographique et de Santé
<b>GATPA:</b>	Gestion Active de la Troisième Phase de l'Accouchement
<b>HAS:</b>	Haute Autorité de Santé

<b>HBPM:</b>	Héparine de Bas Poids Moléculaire
<b>HLP :</b>	Hormone Lactogène Placentaire
<b>HPP :</b>	Hémorragie du Post-partum
<b>IHS :</b>	Institut d'Hygiène Sociale
<b>IVA :</b>	Inspection Visuelle après application d'Acide Acétique
<b>IVL :</b>	Inspection Visuelle après application de Lugol
<b>LT :</b>	Ligature des Trompes
<b>MAMA :</b>	Méthode Allaitement Maternel-Aménorrhée
<b>MILDA :</b>	Moustiquaire imprégnée d'Insecticide à Longue Durée d'Action
<b>NFS :</b>	Numération Formule Sanguine
<b>NN :</b>	Nouveau-né
<b>NO :</b>	Oxyde d'Azote
<b>NV :</b>	Naissance Vivante
<b>OD :</b>	Oreillette Droite
<b>OG :</b>	Oreillette Gauche
<b>OMS :</b>	Organisation Mondiale de la Santé
<b>PgE2 :</b>	Prostaglandine E2
<b>PgI2 :</b>	Prostacycline
<b>PP :</b>	Post-partum
<b>PRL</b>	Prolactine

**PTME :** Prévention de la Transmission Mère-Enfant

**RPDA :** Retour Précoce à Domicile après Accouchement

**SA :** Semaine d'Aménorrhée

**SC :** Sous-cutané

**SDC :** Suites de couches

**SNP :** Surveillance Nutritionnelle et Pondérale

**SONU :** Soins Obstétricaux et Néonatals d'Urgence

**UI :** Unité Internationale

**VIH :** Virus de l'Immunodéficience Humaine

# **LISTE DES FIGURES**

<b>Figure 1</b> : Carte géographique avec l'emplacement du District Centre.....	27
<b>Figure 2</b> : Répartition des patientes selon l'âge.....	32
<b>Figure 3</b> : Répartition des patientes selon la parité.....	33
<b>Figure 4</b> : Répartition des patientes selon leur profession.....	34
<b>Figure 5</b> : Répartition de patientes selon leurs antécédents obstétricaux.....	36
<b>Figure 6</b> : Répartition des patientes selon la qualité des CPN.....	38
<b>Figure 7</b> : Répartition des patientes selon le type de bassin.....	41
<b>Figure 8</b> : Répartition des patientes selon le mode d'accouchement.....	42
<b>Figure 9</b> : Répartition des patientes selon les indications des césariennes.....	43
<b>Figure 10</b> : Répartition des patientes selon la durée du séjour après AVB.....	44
<b>Figure 11</b> : Répartition des patientes selon la méthode contraceptive choisie.....	48

# LISTE DES TABLEAUX

<b>Tableau I</b> : Répartition des patientes selon leur provenance.....	34
<b>Tableau II</b> : Répartition de patientes selon leurs antécédents médicaux.....	35
<b>Tableau III</b> : Répartition des patientes selon leur suivi prénatal.....	37
<b>Tableau IV</b> : Répartition des patientes selon le type et le terme de la grossesse.....	39
<b>Tableau V</b> : Répartition des patientes selon l'aspect du liquide amniotique.....	40
<b>Tableau VI</b> : Répartition des patientes selon les complications à la CPON 1.....	45
<b>Tableau VII</b> : Répartition des patientes selon le mode d'allaitement à la CPON 1..	45
<b>Tableau VIII</b> : Répartition des patientes selon les complications à la CPON 2.....	46
<b>Tableau IX</b> : Répartition des patientes selon le mode d'allaitement à la CPON 2...	47
<b>Tableau X</b> : Répartition des patientes selon le mode d'allaitement à la CPON 3....	47
<b>Tableau XI</b> : Répartition des nouveau-nés selon leurs paramètres anthropométriques.	49
<b>Tableau XII</b> : Répartition des nouveau-nés selon le score d'Apgar à la 5 <sup>ème</sup> minute...	50
<b>Tableau XIII</b> : Répartition des nouveau-nés selon leur examen morphologique...	51
<b>Tableau XIV</b> : Répartition des nouveau-nés selon l'évolution pondérale à la CPON1. ....	52
<b>Tableau XV</b> : Répartition des nouveau-nés selon l'évolution pondérale à la CPON2.	53
<b>Tableau XVI</b> : Répartition des nouveau-nés selon l'évolution pondérale à la CPON3. ....	54
<b>Tableau XVII</b> : Proportion d'accouchées sorties précocement de la maternité selon le mode d'accouchement en France et au Sénégal.....	57
<b>Tableau XVIII</b> : Proportion d'accouchées sorties précocement et le taux de réhospitalisé ou non en France et au Sénégal.....	59

# **SOMMAIRE**



I.3.4. L'Adaptation rénale .....	10
I.3.5. L'adaptation digestive.....	10
I.3.6. Le score d'Apgar.....	10
I.4. Complications du post-partum .....	11
I.4.1. Complications maternelles .....	11
I.4.1.1. Complications infectieuses .....	11
I.4.1.2. Complications thrombo-emboliques .....	12
I.4.1.3. Complications liées à l'allaitement .....	12
I.4.1.3.1.Engorgement mammaire.....	12
I.4.1.3.2.Crevasses mamelonnaires .....	13
I.4.1.3.3.Lymphangite mammaire .....	14
I.4.1.3.4.Abcès du sein .....	14
I.4.1.4. Complications hémorragiques .....	14
I.4.1.4.1.Inertie utérine .....	15
I.4.1.4.2.Endométrite hémorragique .....	15
I.4.1.4.3.Rétention placentaire .....	16
I.4.1.4.4.Retour de couches hémorragique.....	16
I.4.1.5. Troubles psychologiques.....	16
I.4.1.5.1.Les difficultés d'attachement mère-enfant .....	16
I.4.1.5.2.Le « blues syndrome » du post-partum.....	17
I.4.1.5.3.La dépression du post-partum.....	17
I.4.1.5.4.La psychose puerpérale.....	18
I.4.1.6. Autres complications.....	18
I.4.2. Complications néonatales.....	18

I.4.2.1. Complications infectieuses .....	19
I.4.2.2. Ictère néonatal .....	19
I.4.2.3. Troubles digestifs .....	19
I.4.2.4. Cardiopathies congénitales .....	20
I.5. Surveillance du post-partum.....	20
I.5.1. En salle de naissance .....	20
I.5.2. Dans les suites de couches .....	21
I.6. Consultations post-natales .....	22
I.6.1. Première consultation post-natale ou CPON 1 .....	23
I.6.2. Deuxième consultation post-natale ou CPON 2 .....	23
I.6.3. Troisième consultation post-natale ou CPON 3.....	24
II. SORTIE PRECOCE .....	25
DEUXIEME PARTIE : NOTRE ETUDE .....	27
I. CADRE D'ETUDE.....	27
I.1. Situation géographique.....	27
I.2. Infrastructures .....	28
I.2.1. Maternité .....	28
I.2.2. Unité de consultation externe.....	28
I.3. Personnel du service de Gynécologie-Obstétrique.....	29
I.4. Activités.....	29
I.4.1. Soins .....	29
I.4.2. Formation .....	29
I.4.2.1. Formation théorique .....	29
I.4.2.2. Formation pratique .....	30
II. PATIENTES ET METHODES .....	30
II.1. Type d'étude .....	30

II.2. Critères de sélection des patientes .....	30
II.2.1. Critères d'inclusion .....	30
II.2.2. Critères de non inclusion.....	30
II.3. Collecte et analyse des données .....	30
II.4. Modalités de prise en charge des patientes .....	31
III. RESULTATS .....	32
III.1. Fréquence.....	32
III.2. Caractéristiques maternelles.....	32
III.2.1. Age .....	32
III.2.2. Parité.....	33
III.2.3. Lieu de résidence.....	34
III.2.4. Profession .....	34
III.2.5. Antécédents médicaux .....	35
III.2.6. Antécédents obstétricaux .....	36
III.2.7. Suivi prénatal.....	37
III.2.8. Accouchement et post-partum immédiat .....	39
III.2.8.1. Type et terme de la grossesse .....	39
III.2.8.2. Etat des membranes et coloration du liquide amniotique.....	40
III.2.8.3. Type de bassin.....	41
III.2.8.4. Mode d'accouchement.....	42
III.2.8.5. Examen à la deuxième heure du post-partum.....	43
III.2.9. Durée du séjour hospitalier .....	44
III.2.9.1. Accouchement par voie basse.....	44
III.2.9.2. Accouchement par césarienne .....	44
III.2.10. Suivi post-natal .....	45

III.2.10.1. Première consultation post-natal ou CPON 1 .....	45
III.2.10.2. Deuxième consultation post-natal ou CPON 2 .....	46
III.2.10.3. Troisième consultation post-natal .....	47
III.2.10.4. Contraception .....	48
III.3. Caractéristiques néonatales .....	49
III.3.1. Paramètres anthropométriques .....	49
III.3.2. Score d'Apgar à la 5ème minute .....	50
III.3.3. Examen morphologique .....	51
III.3.4. Suivi post-natal.....	52
III.3.4.1. Première consultation post-natale ou CPON 1 .....	52
III.3.4.2. Deuxième consultation post-natale ou CPON 2 .....	53
III.3.4.3. Troisième consultation post-natale ou CPON 3 .....	54
IV. DISCUSSION .....	55
IV.1. Fréquence.....	55
IV.2. Profil épidémiologique .....	55
IV.3. Mode d'accouchement et sortie précoce .....	56
IV.4. Durée du séjour hospitalier.....	57
IV.5. Pronostic maternel et néonatal.....	58
CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS .....	61
REFERENCES .....	65
ANNEXE .....	72



# INTRODUCTION

Malgré les progrès importants enregistrés ces dernières années, la mortalité maternelle et néonatale demeure un problème de santé publique dans le monde, particulièrement dans les pays en développement. Au Sénégal, chaque jour 5 femmes perdent la vie pour des raisons relatives à la grossesse et à l'accouchement. En 10 ans, le taux de mortalité maternelle y est passé de 510 décès pour 100000 naissances vivantes en 2002 à 401 pour 100000 naissances vivantes en 2005 et à 392 pour 100000 naissances vivantes en 2012 [27, 32], d'où une réduction de 25% du taux de mortalité maternelle. Parallèlement, la mortalité néonatale a connu une légère diminution passant de 41 % naissances vivantes en 1988 à 46 % naissances vivantes entre 1995 et 2000, 35 % naissances vivantes en 2005 et 29% naissances vivantes en 2012 [27, 32]. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 75% des décès néonataux surviennent dans les 7 premiers jours de vie, dont 50% dans les 48 premières heures [30]. Les suites de couches constituent donc une période à haut risque de décès néonatal. Ceci justifie la nécessité d'une surveillance rigoureuse. Mais la question qui se pose est si celle-ci doit se faire en milieu hospitalier ou est-ce qu'elle doit être adaptée au niveau de risque, ou encore si on doit entrevoir la possibilité d'une surveillance à domicile ? Ces questions sont de plus en plus d'actualité dans nos pays en développement où les structures sanitaires ont une capacité d'accueil limitée et où le coût de l'hospitalisation est relativement élevé, par rapport au revenu moyen de la population. En raison de ces différentes contraintes, la plupart de nos structures ont opté pour une sortie précoce des accouchées. Cependant, jusque là, cette attitude n'était pas organisée ni basée sur aucune évidence scientifique.

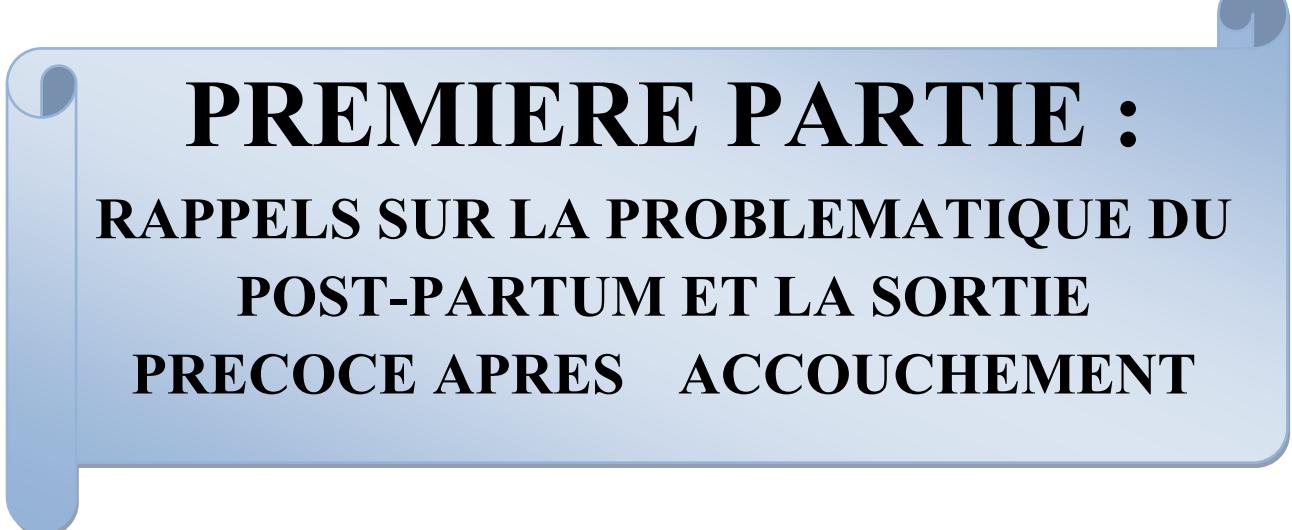
C'est ainsi que nous nous sommes proposés de mener cette étude dont l'objectif principal était d'évaluer cette pratique en vue de l'améliorer.

Les objectifs spécifiques étaient de définir le profil épidémiologique des accouchées sorties précocement de la maternité et d'évaluer le pronostic maternel et néonatal.

Notre travail sera articulé autour de deux parties :

- dans une première partie, nous ferons une mise au point sur la problématique du post-partum et la sortie précoce après accouchement,
- dans une seconde partie, nous rapportons les résultats de notre étude en les comparant aux données de la littérature.

Nous terminerons en formulant des recommandations pour améliorer la pratique de la sortie précoce après accouchement au Sénégal.



# **PREMIERE PARTIE :**

## **RAPPELS SUR LA PROBLEMATIQUE DU**

## **POST-PARTUM ET LA SORTIE**

## **PRECOCE APRES ACCOUCHEMENT**

## I. POST-PARTUM

### I.1. Définition

Le post-partum ou suites de couches (SDC) est la période qui s'étend de la délivrance au retour de couches ou retour de la menstruation. Elle est d'environ 45 jours, soit six à huit semaines après l'accouchement en l'absence de contraception hormonale. Il peut être divisé en trois parties :

- le post-partum immédiat qui concerne les 48 premières heures qui suivent l'accouchement,
- le post-partum précoce qui s'étend de la 48<sup>ème</sup> heure au 8<sup>ème</sup> jour après l'accouchement,
- et le post-partum tardif, du 9<sup>ème</sup> au 42<sup>ème</sup> jour du post-partum. C'est une période de bouleversements physiques et psychiques marquée par deux phénomènes physiologiques essentiels : le retour de l'organisme à son état antérieur à la grossesse, notamment l'appareil génital et l'établissement de la lactation. Elle constitue une période de surveillance importante.

### I.2. Données physiologiques maternelles

#### I.2.1. Utérus

Après l'accouchement, l'utérus se rétracte, se contracte et involue rapidement pour retrouver sa taille et sa configuration initiales. Cette involution sera favorisée par la mise immédiate du nouveau-né au sein qui entraîne une élévation des taux circulants d'ocytocine. Son volume diminue rapidement ainsi que son poids qui passe de 1,5 kilogramme après l'accouchement à 70 grammes au 8<sup>ème</sup> jour, c'est-à-dire la taille d'une orange. L'involution est très rapide les deux premières semaines, puis beaucoup plus lente ensuite. Elle ne sera totale qu'au bout de deux mois ; l'utérus reprend alors sa taille normale, d'environ 6 centimètres et un poids de 50 grammes.

Au cours de l'involution utérine, le segment inférieur disparaît et le col se reconstitue pour retrouver sa consistance et sa longueur en une semaine environ.

Après 10 jours, l'orifice interne se referme tandis que l'orifice externe demeure encore déhiscent jusqu'au 20<sup>ème</sup> jour.

Sur le plan histologique, l'involution utérine s'explique par la disparition de l'œdème, le retour à la normale de la longueur des fibres musculaires et une dégénérescence des fibres musculaires néoformées. Dans le même temps se déroule la régénération de la muqueuse endométriale qui évolue en quatre phases :

- une phase de régression, de l'accouchement au 5<sup>ème</sup> jour, pendant laquelle la caduque régresse et la cavité utérine se recouvre d'un enduit de fibrine ;
- une phase de cicatrisation indépendante des sécrétions hormonales, du 6<sup>ème</sup> au 25<sup>ème</sup> jour, caractérisée par la reconstitution de la muqueuse endométriale ;
- une phase hormonale de régénération, du 25<sup>ème</sup> au 45<sup>ème</sup> jour où l'endomètre prolifère sous l'effet de la stimulation oestrogénique;
- et une phase de reprise du cycle menstruel ou retour de couches qui survient vers le 45<sup>ème</sup> jour.

Le premier et plus rarement le deuxième cycle qui suivent l'accouchement sont habituellement anovulatoires. Si la femme allaite, le retour de couches est décalé avec une phase d'aménorrhée pendant les 4 premiers mois puis des menstruations possibles au-delà même si l'allaitement est poursuivi. En revanche, si l'allaitement n'est pas exclusif ou dès son arrêt, les premières menstruations surviennent dans les six à huit semaines qui suivent [11].

### **I.2.2. Glandes mammaires**

Pendant la grossesse, les alvéoles mammaires prolifèrent sous l'action de l'Hormone Lactogène Placentaire (HLP) avec une prolifération intense des canaux galactophores et des acini. Cependant, l'activité sécrétoire est bloquée par les œstrogènes.

Dès l'accouchement, les cellules alvéolaires s'hypertrophiennent et se différencient. La réalisation et le maintien de l'allaitement sont sous contrôle hormonal. En effet, la chute des hormones stéroïdiennes gravidiques et la succion fréquente du mamelon vont engendrer une sécrétion de prolactine (PRL) et d'ocytocine hypophysaires et permettre la production lactée avec dans un premier temps la sécrétion de colostrum. Quarante huit heures après la naissance, une congestion mammaire passagère d'environ 24 heures correspondant à la galactogénèse de stade II peut s'accompagner d'une élévation transitoire de la température à 38° Celsius. Cette congestion est communément appelée « montée laiteuse ». La composition du lait est alors modifiée en lait mature [11].

### **I.2.3. Fonctions urinaires et digestives**

Une crise urinaire est fréquente dans les premiers jours du post-partum avec une diurèse pouvant atteindre 2 à 2,5 litres par 24 heures. Cependant, du fait de l'atonie vésicale et de l'éventuel traumatisme dû à l'accouchement, une possible rétention urinaire doit être recherchée d'autant plus qu'elle est souvent latente et indolore et peut entraîner une mauvaise rétraction utérine. Elle peut aussi être suscitée par l'anesthésie locorégionale. La patiente peut aussi présenter une incontinence urinaire d'autant plus précocement que des signes existaient en fin de grossesse ; mais, celle-ci sera le plus souvent transitoire.

L'alimentation peut être reprise deux heures après l'accouchement en l'absence de complication. L'appétit est normal voire augmenté en cas d'allaitement. La constipation est très fréquente et transitoire, liée aux facteurs mécaniques et hormonaux de la grossesse et de l'accouchement. Elle peut également être corrélée à une peur de pousser en raison de la présence d'une suture périnéale. Une crise hémorroïdaire, favorisée par la constipation et la stase veineuse de la fin de grossesse, est possible en relation notamment avec les efforts de poussée développés pendant l'accouchement [11].

#### **I.2.4. Etat psychique**

Les variations hormonales importantes, l'épuisement physique occasionné par l'accouchement et le manque de repos favorisent, entre le 3<sup>ème</sup> et 5<sup>ème</sup> jour du post-partum, à des degrés divers, l'apparition de réactions émotionnelles à type de pleurs, d'irritabilité, de troubles du sommeil et de l'appétit et de fatigue. Cette dépression transitoire ou « baby blues » concerne 50 à 70 % des mères et ne doit pas être confondue avec la dépression post-natale qui peut compromettre la santé de la mère et la relation mère-enfant [11].

#### **I.3. Rappels physiologique du nouveau-né**

A la naissance, le nouveau-né passe d'un milieu aquatique où il était en dépendance totale à une vie aérienne en toute autonomie.

Ce passage nécessite une adaptation au niveau de la respiration, de la circulation, de la thermorégulation, de la nutrition et des fonctions d'élimination [10].

##### **I.3.1. Adaptation respiratoire**

###### **I.3.1.1. Le poumon fœtal**

Le poumon fœtal est rempli par du liquide pulmonaire (90 à 95 % du poids du poumon) qui provient d'une sécrétion permanente active d'ions chlore et d'une sécrétion passive d'eau. Le poumon n'est perfusé que par une fraction minime du débit cardiaque, le foramen ovale et le canal artériel permettant au débit sanguin d'éviter pour une grande part la circulation pulmonaire. L'élévation des résistances vasculaires pulmonaires sont dues à une PO<sub>2</sub> alvéolaire et artérielle pulmonaire basse, une absence d'interface gaz-liquide et à la production préférentielle de médiateurs vasoconstricteurs [10].

###### **I.3.1.2. Les mouvements respiratoires**

Ils existent à partir de la fin du premier trimestre de la grossesse d'abord en continu puis par intermittence uniquement pendant les phases d'activité électrocorticale cérébrale de bas voltage (sommeil agité 30 à 40 % du temps au 3<sup>ème</sup> trimestre mais inexistante pendant le travail et l'accouchement).

Avec la naissance, la respiration marque le passage brutal de la respiration intermittente à des mouvements respiratoires réguliers et efficaces. Le mécanisme de ce passage reste mal connu. Pour certains, l'élévation de la pression partielle en oxygène dans le sang artériel. Celle-ci reflète (en situation normale) la quantité d'oxygène transportée par le sang et délivrée aux organes à un rôle important, pour d'autres, il s'agit d'un mécanisme de nature exclusivement hormonale.

Les premiers mouvements respiratoires provoquent une inflation gazeuse alvéolaire pulmonaire et met en route la circulation pulmonaire fonctionnelle par effet mécanique d'abaissement rapide des résistances artérielles pulmonaires. Cette dernière est également favorisée par la production de 2 vasodilatateurs : la synthèse endothéliale d'oxyde d'azote provoquée par l'élévation de la PaO<sub>2</sub> et la libération de prostacycline (PgI<sub>2</sub>).

La pression exercée sur le poumon lors des premiers cris varie de - 40 à + 80 cm H<sub>2</sub>O. L'aération alvéolaire permet la création de la capacité résiduelle fonctionnelle (CRF) [10].

#### **I.3.1.3. Le surfactant**

Le surfactant pulmonaire sécrété massivement par les cellules épithéliales de type II sous l'effet de l'aération pulmonaire et du taux élevé de catécholamines circulantes, empêche le collapsus expiratoire des territoires pulmonaires ouvert grâce à ses propriétés tensioactives.

La capacité résiduelle fonctionnelle est d'environ 30 ml/kg à partir de la 10-30ème minute de vie. Le volume courant se stabilise autour de 6 ml/kg.

#### **I.3.1.4. Le liquide pulmonaire**

Sa sécrétion voisine de 250 ml/24 h à terme diminue 2-3 jours avant la naissance et s'interrompt dans les 30 minutes qui suivent la naissance. Le mécanisme d'arrêt est peu connu. L'évacuation du liquide pulmonaire se fait par 2 mécanismes.

D'une part, par compression thoracique lors du passage dans la filière génitale avec une pression sur le poumon de 60 à 100 cm H<sub>2</sub>O conduisant à l'éjection d'environ 30 ml de liquide trachéal.

D'autre part, et surtout, par résorption veineuse et lymphatique dans les 2-6 heures suivant la naissance due à un gradient osmotique (bascule rapide d'une sécrétion de chlore par l'épithélium alvéolaire pulmonaire à une absorption de sodium).

La résorption du liquide pulmonaire dépend des catécholamines, de l'expansion thoracique et du surfactant [10].

### **I.3.2. Adaptation circulatoire**

#### **I.3.2.1. Rappels sur la circulation fœtale**

La circulation fœtale est caractérisée par un faible débit pulmonaire (7 à 10 % du débit cardiaque), des résistances systémiques foeto-placentaires basses et deux circuits parallèles droit et gauche communiquant par 3 shunt : ductus venosus (canal d'Arantius), foramen ovale et canal artériel (CA).

#### **I.3.2.2. Les modifications**

La naissance entraîne : une circulation en série (arrêt de la circulation ombilicale), une augmentation brutale des résistances systémiques, une chute des résistances pulmonaires avec vasodilatation brutale des artères pulmonaires, une forte élévation de la saturation en oxygène du sang artériel, une augmentation des catécholamines, la fermeture des shunts.

La ligature du cordon ombilical entraîne l'oblitération des vaisseaux ombilicaux. La partie proximale des artères ombilicales reste perméable pour donner naissance aux artères iliaques internes. La veine ombilicale s'oblitrerie pour former le ligament rond du foie [10].

#### **I.3.2.3. L'inversion du gradient de pression entre oreillette droite (OD) et gauche (OG)**

L'inversion du gradient de pression entre oreillette droite (OD) et gauche (OG) est sous l'effet de l'augmentation du retour veineux pulmonaire dans l'OG et de la réduction du volume sanguin dans l'OD. Elle entraîne l'occlusion fonctionnelle du

foramen ovale par la valvule de Vieussens normalement dans les premières minutes de vie. Sa fermeture définitive est plus tardive. (20% des adultes conservent un foramen ovale perméable).

#### **I.3.2.4. L'inversion du shunt D-G (droit-gauche) de la période prénatale**

Le shunt D-G de la période prénatale à travers le CA devient le shunt G-D. La PO<sub>2</sub> dans l'aorte et le CA augmente suite à la respiration, le sang étant oxygéné dans les poumons. Il s'ensuit une vasoconstriction du canal artériel survenant dans les 4 à 12 heures selon des modalités mal connues. La concentration plasmatique de PgE2 serait insuffisante pour maintenir le canal artériel ouvert, et sa fermeture définitive à lieu 2 à 3 jours après la naissance. Il devient le ligament artériel.

#### **I.3.2.5. La diminution des résistances pulmonaires**

La diminution des résistances pulmonaires est importante et la circulation dans les capillaires s'établit grâce à des facteurs biochimiques (augmentation de la PO<sub>2</sub>, libération en grande quantité de NO dans les vaisseaux pulmonaires et libération PgI2) et à des facteurs anatomiques par diminution de l'épaisseur de la paroi vasculaire pulmonaire

#### **I.3.2.6. Adaptation thermique**

In utero, le fœtus a une température en permanence supérieure de 0,3 à 0,8 °C par rapport à celle de sa mère.

A la naissance, le nouveau-né doit lutter contre le refroidissement provoqué par les 4 mécanismes habituels de la thermolyse : convection, conduction, évaporation et radiation.

#### **I.3.3. Adaptation métabolique**

La naissance provoque un sevrage brutal des apports placentaires en glucose, calcium, phosphore, hormones placentaires, etc.

La demande énergétique importante demande une adaptation métabolique rapide. Le glucose fœtal est d'origine maternelle et la glycémie fœtale est en permanence égale à 70-80 % de la glycémie maternelle.

Dès la naissance, la sécrétion de glucagon augmente et celle de l'insuline baisse. Ce qui a pour effet de mobiliser le glycogène hépatique et de développer la néoglucogenèse,

La glycémie chute à la naissance, est minimale à la 1ère heure (H1) puis augmente à partir de H2-H4, à H6 sa valeur normale se situe entre 0,40 et 0,80 g/l (2,2 - 4,4 mmol/l) et après H24 entre 0,45 et 0,90 g/l (2,5 - 5 mmol/l).

Au niveau de la régulation phosphocalcique, il existe une chute de la calcémie dans les 3 premiers jours qui est compensée rapidement par un pic de parathormone (PTH) et par la synthèse de la forme active de la vitamine D (1,25 dihydroxyvitamine D) [10].

#### **I.3.4. L'Adaptation rénale**

L'adaptation rénale se fait selon 3 processus :

- Une augmentation progressive de la filtration glomérulaire
- Une réduction du volume extracellulaire accompagné d'une phase « diurétique »
- Une limitation des capacités de dilution et de concentration au niveau tubulaire [10].

#### **I.3.5. L'adaptation digestive**

Dans les heures suivant la naissance, il y a émission de méconium.

Sensibilité et motricité du tube gastro-intestinal dans les 1ers jours de vie ce qui explique la diarrhée prandiale.

La colonisation digestive bactérienne se produit dans la 1ère semaine de vie [10].

#### **I.3.6. Le score d'Apgar**

C'est un score, proposé par Virginia Apgar en 1953, avec 5 critères cotés de 0 à 2. Le score reflète la fonction circulatoire et respiratoire ainsi que l'état neurologique du nouveau-né.

La cotation est systématique à 1 mn et 5 mn. Dans certains cas, elle peut être refaite à 10 mn de vie pour juger d'une évolution.

Le score normal est supérieur à 7 à 1 et 5 mn de vie. Un score inférieur à 7 et à fortiori inférieur à 3 doit entraîner une prise en charge adaptée. L'ordre d'altération des paramètres est en général : couleur, respiration, tonus, réflexes, cœur. L'ordre de restauration est en général : cœur, réflexes, couleur, respiration, tonus [10].

## **I.4. Complications du post-partum**

### **I.4.1. Complications maternelles**

#### **I.4.1.1. Complications infectieuses**

L'endométrite est la plus fréquente et constitue la première cause de fièvre du post-partum. Elle nécessite un diagnostic précoce et une antibiothérapie adaptée. Sa survenue est favorisée par certaines situations, notamment la rétention placentaire, les manœuvres endo-utérines, la chorioamniotite, la rupture prématuée des membranes et les touchers vaginaux répétés pendant le travail. Son diagnostic est essentiellement basé sur la symptomatologie clinique qui associe des lochies fétides purulentes et abondantes, des douleurs pelviennes, une hyperthermie, un utérus gros, mou, mal involué et douloureux à la palpation. Devant ce tableau clinique, il faudra réaliser un prélèvement vaginal avec antibiogramme, une numération formule sanguine (NFS) et une hémoculture si la fièvre dépasse 38,5°Celsius. Une échographie pelvienne permettrait d'éliminer une rétention placentaire. Il s'agit le plus souvent d'une infection polymicrobienne et une triple antibiothérapie sera démarrée une fois le diagnostic posé.

Elle se fera par voie parentérale et associe l'Amoxicilline à raison de 4 à 6 grammes par jour, un Aminoside à raison de 3mg/kg/jour et le Métronidazole à raison de 500 mg trois fois par jour. L'antibiothérapie par voie parentérale sera poursuivie 7 jours après l'apyréxie [14].

Les utérotoniques (ocytocine ou méthylergométrine par voie orale) favorisent la rétraction utérine. L'efficacité du traitement sera appréciée sur la base de la surveillance biquotidienne de la température, de la consistance et de la sensibilité de l'utérus et de l'aspect des lochies.

### **I.4.1.2. Complications thrombo-emboliques**

Elles sont favorisées par les varices et le mauvais état veineux des membres inférieurs, l'anémie, l'hémorragie de la délivrance, l'infection puerpérale, l'immobilisation prolongée, les antécédents thromboemboliques et la césarienne. On distingue deux formes cliniques : les phlébites des membres inférieurs et les phlébites pelviennes.

La thrombophlébite des membres inférieurs survient entre le 5<sup>ème</sup> et le 7<sup>ème</sup> jour du post-partum. Le diagnostic est évoqué devant l'association d'une fièvre à 38-38,5°Celsius, d'une accélération du pouls plus importante que ne le voudrait la température et de douleurs d'un membre inférieur. L'examen clinique met en évidence une douleur provoquée à la palpation d'un trajet veineux, une augmentation de la chaleur locale, un œdème discret unilatéral et une diminution du ballottement d'un mollet. La dorsiflexion du pied provoque une douleur dans le mollet, c'est le signe de Homans. Le diagnostic sera confirmé par l'échographie Doppler des membres inférieurs et un traitement anticoagulant par les héparines à bas poids moléculaire (HBPM) à doses hypo-coagulantes devra être institué immédiatement sous surveillance biologique. La prévention de cette pathologie associe la mobilisation précoce, le port de bas de contention et un traitement anticoagulant à doses iso-coagulantes chez les patientes à risque.

Les phlébites pelviennes quant à elles posent un problème diagnostique avec les infections puerpérales puisqu'elles associent une fièvre à 38-39°Celsius, une douleur pelvienne avec des signes urinaires et rectaux et une altération de l'état général. Le pouls est très accéléré et les touchers pelviens peuvent percevoir le cordon dur et douloureux le long des parois pelviennes.

### **I.4.1.3. Complications liées à l'allaitement**

#### **I.4.1.3.1. Engorgement mammaire**

Il survient les premiers jours qui suivent l'accouchement du fait d'une sécrétion lactée normale associée à une excréption insuffisante. Les seins sont durs et douloureux. Un traitement précoce, fondé sur des règles d'hygiène simples

permet d'obtenir le désengorgement mammaire. Il associe un massage après une douche chaude et un bandage de cataplasme à l'Antiphlogistine\*. L'ocytocine (Syntocinon\*) à raison de 2UI en sous-cutanée peut être utilisé 20 minutes avant la tétée.

#### **I.4.1.3.2. Crevasses mamelonnaires**

Les crevasses du sein surviennent surtout les premiers jours de l'allaitement. Un quart des femmes qui allaitent ont des crevasses. Elles apparaissent au niveau du mamelon ou à la jonction entre le mamelon et l'aréole. Elles se traduisent en général par une irritation cutanée plus ou moins superficielle [40].

On distingue les crevasses douloureuses sans lésion apparente et les crevasses douloureuses visibles:

- les crevasses douloureuses sans lésion apparente : Elles ont un épiderme considérablement aminci et la protection naturelle de la peau (sébum) est levée.
- les crevasses douloureuses visibles sont des plaies dues à l'étirement excessif de la peau : c'est une déchirure d'origine traumatique. Ces lésions sont d'étendue et de profondeur variables. Ce sont des petites gerçures du mamelon et de l'aréole.

Elles peuvent être situées n'importe où sur le mamelon ou à la jonction entre le mamelon et l'aréole. Ces fissures peuvent aller jusqu'à diviser la surface du mamelon [40].

Elles sont révélées par une douleur localisée à un mamelon, parfois par un saignement. Le traitement est surtout préventif par une tétée brève, inférieure à 20 minutes, suivie d'un nettoyage et d'un assèchement du mamelon, évitant la macération locale entre les tétées. L'éducation des mères sur la technique d'allaitement et une bonne prise mamelonnaire par le nouveau-né sont essentielles à la prévention de cette complication. La crevasse constituée peut nécessiter un arrêt temporaire de la mise au sein jusqu'à la cicatrisation.

Les deux complications précitées (engorgement et crevasses mammaires) sont la porte d'entrée aux complications infectieuses vraies. Leur prévention et leur traitement précoce évitent l'aggravation et l'apparition d'une lymphangite.

#### **I.4.1.3.3. Lymphangite mammaire**

Elle survient brutalement entre le 4<sup>ème</sup> et le 7<sup>ème</sup> jour après l'accouchement. Les signes généraux associent une fièvre élevée à 40°Celsius, des frissons et une douleur mammaire unilatérale permanente. L'examen physique retrouve un placard cutané mammaire chaud et douloureux avec une peau épaisse et une extension vers le creux axillaire où on note des adénopathies. Le traitement consiste en une application locale de cataplasme à l'Antiphlogistine\* associée à la prise d'anti-inflammatoires. L'allaitement est suspendu mais non interrompu, le lait est alors tiré et jeté. L'antibiothérapie n'est pas utile mais doit être instaurée dans les 24 heures qui suivent si la guérison n'est pas rapidement obtenue [20, 30].

#### **I.4.1.3.4. Abcès du sein**

Il réalise une suppuration d'un lobe de la glande mammaire survenant vers le 15<sup>ème</sup> jour après l'accouchement. L'examen général retrouve une fièvre à 38-39°Celsius et une douleur mammaire unilatérale permanente. Le sein est tuméfié avec une masse mal limitée, il est douloureux et parfois on note une issue de pus à la pression du mamelon.

Le traitement associe l'arrêt de l'allaitement et la prise d'anti-inflammatoires. Malgré ce traitement, l'évolution se fait le plus souvent vers la collection avec une fièvre oscillante, une douleur pulsatile, insomniaque et une tuméfaction fluctuante à la palpation. Le drainage chirurgical est alors nécessaire avec une antibiothérapie à large spectre par voie parentérale après un prélèvement à visée bactériologique.

#### **I.4.1.4. Complications hémorragiques**

Selon l'OMS, l'hémorragie du post-partum est une hémorragie provenant de la filière génitale féminine, survenant dans les 24 heures qui suivent l'accouchement, responsable d'une perte sanguine d'au moins 500 millilitres pour

un accouchement par voie basse et 1000 millilitres pour une césarienne. Cette hémorragie peut être retardée d'où la nécessité d'une surveillance particulière de la femme les premiers jours du post-partum.

Les principales causes d'hémorragie génitale retardée pendant les suites de couches sont l'inertie utérine, l'endométrite hémorragique, la rétention placentaire, les lésions traumatiques de la filière génitale et le retour de couches hémorragique [18].

#### **I.4.1.4.1. Inertie utérine**

Elle donne un tableau d'hémorragie de la délivrance. Les facteurs de risque sont la multiparité, l'accouchement dystocique, la surdistension utérine (grossesse multiple, macrosomie, hydramnios) et la rupture prématurée des membranes. Elle débute très précocement pendant les trois premiers jours du post-partum. L'examen retrouve un utérus qui est non rétracté, mou, dépassant l'ombilic mais sans signes d'endométrite (température normale, loches non malodorantes, absence de douleurs pelviennes spontanées ou provoquées à la mobilisation utérine). Le traitement repose sur un massage utérin associé aux utérotoniques (ocytocine ou analogues des prostaglandines) en l'absence de contre-indications [9, 18].

#### **I.4.1.4.2. Endométrite hémorragique**

Elle survient le plus souvent dans un contexte de rupture prématurée des membranes, d'accouchement dystocique ou de manœuvres endo-utérines. Le début est plus tardif, trois jours ou plus après l'accouchement. A l'examen, l'utérus est mal involué et mou avec une fièvre à 38°- 38,5°Celsius. Les loches sont malodorantes et la patiente se plaint de douleurs pelviennes spontanées et provoquées à la mobilisation utérine. Un prélèvement des loches sera réalisé à visée bactériologique et une antibiothérapie par voie parentérale débutée. Elle associe une Béta-lactamine, un Aminoside et un dérivé Imidazolé. Les ocytociques sont également indispensables et favorisent une bonne rétraction utérine [9, 18].

#### **I.4.1.4.3. Rétention placentaire**

C'est une rétention partielle de débris placentaires ou de membranes. Elle peut occasionner une inertie utérine ou une endométrite. Il faudra vérifier le compte rendu de l'examen macroscopique du placenta et des membranes qui est obligatoirement mentionné dans le dossier d'accouchement. Il n'existe pas de signes cliniques spécifiques. La révision utérine confirme le diagnostic et permet d'extraire les débris placentaires retenus dans la cavité utérine. Une antibioprophylaxie est préconisée pour minimiser le risque infectieux [9, 18].

#### **I.4.1.4.4. Retour de couches hémorragique**

Il se manifeste par un tableau d'hémorragie tardive survenant brutalement plusieurs semaines après l'accouchement. L'examen clinique est pauvre, il n'y a pas de fièvre ni de douleurs pelviennes. L'utérus est involué, le col fermé et les leucorrhées physiologiques. L'échographie retrouve un utérus involué et vide avec un endomètre fin.

L'objectif de l'examen est d'éliminer une endométrite ou une rétention placentaire qui sont des complications rares à ce stade mais encore possibles. Le traitement repose sur l'administration d'œstrogènes en l'absence de contre-indications [9, 18].

#### **I.4.1.5. Troubles psychologiques**

Les changements de vie liés à la naissance d'un enfant nécessitent de la part des mères des ajustements tant sur le plan émotionnel que comportemental et cognitif. La mère doit intégrer de nouvelles fonctions (nourricière, protectrice, soignante...) et assumer de nouvelles responsabilités. Suite à la naissance d'un enfant, certaines mères peuvent donc présenter des réactions de stress, des états anxieux ou dépressifs ou encore des difficultés d'attachement à l'enfant [16, 31].

##### **I.4.1.5.1. Les difficultés d'attachement mère-enfant**

Il est actuellement démontré que l'enfant naît avec un potentiel biologiquement programmé pour nouer des liens d'attachement. Il existe par

ailleurs chez la mère des facteurs biologiques et psychologiques qui vont la conduire à des comportements très spécifiques destinés à répondre à ces besoins d'attachement. Dès la naissance, le nouveau-né cherche à obtenir un contact avec les autres humains. Il est alors très dépendant de son environnement et des réponses que celui-ci va apporter à ses sollicitations. Il faut des situations extrêmes, à type de négligence sévère, pour avoir une absence d'attachement. Si l'enfant est attaché, la qualité de cet attachement peut varier. Un des facteurs clés de cette qualité est représenté par l'attention des parents en réponse aux besoins du nouveau-né. La grossesse et l'accouchement représentent des facteurs facilitant ou déclenchant dans les changements qui affectent la mentalité d'une mère qui vient d'accoucher. Il s'agit de la préoccupation maternelle primaire décrite par Winnicott.

Cependant, la multiplicité des stress environnementaux et interpersonnels peuvent affaiblir les réponses maternelles mises en œuvre à ces besoins d'attachement [16, 19].

#### **I.4.1.5.2. Le « blues syndrome » du post-partum**

Ce trouble émotionnel dure quelques heures à quelques jours et touche environ une femme sur deux entre le troisième et le dixième jour suivant la naissance. Il se caractérise par des accès de pleurs, une labilité de l'humeur, une anxiété, une irritabilité et parfois une exaltation de l'humeur. L'étiologie du blues du post-partum n'est pas clairement établie. Le soutien de l'entourage permet généralement de résoudre ce trouble en moins de deux semaines. Autrement, il faut craindre une évolution vers une dépression du post-partum [16, 33].

#### **I.4.1.5.3. La dépression du post-partum**

Les principaux symptômes de la dépression du post-partum sont les pleurs, l'asthénie majeure, le sentiment d'incapacité à s'occuper correctement de son enfant, l'absence de plaisir lors des soins donnés à l'enfant, les phobies d'impulsion (c'est à dire la crainte de blesser son enfant), l'irritabilité et la labilité

émotionnelle. La majorité des dépressions mineures et des troubles de l'adaptation cessent spontanément en un mois alors que les épisodes dépressifs majeurs caractérisés ont une évolution plus péjorative. En effet, dans ce cas, une femme sur deux a encore des symptômes à un an. De plus, le risque de récurrence dépressive au décours d'une nouvelle grossesse est plus élevé chez les femmes ayant fait leur premier épisode dépressif en post-partum. La prévalence du trouble est estimée entre 2 et 6% pour les dépressions majeures et entre 6 et 10% pour les formes mineures [16, 33].

#### **I.4.1.5.4. La psychose puerpérale**

En France, en 2009, Stordeur [33], retrouvait une incidence de 1,2/1000 naissances durant les quatre-vingt-dix premiers jours du post-partum avec un pic lors du premier mois. La moitié des patientes présentant un épisode psychotique dans le post-partum n'a jamais été hospitalisée en psychiatrie auparavant. L'hypothèse d'une vulnérabilité biologique en rapport avec les fluctuations hormonales du post-partum et notamment la chute du taux d'estrogènes est souvent mise en avant mais avec des résultats discordants selon les études.

Les premiers symptômes sont les troubles du sommeil et l'irritabilité, apparaissent ensuite une labilité de l'humeur, un comportement désorganisé voire incompréhensible, sous-tendu par un syndrome délirant. La thématique du délire est généralement centrée sur l'enfant et sa naissance. Ce tableau clinique peut, dans les cas les plus graves, conduire la mère à commettre un infanticide [16, 33].

#### **I.4.1.6. Autres complications**

Il s'agit de la crise hémorroïdaire qui est fréquente et qui évolue bien avec des mesures hygiéno-diététiques associées à des soins locaux, mais aussi de l'infection urinaire assez fréquente surtout en cas d'antécédents d'infection urinaire en cours de grossesse ou de sondage vésicale pendant le travail.

### **I.4.2. Complications néonatales**

Le nouveau-né traverse dans les premières heures et les premiers jours de sa vie une période d'adaptation à la vie extra-utérine marquée par des ajustements sur

le plan fonctionnel, métabolique, circulatoire et respiratoire. Une observation attentive de l'enfant doit permettre de détecter le plus tôt possible le moindre indice de dysfonctionnement. Une connaissance appropriée de la physiologie néonatale est donc absolument nécessaire [4, 16].

#### **I.4.2.1. Complications infectieuses**

Le risque infectieux, bactérien ou viral, est élevé dans le premier mois de vie. Les infections périnatales peuvent se manifester jusqu'à 15 jours après la naissance. Après la troisième semaine, les contaminations sont d'origine post-natale. La réponse immunitaire du nouveau-né est inadaptée et immature. De plus, l'effet protecteur du lait maternel n'est que partiel. C'est pourquoi, la fièvre et les troubles du comportement chez un nouveau-né ne doivent pas être considérés comme anodins. La fièvre peut révéler une infection bactérienne, une septicémie, une infection urinaire, une pneumopathie ou une méningite. Les détresses respiratoires ou les diarrhées sont des signes d'infections virales [16].

#### **I.4.2.2. Ictère néonatal**

Il est fréquent en période néonatale. Ainsi, 60% des nouveau-nés à terme sont ictériques [24]. L'évolution est favorable si le diagnostic et la prise en charge sont précoce. Cependant, il existe un risque de séquelles graves, de déficit auditif et d'encéphalopathie en cas d'ictère nucléaire [17, 20].

#### **I.4.2.3. Troubles digestifs**

Ils sont fréquents et multiples chez le nouveau-né à terme. Ils sont sources d'inquiétude parentale et de consultation pédiatrique. Les principales affections touchant le nouveau-né sont la perte pondérale, la déshydratation, les coliques, la constipation et le reflux gastro-œsophagien. La plupart du temps, elles sont liées à des problèmes de nursing. Les conseils et ajustements des professionnels suffisent généralement à les résoudre. Cependant, l'existence potentielle de pathologies plus complexes est à prendre en compte [17].

#### **I.4.2.4. Cardiopathies congénitales**

Elles sont les plus fréquentes des malformations congénitales (7 /1000 naissances) et bénéficient souvent d'un diagnostic anténatal.

Cependant, l'apparition des signes cliniques est parfois retardée, après 48 heures de vie, du fait de leur bonne tolérance temporaire. L'apparition d'autres signes non spécifiques (difficultés alimentaires, cyanose, dyspnée, malaise...) doit faire penser à ce diagnostic [17].

### **I.5. Surveillance du post-partum**

#### **I.5.1. En salle de naissance**

La surveillance clinique d'une accouchée doit être régulière et la fréquence adaptée à la situation de chaque patiente. Elle se fait en moyenne toutes les 20 minutes. Cette surveillance clinique et paraclinique doit être retranscrite sur le dossier médical. Il s'agit de noter l'heure précise de l'examen de même que le nom de l'examinateur ; les constantes hémodynamiques notamment la température, le pouls et la tension artérielle ; l'involution, la consistance et la sensibilité utérine.

Après l'accouchement et la délivrance complète, le fond utérin se situe à l'ombilic, il est tonique et ferme : c'est le globe utérin de sécurité. L'expression manuelle à travers la paroi abdominale peut ramener des pertes fluides rougeâtres et sans caillots. Devant un utérus plus ou moins atone, le massage utérin à travers la paroi abdominale et une perfusion intra-veineuse d'utérotoniques sont les premiers gestes qui devraient permettre sa rétraction. Devant des saignements abondants et/ou la présence de caillots, il faudra rechercher la cause. L'origine peut être utérine, cervicale ou vaginale. La quantité du saignement devra être corrélée au taux d'hémoglobine précédent l'accouchement. Une perte de 500 millilitres n'aura pas le même retentissement chez une patiente ayant une hémoglobinémie normale comparée à une patiente antérieurement anémie. La présence d'un œdème, d'une ecchymose, d'un hématome, d'hémorroïdes seront recherchées au moment de l'examen du périnée ainsi que la qualité de la suture s'il y a eu une déchirure périnéale ou une épisiotomie. Il faut veiller à l'absence d'un globe

vésical à l'inspection clinique. Dans le cas contraire, en l'absence de miction spontanée, un sondage évacuateur sera effectué.

Pour les accouchées par césarienne ou ayant une suture périnéale douloureuse, l'administration systématique d'antalgiques diminue la douleur aiguë. La nature et le débit des perfusions en cours sont aussi à surveiller et à noter sur le dossier médical. Avant le transfert dans l'unité des suites de couches, tous ces paramètres devront être à nouveau contrôlés et normaux. Le moindre doute sur la survenue d'éventuelles complications au passage en chambre doit inciter le maintien prolongé d'une voie veineuse périphérique.

Au-delà de ces deux premières heures, une réalimentation de l'accouchée est possible sauf en cas de césarienne sous anesthésie générale. Un lever précoce est recommandé [12, 29].

### **I.5.2. Dans les suites de couches**

La surveillance du post-partum débute par l'examen général notamment l'appréciation de la coloration des muqueuses conjonctivales, la prise de la température à la recherche de la dissociation pouls-température et la prise de la tension artérielle dans les premières heures après l'accouchement. On vérifiera l'involution utérine par la palpation abdominale. L'utérus doit être ferme et indolore, c'est le globe de sécurité. Un utérus gros et mou, signe une atonie qui se manifeste par une hémorragie génitale et la prise en charge nécessite l'administration d'utérotoniques associée à un massage utérin. Il peut également s'agir d'une rétention placentaire, et dans ce cas il faut réaliser une révision utérine.

Le fond utérin est à hauteur de l'ombilic en post-partum immédiat. Au septième jour après l'accouchement, il est à mi-distance entre l'ombilic et le pubis, au douzième jour, il est rétro-pubien. Le retour à la normale se fera entre la troisième semaine et le deuxième mois après l'accouchement. La surveillance intéresse également les lochies, leur abondance, leur aspect et leur odeur. Des conseils

seront donnés à la femme sur les soins du périnée qui consistent à une toilette simple avec séchage soigneux et mise en place d'une garniture propre.

En cas d'épissiotomie, il faut éduquer l'accouchées pour qu'elle ait une hygiène correcte après chaque miction et chaque selle afin d'éviter l'infection et surtout la macération. Les soins sont poursuivis à domicile tant que la cicatrice reste douloureuse. En cas de césarienne, il faut une surveillance de la cicatrice à la recherche d'une inflammation, d'un écoulement ou d'un saignement et conseiller à la femme d'éviter les efforts. Il faudra aussi surveiller la reprise du transit intestinal.

### **I.6. Consultations post-natales**

La première visite post-natale est très importante et devrait se faire dans la première semaine de vie. Elle est déterminante pour l'identification des problèmes chez le nouveau-né et chez la mère.

En effet, selon l'OMS, 75% des décès néonataux surviennent chez les nouveau-nés âgés de 0 à 7 jours, dont 50% dans les 48 premières heures [28]. Il est recommandé trois visites post-natales systématiques pour la mère et le nouveau-né. La première a lieu entre le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ème</sup> jour après l'accouchement, la deuxième entre le 9<sup>ème</sup> et le 15<sup>ème</sup> jour et la troisième au 42<sup>ème</sup> jour du post-partum. Au cours de cette visite post-natale, on s'intéressera aux signes fonctionnels notamment les tétées, les vomissements éventuels et l'aspect des selles et des urines. L'examen du nouveau-né va préciser les mensurations et évaluer la perte pondérale physiologique. On fera également un examen général et un examen physique à la recherche de manifestations cliniques majeures ou mineures. Des conseils seront donnés à la mère notamment sur la prévention des infections, l'hygiène et l'alimentation, le respect du calendrier vaccinal, la reconnaissance des signes de danger du nouveau-né (léthargie, ballonnement, refus de téter, rougeur ombilicale étendue, respiration difficile, corps froid ou chaud), la planification familiale, la prévention de la transmission mère-enfant du VIH (PTME) au besoin et l'utilisation de la moustiquaire imprégnée d'insecticides à longue durée d'action

(MILDA). A la fin de la consultation, on fixera à la mère un rendez-vous pour la prochaine visite [27].

### **I.6.1. Première consultation post-natale ou CPON 1**

Elle se fera entre le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ème</sup> jour après l'accouchement. On recherchera chez la mère les situations d'urgence telles que les saignements, les convulsions, la fièvre et l'hypertension artérielle. La surveillance clinique va s'intéresser à la montée laiteuse, l'examen des mollets, l'involution utérine, la diurèse et les lochies. On recherchera une notion de perte involontaire d'urines signant une fistule vésico-vaginale. Des conseils sur la nutrition, la planification familiale, l'utilisation de la MILDA, l'allaitement maternel exclusif, la vaccination et la surveillance nutritionnelle et pondérale de l'enfant (SNP) seront prodigués à la maman. On lui proposera également le dépistage du VIH et du virus de l'hépatite B si elle ne l'avait pas fait pendant la grossesse.

Chez le nouveau-né, on recommandera un allaitement maternel exclusif et un maintien à une température adéquate. On vérifiera si les soins de l'ombilic sont normalement réalisés de même que les vaccinations. L'examen clinique va rechercher des signes de danger. On veillera, au besoin, sur l'application continue des activités de prévention de la transmission de la mère à l'enfant du VIH (PTME). Ces activités incluent la prophylaxie antirétrovirale (ARV), l'encadrement du choix du mode d'alimentation, les conseils sur la planification familiale (triple protection), l'accompagnement psychosocial, le dépistage et la prise en charge des autres membres de la famille.

### **I.6.2. Deuxième consultation post-natale ou CPON 2**

Elle a lieu entre le 9<sup>ème</sup> et le 15<sup>ème</sup> jour après l'accouchement. Elle s'intéressera au statut VIH de la patiente et aux éventuelles complications survenues durant l'accouchement ainsi qu'aux traitements reçus.

L'interrogatoire va rechercher la date de l'accouchement et les plaintes de la patiente notamment une notion de douleur, de fièvre ou de saignement génital.

On va également s'enquérir des problèmes urinaires, digestifs et mammaires et de l'éventuel choix d'une méthode contraceptive. L'état psychologique de la patiente sera lui aussi évalué. L'examen clinique va rechercher des œdèmes des membres inférieurs, la coloration des téguments et des muqueuses, l'aspect des seins et la souplesse des mollets. Il apprécie l'involution utérine et l'examen vulvo-périnéale va rechercher une déchirure, un écoulement et précisera la quantité et l'odeur des lochies.

L'examen du nouveau-né débutera par la prise des constantes (poids, taille, température, fréquence respiratoire, pouls). Il sera complété par l'examen de tous les appareils. La patiente sera informée sur les signes de danger et recevra des conseils sur l'utilisation de la MILDA, la vaccination antitétanique, la prise du fer et la prophylaxie antirétrovirale si elle est indiquée pour elle.

### **I.6.3. Troisième consultation post-natale ou CPON 3**

Elle se fera au 42<sup>ème</sup> jour du post-partum. L'interrogatoire va s'intéresser au retour de couches, à la qualité de la continence urinaire et anale, aux problèmes liés aux rapports sexuels éventuels, à la qualité de l'allaitement et à l'état psychologique de la patiente. L'examen physique appréciera l'état général de la patiente, sa tension artérielle et son poids. On réalisera un examen minutieux des seins et un examen abdominal pour évaluer la qualité de la sangle abdominale et de la cicatrice en cas de césarienne. L'examen vulvopérinéal va rechercher une béance vulvaire, un prolapsus, une incontinence urinaire ou une fistule obstétricale. L'examen au spéculum permet de visualiser le col et les parois vaginales et de réaliser l'inspection visuelle après application d'acide acétique (IVA) et de Lugol (IVL) ou le frottis cervico-utérin. La trophicité du vagin, la tonicité des releveurs de l'anus et la consistance du col utérin seront appréciées par le toucher vaginal. L'examen du nouveau-né recherchera les mêmes paramètres que lors de la CPON 2.

En fonction des antécédents de la patiente et des résultats de l'examen clinique, des examens complémentaires seront demandés notamment un examen

cytobactériologique des urines (ECBU), une créatininémie, un dosage des transaminases, une numération formule sanguine et une glycémie à jeun. Un traitement sera prescrit au besoin et des conseils seront donnés à la patiente sur le respect du calendrier vaccinal, l'utilisation de la MILDA, le suivi ou l'adoption d'une méthode contraceptive, l'allaitement maternel exclusif, l'alimentation et l'hygiène de la mère. Une évaluation clinico-biologique sera réalisée en cas de séropositivité au VIH.

## II. SORTIE PRECOCE

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS), la « sortie précoce » ou « retour précoce à domicile (RPAD) » correspond à une sortie de la maternité entre J0 et J2 inclus (J0 étant le jour de l'accouchement) pour un accouchement par voie basse ou J4 inclus pour une césarienne [17, 23].

Toutefois, en France où la définition des sorties précoces varie selon les professionnels de santé, les régions et les établissements, dans une maternité donnée, une sortie est considérée comme précoce si elle survient plus tôt que ce qui est habituel pour ce service. Cette définition est retenue par l'étude menée par le réseau sentinelle AUDIPOG, présentant les seuls chiffres disponibles sur le taux des sorties précoces, qui est passé de 3 à 7% entre 1997 et 2002 [23].

Une durée d'hospitalisation plus courte est cependant la règle dans d'autres pays industrialisés. Aux États-Unis, cette durée n'a cessé de diminuer depuis vingt-cinq ans [15]. En pratique, il convient de différencier les sorties hyper-précoces à J0, des sorties très précoces à J1 et modérément précoces à J2 [1].

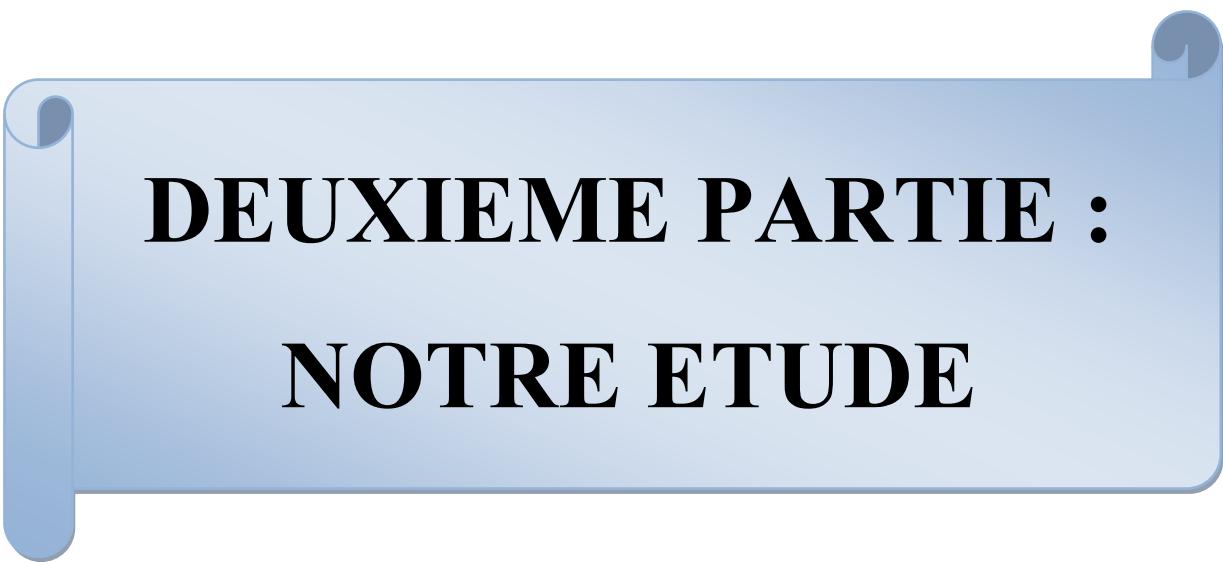
Au Sénégal où les taux ne sont pas connus, cette pratique est adoptée par nécessité par la plupart des maternités et n'a jamais fait l'objet d'une évaluation. En terme de santé publique, elle répond à la diminution effective du nombre de lits d'hospitalisation en maternité et aux problèmes économiques. Elle correspond également à un souci de démédicalisation de l'accouchement normal.

Cependant, la surveillance de la période néonatale immédiate est fondamentale pour la découverte d'éventuelles anomalies malformatives ou

métaboliques mais également pour le dépistage des dysfonctionnements du lien mère-enfant. C'est un moment critique dans la mise en place de l'allaitement maternel. Une sortie précoce serait-elle donc compatible avec une surveillance de qualité ? Plusieurs types de séjour sont proposés aux mères en fonction de leurs antécédents médicaux, du mode et du terme de l'accouchement, du poids de leur nouveau-né, de leurs pathologies ou de celles de leur nouveau-né et de leur choix de la durée du séjour hospitalier.

A la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara, l'accouchement par voie basse était le mode d'accouchement le plus fréquent avec une moyenne annuelle de 72,9%. Il peut être physiologique ou nécessiter des manœuvres obstétricales ou des instruments (ventouse, forceps). Après ce type d'accouchement, le séjour s'effectue en unité de suites de couches simples. L'obstétricien peut, pour diverses raisons, avoir recours à l'accouchement par césarienne. Dans ce cas, la durée d'hospitalisation est un peu plus longue à cause de la nécessité de soins spécialisés pour la mère. Dans tous les cas, certaines conditions sont nécessaires pour autoriser le retour précoce à domicile d'une accouchée. En effet, le bilan de l'état de santé physique et psychologique de la mère et de son enfant et l'évaluation des conditions sociales doivent être satisfaisants à la date envisagée pour la sortie. Les examens complémentaires opportuns doivent être réalisés et leurs résultats connus et normaux. Aussi, le prestataire de santé devra s'assurer que la mère a une aptitude et une autonomie suffisantes (allaitement, soins au nouveau-né, absence de signes d'alerte) ou bien qu'elle pourra bénéficier d'un soutien à domicile.

Les patientes devront avoir accès à tout moment, en cas de besoin à des professionnels compétents et disponibles pour une prise en charge médicale, psychologique et sociale.



## **DEUXIEME PARTIE :**

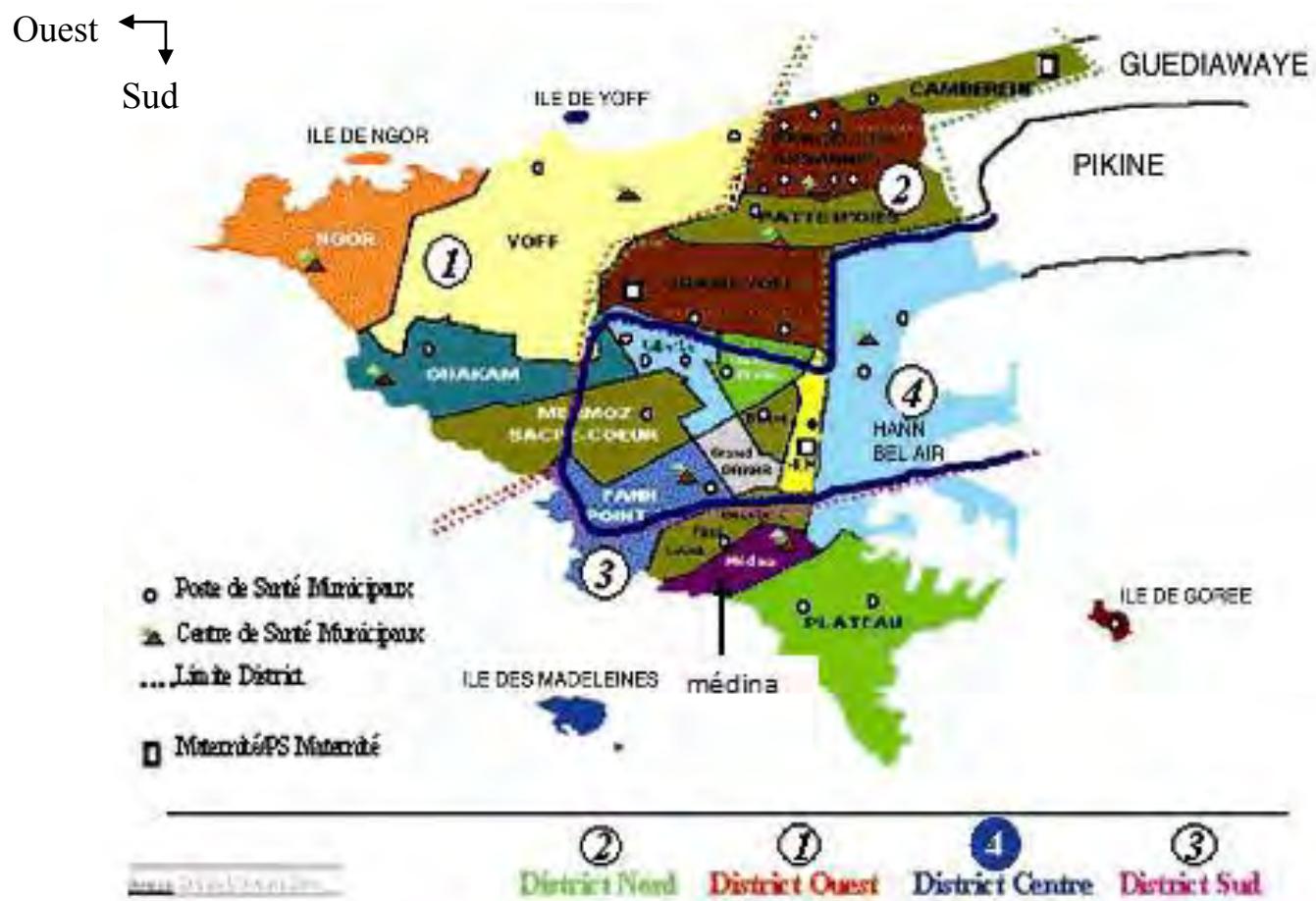
## **NOTRE ETUDE**

## I. CADRE D'ETUDE

### I.1. Situation géographique

Notre étude avait pour cadre la Maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara. Ce dernier fait partie du District Centre de Dakar et il en est le centre de référence. Le District compte par ailleurs 3 autres Centres de Santé et 8 Postes de Santé. Il est situé dans le quartier Sicap Amitié 2 et est limité par:

- au Nord, le district Nord ;
- au Sud, le district Sud ;
- à l'Ouest, l'océan atlantique et le district Ouest ;
- à l'Est, le district de Pikine.



**Figure 1 :** Carte géographique avec l'emplacement du District Centre

## I.2. Infrastructures

### I.2.1. Maternité

La Maternité, qui jusqu'en 2010 était une Maternité de Niveau 1 où on n'effectuait que des accouchements normaux, a été transformé en Maternité de Niveau 2 après la fermeture pour réhabilitation de la Maternité de l'Institut d'Hygiène Sociale (IHS) en Septembre 2010.

La maternité compte:

- une salle de travail équipée de 4 lits pour la surveillance des parturientes ;
- une salle d'accouchement avec 4 tables ;
- un bloc opératoire avec 2 salles, une pour les urgences et l'autre pour le programme opératoire ;
- une salle de réveil et une salle de réanimation ayant chacune 4 lits ;
- une salle pour les opérées récentes d'une capacité de 12 lits ;
- une unité de suites de couches et une salle pour les grossesses pathologiques ayant respectivement une capacité de 8 et 12 lits. ;
- 3 cabines d'hospitalisation de 2 lits chacune.

La Maternité dispose par ailleurs:

- d'une unité de planification familiale ;
- d'une unité de consultation prénatale (CPN) ;
- d'une unité de consultation post-natale (CPON) ;
- et d'un service de néonatalogie avec une unité d'hospitalisation de 9 berceaux et un secteur pour la vaccination.

### I.2.2. Unité de consultation externe

La consultation externe est répartie sur 3 salles: une salle pour l'échographie, une salle pour la consultation gynécologique et une salle pour l'accueil et le tri des urgences.

### **I.3. Personnel du service de Gynécologie-Obstétrique**

L'équipe était composée par:

- un Professeur titulaire d'Université en Gynécologie-Obstétrique;
- deux Assistants en Gynécologie-Obstétrique à temps partiel ;
- des médecins (internes et DES) en cours de spécialisation en nombre variable, entre 6 et 8 par semestre ;
- un médecin spécialiste en Anesthésie-Réanimation ;
- un médecin Pédiatre;
- trois Techniciens Supérieurs en Anesthésie-Réanimation ;
- vingt-cinq Sages-femmes d'Etat ;
- huit infirmiers et cinq Aides Infirmiers ;
- sept Instrumentistes ;
- trois Brancardiers ;
- et douze Techniciens de Surface.

### **I.4. Activités**

La Maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara a une triple vocation de soins, de formation et de recherche.

#### **I.4.1. Soins**

La Maternité reçoit des urgences obstétricales 24 heures sur 24. On y effectue en moyenne 4150 accouchements par an dont 975 césariennes.

#### **I.4.2. Formation**

##### **I.4.2.1. Formation théorique**

La Maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara abrite régulièrement des enseignements universitaires et post-universitaires. Cette formation était orientée vers la promotion de la santé maternelle et infantile et porte sur la Gynécologie, l'Obstétrique, la Néonatalogie et l'Anesthésie-Réanimation.

#### **I.4.2.2. Formation pratique**

La Maternité contribue à la formation de médecins spécialistes dans le cadre du Diplôme d'Etudes Spécialisé (D.E.S) d'Obstétrique et de Gynécologie Médico-chirurgicale. Elle assure aussi l'encadrement des étudiants de cinquième année et de septième année de médecine lors de leur stage. Elle reçoit aussi des élèves sages-femmes d'Etat, des élèves infirmiers d'Etat, des stagiaires étrangers (français et belges notamment). Elle assure également la formation d'équipes compétentes en soins obstétricaux et néonatals d'urgence (SONU), ainsi que des recyclages périodiques à l'intention de divers personnels médical et paramédical sous la tutelle du Ministère de la Santé et de l'Action Sociale.

### **II. PATIENTES ET METHODES**

#### **II.1. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive menée sur une période d'un mois allant du 5 Mars au 5 Avril 2013.

#### **II.2. Critères de sélection des patientes**

##### **II.2.1. Critères d'inclusion**

L'étude prenait en compte les patientes qui avaient accouché par voie basse ou par césarienne d'un enfant vivant bien portant à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara et dont le retour à domicile se faisait au plus tard 24 heures après un accouchement par voie basse et 72 heures après une césarienne.

##### **II.2.2. Critères de non inclusion**

Nous avons exclu les patientes qui présentaient une pathologie chronique au cours de la grossesse et celles dont les nouveau-nés étaient hospitalisés en unité de néonatalogie ou transférés vers une autre structure sanitaire.

#### **II.3. Collecte et analyse des données**

Les données étaient enregistrées à l'aide d'une fiche informatisée comprenant les paramètres suivants : l'âge, la profession, la situation matrimoniale, le niveau d'étude, les antécédents gynécologiques et obstétricaux, le déroulement de la grossesse et de l'accouchement, les résultats de l'examen à la 2<sup>eme</sup> heure du

post-partum et à la sortie et les données du suivi post-natal. L'analyse statistique des données recueillies était faite à l'aide du logiciel SPSS version 20.0.

#### **II.4. Modalités de prise en charge des patientes**

Les patientes étaient surveillées pendant 2 heures en salle de naissance après un accouchement par voie basse et 24 heures en salle de réveil après une césarienne. Ensuite, elles étaient transférées en unité des suites de couches après un examen clinique complet visant à écarter toute complication. Leur sortie était autorisée au plus tard 24 heures après un accouchement par voie basse et 72 heures après une césarienne, si aucune complication n'était notée chez elles et leurs nouveau-nés. Elles bénéficiaient avant la sortie de conseils sur : les signes d'alerte de complications post-natales, l'hygiène et l'alimentation de l'accouchée et du nouveau-né, l'utilisation de la MILDA et la prise de fer.

Elles étaient reconvoquées pour les consultations post-natales selon les normes en vigueur au Sénégal : CPON 1 entre J1 et J3 ; CPON 2 entre J9 et J15 ; CPON 3 entre J16 et J42.

### III. RESULTATS

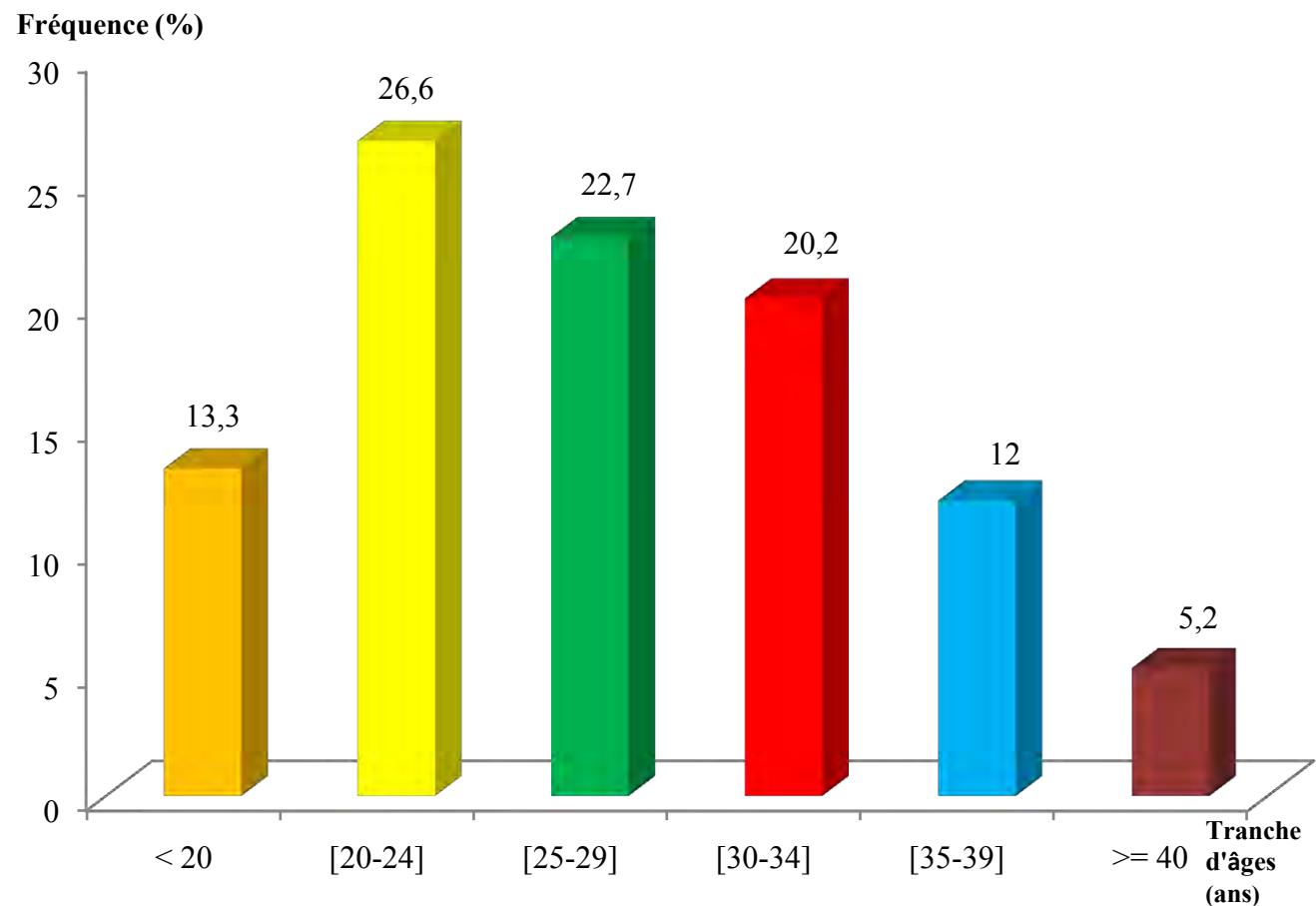
#### III.1. Fréquence

Durant la période d'étude, 261 patientes ont accouché à la Maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara. Parmi celles-ci, 233 (89,3%) ont bénéficié d'une sortie précoce. Il s'agissait de 168 accouchements par voie basse naturelle (72,1%), 64 césariennes (27,5%) et une application de forceps (0,4%).

#### III.2. Caractéristiques maternelles

##### III.2.1. Age

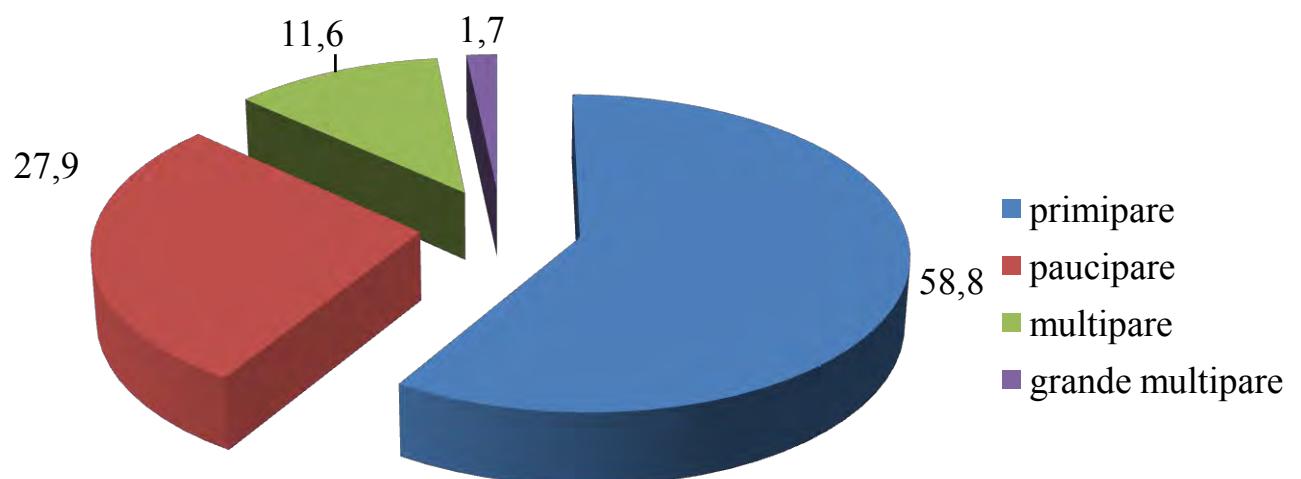
Les patientes étaient âgées entre 16 et 43 ans avec une moyenne de 27 ans. La tranche d'âge de 20 et 24 ans était la plus représentée (26,6%) (Figure 2).



**Figure 2 :** Répartition selon la tranche d'âges des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

### III.2.2. Parité

La parité variait entre 1 et 10 avec une moyenne de 6. Les primipares (58,8%) et les paucipares (27,9%) étaient les plus représentées (Figure 3).



**Figure 3 :** Répartition selon la parité des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

### III.2.3. Lieu de résidence

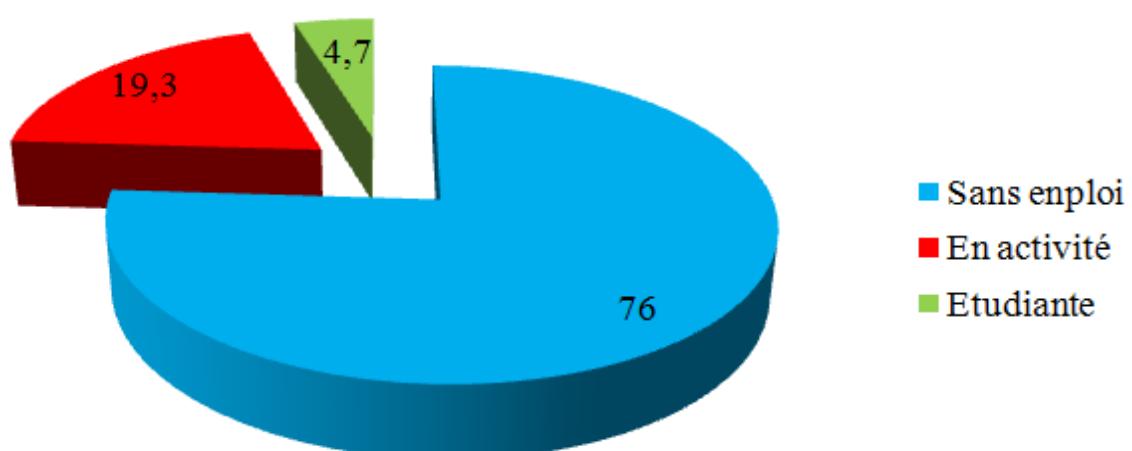
Les patientes résidaient pour la plupart en zone urbaine (77,3%). Le reste de l'échantillon provenait de la banlieue dakaroise (22,3%) ou des autres régions du pays (0,4%) (Tableau I ).

**Tableau I** : Répartition selon la provenance des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

Lieu de résidence	Effectif	Fréquence (%)
Dakar Ville	180	77,3
Banlieue dakaroise	52	22,3
Autres régions	1	0,4
Total	233	100

### III.2.4. Profession

La majorité des patientes (76%) étaient sans emploi. Seules 45 d'entre-elles (19,3%) avaient une activité rémunérée (Figure 4).



**Figure 4** : Répartition selon la profession des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

### III.2.5. Antécédents médicaux

La plupart des patientes (94,4%) n'avaient aucun antécédent médical. L'asthme (1,7%), la drépanocytose (1,3%) et l'infection au virus de l'hépatite B (0,9%) étaient les antécédents médicaux les plus retrouvés (Tableau II).

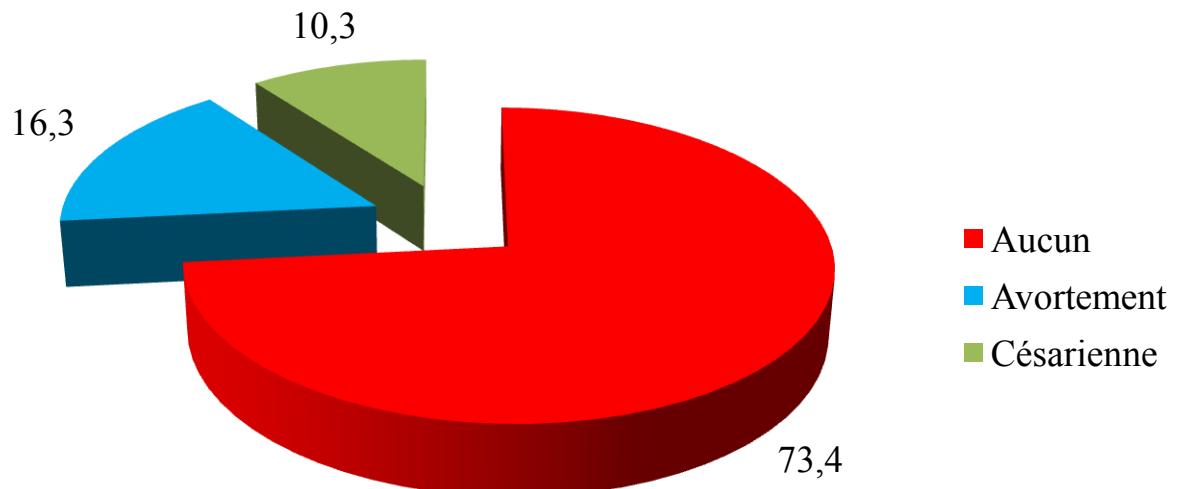
**Tableau II :** Répartition selon les antécédents médicaux des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

Antécédents médicaux	Effectif	Fréquence (%)
Aucun	220	94,4
Asthme	4	1,7
Diabète	1	0,4
Drépanocytose	3	1,3
Infection au virus de l'hépatite B	2	0,9
Infection au virus de la Rubéole	1	0,4
Infection à VIH	1	0,4
Hyperthyroïdie	1	0,4
Total	233	100

**VIH :** Virus de l'immunodéficience humaine

### III.2.6. Antécédents obstétricaux

Les mères n'avaient pour la plupart aucun antécédent obstétrical (73%). Les antécédents obstétricaux étaient dominés par les avortements (16,3%). (Figure 5).



**Figure 5 :** Répartition selon les antécédents obstétricaux des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

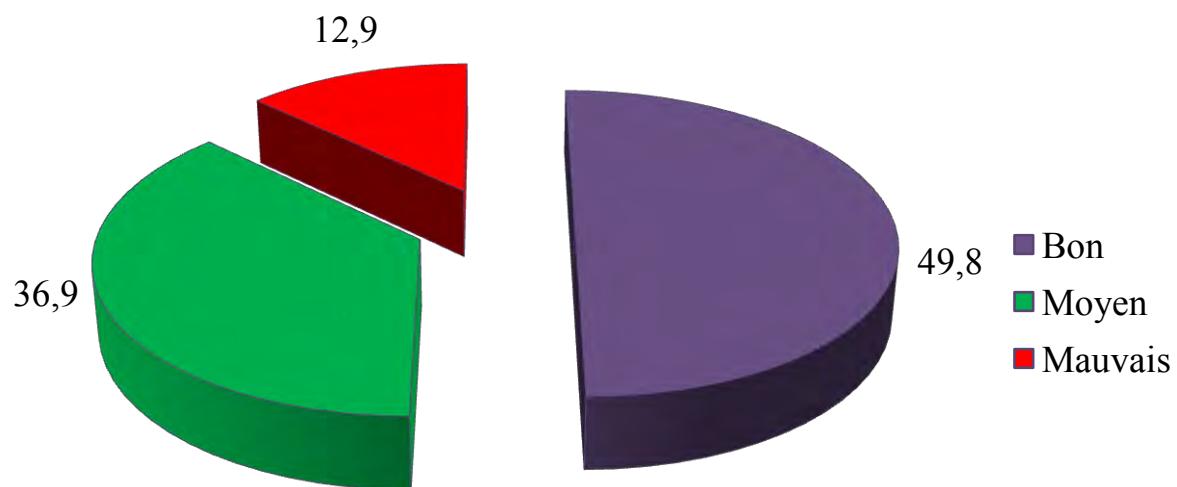
### III.2.7. Suivi prénatal

La majorité des patientes (79,4%) n'étaient pas suivies au Centre de Santé Gaspard Kamara. Seules 48 d'entre-elles (20,6%) avaient fait leur consultation prénatale dans notre structure. Elles avaient pour la plupart bénéficié de 3 consultations prénatales ou plus (83,7%) (Tableau III).

**Tableau III :** Répartition selon le nombre de consultation prénatale des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

Nombre de CPN	Effectif	Fréquence (%)
Aucune	1	0,4
[1-2]	37	15,9
[3-4]	144	61,8
> 4	51	21,9
Total	233	100

Nous avons apprécié la qualité du suivi prénatal en tenant compte de la réalisation du bilan prénatal, de l'observance du traitement préventif intermittent et de la vaccination antitétanique et de la prise en charge des éventuelles affections gravidiques et intercurrentes. Ainsi, la moitié des parturientes (50,2%) avaient bénéficié d'un bon suivi prénatal (Figure 6).



**Figure 6 :** Répartition selon la qualité du suivi prénatal des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

### III.2.8. Accouchement et post-partum immédiat

#### III.2.8.1. Type et terme de la grossesse

Il s'agissait le plus souvent d'une grossesse monofœtale (95,7%). Par ailleurs, nous avons dénombré 10 grossesses gémellaires (4,3%). La majorité des parturientes (89,7%) avaient mené leur grossesse à terme. On notait 3 accouchements prématurés (1,3%) et 21 dépassements de terme (9%) (Tableau IV).

**Tableau IV :** Répartition selon le terme de la grossesse des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

Terme de la grossesse (SA)	Effectif	Fréquence (%)
36≤ T< 37	3	1,3
37≤ T< 41	209	89,7
T ≥ 41	21	9
Total	233	100

**T : Terme de la grossesse**

### **III.2.8.2. Etat des membranes et coloration du liquide amniotique**

Une rupture prématurée des membranes étaient notée chez 77 patientes (33%). Le liquide amniotique était le plus souvent clair (91,8%), parfois teinté jaunâtre (6,9%), plus rarement méconial (1,3%) (Tableau V).

**Tableau V :** Répartition selon l'aspect du liquide amniotique des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

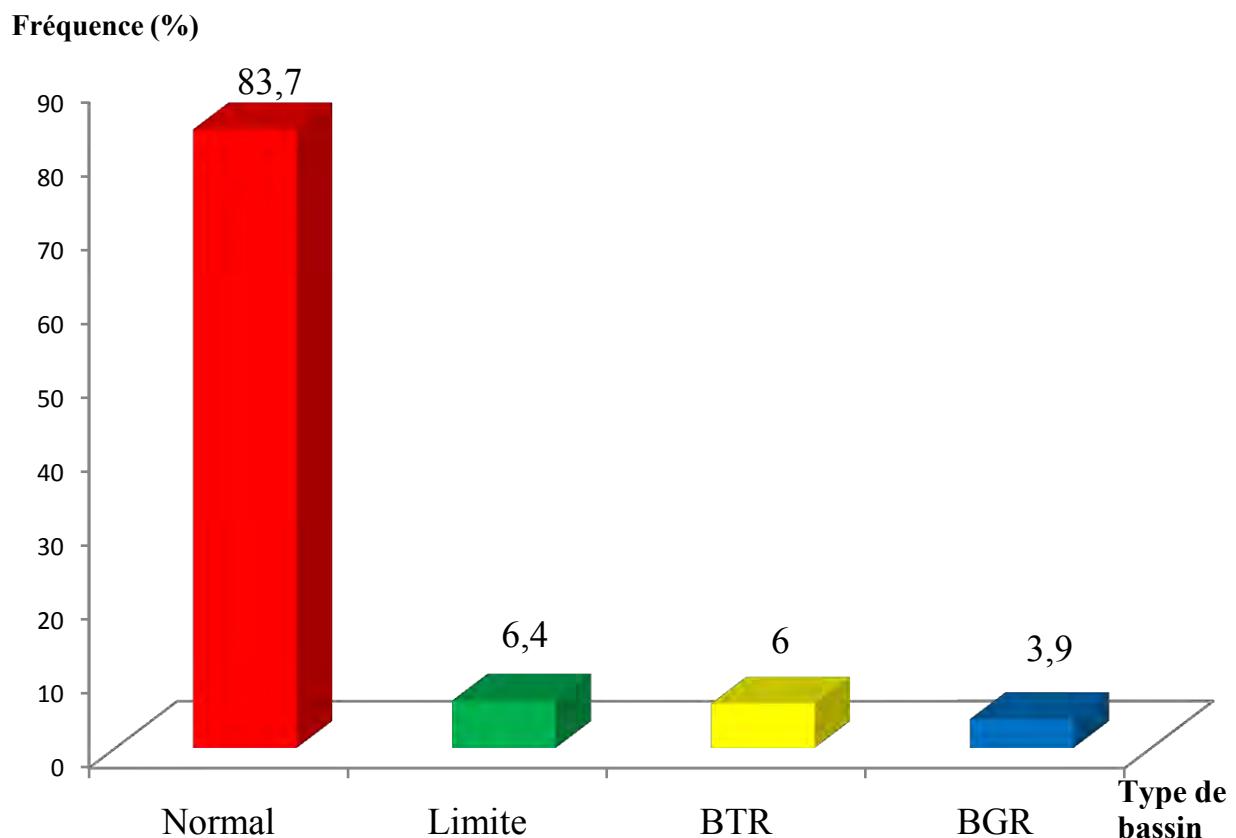
---

<b>Coloration du liquide amniotique</b>	<b>Effectif</b>	<b>Fréquence (%)</b>
Normale	214	91,8
Jaunâtre	16	6,9
Méconiale	3	1,3
Total	233	100

---

### III.2.8.3. Type de bassin

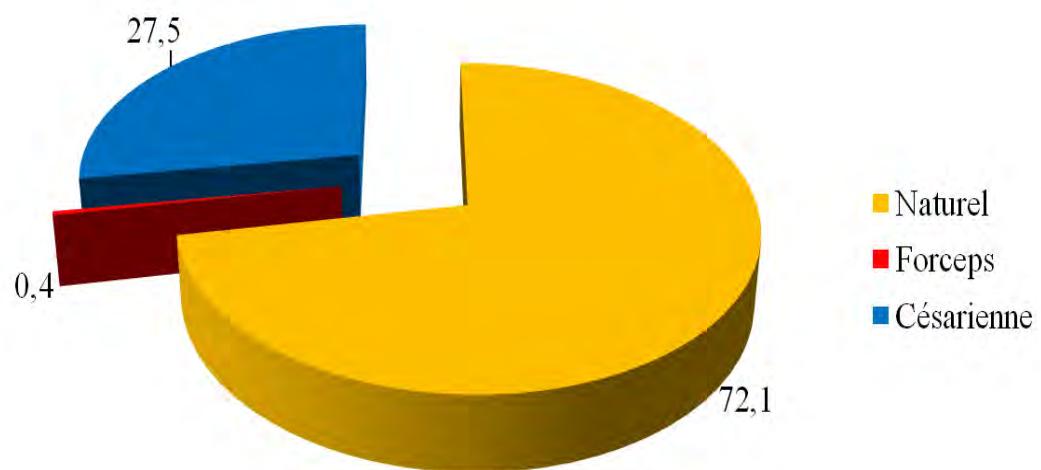
La pelvimétrie clinique objectivait le plus souvent un bassin normal (83,7%). Nous avons par ailleurs noté 6,4% de bassins limites, 6% de bassins transversalement rétrécis (BTR) et 3,4% de bassins généralement rétrécis (BGR) (Figure 7).



**Figure 7** : Répartition selon le type de bassin des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

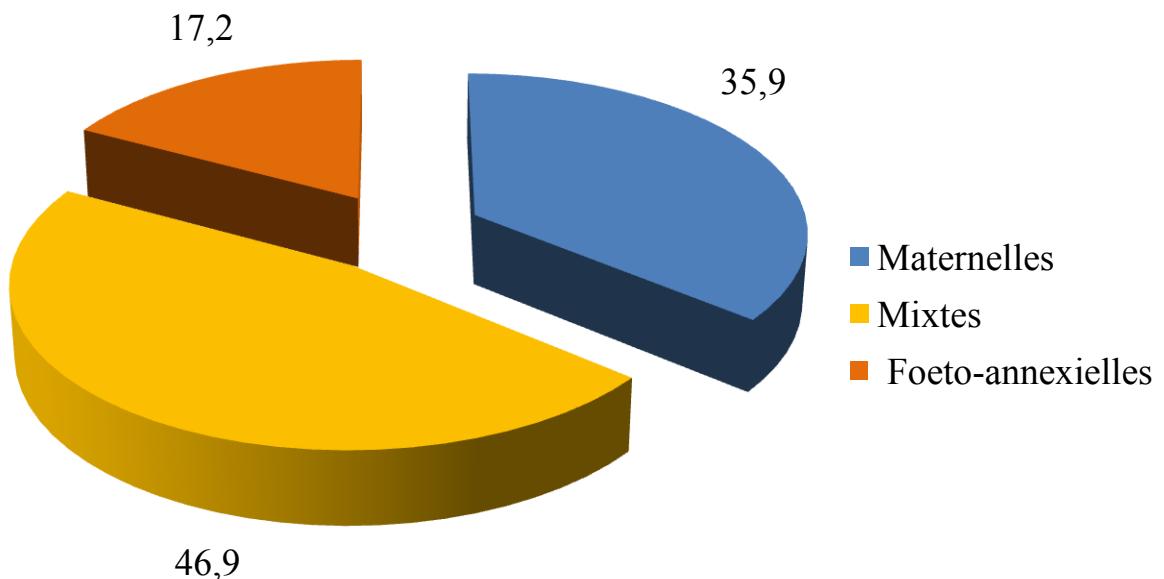
### III.2.8.4. Mode d'accouchement

La majorité des parturientes (72,1%) avaient accouché par voie basse naturelle. Les accouchements par césarienne et par application de forceps de Tarnier représentaient respectivement 27,5% et 0,4% de l'ensemble des accouchements (Figure 8).



**Figure 8** : Répartition selon le mode d'accouchement des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

Toutes les patientes ayant accouché par voie basse avaient bénéficié d'une gestion active de la troisième phase de l'accouchement (GATPA). Les indications de la césarienne étaient souvent mixtes (46,9%) ; les indications maternelles et foeto-annexielles étaient respectivement de 35,9% et 17,2% (Figure 9).



**Figure 9 :** Répartition selon l'indication des césariennes des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

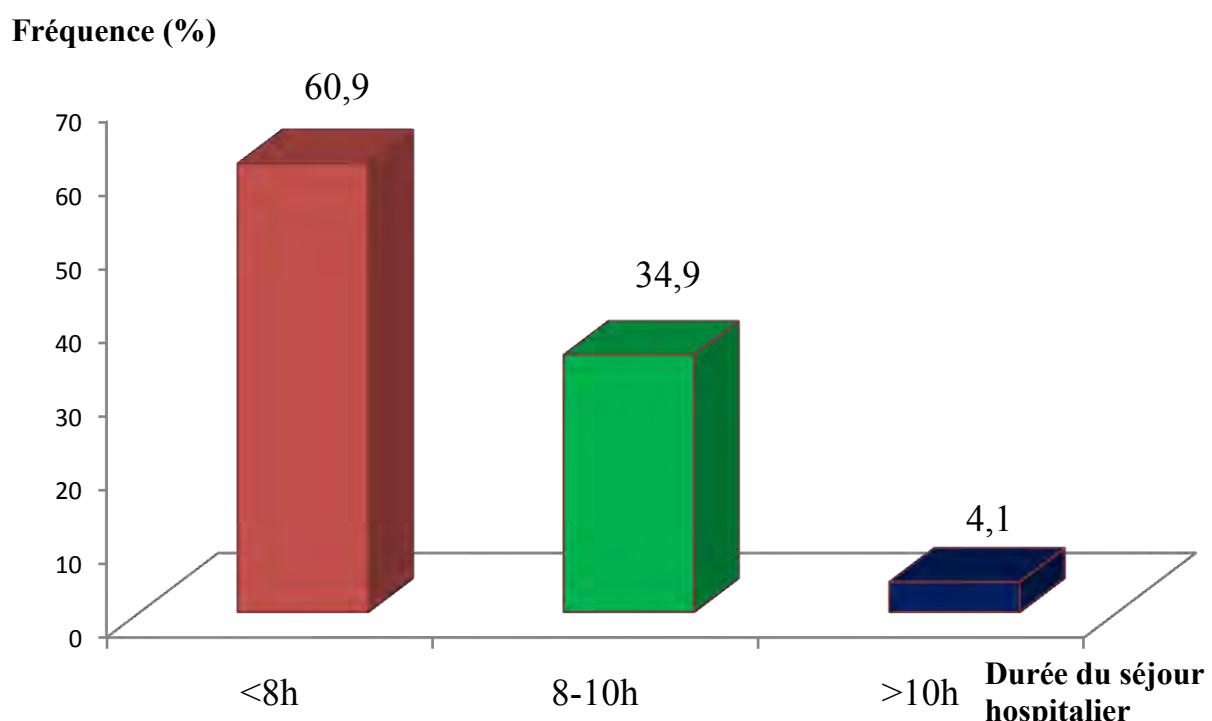
### III.2.8.5. Examen à la deuxième heure du post-partum

Il était presque toujours normal (97,9%). Nous avons noté 5 cas d'hémorragie du post-partum mineurs par atonie utérine (2,1%).

### III.2.9. Durée du séjour hospitalier

#### III.2.9.1. Accouchement par voie basse

Après un accouchement par voie basse, la majorité des patientes (60,9%) séjournaient moins de 8 heures en unité des suites de couches. Seules 7 d'entre-elles (4,1%) avaient passé plus de 10 heures à la maternité (Figure 10). La durée moyenne du séjour après accouchement par voie basse était 9,2 heures avec des extrêmes de 4 à 14 heures.



**Figure 10 :** Répartition selon la durée de séjour hospitalier des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=169).

#### III.2.9.2. Accouchement par césarienne

Près de 3 patientes césarisées sur 4 (73,4%) avaient séjournées entre 72 et 82 heures et dix-sept d'entre-elles (26,6%) entre 64 et 72 heures à la maternité. La durée moyenne du séjour après accouchement par césarienne était 72,4 heures avec des extrêmes de 64 à 82 heures.

### III.2.10. Suivi post-natal

#### III.2.10.1. Première consultation post-natal ou CPON 1

Lors de la première visite post-natale, la quasi-totalité des patientes (99,2%) n'avaient présenté aucune complication. Nous n'avons enregistré qu'un cas d'engorgement mammaire et un cas d'anémie modérée (Tableau VI).

**Tableau VI :** Répartition selon les complications à la première CPON des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

Type de complication	Effectif	Fréquence (%)
Aucune complication	231	99,2
Engorgement mammaire	1	0,4
Anémie	1	0,4
Total	233	100

Les patientes optaient le plus souvent pour un allaitement maternel exclusif (85,8%) (Tableau VII).

**Tableau VII :** Répartition selon le mode d'allaitement à la première CPON des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

Mode d'allaitement	Effectif	Fréquence (%)
Allaitement maternel exclusif	200	85,8
Allaitement artificiel	1	0,4
Allaitement mixte	32	13,8
Total	233	100

### III.2.10.2. Deuxième consultation post-natal ou CPON 2

Lors de la deuxième consultation post-natale, les complications étaient rarement observées (1,7%). Il s'agissait de 2 cas de lâchage de sutures de périnéorraphie (0,9%), d'une endométrite (0,4%) et d'un engorgement mammaire (0,4%) (Tableau VIII).

**Tableau VIII :** Répartition selon les complications à la deuxième CPON des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

Type de complication	Effectif	Fréquence (%)
Aucune complication	229	92,3
Lâchage de sutures de périnéorraphie	2	0,9
Endométrite	1	0,4
Engorgement mammaire	1	0,4
Total	233	100

Lors de la deuxième CPON, l'allaitement maternel exclusif était le mode d'allaitement le plus utilisé (86,7%) (Tableau IX).

**Tableau IX** : Répartition selon le mode d'allaitement à la deuxième CPON des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

Mode d'allaitement	Effectif	Fréquence (%)
Allaitement maternel exclusif	202	86,7
Allaitement artificiel	1	0,4
Allaitement mixte	30	12,9
Total	233	100

### III.2.10.3. Troisième consultation post-natal

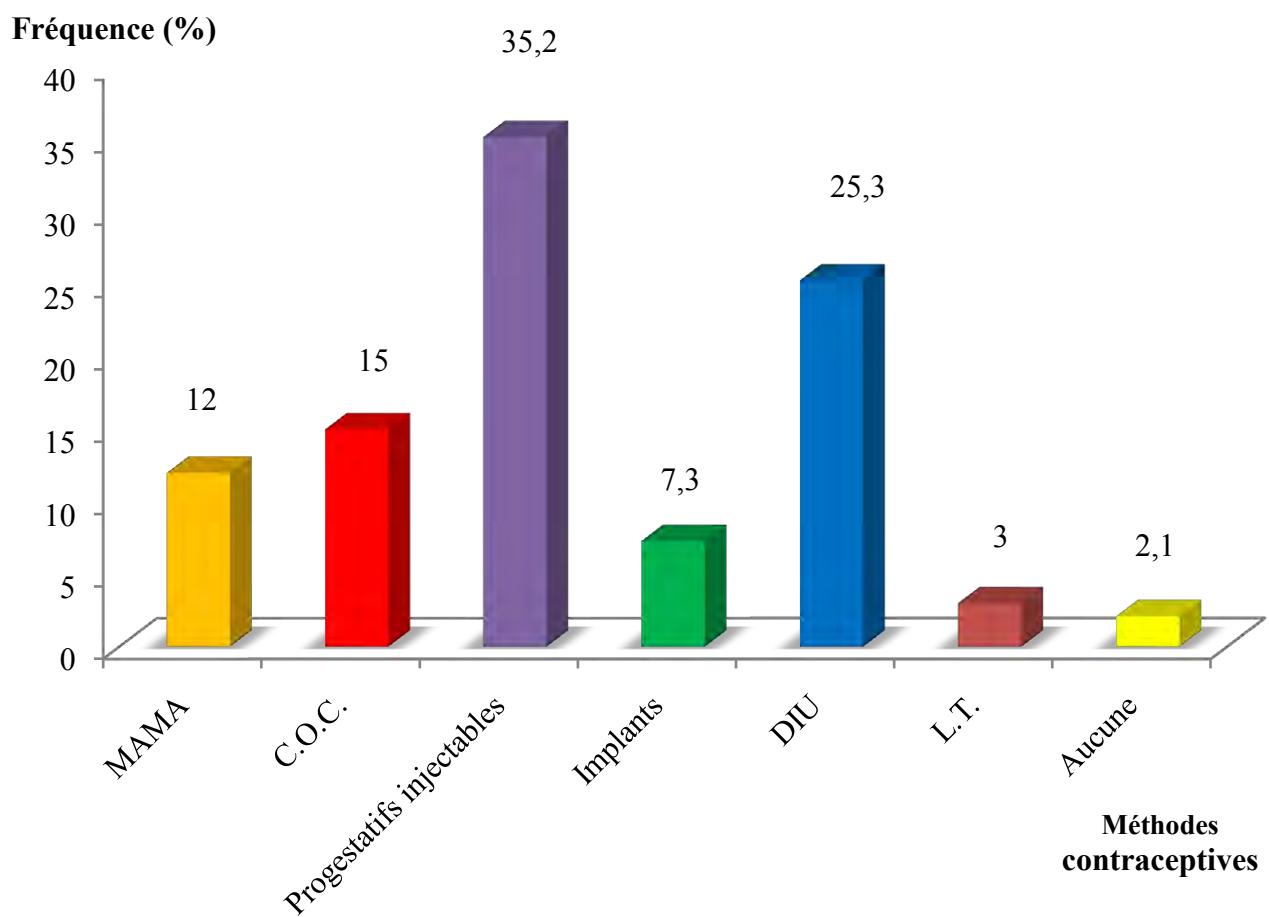
Lors de la troisième consultation post-natale, aucune patiente ne présentait une complication ; 88% d'entre-elles avaient choisi de faire un allaitement maternel exclusif (Tableau X).

**Tableau X** : Répartition selon le mode d'allaitement à la troisième CPON des patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

Mode d'allaitement	Effectif	Fréquence (%)
Allaitement maternel exclusif	205	88
Allaitement artificiel	1	0,4
Allaitement mixte	27	11,6
Total	233	100

### III.2.10.4. Contraception

Les progestatifs injectables étaient la méthode contraceptive la plus utilisé par les patientes (34,3%), suivie du dispositif intra-utérin (DIU) (24,5%), des contraceptifs oraux combinés (COC) (14,6%), de la méthode allaitement maternel-aménorrhée (MAMA) (12%) et des implants Jadelle (7,3%). La ligature des trompes (LT) était réalisée chez 2,6% des patientes (Figure 11).



**Figure 11 :** Répartition selon la méthode contraceptive choisie par les patientes ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=233).

### III.3. Caractéristiques néonatales

#### III.3.1. Paramètres anthropométriques

La majorité des nouveau-nés (86%) avaient un poids de naissance normal. Par ailleurs, nous avons enregistré 3 petits poids de naissance (1,3%) et 12 macrosomes (4,9%). La taille et le périmètre crânien des nouveau-nés étaient normaux dans respectivement 93,4% et 81,1% des cas (Tableau XI).

**Tableau XI :** Répartition selon les paramètres anthropométriques des nouveau-nés de mères ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=243).

Paramètres anthropométriques	Effectif	Fréquence (%)
Poids (grammes)		
1500-1999	3	1,3
2000-2499	19	7,8
2500-3999	209	86
≥ 4000	12	4,9
Taille (cm)		
<46	11	4,5
46 à 53	227	93,4
≥ 54	5	2,1
Périmètre crânien (cm)		
<32	37	15,2
32 à 35	197	81,1
≥ 36	9	3,7

### III.3.2. Score d'Apgar à la 5ème minute

Les naissances vivantes étaient au nombre de 243 et le score d'Apgar était dans tous les cas normal. La plupart des nouveau-nés (76,1%) avaient un score d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> minute compris entre 9 et 10 (Tableau XII).

**Tableau XII :** Répartition selon le Score d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> minute des nouveau-nés de mères ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du au Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=243).

Score d'Apgar à la 5 <sup>ème</sup> minute	Effectif	Fréquence (%)
7	10	4,1
8	48	19,8
9-10	185	76,1
Total	243	100

### III.3.3. Examen morphologique

L'examen morphologique était le plus souvent normal (98,4%). Nous avons cependant dénombré 4 malformations fœtales (1,6%). Il s'agissait d'un cas de pieds bots, d'une cryptorchidie, d'une polydactylie bilatérale et d'un genu recurvatum (Tableau XIII).

**Tableau XIII:** Répartition selon l'examen morphologique des nouveau-nés de mères ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=243).

Examen morphologique	Effectif	Fréquence(%)
Normal	239	98,4
Pied bot	1	0,4
Cryptorchidie	1	0,4
Polydactylie bilatérale	1	0,4
Genu recurvatum	1	0,4
Total	243	100

### III.3.4. Suivi post-natal

#### III.3.4.1. Première consultation post-natale ou CPON 1

Lors de la première CPON, aucun nouveau-né n'a présenté une complication. Nous n'avons enregistré aucun gain pondéral. Par contre 28,8% des nouveau-nés présentaient un déficit pondéral et 73,3% avaient un poids inchangé (Tableau XIV)

**Tableau XIV:** Répartition selon l'évolution pondérale à la première CPON de nouveau-nés des mères ayant bénéficié d'une sortie précoce à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=243).

Evolution pondérale à la CPON 1	Effectif	Fréquence (%)
<b>Déficit (grammes)</b>		
<150	14	7,8
150-300	31	12,8
≥ 300	20	8,2
<b>Gain (grammes)</b>		
<500	-	-
≥ 500	-	-
Poids inchangé	178	73,3
Total	243	100

### III.3.4.2. Deuxième consultation post-natale ou CPON 2

Aucun nouveau-né ne présentait une complication. La plupart d'entre-eux (94,6%) avaient un gain pondéral lors de la deuxième CPON dont 29,6% de gain de plus de 500 grammes (Tableau XV).

**Tableau XV:** Répartition selon l'évolution pondérale des nouveau-nés des mères ayant bénéficié d'une sortie précoce lors de la deuxième CPON à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=243).

Evolution pondérale à la CPON 2	Effectif	Fréquence (%)
Déficit (grammes)		
<150	3	1,2
150-300	-	-
≥ 300	5	2,1
Gain (grammes)		
<500	158	65
≥ 500	72	29,6
Poids inchangé	5	2,1
Total	243	100

### III.3.4.3. Troisième consultation post-natale ou CPON 3

Aucun nouveau-né ne présentait une complication. A la troisième CPON, 95,9% des nouveau-nés présentaient un gain pondéral dont 79,4% de gain de plus de 500 grammes. Un seul cas de déficit pondéral était enregistré (Tableau XVI).

**Tableau XVI:** Répartition selon l'évolution pondérale des nouveau-nés des mères ayant bénéficié d'une sortie précoce lors de la troisième CPON à la maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013 (N=243).

Evolution pondérale à la CPON3	Effectif	Fréquence (%)
Déficit (grammes)		
<150	1	0,4
150-300	-	-
≥ 300	-	-
Gain (grammes)		
<500	40	16,5
≥ 500	193	79,4
Poids inchangé	9	3,7
Total	243	100

## IV. DISCUSSION

### IV.1. Fréquence

Dans notre série, les sorties précoces représentaient 89,3% de l'ensemble des accouchements. Il s'agissait de 89,4% de sorties précoces après un accouchement par voie basse et 90,1% après une césarienne. Ces taux sont largement supérieurs à ceux retrouvés dans la littérature. En effet, à Rouen, Sulpis [35] avait enregistré 61% de sorties précoces sur l'ensemble des accouchements. En France, d'après la Haute Autorité de Santé (HAS), les taux de sorties précoces après un accouchement par voie basse étaient de 64% en 2010 et 60% en 2011 ; après une césarienne, ils étaient de 36% en 2010 et 40% en 2011 [21]. Au Canada, les pourcentages les plus élevés de séjours courts étaient retrouvés en Alberta avec des taux de 44,7% après un accouchement par voie basse et 64,1% après une césarienne [22]. En 2004, Wiegers au Canada [22] rapportait dans une étude que 76% des femmes ayant accouché à l'hôpital sortaient de la maternité le lendemain et 36% le jour même de la naissance [22]. Ce taux relativement élevé de sorties précoces retrouvé dans notre pratique pourrait s'expliquer par :

- la capacité d'accueil réduite des maternités,
- et la volonté des femmes de sortir assez rapidement de la maternité où les conditions d'hospitalisation souvent difficiles (salles communes, accès limité des membres de la famille, problèmes d'hôtellerie et de restauration).

### IV.2. Profil épidémiologique

Dans notre série, le profil épidémiologique des patientes était celui d'une femme âgée en moyenne 27 ans, primipare (58,8%), mariée (96,6%) et sans activité professionnelle (76%). L'âge moyen de nos patientes était comparable à ceux retrouvés dans la littérature.

En effet, Dolbeau [17], Touré [36], Depalle [16] et Sulpis [35] retrouvaient dans leurs séries respectives des âges moyens de 27 ans, 26 ans, 30 ans et 31 ans. Les primipares étaient les plus représentées dans notre étude, certainement du fait de l'âge relativement jeune de nos patientes.

En France, les femmes multipares étaient significativement plus nombreuses à sortir précocement de la maternité que les femmes primipares : elles étaient 3,31% à sortir précocement versus 1,13% pour les femmes primipares, en 2010. En 2011, ces taux étaient de 3,13% pour les multipares versus 0,98% pour les primipares. Par ailleurs, la parité était liée à l'âge de la femme. En 2010 et 2011, selon la HAS [21], en France où les accouchées avaient en moyenne entre 29 et 30 ans, 76% des femmes primipares avaient moins de 30 ans et les femmes de plus de 30 ans étaient dans 74% des cas multipares.

#### **IV.3. Mode d'accouchement et sortie précoce**

Dans notre pratique, les sorties précoces intéressaient aussi bien les accouchements par voie basse (89,4%) que les césariennes (90,1%) dans des proportions presque égales. Ces résultats sont différents de ceux retrouvés en France où la proportion des sorties précoces était significativement plus élevée après une césarienne qu'après un accouchement par voie basse (test du Chi-deux, p-value<0,0001). En effet, comme l'indique le tableau ci-dessous (Tableau XVII), 36% des sorties précoces concernaient des patientes césarisées, versus 20% parmi les séjours prolongés. La part des sorties précoces après césarienne y a augmenté sensiblement en 2011 (40% versus 20%) [21]. Ceci témoigne d'une volonté ferme de la part des prestataires de santé et des patientes de réduire autant que possible le séjour hospitalier, même après un accouchement par césarienne. Cette pratique améliore la disponibilité des lits en maternité et diminue le taux de patientes réévacuées faute de place dans nos structures.

**Tableau XVII:** Proportion d'accouchées sorties précocement selon le mode d'accouchement en France et au Sénégal.

<b>Auteurs</b>	<b>Année</b>	<b>Pays</b>	<b>Taux de sortie précoce (%)</b>	
			<b>Voie basse</b>	<b>Césarienne</b>
HAS [21]	2010	France	64	36
HAS [21]	2011	France	60	40
Notre étude	2013	Sénégal	89,4	90,1

#### **IV.4. Durée du séjour hospitalier**

Dans notre série, les patientes ayant accouché par voie basse séjournaient en moyenne 8,2 heures en maternité. Pour la majorité d'entre-elles (60,9%), la durée d'hospitalisation était inférieure à 8 heures. Quant aux patientes qui avaient accouché par césarienne, la plupart (68,8%) séjournaient moins de 72 heures en maternité. La durée du séjour en maternité est un sujet qui fait débat. Depuis plusieurs années, la tendance observée en France est à la diminution de la durée du séjour en maternité avec l'introduction de la notion de sortie précoce de maternité définie par la haute autorité de santé (ANAES) en 2004 [1]. L'analyse de nos résultats comparés à ceux d'autres pays montre quelques différences notamment sur la durée du séjour qui est nettement inférieur aux autres. En effet, en France, le taux de sorties précoces a plus que doublé en 5 ans ; de 3 % entre 1994 et 1997, il est passé à 7 % en 2002. Cette hausse est plus importante en milieu urbain (15% en Ile de France; 30% à Lyon) [15]. La durée moyenne d'hospitalisation après un accouchement normal est actuellement de 4,4 jours [13]. Du fait de raisons économiques, de pénurie de lits et à la demande des familles, une durée d'hospitalisation plus courte est la règle dans la majorité des pays industrialisés [14]. Aux États-Unis, en 2006, cette durée de séjour n'était plus que de 2,2 jours pour un accouchement par voie basse et 3,6 jours en cas de césarienne [1]. Aux Pays-Bas, un tiers des naissances ont lieu à domicile.

Lorsque l'accouchement a lieu dans une maternité, les femmes restent hospitalisées en moyenne 8 heures en post-partum [1], les mêmes délais que ceux observés dans notre série. Cependant, le relais à domicile est assuré systématiquement par une aide familiale qui va s'occuper de la mère et de l'enfant pendant 8 jours, et par une sage-femme libérale qui assure le suivi obstétrical pendant la même durée, ou plus longtemps si cela est nécessaire [1].

Dans une enquête réalisée en 2000 en région parisienne auprès de professionnels de santé et de mères 15 jours après leur retour à domicile, les mères trouvent que le séjour en maternité est trop long et qu'elles n'acquièrent pas de nouvelles compétences après le 3<sup>ème</sup> jour d'hospitalisation, alors que les professionnels de santé jugent qu'une durée minimale de 4 jours est nécessaire pour permettre d'éviter au maximum les complications maternelles et néonatales [38]. Ce raccourcissement inéluctable de la durée du séjour hospitalier après un accouchement semble répondre à 2 nécessités essentielles :

- une volonté économique et stratégique : le manque de lits et de praticiens mais aussi un souci de rentabilité imposent aujourd'hui une rotation plus rapide,
- une volonté des mères et des familles: la diminution de la durée de séjour est liée à la demande de certaines mères qui, à défaut de pouvoir accoucher à domicile, souhaitent retrouver le plus rapidement possible leur milieu familial jugé plus confortable et plus chaleureux, et veulent éviter une trop grande médicalisation des suites de couches [7].

#### **IV.5. Pronostic maternel et néonatal**

Dans notre série, nous n'avons enregistré aucun décès maternel ou néonatal lors du suivi post-natal. Nos résultats sont comparables aux données de la littérature où il n'y avait pas de décès enregistrés après une sortie précoce de maternité. En effet, selon la HAS [21], aucune femme ayant eu un accouchement par voie basse avec complications n'était sortie précocement de la maternité en 2010 et 2011.

Ce résultat est logique si l'on sait que la femme n'est autorisée à sortir précocement de maternité que si elle remplit certaines conditions entre autres l'absence de complications pendant le travail, l'accouchement et le post-partum. En outre, dans notre série, 6 patientes (2,6%) avaient présenté des complications du post-partum. Il s'agissait de deux cas d'engorgement mammaire, deux cas de lâchage de sutures de périnéorraphie, d'une anémie modérée et d'une endométrite. Vautrin [39] avait noté deux cas de réhospitalisation après une sortie précoce de maternité, l'une pour fièvre et l'autre pour bartholinite.

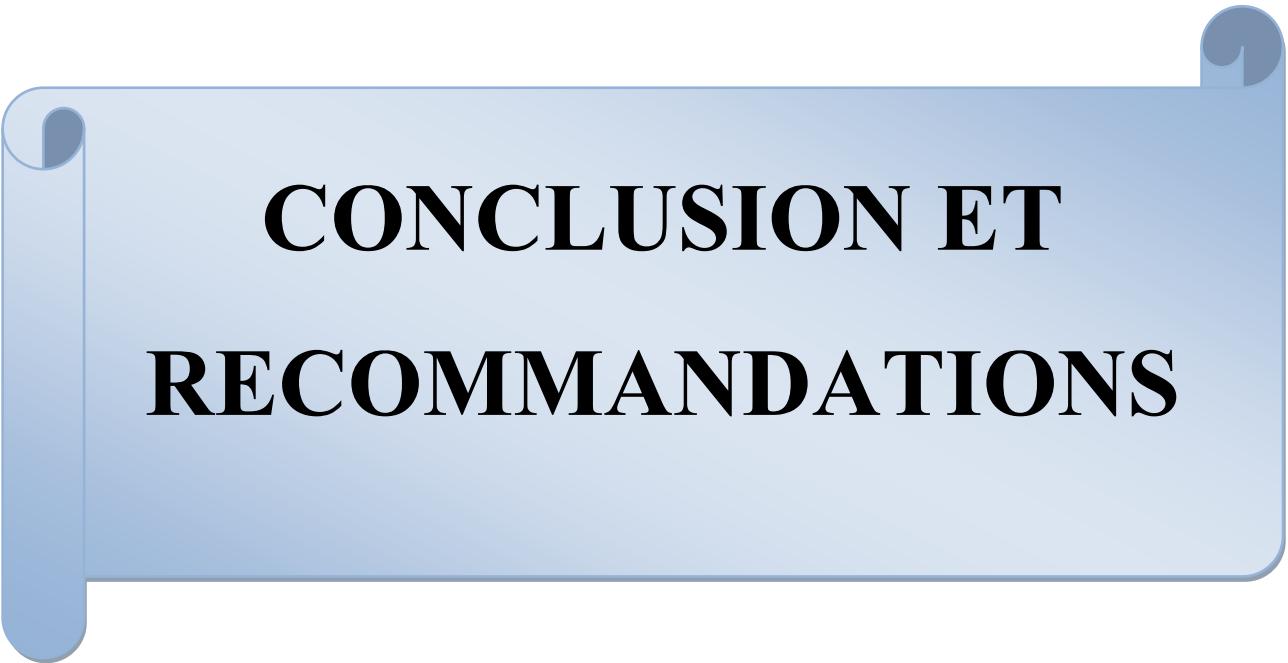
En 2010 - 2011, selon la HAS [21] en France, quelques cas de réhospitalisation après une sortie précoce étaient notés et les deux motifs les plus fréquents étaient l'hémorragie tardive du post-partum et l'infection puerpérale. Ces réhospitalisations étaient plus retrouvées après une césarienne (5,17% en 2010 et 4,99% en 2011) qu'après un accouchement par voie basse (3,62% en 2010 et 3,68% en 2011). Par compte dans notre étude aucun cas de réhospitalisation après une sortie précoce n'avait été noté (Tableau XVIII).

**Tableau XVIII:** Proportion d'accouchées sorties précocement et le taux de réhospitalisé ou non en France et au Sénégal.

Auteurs	Année	Pays	Taux de réhospitalisation (%)	
			Voie basse	Césarienne
HAS [20]	2010	France	2,62	5,17
HAS [20]	2011	France	3,68	4,99
Notre étude	2013	Sénégal	0	0

Concernant les nouveau-nés, aucune complication n'était enregistrée dans notre série alors qu'aux Etats-Unis, suite à la multiplication des sorties précoces sans surveillance ultérieure, on a assisté à la réapparition d'ictères graves et de ses conséquences neurologiques sévères [6,7]. Par contre lors de la deuxième CPON 3,3% des nouveau-nés présentaient un déficit pondéral compris entre 150 et 300

grammes, d'où la nécessité d'insister sur les conseils nutritionnels. En France, d'après l'ANAES [1] l'ictère néonatal est un motif fréquent de réhospitalisation après une sortie précoce. Nous n'avons pas eu de cas de réhospitalisation, il s'agit peut être d'un biais de sélection ou d'un bénéfice tiré d'une évaluation rigoureuse des cas éligibles à la sortie précoce. Dans tous les cas, il est alors nécessaire d'instaurer un accompagnement à domicile des accouchées sorties précocement ou à défaut d'insister avant leur sortie sur les signes de danger qui doivent les amener à consulter.



# **CONCLUSION ET RECOMMANDATIONS**

La mortalité maternelle et néonatale est un drame silencieux et représente un problème majeur de santé publique dans le monde, particulièrement dans les pays en développement, ceci malgré les progrès importants réalisés ces dernières années. La plupart des décès maternels et néonatals surviennent dans les suites de couches qui constituent une période à haut risque justifiant la nécessité d'une surveillance rigoureuse des accouchées. Celle-ci doit-elle se faire obligatoirement en milieu hospitalier ou pourrait-elle être poursuivie à domicile et lors des consultations post-natales?

Pour répondre à cette question, il nous a semblé utile de mener cette étude qui avait pour cadre la Maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara et dont l'objectif général était d'évaluer cette pratique en vue de l'améliorer. Les objectifs spécifiques étaient de définir le profil épidémiologique des accouchées sorties précocement de la maternité et d'évaluer le pronostic maternel et néonatal. Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive menée entre le 5 Mars et le 5 Avril 2013. Nous avons inclus dans l'étude les patientes qui ne présentaient aucune pathologie, qui avaient accouchées d'un enfant vivant bien portant et dont le retour à domicile se faisait au plus tard 24 heures après un accouchement par voie basse et 72 heures après une césarienne. Durant la période d'étude, 261 patientes ont accouché à la Maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara. Parmi celles-ci, 233 (89,3%) ont bénéficié d'une sortie précoce. Le profil épidémiologique de nos patientes était celui d'une femme jeune âgée en moyenne 27 ans, primipare (58,8%), résidant à Dakar ou dans sa banlieue (99,6%), ayant bénéficié d'un bon suivi prénatal (50,2%) et dont la grossesse était menée à terme (89,7%). Elles avaient en majorité bénéficié de 4 consultations prénatales de bonne qualité. La grossesse était le plus souvent monofœtale (95,7%). La majorité des parturientes (72,1%) avaient accouché par voie basse naturelle. Les accouchements par césarienne et par application de forceps représentaient respectivement 27,5% et 0,4% de l'ensemble des accouchements. L'examen à la deuxième heure du post-partum était presque toujours normal (97,9%). Nous avons noté par ailleurs 5 cas

d'hémorragie du post-partum par atonie utérine (2,1%). Après un accouchement par voie basse, la majorité des patientes (60,9%) séjournaient moins de 8 heures en unité des suites de couches alors qu'au décours d'une césarienne, 73,4% des patientes passaient entre 72 et 82 heures en unité des suites de couches. Lors de la première visite post-natale, la quasi-totalité des patientes (99,2%) n'avaient présenté aucune complication. Au cours de la deuxième consultation post-natale, les complications étaient rares (1,7%). Il s'agissait de 2 cas de lâchage de sutures de périnéorraphie (0,9%), d'une endométrite (0,4%) et d'un engorgement mammaire (0,4%). A la troisième consultation post-natale, aucune complication maternelle n'était notée. Les progestatifs injectables étaient la méthode contraceptive la plus utilisé par les patientes (34,3%), suivie du dispositif intra-utérin (DIU) (24,5%) et des contraceptifs oraux combinés (COC) (14,6%).

Concernant les nouveau-nés, ils avaient en majorité (86%) un poids de naissance normal. On notait par ailleurs 3 petits poids de naissance (1,3%) et 12 macrosomes (4,9%). Les naissances vivantes étaient au nombre de 243 et le score d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> minute était dans tous les cas normal. L'examen morphologique était le plus souvent normal (98,4%). Nous avons cependant dénombré 4 malformations fœtales (1,6%). Il s'agissait d'un cas de pieds bots, d'une cryptorchidie, d'une polydactylie bilatérale et d'un genu recurvatum. Lors des trois consultations post-natales, aucun nouveau-né n'a présenté une complication.

A la lumière de ces résultats, nous formulons les recommandations suivantes pour améliorer la qualité de la pratique de la sortie précoce après accouchement au Sénégal :

➤ **A l'endroit des accouchées**

- respecter le calendrier du suivi post-natal,
- respecter les conseils donnés avant la sortie de maternité, les prescriptions médicamenteuses et revenir consulter dès le moindre signe d'alerte,

➤ **A l'endroit du personnel médical et paramédical**

- bien sélectionner les accouchées qui peuvent bénéficier d'une sortie précoce de maternité,
- toujours réaliser un examen clinique à la deuxième heure du post-partum en salle de naissance avant le transfert des accouchées en unité des suites de couches,
- assurer une surveillance rigoureuse des mères et de leurs nouveau-nés en unité d'hospitalisation post-natale,
- réaliser systématiquement un examen des accouchées et des nouveau-nés avant d'autoriser leur sortie,
- donner des conseils aux mères : hygiène corporelle et alimentaire, mode de couchage du bébé, fréquence et technique des tétées, mode de préparation du biberon en cas d'allaitement artificiel, soins du cordon ombilical avant et après la chute et le respect du calendrier vaccinal du nouveau-né,
- leur demander de revenir consulter au moindre signe d'alerte et les encourager à poser toutes les questions qu'elles souhaitent avant le retour à domicile,
- préparer les patientes lors de la 3<sup>ème</sup> CPN pour une sortie précoce,
- établir des fiches de consentement pour s'assurer que les patientes ont bien compris.

➤ **A l'endroit des autorités sanitaires**

- augmenter la capacité d'accueil des structures sanitaires afin d'éviter les sorties précoces forcées par indisponibilité de lits d'hospitalisation,
- promouvoir la formation de médecins, de sage-femmes et d'infirmiers dans la gestion ambulatoire des suites de couches,
- mettre en place un service d'accompagnement à domicile des accouchées sorties précocement de la maternité afin d'éviter les complications post-natales et les réhospitalisations.

# REFERENCES

**1. ANAES (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation de Santé)**

Recommandations pour la pratique clinique : Sortie précoce après un accouchement : conditions pour proposer un retour précoce à domicile.

Paris, Mai 2004 : p 8-18.

**2. Battutz A.**

Les sorties précoces post-natales à domicile : un partenariat hospitalo-libéral.

Mémoire Cadre Sage Femme, Ile de France, 2007 ; p 6.

**3. Blanc JP.**

Durée optimale de séjour en maternité.

Arch. Pédiatr., 2000 ; 7 Suppl. 2 : p 290-291.

**4. Blondel B., Kermarrec M.**

Enquête nationale périnatale 2010.

Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 [consulté le 15/09/2011]

Disponible à partir de : [http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les\\_naissances\\_en\\_2010\\_et\\_leur\\_evolution\\_depuis\\_2003.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf).

**5. Brunet J.**

La sortie précoce de maternité vue par le pédiatre.

Service de Néonatalogie, C.H. Toulon, JTA 2004 [consulté le 02/10/2011].

Disponible à partir de [www.lesjta.com/html2fpdf/article\\_pdf.php?id=898](http://www.lesjta.com/html2fpdf/article_pdf.php?id=898).

**6. Catz C., Hanson JW., Simpson L., Yaffe SJ.**

Summary of workshop: early discharge and neonatal hyperbilirubinemia.  
Pediatrics, 1995; 96 : p 743-5.

**7. Chevalier S.L.**

Les sorties précoces de maternité : Versant pédiatrique.  
Thèse Med., Nancy, 2005 ; 133 : p101.

**8. Cleophax J.P., Fauquet E., Girodet D.**

Sorties précoces de maternité : problèmes posés, exigences, recommandations.  
Arch. Pédiatr., 1999 ; 6 : p 885-888.

**9. Collège Nationale des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF)**

Suites de couches pathologiques : pathologie maternelle dans les 40 jours.  
Paris ; 2010-2011 ; p 4-8.

**10. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF (Université Virtuelle de Maïeutique Francophone)**

Adaptation à la vie extra-utérine.

[Consulté le 23/08/2014], p 3,9.

Disponible à partir de : [http://www.uvmaf.org/UE-puericulture/vie\\_extrauterine/site/.../cours.pdf](http://www.uvmaf.org/UE-puericulture/vie_extrauterine/site/.../cours.pdf)

**11. Comité éditorial pédagogique de L'UVMaF Suites de couches physiologiques, 2011.**

Paris, Mise à jour le 01/03/2011 ; p 7-10.

**12. Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF.**

Surveillance clinique et paraclinique du post-partum.

[Consulté le 01/03/2011], p 8,9.

Disponible à partir de : <http://www.uvp5.univ-paris5.fr/.../SGF/SGF-Campus/cours>.

**13. Conférence de presse de l'académie nationale de médecine.**

Sortie précoce de maternité.

Des risques accrus pour le nouveau-né. J. Péd. Puéricult., 2005 ; 18 (7) : p 362-365.

**14. Dahmani O., Belcaid A., Azzouzi E.O., Hami E.H.**

Diagnostic et conduite à tenir devant une endométrite du post-partum.

Consulté le 13/09/2011.

Disponible à partir de <http://www.chutes.ma/amirf/cours/chirurgie-admission/47.pdf>.

**15. Danaux F., Deguines C.**

Quels risques néonataux en sortie précoce ? Les entretiens de Bichât.

Entretiens des sages-femmes, Sept 2009, Paris.

Les entretiens médicaux, 2011 ; p 34-36.

**16. Depalle A.**

Evaluation de la préparation au retour à domicile des accouchées au CHU de Clermont-Ferrand.

Mémoire Sage femme, dum as-00762523, version 1-14 Décembre 2012 ; p 2-8.

**17. Dolbeau M.**

L'accompagnement à domicile après une première naissance : les différentes modalités de suivi répondent-elles aux besoins des primipares ?

Mémoire sage-femme, Ecole Albert Fruhinsholz, Nancy, 2012 ; p 15-17.

**18. Faculté de Médecine de Strasbourg.**

Suites de couches pathologiques. [consulté le 25/08/2011].

Disponible à partir de [http://wwwulpmed.ustrasbg.fr/medecine/cours\\_en\\_ligne/e-cours/obstetrique/suite\\_couches\\_patholo.pdf](http://wwwulpmed.ustrasbg.fr/medecine/cours_en_ligne/e-cours/obstetrique/suite_couches_patholo.pdf).

**19. Guedeney N., Lamas C., Bekhechiv M., Guedeney A.**

Développement du processus d'attachement entre un bébé et sa mère.

Arch. Pédiatr., 2008 ; 15 ; p 512-9.

**20. Hascoet J.M., Vert P.**

Sortie de maternité et retour à domicile du nouveau-né.

Issy- les- Moulineaux.

Ed. Elsevier Masson, 2010 ; p 236. ISBN: 978-2-294-70150-4.

**21. Haute Autorité de Santé en France**

Recommandation de bonne pratique.

Sorties de maternité après accouchement : conditions et organisation du retour à domicile des mères et de leurs nouveau-nés.

Paris, Mars 2014 ; p 14-27.

## **22. Haute Autorité de Santé en France**

Services des bonnes pratiques professionnelles.

Paris, Mars 2014 ; p 9-11.

## **23. Haute Autorité de Santé en France**

Sortie précoce après accouchement.

Conditions pour proposer un retour précoce à domicile. Recommandations pour la pratique clinique [consulté le 25/08/2011].

Disponible à partir de : [http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie\\_accouchement\\_recos%20.pdf](http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Sortie_accouchement_recos%20.pdf) Mai 2004.

## **24. Lequien P.**

Raccourcissement du séjour des mères en maternité : pourquoi le pédiatre reste prudent ?

Arch. Pédiatr., 2001 ; 8 Suppl. 2 : p 487-488.

## **25. Lopez H.**

Les sorties précoces et rapides : versant pédiatriques ; définition, état des lieux, recommandations.

Ed. Midi-Pyrénées, 2013 ; p 4,6,8,27.

## **26. Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale du Sénégal.**

Enquête démographique et de santé IV (EDS-IV), Dakar 2005 ; p 55-56.

## **27. Ministère de la Santé et de la Prévention Médicale du Sénégal.**

Enquête démographique et de santé V (EDS-V), Dakar 2010 ; p 35-36.

**28. Ministère de la Santé et de l'Action Sociale, Direction de la santé de la reproduction et de la survie de l'enfant : politique, norme et protocole en santé de la reproduction**

Surveillance post-natale au Sénégal, Dakar, 2012 ; p188-191.

**29. Pachy F., Bardou D.**

Protocole de surveillance en post-partum, unité de Gynécologie Obstétrique, 2013 : p 1.

Disponible à partir de : [www.cegorif.fr/protocoles/St\\_Maurice/PDF/post\\_partum.pdf](http://www.cegorif.fr/protocoles/St_Maurice/PDF/post_partum.pdf).

**30. Putet G.**

Sortie précoce de maternité à l'Hôpital Debrousse Lyon.

33<sup>èmes</sup> Journées nationales de la Société Française de Médecine Périnatale. Nantes, Octobre 2003.

Disponible à partir de : [www.sfmp.net](http://www.sfmp.net)

**31. Razurelc Benchouk M., Bonnet J., Alama S., Jarabo G., Pierre B.**

Comment les mères primipares font-elles face aux événements de la naissance dans le post-partum ? Une démarche qualitative.

Rev. Sage-femme, 2010 ; 9 : p 240-9.

**32. Soleil online.**

Santé de la reproduction au Sénégal : la mortalité maternelle recule de 510 à 392 sur 100000 naissances. Consulté le 25/08/2011.

Disponible à partir de : <http://www.seneweb.com/news/Sante/sante-de-la-reproduction-au-senegal-la.com>.

**33. Stordeur C., Lejoyeux M.**

Psychiatrie et grossesse : la mère et l'enfant. Encycl.

Med. Chir., Ed. Elsevier Masson SAS, Obstétrique, 2011 ; 5-046-A-10.

**34. Straczek H., Vieux R., Hubert C., Miton A., Hascoet J.M.**

Sorties précoces de maternité : quels problèmes anticiper ? Arch.

Pédiatr. 2008 ; 15(6) : p 1076-1082.

**35. Sulpis S.**

Devenir des parents et de leurs enfants : enquête pédiatrique à 1 mois du retour à domicile.

Thèse Méd., Rouen, 2013 ; p 27-30.

**36. Touré L., Wane D., Alford S., Taylor R.**

Santé maternelle et néonatale au Sénégal : succès et défi.

USAID, Dakar, Avril 2012 ; p 2.

**37. Touré M.**

Bilan des activités de l'unité de néonatalogie du Centre de Santé Gaspard Kamara entre le 1<sup>er</sup> Avril 2011 et le 31 Mars 2012.

Thèse Med., Dakar, 2014, 13: p 1.

**38. Vautrin E., Fontaine A., Lanba P., Guerin V., Engelmann P.**

Durée du séjour en maternité après un accouchement normal : des points de vue divergents.

J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod. ,2000 ; 29 : p 94-101.

**39. Venditti F., Boniol M., Mamelle N.**

Sortie précoce dans le post-partum : état des lieux en France.

Rev. Epidémiol. Santé. Pub., 2005 ; 53 : p 373-382.

**40. Welsch A.**

La crevasse mammaire : panorama des solutions.

Mémoire Sage-femme, Nancy, 2003 ; 165121 : p 12-13.

# ANNEXE

**FICHE DE RECUEIL DE DONNEES**

*N° D'ORDRE :*

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

**Date d'inclusion**

\_\_\_\_|\_\_\_\_|\_\_\_\_|

**1/ ETAT CIVIL DE LA PATIENTE**

*Age* \_\_\_\_ ans

*Profession* : .....

*Niveau d'étude* :  1 Aucun

2 Primaire

3 Collège

4 Supérieure

5 Arabe

*Adresse* : .....

*Numéro de téléphone* : .....

*Statut marital*  1 Mariée : si oui *Régime* :  1 Monogame  2 Polygame

2 Célibataire

3 Veuve

4 Divorcée

**2/ ANTECEDANTS**

*Obstétricaux : Gestité :.....*

*Parité :.....*

*Avortement : Oui  1 Non  0*

*si oui Nombre :.....*

*Type :  1 spontané*

*2 provoqué*

*Médicaux :.....*

*Chirurgicaux :.....*

**3/ HISTOIRE DE LA GROSSESSE**

*Terme de la grossesse :..... SA*

*Type de grossesse :  1 Simple*

*2 Gémellaire*

*Lieu du suivi : CSGK :  1 Oui  0 Non*

*Autres :  1 Oui  0 Non      si oui référence :  1 Oui  0 Non*

*Nombre de CPN :.....*

*Bilan prénatal :  1 Oui  0 Non*

*VAT :  1 Oui  0 Non      si oui nombre : .....*

*TPI :  1 Oui  0 Non      si oui nombre : .....*

*Echographie :  1 Oui  0 Non      si oui nombre : .....*

*particularités :.....*

*Qualité des CPN :  1 Bon*

*2 Moyen*

*3 Mauvais*

**4/ DONNEES CLINIQUES***Poids* : ..... *kgs**Taille* : ..... *cm**IMC* : ..... *kgs/cm<sup>2</sup>**Durée du travail* : ..... *heures**Membranes* : *Intactes*  1 *Oui*  0 *Non**Rompues*  1 *Oui*  0 *Non* *Si oui couleur LA* .....*Bassin* : *Praticable*  1*Limite*  2*Transversalement rétrécis*  3*Généralement rétrécis*  4*Autres à préciser* .....**5/ ACCOUCHEMENT***Mode d'accouchement* :*Naturel* : *Oui*  1 *Non*  0*Episiotomie* : *Oui*  1 *Non*  0*Ventouse* *Oui*  1 *Non*  0*Forceps* : *Oui*  1 *Non*  0*Césarienne* : *Oui*  1 *Non*  0 *si Oui indication* :*Délivrance* :  1 *Gatpa* 2 *DA*

*Nouveau né : J1 P1 : .....grs*      *T1 : .....cm*      *PC1 : .....cm*      *APGAR 5ème minute : ...../ 10*

*Infection néonatale :*       1Oui  0 Non

*Détresse respiratoire transitoire :*       1Oui  0 Non

*J2 : P2 : .....grs*      *T2 : .....cm*      *PC2 : .....cm*      *APGAR 5ème minute : ...../ 10*

*Infection néonatale :*       1Oui  0 Non

*Détresse respiratoire transitoire :*       1Oui  0 Non

## 6/ EXAMEN A H2 DU POST PARTUM

### Mère

#### Constantes

*T° : ..... °c*      *TA : .... /.... mm hg*      *Pouls : .... bpm*

*Diurèse : ..... cc/h*

*Ecoulement vaginal :*  1Normal  2Anormal

*Rétraction utérine :*       1Oui  2Non

*Complications :*       1Oui       2Non      *si oui*  
*type : ..... . . . . .*

### Nouveau né

*Constantes : J1 T° : ..... °c*      *FR : .... cycles/.... mn*      *FC : .... bpm*

*J2 T° : ..... °c*      *FR : .... cycles/.... mn*      *FC : .... bpm*

*Complications :*       1Oui  2Non      *si oui*  
*type : ..... . . . . .*

## **7/ EXAMEN A LA SORTIE**

*Mère:*

*T° :..... °c*      *TA :.... /.... mm hg*      *Pouls :.....bpm*

Diurèse : ..... cc/h

Déambulation possible :  1 Oui  0 Non

Anémie maternelle :  Oui  Non      si oui taux Hb : ..... g/dl

*Allaitement débuté*       1 Oui  0 Non      *si oui type :*.....

*Complications*  1 Oui  0 Non *si oui type :* .....

## *Nouveau né*

Constantes :  $J1$     $T^\circ$  : .....  $^\circ C$        $FR$  : .... cycles/.... mn       $FC$  : .... bpm

*J2 T° : ..... °c FR : .... cycles/.... mn FC : .... bpm*

Complications  1 Oui  0 Non      si oui type : ..... ....

## **8/ SUIVI POST-NATAL**

### **CPON1 : J1 à J3**

## *Mère*

### ***Complications Suites de couches***

Hémorragie  1 Oui  0 Non      si oui type : .....

Anémie  Oui  Non      si oui taux Hb : ..... g/dl

*Infection*  *Qui i*  *Non* *si oui type :* .....

Mammaires  1 Qui  0 Non      si oui type :

Douleur  1 Oui  0 Non      si oui type : ..... Intensité ..... / 10

Psychiques  1 Oui  0 Non      si oui type : .....

MTEV  1 Oui  0 Non      si oui type : .....

**Allaitement :**  1 Maternel exclusif

2 Artificiel

3 Mixte

**Nouveau né :** J1 : Gain pondéral  1 Oui  0 Non      si oui ..... grs

Déficit pondéral  1 Oui  0 Non      si oui ..... grs

J2 : Gain pondéral  1 Oui  0 Non      si oui ..... grs

Déficit pondéral  1 Oui  0 Non      si oui ..... grs

### **Complications néonatales**

Ictère  1 Oui  0 Non

Infection néonatale  1 Oui  0 Non      si oui type .....

### **CPON 2 : de J9 0J15**

#### **Mère**

#### **Complications Suites de couches**

Hémorragie  1 Oui  0 Non      si oui type : .....

Anémie  1 Oui  0 Non      si oui taux Hb : ..... g/dl

Infection  1 Oui  0 Non      si oui type : .....

<i>Mammaires</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i>	<i>si oui type</i> : .....
<i>Douleur</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i>	<i>si oui type</i> : ..... <i>Intensité</i> ..... / 10
<i>Psychiques</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i>	<i>si oui type</i> : .....
<i>MTEV</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i>	<i>si oui type</i> : .....
<b><i>Allaitement</i></b> : <input type="checkbox"/> 1 <i>Maternel exclusif</i>		
<input type="checkbox"/> 2 <i>Artificiel</i>		
<input type="checkbox"/> 3 <i>Mixte</i>		
<b><i>Nouveau né</i></b> : J1 : <i>Gain pondéral</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i> <i>si oui</i> ..... <i>grs</i>		
<i>Déficit pondéral</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i> <i>si oui</i> ..... <i>grs</i>		
J2 : <i>Gain pondéral</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i> <i>si oui</i> ..... <i>grs</i>		
<i>Déficit pondéral</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i> <i>si oui</i> ..... <i>grs</i>		
<b><i>Complications néonatales</i></b>		
<i>Ictère</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i>	
<i>Infection néonatale</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i>	<i>si oui type</i> .....
<b><i>CPON 3 : de J16 à J42</i></b>		
<b><i>Mère</i></b>		
<b><i>Complications Suites de couches</i></b>		
<i>Hémorragie</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i>	<i>si oui type</i> : .....
<i>Anémie</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i>	<i>si oui taux Hb</i> : ..... <i>g/dl</i>

<i>Infection</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i>	<i>si oui type</i> : .....
<i>Mammaires</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i>	<i>si oui type</i> : .....
<i>Douleur</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i>	<i>si oui type</i> : ..... <i>Intensité</i> ..... / 10
<i>Psychiques</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i>	<i>si oui type</i> : .....
<i>MTEV</i>	<input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i>	<i>si oui type</i> : .....
<b><i>Allaitement</i></b> : <input type="checkbox"/> 1 <i>Maternel exclusif</i>		
<input type="checkbox"/> 2 <i>Artificiel</i>		
<input type="checkbox"/> 3 <i>Mixte</i>		
<b><i>Nouveau né</i></b> : J1 : <i>Gain pondéral</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i> <i>si oui</i> .....grs		
<i>Déficit pondéral</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i> <i>si oui</i> .....grs		
J2 : <i>Gain pondéral</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i> <i>si oui</i> .....grs		
<i>Déficit pondéral</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i> <i>si oui</i> .....grs		
<b><i>Complications néonatales</i></b>		
<i>Infection néonatale</i> <input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i> <i>si oui type</i> .....		
<i>Autres à</i>		
<i>préciser</i> ..... .....		
<i>Retour de couches</i> : <input type="checkbox"/> 1 <i>Oui</i> <input type="checkbox"/> 0 <i>Non</i>		
<b><i>Contraception</i></b> : <input type="checkbox"/> 1 <i>Mama</i>		
<input type="checkbox"/> 2 <i>Pilule</i>		
<input type="checkbox"/> 3 <i>Dépo-provéra</i>		

4 Jadelle

5 DIU

6 Autres

Si oui type : .....

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*"En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

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

*Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

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

*Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque".*

## **PERMIS D'IMPRIMER**

VU:

Le Président du jury

VU:

Le doyen.....

Vu et Permis d'Imprimer

Pour le Recteur, Président de l'Assemblée d'université cheikh Anta Diop de Dakar

et par délégation

Le Doyen

**Rubrique de classement**

Médecine

**Mots-clés**

Sortie précoce de maternité-Accouchement par voie basse - Césarienne - Pronostic maternel et néonatal

**Key-words**

Early hospital discharge-Vaginal delivery-Caesarean section-Maternal and neonatal prognosis

**Résumé**

**Objectifs :** Définir le profil épidémiologique des accouchées sorties précocement de la maternité et d'évaluer le pronostic maternel et néonatal.

**Patientes et méthodes :** Il s'agissait d'une étude prospective et descriptive menée sur une période d'un mois allant du 5 Mars au 5 Avril 2013. Nous avons inclus les patientes qui ne présentaient aucune pathologie, ayant accouché d'un enfant vivant bien portant et dont le retour à domicile se faisait au plus tard 24 heures après un accouchement par voie basse et 72 heures après une césarienne.

**Résultats :** Durant la période d'étude, 261 patientes ont accouché à la Maternité du Centre de Santé Gaspard Kamara. Parmi celles-ci, 233 (89,3%) ont bénéficié d'une sortie précoce. Le profil épidémiologique de nos patientes était celui d'une femme jeune âgée en moyenne de 27 ans, primipare (58,8%), résidant à Dakar ou dans sa banlieue (99,6%) et ayant bénéficié d'un bon suivi prénatal (50,2%) et dont la grossesse était menée à terme (89,7%). Elles avaient en majorité bénéficié de 4 consultations prénatales de bonne qualité. La grossesse était le plus souvent monofoetale (95,7%). La majorité des parturientes (72,1%) avaient accouché par voie basse naturelle. Les accouchements par césarienne et application de forceps représentaient respectivement 27,5% et 0,4% de l'ensemble des accouchements. L'examen à la deuxième heure du post-partum était presque toujours normal (97,9%). Nous avons noté par ailleurs 5 cas d'hémorragie du post-partum par atonie utérine (2,1%). Après un accouchement par voie basse, la majorité des patientes (60,9%) séjournaient moins de 8 heures en unité des suites de couches alors qu'au décours d'une césarienne, 73,4% des patientes passaient entre 72 et 82 heures en unité des suites de couches. Lors de la première visite post-natale, la quasi-totalité des patientes (99,2%) n'avaient présenté aucune complication. Au cours de la deuxième consultation post-natale, les complications étaient rares (1,7%). Il s'agissait de 2 cas de lâchage de sutures de périnéorraphie (0,9%), d'une endométrite (0,4%) et d'un engorgement mammaire (0,4%). A la troisième consultation post-natale, aucune complication maternelle n'était notée. Les progestatifs injectables étaient la méthode contraceptive la plus utilisée par les patientes (34,3%), suivie du dispositif intra-utérin (DIU) (24,5%) et des contraceptifs oraux combinés (COC) (14,6%). Concernant les nouveau-nés, ils avaient en majorité (86%) un poids de naissance normal. On notait par ailleurs 3 petits poids de naissance (1,3%) et 12 macrosomes (4,9%). Les naissances vivantes étaient au nombre de 243 et le score d'Apgar à la 5<sup>ème</sup> minute était dans tous les cas normal. L'examen morphologique était le plus souvent normal (98,4%). Nous avons cependant dénombré 4 malformations fœtales (1,6%). Il s'agissait d'un cas de pieds bots, d'une cryptorchidie, d'une polydactylie bilatérale et d'un genu recurvatum. Lors des trois consultations post-natales, aucun nouveau-né n'a présenté une complication.

**Conclusion:** La politique de sortie précoce des accouchées peut être considérée comme une réussite au Centre de Santé Gaspard Kamara. Elle a permis d'améliorer la disponibilité des lits de Maternité, de démédicaliser les suites de couches sans augmenter les complications maternelles et néonatales.

**Président :****M. Mamadou****SARR****: Professeur****Membres :****M. Cheikh Ahmed Tidiane****CISSE****: Professeur****M. Philippe Marc****MOREIRA****: Maître de Conférences Agrégé****M. Ibrahima****SECK****: Maître de Conférences Agrégé****Directeur de thèse :****M. Cheikh Ahmed Tidiane****CISSE****: Professeur****Co-directeur :****M. Mouhamadou Mansour****NIANG****: Assistant-chef de clinique****Adresse du doctorant : HLM Grand Médine lot No 927 Dakar (Sénégal)****E-mail : rykha85@gmail.com**

