



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 6 (1)
ISSN:1987-071X e-ISSN 1987-1023
Received, 4 March 2024
Accepted, 24 June 2024
Published, 30 June 2024
<https://www.revue-rasp.org>

Research

Counseling post-partum après les troubles hypertensifs : analyse descriptive des données de Kaya HDSS au Burkina Faso.

Franck Garanet^{1,*}, Imou OURO-BANG'NA², Abou Coulibaly¹, Adama Baguiya¹, Seni Kouanda^{1,3}

¹Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Unité de Kaya, Kaya, Burkina Faso

²Département Santé, Université Senghor, Alexandrie, Egypte.

³Institut Africain de Santé Publique (IASP), Ouagadougou, Burkina Faso.

*Correspondance : garanet.franck@gmail.com

Résumé :

Les Troubles hypertensifs de la grossesse (THG) représentent une cause majeure de morbidité et de mortalité materno-fœtale, avec une prévalence mondiale de 10 à 15 %. Des études ont montré que les femmes atteintes de THG ont un risque deux fois plus élevé de maladies cardiovasculaires. La période post-partum permet d'identifier ces femmes afin de leur prodiguer un éventail de soins préventifs à travers un counseling. Notre étude a pour objectif d'évaluer le counseling post-partum sur la base de la documentation et de la déclaration. Nous avons conduit une étude transversal descriptive du 10 au 18 juillet 2021. Un questionnaire standard a été utilisée la collecte des données auprès des femmes. Il s'est agi d'un échantillonnage exhaustif. Toutes les femmes atteintes de THG sur le site de KaHDSS ont été visées sous condition de satisfaire aux critères d'inclusion. Au total 60 femmes ont participé à l'étude. Les femmes avaient un âge moyen de 31,6±7,6 ans. Elles étaient majoritairement mariées 58(96,7%), issues du milieu urbain 57 (95,0%). En post partum, 32(53,3%) des femmes ont reçu un bulletin de consultation en cardiologie et 23,0% ont reçu des conseils pour éviter la sédentarité. Les femmes hypertendues ayant bénéficié de prise de la tension artérielle à J6 et J42 post partum sont respectivement 27(45,0%) et 9(15,0%). La proportion globale de femmes bénéficiaires d'un counseling post-partum était respectivement de 10(16,7%) sur la base de la documentation et 14(23,3%) sur la base de la déclaration. La majorité des femmes atteintes de troubles hypertensifs ne bénéficient pas d'un counseling post-partum sur les maladies cardiovasculaires. Des stratégies d'éducation nutritionnelle et thérapeutique doit être couplés aux consultations post natales afin d'améliorer les conseils visant à réduire la survenue des maladies cardiovasculaires chez les femmes ayant des antécédents de troubles hypertensifs.

Mots clés : Conseil, hypertension artérielle, femme enceinte, KaHDSS, Burkina-Faso.

Abstract

Hypertensive disorders of pregnancy (HGD) represent a major cause of maternal-fetal morbidity and mortality, with a global prevalence of 10 to 15%. Studies have shown that women with HGT have twice the risk of cardiovascular disease. The postpartum period allows these women to be identified in order to provide them with a range of preventative care through counseling. Our study

aims to evaluate postpartum counseling based on documentation and reporting. We conducted a descriptive cross-sectional study from July 10 to 18, 2021. A standard questionnaire was used to collect data from women. This was an exhaustive sampling. All women with THG on the KaHDSS site were targeted provided they met the inclusion criteria. A total of 60 women participated in the study. The women had a mean age of 31.6 ± 7.6 years. They were mainly married 58 (96.7%), from an urban environment 57 (95.0%). Postpartum, 32 (53.3%) of women received a cardiology consultation bulletin and 23.0% received advice to avoid a sedentary lifestyle. Hypertensive women who had blood pressure taken on D6 and D42 postpartum were 27 (45.0%) and 9 (15.0%) respectively. The overall proportion of women receiving postpartum counseling was 10(16.7%) based on documentation and 14(23.3%) based on reporting, respectively. The majority of women with hypertensive disorders do not benefit from postpartum counseling about cardiovascular disease. Nutritional and therapeutic education strategies must be coupled with postnatal consultations in order to improve advice aimed at reducing the occurrence of cardiovascular diseases in women with a history of hypertensive disorders.

Keywords: Advice, arterial hypertension, pregnant woman, KaHDSS, Burkina-Faso.

1. Introduction

Les troubles hypertensifs de la grossesse (THG) représentent une cause majeure de morbidité et mortalité materno-fœtale à travers le monde (Stuart et al., 2018). Leur prévalence mondiale est estimée à 10 à 15 % des femmes enceintes dont 2–5% pour la prééclampsie, 4–6% pour l'hypertension gestationnelle et 1–2% pour l'hypertension chronique (Magee et al., 2014; Melchiorre et al., 2020; Mol et al., 2016; Organisation mondiale de la Santé, 2014; Poon et al., 2019). La différenciation des THG repose sur l'évaluation minutieuse des antécédents du patient, un examen physique approfondi et des tests de laboratoire appropriés (Wilkerson & Ogunbodede, 2019). Des évidences scientifiques ont confirmé que les THG pouvaient provoquer des troubles cardiométaboliques dans la petite enfance et agir sur le développement psychomoteur (Davis et al., 2015; Geelhoed et al., 2010). En Afrique subsaharienne (ASS), la prévalence des THG correspond à 8% (Gemechu et al., 2020). Les facteurs de risque de la prééclampsie/éclampsie en ASS sont entre autres : âge précoce (≤ 20 ans) et avancé (≥ 35 ans), primiparité, antécédents d'hypertension chronique, de prééclampsie, antécédents familiaux d'hypertension chronique, surpoids et obésité. Dans certains cas l'éclampsie survient bien après l'accouchement et les femmes hypertensives ont de très fortes chances de récurrence au cours des grossesses ultérieures (Meazaw et al., 2020).

Chaque année, on assiste au décès de 76 000 femmes et à l'enregistrement d'un demi-million de mort-nés ou de décès néonataux dus aux THG, les pays en développement étant les plus impactés. Les THG sont responsables de 9 % des décès maternels en Asie et en Afrique (« Gestational Hypertension and Preeclampsia », 2020). Les femmes qui survivent, en particulier celles qui ont eu une prééclampsie, sont confrontées aux problèmes d'hypertension, d'événements cérébraux et cardiovasculaires à l'avenir entraînant des décès prématurés. En effet, des études ont montré que comparativement aux femmes normotendues, les femmes hypertendues pendant la grossesse ont un risque deux fois plus élevé de maladies cardiovasculaires (MCV) en post-partum immédiat et à long terme (Olié et al., 2018; Vogel et al., 2021). Ce risque est d'autant plus présent si la grossesse a été sujette à une prééclampsie/éclampsie, une prématurité, une mort in-utéro et à un retard de

croissance intra-utérin (RCIU), souligne la Société Européenne de Cardiologie (ESC)(Lisonkova et al., 2014; Mounier-Vehier et al., 2016). Une revue systématique ayant porté sur soixante-six études de cohorte et sept études cas témoins avec plus de 13 millions de femmes enrôlées a rapporté les risques relatifs suivants : 1,80 (intervalle de confiance [IC] à 95 %, 1,67-1,94) pour toutes les MCV, 1,66 (1,49-1,84) pour les coronaropathies, 2,87 (2,14-3,85) pour l'insuffisance cardiaque, 1,60 (1,29-2,00) pour les maladies vasculaires périphériques, 1,72 (1,50-1,97) pour les accidents vasculaires cérébraux, 1,78 (1,58-2,00) pour la mortalité liée aux MCV, et 3,16 (2,74-3,64) pour l'hypertension.

En 2019, le nombre de cas de MCV chez les femmes dans le monde était estimé à 275,2 millions(Vogel et al., 2021) .Principale cause de mortalité chez les femmes, les MCV ont causé la mort de 35% de femmes en 2019 (Lui et al., 2019; Vogel et al., 2021). Bien que la période post-partum soit une étape critique dans la vie des mères et de leurs enfants, elle reste négligée en ASS (Djellouli et al., 2017; Sacks & Langlois, 2016). L'absence de soins pendant cette période ne tient pas compte du fait que la plupart des décès et des incapacités enregistrés chez les mères se produisent dans le post-partum et que la mortalité néonatale précoce reste importante(Organisation mondiale de la Santé, 2014). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) recommande pour chaque femme et chaque bébé un total de quatre visites postnatales : le 1er jour (24 heures) ; le 3e jour (48-72 heures) ; entre le 7e et le 14e jour, et la 6e semaine(Organisation mondiale de la Santé, 2014). Une étude transversale mixte menée entre décembre 2012 à mai 2013 dans le district sanitaire de Kaya a révélé que 52% des mères n'ont pas reçu de soins post-partum maternels (Yugbaré Belemsaga et al., 2016).

Il y a nécessité de préparer la femme au mieux sur les risques d'une récurrence au cours d'une prochaine grossesse à travers un counseling pré-conceptionnel en continuum aux soins postpartum (American College of Obstetricians and Gynecologists & Society for Maternal-Fetal Medicine, 2019; American Society for Reproductive Medicine & American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice, 2019). La période pré-conceptionnelle, est l'occasion d'aborder les antécédents de THG avec la femme afin d'évaluer son bien-être mental et physique et d'optimiser sa santé tout au long de sa vie. On note une méconnaissance par les professionnels de santé et par les femmes elles-mêmes du risque de MCV spécifique aux THG (Mounier-Vehier et al., 2016; Roth et al., 2020). La reconnaissance précoce des facteurs de risques cardiovasculaires permet d'intervenir à temps pour réduire ces risques. Les interventions préventives directement après la grossesse sont potentiellement efficaces pour réduire la morbidité et la mortalité(Nicklas et al., 2014). Les professionnels des soins postnatals devraient informer les femmes sur le risque accru de MCV et les orienter vers des interventions préventives adaptées(van Kesteren et al., 2016). Plus le risque est perçu, plus les patients sont susceptibles d'intégrer le changement de comportement (Bokslag et al., 2016). Convaincues du risque de MCV en post-partum, les sociétés savantes sur l'hypertension de la grossesse recommandent un counseling en post-partum.

Pour l'Association américaine de cardiologie (AHA), la grossesse est une période de stress transitoire métabolique et vasculaire qui permet d'identifier précocement les femmes à risque de MCV(Mosca et al., 2011). La société internationale d'étude sur l'hypertension de la grossesse

(ISSHP) en 2018, recommande un suivi post-partum à trois mois afin de vérifier la normalisation des chiffres tensionnels. Un contrôle des urines, des tests de laboratoire, un bilan annuel chez un médecin traitant afin de suivre la santé maternelle et de prévenir le risque cardiovasculaire sont également recommandés(Brown et al., 2018).

Le Collège américain des gynécologues et obstétriciens (ACOG) recommande aux praticiens d'informer toutes les femmes dont la grossesse a été compliquée par un THG du risque accru de MCV, de vérifier la tension artérielle entre le 3e et 10e jour post-partum, et que chaque femme fasse l'objet d'évaluation du risque cardiovasculaire [32]. Par ailleurs l'ACOG mentionne que le counseling doit recommander aux femmes un suivi auprès de leur gynécologue obstétricien ou de leur prestataire de soins primaires pour une coordination continue des soins. Aussi des conseils pour des activités sportives pour prévenir l'obésité, facteur de risque cardiovasculaire. La perte de poids agit favorablement sur la lipidémie et la cholestérolémie. La prise d'aspirine 100 mg le soir est préconisée par l'ensemble des recommandations internationales dès la 12e semaine d'aménorrhée (SA) lors d'une future grossesse, en prévention d'une nouvelle prééclampsie. Les effets prophylactiques de l'aspirine à faible dose d'administration varient en fonction de l'âge gestationnel. En contraste, l'analyse des données individuelles regroupées de 31 essais randomisés de haute qualité, a montré une constance des effets bénéfiques que le traitement ait été enclenché avant ou après 16 semaines de gestation(Roberge et al., 2017).

Il sera également recommandé à la femme d'allaiter régulièrement. Une étude menée dans un hôpital de référence en Pennsylvanie aux États-Unis, sur des femmes primipares avec des antécédents de prééclampsie, a montré lors de la visite de suivi post-partum, qu'il y avait une différence significative dans la moyenne systolique et diastolique de la pression artérielle entre les femmes qui allaitaient et celles qui n'allaitaient pas(Burgess et al., 2019). Malgré le bien fondé du counseling post-partum à l'endroit des femmes avec antécédents de THG, des insuffisances restent palpables quant à sa réalisation(Triebwasser et al., 2021). La plupart des directives à l'endroit des professionnels de soins ne sont pas spécifiques à un public cible en particulier, mais font référence aux équipes générales de soins maternels(Ekawati et al., 2020). Une étude avant-après menée aux Pays-Bas respectivement en 2011 et 2014 auprès des gynécologues, a montré une progression en termes de nombre de gynécologues fournissant un counseling aux femmes après une pré éclampsie sur le suivi des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires(van Kesteren et al., 2016).

En Afrique peu d'études ont exploré le counseling post partum chez les femmes avec des antécédents de troubles hypertensifs de la grossesse. Ainsi, il nous a paru nécessaire de conduire cette recherche afin d'explorer le counseling post partum chez les femmes avec des antécédents de troubles hypertensifs de la grossesse dans le système de surveillance démographique et de santé de Kaya(KaHDSS)

Matériels et Méthode

2.1 Cadre de l'étude

L'étude a eu lieu sur le site KaHDSS.. Le site est situé dans la région du Centre-Nord du Burkina Faso, dans le district sanitaire de Kaya à 100 km de la capitale Ouagadougou. Créé en 2007 par

l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS), Il couvre les sept secteurs de la ville de Kaya et 18 villages dans le district sanitaire de Kaya dans un rayon de 20 km autour de Kaya. KaHDSSSS est une plateforme qui suit les événements de santé y compris les grossesses en milieu populationnelle (Kouanda et al., 2013).

2.2 Type et période d'étude

Il s'est agi d'une étude transversale descriptive . Les données ont été collectées du 10 au 18 juillet 2021.

2.3 Population d'étude, technique d'échantillonnage et taille de l'échantillon.

La population d'étude était constituée des femmes atteintes de troubles hypertensifs de la grossesse au cours de la grossesse précédente. Toutes les femmes avec des antécédents de troubles hypertensifs de la grossesse documentés et présentent sur le site pendant la période de l'étude ont été invitées à participer à l'étude. L' échantillonnage était exhaustif. Toutes les femmes atteintes de

troubles hypertensifs de la grossesse sur le site de KaHDSS ont été incluses dans l'étude. Le taux de participation était de 100%.

2.4 Variables étudiées

2.4.1 Variable dépendante

La variable dépendante était le counseling post-partum sur la base de la documentation et sur la base de la déclaration. Il s'agit d'une variable composite mesurée à l'aide des variables suivantes :

- prise de la tension en post-partum ;
- information de la femme sur le risque de MCV en post-partum ;
- prescription des mesures hygiéno-diététiques (MHD) : réduction de la consommation de sel, de gras et de sucre, réduction ou éviction de la consommation de tabac et d'alcool, consommation de plus de fruits et légumes, exhortation à la pratique d'activités physiques ;
- recommandation d'une consultation en cardiologie.

2.4.2 Variables indépendantes

Les variables indépendantes étaient celles concernant le statut socio-démographique de la femme, les antécédents gynéco-obstétriques, les données sur la grossesse associée aux THG et les facteurs de risques surajoutés de MCV.

2.5 Traitement et analyse des données

. Pour l'analyse des données, seuls les identifiants ont été utilisés (un masque de l'identité des femmes a été fait). Nous avons procédé à une analyse descriptive avec le logiciel Stata.14.1 selon le plan suivant :

- les caractéristiques de la population d'étude (caractéristiques socio-démographiques, antécédents médicaux et gynéco-obstétriques, caractéristiques de la grossesse associée aux THG) ;
- le contenu du counseling post-partum (sur la base de la documentation et de la déclaration des femmes) ;
- la proportion des femmes bénéficiaires du counseling post-partum (sur la base de la documentation et de la déclaration des femmes) ;

Pour la proportion de femmes bénéficiaires du counseling post-partum, nous avons fixé un score suivant les réponses aux indicateurs du counseling selon la documentation d'une part et la

déclaration des femmes d'autre part. Le score cumulé par indicateur a permis d'apprécier les conseils et donc de conclure à l'effectivité ou pas du counseling.

La proportion de femmes bénéficiaires du counseling post-partum a été rapportée avec son intervalle de confiance à 95% (IC à 95%).

2.5.1 Appréciation du counseling post-partum sur la base de la documentation

Sur la base de la documentation, les indicateurs suivants ont été pris en compte pour le calcul du score (sur 5) avec considération de non=0 et oui=1 pour chaque indicateur :

- prise de la tension à J6 post-partum ;
- prise de la tension à J42 post-partum ;
- information de la femme sur le risque de MCV en post-partum ;
- prescription de MHD ;
- consultation en cardiologie.

Un score cumulé <3 a été associé à des conseils insuffisants (absence de counseling) tandis qu'un score ≥ 3 a été associé à des conseils suffisants (effectivité du counseling).

2.5.2 Appréciation du counseling post-partum sur la base de la déclaration de la femme

Sur la base de la déclaration de la femme, les indicateurs suivants ont été pris en compte pour le calcul du score (sur 10) avec considération de non=0 et oui=1 pour chaque indicateur :

- information de la femme sur le risque de MCV en post-partum ;
- consultation en cardiologie ;
- conseils pour la pratique d'activités physiques ;
- conseils pour la réduction de la consommation de sel ;
- conseils pour la réduction de la consommation de gras ;
- conseils pour la réduction de la consommation de sucre ;
- conseils pour la réduction ou l'éviction de la consommation de tabac ;
- conseils pour la réduction ou l'éviction de la consommation d'alcool ;
- conseils pour la consommation de plus de fruits ; - conseils pour la consommation de plus de légumes.

Un score cumulé <5 a été considéré comme « conseils insuffisants » (absence de counseling) tandis qu'un score ≥ 5 a été considéré comme « conseils suffisants » (effectivité du counseling).

2.6 Considérations éthiques.

Préalablement à la collecte de données, il a été expliqué aux femmes dans la langue qu'elles comprennent le mieux, les raisons ainsi que les objectifs poursuivis à travers l'étude. Les femmes qui ne savaient lire ont eu droit à un témoin dont le rôle était de s'assurer de la conformité de ce qui était écrit par rapport à ce qui était expliqué à la femme. Le protocole de recherche a été soumis au CEIRES de l'Institut de Recherche en Sciences de la Santé (IRSS) qui a donné un avis favorable sous le numéro 26 /2021 CEIRES du 15 juin 2021.

3. Résultats

Les caractéristiques de base de l'échantillon.

Au total 60 femmes ont été incluses dans l'étude. La tranche d'âge variait entre 17 et 45 ans avec un âge moyen de $31,6 \pm 7,6$ ans. Les femmes âgées de 19 à 35 ans étaient majoritaires (61,7%). La majorité des femmes (60,0%) avaient entre deux à cinq enfants. 48,3% des femmes n'avaient aucune instruction, 96,7% étaient mariées, 48,3% étaient des commerçantes, 95,0% vivaient en milieu urbain (secteurs de Kaya) et une femme (1,7%) était une déplacée interne .

Counseling sur la base de la documentation

A J6 post-partum seulement 27 femmes (45,0%) avaient bénéficié d'une prise de la tension artérielle. A J42 post-partum seulement neuf femmes (15,0%) en ont bénéficié. Seulement une femme (1,7%) a été informée du risque de MCV en post-partum. Cinquante-huit Femmes (96,7%) n'ont pas bénéficié de conseils sur les MHD ; parmi celles qui en ont bénéficié (3,3%), deux femmes (3,3%) ont bénéficié de conseils sur la réduction de la consommation de sel, deux femmes (3,3%) sur la réduction de la consommation de gras, une femme (1,7%) sur la réduction ou l'éviction de la consommation de tabac et une femme (1,7%) sur la réduction ou l'éviction de la consommation d'alcool. Une femme (1,7%) a bénéficié de conseils sur la consommation de plus de fruits et légumes. Aucune femme n'a bénéficié de conseils ni sur la réduction de la consommation de sucre, ni sur la pratique d'activités physiques (Tableau I).

Tableau I : Contenu du counseling post-partum sur la base de la documentation

	Effectif	Pourcentage (%)
Prise de la tension en post-partum à J6 post-partum		
Oui	33	55
Non	27	45
Prise de la tension en post-partum à J42 post-partum		
Oui	51	85
Non	9	15
Information de la femme sur le risque de MCV en post-partum		
Non	59	98,3
Oui	1	1,7
Prescription de Mesures Hygiéno-Diététiques (MHD)		

Non	58	96,7
Oui	2	3,3
Réduction de la consommation de sel		
Non	58	96,7
Oui	2	3,3
Réduction de la consommation de gras		
Non	58	96,7
Oui	2	3,3
Réduction de la consommation de sucre		
Non	60	100
Oui	0	0
Réduction/éviction de la consommation de tabac		
Non	59	98,3
Oui	1	1,7
Réduction/éviction de la consommation d'alcool		
Non	59	98,3
Oui	1	1,7
Consommation de plus de fruits et légumes		
Non	59	98,3
Oui	1	1,7
Pratique d'activités physiques		
Non	60	100
Oui	0	0
Consultation en cardiologie		
Non	55	91,7
Oui	5	8,3

Sur la base de la documentation, 83,3% de femmes ont bénéficié de conseils insuffisants (score<3) tandis que 16,7% ont bénéficié de conseils suffisants (score≥3). Ainsi, la proportion de femmes bénéficiaires du counseling postpartum sur la base de la documentation est de 16,7%.

Counseling sur la base de la déclaration

Seulement sept femmes (11,7%) ont été informées du risque de MCV en post-partum. En ce qui concerne les conseils sur les MHD, seulement 18 femmes (30,0%) ont bénéficié de conseils sur la réduction de la consommation de sel, 29 femmes (48,3%) sur la réduction de la consommation de gras, 21 femmes (35,0%) sur la réduction de la consommation de sucre, cinq femmes (8,3%) sur la réduction ou l'éviction de la consommation d'alcool, 19 femmes (31,67%) sur la consommation de plus de fruits, sept femmes (11,7%) sur la consommation de plus de légumes et 23 femmes (38,3%) sur la pratique d'une activité physique. Aucune femme n'a bénéficié de conseils sur la réduction ou l'éviction de la consommation de tabac (Tableau II).

Tableau II : Contenu du counseling post-partum sur la base de la déclaration

Variables	Effectif	Pourcentage
Information de la femme sur le risque de MCV en post-partum		

Non	53	88,3
Oui	7	11,7
Réduction de la consommation de sel		
Non	42	70
Oui	18	30
Réduction de la consommation de gras		
Non	31	51,7
Oui	29	48,3
Réduction de la consommation de sucre		
Non	39	65
Oui	21	35
Réduction/éviction de la consommation de tabac		
Non	60	100
Oui	0	0
Réduction/éviction de la consommation d'alcool		
Non	55	91,7
Oui	5	8,3
Consommation de plus de fruits		
Non	41	68,3
Oui	19	31,7
Consommation de plus de légumes		
Non	53	88,3
Oui	7	11,7
Pratique d'activités physiques		
Non	37	61,7
Oui	23	38,3
Consultation en cardiologie		
Non	28	46,7
Oui	32	53,3

Sur la base de la déclaration de la femme, 76,7% de femmes ont bénéficié de conseils insuffisants ($\text{score} < 5$) tandis que 23,3% ont bénéficié de conseils suffisants ($\text{score} \geq 5$). La proportion de femmes bénéficiaires du counseling post-partum sur la base de la déclaration est donc de 23,3%.

4. Discussion

Cette étude sur le counseling post-partum chez des femmes atteintes de THG sur le site de KaHDSS a vu la participation de 60 femmes atteintes de troubles hypertensifs de la grossesse et vu en post partum. Les résultats rapportent une faible proportion de femmes bénéficiaires du counseling post-partum, une hétérogénéité du contenu du counseling de la documentation à la déclaration.

Une faible proportion de femmes bénéficiaires du counseling sur la base de la documentation.

La proportion des femmes ayant bénéficié du counseling post-partum était de 16,7% sur la base de la documentation. Nos résultats sont similaires aux résultats rapportés dans une étude rétrospective(, Triebwasser,2020) sur la période décembre 2016 à janvier 2018(Triebwasser et al., 2021). Ces auteurs ont rapporté une proportion de 14,9% pour les femmes bénéficiaires d'un

counseling sur la base de la documentation. Nous avons exploré le protocole de service (version 2016) du département gynécobstétrique du Centre Hospitalier Universitaire Yalgado Ouédraogo (CHU-YO), du Burkina Faso ; nous avons noté l'absence d'une rubrique sur la gestion post-partum des THG . L'absence d'un protocole clair sur la gestion post-partum des THG ne favoriserait pas la mise en œuvre du counseling post-partum.

Une autre étude rétrospective sur la période septembre 2018 à février 2019 (Triebwasser , 2021) a rapporté une proportion de femmes bénéficiaires d'un counseling post-partum plus élevée après un THG (25%) (Triebwasser et al., 2021). A la différence de notre étude, seulement la documentation avait été explorée et un nombre plus élevé de dossiers avait été passé en revue (253 dossiers). La documentation explorée était également plus accessible car sous format numérique (la nôtre était en format papier). Les visites post-partum ont été rapporté dans 89% des cas .

Les chiffres sont encore plus élevés dans une étude de cohorte prospective de femmes ayant eu une grossesse compliquée d'un THG et/ou du diabète gestationnel (249 femmes dont 127 avec THG, 111 avec diabète gestationnel et 11 avec les deux) réalisée (Ehrenthal,2014 où 50 % de femmes ont bénéficié d'un counseling par des agents de soins de santé primaire (Ehrenthal et al., 2014). Ces femmes, contrairement aux femmes de notre étude ont été suivi dans un hôpital universitaire communautaire spécialisé en obstétrique. Elles auraient donc bénéficié d'un meilleur suivi. Cette différence pourrait être expliquer par la différence de traitement et de prise en charge selon les types de structures.

Pour pallier aux inégalités financières d'accès aux services de santé reproductive et Santé de la Mère, du Nouveau-né et de l'Enfant , le gouvernement burkinabè a adopté en mars 2016 une politique de gratuité des soins en faveur des femmes et des enfants de moins de 5 ans. Cette gratuité des soins au cours de la grossesse expliquerait le fait que la majorité des femmes de notre étude aient suivi plus de quatre CPN (66,1%). Cependant, la gratuité a entraîné une hausse de l'utilisation des services de soins et engendré une élévation de la charge de travail des agents de santé (Druetz et al., 2019). Cette situation aurait pu diminuer l'engagement des agents de santé dans la tenue du counseling post-partum axé sur les MCV. Il conviendrait également de s'interroger sur la connaissance des agents de santé sur le lien entre THG et MCV.

Si le counseling post-partum suite à un THG semble bénéficier d'une faible attention, le constat est tout autre pour la planification familiale du post-partum(Coleman-Minahan et al., 2017). En effet l'analyse faite par Guiella parue dans la revue The Lancet, révèle l'existence d'interventions en faveur de l'augmentation de l'utilisation des services de contraception en post-partum au Burkina Faso (Guiella, 2019). Aussi l'étude de Triebwasser (2021) a rapporté que les femmes étaient plus

susceptibles de bénéficier d'un counseling post-partum sur l'utilisation des contraceptifs (99%) que sur les MCV.

Des stratégies d'éducation nutritionnelle et thérapeutique doit être couplés aux consultations post natales afin d'améliorer les conseils visant à réduire la survenue des maladies cardiovasculaires chez les femmes ayant des antécédents de troubles hypertensifs.

Hétérogénéité du contenu du counseling post-partum

Le contenu du counseling post-partum diffère de la documentation à la déclaration de la femme ; ce qui trouverait son sens d'une part dans le fait que la documentation dans les carnets CPN ne serait pas systématique dans les centres de santé et d'autre part dans le caractère non vérifiable des déclarations (surestimation ou sous-estimation des réponses des femmes).

Peu de femmes ont été informées du risque accru de MCV. Ces chiffres sont bas comparés aux résultats (67%) d'une étude menée en Australie par Hutchesson(2018) auprès des femmes avec une prééclampsie . Cependant 60% des femmes de cette étude avaient déclaré s'être instruites elles-mêmes sur le sujet(Hutchesson et al., 2018). L'étude de Triebwasser(2021) a rapporté 6% de femmes ayant bénéficié d'un counseling sur le risque cardiovasculaire sur la base de la documentation(Triebwasser et al., 2021).

La majorité des femmes de notre étude n'avaient aucun niveau d'instruction. L'étude de Ehrenthal (2014) a démontré que les femmes non instruites étaient moins susceptibles de bénéficier d'un counseling post-partum sur le risque cardiovasculaire(Ehrenthal et al., 2014).

L'étude de Triebwasser (2011) a rapporté 20% de consultation en cardiologie des femmes ayant présentées des THG. Dans notre étude 8,3% ont bénéficié d'une consultation en cardiologie.Les femmes n'ont presque pas bénéficié de conseils sur la réduction ou l'éviction de la consommation du tabac. Les femmes sont considérées moins consommatrices d'alcool et autres psychotropes (Sesso et al., 2008). Ce fait pourrait expliquer qu'elles bénéficient moins des conseils sur la réduction ou l'éviction de la consommation d'alcool.

On note également une diminution du nombre de femmes ayant pris leur tension artérielle à J6 et J42 post-partum (de 45,0% à 15,0%). Cela pourrait être dû au fait que généralement après l'accouchement, peu de femmes respecteraient les consultations postnatales. Aussi dans les centres de santé au Burkina, les équipements et outils de travail ne sont pas disponibles en permanence(Bara et al., 2020; Jaffré & Olivier de Sardan, 2003). De ce fait, les femmes pourraient ne pas bénéficier d'une prise de la tension artérielle au cours des visites postnatales.

Le contenu du counseling doit être uniformisé et adapté à chaque femme ayant des troubles hypertensifs de la grossesse. Pour cela , il faudrait une formation continue des agents de santé chargé du suivi des femmes en post partum sur le contenu du counseling.

5. Conclusion

La proportion des femmes ayant bénéficié du counseling post-partum était respectivement de 16,67% sur la base de la documentation et 23,33% sur la base de la déclaration. Cette faible proportion pourrait être due à un manque de protocole sur le counseling post-partum en rapport avec les troubles hypertensifs de la grossesse. Les femmes n'ont pas suffisamment bénéficié de conseils sur les mesures hygiéno-diététiques, la consultation en cardiologie, la prise de tension en post-partum et n'ont presque pas été informées du risque de maladies cardiovasculaires. Bien que les THG soient une anomalie spécifique à la grossesse, les preuves suggèrent qu'elles conduisent au développement de maladies chroniques plus tard. À ce jour, il n'existe pas d'approche universellement reconnue pour la prévention et le dépistage de ces troubles chroniques associés au THG. Des stratégies d'éducation nutritionnelle et thérapeutique doit être couplés aux consultations post natales afin d'améliorer les conseils visant à réduire la survenue des maladies cardiovasculaires chez les femmes ayant des antécédents de troubles hypertensifs.

Remerciements :

Les auteurs remercient , les femmes qui ont participé à l' étude et les agents qui ont collecté les données.

Conflit d'intérêt

Les auteurs déclarent aucun conflit d'intérêt

Références

- American College of Obstetricians and Gynecologists & Society for Maternal-Fetal Medicine. (2019). Obstetric Care Consensus No. 8 : Interpregnancy Care. *Obstetrics and Gynecology*, *133*(1), e51-e72. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003025>
- American Society for Reproductive Medicine & American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Gynecologic Practice. (2019). Prepregnancy counseling : Committee Opinion No. 762. *Fertility and Sterility*, *111*(1), 32-42. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.12.003>
- Bara, A., Tougri, H., Belrhiti, Z., Baguiya, A., Ouedraogo, A. M., Compaoré, R., & Kouanda, S. (2020). [Performance analysis of a privately managed public hospital in Burkina Faso]. *Sante Publique (Vandoeuvre-Les-Nancy, France)*, *32*(5), 519-523. <https://doi.org/10.3917/spub.205.0519>
- Bokslag, A., Hermes, W., de Groot, C. J. M., & Teunissen, P. W. (2016). Reduction of cardiovascular risk after preeclampsia : The role of framing and perceived probability in modifying behavior. *Hypertension in Pregnancy*, *35*(4), 470-473. <https://doi.org/10.1080/10641955.2016.1185112>
- Brown, M. A., Magee, L. A., Kenny, L. C., Karumanchi, S. A., McCarthy, F. P., Saito, S., Hall, D. R., Warren, C. E., Adoyi, G., & Ishaku, S. (2018). The hypertensive disorders of pregnancy : ISSHP classification, diagnosis & management recommendations for international practice. *Pregnancy Hypertension*, *13*, 291-310. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2018.05.004>
- Burgess, A., McDowell, W., & Ebersold, S. (2019). Association Between Lactation and Postpartum Blood Pressure in Women with Preeclampsia. *MCN. The American Journal of Maternal Child Nursing*, *44*(2), 86-93. <https://doi.org/10.1097/NMC.0000000000000502>
- Coleman-Minahan, K., Aiken, A. R. A., & Potter, J. E. (2017). Prevalence and Predictors of Prenatal and Postpartum Contraceptive Counseling in Two Texas Cities. *Women's Health*

- Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 27(6), 707-714. <https://doi.org/10.1016/j.whi.2017.05.004>
- Davis, E. F., Lewandowski, A. J., Aye, C., Williamson, W., Boardman, H., Huang, R.-C., Mori, T. A., Newnham, J., Beilin, L. J., & Leeson, P. (2015). Clinical cardiovascular risk during young adulthood in offspring of hypertensive pregnancies: Insights from a 20-year prospective follow-up birth cohort. *BMJ Open*, 5(6), e008136. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008136>
- Djellouli, N., Mann, S., Nambiar, B., Meireles, P., Miranda, D., Barros, H., Bocoum, F. Y., Yaméogo, W. M. E., Yaméogo, C., Belemkoabga, S., Tougri, H., Coulibaly, A., Kouanda, S., Mochache, V., Mwakusema, O. K., Irungu, E., Gichangi, P., Dembo, Z., Kadzakumanja, A., ... Colbourn, T. (2017). Improving postpartum care delivery and uptake by implementing context-specific interventions in four countries in Africa: A realist evaluation of the Missed Opportunities in Maternal and Infant Health (MOMI) project. *BMJ Global Health*, 2(4), e000408. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000408>
- Druetz, T., Bicaba, A., Some, T., Kouanda, S., Ly, A., & Haddad, S. (2019). *La gratuité des soins améliore grandement l'accessibilité aux services de santé, mais les gains demeurent fragiles*. <https://idl-bnc-idrc.dspacedirect.org/handle/10625/57546>
- Ehrenthal, D. B., Maiden, K., Rogers, S., & Ball, A. (2014). Postpartum healthcare after gestational diabetes and hypertension. *Journal of Women's Health (2002)*, 23(9), 760-764. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4688>
- Ekawati, F. M., Emilia, O., Brennecke, S., Gunn, J., Licqurish, S., & Lau, P. (2020). Opportunities for improving hypertensive disorders of pregnancy (HDP) management in primary care settings: A review of international published guidelines in the context of pregnancy care in Indonesia. *Pregnancy Hypertension*, 19, 195-204. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2020.01.012>
- Geelhoed, J. J. M., Fraser, A., Tilling, K., Benfield, L., Davey Smith, G., Sattar, N., Nelson, S. M., & Lawlor, D. A. (2010). Preeclampsia and gestational hypertension are associated with childhood blood pressure independently of family adiposity measures: The Avon Longitudinal Study of Parents and Children. *Circulation*, 122(12), 1192-1199. <https://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.110.936674>
- Gemechu, K. S., Assefa, N., & Mengistie, B. (2020). Prevalence of hypertensive disorders of pregnancy and pregnancy outcomes in Sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis. *Women's Health*, 16, 1745506520973105. <https://doi.org/10.1177/1745506520973105>
- Gestational Hypertension and Preeclampsia: ACOG Practice Bulletin Summary, Number 222. (2020). *Obstetrics and Gynecology*, 135(6), 1492-1495. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000003892>
- Guiella, G. (2019). Post-partum family planning interventions in Burkina Faso. *The Lancet. Global Health*, 7(8), e996-e997. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30294-3](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30294-3)
- Hauspurg, A., Countouris, M. E., & Catov, J. M. (2019). Hypertensive Disorders of Pregnancy and Future Maternal Health: How Can the Evidence Guide Postpartum Management? *Current Hypertension Reports*, 21(12), 96. <https://doi.org/10.1007/s11906-019-0999-7>
- Hutchesson, M., Shrewsbury, V., Park, F., Callister, R., & Collins, C. (2018). Are women with a recent diagnosis of pre-eclampsia aware of their cardiovascular disease risk? A cross-sectional survey. *The Australian & New Zealand Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 58(6), E27-E28. <https://doi.org/10.1111/ajo.12900>
- Jaffré, Y., & Olivier de Sardan, J.-P. (2003). *Une médecine inhospitalière. Les difficiles relations entre soignants et soignés dans cinq capitales d'Afrique de l'Ouest*. Karthala; Cairn.info. <https://www.cairn.info/une-medecine-inhospitaliere--9782845863736.htm>

- Kouanda, S., Bado, A., Yaméogo, M., Nitiéma, J., Yaméogo, G., Bocoum, F., Millogo, T., Ridde, V., Haddad, S., & Sondo, B. (2013). The Kaya HDSS, Burkina Faso : A platform for epidemiological studies and health programme evaluation. *International Journal of Epidemiology*, *42*(3), 741-749. <https://doi.org/10.1093/ije/dyt076>
- Lisonkova, S., Sabr, Y., Mayer, C., Young, C., Skoll, A., & Joseph, K. S. (2014). Maternal morbidity associated with early-onset and late-onset preeclampsia. *Obstetrics and Gynecology*, *124*(4), 771-781. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000472>
- Lui, N. A., Jeyaram, G., & Henry, A. (2019). Postpartum Interventions to Reduce Long-Term Cardiovascular Disease Risk in Women After Hypertensive Disorders of Pregnancy : A Systematic Review. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, *6*, 160. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2019.00160>
- Magee, L. A., Pels, A., Helewa, M., Rey, E., & von Dadelszen, P. (2014). Diagnosis, evaluation, and management of the hypertensive disorders of pregnancy. *Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health*, *4*(2), 105-145. <https://doi.org/10.1016/j.preghy.2014.01.003>
- Mezaw, M. W., Chojenta, C., Muluneh, M. D., & Loxton, D. (2020). Systematic and meta-analysis of factors associated with preeclampsia and eclampsia in sub-Saharan Africa. *PloS One*, *15*(8), e0237600. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0237600>
- Melchiorre, K., Thilaganathan, B., Giorgione, V., Ridder, A., Memmo, A., & Khalil, A. (2020). Hypertensive Disorders of Pregnancy and Future Cardiovascular Health. *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, *7*, 59. <https://doi.org/10.3389/fcvm.2020.00059>
- Mol, B. W. J., Roberts, C. T., Thangaratinam, S., Magee, L. A., de Groot, C. J. M., & Hofmeyr, G. J. (2016). Pre-eclampsia. *Lancet (London, England)*, *387*(10022), 999-1011. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)00070-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)00070-7)
- Mosca, L., Benjamin, E. J., Berra, K., Bezanson, J. L., Dolor, R. J., Lloyd-Jones, D. M., Newby, L. K., Piña, I. L., Roger, V. L., Shaw, L. J., Zhao, D., Beckie, T. M., Bushnell, C., D'Armiento, J., Kris-Etherton, P. M., Fang, J., Ganiats, T. G., Gomes, A. S., Gracia, C. R., ... Wenger, N. K. (2011). Effectiveness-based guidelines for the prevention of cardiovascular disease in women--2011 update : A guideline from the american heart association. *Circulation*, *123*(11), 1243-1262. <https://doi.org/10.1161/CIR.0b013e31820faaf8>
- Mounier-Vehier, C., Madika, A.-L., Boudghène-Stambouli, F., Ledieu, G., Delsart, P., & Tsatsaris, V. (2016). [Hypertension in pregnancy and future maternal health]. *Presse Medicale (Paris, France: 1983)*, *45*(7-8 Pt 1), 659-666. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2016.05.017>
- Nicklas, J. M., Zera, C. A., England, L. J., Rosner, B. A., Horton, E., Levkoff, S. E., & Seely, E. W. (2014). A web-based lifestyle intervention for women with recent gestational diabetes mellitus : A randomized controlled trial. *Obstetrics and Gynecology*, *124*(3), 563-570. <https://doi.org/10.1097/AOG.0000000000000420>
- Olié, V., Moutengou, E., Deneux-Tharoux, C., & Plu-Bureau, G. (2018). Désordres hypertensifs et risque de maladies cardiovasculaires pendant la grossesse et le post-partum. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique*, *66*, S16-S17. <https://doi.org/10.1016/j.respe.2018.01.032>
- Optimizing Postpartum Care*. (2018). *131*(5).
- Organisation mondiale de la Santé. (2014). *Recommandations de l'OMS pour la prévention et le traitement de la prééclampsie et de l'éclampsie : Implications et actions* (WHO/RHR/14.17). Organisation mondiale de la Santé. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/119716>
- Poon, L. C., Shennan, A., Hyett, J. A., Kapur, A., Hadar, E., Divakar, H., McAuliffe, F., da Silva Costa, F., von Dadelszen, P., McIntyre, H. D., Kihara, A. B., Di Renzo, G. C., Romero, R., D'Alton, M., Berghella, V., Nicolaidis, K. H., & Hod, M. (2019). The International Federation of Gynecology and Obstetrics (FIGO) initiative on pre-eclampsia : A pragmatic

- guide for first-trimester screening and prevention. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 145 Suppl 1(Suppl 1), 1-33. <https://doi.org/10.1002/ijgo.12802>
- Roberge, S., Demers, S., & Bujold, E. (2017). Antiplatelet therapy before or after 16 weeks' gestation for preventing preeclampsia. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 216(6), 620-621. <https://doi.org/10.1016/j.ajog.2017.01.034>
- Roth, H., Homer, C. S. E., Arnott, C., Roberts, L., Brown, M., & Henry, A. (2020). Assessing knowledge of healthcare providers concerning cardiovascular risk after hypertensive disorders of pregnancy : An Australian national survey. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 717. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03418-5>
- Sacks, E., & Langlois, É. V. (2016). Postnatal care : Increasing coverage, equity, and quality. *The Lancet. Global Health*, 4(7), e442-443. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(16\)30092-4](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(16)30092-4)
- Sesso, H. D., Cook, N. R., Buring, J. E., Manson, J. E., & Gaziano, J. M. (2008). Alcohol consumption and the risk of hypertension in women and men. *Hypertension (Dallas, Tex.: 1979)*, 51(4), 1080-1087. <https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.107.104968>
- Stuart, J. J., Tanz, L. J., Cook, N. R., Spiegelman, D., Missmer, S. A., Rimm, E. B., Rexrode, K. M., Mukamal, K. J., & Rich-Edwards, J. W. (2018). Hypertensive Disorders of Pregnancy and 10-Year Cardiovascular Risk Prediction. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(11), 1252-1263. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2018.05.077>
- Triebwasser, J. E., Janssen, M. K., & Sehdev, H. M. (2021). Postpartum counseling in women with hypertensive disorders of pregnancy. *American Journal of Obstetrics & Gynecology MFM*, 3(1), 100285. <https://doi.org/10.1016/j.ajogmf.2020.100285>
- van Kesteren, F., Visser, S., Hermes, W., Teunissen, P. W., Franx, A., van Pampus, M. G., Mol, B. W., & de Groot, C. J. M. (2016). Counselling and management of cardiovascular risk factors after preeclampsia. *Hypertension in Pregnancy*, 35(1), 55-61. <https://doi.org/10.3109/10641955.2015.1100311>
- Vogel, B., Acevedo, M., Appelman, Y., Merz, C. N. B., Chieffo, A., Figtree, G. A., Guerrero, M., Kunadian, V., Lam, C. S. P., Maas, A. H. E. M., Mihailidou, A. S., Olszanecka, A., Poole, J. E., Saldarriaga, C., Saw, J., Zühlke, L., & Mehran, R. (2021). The Lancet women and cardiovascular disease Commission : Reducing the global burden by 2030. *The Lancet*, 397(10292), 2385-2438. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00684-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00684-X)
- Wilkerson, R. G., & Ogunbodede, A. C. (2019). Hypertensive Disorders of Pregnancy. *Emergency Medicine Clinics of North America*, 37(2), 301-316. <https://doi.org/10.1016/j.emc.2019.01.008>
- Yugbaré Belemsaga, D., Bado, A., Goujon, A., Duysburgh, E., Degomme, O., Kouanda, S., & Temmerman, M. (2016). A cross-sectional mixed study of the opportunity to improve maternal postpartum care in reproductive, maternal, newborn, and child health services in the Kaya health district of Burkina Faso. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 135 Suppl 1, S20-S26. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2016.08.005>

© 2024 GARANET et al., licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. This is an open access article distributed under the terms of the [Creative Commons](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0) <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Publisher's note

Bamako Institute for Research and Development Studies Press remains neutral regarding jurisdictional claims in map publications and institutional affiliations

