



HAL
open science

La visite postnatale : chez le médecin généraliste ou chez un autre spécialiste ? Étude transversale recherchant des raisons motivant le choix des patientes dans une maternité de niveau 1

Thibault Laude

► **To cite this version:**

Thibault Laude. La visite postnatale : chez le médecin généraliste ou chez un autre spécialiste ? Étude transversale recherchant des raisons motivant le choix des patientes dans une maternité de niveau 1. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00846731

HAL Id: dumas-00846731

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00846731v1>

Submitted on 19 Jul 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNÉE 2013

N°

**THÈSE POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE**

(Diplôme d'état)

PAR

LAUDE Thibault

Né le 4 mai 1984 à Harfleur

Présentée et soutenue publiquement le 09 juillet 2013

**La visite postnatale : chez le médecin
généraliste ou chez un autre spécialiste?**
Étude transversale recherchant des raisons motivant le
choix des patientes dans une maternité de niveau 1

PRÉSIDENT DE JURY : Monsieur le Professeur MARPEAU Loïc

DIRECTEUR DE THÈSE : Monsieur le Docteur BARIL Jean-Yves

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	Professeur Pierre FREGER
ASSESEURS :	Professeur Michel GUERBET Professeur Benoit VEBER Professeur Pascal JOLY Professeur Bernard PROUST
DOYENS HONORAIRES :	Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ
PROFESSEURS HONORAIRES :	MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO- J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M ^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF -.TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (<i>Surnombre</i>)	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER (<i>Surnombre</i>)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale

M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUCROTTE	HCN	Hépto – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric MALLET (Surnombre)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stépha ne MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépto - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive

M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Pierre-Yves MILLIEZ	HCN	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. Jean-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie
M. Jacques WEBER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy BELLIEN	HCN	Pharmacologie
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
M. Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Physiologie

Mme Sophie CLAEYSSENS	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
M. Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mme Catherine HAAS-HUBSCHER	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
M. Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie MARECHAL-GUYANT	HCN	Neurologie
M. Thomas MOUREZ	HCN	Bactériologie
M. Jean-François MENARD	HCN	Biophysique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
M. Francis ROUSSEL	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie

PROFESSEUR-AGREGE-OU-CERTIFIE

Mme Dominique LANIEZ	UFR	Anglais
Mme Cristina BADULESCU	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique
Mlle Marie-Laure GROULT	Botanique
M. Hervé HUE	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia LE GOFF	Parasitologie Immunologie
Mme Hong LU	Biologie

Mme Sabine MENAGER	Chimie organique
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie Galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
M. Rémi VARIN (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine PANCHOU	Pharmacie Officinale
-----------------------------	----------------------

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth DE PAOLIS	Anglais
--------------------------------	---------

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim MEKAOUI	Chimie Analytique
Mlle Virginie OXARAN	Microbiologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup HERMIL	UFR	Médecine-générale
----------------------------	-----	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre FAINSILBER	UFR	Médecine générale
M. Alain MERCIER	UFR	Médecine générale
M. Philippe NGUYEN THANH	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel LEFEBVRE	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth MAUVIARD	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse THUEUX	UFR	Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mlle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS**MAITRES DE CONFERENCES**

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

À Monsieur le Professeur Loïc Marpeau,
qui me fait l'honneur d'être le président de jury de cette thèse.
Je vous remercie de vous être intéressé à mon travail
et vous adresse toute ma reconnaissance.

À Monsieur le Docteur Jean-Yves Baril, qui a dirigé ma thèse.
Je vous remercie de m'avoir fait confiance, d'avoir toujours été disponible
et bienveillant lors des étapes de la thèse.
Mon travail n'aurait jamais pu aboutir sans votre aide.

À Monsieur le Professeur Pierre Czernichow.

Je vous suis très reconnaissant d'avoir accepté de faire partie de ce jury de thèse.

Je vous transmets mon profond respect,
et garde le souvenir des premiers cours de mes études médicales.

À Monsieur le Professeur Stéphane Marret.
Je vous remercie d'avoir accepté de participer à ce jury de thèse.
Croyez en ma sincère gratitude et mon respect.

À mes parents, à qui je dois tout.
À ma soeur, mon frère et ma belle-soeur, avec tout mon amour.
À Élise, mon coeur, qui m'apporte le bonheur au quotidien.
À ses parents et sa famille, je leur adresse toute mon affection.
À toute ma famille, qui m'a toujours fait confiance.
À tous mes amis proches ou éloignés,
qui me font partager des moments inoubliables.
À mes anciens collègues devenus amis, en particulier les « Bisounours » des
urgences du Havre, et tous ceux que j'ai croisés lors de mes études.
À mes amis ingénieurs qui m'ont fait découvrir \LaTeX pour rédiger mon travail.
À Alexandre pour m'avoir aidé dans mes statistiques.

Table des matières

Introduction	12
1 Méthode	14
1.1 Population	14
1.2 Mode de recueil des données	15
Questionnaire remis à la patiente	15
Dossier médical	16
1.3 Données recueillies	16
Questionnaire	16
Dossier médical	17
1.4 Outils statistiques	19
1.5 Représentation des résultats	20
2 Résultats	21
2.1 Population et recueil	21
2.2 Choix pour la visite postnatale et raisons principales du choix	24
2.3 La grossesse, l'accouchement et choix pour la visite postnatale	30
Spécialiste ayant suivi la grossesse avant le huitième mois	30
Vécu de la grossesse et de l'accouchement	31
Durée du congé maternité	36
Gestité, parité, type de grossesse	36
Complication de la grossesse et choix pour la visite postnatale	37
Désir de grossesse	38

Accouchement et choix pour la visite postnatale	38
Suites de couches et choix du spécialiste pour la visite postnatale . . .	42
2.4 Données démographiques et sociales	45
Consultations et accouchement « privés »	45
Distance par rapport à la maternité	47
Classe socioprofessionnelle	48
Age, situation maritale	48
2.5 Eléments du suivi habituel et choix pour la visite postnatale	52
Suivi gynécologique habituel	52
Médecin traitant	54
Connaissance de la visite postnatale	56
Mode d'allaitement	57
2.6 Résultats secondaires : contenu de la visite postnatale	58
3 Discussion	61
3.1 Désignation du spécialiste et déterminants du choix pour la visite post- natale	61
Raisons communes aux spécialités	62
Raisons spécifiques	62
Autres données non significatives	64
3.2 Contenu de la visite postnatale	64
3.3 Représentativité de l'échantillon	65
Sources de comparaison	65
Evaluation de l'échantillon	66
En résumé	68
3.4 Biais et atouts de l'étude	68
Biais lié à la méthode	68
Biais d'investigation	69
Biais de sélection	69
Petits effectifs	70
Données	70

TABLE DES MATIÈRES

9

Eléments positifs de l'étude	71
3.5 Etude comparative	72
Données internationales	72
Présentation d'une étude irlandaise	73
3.6 Place du médecin généraliste dans la visite postnatale	76
Constats	76
Hypothèses	77
3.7 Perspectives pour la pratique	80
La place de l'information de la visite postnatale	80
Pour l'implication du médecin généraliste dans le suivi postnatal	84
Rôle des sages-femmes et maïeuticiens	85
Rôle des gynécologues médicaux et libéraux	86
3.8 Données à explorer	86
Etudes quantitatives abordant d'autres données ou précisant certaines questions	86
Etudes qualitatives	87
Populations et sites d'études	87
Conclusion	88
A Recommandations ANAES sur le contenu de la visite post-natale	89
B Recommandations du CNGOF pour le contenu du dossier lors de la visite postnatale	91
C Questionnaire remis aux patientes	93
D Données recueillies dans le dossier médical (26 items)	100
D.1 Administratif/social	100
D.2 Gynéco pre-partum	100
D.3 Accouchement	101
D.4 Suites de couche immédiates	101

<i>TABLE DES MATIÈRES</i>	10
E Références d'articles traitant des problématiques médicales de la période postnatale	102
Bibliographie	103

Liste des sigles

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CHI : Centre Hospitalier Intercommunal

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES : Diplôme d'Etudes Supérieures

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

GL : Gynécologue libéral

GOH : Gynécologue-obstétricien hospitalier

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques

MG : Médecin généraliste

MT : Médecin traitant

SF : Sage-femme

VPN : Visite postnatale

Introduction

La visite (ou consultation) postnatale maternelle est une étape essentielle dans la prise en charge globale d'une mère et de son enfant. Elle s'inscrit dans la continuité du suivi de la grossesse, il s'agit d'ailleurs d'une visite obligatoire :

« Un examen médical postnatal doit être obligatoirement effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement. » (Code de la Santé Publique [1])

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

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

Les recommandations de la HAS et du CNGOF décrivent le contenu de cette visite¹. Cette dernière est effectuée par le gynécologue-obstétricien, le gynécologue

1. Les recommandations de la HAS (ex-ANAES) [2] et du CNGOF [3] sur le contenu de la visite sont présentées en annexe.

médical ou le médecin généraliste. Elle est parfois menée par une sage-femme, sous certaines conditions².

La patiente est libre de choisir qui elle souhaite consulter pour cette visite (sous conditions pour la sage-femme). Il existe peu de données dans la littérature sur le choix exprimé par la jeune mère, ainsi que ses motivations. On ne connaît pas en France la place du médecin généraliste dans cette prise en charge.

On suppose que le suivi médical, le déroulement de la grossesse, de l'accouchement (avec son vécu, ses complications éventuelles), le contexte socio-économique et médical influent sur le choix par la patiente du spécialiste pour la visite postnatale. L'objectif principal est de déterminer les raisons motivant ce choix et de définir un profil de patiente par spécialité.

Dans le même temps (objectif secondaire), nous allons décrire le contenu d'une visite précédente sur une sélection de patientes.

Ce travail de thèse, *via* une étude épidémiologique transversale effectuée auprès des patientes en suite de couches à la maternité de Fécamp, recherche des éléments étayant ces hypothèses.

2. « L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique. » (Code de la Santé Publique [4])

Chapitre 1

Méthode

1.1 Population

La population a été recrutée dans le service de la maternité de niveau 1 de l'hôpital des Hautes Falaises situé à Fécamp. Les patientes incluses sont des patientes majeures résidant en Haute-Normandie ayant accouché ou bénéficié d'une césarienne dans le délai d'étude. Les grossesses pathologiques, césariennes en urgence, grossesse multiples, accouchement sous X et mort foetale in utero (respectant le terme la définissant de 22 semaines d'aménorrhée) ont été incluses. Les patientes sont donc hospitalisées dans le service de suites de couches ou l'unité kangourou¹ lors du recueil des données.

Les critères d'exclusion sont les patientes mineures, les patientes ne souhaitant pas faire de visite postnatale. On a exclu également les patientes n'ayant pas rendu le questionnaire ou ayant répondu à moins de 80% des questions de la première partie du questionnaire (cf ci-dessous contenu du questionnaire), soit strictement moins de 9 questions. Les patientes ne sachant pas lire n'ont pas été incluses.

1. L'unité kangourou ou UK est une unité incluse dans le service de pédiatrie, elle permet une surveillance rapprochée voire continue du nouveau-né lorsque celui-ci nécessite des soins particuliers liés à son état (fièvre néonatale, retard pondéral, prématurité, réanimation néonatale par exemple). La mère est présente également dans la chambre

1.2 Mode de recueil des données

Le recueil des données s'est fait par deux moyens quasi simultanés, lors du séjour en suites de couches ou en unité kangourou.

Questionnaire remis à la patiente

Les questionnaires ont été distribués généralement du deuxième au quatrième jour de vie de l'enfant, ce délai étant adapté à l'état général de la patiente et sa disponibilité. Les questionnaires sont distribués et récupérés par moi-même du lundi au vendredi sur l'ensemble de la période de l'étude. Le questionnaire regroupe des questions à choix multiples pour les données qualitatives et à entrée libre pour les données quantitatives. Un texte d'introduction précise les objectifs de la thèse et son caractère anonyme. Un questionnaire provisoire a été testé auprès des patientes avant le début de l'étude pour préciser la formulation et le contenu. Certains items sur le déroulement de la visite postnatale (détaillant l'examen clinique) ont été volontairement omis par souci de simplicité du questionnaire.

La patiente pouvait compléter son questionnaire seule ou accompagnée de son conjoint, parfois en ma présence si elle le souhaitait. Une information orale systématique sur la visite postnatale était donnée au moment de la remise du questionnaire lorsque la patiente ne connaissait pas, ou peu, cette visite. La remise du questionnaire et son remplissage n'interférait pas avec les éventuelles recommandations médicales voire prescriptions faites lors du séjour dans le service, ni les décisions de la patiente sur sa prise en charge. Le service ne donnait pas de consigne sur le choix du spécialiste au cours de l'étude ni habituellement en dehors de l'étude.

Chaque questionnaire était ensuite récupéré et numéroté. Les réponses étaient ensuite colligées dans un fichier Excel par numéro de questionnaire, ce fichier rendant anonymes les résultats.

Dossier médical

Lors du remplissage du questionnaire le dossier médical de la patiente était utilisé pour transcrire dans le même fichier excel les données utiles à l'étude (données également rendues anonymes).

1.3 Données recueillies

Questionnaire

Le questionnaire présenté en annexe page 93 est composé de deux parties :

Etudiant le critère principal de l'étude : les onze questions concernent le médecin traitant, le vécu de la grossesse puis le choix² et les raisons du choix du spécialiste pour la visite post natale (14 items pour les raisons du choix). Toutes les patientes étaient invitées à répondre à cette partie.

Etudiant le critère secondaire de l'étude : si la patiente avait déjà eu une visite postnatale avec le spécialiste désigné dans la première partie, elle pouvait répondre à vingt-trois autres questions sur le déroulement de cette visite.

Précisions sur le questionnaire

Le questionnaire a présenté plusieurs versions testées avant le début de l'étude.

L'item « Congé maternité » définit l'ensemble des congés au cours de la grossesse, incluant la durée éventuelle d'un congé pathologique ou des congés (arrêt maladie ou non) supplémentaires. Si la durée déclarée est supérieure au terme, le congé est indiqué comme équivalent au terme dans les résultats. Lorsque la patiente est sans emploi ou étudiante, la durée du congé est définie comme « Non concerné » .

2. Dans le chapitre Résultats les expressions : « Choix du spécialiste pour la visite postnatale » et « Spécialiste désigné pour la visite postnatale » sont équivalentes

Dossier médical

Les données recueillies dans le dossier médical concernaient les informations administratives et sociales, le suivi de la grossesse, les éventuelles complications, le déroulement médical de l'accouchement, ainsi que les suites de couches immédiates dans le service. Les items recueillis sont détaillés en annexe.

Des précisions sont importantes pour l'interprétation des résultats, ainsi certaines données ont été définies ainsi :

« Profession actuelle » : La profession de la patiente est classée selon la liste des huit groupes socioprofessionnels de l'INSEE [5].

« distance par rapport à Fécamp » : Les patientes domiciliées à Fécamp sont indiquées à 0 km, quelque soit la distance par rapport à la maternité. Les autres distances sont calculées par rapport au centre de Fécamp, *via* <http://fr.mappy.com>.

Suivi de la grossesse : Le suivi est défini par le praticien qui a assuré la majorité des consultations prénatales, avant le huitième mois, indépendamment d'éventuelles consultations supplémentaires. Une grossesse non suivie est également notifiée.

Suivi et accouchement par le gynécologue obstétricien hospitalier : Certaines patientes ont eu un suivi en consultation « privée » définie par une prise en charge exclusive par un des médecins hospitaliers. On parle de suivi « privé » lorsque *toutes* les consultations sont concernées. Il en est de même pour l'accouchement, une patiente pouvant décider d'être accouchée (ou bénéficier d'une césarienne) par un obstétricien désigné, que le déroulement de l'accouchement soit simple ou compliqué. On parle dans ce travail d'accouchement « privé ».

Pathologie obstétricale prepartum : de façon générale *toute grossesse ayant entraîné une hospitalisation* a été considérée comme « pathologique ». On a inclus également les pathologies précisées dans le tableau 1.1, qu'elles aient entraîné ou non une hospitalisation.

Le terme prolongé n'a pas été défini comme (grossesse) pathologique.

TABLE 1.1 – Critères de pathologie obstétricale pour l'étude (non exhaustif)

Diabète gestationnel
Menace d'accouchement prématuré
Fièvre maternelle avant le travail (associée à bilan hospitalier)
Séroconversion
Métrorragie
Syndrome dépressif majeur associé à la grossesse
Déni de grossesse
Utérus cicatriciel
Hypertension gravidique
Malposition foetale
Mort foetale in utero
Toute pathologie entraînant une hospitalisation

Désir de grossesse : une grossesse étiquetée dans le dossier médical « grossesse sous pilule » a été considérée comme non désirée, tout comme le déni de grossesse ou toute précision de grossesse non désirée.

Déclenchement : le déclenchement est quasi systématiquement fait pour une raison médicale, il peut parfois précéder une césarienne. Une césarienne programmée n'a pas été considérée comme un déclenchement (« non concerné » dans les résultats) lors du recueil des données.

Accouchement en urgence : un accouchement normal par voie basse ou une césarienne programmée n'ont pas été considérés comme des accouchements « en urgence ». Un déclenchement a été considéré comme un accouchement en urgence.

Accouchement compliqué : ont été définis comme compliqués les accouchements par voie basse où une intervention de l'obstétricien était nécessaire (y compris si l'accouchement était « privé »), ainsi que les césariennes non programmées (= en urgence), même si la césarienne en elle-même se déroulait sans complication. Ainsi un accouchement sur une grossesse compliquée (y compris une mort foetale *in utero*) a pu être défini comme simple.

Réanimation du nouveau-né : ce terme inclut une intervention du pédiatre à la nais-

sance dans le cadre d'une détresse médicale, associée à un score d'APGAR bas (< 7) dès une minute de vie. Il inclut également un transfert en néonatalogie, voire réanimation néonatale.

Suites de couches maternelles : Les suites de couches pathologiques ont été décrites comme toute complication survenant à partir d'une heure après la délivrance jusqu'à la sortie du service (principalement prééclampsie postnatale, hémorragie de la délivrance, fièvre maternelle, nécessité de transfusion, réanimation, trouble psychiatrique, évènements trombo-emboliques). Le suivi d'un diabète gestationnel ne concerne pas des suites de couches pathologiques.

Mode d'allaitement : le mode d'allaitement et son complément sont ceux définis à la sortie du service.

Sortie contre avis médical : correspond à toute sortie considérée comme précoce sur le plan médical (dans le service, la durée habituelle du séjour est au minimum de 4 jours pour un accouchement par voie basse et au minimum de 6 jours pour une césarienne).

1.4 Outils statistiques

Les données recueillies sont consignées dans un fichier Excel (Office pour Mac 2011), avec une fiche anonyme (numérotée) par patiente. La description et l'analyse des données a été faite via le programme XLStat 2011. Le test du χ^2 a été utilisé pour la comparaison de données qualitatives complété par le test exact de Fisher (pour déterminer la significativité par case d'un tableau de contingence, en particulier lorsque les effectifs théoriques lors du test sont inférieurs à 5). Son caractère significatif (par rapport au seuil $\alpha = 0,05$) sera toujours indiqué.

On rappelle que le test exact de Fisher est un test complémentaire du test du χ^2 (en tant que test d'indépendance), idéal pour les petits effectifs³. Grâce à ce test, le programme XLStat précise pour chaque case d'un tableau de contingence si l'effectif

3. Il permet de rechercher un lien statistique entre les lignes et les colonnes du tableau de contingence pour chaque case de celui-ci, en particulier lorsque les effectifs théoriques d'un test du χ^2 sont inférieurs à 5.

observé dans la case est de façon significative supérieur, égal ou inférieur à l'effectif théorique.

Le test de Mann-Whitney a été utilisé pour comparer 2 échantillons de données quantitatives. Le risque α est de 5% sur cette étude.

La méthode d'analyse des concordances multiples (ACM) a été utilisée pour conforter des résultats en étudiant simultanément plus de deux variables qualitatives (ou quantitatives discrétisées). Le détail des résultats n'est pas précisé et peut être fourni sur demande.

Pour faciliter le traitement statistique, certains items du questionnaire ont été codés de façon binaire⁴, ceci afin de faciliter les comparaisons des taux de réponses et la composition des tableaux de contingence pour le calcul.

1.5 Représentation des résultats

Les tableaux de contingence ont parfois été représentés sous formes d'histogrammes colorés, où le code couleur décrivant le spécialiste désigné est toujours le même.

Les résultats significatifs du test exact de Fisher décrit dans les outils statistiques ont souvent été précisés au sein de ces histogrammes. Ainsi ces résultats seront indiqués à cotés des effectifs du tableau de contingence soit à l'aide d'un signe « + » (valeur significative supérieure à l'effectif théorique) ou « - » (valeur significative inférieure à l'effectif théorique).

Dans un tableau de contingence les résultats significatifs selon le test exact de Fisher seront éventuellement surlignés (et précisés dans le chapitre Résultats).

Les tableaux synthétisant les résultats ne reprennent pas toujours le codage (item X : oui et item X : non) cité dans les outils statistiques, par souci de clarté.

4. en particulier case non cochée \rightarrow "non" ou 0 ; case cochée \rightarrow "oui" ou 1.

Chapitre 2

Résultats

2.1 Population et recueil

Le questionnaire a été testé du 27/12/2010 au 11/01/2011. Les données ont été recueillies du 11/01/2011 au 24/03/2011.

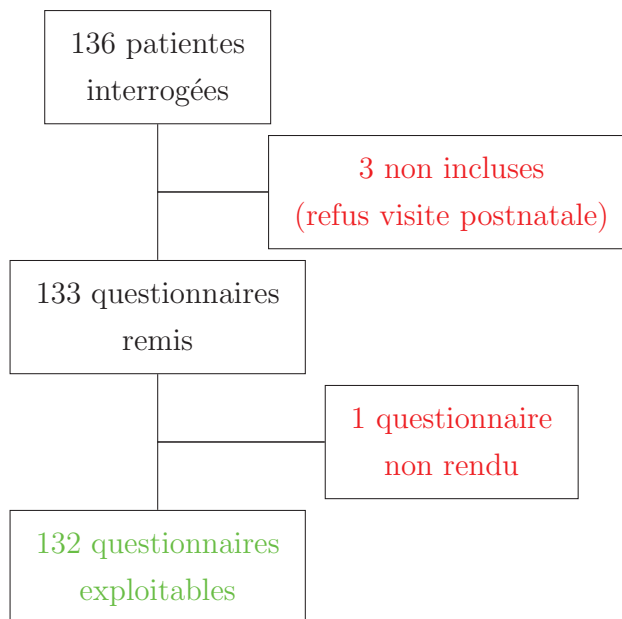


TABLE 2.1 – Effectifs de l'étude

	Moyenne	Médiane	minimum	Maximum
Âge	28,2	27	18	41
Distance	14,0	12	0	106

TABLE 2.2 – Âge moyen (années) et distance entre le domicile des patientes de l'échantillon et Fécamp(Km)

	Médiane	Minimum	Maximum
Gestité (n)	2	1	7
Parité (n)	2	1	6
Terme (semaines aménorrhée)	39	23	42

TABLE 2.3 – Gestité, parité et terme sur l'échantillon

Type de grossesse	N	%
Grossesse pathologique	58	43,9
Procréation médicalement assistée	3	2,3
Grossesse multiple	2	1,5

TABLE 2.4 – Type de grossesse sur l'échantillon

Sur la période de l'étude 136 accouchements (incluant morts foetales *in utero*, et en comptant un accouchement pour des jumeaux) ont eu lieu. D'après ce chiffre, la totalité des patientes ayant accouché sur la période de l'étude ont été interrogées. Cependant les premières patientes ayant fait le questionnaires ont accouché avant le recueil des données et certaines patientes ont accouché avant la fin de l'étude sans avoir été interrogées.

Tous les accouchements ont été effectués au sein de l'hôpital de Fécamp. Parmi les accouchements on a répertorié dans l'étude deux décès néonataux, une mort foetale *in utero*, un accouchement sous X. Aucune césarienne n'a été pratiquée sous anesthésie générale au cours de l'étude.

	Effectif	%
Voie		
<i>Voie basse</i>	97	73,5
<i>Césarienne</i>	35	26,5
Anesthésie		
<i>Péridurale ou rachi-anesthésie</i>	111	84,1*
<i>Sans ou locale</i>	18	13,6
<i>Générale</i>	3	2,3
Déclenchement		
<i>Non</i>	84	63,6
<i>Oui</i>	28	21,2
<i>Non concerné</i>	20	15,2
Suites de couches		
<i>Maternité</i>	120	90,9
<i>Unité-Kangourou</i>	12	9,1

* dont 76 (78,4% des accouchements par voie basse) sous péridurale.

FIGURE 2.1 – Voie, type d’anesthésie, déclenchement et suites de couches sur l’échantillon de l’étude

2.2 Choix pour la visite postnatale et raisons principales du choix

Ces données sont fournies par le questionnaire. Le graphique 2.2 page 24 montre les choix des patientes pour la visite postnatale dans le questionnaire. Aucune désignation n'a été faite pour une consultation en PMI proposée dans le questionnaire.

Le code couleur (spécialiste) employé est le même pour la présentation de l'ensemble des résultats. Les gynécologues obstétriciens hospitaliers de la maternité de Fécamp sont trois hommes lors de l'étude.

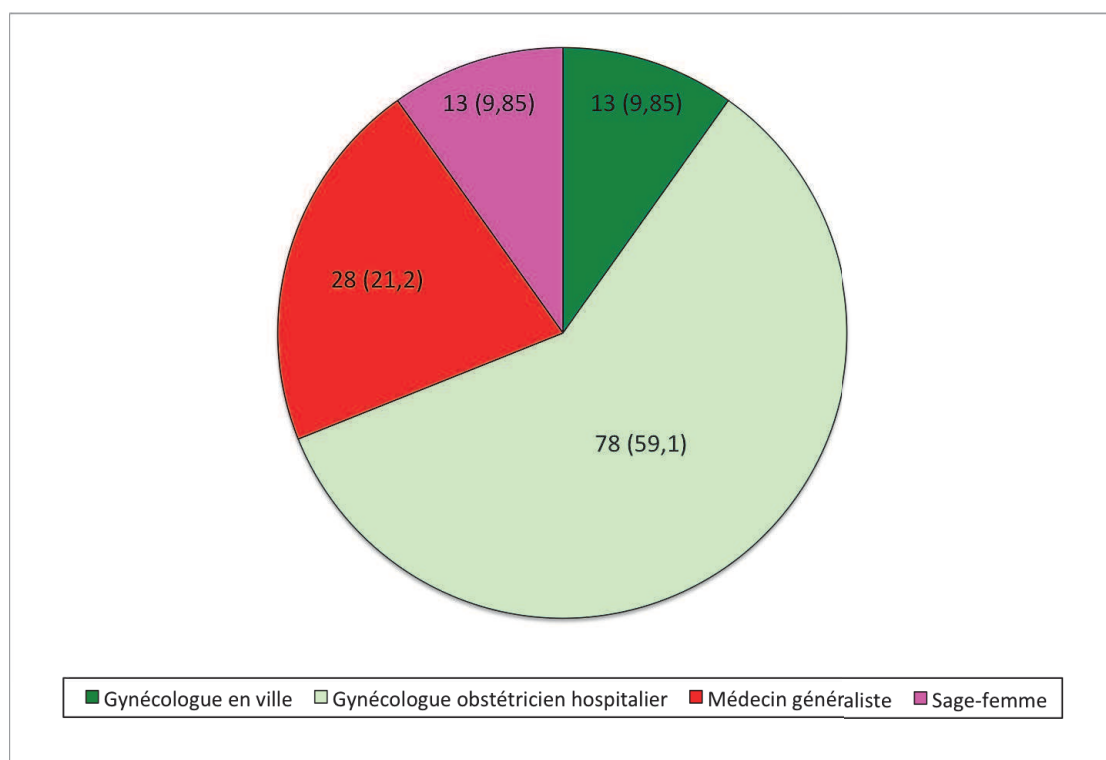


FIGURE 2.2 – Choix du spécialiste pour la visite post-natale sur 132 patientes (nombre ; %)

Dans le graphique 2.3 on a regroupé les réponses à la question sur la ou les raisons

principales du choix du spécialiste pour la visite post natale (plusieurs réponses étaient possibles). Aucune patiente n'a coché la case « Autre ».

Dans la figure 2.4 , on a précisé pour chaque réponse les effectifs des choix pour la visite postnatale.

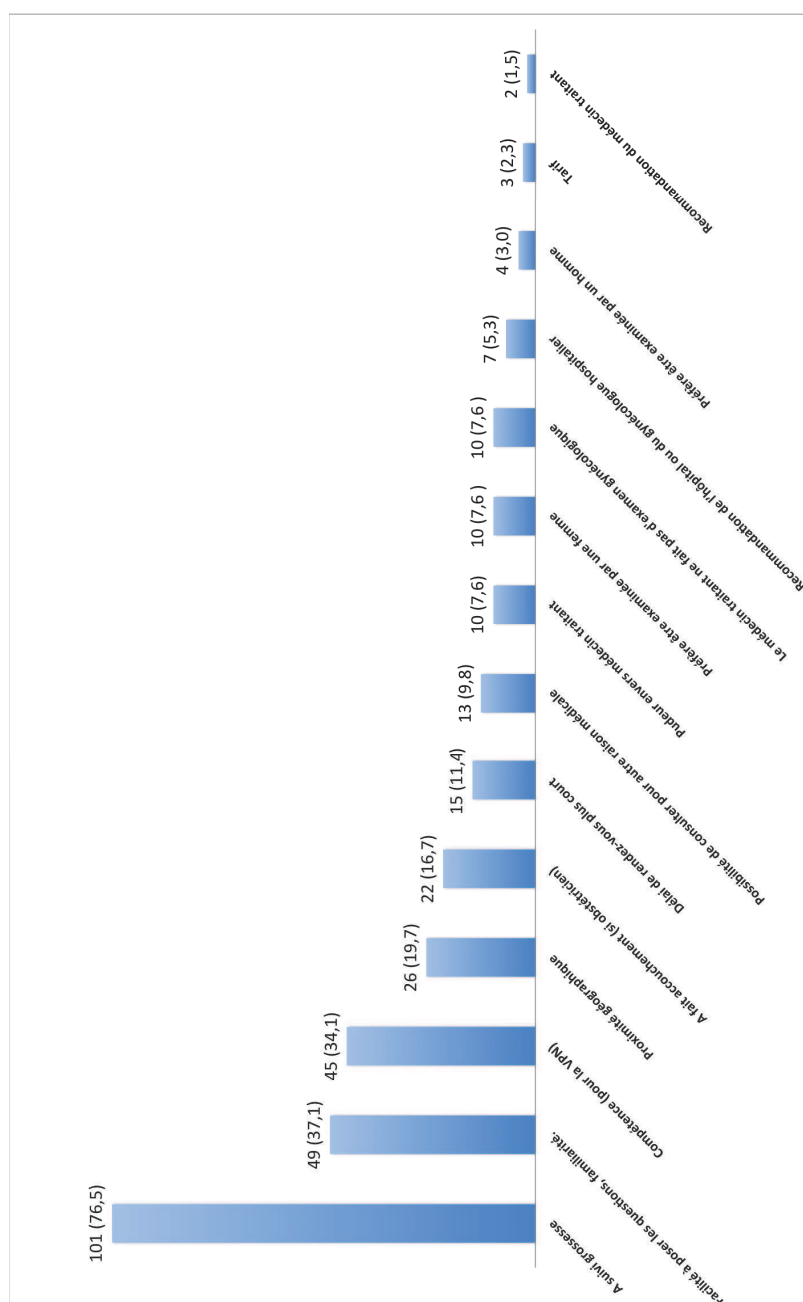


FIGURE 2.3 – Raisons du choix du spécialiste pour la visite postnatale sur 132 patientes ; n (%)

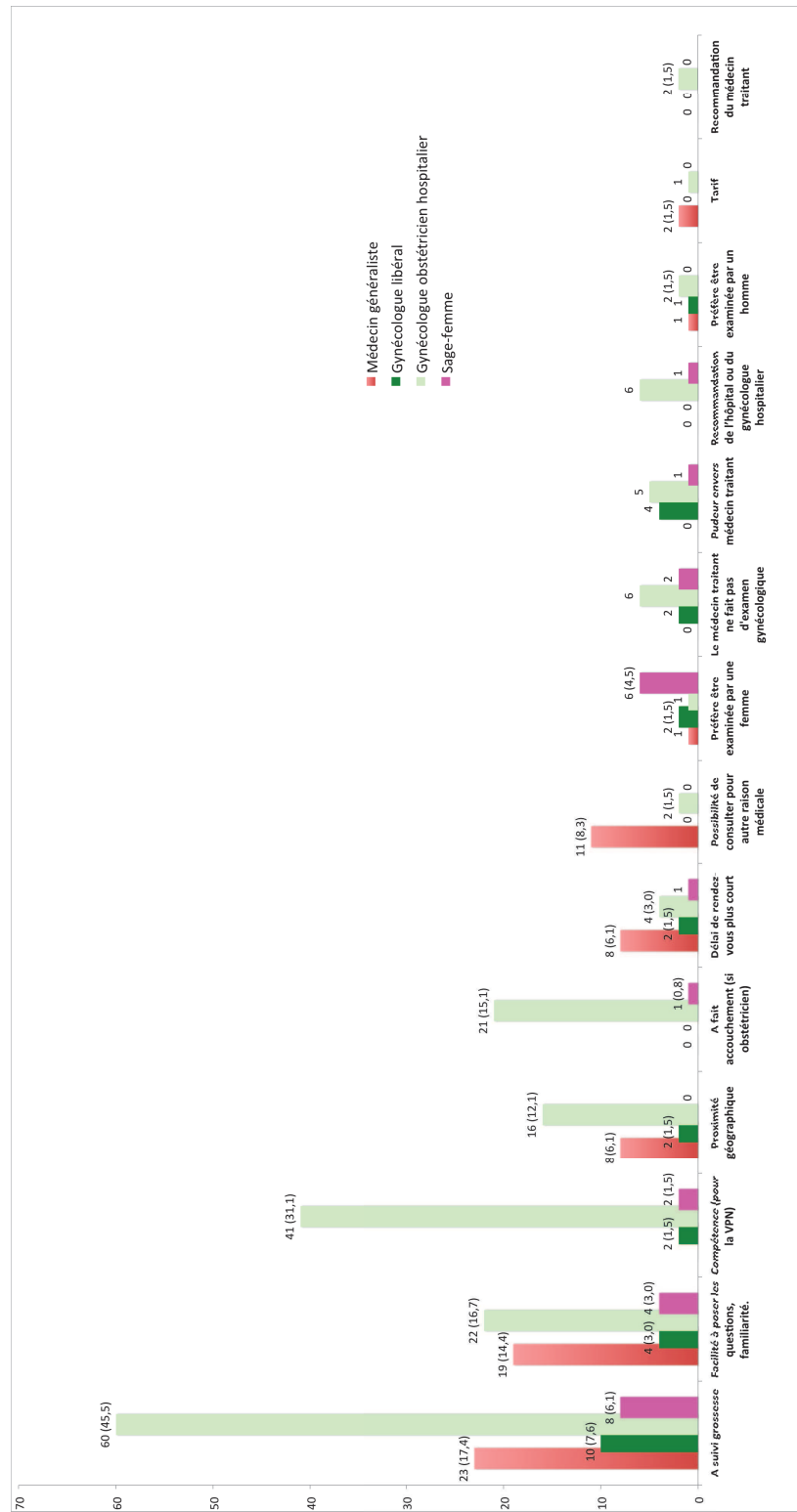


FIGURE 2.4 – Spécialiste désigné pour la VPN en fonction des raisons du choix, sur 132 patientes ; n (%)

Le tableau 2.2, regroupe les tableaux de contingence entre les raisons du choix pour la visite postnatale et le choix du spécialiste, exprimés dans le questionnaire. Sur le plan statistique, on retrouve :

Le test du χ^2 : lorsque celui est significatif, il y a un lien statistique entre les variables de la ligne correspondante. Les effectifs théoriques étant insuffisants sur les items du questionnaire, on a testé les réponses associées au choix du médecin généraliste en comparaison avec les réponses additionnées des autres spécialités. Lorsque les effectifs théoriques étaient suffisants, p est précisé dans le tableau 2.2.

Le test exact de Fisher : les valeurs significatives via le test de Fisher confirment « l'orientation » du choix d'une spécialité, et inversement.

Les cases surlignées représentent des variables significatives pour le test exact de Fisher dans les deux « directions », c'est à dire :

Pour les cases en **vert** :

- il y a un lien statistique significatif entre le choix du spécialiste et la raison désignée par la patiente,
- *et* le non-choix du spécialiste est statistiquement (lié et) significatif lorsque la raison n'est pas désignée par la patiente

Pour les cases en **rouge** :

- il y a un lien statistique significatif entre le non-choix du spécialiste et la raison désignée par la patiente
- *et* le choix du spécialiste est statistiquement significatif lorsque la raison n'est pas désignée par la patiente

Ce raisonnement similaire est repris dans certains résultats par la suite.

Raisons du choix du spécialiste pour la VPN	Toutes spécialités confondues (N=132)	Médecin généraliste (N=28)	Gynécologue obstétricien hospitalier (N=78)	Gynécologue libéral (N=13)	Sage-femme (N=13)	p (χ^2)
A suivi grossesse	101	23	60	10	8	0,43
Facilité à poser les questions, familiarité	49	19	22	4	4	<0,05
Compétence (pour la VPN)	45	0	41	2	2	<0,05
Proximité géographique	26	8	16	2	0	
A fait accouchement	22	0	21	0	1	
Délai de rendez-vous plus court	15	8	4	2	1	
Possibilité de consulter pour autre raison médicale	13	11	2	0	0	
Préfère être examinée par une femme	10	1	1	2	6	
Le médecin traitant ne fait pas d'examen gynécologique	10	0 ^a	6	2	2	
Pudeur envers médecin traitant	10	0	5	4	1	
Recommandation de l'hôpital ou du gynécologue hospitalier	7	0	6	0	1	
Préfère être examinée par un homme	4	1	2	1	0	
Tarif	3	2	1	0	0	
Recommandation du médecin traitant	2	0	2	0	0	

TABLE 2.5 – Synthèse des tableaux de contingences sur les raisons du choix et le choix du spécialiste pour la visite postnatale (nombre de cases cochées)

^a. L'orientation vers le médecin traitant est significativement moindre lorsque cette raison est exprimée, l'opposé n'étant pas significatif.

2.3 La grossesse, l'accouchement et choix pour la visite postnatale

Ce chapitre met en avant les relations statistiques qui ont été retrouvées entre le choix pour la visite postnatale des patientes et le vécu de la grossesse et de l'accouchement. On a donc regroupé des éléments du dossier médical et du questionnaire.

Spécialiste ayant suivi la grossesse avant le huitième mois

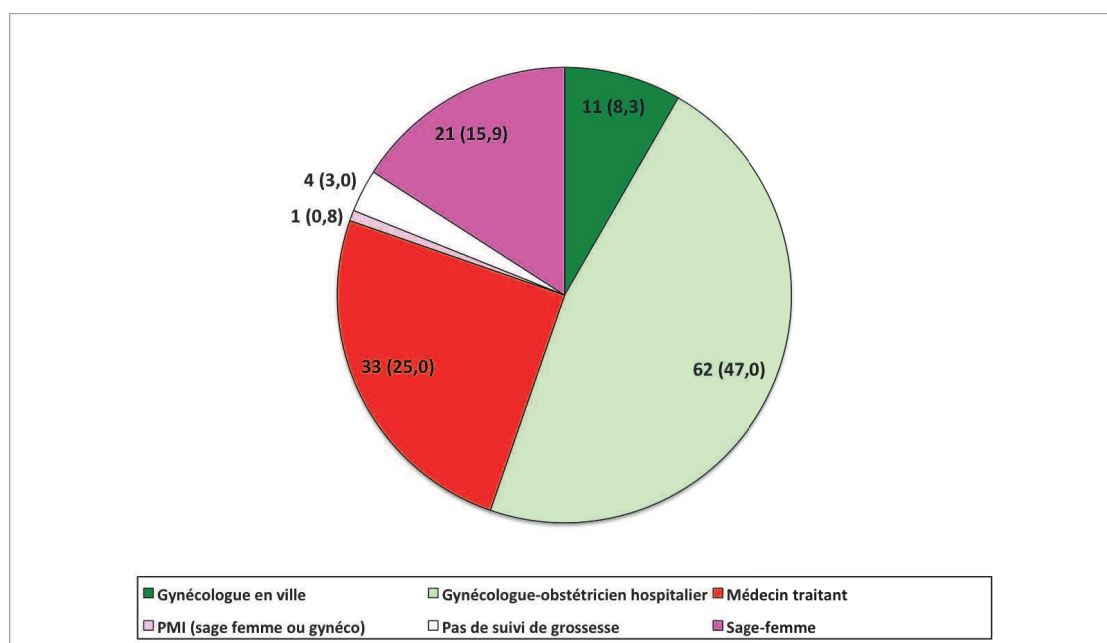


FIGURE 2.5 – Spécialiste suivi lors de la grossesse avant le huitième mois : N (%)

Le diagramme 2.5 montre la répartition des spécialistes ayant majoritairement suivi la grossesse d'après le dossier médical.

Nous avons établi le tableau de contingence (2.6) entre le spécialiste pour le suivi de la grossesse et le spécialiste désigné pour la visite postnatale. On a retrouvé le même spécialiste chez 86 patientes soit 65,2% des patientes interrogées.

On note que sur les 101 patientes ayant répondu « A suivi ma grossesse », vingt-trois patientes ont désigné un spécialiste ne correspondant pas au spécialiste ayant suivi la grossesse sur le dossier médical. Ainsi 77,2% des spécialistes désignés par les patientes correspondaient (au spécialiste ayant suivi la grossesse, tel que défini dans la méthode).

TABLE 2.6 – Tableau de contingence : spécialiste ayant suivi la grossesse et choix du spécialiste pour la VPN (N)

Spécialiste ayant suivi la grossesse	Spécialiste désigné pour la VPN			
	GL	GOH	MG	SF
Gynécologue libéral (GL)	9*	2	0*	0*
Gynécologue-obstétricien hospitalier	1	54	5	2
Médecin traitant	1*	11	17	4*
Sage-femme (SF)	2*	9	4*	6*
Pas de suivi de grossesse	0*	1*	2*	1*
PMI (sage femme ou gynéco)	0*	1*	0*	0*

Le test du χ^2 effectué sur ce tableau est significatif ($p < 0,0001$) mais avec de nombreux effectifs théoriques inférieurs à 5 (astérisques), ainsi le test exact de Fisher a été effectué : les données sont significatives pour les cases surlignées (en vert, il y a un lien statistique significatif entre le suivi de la grossesse et le spécialiste désigné pour la VPN) .

Vécu de la grossesse et de l'accouchement

Les graphiques suivants décrivent le vécu de la grossesse (2.6), et de l'accouchement (2.7) par les patientes (données du questionnaire). Les 132 patientes ont répondu.

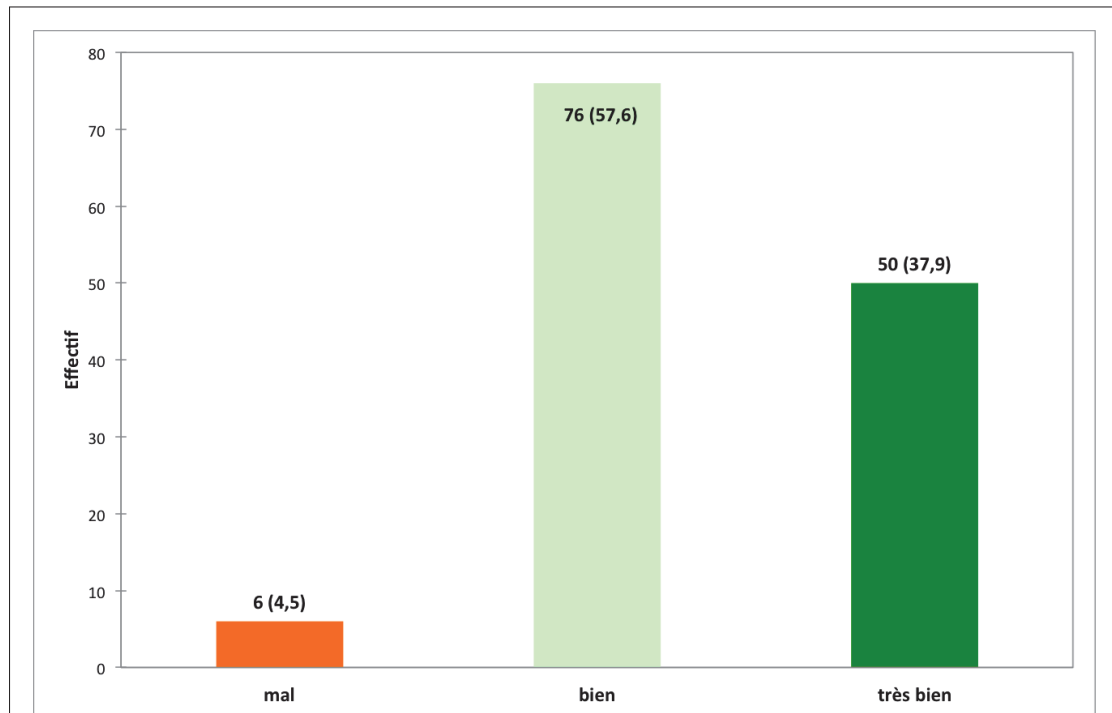


FIGURE 2.6 – Vécu de la grossesse par les patientes (N ; %)

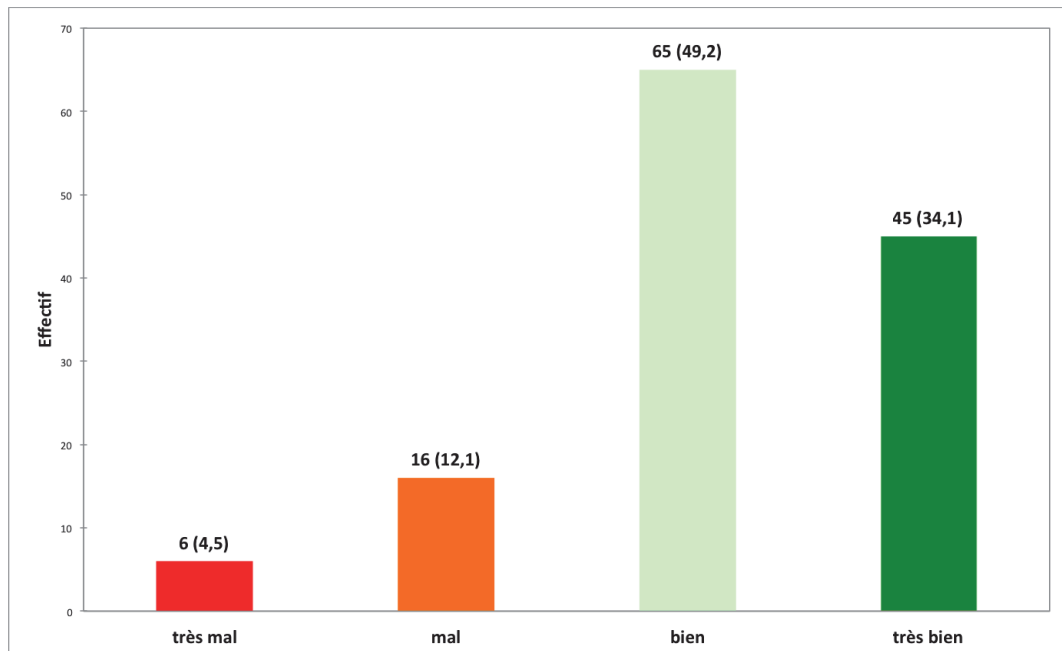


FIGURE 2.7 – Vécu de l'accouchement par les patientes (N ; %)

Vécu de la grossesse et choix du spécialiste pour la VPN

Le graphique 2.8 montre le spécialiste désigné par la patiente en fonction du vécu de la grossesse.

Le test du χ^2 sur cette contingence est non significatif ($p=0,964$) sous réserve des effectifs théoriques inférieurs à 5¹. Le vécu de la grossesse désigné comme « mal » a été significativement associé à une désignation moindre de la sage-femme pour la visite postnatale (test exact de Fisher²).

En regroupant les vécus de grossesse [« très mal » et] « mal » , d'un côté et « bien/très bien » de l'autre, on a retrouvé des résultats similaires : test du χ^2 non significatif ($p=0,792$), et le même lien statistique pour le test exact de Fisher.

Vécu de l'accouchement et choix du spécialiste pour la VPN

Le graphique 2.9 résume le du spécialiste pour la visite postnatale en fonction du vécu de l'accouchement.

Le test du χ^2 ne retrouve pas de lien statistique entre ces deux variables ($p=0,486$), sous réserve des effectifs théoriques inférieurs à cinq³. Un accouchement désigné comme « Très mal » vécu montre significativement par le test exact de Fisher une moindre orientation vers les spécialités autres que le GOH (en l'occurrence aucun choix). Pas de lien significatif cependant pour le choix du gynécologue obstétricien hospitalier avec ce vécu.

En regroupant les vécus d'accouchement « très mal » et « mal » , d'un côté et « bien/très bien » de l'autre, on a pour résultats :

- test du χ^2 non significatif ($p=0,095$),
- pour le test exact de Fisher une association significative entre la désignation du gynécologue obstétricien hospitalier et un [très mauvais ou] mauvais vécu d'accouchement et à l'inverse une désignation significativement moindre du GOH pour la VPN en cas d'accouchement [très bien ou] bien vécu. Le choix pour

1. variables des valeurs désignées par une astérisque sur le graphique 2.8.
 2. pas d'autre résultat significatif sur ces données avec le test.
 3. variables des valeurs désignées par une astérisque sur le graphique 2.9

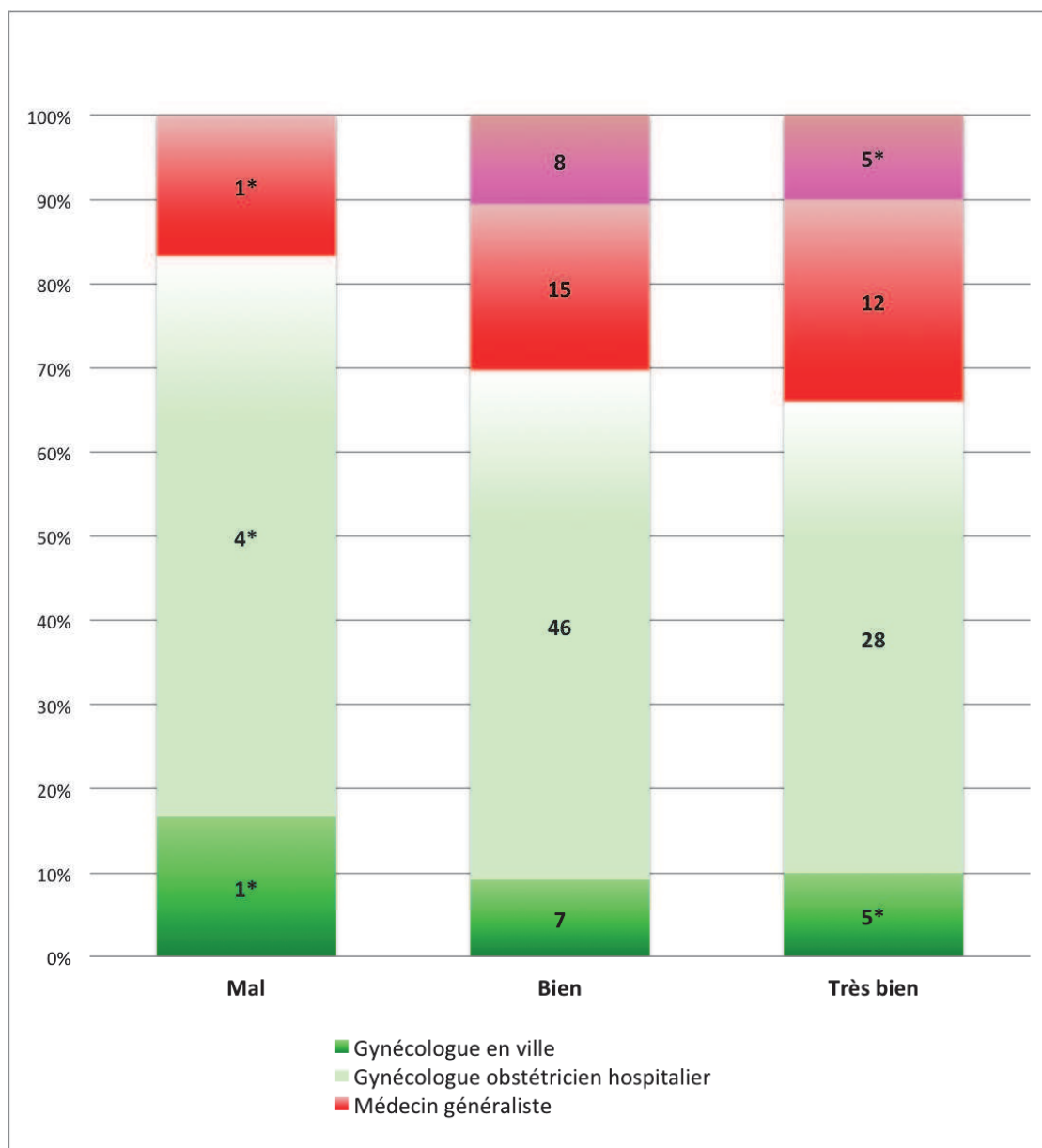


FIGURE 2.8 – Choix pour la visite postnatale en fonction du vécu de la grossesse (N)

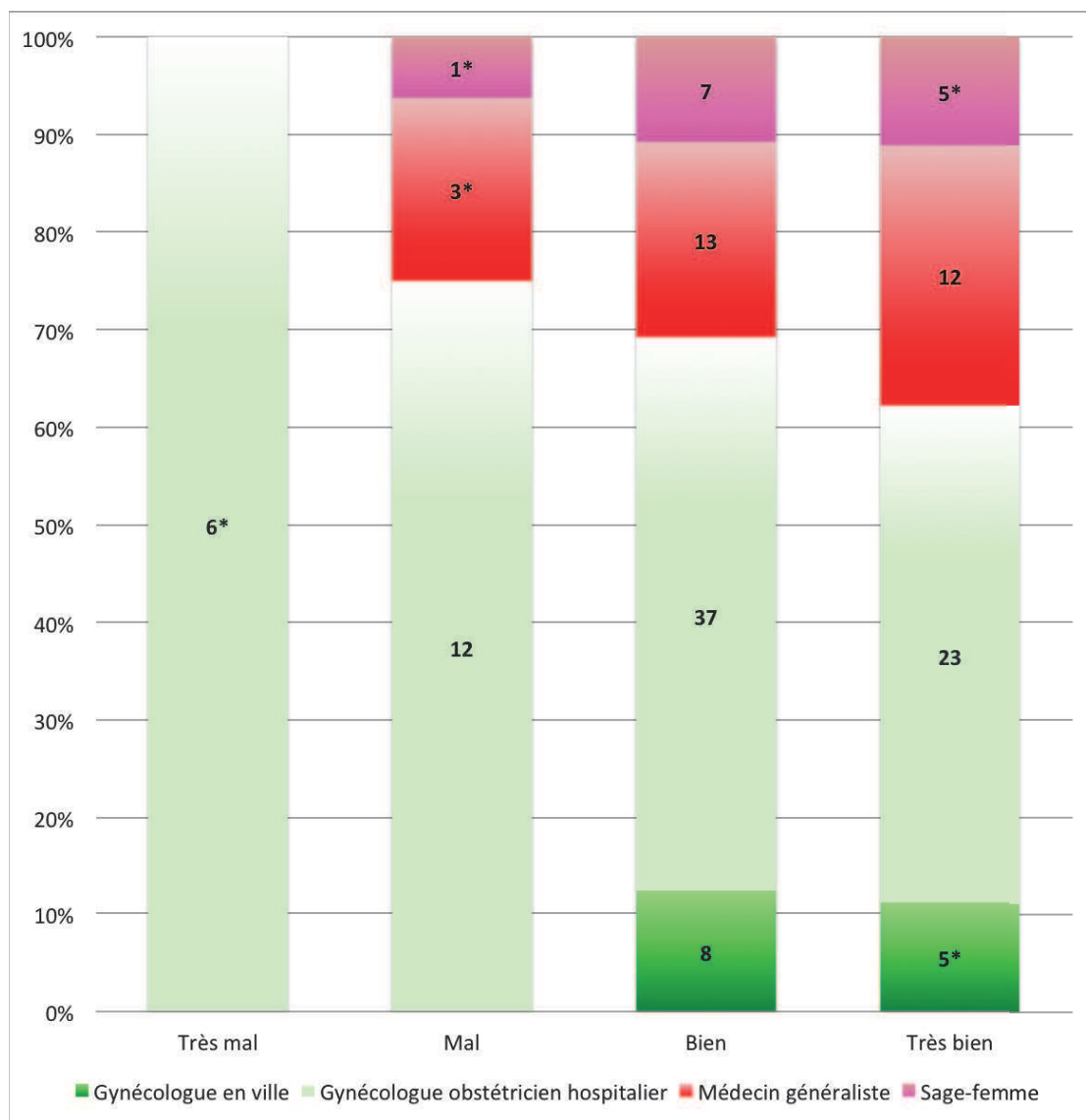


FIGURE 2.9 – Choix pour la visite postnatale en fonction du vécu de l'accouchement (N)

le gynécologue libéral est significativement moindre lorsque l'accouchement est [très mal ou] mal vécu.

Durée du congé maternité

Quatre-vingt-douze patientes (69,7%) ont déclaré un congé maternité daté, avec une médiane de 12 semaines; au minimum aucun congé déclaré (3 patientes) et au maximum 38 semaines (1 patiente). Deux patientes ont eu un congé de durée au moins équivalente au terme (dont une primigeste gémellaire). Trente-huit patientes (28,8%) ont été étiquetées « Non concerné » (principalement sans activité professionnelle). Deux patientes (1,5%) ont déclaré une durée inconnue.

Le test du χ^2 n'était pas exploitable pour ces données. Le test exact de Fisher a retrouvé pour les durées « non concerné » une diminution significative du choix du gynécologue hospitalier et un choix significativement plus important vers la sage-femme pour la visite postnatale dans ce groupe.

Gestité, parité, type de grossesse

Gestité, parité

Pour l'analyse des données, les patientes ont été regroupées en :

primipares : 55 patientes (41,7%)

multipares : 77 patientes (58,3%)

Le test du χ^2 sur tableau de contingence entre la parité⁴ et le choix du spécialiste pour la VPN était non significatif ($p=0,39$).

Type de grossesse

Pour les trois accouchements après procréation médicalement assistée, les patientes ont désigné pour la visite postnatale une fois la sage-femme et deux fois le gynécologue obstétricien hospitalier.

4. primipare *vs* multipare

Pour les deux grossesses gémellaires, le spécialiste désigné a été le gynécologue obstétricien hospitalier, dont un sur recommandation de l'hôpital ou du gynécologue hospitalier (résultat tiré du questionnaire). D'après le test exact de Fisher, le choix pour la visite post natale était significativement moindre vers les autres spécialités lors d'une grossesse gémellaire. A l'opposé, il n'était pas significatif pour le choix du GOH.

Complication de la grossesse et choix pour la visite postnatale

Les principales complications retrouvées lors des grossesses décrites par la méthode ont été (effectifs précis non disponibles) :

- Utérus cicatriciel
- Hypertension artérielle gravidique
- Métrorragie

Les graphiques 2.12 page 38 décrivent les spécialistes désignés par les patientes en fonction du caractère simple ou compliqué de la grossesse. Le test du χ^2 n'a pas retrouvé de lien entre le caractère simple ou non de la grossesse et le choix du spécialiste pour la visite postnatale ($p=0,26$).

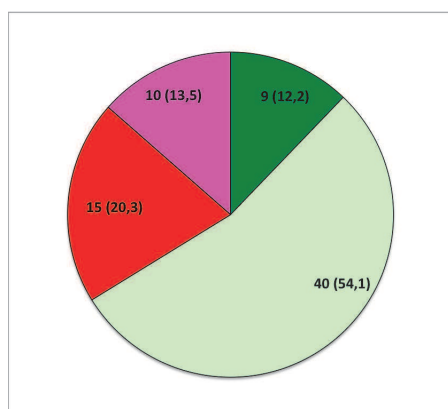


FIGURE 2.10 – Grossesses simples (74 patientes)

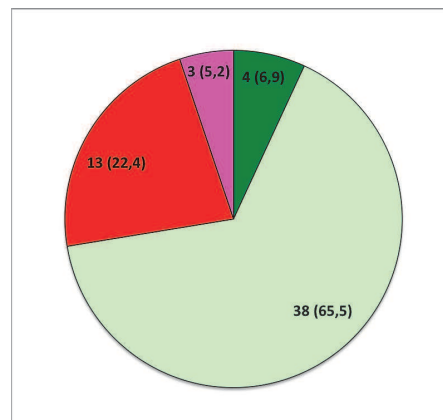


FIGURE 2.11 – Grossesses pathologiques (58 patientes)

FIGURE 2.12 – Choix du spécialiste pour la VPN en fonction du type de grossesse (N ; %)

Désir de grossesse

Sur 6 patientes mentionnées en grossesse non désirée, 5 ont désigné le gynécologue-obstétricien hospitalier pour la consultation postnatale, et une le médecin généraliste. Le test exact de Fisher a montré une orientation significativement moindre vers la sage-femme ou le gynécologue libéral dans cette situation, sans autre élément statistiquement significatif.

Accouchement et choix pour la visite postnatale

Terme, voie, anesthésie, déclenchement de l'accouchement

Les tableaux 2.3 page 22 et 2.1 page 23 décrivent ces données.

Sept accouchements (5,3%) ont eu lieu avant 37 semaines d'aménorrhée lors de l'étude dont une grossesse gémellaire et un décès néonatal. Il n'a pas été retrouvé de

Voie accouchement	GOH	Gynécologue libéral	Médecin généraliste	Sage-femme
Voie basse	54	11	22	10
Césarienne	24	2	6	3

TABLE 2.7 – Tableau de contingence : choix du spécialiste pour la VPN selon la voie d'accouchement (N ; %)

lien statistique entre le terme et le spécialiste désigné pour la visite postnatale (test exact de Fisher).

Il n'a pas été noté de lien statistique entre la voie et le choix pour la visite postnatale ($p=0,57$ au test du χ^2), dans le tableau de contingence 2.7.

Les accouchements sous anesthésie locale ou sans anesthésie sont significativement associés à une désignation moindre du gynécologue obstétricien hospitalier selon le test exact de Fisher. Trois patientes dans cette catégorie ont (selon le questionnaire) « mal » vécu leur accouchement, en ayant désigné le GOH pour la VPN (2 patientes) et la sage-femme (une patiente). Les trois accouchements sous anesthésie générale sont tous associés à une désignation du GOH pour la visite postnatale, sans caractère significatif.

Il n'est pas retrouvé de lien statistique entre le déclenchement ou non de l'accouchement et le choix du spécialiste pour la VPN (test exact de Fisher).

Opérateur et complication de l'accouchement

Le tableau 2.8 regroupe les opérateurs en fonction des divers modes d'accouchement et le caractère privé ou non de ce dernier. Il décrit également le caractère simple ou compliqué de l'accouchement.

Dans le graphique 2.13 on retrouve le spécialiste désigné lorsque l'accouchement est effectué avec l'intervention du gynécologue obstétricien, quelque soit le motif de cette présence. Le test du χ^2 ne retrouve pas de lien statistique entre le choix du spécialiste pour la visite postnatale et la présence ou non de l'obstétricien au cours de l'accouchement ou la césarienne ($p=0,34$). Le caractère privé ou public de l'accouchement est évoqué dans le paragraphe correspondant page 46.

		Toutes naissances (N=132)					
Sage-femme		85 (64,4)					
GOH		46 ^a (34,9)					
		Voie Basse			Césarienne		
		Toutes (N=97)	Simple (N=89)	Complicquée (N=8)	Toutes (N=35)	Programmée (N=5)	Non programmée (N=30)
GOH	Total	11 (11,3)	4 (4,5)	7 ^b (87,5)			
	Public	6	0	6	29 (82,9)	5	24 (80,0)
	Privé	5	4	1	6 (17,1)	0	6 (20,0)
Sage-femme		85 (87,6)	85(95,5)	NC			

TABLE 2.8 – Opérateur en fonction de l'accouchement : N (%)

a. Un accouchement (considéré comme compliqué) a été effectué par les pompiers, il s'agit d'un décès néonatal, ce qui explique la variation entre le total par opérateur et le nombre d'accouchements lors de l'étude.

b. cf remarque ci-dessus.

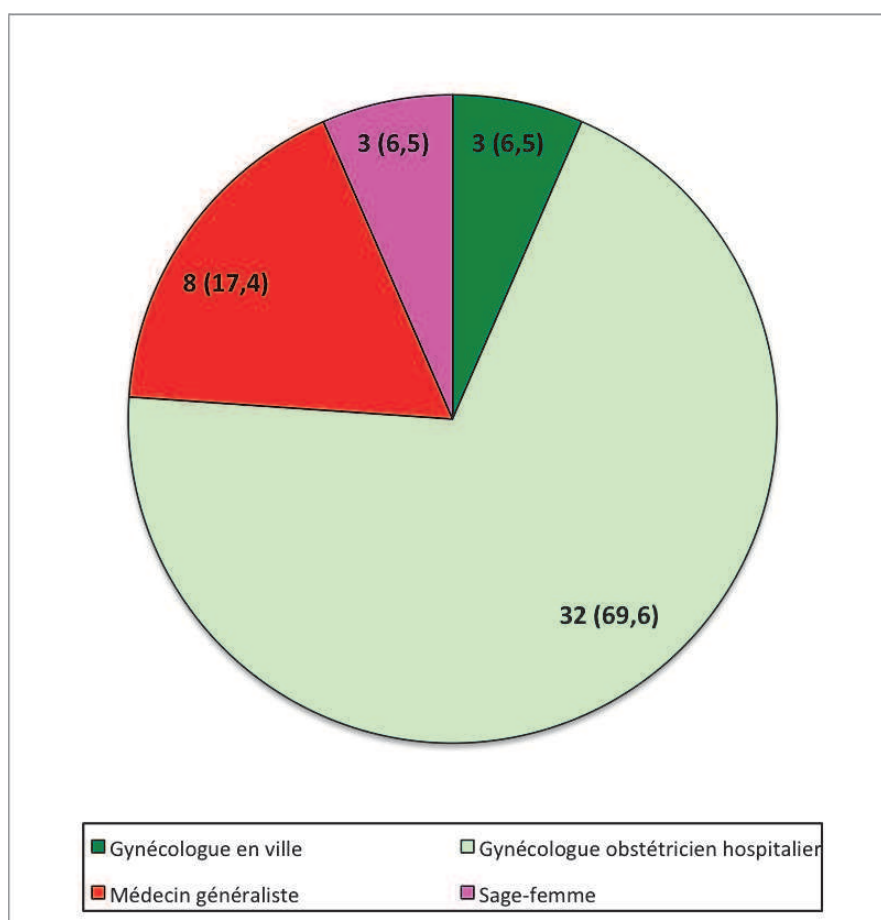


FIGURE 2.13 – Choix du spécialiste pour la visite postnatale en cas d'accouchement en présence de l'obstétricien (46 naissances), N(%)

On a retrouvé trente-huit accouchements (inclut les césariennes et le cas particulier de l'accouchement effectué en présence des pompiers) compliqués sur la durée de l'étude. Le caractère simple ou compliqué de l'accouchement n'est pas associé à un lien statistique quant au spécialiste désigné pour la visite postnatale (aucun résultat significatif au test exact de Fisher).

On remarque qu'il existe un lien significatif entre le caractère compliqué de l'accouchement et son vécu (en regroupant les accouchements « mal » et « très mal » vécus pour avoir des effectifs théoriques suffisants). Un accouchement com-

pliqué est de façon significative mal vécu d'après le test du χ^2 ($p=0,012$).

Suites de couches et choix du spécialiste pour la visite postnatale

Les lieux de séjour des patientes sont précisés dans le tableau 2.1 page 23.

Complications, réanimation

Huit patientes (6,1% des patientes de l'étude) ont eu des suites de couches compliquées, telles que définies dans le chapitre Méthode. Le graphique 2.14 décrit le spécialiste désigné par ces patientes pour la visite postnatale.

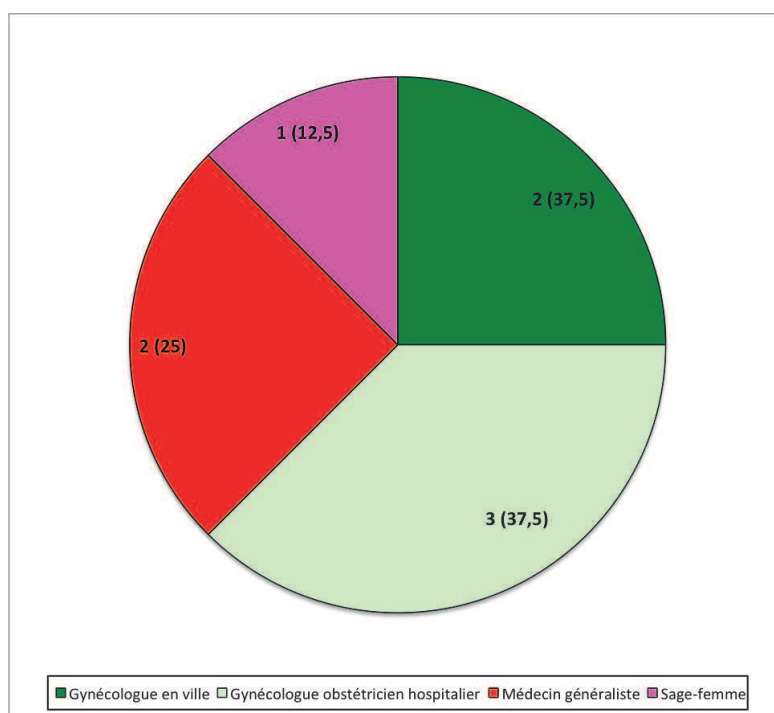


FIGURE 2.14 – choix du spécialiste pour la VPN en cas de suites de couches compliquées : 8 patientes ; N (%)

Huit nouveaux-nés (6,1% des accouchements et césariennes) ont nécessité une réanimation, on note un décès dans ce groupe. Parmi les mères de ces nouveaux-nés : sept (87,5%) ont désigné le GOH pour la visite postnatale et une (12,5%) le médecin traitant. D'après le test exact de Fisher la réanimation du nouveau-né était associée à une désignation moindre de la sage-femme et du gynécologue libéral.

Une patiente (0,8%) a nécessité un séjour en réanimation pour hémorragie de la délivrance ; cette dernière a désigné le GOH pour la visite postnatale.

Les différents tests ne retrouvent pas de lien statistique entre le caractère simple, compliqué des suites de couches et le choix pour la visite postnatale.

Durée du séjour

Contexte	N	Médiane	Moyenne	Minimum	Maximum
Ensemble de l'échantillon	132	5,0	5,1	1	22
Voie :					
<i>Voie Basse</i>	97	4,0	4,4	1	9
<i>Césarienne</i>	35	6,0	6,9	3	22
Lieu :					
<i>Maternité</i>	120	5,0	4,8	1	7
<i>Unité Kangourou</i>	12	6,5	7,9	4	22
Accouchement :					
<i>Simple</i>	94	4,0	4,7	1	22
<i>Compliqué</i>	38	6,0	6,0	3	12
Suites de couches maternelles :					
<i>Simple</i>	124	5,0	4,9	1	9
<i>compliquées</i>	8	6,5	8,4	4	22

TABLE 2.9 – Durée de séjour (en jours) selon le type d'accouchement et les suites de couches

Le tableau 2.9 décrit les durées de séjour des patientes en suites de couches en fonction de la voie et du caractère compliqué de l'accouchement et des suites de couches. On note par ailleurs que 80 des 89 accouchements simples par voie basse (89,9%) ont une durée de séjour de 4 ou 5 jours

En prenant la médiane de la durée du séjour sur l'ensemble de l'échantillon (5,0 jours), on a défini deux groupes :

- Séjour de moins de 5 jours,
- Séjour de 5 jours et plus.

On a obtenu le tableau de contingence 2.10.

Durée Séjour	GOH	Gynécologue libéral	Médecin généraliste	Sage-femme
1 à 4 jours	36	5	8	6
5 jours et plus	42	8	20	7

TABLE 2.10 – Tableau de contingence : choix du spécialiste pour la VPN selon la durée du séjour sur 132 patientes

Le test du χ^2 sur ce tableau ne retrouve pas de lien statistique ($p=0,43$)⁵.

Unité kangourou

Le tableau 2.1 page 23 décrit les effectifs selon le lieu de suites de couches. Le test du χ^2 est peu interprétable au vu des effectifs théoriques ; il n'est pas mis en évidence de lien statistique entre le choix du spécialiste pour la visite postnatale et le lieu du séjour par le test exact de Fisher.

Sortie contre avis médical

Trois patientes de l'étude sont sorties contre avis médical, deux ont désigné le GOH et une a désigné le gynécologue libéral. Le test exact de Fisher a retrouvé une désignation significativement moindre de la sage-femme et du médecin généraliste en cas de sortie contre avis médical.

5. Les effectifs théoriques de ce tableau sont supérieurs à 5 dans toutes les cases.

2.4 Données démographiques et sociales

Consultations et accouchement « privés »

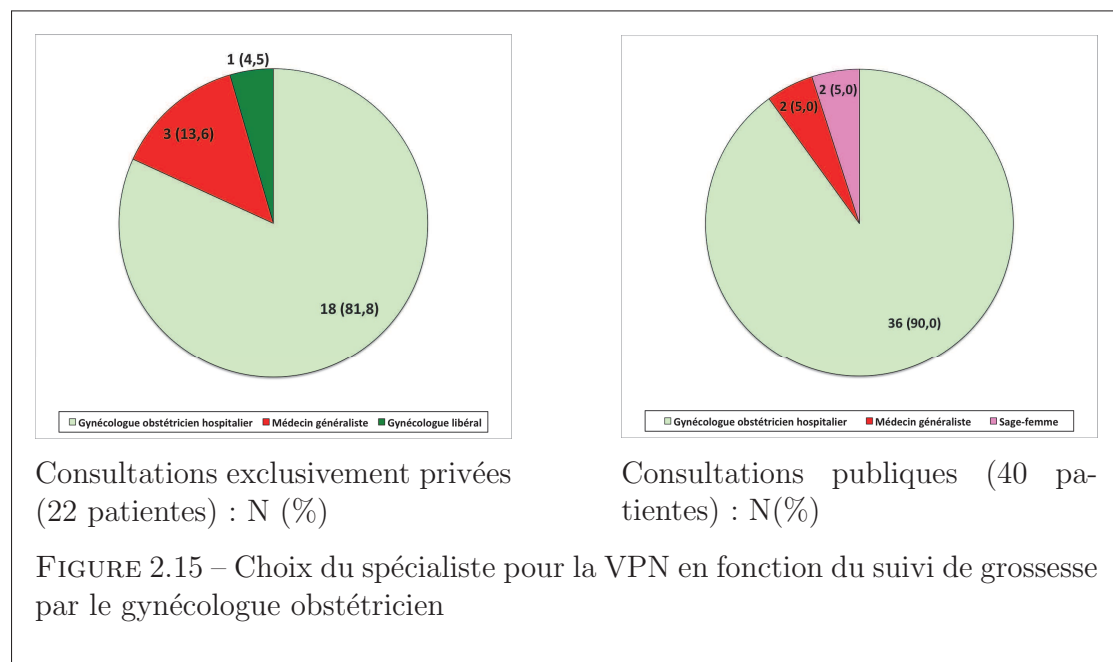
Le caractère privé ou non d'un suivi de grossesse ou d'un accouchement est défini page 17.

Consultations

Parmi les 62 patientes ayant eu un suivi de leur grossesse avant le huitième mois en majorité par un gynécologue obstétricien hospitalier :

- 22 patientes (16,7%) ont eu un suivi exclusivement privé.
- 40 patientes ont eu un suivi public (ou partiellement privé).

Le graphique 2.15 décrit le spécialiste désigné dans chaque situation.



Un tableau de contingence regroupant les données de ces deux graphiques (*ie* les consultations prénatales suivie par un GOH) a été fait, le test du χ^2 sur ce tableau

Spécialiste pour la VPN	Non privé	Privé
Gynécologue libéral	12	1
Gynécologue obstétricien hospitalier	68	10
Médecin généraliste	28	0
Sage-femme	13	0

FIGURE 2.16 – Choix du spécialiste pour la VPN en fonction du caractère privé ou non de l'accouchement sur l'ensemble de l'échantillon (N)

n'est pas interprétable. Le test exact de Fisher sur les cases de ce tableau ne retrouve pas de lien statistique sur ces choix.

Accouchement

Le tableau de contingence 2.16 regroupe le spécialiste désigné pour la VPN en fonction de l'accouchement.

Le test du χ^2 effectué sur le tableau de contingence 2.16 ne retrouve pas de lien significatif entre le caractère privé ou non de l'accouchement et le choix du spécialiste pour la VPN ($p=0,122$) sous réserve des effectifs théoriques bas pour la colonne consultation privée (hors GOH désigné pour la visite postnatale). Néanmoins le test exact de Fisher retrouve une désignation significativement plus importante du gynécologue obstétricien hospitalier lors d'un accouchement privé et un choix significativement moindre du GOH en cas d'accouchement non privé (surligné dans le tableau).

Consultations et accouchement « privés »

Une analyse des correspondances multiples entre le caractère privé ou non du suivi de grossesse, de l'accouchement et le choix pour la visite postnatale a été effectuée. Elle conforte le lien statistique entre la désignation du gynécologue obstétricien hospitalier pour la VPN lorsque le suivi de grossesse et l'accouchement sont en « privé » .

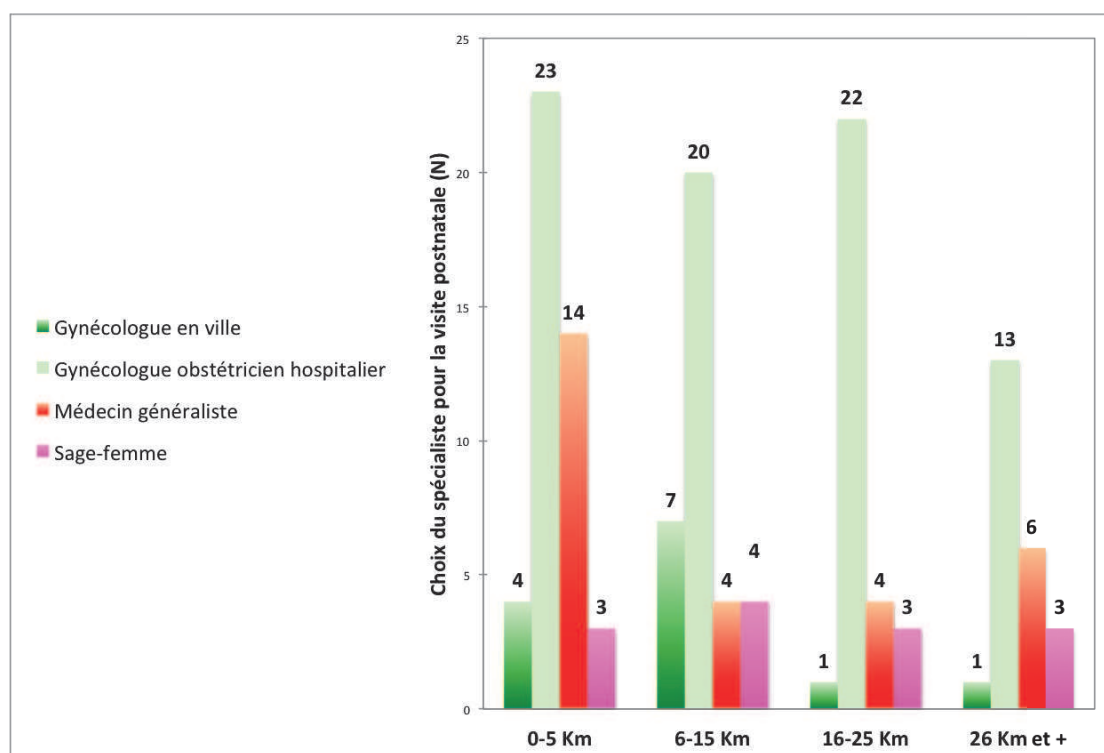


FIGURE 2.17 – Choix du spécialiste pour la visite postnatale (N) en fonction de la distance par rapport à Fécamp (Km)

Distance par rapport à la maternité

Cette donnée est décrite dans le tableau 2.2 page 22. Le graphique 2.17 résume le choix du spécialiste pour la VPN en fonction de la distance entre le domicile des patientes et Fécamp, après discrétisation de celles-ci en 4 groupes.

Il n'a pas été relevé de lien statistique entre le choix pour la visite postnatale et ces groupes de distance (test exact de Fisher, effectifs théoriques au test du χ^2 insuffisants). Lorsque la population est divisée en deux groupes de distance (respectivement 0-11 Km et plus de 12 Km, la médiane de distance), les résultats ne retrouvent pas de lien statistique ($p=0,287$ au χ^2).

Classe socioprofessionnelle

Le tableau 2.11 décrit les différentes catégories de l'échantillon.

Catégorie socioprofessionnelle	N	%
Employée (secteur public ou privé)	45	34,1
Sans activité professionnelle	39	29,5
Professions Intermédiaires	31	23,5
Cadres et professions intellectuelles supérieures	10	7,6
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	4	3,0
Ouvrière	2	1,5
Agriculteurs exploitants	1	0,8

TABLE 2.11 – Catégories socioprofessionnelles de l'échantillon (132 patientes)

Le graphique 2.18 montre le choix pour la VPN en fonction de la catégorie socio-professionnelle.

Le test du χ^2 sur ces données est peu interprétable au vu des effectifs théoriques ; à titre indicatif, $p=0,205$ sur ce test. Le test exact de Fisher a fourni les informations suivantes (les résultats cités sont significatifs) sur le choix du spécialiste pour la VPN :

- professions intermédiaires : désignation moindre du médecin généraliste et de la sage-femme. Désignation plus importante du gynécologue obstétricien
- Cadres : désignation moindre du médecin généraliste
- artisans : désignation moindre du gynécologue libéral et de la sage-femme
- ouvrière/agricultrice : non interprété devant la taille des effectifs

Age, situation maritale

L'âge et la situation maritale sont décrits respectivement dans les tableau 2.2 page 22 et 2.13.

Le tableau 2.12 regroupe les âges médian et extrêmes par spécialité désignée pour la visite postnatale.

La comparaison des différents âges moyens par spécialité retrouve : un écart significatif (test de Mann Whitney) entre l'âge moyen des patientes ayant désigné

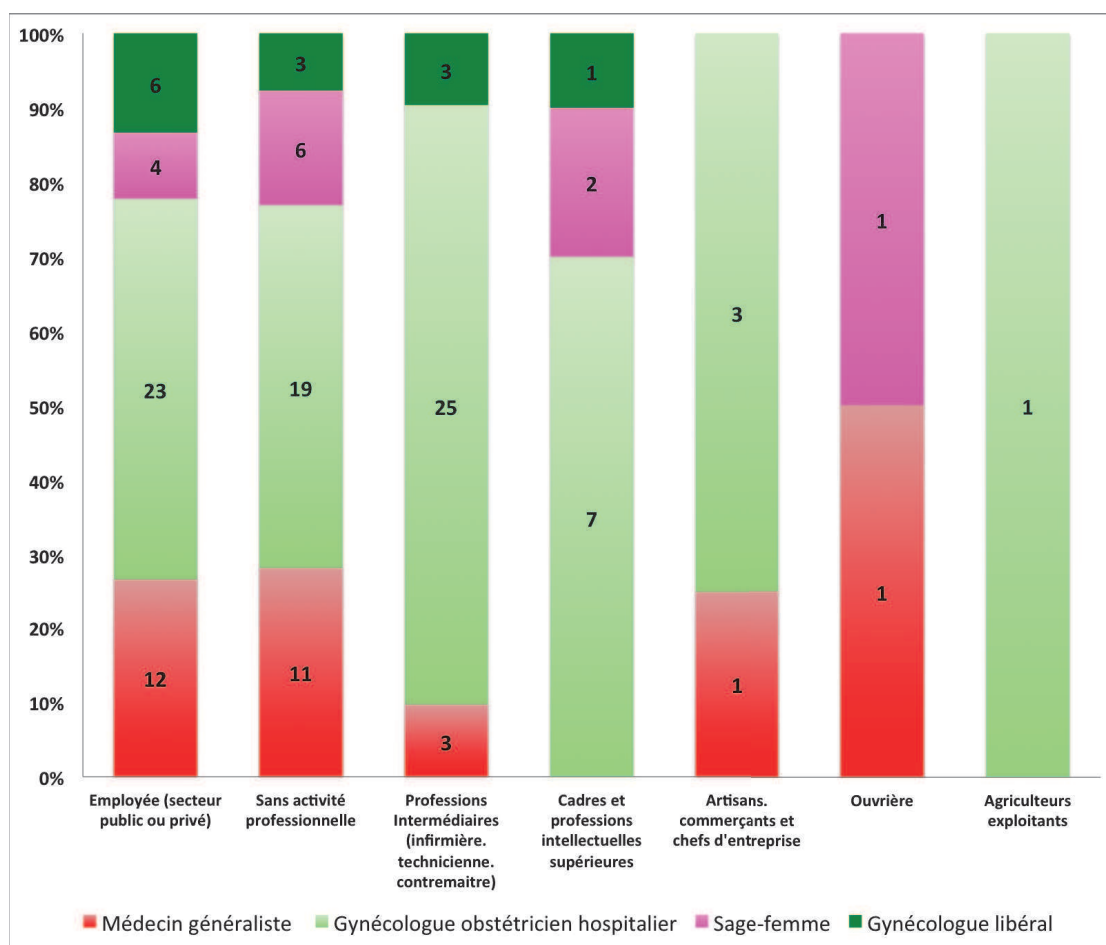


FIGURE 2.18 – Choix du spécialiste pour la VPN en fonction de la catégorie socio-professionnelle (N)

Catégorie	Médiane	Moyenne	minimum	Maximum
Ensemble de l'échantillon	27	28,2	18	41
Gynécologue obstétricien hospitalier	27,5	28,4	19	40
Gynécologue libéral	31	30,5	23	38
Médecin généraliste	26	27,0	19	40
Sage-femme	25	27,5	18	41

TABLE 2.12 – Âge (ans) des patientes de l'échantillon selon le choix pour la VPN

Situation maritale	Effectif
<i>Célibataire</i>	3 (2,3)
<i>Concubine</i>	93 (70,4)
<i>mariée</i>	34 (25,8)
<i>Séparée, divorcée</i>	2 (1,5)

TABLE 2.13 – Situation maritale des patientes de l'échantillon; N (%)

le gynécologue libéral et le médecin généraliste ($p=0,028$). Il n'a pas été retrouvé d'autre écart significatif entre les divers groupes de patientes, en particulier l'âge moyen des patientes ayant désigné le gynécologue libéral n'est pas significativement supérieur à l'âge moyen de l'ensemble de l'échantillon ($p=0,080$).

Le graphique 2.19 décrit le choix du spécialiste pour la visite postnatale en fonction de la situation maritale. Les valeurs suivies d'une astérisque sont celles significatives pour le test exact de Fisher. Le test du χ^2 est significatif ($p=0,008$) sous réserve des effectifs théoriques bas (<5), sauf dans la catégorie « concubine » .

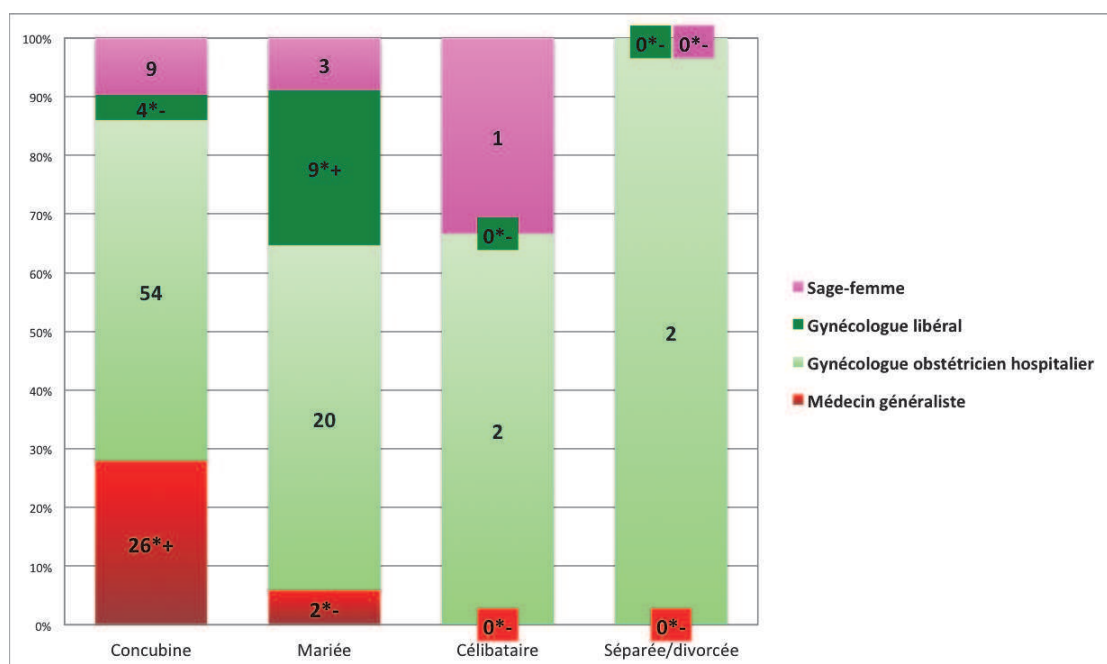


FIGURE 2.19 – Choix du spécialiste pour la VPN selon la situation maritale : N

2.5 Eléments du suivi habituel et choix pour la visite postnatale

Suivi gynécologique habituel

Le graphique 2.20 expose le suivi gynécologique habituel des patientes de l'échantillon.

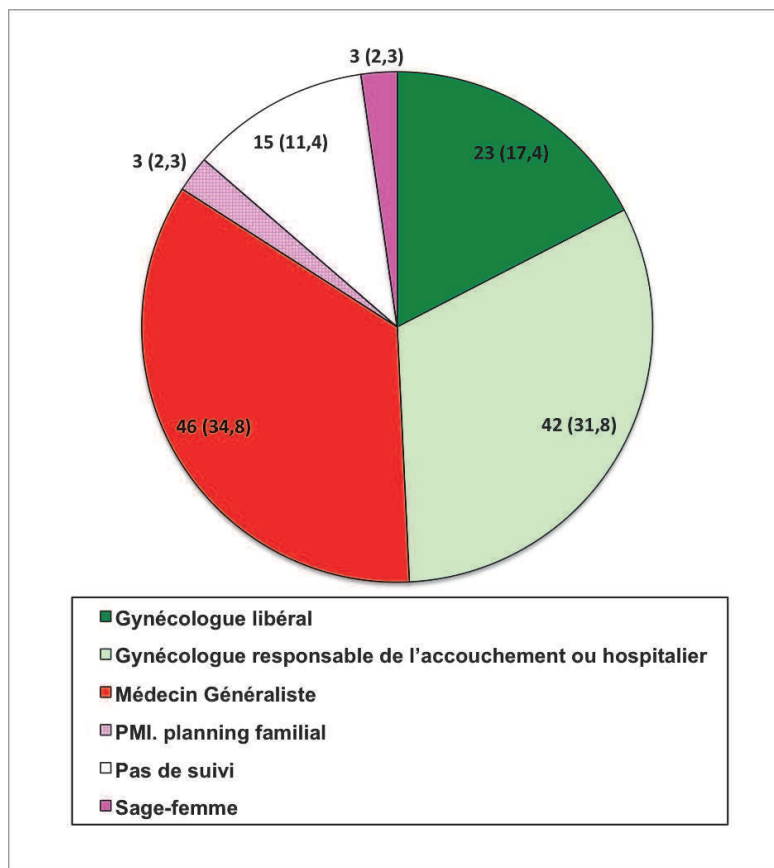


FIGURE 2.20 – Suivi gynécologique habituel sur 132 patientes : N(%)

Le graphique 2.21 montre le choix du spécialiste pour la visite postnatale en fonction du spécialiste assurant le suivi gynécologique.

Le test du χ^2 effectué sur les données du graphique 2.21 montre un lien statistique entre ces deux variables ($p < 0,0001$), on note 6 effectifs théoriques strictement

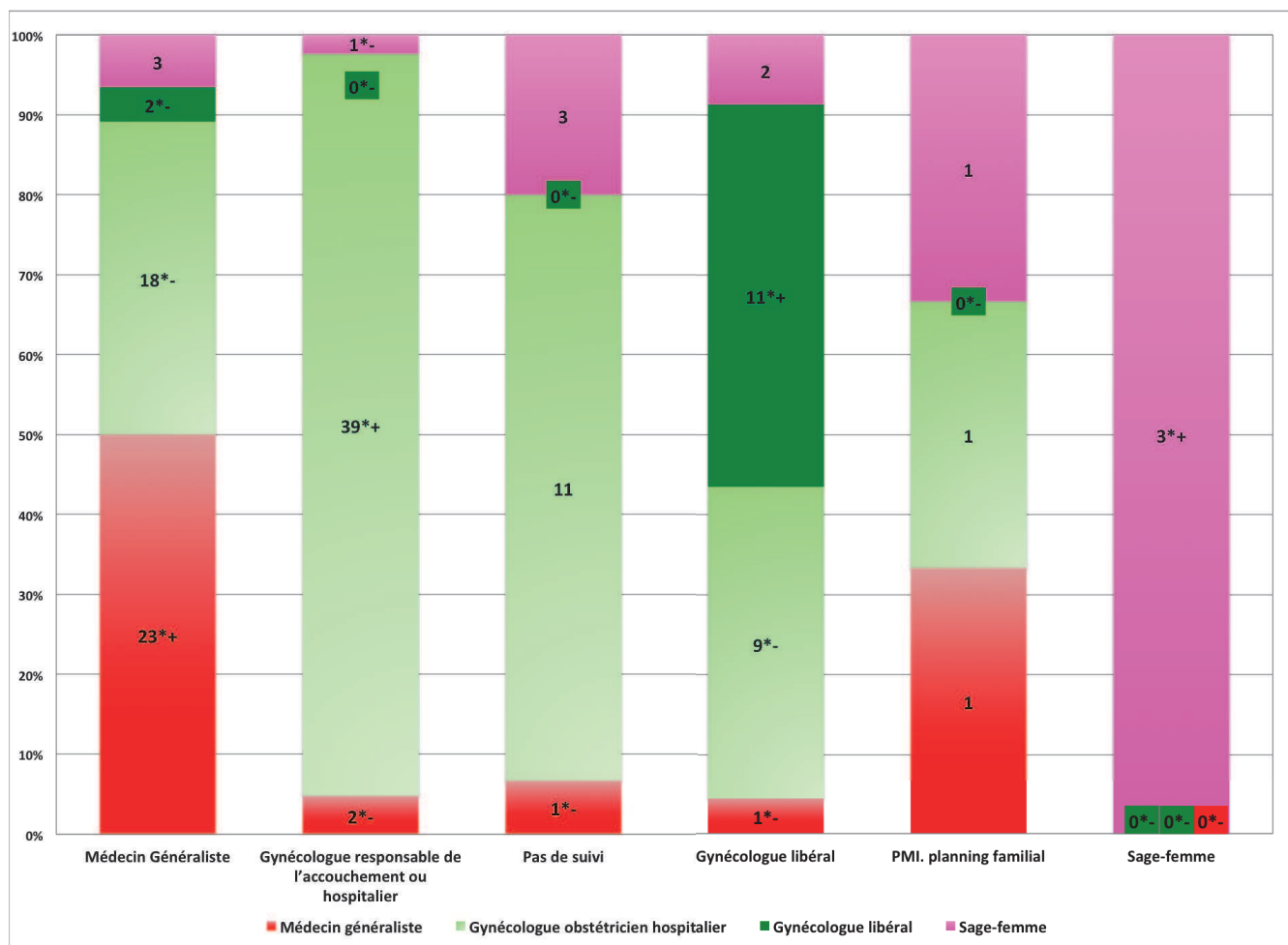


FIGURE 2.21 – Choix du spécialiste pour la visite postnatale en fonction du suivi gynécologique (abscisse) : N

supérieurs à 5. Le test exact de Fisher est significatif pour les valeurs suivies d'une astérisque dans ce même graphique. Le signe « + » associé signifie que le suivi habituel est significativement lié à la désignation du spécialiste dans la couleur concernée.

Médecin traitant

Cent trente patientes de l'échantillon avaient un médecin traitant. Le tableau 2.14 décrit les caractéristiques des médecins généralistes d'après le questionnaire de l'étude. Cent vingt-six patientes connaissaient la durée de leur suivi médical. Il en a été déduit avec l'âge des patientes le début du suivi médical (voir tableaux 2.14 et 2.15). Ainsi 24 patientes sur l'échantillon sont suivies depuis la naissance par leur médecin généraliste.

	N	%
Sexe (N=130)		
Homme	107	82,3
Femme	23	17,7
Lieu (N=130)		
Rural	53	40,8
Urbain	41	31,5
Mixte	36	27,7
Mode (N=130)		
Cabinet de groupe	76	58,45
Seul	50	38,45
Maison médicale pluridisciplinaire	4	3,1
Age de début de suivi (N=126)		
0-15 ans	42	33,3
16 ans et +	84	66,7

TABLE 2.14 – Description des médecins traitants de l'étude (questionnaire patiente)

Il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre :

- le lieu d'exercice et le choix du spécialiste pour la visite postnatale (test exact de Fisher et $p=0,134$ au test du χ^2),

	Moyenne	Médiane	Minimum	Maximum
Durée de suivi	10,4	7,0	0	38
Âge de début de suivi	17,7	21,0	0	35

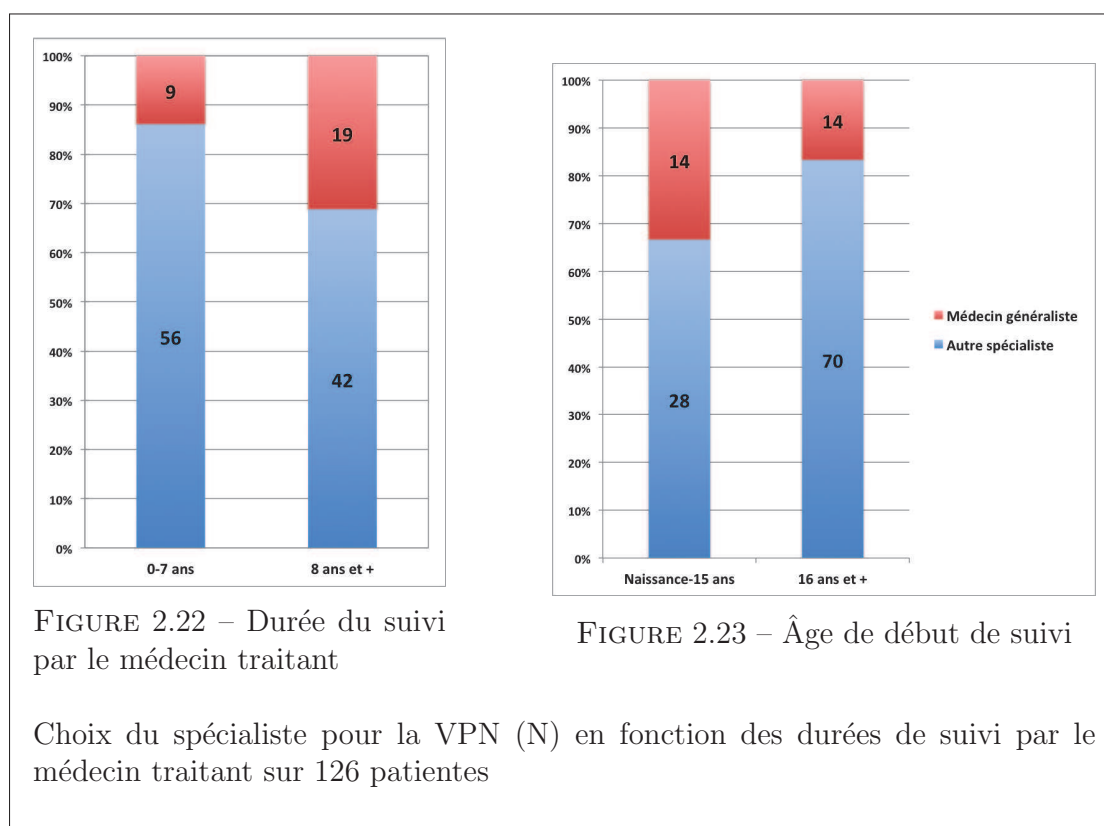
TABLE 2.15 – Suivi par le médecin traitant sur 126 patientes (années)

- le sexe du médecin traitant et le choix pour la VPN⁶ ($p=0,089$),
- le mode d'exercice et le choix pour la VPN⁶ en enlevant du tableau le facteur « maison médicale pluridisciplinaire » pour avoir des effectifs théoriques suffisants ($p=0,98$).

Les (deux) patientes sans médecin traitant s'orientent significativement moins vers le médecin généraliste pour la VPN (test exact de Fisher).

Les graphiques 2.22 et 2.23 décrivent parmi 126 patientes le choix pour la visite postnatale en fonction de la durée de suivi par le médecin traitant et l'âge de début de suivi. Ces données sont statistiquement significatives, respectivement $p=0,020$ (2.22) et $p=0,034$ (2.23). Un suivi prolongé ou débuté avant l'âge de 16 ans est significativement associé à l'orientation vers le médecin traitant par rapport aux autres spécialités, et inversement.

6. en prenant comme catégories médecin généraliste *versus* autres spécialités.



Connaissance de la visite postnatale

Quatre-vingt-sept patientes (65,9%) avaient connaissance de la consultation avant de faire le questionnaire, contre 45 (34,1%). Il n'est pas retrouvé de lien statistique entre cette information et le choix du spécialiste pour la consultation postnatale ($p=0,075$).

Le graphique 2.24 compare cette connaissance de la VPN en fonction de la parité (primipare *vs* multipare) des patientes de l'échantillon. Il existe un lien statistique significatif entre ces deux données ($p=0,001$).

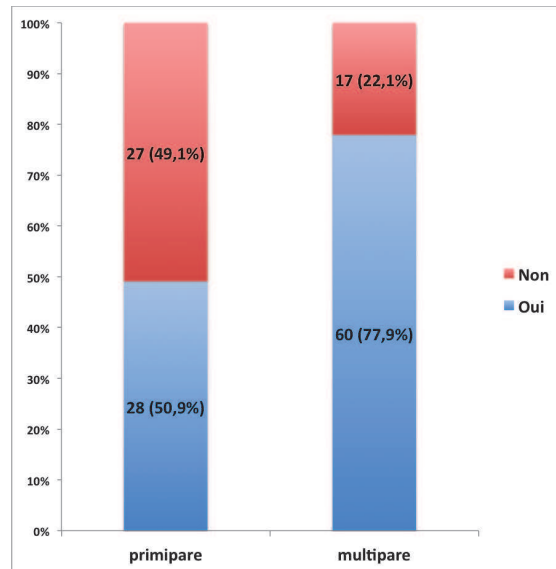


FIGURE 2.24 – Connaissance de la visite postnatale avant le questionnaire selon la parité : N(%)

Mode d'allaitement

Le tableau 2.16 résume ces données.

Il n'a pas été retrouvé de lien significatif entre le mode d'allaitement et le choix du spécialiste pour la VPN ($p=0,344$) sur les 128 patientes concernées.

Allaitement	N	%
Artificiel	90	68,2
Maternel (AM)	38	28,8
<i>dont AM supplémenté</i>	5	3,8
Non concerné	4	3,0

TABLE 2.16 – Modes d'allaitement à la sortie du service sur 132 patientes

2.6 Résultats secondaires : contenu de la visite postnatale

Vingt-deux patientes ont rempli cette partie du questionnaire concernant leur dernière visite postnatale effectuée. Les tableaux 2.18 et 2.17 décrivent le contenu de la visite postnatale, référencé grâce au questionnaire.

Eléments de la consultation	Toutes spécialités (N=22)	GOH (N=13)	MG (N=7)
Délai depuis la dernière VPN (années)			
<i>Moyenne</i>	4,5	3,6	5,9
<i>Médiane</i>	3,0	2,0	3,0
<i>Minimum</i>	1	1	1
<i>Maximum</i>	14	9	14
Délai accouchement-VPN (semaines)			
<i>Taux de réponse : N (%)</i>	15 (68,2)	11 (84,6)	3 (42,9)
<i>Moyenne</i>	5,33	5,4	4,3
<i>Médiane</i>	5,0	5,0	4,0
<i>Minimum</i>	4	4	4
<i>Maximum</i>	8	8	5

TABLE 2.17 – Contenu de la visite postnatale par spécialité, données quantitatives

Le tableau 2.17 ne regroupe pas les données pour la VPN avec la sage-femme ni celle avec le gynécologue libéral (respectivement, délai depuis la dernière VPN : 4 ans et 7 ans ; délai accouchement-VPN : 8 semaines et inconnu) car il y a une seule réponse de chaque.

Éléments de la consultation	Tous (N=22)		GOH (N=13)		MG (N=7)		GL	SF
	N	%	N	%	N	%	(N=1)	(N=1)
Retour de couches	20	90,9	13	100	5	71,4	1	1
Contraception	19	86,4	11	84,6	6	85,7	1	1
Ex. gynécologique fait/proposé	19	86,4	12	92,3	5	71,4	1	1
Frottis fait ou abordé	19	86,4	12	92,3	5	71,4	1	1
Vécu de l'accouchement	16	72,7	10	76,9	5	71,4	1	0
<i>auraient voulu en parler</i>	2	9,1	1	7,7	0	0	0	1
Rééducation du périnée	16	72,7	11	84,6	4	57,1	1	0
<i>auraient voulu en parler</i>	1	4,55	0	0	1	14,3	0	0
Résultat/prescription biologie	15	68,2	7	53,8	6	85,7	1	1
Métrorragie/leucorrhée	13	59,1	7	53,8	5	71,4	1	0
Incontinence urinaire	12	54,5	7	53,8	4	57,1	1	0
Complications du post partum	12	54,5	7	53,8	4	57,1	1	0
<i>auraient voulu en parler</i>	1	4,55	0	0	1	14,3	0	0
Allaitement maternel	9	40,9	6	46,2	3	42,9	0	0
<i>auraient voulu en parler</i>	1	4,55	1	7,7	0	0	0	0
Arrêt/reprise du travail	8	36,4	5	38,5	2	28,6	1	0
<i>auraient voulu en parler</i>	1	4,55	1	7,7	0	0	0	0
Humeur/sommeil	8	36,4	3	23,1	4	57,1	1	0
<i>auraient voulu en parler</i>	1	4,55	0	0	0	0	0	1
Poids/régime	8	36,4	4	30,8	4	57,1	0	0
<i>auraient voulu en parler</i>	1	4,55	0	0	0	0	0	1
Relation mère-enfant	6	27,3	2	15,4	3	42,9	1	0
<i>auraient voulu en parler</i>	1	4,55	1	7,7	0	0	0	0
Projet de grossesse	5	22,7	3	23,1	2	28,6	0	0
Dyspareunie/troubles libido	4	18,2	3	23,1	1	14,3	0	0
<i>auraient voulu en parler</i>	2	9,1	1	7,7	1	14,3	0	0
Vaccination de la mère	4	18,2	1	7,7	3	42,9	0	0
Autre motif que la VPN	4	18,2	2	15,4	1	14,3	0	1

TABLE 2.18 – Contenu de la visite postnatale par spécialité : N ; %

Les motifs les plus fréquents sur l'ensemble des spécialités et les différences marquées entre le médecin généraliste et le gynécologue obstétricien hospitalier sont surlignés en rouge dans le tableau 2.18.

Mode de venue	Tous (N=22)		GOH (N=13)		MG (N=7)		GL	SF
	N	%	N	%	N	%	(N=1)	(N=1)
<i>Seule</i>	17	77,3	10	76,9	5	71,4	1	1
<i>Avec le père et l'enfant</i>	3	13,6	2	15,4	1	14,3	0	0
<i>Avec le père</i>	1	4,55	0	0	1	14,3	0	0
<i>Avec l'enfant</i>	1	4,55	1	7,7	0	0	0	0

TABLE 2.19 – Mode de venue à la visite postnatale par spécialité : N ; %

Chapitre 3

Discussion

3.1 Désignation du spécialiste et déterminants du choix pour la visite postnatale

Les premiers résultats de mon étude ont mis en avant la forte participation des patientes au questionnaire et par conséquent la prévalence du choix de la visite postnatale lorsqu'elle est proposée et si besoin expliquée.

Le choix du gynécologue (en particulier hospitalier) dans le questionnaire prédomine pour cette visite. Le médecin généraliste est désigné dans une proportion moindre, pouvant être jugée comme insuffisante même si elle n'est pas négligeable. La sage-femme est sous-représentée dans l'étude pour les raisons exposées page 68. Aucun choix n'a été fait pour la PMI [planning familial], il est à noter que le centre médico-social de Fécamp¹ assure le suivi prénatal, mais ne fait pas de consultation postnatale maternelle.

On peut souligner le fort taux de réponse au questionnaire pour les patientes incluses, favorisé par la présence dans le service de l'enquêteur, pour expliquer et relever le questionnaire.

Le questionnaire a permis d'identifier les principales raisons exprimées par les patientes étudiées.

1. joint par téléphone

Raisons communes aux spécialités

La raison qui prévaut pour le choix de la visite postnatale est le suivi de la grossesse par le même spécialiste. Cette continuité dans le suivi se retrouve pour toutes les spécialités. Elle est confirmée par l'étude du dossier médical (*ie* correspondance avec le spécialiste ayant suivi la grossesse). Le spécialiste assurant le suivi gynécologique habituel (hors grossesse) est également un élément déterminant retrouvé dans cette étude.

Raisons spécifiques

Les autres raisons sont davantage liées au spécialiste désigné dans le même questionnaire. Certaines sont exprimées par les patientes, d'autres ont été identifiées par l'étude du dossier médical.

Ainsi j'ai pu déterminer des profils spécifiques de patientes pour une spécialité désignée² :

D'autres données n'ont pas été associées à une désignation bien qu'on ait pu penser le contraire. En particulier : Le gynécologue obstétricien hospitalier n'est pas davantage désigné pour la visite postnatale si il a effectué l'accouchement ou la césarienne, quelque soit son déroulement (compliqué ou non). Mais les patientes mettent en avant sa présence à l'accouchement lorsqu'il est désigné. Le vécu de la grossesse ne semble pas influencer sur le choix.

2. Par souci de clarté, certaines données significatives à très petits effectifs ne sont pas mentionnées, par exemple les sorties contre avis médical.

Gynécologue obstétricien hospitalier	Compétence pour la visite postnatale Professions intermédiaires [Très] Mauvais vécu de l'accouchement En cas d'accouchement « privé »
Médecin généraliste	Familiarité, connaissance de la patiente Suivi ancien de la patiente par le médecin traitant Délai de rendez-vous plus court Possibilité de consulter pour une autre raison médicale (Union libre ou PACS)
Gynécologue libéral	Patientes mariées Pudeur envers le médecin traitant
Sage-femme	Préfère être examinée par une femme « Non concernée » par le congé maternité

TABLE 3.1 – Déterminants du choix du spécialiste pour la visite postnatale : raisons orientant vers le spécialiste

Gynécologue obstétricien hospitalier	Suivi ancien de la patiente par le médecin traitant « Non concernée » par le congé maternité [Très] Bon vécu de l'accouchement
Médecin généraliste	Pas de suivi gynécologique habituel Pudeur envers le médecin traitant (rarement exprimé) Le MT ne fait pas d'examen gynécologique (questionnaire patiente)
Gynécologue libéral	Suivi ancien de la patiente par le médecin traitant Grossesse non désirée Pas de suivi gynécologique habituel Réanimation du nouveau-né
Sage-femme	Suivi ancien de la patiente par le médecin traitant Grossesse non désirée Réanimation du nouveau-né

TABLE 3.2 – Déterminants du choix du spécialiste pour la visite postnatale : raisons limitant la désignation du spécialiste

Autres données non significatives

Dans ce paragraphe j'ai répertorié des éléments auxquels on aurait pu s'attendre, mais sans résultat significatif et/ou notable dans l'étude. Dans l'ordre des résultats :

- Peu de recommandation de l'hôpital dans les raisons du choix.
- La pudeur envers le médecin traitant n'est pas une donnée significative, tout comme le sexe de celui-ci sur l'orientation du choix.
- Le critère géographique ne semble pas influencer.
- Peu de données significatives sur le vécu de la grossesse et le choix pour la VPN
- La complication de la grossesse n'entraîne pas plus facilement un comportement d'« évitement » envers la maternité pour la consultation. Idem pour l'accouchement et les suites de couches compliqués.
- Le mode d'accouchement n'influe pas d'après l'étude.
- On aurait imaginé un lien statistique significatif entre le suivi privé et le choix du GOH pour la consultation postnatale.

3.2 Contenu de la visite postnatale

Les patientes ayant répondu à cette partie du questionnaire ont principalement consulté seules ; on trouve en majorité le gynécologue obstétricien et le médecin généraliste dans les résultats. Les éléments les plus abordés (du moins ce qui a été retenu par les patientes) au cours de la consultation sont le retour de couches, la contraception et l'examen gynécologique (fait ou proposé).

Ces résultats soulignent l'abord presque marginal (moins d'une consultation sur trois) de la relation mère-enfant. Ce sujet est peut-être implicite et ne serait évoqué par les mères qu'en cas de difficulté ? Au vu des recommandations il semble difficile de ne pas l'évoquer au cours de cette visite.

Les consultations avec le gynécologue-obstétricien hospitalier ont davantage mis en avant le retour de couches et la rééducation du périnée par rapport aux consul-

tations avec le médecin généraliste, mais moins le résultat ou la prescription d'une biologie.

Dans une moindre proportion, la consultation avec le médecin généraliste est associée à un abord plus important de l'humeur et/ou du sommeil, de la relation mère-enfant et du thème de la vaccination maternelle.

Ainsi ces résultats soulignent la difficulté d'aborder tous les sujets dans cette consultation transversale, avec des variables qui dépendront du type d'accouchement, du spécialiste consulté et du vécu global de la période périnatale par la mère. Bien évidemment l'interprétation de ces résultats secondaires est soumise aux réserves liées au petit effectif et au biais de mémoire (nombre d'années entre la consultation et le questionnaire parfois important).

3.3 Représentativité de l'échantillon

Sources de comparaison

On a pu comparer certaines données recueillies au cours de l'étude avec celles de l'*Enquête nationale périnatale* de 2010 (DREES [6] [7]). L'enquête nationale périnatale est une investigation périodique à l'initiative des pouvoirs publics permettant notamment d'évaluer l'impact du plan périnatalité 2005-2007³. Elle est effectuée sur l'ensemble des maternités de métropole et dans trois départements d'outre-mer sur une semaine. Elle a répertorié sur l'échantillon les données de la grossesse, l'accouchement, l'état de l'enfant via un questionnaire rempli par un enquêteur (habituellement une sage-femme).

Pour l'étude des médecins cités dans le questionnaire, des données de la démographie du conseil de l'ordre des médecins pour la région Haute-Normandie ont été employées [9].

3. Ce plan avait été initié par le ministère de la santé de l'époque. Il avait pour objectifs principaux d'« améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge » (diminuer la mortalité périnatale et maternelle) et d'« améliorer la proximité et l'humanité » en périnatalité (Ministère de la santé et des sports [8]).

Des données de l'INSEE [10] ont pu fournir certaines informations démographiques.

Evaluation de l'échantillon

Données périnatales

On retrouve en moyenne en France :

- davantage de grossesses multiples (3,0%)
- davantage de grossesses suite à une aide à la procréation (6%)
- une part plus importante en accouchements avant 37 semaines d'aménorrhée (7,4%)
- un taux d'allaitement maternel exclusif à la maternité en France plus important, évalué à 60%.

Le taux de césariennes sur l'étude est inhabituellement important et d'ailleurs supérieur au taux observé en France (26,5% contre 21%). Le type d'anesthésie est sensiblement différent, avec moins d'anesthésie péridurale ou rachi-anesthésie en France (81,4%) et moins d'accouchements associés à une anesthésie générale (1,2%) par rapport à l'échantillon de la thèse. Il faut noter que sur la durée de l'étude le taux de césariennes est également inhabituel par rapport au taux sur l'année (21,4% sur l'année 2011 à la maternité de Fécamp).

L'échantillon de la thèse est plus jeune par rapport à l'étude périnatale ; l'âge moyen est de 30,0 ans à l'accouchement en France d'après l'INSEE [10].

Le suivi des grossesses en France est très différent par rapport à la population de la thèse : plus d'une grossesse sur deux⁴ est suivie par une sage-femme (hospitalière ou libérale). Le suivi par les médecins généralistes est proche : 23,8% en France.

Par contre sur le plan national la part d'accouchements par voie basse effectuée par une sage-femme est moindre (80% vs 87,6%). La distance moyenne du domicile

4. Cinquante-cinq pour-cent.

des patientes à la maternité est comparable aux valeurs nationales de 2003 (Doisneau, INSEE [11]), soit 14 kilomètres⁵.

Les séjours en suites de couches sont plus courts sur le reste de la France (91% des séjours sont de 3 ou 4 jours)

Données sur la démographie médicale

Seul le *sex-ratio* des médecins généralistes est comparé sur l'étude, avec une sur représentation des hommes dans la thèse. Soixante-douze pour-cent de médecins généralistes hommes sont référencés en activité libérale régulière dans la région Haute-Normandie en 2009 (CNOM [9]).

Contexte socio-économique de la maternité

On doit également considérer les données sociales et la situation de la maternité de Fécamp :

Niveau socioculturel défavorisé, avec un taux de chômage élevé (16,7% des 15 à 64 ans en 2009 *versus* 11,2% en France, INSEE [13])

Réputation de la maternité et de l'hôpital :

Une enquête de l'IFOP [14] a évalué en janvier 2010 sur un échantillon représentatif de 604 habitants du territoire de santé du Centre Hospitalier Intercommunal de Fécamp (CHI). Il s'agissait d'une enquête téléphonique. Des employés de l'hôpital et des acteurs de santé en ville ont été interrogés séparément et par questionnaire écrit. Ainsi d'après les résultats 62% des personnes connaissant le CHI (92% de l'échantillon, dont 53% ont déjà eu recours à l'hôpital) donnent une « [très] bonne réputation » de l'hôpital du Pays des Hautes Falaises à Fécamp. La note moyenne attribuée en terme d'image pour le service de gynécologie/maternité est de 7 sur 10 pour les personnes connaissant le CHI [15].

5. On parle plus volontiers de temps d'accès; ceci n'a pas été évalué dans la thèse. Le temps d'accès médian à la maternité en 2010 en France est de 17,0 minutes (DREES [12])

Ainsi, d'après cette enquête, la réputation du service est bonne. Il est possible que l'image donnée par la population influe sur la proportion élevée de patientes ayant désigné un gynécologue-obstétricien du service pour la visite postnatale. On aurait d'ailleurs pu ajouter un item du type « car le service/l'hôpital a une bonne image » dans la question sur les raisons du choix pour la VPN, pour aller dans le sens (ou non) de cet argument.

En résumé

Il existe une variation claire entre les données d'une enquête nationale et l'échantillon de la thèse. Les principales différences entre l'échantillon de la thèse et l'enquête périnatale de 2010 sont liées au niveau de la maternité de Fécamp et à sa petite taille. Il sera donc difficile de transposer les résultats sur la population générale. La démographie des spécialistes locaux souligne également cette différence, avec en particulier l'absence de sage-femmes libérales et au sein de l'hôpital, une seule sage-femme assurant les consultations périnatales.

3.4 Biais et atouts de l'étude

Biais lié à la méthode

Il ne s'agit pas d'une cohorte prospective. Le questionnaire ne peut affirmer la présence des patientes à la visite postnatale telle qu'elle est définie, ni le choix du spécialiste désigné dans le questionnaire. Il s'agit d'une « promesse » sur la visite postnatale, et d'un pré-choix pour le spécialiste désigné, car ceci n'a pas été vérifié au cours de l'étude. Nous n'avons donc pas d'information sur le taux de consultation postnatale, ni sur le spécialiste effectivement consulté.

Le contexte parfois difficile du *post-partum* immédiat avec douleurs, asthénie, *baby-blues*, a pu avoir une influence sur les réponses.

Biais d'investigation

L'intérêt pour la visite postnatale supposé par le taux de réponse important au questionnaire peut s'expliquer par l'*effet Hawthorne*. Il s'agit de la tendance des sujets à modifier leurs comportements lorsqu'ils se savent observés. Le questionnaire est certes anonyme mais relevé et interprété par un médecin qui prenait en charge ces patientes.

Biais de sélection

Il est difficile d'extrapoler les résultats sur la population maternelle française :

- Il s'agit d'une étude monocentrique sur une maternité de niveau 1. Il n'a pas été possible d'évaluer par exemple de façon significative le choix de patientes ayant eu un accouchement avec une grande prématurité.

- La difficulté d'obtenir une consultation de la sage-femme hospitalière ou libérale à Fécamp est associée sa faible désignation pour la visite postnatale. Il en est de même pour les suivis de grossesse lorsque l'on sait que plus d'une grossesse sur deux en France est suivie par une sage-femme⁶. Pour la visite postnatale, on ne sait pas si les patientes aurait désigné plus volontiers la sage-femme si l'offre avait été plus grande, autrement dit si elles ont consulté les autres spécialistes « par défaut » .

- Pendant la période de l'étude, on retrouve un taux supérieur de césariennes par rapport à la moyenne nationale 21,0% en France en 2010 (DREES [6]).

6. Après déclaration de grossesse 55% des sage-femmes assurent le suivi (DREES [6])

Petits effectifs

On retrouve des petits effectifs pour les données suivantes, rendant leur interprétation délicate (entre parenthèses le nombre de patientes concernées) :

Pas de suivi de grossesse (3)
Suivi de grossesse par PMI/planning familial (1)
Procréation médicalement assistée (3)
Grossesse gémellaire (2)
Accouchement sous anesthésie générale (3)
Durée du congé maternité = durée grossesse (2)
Réanimation maternelle (1)
Sortie contre avis médical (3)
Agricultrice (1)
Ouvrière (2)
Artisan/commerçante/chef d'entreprise (4)

Données

Ce qui n'a pas été envisagé dans l'étude

Les cours de préparation à la naissance et à la parentalité n'ont pas été évoqués dans l'étude, il n'a donc pas été possible d'évaluer leur fréquence et leur éventuel impact sur le choix. Il en est de même pour l'entretien prénatal du quatrième mois de grossesse avec la sage-femme qui fait partie intégrante de cette préparation (HAS [16]). L'entretien n'est pas systématiquement proposé à toutes les femmes de la maternité mais uniquement aux primipares, à cause de l'offre de soin (manque de sages-femmes assurant la formation). Ce biais a donc été intentionnel vu le contexte.

La durée du séjour avant le travail ou la césarienne n'a pas été comptabilisée, ainsi certaines patientes ont passé plusieurs jours en hospitalisation avant l'accouchement sans que cela ne soit notifié.

Le suivi de grossesse est parfois mixte (spécialités différentes) et cette donnée n'a pas été incluse. Nous avons opté pour la spécialité ayant effectué la majorité

des consultations hors huitième et neuvième mois. Certaines patientes peuvent en particulier avoir consulté le médecin généraliste ou un gynécologue libéral.

Certaines mères ont évoqué au moment de la remise du questionnaire qu'elles verraient leur médecin traitant (davantage que le gynécologue) quelques jours ou semaines après la sortie de la maternité. Cette visite s'ajoutant à la visite postnatale n'a pas été notifiée dans les résultats lorsqu'elle est évoquée. Ceci met en valeur la relation différente envisagée par les patientes selon le spécialiste consulté. Cette visite supplémentaire n'a pas d'objectif médical préétabli, et s'apparenterait à une présentation de l'enfant en particulier, et la description de l'accouchement. Il est possible que cette consultation non envisagée dans les données puisse influencer la désignation du spécialiste pour la visite postnatale. Le nombre de patientes évoquant cette visite n'a pas été évalué. Dans d'autres cas le gynécologue hospitalier demande à la patiente de consulter quelques jours après la sortie (surveillance de cicatrisation par exemple). Cette situation n'a pas été répertoriée dans la méthode.

Le revenu mensuel moyen du foyer de la patiente aurait pu être une donnée caractérisant le contexte socio économique personnel à exploiter.

L'indice de masse corporelle⁷ et par extension le taux d'obésité⁸ n'ont pas été pris en compte.

Choix des données

Le temps d'accès à la maternité est une donnée plus pertinente que la distance entre le domicile et la maternité.

Eléments positifs de l'étude

Cela a déjà été précisé :

- Le questionnaire a été testé pour parer à d'éventuelles erreurs ou incompréhensions.

7. Il détermine la corpulence d'une personne et est calculé par le poids divisé par la taille au carré.

8. L'obésité est définie par un indice de masse corporelle supérieur à 30.

- Au décours de l'enquête les patientes ont pu bénéficier d'information complémentaire sur cette visite.
- Le taux de participation et de réponse ont été importants.
- Un seul observateur a retranscrit les données pour limiter les biais liés au recueil des données (en particulier l'étude du dossier médical).
- Il est possible, même si cela n'a pas été vérifié, que la promotion de la visite postnatale *via* le questionnaire ait pu favoriser la venue des patientes à celle-ci.

3.5 Etude comparative

Données internationales

Certains articles abordent spécifiquement le contenu de la visite postnatale, en interrogeant par exemple les médecins généralistes sur celui-ci (Gunn [17]).

Par ailleurs, on retrouve plusieurs données dans la littérature sur les problématiques médicales de la période du *post partum*. Ces articles traitent indirectement des éléments du contenu de la visite post-natale⁹.

Beaucoup moins d'études évoquent le spécialiste consulté et sur les raisons de son choix éventuel. Plusieurs raisons peuvent être évoquées :

- L'organisation de la prise en charge périnatale varie selon la structure du système de santé national ou local et rend difficile les comparaisons. Par exemple en Australie 90% des consultations postnatales sont effectuées par les médecins généralistes (Piejko [18]).

- l'intérêt pratique en terme de santé publique n'est pas évident, en effet *a priori* le choix du spécialiste ne semble pas avoir d'implication directe sur la morbidité des patientes.

9. Ces références sont simplement citées en annexe.

Présentation d'une étude irlandaise

Une étude irlandaise de 2002 a spécifiquement discuté le sujet de la thèse : *The Six Week Postnatal Check : women's choice of service provider* (Nelson [19]). Il s'agit d'une étude prospective décrivant le choix des patientes pour la consultation postnatale (de la mère mais aussi de l'enfant). Les données ont été recueillies à l'aide d'un entretien dirigé (avec questionnaire) par 98 des infirmières¹⁰ effectuant les visites systématiques à domicile chez les patientes venant d'accoucher. C'est une visite habituelle pour la mère et l'enfant en Irlande, dans les 6 premières semaines après l'accouchement (Citizens Information Board [20]). L'étude se déroule sur une zone géographique comportant 4 maternités et 160 médecins généralistes. Une première visite a eu lieu dans un délai de 7 semaines depuis la sortie de l'hôpital puis à 3 mois du premier entretien. On a recueilli dans cette étude les souhaits et raisons des patientes pour la visite postnatale (en milieu hospitalier ou chez le médecin généraliste). Au cours du dernier entretien, les patientes ont indiqué si elles avaient fait la visite postnatale et avec quel spécialiste.

Résultats

Quatre cent cinquante-deux patientes ont répondu au questionnaire sur 463 patientes incluses.

Le premier résultat important est la proportion de suivi obstétrical mixte (généraliste et unité spécialisée/hôpital) mesuré à 77%, le suivi pouvant être assuré par le médecin généraliste seul (1%), l'hôpital seul (9%), ou la clinique privée uniquement (14%)¹¹.

L'ensemble des patientes interrogées prévoyait d'effectuer la visite postnatale pour elles-mêmes. **Quatre-vingt-neuf pour-cent (404) ont effectué la visite postnatale, et parmi celles-ci 98% ont consulté le spécialiste désigné avant la visite.**

10. désignées par « PHN » : *Public Health Nurse*

11. Ce suivi mixte est en fait une recommandation habituelle en Irlande (Citizens Information Board [20]).

En proportion on retrouve 26% des patientes (116) ayant désigné le médecin généraliste et 45% (203) l'hôpital¹². Le reste des patientes ont désigné un spécialiste désigné comme « privé » dont la spécialité n'est pas détaillée dans l'article. Le taux de médecins généralistes est sensiblement supérieur à celui retrouvé dans la thèse. Les raisons significatives¹³ associées au choix du médecin généraliste (par rapport à l'hôpital et la clinique) sont la familiarité (64% vs 36%), la distance géographique (64% vs 12%), le temps d'attente (37% vs 11%) et la possibilité de discuter de la contraception (34% vs 15%). On note $p < 0,0001$ pour les 4 items.

En faveur de la consultation hospitalière on retrouve comme raison importante et significative la recommandation de l'hôpital (57% des patientes ayant désigné l'hôpital ont exprimé cette raison contre 23% vers le médecin généraliste ; $p < 0,0001$). A l'opposé et de façon significative, 14% des patientes désignant le médecin généraliste ont évoqué sa recommandation. Ces recommandations de consultation sont marginales dans les résultats de la thèse.

La qualité attendue de l'examen est mise en avant chez 81 (40%) patientes ayant désigné l'hôpital pour la visite postnatale contre 33 (28%) pour le MG, avec $p = 0,040$. Dans la thèse cette raison est exprimée pour plus de la moitié des GOH désignés (cf. tableau 2.2 page 28). Par contre la « qualité de l'examen attendue » pour le médecin généraliste sur l'étude irlandaise est exprimée chez 33 patientes (28% du groupe ayant désigné le médecin généraliste). Dans la thèse aucune patiente n'avance cet argument lors du choix du médecin généraliste (sous réserve de la formulation « compétence pour la VPN »).

Au total

L'étude compare le choix par les patientes du médecin généraliste par rapport à une structure hospitalière pour effectuer la visite postnatale. On retrouve une part plus importante des médecins généralistes par rapport à la thèse. Le rôle des sages-femmes n'est pas précisé dans l'étude, les patientes ayant consulté à l'hôpital ont vraisemblablement consulté un gynécologue-obstétricien. Les sages-femmes ne

12. L'hôpital est désigné comme un « *hospital postnatal clinic* » dans l'article.

13. Les pourcentages cités sont ceux calculés parmi la spécialité désignée.

Similarités
Taux de réponse
Age de l'échantillon
Proportion primipares (40,3% dans l'étude)
Médiane parité
Familiarité en faveur du MG
Délai d'attente en faveur du MG
Qualité attendue de l'examen en faveur du GOH
Sexe du médecin ne semblant pas influencer le choix
Différences
<i>Etude irlandaise :</i>
Davantage de célibataires (17%)
Moins de sans emploi (8%)
Recommandation de l'hôpital importante en faveur du GOH
Auto-recommandation du MG
Suivi anténatal moins influent sur le choix
<i>Thèse :</i>
Moins de MG pour la VPN
Davantage de GOH pour la VPN
Pas de lien retrouvé avec proximité géographique
<i>Les deux :</i>
Méthode
Taille de la cohorte
Inconnues
<i>Etude irlandaise :</i>
Rôle des sage-femmes
<i>Thèse :</i>
Taux de participation à la VPN
Proportion suivi mixte grossesse
Influence de la (discussion de la) contraception sur le choix

TABLE 3.3 – Similarités et différences entre l'étude irlandaise et la thèse

semblent pas assurer elle-mêmes les consultations post-natales dans ce pays (Citizens Information Board [20]).

On note que la quasi totalité des patientes ont effectivement consulté le spécialiste/la structure désigné(e) dans le questionnaire initial, ce qui conforterait la valeur prédictive du spécialiste désigné dans le questionnaire de thèse. Pour le choix du médecin généraliste on retrouve en commun avec la thèse la notion de familiarité comme argument pour le choix, et ce dans des proportions similaires (deux tiers), ainsi que le délai d'attente. Le planning familial dans cette étude est un thème orientant également vers le médecin généraliste. On note également une rupture du suivi entre la grossesse et la visite postnatale au détriment du médecin généraliste.

La qualité attendue de l'examen favorise le choix hospitalier des patientes pour cette consultation.

Deux différences sont à constater avec les réponses dans la thèse : le suivi de la grossesse (« Experience of antenatal care ») n'est pas la raison principale évoquée par les patientes, et la recommandation de l'hôpital est dans plus de la moitié des cas évoquée (en faveur du choix de l'hôpital et parfois vers le médecin généraliste).

3.6 Place du médecin généraliste dans la visite postnatale

Constats

La place du médecin généraliste pour la visite postnatale est insuffisante, en effet un médecin sur cinq est désigné. On remarque qu'un médecin généraliste sur quatre a assuré la majorité du suivi des grossesses, ce qui est comparable aux chiffres nationaux¹⁴.

D'après le questionnaire, le médecin qui assure la visite postnatale est avant tout celui qui a suivi la grossesse. On aurait pu espérer la continuité dans le suivi pour le choix de la visite postnatale et non pas un « transfert » vers les autres spécialités.

14. Soit 23,8% des grossesses après déclaration en 2010 (DREES [6])

Plus de la moitié des patientes s'adressant au gynécologue obstétricien exposent sa compétence pour une telle consultation, alors qu'aucune ne s'oriente vers le médecin généraliste pour cette raison.

À l'opposé lorsque le médecin généraliste est désigné il s'intègre dans le cadre de la familiarité, de l'ancienneté de la prise en charge et du suivi global, tel que nous l'avons exposé.

Comment expliquer cette variation entre le suivi de la grossesse et le choix pour la visite postnatale ?

Hypothèses

Nous allons principalement considérer le point de vue de la patiente.

Influence du parcours de soins coordonnés ?

Le parcours de soins entre le médecin traitant (quasi systématiquement un médecin généraliste) et les autres spécialistes est en France coordonné depuis la loi du 13 août 2004¹⁵. La situation du gynécologue (médical ou obstétricien) constitue une exception à ce parcours de soins (Code de la Sécurité Sociale [22]). En pratique la patiente peut consulter le gynécologue directement sans avoir de désavantage (financier) sur la prise en charge de cette consultation.

Le gynécologue reste donc du point de vue de la patiente, un spécialiste accessible au même titre que le médecin traitant dans le parcours de soins. Ceci justifie pleinement la problématique de la thèse.

Il est difficile de dire si la connaissance de cette exception au parcours de soins confirme l'orientation préférentielle vers le gynécologue. En effet ce « frein » que peut constituer l'accès au spécialiste ne s'applique pas, il aurait probablement été déterminant pour certaines catégories sociales défavorisées.

15. « *La participation prévue au I de l'article L. 322-2 peut être majorée pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant.* » (Code de la Sécurité Sociale [21])

Compétences des spécialistes

Du point de vue médical la compétence de la visite postnatale par un médecin généraliste ne semble pas discutée, de plus il n'y a pas de compétition entre les spécialités pour la pratiquer.

Néanmoins il peut parfois exister un désengagement du médecin généraliste ne se sentant pas ou plus compétent pour une telle prise en charge ; ou autrement la patiente peut ressentir ce désengagement qu'il soit supposé ou réel dès la grossesse.

La consultation chez le gynécologue obstétricien impose une rencontre au sein de la structure hospitalière, pouvant renforcer l'impression de sécurité. Elle peut s'accompagner de l'exigence de résultat parfois entretenue par les patientes. Dès la fin de la grossesse d'ailleurs la future mère « intègre » la structure hospitalière pour le suivi, qui est parfois associé par des cours de préparation à la naissance et à la parentalité. Elle découvre ou redécouvre l'accessibilité du gynécologue [hospitalier] pour une prise en charge périnatale. Ce suivi peut bien sûr concerner l'ensemble de la grossesse, par choix ou sur recommandation (médecin traitant et/ou situation dans le cadre des recommandations de la HAS [23]).

Cependant il semble que ce « choix de la compétence » soit indépendant d'une complication, qu'elle ait lieu au cours de la grossesse ou au cours de l'accouchement.

Il semble donc raisonnable de recadrer pour les patientes les compétences de chacun, en faveur du médecin généraliste et de la sage-femme, tout en gardant les situations complexes, « spécialisées » pour le gynécologue. Ceci sera abordé dans le paragraphe sur l'information (page 80).

L'évènement de la naissance

La grossesse est habituellement une période bien vécue (*a posteriori*) au vu des réponses des patientes. A l'échelle individuelle, la naissance est un moment fort, anxiogène et intime. Il l'est d'autant plus quand une complication est associée. Une naissance compliquée est plus volontiers mal vécue d'après les résultats (page 42). On a pu observer également le lien entre le mauvais vécu de l'accouchement et l'orientation

vers le gynécologue hospitalier et inversement. Il est possible que la patiente cherche à être rassurée au sujet de son accouchement en revoyant le spécialiste concerné.

L'intervention du gynécologue au cours de l'accouchement est mis en valeur par les patientes (voie basse ou césarienne) lorsque le choix est fait, mais sa présence ou non ne semble pas influencer le choix sur l'ensemble des patientes. Il est important de noter que le gynécologue pouvant être impliqué dans la naissance n'est pas systématiquement celui ayant été rencontré au cours de la grossesse (si contexte d'urgence en particulier). Ceci peut justifier l'influence modeste (en comparant les graphiques 2.2 page 24 et 2.13 page 41) de la présence du gynécologue sur le choix de la visite postnatale.

La continuité supposée du suivi de la grossesse serait donc en partie modifiée par la période de l'accouchement, sans que cela ne soit systématiquement explicité par les patientes.

Pourquoi le médecin généraliste ?

Malgré tout une patiente sur cinq décide de s'adresser à son médecin traitant, spécialiste en médecine générale, plutôt que les autres spécialistes pour les raisons résumées page 63. À celles-ci on ajoute les raisons communes aux spécialités.

La visite postnatale, lorsqu'on regarde son contenu s'inscrit pleinement dans le suivi global par le médecin généraliste. Elle permet d'aborder la relation mère-enfant, la contraception, le conseil en cas d'allaitement maternel qui idéalement dure plusieurs mois. On pourrait donc justifier ce choix par les questions auxquelles la patiente souhaiterait que le spécialiste réponde.

Par ailleurs la démographie médicale favorise les omnipraticiens par leur densité comparée à celle des gynécologues. En effet on a recensé au premier janvier 2009 en Haute-Normandie 159 gynécologues (obstétriciens et médicaux confondus, y compris le mode d'activité¹⁶) en activité régulière contre 2373 médecins généralistes (dont 62% en activité libérale exclusive) [9]. La disponibilité du médecin généraliste par

16. Salariée, libérale ou mixte.

rapport aux autres spécialités qui en découle est d'ailleurs une raison évoquée par les patientes dans le questionnaire (« délai de rendez-vous plus court »).

Dans la population étudiée le sexe du médecin traitant n'a pas eu d'influence sur le choix du spécialiste, on aurait pu penser le contraire. Il est habituellement observé un choix préférentiel des patientes pour consulter une femme dans le cadre d'un suivi ou d'un symptôme gynécologique (Philips [24], van Den Brink-Muinen [25]). Il est possible que la démographie médicale locale (difficulté d'accès à des médecins femmes) explique ce résultat de l'étude.

En résumé

Les spécialistes, gynécologue, généraliste et sage-femme, ont des objectifs de consultation *a priori* comparables pour la visite postnatale, tandis que la patiente vient consulter avec ses attentes.

On retrouve un point commun à toutes les consultations médicales, avec un médecin qui a des objectifs de consultation, et une patiente qui souhaite que l'on réponde à ses attentes. La représentation ou l'expérience qu'elle a du spécialiste choisi semblent déterminantes mais modifiables, par l'information et parfois sur recommandation du soignant.

L'hôpital garde une place prépondérante dans le suivi pré- et postnatal des patientes. Le parcours de soins actuel favoriserait le libre choix, sous réserve de sa connaissance par les patientes.

3.7 Perspectives pour la pratique

La place de l'information de la visite postnatale

Constat

Dès la grossesse et parfois en période préconceptionnelle, la quantité d'information est abondante, et se surajoute aux changements cliniques, parfois psychologiques de la patiente. Sur l'étude, on constate que cette information, même minimale, est in-

suffisante ou non assimilée : une patiente primipare sur deux n'avait pas connaissance de la consultation postnatale avant le questionnaire, et un tiers parmi les patientes multipares. Même si il semble difficile d'évoquer la période postnatale avant l'accouchement, l'information sur la visite postnatale est importante lors du suivi de grossesse. Les priorités inhérentes à la prise en charge du nouveau-né modifient la capacité d'écoute de la patiente lors des suites de couches. Aurions-nous eu les mêmes choix si le questionnaire avait été distribué pendant la grossesse ?

Recommandations possibles

Tous les professionnels de santé médicaux et paramédicaux sont concernés par ce volet. Les recommandations sur le contenu et l'information des consultations prénatales et de la visite postnatales existent, rédigées à l'époque par l'ANAES (HAS) [2]. Elles rappellent que :

« Toutes les femmes doivent recevoir une information compréhensible dès le début de la grossesse sur le nombre probable, le moment et le contenu des consultations ainsi que sur l'offre de soins pour le suivi de la grossesse, les séances de préparation à la naissance, l'accouchement et la période postnatale. »

Objectif et contenu de l'information

En pratique, la patiente doit être informée du contenu de la visite postnatale, de son intérêt, et du spécialiste qu'elle peut consulter. Son parcours de soins dans ce cadre est libre. Elle peut consulter le médecin généraliste ou le gynécologue à la visite postnatale quel que soit le déroulement de l'accouchement, et théoriquement même si une recommandation spécialisée est faite. Lorsque l'accouchement est normal elle doit savoir que la sage-femme peut être consultée (selon l'offre de soins disponible), tout en précisant les compétences de cette dernière¹⁷.

17. Voir page 85

Comme toute délivrance d'information, on doit s'assurer de la bonne compréhension de celle-ci auprès de la patiente, éventuellement à l'aide d'un support écrit et/ou en présence d'une tierce personne (conjoint, proche).

La discussion de cette thèse met l'accent sur la nécessité de favoriser l'orientation vers le médecin généraliste (voir ci-dessus), mais elle ne saurait s'imposer pour des raisons légales de liberté de choix du patient. Elle doit inviter à la discussion avec les différents acteurs de soin.

Quand informer ?

Il semble évident que la patiente ayant déjà fait une visite postnatale nécessite moins d'information, parfois un simple rappel. Les périodes suivantes me semblent pertinentes :

- Lors de la déclaration de grossesse : l'« officialisation » de la grossesse est le moment intéressant pour citer les consultations recommandées, de surveillance de la grossesse et de la consultation postnatale. L'information pour la VPN doit être succincte, idéalement appuyée par un document écrit précisant uniquement la date prévisible de cette visite (elle est d'ailleurs mentionnée sur le *cahier de santé maternité* [26] pouvant être remis à cette date).
- Lors de l'entretien du quatrième mois ou entretien prénatal précoce : il n'est pas systématique mais permet d'aborder plus amplement le contenu de la VPN
- Lors des cours de préparation à la naissance et la parentalité : en particulier pour les patientes primipares.
- Lors des suites de couches (maternité ou après retour à domicile) : l'information doit être répétée et complète ou complétée à la demande de la mère. Elle peut être le seul temps d'information dans des situations particulières, comme le déni de grossesse. Après le retour à domicile elle pourra être abordée par le médecin généraliste lors de la visite du premier mois de l'enfant.

Le fait d'avoir deux (voire trois ou quatre) temps dans la délivrance de cette information permet à la fois de cumuler ses sources et mettre en valeur l'implication du soignant dans cette visite. Les consultations mensuelles de suivi de grossesse

semblent moins adaptées pour aborder la période postnatale.

Rôle des réseaux périnatalité

Sous l'impulsion du Haut comité de la Santé publique et du ministère de la santé (Plan périnatalité de 1994 [27]), une planification des soins en périnatalité a été proposée à l'échelle locale. La promotion des réseaux de soins dans le domaine a été mise en avant. Les associations de réseaux périnatalité ont pour objectif de coordonner la prise en charge des grossesses et accouchements en fonction de leur risque et de l'offre de soins locale (ville et hôpital).

Dans le cadre de l'information le réseau périnatalité est une source importante pour les patientes en particulier. Ainsi le site internet de l'association « Réseaux Périnatalité en Région Haute-Normandie »¹⁸ (<http://www.reseaux-perinat-hn.org>) propose une information détaillée pour les patientes sur la grossesse, l'accouchement, le suivi des enfants vulnérables et l'offre de soins locale. On y retrouve notamment un annuaire des sages-femmes libérales de la région pratiquant la VPN. Le carnet de maternité est également disponible en téléchargement sur le site.

En résumé

L'obligation d'information est claire et omniprésente dans la médecine actuelle. Dans le cadre de la périnatalité, le plus difficile est de savoir hiérarchiser et décider quand cette information sera faite; on parlera plus volontiers de « temps forts », indicatifs et adaptés, pour que la patiente puisse l'assimiler. On mettra l'accent sur la liberté de choix, tout en favorisant le relais vers le médecin généraliste ou la sage-femme dans les situations habituelles. On a vu également qu'une information adéquate et répétée semble favoriser la venue à la consultation post-natale. Ceci la justifie d'autant plus en terme de prise en charge préventive voire thérapeutique sur cette période. Le soutien apporté par le réseau périnatalité local est un élément majeur et complémentaire dans l'information aux patientes.

18. Association créée en 2000.

Pour l'implication du médecin généraliste dans le suivi postnatal

Dans la pratique

La relation entre spécialistes est importante pour la meilleure implication des omnipraticiens dans le suivi des jeunes mères. Dans la littérature, il est entendu que la collaboration entre soignants dans l'intérêt du patient est favorisée par « la communication et la compréhension des compétences de chacun » [28]¹⁹.

La communication entre les praticiens permet entre autres de connaître les pratiques, et donc les compétences de chacun. Par exemple le gynécologue hospitalier orientera plus volontiers une patiente vers le médecin traitant dont il connaîtra les capacités pour la prise en charge postnatale.

Par ailleurs, nous avons vu que le suivi gynécologique habituel était corrélé au suivi postnatal (page 52), il est donc entendu que le médecin généraliste qui mettra en valeur sa pratique gynécologique quotidienne favorisera mécaniquement un suivi tel que la VPN.

Le réseau périnatalité participe grandement à la collaboration entre les professionnels notamment par ses actions de formation et d'information.

Au cours des études médicales

La formation des médecins généralistes au cours de leur DES²⁰ est obligatoirement associée à un stage de six mois dans un service du pôle mère-enfant de l'hôpital, idéalement deux. En pratique, et dans la plupart des cas (faute de disponibilités des postes) l'interne de médecine générale n'effectue qu'un stage au sein de ce pôle dans un service hospitalier de pédiatrie ou de gynécologie. Si il ne fait pas de stage en gynécologie, il peut donc être amené à avoir une formation limitée dans ce domaine (pouvant être faite grâce aux stages dits ambulatoires, en cabinet de médecine générale).

19. Par extension ; l'étude qualitative citée impliquait principalement des soignants paramédicaux, travailleurs sociaux mais assez peu de médecins.

20. Diplôme d'Études Spécialisées

Il est clair que le manque d'expérience en conséquence ne peut favoriser sa confiance dans le domaine et donc son implication en particulier pour la période postnatale.

Par ailleurs la promotion des stages en médecine générale pour les étudiants du deuxième cycle des études médicales (ou étudiants externes) est indispensable. Elle a pour but mettre en valeur la discipline de la médecine générale mais également de faire découvrir aux futurs internes des autres spécialités les compétences du médecin généraliste pour le domaine sus-cité.

Rôle des sages-femmes et maïeuticiens

Le rôle de la sage-femme [et du maïeuticien] a été peu mentionné dans cette étude pour les raisons évoquées page 68. Pourtant leur utilité est grande dans les suites d'un accouchement eutocique :

- Elles [Ils] peuvent dépister, prescrire et parfois effectuer la rééducation du périnée quand elle est nécessaire,
- Elles peuvent aider au choix et prescrire la contraception,
- Elles constituent une aide supplémentaire dans la promotion de l'allaitement et les conseils aux patientes,
- Elles font part de leur expérience et connaissances dans les soins du nourrisson, le régime alimentaire de la mère, le dépistage d'éventuelles complications du post partum...

Ainsi la sage-femme est également un acteur idéal en période postnatale dans la plupart des situations, parfois en milieu hospitalier.

Dans les maternités où leur disponibilité est suffisante pour assurer les consultations postnatales, il est fréquent que les patientes soient orientées par défaut vers les sages-femmes après un accouchement normal. Ceci illustre leurs compétences dans cette situation.

Rôle des gynécologues médicaux et libéraux

Le gynécologue libéral et/ou médical est encore un choix qui reste important pour les patientes par rapport au médecin traitant pour la visite postnatale. Il est un recours lorsque la pudeur envers le médecin traitant est évoquée. Paradoxalement, sa désignation n'est pas liée à la compétence pour cette visite (contrairement au GOH).

Les gynécologues libéraux sont dans l'étude principalement représentés par des gynécologues médicaux. Or le déclin démographique prévisible des gynécologues médicaux tend à modifier les comportements. Au premier juin 2011 on recense en Haute-Normandie 0,4 gynécologue médical pour 5000 femmes; 43% sont agé(e)s de 60 ans et plus à la même date (CNOM [29]²¹). Par ailleurs entre 2012 et 2016, cinq postes seront proposés à la faculté de Rouen pour les choix après les Epreuves Classantes Nationales (Ministère des affaires sociales et de la santé [30]²²).

L'évolution prévisible est une orientation des patientes vers le médecin généraliste pour le suivi gynécologique habituel, en particulier vers les femmes médecins généralistes. Pour la visite postnatale, le report des consultations vers les sages-femmes est envisageable selon les disponibilités locales²³.

3.8 Données à explorer

L'analyse des résultats permet d'avoir de nouvelles interrogations sur le thème.

Etudes quantitatives abordant d'autres données ou précisant certaines questions

On peut notamment confronter le point de vue de jeunes mères à des femmes enceintes via une autre étude quantitative : existe-t-il une variation du choix pour la

21. Soixante-quatorze gynécologues médicaux sont en activité régulière à la même date en Haute-Normandie [29]

22. Cent cinquante-trois postes proposés en France sur la même période [30].

23. En 2012, il n'y a plus de gynécologue libéral ni médical à Fécamp, contrairement à la période de la thèse où il restait une praticienne.

visite postnatale pendant la grossesse et après l'accouchement ? Une étude prospective évaluant le taux de consultations effectuées et confirmant le spécialiste désigné (par rapport aux données de questionnaires avant consultation) serait utile²⁴.

L'objectif secondaire sur le contenu de la visite post-natale est à approfondir. Les résultats supposent des différences entre les spécialistes sur les éléments abordés lors de la consultation.

Etudes qualitatives

Sur le plan qualitatif, des entretiens semi-dirigés peuvent aborder certains éléments en s'appuyant sur les données significatives de l'étude et éclairer certaines hypothèses de la discussion.

Pour le point de vue des patientes : développer le thème de la compétence des spécialistes (pour le choix du gynécologue), leur familiarité (pour le choix du médecin généraliste). Se sont-elles senties informées de façon adéquate au cours de la grossesse et après l'accouchement ?

On peut également faire développer les points de vue des différents spécialistes (homme ou femme) et des patientes sur l'investissement des médecins généralistes pour la période postnatale. Comment est-il perçu ?

Populations et sites d'études

Le questionnaire peut être transmis à davantage de patientes dans d'autres centres hospitaliers, pour évaluer un éventuel « effet maternité » sur les choix et les pratiques locales. Implicitement, on peut préciser l'étude sur certaines situations médicales (grande prématurité, réanimation...) ou sociales. Il conviendrait également d'évaluer les demandes des patientes en fonction de l'offre de soins, avec davantage de sages-femmes et/ou de gynécologues libéraux.

24. L'étude irlandaise étudiée [19] page 73 donne quelques informations intéressantes, à confirmer.

Conclusion

Le suivi de la femme enceinte puis de la mère dans le *post partum* s'inscrit dans une continuité, et grâce à une consultation de transition qu'est la visite postnatale. Pour les patientes interrogées, le spécialiste qui a suivi la grossesse est en premier lieu celui qui serait sollicité pour la visite postnatale. La compétence pour cette visite est mise en avant par les patientes lorsque le gynécologue obstétricien hospitalier est désigné, et dans une moindre mesure si l'accouchement est mal vécu ou si il est « privé ». La proximité, la familiarité et l'ancienneté du suivi par le médecin généraliste sont les raisons prédominantes pour le choix de celui-ci.

Sur les quelques patientes ayant répondu, le retour de couches, la contraception et l'examen gynécologique sont les thèmes principalement abordés au cours de leur dernière consultation postnatale.

La médecine générale est pour cette étude en retrait dans les souhaits des patientes. La collaboration avec les autres spécialistes *via* le réseau périnatalité, la promotion de la pratique gynécologique en médecine générale et le cursus médical universitaire permettront sa valorisation. Le rôle de la sage-femme fut difficile à évaluer mais semble *a priori* primordial. Dans l'étude, le spécialiste est avant tout celui choisi par la patiente, ainsi on a pu fournir des éléments pratiques pour l'information sur la visite postnatale. Chacun doit s'assurer de sa transmission.

Il reste à préciser le ressenti des patientes et des professionnels de santé sur le thème. Les résultats sont à confirmer sur d'autres centres et dans des situations médicales ou sociales particulières.

Annexe A

Recommandations ANAES sur le contenu de la visite post-natale

Extrait de *Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé* [2].

« Examen postnatal dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement L'examen postnatal est obligatoire et peut être réalisé par un médecin spécialiste ou non (décret n° 92-143 du 14 février 1992) ou par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique (loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, titre VI, article 101).

- Cette rencontre permet de discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale.

- La femme doit être encouragée à parler de la qualité des relations avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent comme le sommeil, l'alimentation, les pleurs de l'enfant, etc.

- Les signes évocateurs d'une dépression du post-partum, en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente [utiliser l'instrument EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale), doivent être recherchés. Dans ce cas, la qualité de l'environnement affectif doit être explorée avec la mère, ainsi que l'existence de supports pour les soins quotidiens

auprès de l'enfant (conjoint, grands-parents, etc.).

- Des questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels doivent être abordées ainsi que les difficultés éventuelles.

- La consultation doit être l'occasion de faire un examen gynécologique, de réaliser un frottis de dépistage s'il date de plus de 2 à 3 ans (28), d'aborder le mode de contraception souhaité par la femme ou le couple, la vaccination contre la rubéole, la rééducation du post-partum (prises en charge périnéosphinctérienne, pelvi-rachidienne et de la sangle abdominale) après évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis et évaluation de la douleur dans chacun de ces domaines. »

Annexe B

Recommandations du CNGOF pour le contenu du dossier lors de la visite postnatale

Extrait de *Directive qualité - Contenu minimum obligatoire d'un dossier de consultation en gynécologie* (Darai [3]) :

« 6) Consultation post-natale

- nom consultant, date de la consultation
- interrogatoire :
 - o état du nouveau-né :
 - type d'allaitement, voir durée allaitement maternel si arrêt
 - existence d'une pathologie particulière
 - o état maternel :
 - évolution depuis l'accouchement (incontinence urinaire ou aux gazs, noter les infections du site opératoire, etc.)
 - signes fonctionnels lors de la consultation (y compris difficultés lors des rapports sexuels)
 - date éventuelle du retour de couches
 - traitement en cours (contraception, ...)

- examen clinique
- informations remises
 - o prescription(s) remise(s) (contraception, rééducation du périnée, etc.)
 - o arrêt de travail éventuel
 - o programmation date : prochaine consultation, prochain FCU »

Annexe C

Questionnaire remis aux patientes¹

La visite post natale est la consultation de la maman (en général 6 semaines après l'accouchement ou la césarienne), elle permet de faire le point sur les suites gynécologiques et non gynécologiques de l'accouchement, et organiser votre suivi ultérieur. Le but de ce questionnaire est d'évaluer vos critères de choix pour cette visite.

Le questionnaire est anonyme et ne sera pas dans votre dossier médical, il fait partie d'un travail de thèse de médecine générale.

1) Votre suivi gynécologique habituel (en dehors de la grossesse) est fait par :

- Gynécologue responsable de l'accouchement ou gynécologue de l'hôpital
- Médecin Généraliste (ville)
- Gynécologue de ville
- Sage-femme
- PMI, planning familial
- Pas de suivi

2) Votre médecin Traitant : (ne pas compléter si pas de MT) :

a) votre médecin traitant est :

1. La mise en page originale évitait d'avoir des items répartis sur deux pages, par souci de clarté pour les patientes.

Un homme

Une femme

b) Mode exercice :

Seul

Cabinet de groupe

Maison médicale multidisciplinaire

c) Type exercice :

Urbain

Rural

Mixte

d) Depuis combien d'années êtes-vous suivie par ce médecin traitant ?

.....

3) Vécu de la grossesse et de l'accouchement :

a) durée de votre congé maternité, c'est-à-dire durée de l'ensemble des arrêts de travail depuis la déclaration de la grossesse jusqu'à l'accouchement (en semaines) :

..... (date de début de l'arrêt de travail si non calculé)

b) De façon générale, comment avez-vous vécu votre grossesse :

Très mal

Mal

Bien

Très bien

c) De façon générale, comment avez-vous vécu l'accouchement

Très mal

Mal

Bien

Très bien

3) La visite post natale :

a) Avant ce questionnaire vous a-t-on déjà parlé de la visite post natale? (y compris pour une autre grossesse)

- Oui
- Non

b) Qui allez-vous consulter à la visite post natale? (une seule réponse possible) :

- Gynécologue obstétricien hospitalier
- Gynécologue en ville
- Médecin généraliste
- Sage-femme
- PMI

c) Quelle est la (quelles sont les) raison(s) principale(s) de ce choix (plusieurs réponses possibles) :

- Car ce médecin (ou cette sage-femme) a suivi ma grossesse
- il a fait mon accouchement (si obstétricien)
- pour la proximité géographique
- sur recommandation de l'hôpital ou du gynécologue hospitalier
- sur recommandation de votre médecin traitant, ou de votre gynécologue en ville
- Pour le délai de rendez-vous (plus court)
- Il est facile de lui poser les questions, il me connaît bien
- Il me paraît plus compétent pour faire la visite post natale
- pour le tarif de la consultation.
- Je peux consulter pour une autre raison médicale (si médecin généraliste; par exemple vaccin ou examen de l'enfant).
- Je n'ose pas me faire examiner par mon médecin traitant
- Je préfère être examinée par une femme
- Je préfère être examinée par un homme

Mon médecin traitant ne fait pas d'examen gynécologique

Si vous n'avez jamais fait de visite post natale ou si vous en avez fait une avec un autre médecin ou sage-femme, arrêtez le questionnaire ici, sinon répondez aux questions suivantes.

4) Si vous avez déjà eu une visite post-natale avec le/la même médecin/Sage-femme :

a) Il y a combien d'années ?

.....

b) Quel était le délai du rendez-vous par rapport à l'accouchement ? (semaines)

.....

c) Etes-vous venue :

Seule

Avec le papa

Avec le bébé

Les deux

d) La visite post-natale était-elle le seul motif de consultation ?

Oui

Non

e) Quels points ont été abordés par vous ou le médecin (même si cela n'était qu'une seule question ou une seule phrase) ; si non, lesquels auriez-vous aimé aborder ?

Vécu de l'accouchement :

Oui

Non

Non, mais j'aurais voulu en parler

Choix ou reprise d'une contraception :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

Incontinence urinaire :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

Rééducation du post partum (périnée) :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

Si allaitement maternel : conseils, complications, si pas d'allaitement maternel : simple information ou évocation :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

Information complémentaire sur les complications du post-partum (Hypertension artérielle, phlébites, infections, hémorroïdes...) :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

Saignement/écoulement vaginal anormal :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

Retour des règles :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

Difficultés sur le plan sexuel (douleurs pendant les rapports, baisse du désir sexuel) :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

La reprise ou l'arrêt du travail :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

Le moral, le sommeil :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

L'alimentation, le poids :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

Frottis :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

Résultat ou prescription de prise de sang :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

Vaccinations (en dehors de l'enfant) :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

Relation mère-enfant :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

Nouvelle grossesse (projet) :

- Oui
- Non
- Non, mais j'aurais voulu en parler

Autre (préciser) :

f) Vous a-t-on fait ou proposé un examen gynécologique ?

- Oui Non

Annexe D

Données recueillies dans le dossier médical (26 items)

D.1 Administratif/social

- Age actuel
- Adresse (commune) : puis calcul de la distance par rapport à Fécamp en kilomètres.
- Profession actuelle :
- situation maritale : Mariée/Concubine/Célibataire/Divorcée ou Séparée

D.2 Gynéco pre-partum

- Suivi de la grossesse hors huitième mois (si plusieurs intervenants prendre celui le plus consulté), parmi Gynécologue obstétricien hospitalier/Gynécologue en ville/Médecin généraliste/Sage-femme/PMI, planning familial/Pas de suivi.
- Si gynéco-obstétricien hospitalier : Suivi "public"/Suivi exclusivement "privé"
- gestité
- parité
- Procréation médicalement assistée ? : oui/non

- Grossesse multiple : : oui/non
- Pathologie obstétricale prepartum : oui/non
- Grossesse désirée : oui/non

D.3 Accouchement

- Terme (en Semaines d'aménorrhée)
- Voie : voie-basse/césarienne
- Si voie basse, opérateur : Sage-femme/gynécologue obstétricien hospitalier/non concerné
- Si obstétricien, préciser : Accouchement "privé"/Complication de l'accouchement/Les deux/non concerné
- Déclenchement : oui/non.
- Accouchement/Césarienne en urgence : Oui/Non
- Anesthésie : Sans ou locale/péridurale ou rachianesthésie/anesthésie générale.
- Réanimation : Aucune/Mère/Enfant/Les deux

D.4 Suites de couche immédiates

- Suites immédiates en : Maternité/Unité Kangourou
- Suites de Couche maternelles : Simples/compliquées.
- Allaitement souhaité : Artificiel/Maternel/Non concerné
- Si allaitement maternel : nécessité de complément artificiel : oui/non
- Sortie contre avis médical : oui/non
- Durée du séjour en suite de couches (jours)

Annexe E

Références d'articles traitant des problématiques médicales de la période postnatale

Voici à titre indicatif des articles non cités traitant de ces données :

- Prise en charge de l'incontinence urinaire et fécale (Boyle [31])
- Dépistage de la dépression du *post partum* (Stowe [32])
- Contraception du *post partum* (Glazer [33])
- Sexualité (Johnson [34])

Bibliographie

- [1] *Article R2122-3 du Code de la Santé Publique*, Journal Officiel de la République Française n°122, 27 mai 2003.
- [2] *”Comment mieux informer les femmes enceintes ?” Recommandations pour les professionnels de santé*, pages 63–64. ANAES, avril 2005.
- [3] E. Darai and F. Vendittelli. *Directive qualité - Contenu minimum obligatoire d’un dossier de consultation en gynécologie*, pages 3–4. CNGOF, janvier 2010.
- [4] *Article L4151-1 du Code de la Santé Publique*, Modifié par LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 86.
- [5] INSEE. Définitions et méthodes - nomenclature des professions et catégories socioprofessionnelles/pcs. <http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/nomencl-prof-cat-socio-profes.htm>.
- [6] DREES. *Etudes et Résultats - La situation périnatale en France en 2010. Premiers résultats de l’enquête nationale périnatale*. Number 775. DREES, Octobre 2011.
- [7] DREES. *Etudes et Résultats - Les maternités en 2010. Premiers résultats de l’enquête nationale périnatale*. Number 776. DREES, Octobre 2011.
- [8] *PLAN « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité*, page 1. Ministère de la Santé, novembre 2004.
- [9] *Atlas de la démographie médicale en région Haute-Normandie. Situation au 1er janvier 2009*, pages 15–16. CNOM, 2009.

- [10] INSEE. Fécondité totale, fécondité selon le groupe d'âges de la mère et âge moyen des mères à l'accouchement. http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=bilandemo3.
- [11] Lionel Doisneau. Une femme accouche en moyenne à 14 kilomètres de son domicile. *INSEE Première*, 903, juin 2003.
- [12] Audrey Baillot and Franck Evain. *Les maternités : un temps d'accès stable malgré les fermetures*, page 2. DREES, 2012.
- [13] INSEE. Rp2009 (recensement de la population). <http://www.insee.fr/fr/bases-de-donnees/es1/comparateur.asp?codgeo=COM-76259&codgeo=DEP-76>, 2009.
- [14] *Image de l'Hôpital-Clinique du Pays des Hautes Falaises auprès des habitants, des professionnels de santé et des personnels du CHI - Synthèse des principaux enseignements*, pages 7–8. Number FG/AM N°18011. 2010.
- [15] IFOP. Image de l'hôpital-clinique du pays des hautes falaises, 2010.
- [16] *Préparation à la naissance et à la parentalité*. HAS - Recommandations professionnelles, novembre 2005.
- [17] Jane Gunn, Judith Lumley, and Doris Young. The role of the general practitioner in postnatal care : a survey from australian general practice. *British Journal of General Practice*, 48 :1570–1574, septembre 1998.
- [18] Ewa Piejko. The postpartum visit the post partum visit : why wait 6 weeks? *Australian Family Physician*, 35(9) :674–678, Sept 2006.
- [19] E. Nelson, DO. Brannagain, B. McCabe, and D. Moran. The six week postnatal check : women's choice of service provider. *Irish Medical Journal*, 95(10) :302–304, Nov-Dec 2002.
- [20] Maternity and infant care services. http://www.citizensinformation.ie/en/health/women_s_health/maternity_and_infant_welfare_services.html, 05 2012.

- [21] *Article L162-5-3 du Code de la Sécurité Sociale*, Créé par Loi n°2004-810 du 13 août 2004 - art. 7 JORF 17 août 2004, Modifié par Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 - art. 80 (V).
- [22] *Article D162-1-7 du Code de la Sécurité Sociale*, Créé par Décret n°2005-1369 du 3 novembre 2005 - art. 1 JORF 4 novembre 2005 en vigueur le 1er janvier 2006.
- [23] *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*. Haute Autorité de Santé, mai 2007.
- [24] D Phillips and F Brooks. Women patients' preference for female or male gps. *Family Practice*, 15(6) :543–547, 1998.
- [25] Atie van Den Brink-Muinen, Dinny H. de Bakker, and Jozien M Bensing. Consultation for women's health problems : factors influencing women's choice of sex of general practitioner. *British Journal of General Practice*, 44 :205–210, Mai 1994.
- [26] Ministère de la Santé et des Solidarités - Direction générale de la Santé. *Carnet de santé maternité*, Décembre 2006.
- [27] *La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : Pour un nouveau plan périnatalité*, page 102. Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville - Haut Comité de la Santé Publique, janvier 1994.
- [28] Esther Suter and Julia Arndt et al. Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. *Journal of Interprofessional Care*, 23(1) :41–51, Janvier 2009.
- [29] *La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Haute-Normandie*, page 38. CNOM, juin 2011.
- [30] Ministère des affaires sociales et de la santé. *Arrêté du 10 juillet 2012 déterminant pour la période 2012-2016 le nombre d'internes en médecine à former par spécialité et par subdivision*, number 19, juillet 2012.

- [31] R Boyle, EJC Hay-Smith, JD Cody, and S Mørkved. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women (review). *The Cochrane Library*, 10, 2012.
- [32] Zachary N. Stowe, Amy L. Hostetter, and D. Jeffrey Newport. The onset of postpartum depression : Implications for clinical screening in obstetrical and primary care. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 192 :522–6, 2005.
- [33] Ariella B. Glazer, Abigail Wolf, and Nicolle Gorby. Postpartum contraception : needs vs. reality. *Contraception*, 83 :238–241, 2011.
- [34] Crista E. Johnson. Sexual health during pregnancy and the postpartum. *The Journal of Sexual Medicine*, 8 :1267–1284, 2011.

Summary

Background : The women's choice and their reasons for choosing a practitioner for the postnatal visit (PNV) have been seldom investigated.

Method : For the cross-sectional study, we used a questionnaire and medical records, to define the selections from 132 women in postnatal care unit inside a grade 1 maternity. The primary outcome was to find out reasons that influence women's choice for the specialist at the PNV. The secondary outcome was to define the main items among 22 PNV with the same practitioner.

Results : The main reason is pregnancy following, indicated by 101 women (76,5%). Usual gynecologic care was significantly associated with practitioner choice ($p < 0,0001$). Obstetrician from hospital was indicated by 78 women out of 132 (76,5%), with following specific reasons : competence for the visit ($p < 0,05$), bad feeling of delivery, « private » delivery, and among intermediate workers (Fisher's exact test). General practitioner was designated by 28 women (21,2%), with following specific reasons : familiarity ($p < 0,05$), old routine care ($p = 0,02$), visit delay and opportunity to discuss other medical subject ($p < 0,05$). Midwife and liberal gynecologist were designated by 13 women (9,85%) each. PNV mainly introduces menses (90,9%), family planning, cervical smear test and gynecologic examination (86,4%).

Conclusions : Women's care provider choice for the postnatal visit is influenced by perinatal and routine care factors. PNV integrates with the patients' whole medical care ; we have to promote the general practitioner's role.

Keywords (MeSH) : postnatal care, ambulatory care, choice behavior, obstetric delivery, data collection.

Résumé

Contexte : Le choix du spécialiste par les patientes pour la visite postnatale (VPN) et ses raisons sont des données peu explorées.

Méthode : Dans une étude transversale *via* un questionnaire et les dossiers médicaux, nous avons recensé les désignations de 132 patientes en suites de couches dans une maternité de niveau 1. Le critère principal de l'étude était d'identifier des raisons influençant le choix du spécialiste désigné pour la VPN. Le critère secondaire décrivait le contenu de 22 VPN effectuées avec le même spécialiste.

Résultats : Le suivi de la grossesse est le motif principal exprimé par 101 patientes (76,5%). Le suivi gynécologique habituel est significativement associé au choix du spécialiste ($p < 0,0001$). Le gynécologue obstétricien hospitalier a été désigné par 78 patientes (59,1%), avec pour raisons spécifiques la compétence pour la visite ($p < 0,05$), le mauvais vécu de l'accouchement, un accouchement « privé » et parmi les professions intermédiaires (test exact de Fisher). Le médecin généraliste a été désigné par 28 patientes (21,2%) avec pour raisons spécifiques la familiarité ($p < 0,05$), l'ancienneté du suivi ($p = 0,02$), le délai de rendez-vous et la possibilité de consulter pour une autre raison médicale ($p < 0,05$). La sage-femme et le gynécologue libéral furent désignés par 13 patientes (9,85%) chacun. La visite postnatale aborde principalement le retour de couches (90,9%), la contraception, le frottis et l'examen gynécologique (86,4%).

Conclusions : La désignation du spécialiste pour la VPN est influencée par des facteurs périnataux et du suivi habituel. La visite s'inscrit dans le suivi global de la patiente; le rôle du médecin généraliste est à mettre en valeur.

Mots-clés (MeSH) : prise en charge postnatale, soins ambulatoires, comportement de choix, accouchement, collecte de données.