FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2018 **N°**

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

par

Joy SZERMENT

NÉE LE 14 Juin 1990 À BOURGES (18)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 09 Octobre 2018

Prise en charge de la consultation postnatale par les médecins généralistes de Normandie

Président du jury : Monsieur le Professeur Luc-Marie JOLY

Membres du jury : Monsieur le Professeur Vincent LAUDENBACH

Monsieur le Docteur Matthieu SCHUERS

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Arnaud DEPIL DUVAL

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017-2018

U.F.R DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESSEURS : **Professeur Michel GUERBET**

Professeur Benoit VEBER

Professeur Pascal JOLY

Professeur Stéphane MARRET

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle **APTER**	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie plastique
Mr Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal **BENHAMOU**	HCN	Médecine interne
Mr Jacques **BENICHOU**	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
Mme Sophie **CANDON**	HCN	Immunologie
Mr François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Philippe **CHASSAGNE** (détachement)	HCN	Médecine interne (gériatrie) – Détachement
Mr Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas **CORNU**	HCN	Urologie
Mr Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
Mr Pierre **CZERNICHOW** (surnombre)	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition

Mr Stéphane **DERREY**	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric **DI FIORE**	CB	Cancérologie
Mr Fabien **DOGUET**	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean **DOUCET**	SJ	Thérapeutique – Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
Mr Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie orthopédique – Traumatologique
Mr Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie – Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric **DURAND**	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
Mr Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
Mr Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie – Neurochirurgie
Mr Jean-François **GEHANNO**	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
Mr Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mr Dominique **GUERROT**	HCN	Néphrologie
Mr Olivier **GUILLIN**	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
Mr Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
Mr Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal **JOLY**	HCN	Dermato – Vénéréologie
Mme Bouchra **LAMIA**	Havre	Pneumologie
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
Mr Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
Mme Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie
Mr Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie cardiaque
Mr Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mr David **MALTETE**	HCN	Neurologie

Mr Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle **MARIE**	HB	Médecine interne
Mr Jean-Paul **MARIE**	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie-Obstétrique
Mr Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato-gastro-entérologie
Mr Benoit **MISSET**	HCN	Réanimation médicale
Mr Jean-François **MUIR** (surnombre)	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermato- Vénéréologie
Mr Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
Mr Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie-Virologie
Mr Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan **PREVOST**	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe **RICHARD**	HCN	Réanimation médicale – Médecine d'urgence
Mr Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie – Obstétrique
Mr Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato- gastrologie
Mme Céline **SAVOYE-COLLET**	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale **SCHNEIDER**	HCN	Pédiatrie
Mr Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mr Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
Mr Christian **THUILLEZ** (surnombre)	HB	Pharmacologie
Mr Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
Mr Gilles **TOURNEL**	HCN	Médecine légale
Mr Olivier **TROST**	HCN	Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
Mr Jean-Pierre **VANNIER** (surnombre)	HCN	Pédiatrie génétique
Mr Benoit **VEBER**	HCN	Anesthésiologie – Réanimation chirurgicale
Mr Pierre **VERA**	CB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric **VERIN**	HB	Service santé réadaptation

Mr Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie – Obstétrique
Mr Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
Mme Marie-Laure **WELTER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Valérie **BRIDOUX HUYBRECHTS**	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Neurophysiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
Mr Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
Mr Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie cellulaire
Mr Thomas **MOUREZ**	HCN	Virologie
Mr Gaël **NICOLAS**	HCN	Génétique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëtitia **ROLLIN**	HCN	Médecine du travail
Mr Mathieu **SALAUN**	HCN	Pneumologie
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie
Mr David **WALLON**	HCN	Neurologie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mr Thierry **WABLE**	UFR	Communication
Mme Mélanie **AUVRAY-HAMEL**	UFR	Anglais

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
Mr Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre **GOULLE** (Professeur émérite)	Toxicologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi **VARIN** (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie générale et minérale
Me Jérémy **BELLIEN** (MCU-PH)	Pharmacologie
Mr Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie galénique
Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
Mme Camille **CHARBONNIER (LE CLEZIO)**	Statistiques
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Cécile **CORBIERE**	Biochimie
Mr Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Dominique **DUTERTRE-BOUCHER**	Pharmacologie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique

Mr Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla **EL GHARBI-HAMZA**	Chimie analytique
Mme Marie-Laure **GROULT**	Botanique
Mr Hervé **HUE**	Biophysique et mathématiques
Mme Laëtitia **LE GOFF**	Parasitologie – Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
M. Jérémie **MARTINET** (MCU-PH)	Immunologie
Mme Marine **MALLETER**	Toxicologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Tiphaine **ROGEZ-FLORENT**	Chimie analytique
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile **GUERARD-DETUNCQ**	Pharmacie officinale
Mr Jean François **HOUIVET**	Pharmacie officinale

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**	Anglais

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Anne-Sophie **CHAMPY**	Pharmacognosie
M. Jonathan **HEDOUIN**	Chimie organique
Mme Barbara **LAMY-PELLETER**	Pharmacie Galénique

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**	Chimie générale et minérale
Mr Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
Mr Roland **CAPRON**	Biophysique
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation et économie de la santé
Mme Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
Mr Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
Mr Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
Mr Michel **GUERBET**	Toxicologie
Mr François **ESTOUR**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mr Mohamed **SKIBA**	Pharmacie galénique
Mr Rémi **VARIN**	Pharmacie clinique
Mr Philippe **VERITE**	Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PH-PH)	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-PH)	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mr Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mr Pascal **BOULET**	UFR	Médecine générale
Mr Emmanuel **HAZARD**	UFR	Médecine générale
Mme Marianne **LAINE**	UFR	Médecine générale
Mme Lucile **PELLERIN**	UFR	Médecine générale
Mme Yveline **SEVRIN**	UFR	Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Serguei **FETISSOV** (med)	Physiologie (ADEN)
Mr Paul **MULDER** (phar)	Sciences du médicament
Mme Su **RUAN** (med)	Génie informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil **ADRIOUCH** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE** (med)	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine **CLEREN** (med)	Neurosciences (Néovasc)
Mr Sylvain **FRAINEAU** (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline **GAILDRAT** (med)	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
Mr Nicolas **GUEROUT** (med)	Chirurgie expérimentale
Mme Rachel **LETELLIER** (med)	Physiologie
Mme Christine **RONDANINO** (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Antoine **OUVRARD-PASCAUD** (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric **PASQUET**	Sciences du langage, orthophonie
Mme Isabelle **TOURNIER** (med)	Biochimie (UMR 1079)

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique **DELAFONTAINE**

HCN – Hôpital Charles Nicolle	HB – Hôpital de Bois Guillaume
CB – Centre Henri Becquerel	CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray
CRMPR – Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation	SJ – Saint Julien Rouen

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.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas d'usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque. »

Remerciements

A Arnaud, merci d’avoir accepté d’être mon directeur de thèse. Je te remercie de m’avoir fait découvrir et aimer les urgences. Et surtout merci pour ton aide dans l’élaboration de ce travail.

Au Professeur Joly, merci de me faire l’honneur d’être mon président de jury.

Au Professeur Laudenbach et au Docteur Schuers, merci d’avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Au Docteur De Golmard, pour votre aide et votre implication pour ce travail.

A tous les médecins généralistes d’avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire de thèse, permettant l’élaboration de ce travail.

A ma maman, pour tes nombreux allers-retours pendant mes études, pour ton investissement et ton aide physique et psychique. Merci pour ton écoute et ton soutien indéfectibles depuis maintenant 28 ans.

A mon papa, d'avoir insisté et de t'être battu pour concours sup. Merci pour ces assiettes d'apéritif pendant ces longues révisions dans cette fameuse cabane ; les sorties mer-scooter pendant mes pauses qui ne devaient pas excéder plus d'une heure. Mais surtout merci pour ta présence, ton réconfort, et ton soutien pendant toutes ces années, qui sont si précieux à mes yeux.

Merci à vous de m'avoir supportée et d'avoir pris soin de moi. Parce que sans vous, tout serait différent. Sans vous, je n'y serais jamais arrivée. Cette journée est donc la vôtre aussi. Je vous aime très fort.

A mon frère, à qui j'ai empêché de monter le volume de la télévision et de jouer à la corde à sauter pendant les étés de mes révisions. Merci pour ton aide et ton implication qui ne furent pas faciles pour toi.

A Justine et Pauline, sans qui, cette thèse ne serait rien du tout. MERCI pour votre soutien et pour tous vos conseils. Merci d'avoir été là et d'être encore là. Une belle amitié. Merci pour tous ces moments de détente et de rigolade permettant de travailler dans des conditions idéales.

Merci pour cette idée de thèse en échange d'un cathéter finalement non posé !

A Martin, une belle trouvaille pendant ce 1er semestre à l'internat, autour de nombreux verres, et surtout de bières. Merci pour ces soirées tardives, et pour bien d'autres à venir.

A Johnny, mon voisin de chambre, une très belle rencontre dans cet internat et une amitié certaine. Merci pour toutes ces discussions et ces moments passés ensemble ; merci pour ton aide et ton soutien sans faille. Sans oublier ces zouks endiablés …

A Julie B, pour tous ces moments de sport, de détente et de soutien. Un grand merci pour ce que tu as fait !

A Julie et Laurine, mes chères amies de lycée, de toujours être là malgré la distance qui nous sépare.

A la caserne d'Evreux, pour m'avoir appris les bases de l'urgence, et pour ces nombreuses interventions tant variées qu'enrichissantes.

Merci de m'avoir retenue tant de fois, m'évitant ainsi de travailler ma thèse. Mais d'avoir cependant, au moins essayé de me motiver à aller travailler ; beaucoup d'efforts pour peu de rendements. Merci pour cette « vie » de caserne chère à mon cœur.

Au Docteur Lebrun, de m'avoir comprise en quelques fractions de secondes et d'avoir exaucé mon rêve.

Aux nombreuses personnes auxquelles j'ai refusé de venir aux différentes soirées pour pouvoir travailler cette thèse. Merci de votre compréhension, parce que maintenant cela va être possible.

A mes professeurs de lycée qui m'ont dit que je ne réussirai jamais. Je suis heureuse de leur donner tort aujourd'hui.

Enfin, merci à toi, Guillaume, parce que malgré une histoire débutante, tu as su être là, me réconforter, m'épauler et me motiver quand je n'en avais absolument pas envie. Merci de m'avoir supportée pendant ces moments (très) difficile. Merci pour tout ce que tu m'apportes au quotidien. Je t'aime.

Table des matières

Serment d'Hippocrate…….…. 12

Remerciements……..…13

Table des matières…….16

Liste des abréviations ……...19

I. Introduction…….....20

A. La consultation postnatale……21
   1. Définition
      a. Le post-partum
      b. La consultation postnatale
   2. Les objectifs de la consultation postnatale selon les recommandations
      a. Interrogatoire
      b. Examen général
      c. Examen gynécologique
   3. Prescription lors de la consultation postnatale

B. Les troubles psychiques du post-partum……26
   1. Le blues du post-partum
   2. La dépression postnatale
   3. La psychose puerpérale

C. La contraception……29
   1. Particularités du post-partum
   2. Les différentes méthodes utilisables dans le post-partum
      a. Estroprogestatifs
      b. Progestatifs
      c. Dispositifs intra-utérins
      d. Méthodes barrières
      e. Méthodes naturelles
   3. Intérêt de la consultation postnatale

D. Rééducation périnéale dans le post partum……...33
1. Généralités
2. Indications et non-indications
3. Modalités de prescription et de réalisation de la rééducation périnéale

E. Les vaccinations……..…..35
1. La coqueluche
2. La grippe saisonnière
3. La rubéole
4. La varicelle

F. L'allaitement maternel……...38
1. Lésions et douleurs du mamelon
2. L'engorgement mammaire
3. La mastite
4. L'abcès du sein

II. Matériel et Méthode……42

A. Type d'étude……...42
B. Population étudiée……42
1. Critères d'inclusion
2. Critères d'exclusion

C. Recueil de données……..43
D. Analyse des données……43
E. Objectifs……..43

III. Résultats……...44

A. Profil des médecins généralistes……44
1. Caractéristiques de la population étudiée
2. Analyse de leur activité

B. Connaissances et pratiques générales……..…48
C. Connaissances et pratiques sur la contraception……..49
D. Connaissances et pratiques sur les troubles psychiques du post-partum……51
E. Connaissances et pratiques de la rééducation périnéale……53
F. Connaissances et pratiques des vaccinations……...53
G. Connaissances et pratiques de l'allaitement maternel……..54
H. Connaissances et pratiques pendant la consultation postnatale……55
I. Opinions et ressentis des médecins généralistes normands……...56

IV. Discussion……...58

A. Discussion des résultats……58
1. En ce qui concerne le profil des médecins généralistes
2. En ce qui concerne les connaissances et les pratiques générales des médecins généralistes
3. En ce qui concerne la contraception
4. En ce qui concerne les troubles psychiques du post-partum
5. En ce qui concerne la rééducation périnéale
6. En ce qui concerne les vaccinations
7. En ce qui concerne l'allaitement
8. En ce qui concerne la consultation postnatale
9. En ce qui concerne le ressenti des médecins généralistes

B. Les limites et les biais……67
C. Les perspectives……68

V. Conclusion……72

Annexes……....73

Bibliographie……...83

Résumé……...85

Liste des abréviations

AINS : Anti-inflammatoire non stéroïdien

DES : Diplôme d'étude spécialisé

DIU : Dispositif intra-utérin

FCV : Frottis cervico-vaginal

HAS : Haute autorité de santé

IMC : Indice de masse corporel

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

IST : Infection sexuellement transmissible

IVG : Interruption volontaire de grossesse

MAMA : Méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée

NFS : Numération formule sanguine

OMS : Organisation mondiale de la santé

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

INTRODUCTION

La grossesse et l'accouchement font partie des moments importants de la vie d'une femme. Après ces deux périodes, de nombreux changements ont lieu, à la fois d'un point de vue physique mais aussi psychologique.

La femme devient mère et les relations mère-enfant vont se créer progressivement. Cependant, si la mère n'est pas dans un état de santé optimal, les relations mère-enfant vont se trouver altérées et l'enfant mal se développer.

Il est donc important de prendre en charge la femme de façon globale.

C'est lors de la consultation postnatale que le professionnel de santé va prendre en charge la femme de façon individuelle.

En effet, après une naissance, les acteurs de santé sont vite centrés sur l'enfant et non sur la mère. Or, il est fondamental que cette consultation soit exclusivement dédiée à la femme, pour pouvoir prendre le temps d'aborder et de discuter avec elle des différents problèmes pouvant survenir.

La visite postnatale est donc un temps important, qui a pour objectif une prise en charge transversale, dictée par les nouvelles recommandations de 2015.

Les troubles psychiques du post-partum doivent être recherchés pour ainsi éviter l'installation d'une dépression maternelle. Le médecin devra aborder le sujet de la contraception, adaptée aux besoins de la femme et du couple.

Devant les contraintes physiques et les modifications anatomiques de la grossesse et de l'accouchement, le médecin devra évaluer la prescription d'éventuelles séances de rééducation périnéo-sphinctérienne.

Le médecin doit aussi penser à promouvoir l'allaitement maternel et dépister ses complications pour ainsi éviter son arrêt précoce. De plus, les vaccinations devront être vérifiées.

Si ces différents points ne sont pas pris en charge de façon correcte, nous pouvons faire face à de multiples dépenses de santé : une consommation médicamenteuse et des arrêts de travail pour cause de dépression maternelle, des interruptions médicales de grossesse pour une contraception non prise ou mal adaptée, des coûts de prescriptions inutiles lorsque la rééducation périnéale est prescrite systématiquement.

Tous ces points sont donc un enjeu majeur de santé publique.

Cette visite postnatale peut être effectuée par différents professionnels de santé, dont le médecin généraliste, qui va donc avoir un rôle important de dépistage et de prévention.

Or, sont-ils formés à cette prise en charge globale ?

L'objectif de cette étude est de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes de Normandie sur la prise en charge des femmes lors de la consultation postnatale.

L'objectif secondaire est de connaitre le nombre de consultations postnatales que réalisent les médecins généralistes normands.

A. La consultation postnatale

1. Définitions

a. Le post-partum

Le terme « post-partum » provient du latin. Post signifiant « après » et partus signifiant « accouchement ».

Cela correspond donc à la période allant de la fin de l'accouchement jusqu'au retour des menstruations, communément appelée « retour de couches ».

Ce retour de couches survient en moyenne, 6 à 8 semaines après l'accouchement.

Pendant cette période de nombreux changements ont lieu, à la fois d'un point de vue physique, psychique, hormonal et familial. C'est une période charnière, où la relation mère-enfant se construit. Le post-partum est donc une période vulnérable et fragile, à risque de difficultés, et parfois de complications, liées aux bouleversements de tous les repères, en particulier lorsqu'il s'agit d'un premier enfant. Pour ces raisons, cette période mérite un suivi et une attention particulière. [1]

b. La consultation postnatale

La visite postnatale est obligatoire et doit être réalisée dans les 8 semaines après l'accouchement. (Article R.2122-3 du code de la santé publique).

Cette consultation est réservée à la mère et elle est prise en charge à 100% par la Sécurité Sociale dans le cadre de l'Assurance Maternité.

Elle peut être effectuée par un médecin gynécologue obstétricien, un gynécologue médical, un médecin généraliste ou une sage-femme en cas de grossesse normale et d'accouchement eutocique. En cas de complications obstétricales, elle est assurée par un gynécologue obstétricien. [2]

Cette consultation postnatale est un moment essentiel qui permet de faire un bilan de la période du post-partum. Elle clôture ainsi le suivi de grossesse.

2. Les objectifs de la consultation postnatale selon les recommandations [3]

Le but de cette consultation postnatale est de faire le point sur les problèmes physiques et psychiques maternels lors de l'accouchement et du post-partum.

C'est un moment d'échange qui permet à la femme devenue mère d'exprimer son vécu, ses craintes et ses interrogations éventuelles.

Ainsi, un interrogatoire et un examen clinique sont réalisés et de nombreuses informations sont communiquées afin de pouvoir répondre à leurs interrogations éventuelles.

a. Interrogatoire

L'interrogatoire vise en premier lieu à rechercher des symptômes gynécologiques et généraux.

Puis, le médecin devra aborder différents points lors de cette visite postnatale.

Tout d'abord, le médecin devra évaluer **l'état psychique** de la mère et la qualité de la relation mère-enfant. Ainsi il pourra dépister des signes évocateurs d'une dépression postnatale. [1]

La réalisation d'un bilan bref de l'état de santé de l'enfant depuis sa sortie de la maternité pourra être effectuée et des conseils sur son rythme de vie pourront être apportés à la maman.

Le médecin devra faire le point avec la patiente sur **l'allaitement maternel** et la soutenir dans la poursuite de cet allaitement qui est bénéfique tant à la mère qu'au nouveau-né.

De plus, il est délicat mais important d'aborder la question de la **sexualité** au sein du couple et des éventuels problèmes rencontrés.

C'est lors de cette consultation que le professionnel de santé recherchera l'existence **d'une incontinence urinaire d'effort et/ou une incontinence anale**, permettant de prescrire éventuellement une rééducation périnéale.

Puis, la consultation postnatale sera l'occasion d'évaluer la tolérance, l'observance et la satisfaction de la **contraception** prescrite à la sortie de la maternité. Il faudra demander à la patiente si elle a déjà eu son retour de couches et les informer sur les risques de grossesses rapprochées et donc de l'intérêt de cette contraception.

Enfin, la reprise du **tabac** en post-partum est très fréquente, tout comme la consommation d'**alcool** et éventuellement de drogues. [3]

Ainsi, il est recommandé d'encourager la patiente, et son conjoint, à cesser la consommation de tabac, d'alcool et de drogues. On pourra les orienter vers un professionnel de santé spécialisé si besoin.

b. Examen général

Il est recommandé de pratiquer un examen ciblé sur les symptômes décrits par la patiente.

La patiente doit être pesée afin de déterminer l'évolution du **poids** depuis l'accouchement. L'objectif est un retour au poids pré-conceptionnel dans les 6 mois après l'accouchement.

En cas d'IMC pré-conceptionnel > 25, de prise de poids excessive pendant la grossesse ou de perte de poids insuffisante à 6 mois, il est recommandé de conseiller une prise en charge active, comme l'activité physique et les mesures diététiques, visant à atteindre un IMC entre 18 et 25.

L'examen des **membres inférieurs** pourra être effectué afin de rechercher une insuffisance veineuse et éliminer une thrombose veineuse superficielle ou profonde.

c. Examen gynécologique

L'examen gynécologique n'est pas systématique et est réalisé sur signes d'appel.

L'examen des **seins** permettra de rechercher une éventuelle complication de l'allaitement maternel ou la présence de nodules.

L'inspection de la **vulve** pourra mettre en évidence une éventuelle béance vulvaire, une épisiotomie ou une déchirure mal cicatrisée.

Un **frottis cervico-vaginal (FCV)** est recommandé si le précédent était normal et datait de plus de 2 ans, ou en cas de frottis pathologique avant ou en début de grossesse [3].

Cependant, la Haute autorité de santé (HAS) recommande quant à elle un FCV tous les 3 ans après deux frottis normaux à un 1 an d'intervalle. [4]

L'évaluation, par le toucher vaginal, de la force des muscles du plancher pelvien par la contraction volontaire maximale des muscles périnéaux, encore appelée **testing,** n'est pas recommandée en post-partum car son utilité n'est pas démontrée pour la rééducation périnéale (il n'existe pas de corrélation entre le testing et l'efficacité sur l'incontinence).

3. <u>Prescription lors de la consultation postnatale</u>

La **numération formule sanguine (NFS)** systématique n'est pas recommandée. Elle est prescrite s'il existe des signes cliniques évoquant une anémie.

Le dosage du fer sérique et de la ferritinémie n'est pas recommandé, en dehors d'un bilan d'anémie.

La **contraception** sera prescrite si cela n'a pas été fait à la sortie de la maternité, ou pourra être modifiée si la patiente n'est pas satisfaite de celle déjà prescrite. Le choix de la contraception se fera en fonction du désir de la patiente et en tenant compte des contre-indications.

En cas d'incontinence urinaire et/ou anale, le professionnel de santé prescrira de la **rééducation périnéale,** cependant, il faudra préciser à la patiente, qu'elle ne devra être entreprise qu'en cas de persistance des symptômes 3 mois après l'accouchement.

Les **vaccins** seront à prescrire s'ils ne sont pas à jour chez la mère, et chez les proches pour la coqueluche en particulier.

Nous allons aborder maintenant, plus précisément chacun des thèmes de la consultation postnatale.

B. Les troubles psychiques du post-partum

Les décès d'étiologie psychiatrique restent l'une des premières causes de mort maternelle dans la première année de vie de l'enfant [5]

Nous allons donc aborder dans cette partie, les troubles psychiques les plus fréquemment rencontrés au cours d'un examen postnatal ainsi que les signes évocateurs et les différents moyens de les dépister.

1. Le Blues du post-partum ou « baby-blues » ou « syndrome du 3ème jour »

C'est un trouble de l'humeur très fréquent, avec une prévalence de 50 à 80% des naissances. [5]

Il survient entre le 3ème et le 6ème jour après l'accouchement. Il est transitoire, bénin et spontanément résolutif dans les 10 premiers jours.

Cependant, si les symptômes persistent, on parlera de dépression du post-partum. Il est donc important de dépister le baby blues et de le surveiller.

Les signes sont une anxiété, des pleurs, une labilité de l'humeur, une hypersensibilité et une irritabilité.

Un blues sévère est à risque de se poursuivre sous forme de dépression postnatale.

2. La dépression postnatale

La dépression du post-partum est fréquente, avec une prévalence d'environ 13% des naissances [5]. Elle débute généralement dans le mois qui suit l'accouchement.

Les principaux signes retrouvés sont une tristesse de l'humeur, un découragement, une culpabilité, l'autodépréciation vis-à-vis de soi-même et de l'enfant, un ralentissement psychomoteur, une anhédonie, une anxiété centrée sur l'enfant, des troubles du sommeil et de l'appétit.

Pourtant, elle passe souvent inaperçue car le diagnostic peut être difficile. Ces signes peuvent être attribués dans un premier temps aux manifestations physiologiques de la grossesse comme la fatigue, la modification d'appétit, ce qui peut prêter à confusion. De plus, la verbalisation des femmes atteinte de dépression postnatale est difficile.

Ainsi, à peine la moitié des femmes présentant une dépression postnatale sont dépistées en pratique clinique de routine [5]

Or, la dépression du post-partum a un impact négatif sur la mère et donc a fortiori, la dépression va altérer la qualité de la relation mère-enfant, ce qui peut avoir des effets délétères sur le développement du nouveau-né.

Pour éviter cela, il est primordial de la dépister, en recherchant tout d'abord ces différents facteurs de risque.

Les facteurs de risque de dépression du post-partum sont nombreux. Les principaux sont, toutes les interventions chirurgicales autour de la naissance, un épuisement et une mauvaise santé physique maternelle, les facteurs de risque psychosociaux comme les antécédents familiaux et personnels de trouble psychiques, les difficultés conjugales, l'isolement, les antécédents de violences et d'abus sexuels. Mais aussi des facteurs de risque liés à l'enfant, comme la prématurité, le handicap, les

grossesses multiples, un bébé inconsolable, agité et présentant des difficultés d'alimentation et du sommeil. [5]

Ces derniers sont parfois repérables dès la grossesse. Il est donc important, lorsque ces éléments ont été repérés au cours de la grossesse, de prévoir un suivi rapproché.

De plus, il existe un outil de dépistage, L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) [Annexe 1], qui est le plus fréquemment utilisé. Cependant, son utilisation systématique n'est pas recommandée.

Enfin, pour prévenir cette dépression du post-partum, des interventions psycho-sociales et psychologiques pour les femmes à risque peuvent être mises en place. Par exemple, des visites à domicile, un soutien téléphonique, des interventions individuelles et en groupe. Elles ont montré leur efficacité préventive sur le risque de développement de la dépression du post-partum.

De plus, les visites à domicile ont montré leur intérêt pour l'amélioration des interactions mère-enfant et le développement du nouveau-né [5]

3. La psychose puerpérale

C'est une pathologie rare mais grave, avec une prévalence de 1 à 2 cas pour 1000 accouchées [5].

Elle survient de façon brutale, le plus souvent dans la semaine qui suit la naissance, mais des accès peuvent survenir plus tardivement, vers 1 à 2 mois.

Les signes cliniques que l'on peut retrouver sont une agitation, une confusion mentale, des troubles délirants centrés sur l'enfant, avec des variations affectives extrêmes de type maniaque ou mélancolique. Il existe un risque suicidaire ou d'infanticide majeur.

Il s'agit donc d'une urgence psychiatrique, nécessitant une hospitalisation et un avis spécialisé immédiat.

A noter, que le risque de récidive aux grossesses suivantes est élevé (51 à 69%) [5]

C. La contraception

1. Particularités du post-partum

A la suite de l'accouchement, il existe un retour de fertilité à partir du 21ème jour après la naissance, une contraception devient donc nécessaire, pour éviter les grossesses rapprochées non souhaitée.

En France, les grossesses non désirées survenant dans le post-partum représentent 6% des IVG, soit près de 10 000 par an.

En 2007, environ 2% des femmes ayant eu recours à une IVG, ont eu une naissance vivante dans les 6 mois précédents et 4% ont eu un enfant 6 à 12 mois avant leur IVG. [6]

Il est donc recommandé de commencer cette contraception, prescrite à la sortie de la maternité, au plus tard 21 jours après la naissance.

Lors de la prescription, il faudra tenir compte de l'allaitement et du risque thromboembolique veineux, qui est majoré pendant la grossesse jusqu'à 6 semaines du post-partum.

Cependant pour les populations à risque de grossesses rapprochées et ayant le moins facilement accès aux soins, comme les adolescentes et les populations de bas niveau socio-économique, il est recommandé de préférer les contraceptions dites de « longue durée » type implant qui seront mises en place avant la sortie de la maternité. [6]

2. Les différentes méthodes utilisables dans le post-partum

Les contre-indications, les effets indésirables, et les différentes informations à donner à la patiente étant les mêmes en dehors du post-partum ne sont pas précisés volontairement ici.

a. Estroprogestatifs (pilule, anneau vaginal et patch transdermique)

Il est recommandé de ne pas utiliser d'estroprogestatifs avant 6 semaines en post-partum, en raison du risque thromboembolique accru de cette période.

De plus, il est recommandé d'évaluer la balance bénéfice-risque de cette utilisation entre la 6ème et la 12ème semaine du post-partum en cas de facteur de risque vasculaire. [6]

Les pilules de 1ère et 2ème générations sont à prescrire en première intention, car elles sont moins à risque thromboembolique que celles de 3ème et 4ème générations.

Pour les femmes qui allaitent, il est recommandé de ne pas utiliser une contraception estroprogestatif dans les 6 mois suivant l'accouchement.

b. Progestatifs (pilule, implant sous-cutané, injection intramusculaire)

Pour les femmes qui allaitent ou non, une contraception progestative peut être utilisée dès le post-partum immédiat, c'est-à-dire, à partir de 21 jours après l'accouchement, en l'absence de contre-indications. [7]

Les progestatifs non injectables ne sont pas associés à un risque thromboembolique veineux. [6]

Plus spécifiquement, l'implant est une méthode de longue durée d'action, car il est laissé en place pendant 3 ans. Ce qui est intéressant pour les femmes à risque de grossesse rapprochée.

Les injections intramusculaires, faites tous les 3 mois, ne sont pas recommandées en post-partum du fait de leur risque thromboembolique veineux. [6]

Les macro-progestatif per os sont, quant à eux hors AMM pour la contraception.

c. Dispositifs intra-utérins (DIU) (au cuivre et au lévonorgestrel)

Le DIU au lévonorgestrel a les mêmes indications que les contraceptifs progestatifs cités ci-dessus.

Les DIU peuvent être utilisés chez la femme allaitante ou non à partir de 4 semaines après l'accouchement selon la HAS [7]. Cependant, pour les DIU au lévonorgestrel, il s'agit d'une situation hors AMM avec un délai requis de 6 semaines après l'accouchement.

Or, selon les recommandations de 2015, une insertion immédiate peut être envisagée [6].

En pratique, ce sont les recommandations de la HAS qui sont le plus souvent suivies en raison du risque d'expulsion du DIU en post-partum immédiat.

Il est donc, recommandé de le prescrire à la sortie de la maternité pour pouvoir le poser à la consultation postnatale.

Il faudra être plus prudent lors de la pose, si la femme allaite car l'allaitement constitue le principal facteur de risque de perforation utérine. [6]

d. Méthodes barrières (préservatifs, diaphragme, cape cervicale, spermicides)

Diaphragme, cape cervicale et spermicides ne sont utilisables qu'à partir de 6 semaines après l'accouchement. [7]

L'efficacité contraceptive de ces méthodes barrières est moins bonne qu'avec les méthodes hormonales ou avec un dispositif intra-utérin. Elles nécessitent un apprentissage par un professionnel.

L'information sur le taux élevé d'échec de ces méthodes et le risque de grossesses non prévues devra être transmise à la patiente.

Pour rappel, le préservatif est le seul moyen préventif des infections sexuellement transmissibles, dont le SIDA.

Ceci explique que ces méthodes ne sont pas recommandées en post-partum, en dehors du préservatif masculin qui peut être utilisé sans restriction. [6]

e. Méthodes naturelles

Ces méthodes comprennent le retrait, l'abstinence périodique, l'auto-observation, et la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée.

Leur efficacité est médiocre et elles ne sont pas recommandées dans le post-partum.

Les méthodes d'abstinence périodique et d'auto-observation ne peuvent être utilisées qu'après 3 cycles de retour de règles et à condition d'avoir des cycles réguliers.

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) peut être utilisée à visée contraceptive pendant les 6 premiers mois. Pour être efficace, toutes les conditions suivantes doivent être réunies : l'allaitement maternel doit être exclusif, de jour comme de nuit, avec 6 à 10 tétées/jour, elles ne doivent pas être espacées de plus de 4 heures le jour et 6 heures la nuit, la femme doit être en aménorrhée et l'enfant ne doit pas avoir plus de 6 mois.

Si un ou plusieurs de ces critères ne sont pas respectés, il faudra utiliser une autre méthode contraceptive.

Avec cette méthode, le risque de grossesse est estimé <2% à 6 mois selon la HAS.

3. Intérêt de la consultation postnatale

Lors de cette visite postnatale, le professionnel de santé va réévaluer la contraception prescrite à la sortie de la maternité, en prenant compte de l'ensemble des facteurs de risques de la patiente, en particulier vasculaires.

Cette consultation va permettre de faire le point sur le type de contraception prescrite, son observance, ses effets indésirables, et de la réadapter éventuellement si la patiente n'en est pas satisfaite. Dans le cas contraire, son renouvellement sera effectué.

Elle peut aussi donner lieu à la pose d'un dispositif intra-utérin ou d'un implant.

D. La rééducation périnéale dans le post-partum

1. Généralités

Lors de la grossesse, et plus particulièrement lors de l'accouchement, le périnée est fortement sollicité pouvant donner lieu à de multiples traumatismes du plancher pelvien.

La consultation postnatale doit permettre de les rechercher pour pouvoir éventuellement prescrire une rééducation périnéale.

Cette rééducation sera prescrite si besoin lors de cette consultation postnatale, que l'accouchement ait eu lieu par voie basse ou par césarienne.

Dans la majorité des cas, elle est encore prescrite de manière systématique à toutes les femmes venant d'accoucher. Or, il existe des recommandations sorties en 2015 pour la pratique clinique, qui sont bien codifiées, et sur lesquelles nous allons nous pencher. [8]

2. Indications et non-indications

A noter tout d'abord que le diagnostic d'incontinence urinaire est retenu s'il n'y a pas de fistule vésico ou urétrovaginale, ni d'infection urinaire, ni de miction par regorgement.

Une rééducation périnéale du post-partum par des exercices de contractions volontaires des muscles du plancher pelvien est recommandée pour toutes les femmes ayant une incontinence urinaire ou anale persistante à 3 mois de l'accouchement.

Une rééducation précoce, avant 3 mois n'est pas recommandée. Dans 85% des cas l'incontinence urinaire a disparu spontanément à 3 mois du post-partum. [8]

Cette rééducation périnéale du post-partum n'est, par contre, pas recommandée pour :

- les femmes asymptomatiques, dans l'objectif de prévenir une incontinence urinaire à moyen ou long terme
- les patientes ayant eu une rétention urinaire du post-partum
- prévenir ou traiter un prolapsus ou des dyspareunies
- prévenir une incontinence anale en cas de périnée complet.

De plus, l'exercice « stop pipi » qui est fréquemment conseillé de réaliser pour prévenir ou traiter l'incontinence urinaire, n'est pas recommandé comme technique de rééducation.

3. Modalités de prescription et de réalisation de la rééducation périnéale

Si une rééducation périnéale du post-partum est indiquée, au moins 3 séances réalisées par un kinésithérapeute ou une sage-femme sont recommandées.

Cette rééducation sera complétée par des exercices de contractions volontaires des muscles du plancher pelvien faits par la patiente à domicile.

Dix séances de rééducation périnéale sont prescrites. Et elles sont prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie. [9]

Cette rééducation sera jugée efficace par la disparition de l'incontinence urinaire ou anale.

Par ailleurs, les patientes doivent être prévenues que l'efficacité de cette rééducation est éphémère. Des résultats ont été observés à court terme, c'est-à-dire à 1 an mais pas à long terme, soit 6-12 ans.

E. Les vaccinations

Il est recommandé de mettre à jour l'ensemble des vaccins, qui seront vérifiés et prescrits si besoin pendant le séjour en maternité. Une attention plus particulière sera portée à la coqueluche, la grippe, la varicelle et la rubéole.

Lors de la consultation postnatale, il faudra contrôler qu'ils aient bien été faits.

A noter, que l'allaitement n'est pas une contre-indication à ces différentes vaccinations.

1. La coqueluche

Le but de cette vaccination est de protéger l'enfant chez qui l'infection peut être grave.

Selon l'institut national de prévention et d'éducation de la santé (Inpes), « la coqueluche reste une des premières causes de décès par infection bactérienne communautaire chez le nourrisson de moins de 3 mois. Dans la majorité des cas, la personne à l'origine de la contamination est un parent ». [10]

Ceci justifie l'intérêt d'une vaccination par une dose de vaccin tétravalent, diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite, si la précédente vaccination pour la coqueluche date de plus de 10 ans. Un délai de 1 mois doit, par contre être respecté entre deux vaccinations contre la diphtérie-tétanos-poliomyélite.

Elle sera effectuée chez la mère en post partum immédiat si elle n'a pas été effectuée avant la grossesse, et chez les proches du nouveau-né qui n'auraient pas été vaccinés pendant la grossesse.

2. La grippe saisonnière

En post-partum, l'objectif du vaccin contre la grippe est de protéger la mère mais aussi le nouveau-né d'une éventuelle contamination maternelle.

Selon les recommandations de 2015, en période d'épidémie, il est recommandé de proposer la vaccination chez les femmes non vaccinées pendant la grossesse, et si l'enfant est fragile, en particulier le prématuré. [11]

3. La rubéole

Le but de cette vaccination est de prévenir une primo-infection maternelle lors d'une future grossesse.

Il est donc recommandé de vacciner après l'accouchement, les mères séronégatives avec une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole.

Il faudra éviter une nouvelle grossesse dans le mois qui suit la vaccination. La contraception systématique n'est plus recommandée.

4. La varicelle

L'objectif de vacciner les femmes en post-partum permet de les protéger d'une forme grave, plus fréquente chez l'adulte, mais permet aussi d'éviter une primo-infection lors d'une future grossesse qui aboutirait à une varicelle congénitale ou néonatale.

Selon les recommandations de 2015 sur les vaccinations dans le post-partum immédiat, il n'y a pas d'argument scientifique assez fort pour recommander une sérologie systématique après l'accouchement chez toutes les femmes sans antécédent pour la varicelle, suivie d'une vaccination pour les femmes séronégatives. A l'exception des femmes d'origine africaine, d'Europe centrale et de l'Est qui sont plus souvent séronégatives pour le virus de la varicelle.

Cependant, selon l'institut national de prévention et d'éducation de la santé, la vaccination contre la varicelle est recommandée pour toutes les femmes ayant un désir de grossesse, n'ayant pas d'antécédent pour la varicelle et confirmé par une sérologie négative.

Une grossesse doit être évitée dans le mois suivant la vaccination, mais la prescription d'une contraception n'est pas obligatoire.

F. L’allaitement maternel

La promotion de l’allaitement maternel se fait majoritairement en anténatale, et est poursuivie pendant le séjour en maternité. Néanmoins, pour permettre une poursuite de l’allaitement le plus longtemps possible, il est important de refaire un point avec la maman sur cet allaitement lors de la visite postnatale pour l’encourager à continuer et évaluer les problèmes potentiels pour le cas échéant, les corriger.

L’organisation mondiale de la santé (OMS) recommande « que les nourrissons soient exclusivement allaités au sein pendant les 6 premiers mois de la vie, pour une croissance, une santé et un développement optimaux.» et rajoute « l’allaitement au sein doit se poursuivre au moins jusqu’à l’âge de 2 ans ». [12]

L’allaitement maternel peut donner lieu à des complications pouvant aboutir à son arrêt précoce. La prévention est alors essentielle. Un point bref sur quelques pathologies à connaitre et à savoir dépister s’impose.

1. Lésions et douleurs du mamelon

Au début de l’allaitement maternel, les mamelons peuvent s’abimer avec l’apparition de rougeurs, d’irritations, de crevasses voir de fissures et être ainsi responsable de douleurs et d’un arrêt de l’allaitement maternel.

Elles sont principalement causées par un mauvais positionnement de l’enfant de part une prise et une succion inadéquates du sein, ce qui va créer des frottements anormaux et aboutir à des érosions mamelonnaires et des crevasses.

Pour corriger ces affections, il faut en premier lieu éduquer la maman à un positionnement correct de l’enfant au sein (réalisé lors du séjour en maternité).

L'utilisation de lanoline et l'application de lait maternel semblerait avoir un intérêt dans les affections du mamelon, ainsi que les topiques à base de menthe pour la prévention de l'apparition de fissure. [13]

Si les lésions mamelonnaires persistent malgré une correction du positionnement mère-enfant, une mycose ou une infection bactérienne doivent être suspectées et un prélèvement bactériologique par écouvillon réalisé.

2. L'engorgement mammaire

L'engorgement mammaire doit être différencié de la congestion mammaire qui survient lors de la montée laiteuse vers le 3ème jour de l'allaitement.

L'engorgement se traduit de façon bilatérale, par l'apparition d'un œdème diffus des seins, de douleurs intenses, d'une rougeur cutanée, de fièvre et d'une gêne à l'écoulement de lait.

Le traitement de l'engorgement mammaire repose sur l'expression du sein de façon manuelle ou à l'aide d'un tire-lait permettant de réduire la stase de lait.

L'application de glace, l'acupuncture, la restriction hydrique, l'ocytocine et les diurétiques ne sont pas recommandés pour le traitement de l'engorgement mammaire. [13]

Des tétées fréquentes et un tire-lait permettent de prévenir l'apparition de cet engorgement.

3. La mastite

La mastite est une complication inflammatoire et infectieuse d'un sein au cours de l'allaitement.

Le terme de mastite regroupe deux entités cliniques, la lymphangite assimilée à une mastite inflammatoire et la galactophorite assimilée à une mastite infectieuse. La différence entre ces deux entités réside dans le caractère infecté du lait ou non.

Elle survient dans la majorité des cas dans les 3 premiers mois après l'accouchement.

Les signes cliniques sont unilatéraux et se caractérisent par une inflammation locale avec des douleurs du sein, une tension mammaire, un œdème, une chaleur locale, et un érythème cutané systématisé de forme triangulaire. A ces signes locaux, peuvent s'associer des signes généraux comme un syndrome pseudo-grippal avec des myalgies, de la fièvre et des frissons.

Il est recommandé d'effectuer un prélèvement bactériologique du lait et de commencer une antibiothérapie probabiliste anti-staphylococcique devant la suspicion d'infection.

Le traitement par aspirine ou par anti-inflammatoire non stéroïdien (AINS) n'est pas recommandé dans le traitement des mastites.

D'après les recommandations, l'allaitement maternel du sein infecté sera suspendu si l'infection est avérée. Mais il convient de continuer son drainage le plus souvent possible avec un tire-lait. [13]

Si elle n'est pas traitée, la mastite peut évoluer vers l'abcès du sein.

4. L’abcès du sein

L’abcès mammaire est une collection de pus au niveau du sein, et se caractérise par des douleurs intenses, localisées, pulsatiles et insomniantes, une inflammation locale du sein et une fièvre.

Le traitement est chirurgical et consiste en une incision et un drainage de l’abcès.

L’allaitement du sein infecté doit être arrêté. Cependant, il peut se poursuivre sur le sein controlatéral.

D’après les recommandations, la reprise de l’allaitement après la guérison de l’abcès du sein infecté « serait envisageable dès que les douleurs et la cicatrisation cutanée le permettent. » [13]

II. MATERIEL ET METHODE

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale, réalisée à l'aide d'un questionnaire standardisé en ligne.

B. Population étudiée

1. Critères d'inclusion

Les médecins inclus dans cette étude étaient des médecins généralistes exerçant en Normandie, comprenant les départements de l'Eure, de Seine-Maritime, du Calvados, de la Manche et de l'Orne

Ils ont été inclus quels que soient leur âge, leur sexe ou leur activité.

2. Critères d'exclusion

Etaient exclus de l'étude, les médecins non thèsés, les médecins non généralistes, c'est-à-dire d'une autre spécialité médicale, et ceux n'exerçant pas en Normandie.

C. Recueil de données

Le recueil de données a été effectué à partir d'un questionnaire en ligne, envoyé par mail aux médecins généralistes de Normandie. (Annexe 2)

Le recueil s'est effectué du 10 juillet au 29 aout 2018. Les médecins n'ayant pas répondu au premier envoi, ont été relancés une fois, un mois plus tard.

Ce questionnaire, comprenant 32 questions, a été élaboré sur le site SurveyMonkey, permettant un recueil et une analyse des données.

Les professionnels de santé ont répondu à ce questionnaire de manière anonyme.

Ainsi, sur 168 mails envoyés aux médecins généralistes de Normandie, un total de 48 réponses a été collecté.

D. Analyse des données

L'analyse des données a été effectuée par le logiciel intégré au site SurveyMonkey.

E. Objectifs

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes de Normandie sur la prise en charge des femmes lors de la consultation postnatale.

L'objectif secondaire était de connaitre le nombre de consultations postnatales que réalisent les médecins généralistes normands.

III. RESULTATS

A. Profil des médecins généralistes

1. Caractéristiques de la population étudiée

Pour cette étude, un questionnaire en ligne a été envoyé à 168 médecins généralistes normands. Nous avons pu recueillir 48 réponses à analyser.

Sur l'ensemble des médecins ayant répondu à ce questionnaire, les hommes et les femmes étaient répartis de façon homogène avec 23 femmes, soit 47,92% et 25 hommes, soit 52,08%.

Dans notre échantillon de médecins généralistes normands, la majorité d'entre eux étaient nés entre 1976 et 1964, soit 39,58%. (Figure 1)

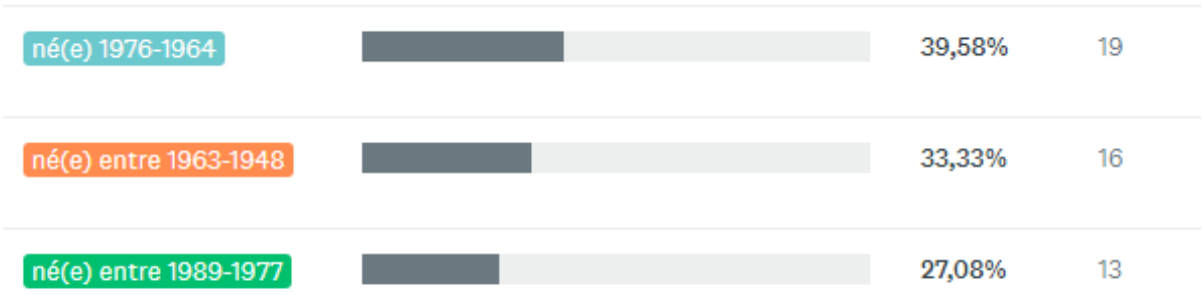
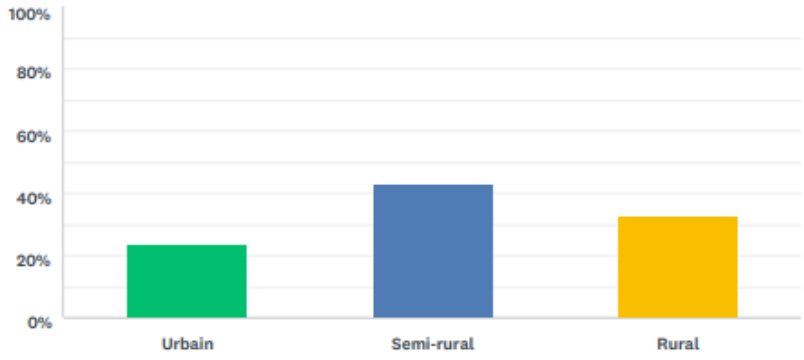


Figure 1 : Répartition des années de naissance de la population étudiée

Les réponses que nous avons obtenues provenaient toutes de l'ancienne Haute-Normandie, c'est-à-dire des départements de l'Eure et de Seine-Maritime avec 44 réponses de l'Eure, soit 91,67% et 4 réponses de Seine-Maritime soit 8,33%.

Sur les 46 médecins ayant répondu à la question, nous pouvons voir, qu'ils exerçaient plus fréquemment en milieu semi-rural, pour 43,48% d'entre eux. (Figure 2)



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Urbain	23,91%	11
Semi-rural	43,48%	20
Rural	32,61%	15
Nombre total de participants : 46		

Figure 2 : Répartition des secteurs d'activité des médecins généralistes

2. <u>Analyse de leur activité</u>

La majorité des médecins généralistes normands, soit 32 sur un total de 47, voyaient en moyenne entre 400 et 699 patients par mois. (Figure 3)

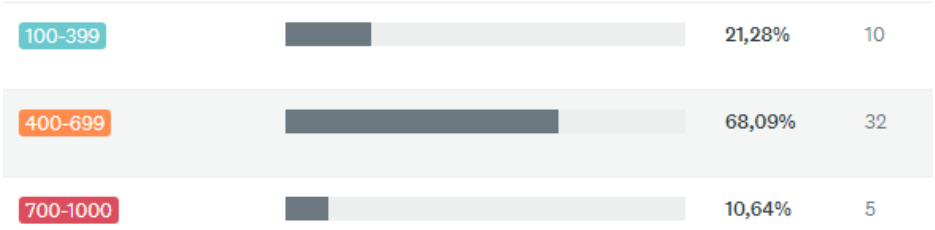
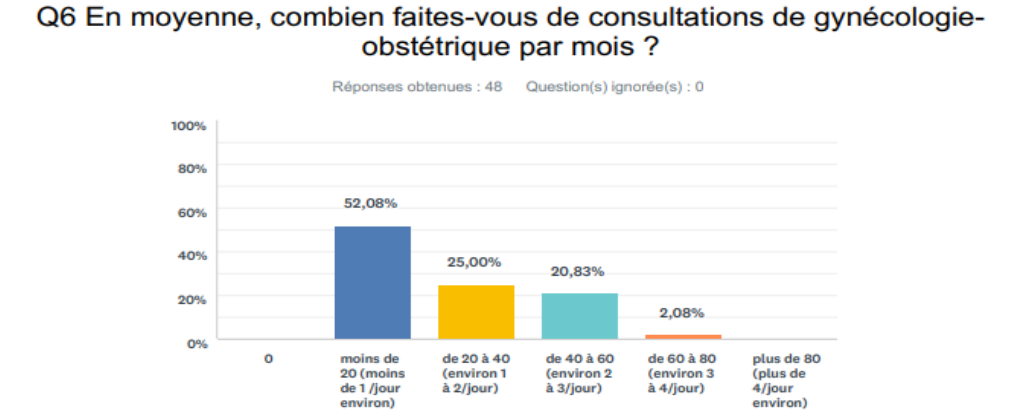


Figure 3 : Nombre de patients par mois en moyenne

Parmi ces patients, il s'agissait de gynécologie-obstétrique moins de 20 fois par mois pour 52,08% des professionnels de santé interrogés, soit moins de 1 fois par jour environ.

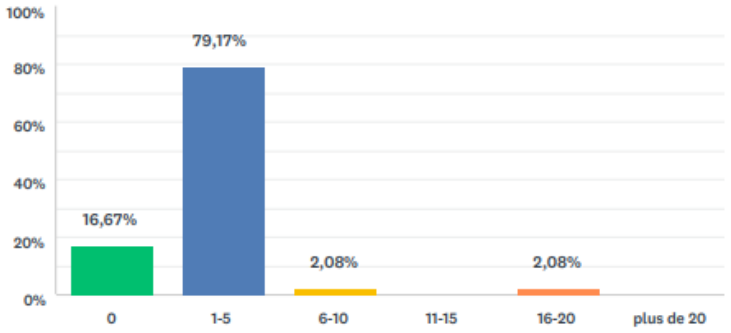
Tous les médecins généralistes pratiquaient au moins une fois cette spécialité dans le mois. Et aucun médecin ne réalisait plus de 4 consultations de gynécologie-obstétrique par jour environ. (Figure 4)



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
0	0,00%	0
moins de 20 (moins de 1 /jour environ)	52,08%	25
de 20 à 40 (environ 1 à 2/jour)	25,00%	12
de 40 à 60 (environ 2 à 3/jour)	20,83%	10
de 60 à 80 (environ 3 à 4/jour)	2,08%	1
plus de 80 (plus de 4/jour environ)	0,00%	0
TOTAL		48

Figure 4 : Nombre de consultations de gynécologie-obstétrique par mois en moyenne

Au sein de ces consultations de gynécologie-obstétrique, 79,17% des médecins généralistes réalisaient entre 1 à 5 consultations postnatales par mois en moyenne. Néanmoins, il y avait 16,67% des médecins qui n'en réalisaient aucune. (Figure 5)



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
0	16,67%	8
1-5	79,17%	38
6-10	2,08%	1
11-15	0,00%	0
16-20	2,08%	1
plus de 20	0,00%	0
TOTAL		48

Figure 5 : Nombre de consultations postnatales par mois

Pour 36 médecins, soit 76,60% de notre échantillon, cette consultation postnatale concernait des femmes dont ils avaient suivi la grossesse. C'est-à-dire que pour les 11 autres médecins (soit 23,40%), il pouvait s'agir de femmes non suivies auparavant pendant la grossesse, qu'ils recevaient donc exclusivement pour cette consultation postnatale.

Un médecin n'avait pas répondu à cette question.

De plus, sur le nombre de femmes dont les médecins suivaient leur grossesse, toutes ne revenaient pas les voir pour leur consultation postnatale.

Les réponses étaient très hétérogènes selon les médecins généralistes normands de notre étude. (Figure 6)

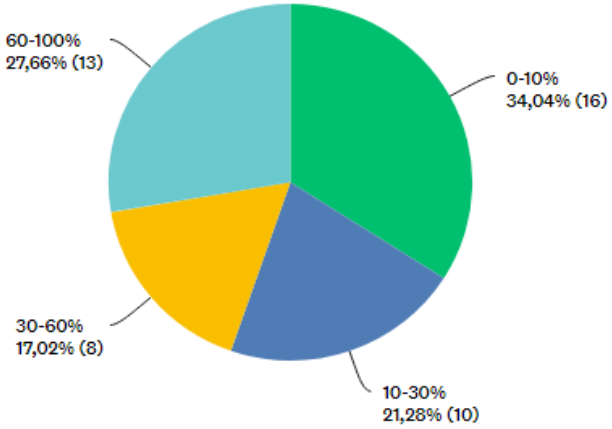


Figure 6 : Pourcentage de femmes revues par le médecin généraliste à la consultation postnatale

B. Connaissances et pratiques générales

Pour les médecins généralistes normands de notre étude, il n'est pas évident que la consultation postnatale soit obligatoire pour eux. Les réponses à cette question étaient très divergentes avec 25 médecins ayant répondu oui, soit 53,19% et 22 médecins ayant répondu non, soit 46,81%. Un médecin n'ayant pas répondu à la question.

De plus, nous leur avons demandé dans quel délai, selon eux, cette visite postnatale devait-elle être réalisée après l'accouchement.

La réponse majoritaire pour 35 médecins, soit 72,92% de notre échantillon, était entre 6 et 8 semaines après l'accouchement.

Pour les autres, il y avait 6 médecins pour qui la consultation postnatale devait être réalisée dans les 2 à 4 semaines, soit 12,50%, 3 médecins avaient répondu dès la première semaine après l'accouchement, soit 6,25%, et 2 médecins au-delà de 8 semaines. A noter, que 2 médecins ne connaissaient pas ce délai, soit 4,17%.

Par la suite, nous avons interrogé notre population de médecins généralistes pour savoir ce qu'ils abordaient pendant leur consultation postnatale. (Figure 7)

On peut remarquer que la contraception était abordée par l'ensemble des 48 médecins généralistes, alors que le sujet de la sexualité était un sujet moins souvent évoqué.

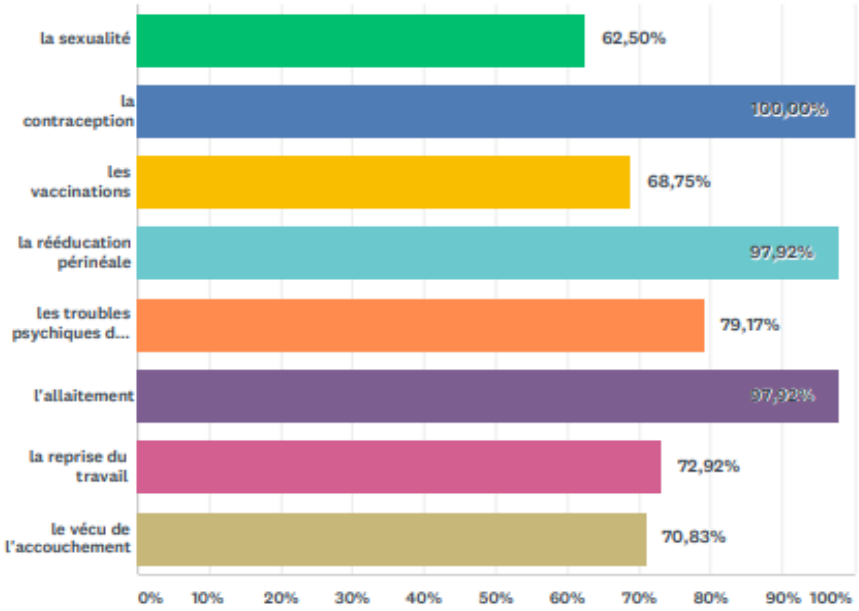


Figure 7 : Différents thèmes abordés lors de la consultation postnatale

C. Connaissances et pratiques sur la contraception

Comme vu précédemment, la contraception est mentionnée par l'ensemble des médecins généralistes lors de la consultation postnatale.

Cependant, 41 médecins, soit 95,35%, mentionnaient cette contraception systématiquement, contre 2 médecins, soit 4,65% qui la mentionnaient seulement quelques fois.

5 médecins s'étaient abstenus de répondre à cette question.

Pour connaitre les habitudes de prescription de ces médecins concernant cette contraception, nous avons proposé quatre choix possibles de réponse. Les résultats sont présentés dans la Figure 8.

CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Vous ré-adaptez la contraception avec la patiente	86,67%	39
Vous ne modifiez pas la contraception prescrite en sortie de maternité	15,56%	7
Vous adressez la patiente à un gynécologue	2,22%	1
Vous re-prescrivez le moyen contraceptif prit avant grossesse	8,89%	4
Nombre total de participants : 45		

Figure 8 : Habitudes de prescription concernant la contraception

Lors de cette prescription, la majorité des médecins généralistes de notre étude prenait le temps nécessaire pour délivrer des informations sur les différentes méthodes contraceptives utilisables, soit 86,67% d'entre eux. Ils prenaient aussi le temps d'informer les patientes sur la reprise de l'ovulation et le risque de grossesse rapprochée pour 77,78% des médecins.

A contrario, 6,67% d'entre eux ont déclaré ne pas avoir le temps nécessaire pour aborder tous ces points.

3 médecins n'avaient pas répondu à cette question.

D. Connaissances et pratiques sur les troubles psychiques du post-partum

Les troubles psychiques du post-partum sont abordés lors de la consultation postnatale par 43 médecins sur 44 ayant répondu à la question.

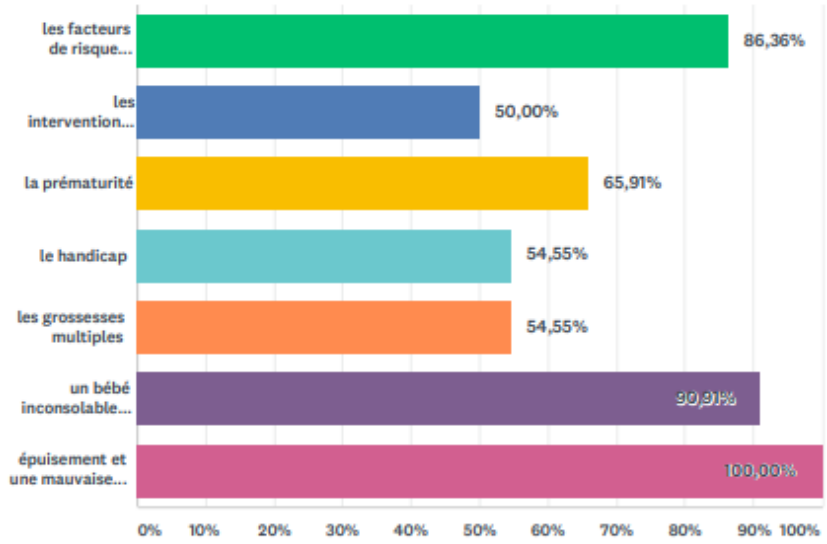
Parmi eux, 22 les abordaient de façon systématique, soit 50,00% des médecins, 14 médecins en parlaient s'il y avait des facteurs de risques, soit 31,82% et 7 médecins que quelques fois, soit 15,91%.

2,27% des médecins n'abordaient donc pas la question des troubles psychiques du post-partum.

37 médecins généralistes normands, sur les 44 ayant répondu à la question numéro 17, connaissaient la différence entre la dépression du post-partum et le baby blues, soit 84,09% d'entre eux. Ce qui correspond à une large partie de notre population.

Cependant, il y a 15,91%, soit 7 médecins qui ne connaissaient pas cette différence.

Une liste de facteurs de risque de dépression du post-partum avait été proposée dans notre questionnaire pour évaluer lesquels étaient connus par les médecins généralistes. Les résultats figurent ci-dessous dans la Figure 9.



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
les facteurs de risque psychosociaux	86,36%	38
les interventions chirurgicales autour de la naissance	50,00%	22
la prématurité	65,91%	29
le handicap	54,55%	24
les grossesses multiples	54,55%	24
un bébé inconsolable, agité et présentant des difficultés d'alimentation et du sommeil	90,91%	40
épuisement et une mauvaise santé physique maternelle	100,00%	44
Nombre total de participants : 44		

Figure 9 : Facteurs de risque connus par les médecins généralistes normands de notre étude

Puis nous avons demandé aux médecins, s'ils recherchaient ces facteurs de risque lors de la consultation postnatale. 81,40% des médecins pensaient à les rechercher.

Cependant, 5 médecins ne s'étaient pas prononcés sur cette question.

E. Connaissances et pratiques de la rééducation périnéale

Dans notre étude, il existait différentes habitudes de prescriptions de la rééducation périnéale. Plus de la moitié des médecins (53,49%) la prescrivaient de façon systématique, 13 médecins la prescrivaient « souvent », soit 30,23%, 5 médecins la prescrivaient « quelques fois », soit 11,63% et 2 médecins, soit 4,65% ne prescrivaient jamais de rééducation périnéale. 5 médecins n'avaient pas participé à cette question.

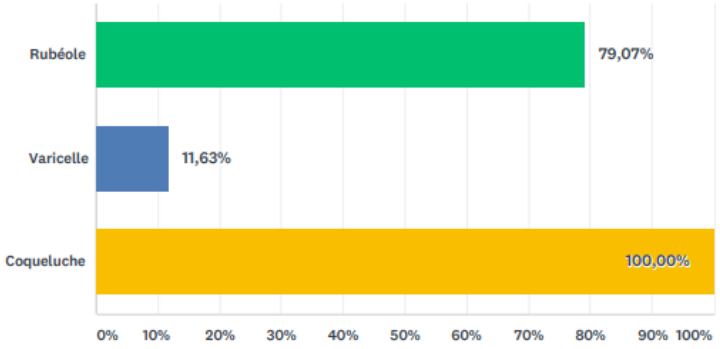
De plus, le délai de prescription de cette rééducation n'était pas tranché. 44,19% des médecins la prescrivaient dans les suites immédiates de la consultation postnatale, c'est-à-dire 6-8 semaines après l'accouchement, tandis que l'autre moitié des médecins interrogés, soit 55,81% la prescrivaient après 3 mois. 5 médecins n'avaient cependant pas répondu à la question.

F. Connaissances et pratiques des vaccinations

Sur les 43 médecins ayant répondu, tous contrôlaient l'état vaccinal pendant la consultation postnatale ; dont la plus grande partie, 41 médecins, soit 95,35% en profitaient pour contrôler l'état vaccinal de la mère mais aussi de son entourage. Par ailleurs, 2 médecins, soit 4,65%, contrôlaient seulement les vaccinations de la mère.

Une liste de vaccins, parmi lesquels la coqueluche, la varicelle et la rubéole était proposée à notre population de médecins généralistes normands pour étudier lesquels ils vérifiaient en post-partum. L'ensemble des résultats est présenté sur la figure 10.

On peut remarquer que l'ensemble des médecins contrôlaient le vaccin de la coqueluche. Cependant, peu de médecins contrôlaient l'état vaccinal de la varicelle.



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Rubéole	79,07%	34
Varicelle	11,63%	5
Coqueluche	100,00%	43
Nombre total de participants : 43		

Figure 10 : liste de vaccins à vérifier lors de la consultation postnatale

G. Connaissances et pratiques de l'allaitement maternel

Concernant l'allaitement maternel, les médecins généralistes étaient 38, soit 86,36% à donner des conseils aux femmes. Alors que 6 médecins, soit 13,64% ne leur donnaient aucun conseil.

Au total, 44 médecins avaient répondu à cette question.

De plus, l'allaitement peut donner lieu à des complications. Nous avons demandé dans notre questionnaire si les médecins généralistes recherchaient ces complications lors de la consultation postnatale.

Il en ressort que 93,02% des médecins se penchaient sur la question, tandis que 6,98% ne pensaient pas à rechercher ces complications de l'allaitement.

5 médecins n'avaient pas répondu à cette question.

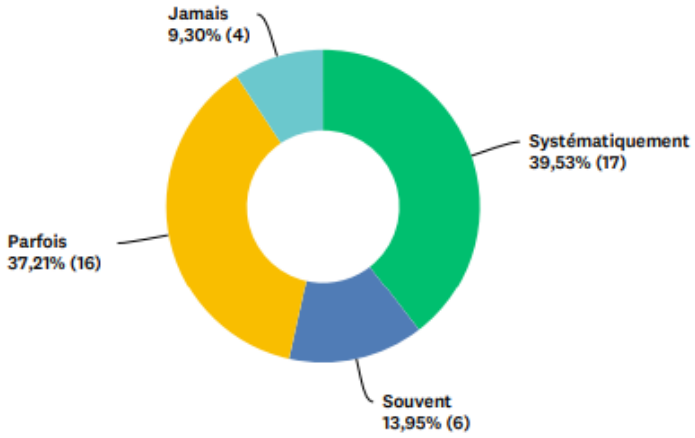
H. Connaissances et pratiques pendant la consultation postnatale

Pendant cette consultation postnatale, les médecins sollicités pour notre étude contrôlaient le poids perdu de leurs patientes pour 85,71% d'entre eux, soit 36 médecins. Tandis que 14,29% soit 6 médecins ne vérifiaient pas ce poids.

6 médecins n'avaient pas répondu à cette question.

Nous avons demandé aux médecins généralistes normands, si pendant leurs consultations postnatales ils réalisaient un examen gynécologique, et si tel était le cas, à quelle fréquence. Les résultats sont affichés dans la figure 11 ci-dessous.

Nous pouvons remarquer que les résultats sont divisés pour les 43 médecins ayant répondu à cette question.



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Systématiquement	39,53%	17
Souvent	13,95%	6
Parfois	37,21%	16
Jamais	9,30%	4
TOTAL		43

Figure 11 : Réalisation d'un examen gynécologique lors de la consultation postnatale

En ce qui concerne l'état de santé de l'enfant, 16 médecins abordaient le sujet, soit 37,21% pendant leurs consultations alors que 27 médecins, soit 62,79% n'en parlaient pas. 5 médecins ne s'étaient pas prononcés sur le sujet.

De plus, concernant l'établissement du lien mère-enfant, 35 médecins généralistes de notre étude, soit 81,40% d'entre eux évaluaient ce lien. Tandis que 8 médecins, soit 18,60% ne s'en préoccupaient pas.

Notons, que 5 médecins n'avaient pas répondu à la question.

I. Opinions et ressentis des médecins généralistes normands

Dans notre questionnaire, nous avons voulu avoir un bref aperçu du ressenti et de l'opinion des médecins lors de la pratique de cette consultation postnatale.

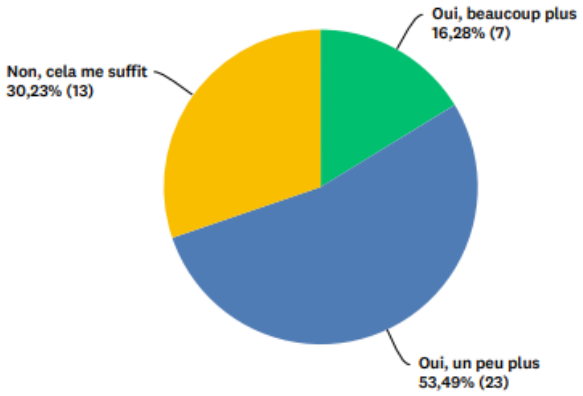
Tout d'abord, les médecins généralistes de notre étude ont répondu à 93,02% qu'ils se sentaient à l'aise pendant l'exercice de cette consultation, soit 40 médecins. Il y avait cependant 3 médecins, soit 6,98% qui ne l'étaient pas.

5 médecins n'avaient pas répondu à cette question.

Puis, nous leur avons demandé s'ils pensaient cette consultation utile. L'intégralité des 43 médecins ayant répondu à cette question avaient répondu oui, soit 100% des réponses.

Pour finir notre questionnaire, nous avons souhaité savoir s'ils désiraient avoir plus de consultations postnatales dans l'avenir ou non. Les résultats sont présentés dans la figure 12 ci-dessous.

Nous pouvons remarquer qu'aucun médecin n'avait répondu qu'il souhaiterait en avoir moins.



CHOIX DE RÉPONSES	RÉPONSES	
Oui, beaucoup plus	16,28%	7
Oui, un peu plus	53,49%	23
Non, cela me suffit	30,23%	13
Non, j'aimerais en avoir moins	0,00%	0
TOTAL		43

Figure 12 : Réponse à la question numéro 32 : aimeriez-vous avoir plus de consultations postnatales ?

IV. DISCUSSION

A. Discussion des résultats

1. En ce qui concerne le profil des médecins généralistes

Nous avons pu recueillir 48 réponses par mail de médecins généralistes normands. Le recueil de données se base donc sur ces 48 médecins.

Cette population est repartie de façon homogène, à savoir 52,08% d'hommes et 47,92% de femmes.

Les jeunes médecins généralistes sont moins nombreux. Nous avons donc affaire à des médecins ayant acquis une maturité d'exercice.

Notre population est totalement issue de l'ancienne Haute-Normandie, et exerçait préférentiellement dans l'Eure, département plutôt rural. Ceci peut expliquer que les médecins de notre étude exerçaient plus fréquemment en milieux semi-rural.

Il existe donc un biais de sélection quant au milieu d'exercice.

Dans notre étude, tous les médecins pratiquaient de la gynécologie-obstétrique au moins une fois par mois.

Cependant, ces médecins réalisaient en moyenne par mois 400 à 699 consultations pour la majorité d'entre eux. Cette activité est donc une part minime de leur travail.

En ce qui concerne les consultations postnatales, les médecins en réalisaient 1 à 5 par mois en moyenne. Cette pratique est donc connue mais non fréquente.

De plus, il faut noter que 16,67% de notre population n'en réalisaient aucune.

Lors de la consultation postnatale, la majorité des médecins connaissaient les femmes car ils avaient réalisé leur suivi de grossesse.

Or, toutes les femmes ne revenaient pas les voir pour cette consultation.

34,04% des médecins revoyaient la femme dans 0 à 10% des cas, ce qui est un chiffre assez important, pouvant expliquer le faible nombre de consultations postnatales effectuées par le médecin généraliste.

De plus, on peut remarquer, qu'une partie des médecins pouvait être amenée à voir des femmes non suivies, par leur soin, pour leur grossesse.

Des hypothèses peuvent expliquer ces résultats.

La consultation postnatale, tout comme le suivi de grossesse peut être réalisée par différents professionnels de santé. Comme le gynécologue-obstétricien, le gynécologue médical, la sage-femme et le médecin généraliste.

La femme peut donc commencer son suivi de grossesse avec un professionnel de santé, et faire sa consultation postnatale avec un autre professionnel.

Une autre hypothèse est que toutes les femmes ne vont pas à leur consultation postnatale, pourtant obligatoire.

Tout ceci peut expliquer le peu de consultations postnatales effectuées par le médecin généraliste.

Une des solutions pour corriger ces résultats serait d'expliquer aux femmes l'intérêt de cette consultation pendant leur suivi de grossesse et lors de leur séjour en maternité.

2. En ce qui concerne les connaissances et les pratiques générales des médecins généralistes

La majorité des médecins avait une bonne connaissance de la date de déroulement de la visite postnatale, réalisée 6 à 8 semaines après l'accouchement.

Seulement une petite partie des médecins ne la connaissait pas, dont 4,17% admettaient ignorer la réponse. Ceci est expliqué par le fait que ces médecins ne réalisaient pas de consultation postnatale.

Cependant les médecins de notre étude méconnaissaient le caractère obligatoire de celle-ci puisque les résultats à cette question étaient déséquilibrés avec 53,19% de oui et 46,81% de non.

L'assurance maladie précise pourtant que c'est une visite obligatoire et prise en charge à 100%.

Cette consultation postnatale est un moment privilégié avec la patiente pour pouvoir aborder différents points importants après la grossesse, l'accouchement et le post-partum.

Ces femmes ne vont pas les aborder d'elles-mêmes et ce sera aux professionnels de santé qui les prendront en charge d'y être attentifs.

Selon notre étude, les médecins ont de bonnes connaissances sur ces points à aborder lors de la consultation.

L'ensemble des propositions ayant été coché par la majeure partie d'entre eux, atteignant 70% pour la plupart des propositions faites.

La sexualité était le point le moins évoqué, s'expliquant sans doute par la difficulté d'aborder un sujet intime et délicat avec la patiente.

D'autant plus si cela concerne des femmes non suivies auparavant lors de la grossesse ; le rapport de confiance étant moins présent.

Nous allons maintenant étudier les connaissances et les pratiques des médecins généralistes sur ces différents points plus précisément.

3. En ce qui concerne la contraception

La contraception est un point particulièrement important à évoquer, pour pouvoir éviter une nouvelle grossesse qui serait non désirée, et donc des IVG trop fréquentes.

En France, 6% des IVG sont dues à des grossesses survenant dans le post-partum[6]

Dans notre étude, la contraception est abordée par tous les médecins généralistes montrant leur intérêt pour ce sujet.

D'après nos résultats, ils réadaptaient la contraception avec la patiente (86,67%), en prenant le temps de donner des informations sur les différentes méthodes contraceptives utilisables (86,67%).

De plus, ils n'oubliaient pas de les informer sur la reprise de l'ovulation et le risque de grossesse rapprochée (77,78%).

Ceci nous montre que grâce à leurs connaissances acquises, les médecins de notre étude sont à l'aise dans le domaine de la contraception.

Un seul médecin avait indiqué envoyer la patiente chez un gynécologue. Ce qui nous conforte dans cette idée.

Le quotidien des médecins révèle grâce à une étude réalisée par Doctolib, que les médecins généralistes effectuent 22 consultations par jour, de 17 minutes en moyenne. [14]

Cela nous montre que les médecins généralistes n'ont pas toujours le temps d'évoquer correctement la contraception.

Et c'est ce qu'ont répondu 3 médecins en cochant « je n'ai malheureusement pas le temps nécessaire pour aborder tous ces points ».

4. <u>En ce qui concerne les troubles psychiques du postpartum</u>

Les troubles psychiques sont abordés par notre population de médecins généralistes de façon quasi-totale puisque 97,73% d'entre eux en parlent.

Cependant la manière de les aborder est différente selon les médecins. Seulement la moitié des médecins y pense systématiquement (50,00%). 31,82% l'abordent s'ils trouvent des facteurs de risque, et 15,91% ne les évoquent que « quelque fois ».

Or, ne pas les évoquer systématiquement peut engendrer des impacts majeurs, à la fois sur la santé maternelle mais aussi sur la santé du nourrisson.

Pour pouvoir les prendre en charge de façon correcte, il faut connaitre les différentes pathologies que regroupent les troubles psychiques du post-partum.

Selon notre enquête, les médecins généralistes connaissaient la différence entre le baby-blues et la dépression du post partum ; hormis 15,91% d'entre eux qui ne la connaissaient pas.

Concernant, plus précisément, la dépression du post-partum, ses facteurs de risques sont insuffisamment connus par les médecins.

Seuls 3 facteurs de risque sur 7 sont évoqués par la majorité d'entre eux.

Cependant, sur le peu de facteurs de risque qu'ils connaissaient, les médecins pensaient à les rechercher lors de la consultation.

Cela nous montre que les médecins abordent fréquemment le sujet des troubles psychiques du post-partum, en connaissant globalement ces différentes pathologies, mais ils connaissent insuffisamment ces facteurs de risque, qui ne sont par conséquent, pas totalement recherchés.

Les médecins ont donc une bonne démarche clinique mais ont malheureusement un manque de connaissances sur ce sujet.

5. En ce qui concerne la rééducation périnéale

53,49% des médecins de notre étude prescrivaient la rééducation périnéale systématiquement.

Or, selon les recommandations de 2015, la rééducation périnéale ne doit pas être prescrite de façon systématique.

Elle s'adresse à toutes les femmes ayant une incontinence urinaire ou anale persistante 3 mois après l'accouchement.

Ce délai de prescription de 3 mois n'était pas réellement connu par nos médecins.

En effet, leurs réponses étaient hétérogènes. 44,19% la prescrivaient dans les suites immédiates de la consultation (6 à 8 semaines après l'accouchement) et 55,81% à 3 mois.

Les médecins ont donc un manque de connaissances sur la prescription de cette rééducation périnéale.

On peut expliquer cela par le fait que c'est un sujet très spécifique à la consultation postnatale contrairement à la contraception par exemple.

6. En ce qui concerne les vaccinations

L'état vaccinal était bien contrôlé par les médecins généralistes, puisqu'ils ont pensé à contrôler l'état vaccinal de la mère mais aussi de son entourage.

Ce qui est important pour la vaccination contre la coqueluche, cette dernière pouvant être mortelle pour les nouveau-nés.

La varicelle, est quant à elle vérifiée dans seulement 11,63% des cas par les médecins généralistes.

Cela s'explique par le fait que les recommandations ne sont pas très claires sur le sujet.

En effet, selon les recommandations de 2015, il n'y a pas d'argument scientifique assez fort pour recommander, en post-partum, une sérologie et une vaccination systématiques à toutes les femmes sans antécédent de varicelle. [11]

Cependant, plus récemment, l'INPES recommande que la vaccination contre la varicelle soit réalisée pour toutes les femmes ayant un désir de grossesse, n'ayant pas d'antécédent pour la varicelle et confirmé par une sérologie négative. [10]

7. <u>En ce qui concerne l'allaitement</u>

Les médecins généralistes de notre étude étaient à l'aise concernant l'allaitement maternel.

Ils prenaient le temps de donner des conseils sur l'allaitement (86,36%), mais aussi de rechercher ses complications (93,02%). Permettant ainsi de prévenir son arrêt précoce car les complications et le manque de soutien sont une des causes d'arrêt prématuré de cet allaitement maternel.

En effet, seulement un tiers des enfants allaités à la naissance le sont encore à 3 mois. [15]

Ce qui nous montre que le médecin généraliste à un rôle important pendant cette consultation postnatale, pour maintenir un allaitement maternel durable.

Il est recommandé que les conseils et les messages de promotion de l'allaitement maternel intègrent des messages à destination des conjoints car ils influencent les femmes dans leurs choix. [15]

Ces conseils pouvant être donnés, sont d'allaiter à la demande, sans fixer d'intervalle fixe entre les tétées, de déconseiller les tétines pendant l'allaitement, en reportant leur introduction une fois l'allaitement bien installé (après 10 semaines), et d'éviter la séparation mère enfant autant que possible.

A noter, que l'allaitement maternel est associé à une fréquence moins élevée de dépression du post-partum, ce qui est un argument de plus pour favoriser cet allaitement. [15]

8. <u>En ce qui concerne la consultation postnatale</u>

Lors de l'interrogatoire, l'état de santé de l'enfant peut être abordé, mais de façon brève, puisqu'il s'agit d'une consultation centrée avant tout sur la mère.

Cette connaissance va permettre d'aider le médecin à avoir quelques éléments pour comprendre et chercher d'éventuels troubles chez la mère.

Dans notre population, 37,21% des médecins s'y intéressaient, tandis que 62,79% ne s'en préoccupaient pas. Cela est donc pertinent, étant donné qu'il ne s'agit pas d'un point primordial lors de cette consultation postnatale.

Cependant, la majorité des médecins généralistes abordait l'établissement du lien mère-enfant (81,40%). Il est, en effet, important de bien l'évaluer, puisque les liens mère-enfant peuvent être altérés par les troubles psychiques du post-partum et ainsi être responsables de trouble du développement chez l'enfant.

Lors de l'examen général, la patiente doit être pesée et un retour au poids préconceptionnel est recommandé 6 mois après l'accouchement.

Plusieurs études de cohortes ont montré qu'une perte de poids insuffisante à 6 mois de l'accouchement exposait à une augmentation de l'IMC à moyen et long terme. [3]

Dans notre étude, les médecins avaient le bon réflexe de contrôler le poids perdu de leurs patientes (85,71%).

Cependant, la pratique d'un examen gynécologique n'était pas évidente pour tous les médecins car les résultats étaient très hétérogènes. Or les recommandations indiquent que cet examen n'est pas systématique, mais guidé selon les signes d'appels. Ce que ne font pas les médecins de notre étude.

En résumé, l'établissement du lien mère-enfant qu'il est important d'aborder pendant l'interrogatoire est bien réalisé par notre échantillon.

L'examen clinique, quant à lui, reflète leur pratique quotidienne. Le poids étant pris lors de chaque consultation générale, ils pensent donc à le prendre lors de la consultation postnatale.

En revanche, l'examen gynécologique qui n'est pas une pratique courante se ressent dans nos résultats. Les médecins sont moins à l'aise, donc ne savent pas dans quel cas réaliser cet examen gynécologique.

9. <u>En ce qui concerne le ressenti des médecins généralistes</u>

Les médecins généralistes de notre étude étaient à 93,02% à l'aise dans la pratique de cette consultation postnatale.

Ce chiffre reflète bien le reste des résultats. En effet, les médecins connaissaient pour la majorité d'entre eux les différents points à aborder pendant la consultation postnatale. De ces différents points, ils possédaient des connaissances générales plutôt bonnes, même si certaines restaient à approfondir et d'autres à acquérir.

A contrario, 6,98% des médecins de notre échantillon ne se sentaient pas à l'aise. Ce chiffre correspond sans doute aux médecins ne pratiquant pas de consultation postnatale dans leur exercice professionnel.

Un outil pouvant aider ces médecins est le site « gestaclic ». Il s'agit d'un site à destination des professionnels de santé, pour les aider dans leurs pratiques du suivi de grossesse, ainsi que pour la visite postnatale. [16]

Les médecins généralistes aimeraient avoir plus de consultations postnatales dans leur activité.

Or, les femmes peuvent choisir de consulter soit leur sage-femme, soit leur gynécologue, soit un gynécologue-obstétricien, soit leur médecin traitant.

Le choix du médecin traitant n'est cependant pas fréquent.

Une thèse a été réalisée sur le choix du spécialiste pour la visite postnatale. Il s'agit d'une étude réalisée sur 132 patientes. Il en ressort que seulement 21,2% des femmes vont voir leur médecin généraliste pour la visite postnatale. La prédominance revient au gynécologue-obstétricien avec 59,1%. [17]

Ce qui peut expliquer le faible effectif des consultations postnatales dans la pratique professionnelle du médecin généraliste.

B. Les limites et les biais

Les médecins généralistes normands de notre étude exerçaient tous dans l'ancienne Haute-Normandie, et principalement dans le département de l'Eure pour 91,67% d'entre eux. Il s'agit là d'un biais de sélection.

Notre étude n'est donc pas extrapolable à l'ensemble de la région Normandie.

Notre étude manque de puissance, car seulement 48 médecins ont répondu aux questionnaires sur les 168 mails envoyés.

De plus, pendant la durée du questionnaire, nous avons perdu des médecins. En effet, lors des premières questions nous avions l'ensemble des 48 médecins, et dans les dernières questions, il ne restait que 43 médecins à répondre.

Pour expliquer ce manque de réponses, l'hypothèse principale est que le questionnaire envoyé par mail était beaucoup trop long, avec ses 32 questions.

Une deuxième hypothèse est que le questionnaire a été envoyé pendant la période estivale, où les médecins sont absents. C'est aussi une période où l'activité est accrue.

C. Les perspectives

Consultation postnatale et médecin généraliste

Le médecin généraliste a toute sa place dans le suivi de grossesse, tout comme dans la consultation postnatale qui est une continuité de celle-ci.

En revanche, les médecins généralistes en réalisent peu dans leur pratique professionnelle. Plusieurs raisons à cela :

-Les femmes se tournent plus vers un spécialiste ou une sage-femme pour le suivi de leur grossesse, et donc effectuent leur visite postnatale avec ce même professionnel.

-Les femmes ne reviennent pas les voir, car elles se tournent vers celui qui a réalisé l'accouchement (spécialiste ou sage-femme).

-Les femmes ne réalisent tout simplement pas leur consultation postnatale obligatoire.

Pour modifier et améliorer ces pratiques, il faudrait commencer à discuter avec les femmes au début du suivi de leur grossesse.

Il serait nécessaire de leur transmettre que cette consultation postnatale est obligatoire mais surtout importante pour elles. Et aussi leur rappeler que le médecin généraliste est tout à fait à même de la réaliser.

Les maternités ont un rôle important à jouer. Elles pourraient transmettre de nouveau toutes ces informations aux patientes venant d'accoucher. Mais il faudrait aussi qu'elles insistent sur l'intérêt de revoir le professionnel ayant suivi la grossesse, et ainsi souligner le rôle du médecin généraliste.

Est-ce que les informations sont bien données aux patientes ? Pourrait-on leur donner un document d'information ? Est–ce déjà fait ?

De telles questions pourraient être abordées dans une nouvelle étude.

La modification de ces pratiques permettrait de désengorger les consultations des spécialistes, peu nombreux dans la région. Et permettrait ainsi de réduire le délai d'attente pour les consultations postnatales des grossesses et des accouchements pathologiques, que seuls eux réalisent.

De cette manière, les médecins généralistes auraient plus de consultations postnatales, ce qu'ils souhaitaient d'après nos résultats. De plus, cela les aiderait sans doute à avoir de meilleures connaissances en se remettant à jour plus régulièrement.

Connaissances

Les médecins généralistes ont une connaissance générale plutôt bonne des différents points à aborder lors de la consultation postnatale.

Or, ces connaissances ne sont pas complètes, et certaines auraient besoin d'être approfondies et d'autres sont à acquérir.

Des formations continues à la fois pratiques et théoriques seraient sans doute intéressantes pour les médecins. Elles leurs permettraient de se remettre à jour, étant donné que c'est une spécialité non pratiquée de façon régulière dans leur activité quotidienne.

Concernant la médecine générale, le stage de gynécologie-obstétrique n'était pas obligatoire dans le cursus du troisième cycle des études médicales.

Les médecins généralistes exerçant actuellement ne sont donc pas tous passés par ce stage et n'ont pas pu pratiquer cette spécialité qui reste très différente de la pratique générale.

Ce qui peut expliquer ce manque de connaissance des médecins de notre étude.

Or, depuis la nouvelle réforme, ce stage est devenu obligatoire dans le DES (diplôme d'étude spécialisé) de médecine générale. Les médecins seront donc mieux formés que leurs ainés à la gynécologie-obstétrique et donc a fortiori à la consultation postnatale.

Pistes d'amélioration et ouverture

Pour une prise en charge adéquate de la femme, de l'accouchement jusqu'à la consultation postnatale, une communication entre les différents acteurs de santé pourrait être intéressante.

En effet, les différents points abordés lors de la consultation postnatale, peuvent être en partie déjà traités lors du séjour en maternité.

Des informations importantes pourraient ne pas être transmises par la patiente lors de la visite postnatale avec son médecin traitant. Une communication entre le médecin généraliste et la maternité serait intéressante.

Si une formation continue par des spécialistes pouvait être mise en place au sein des hôpitaux, cela permettrait peut-être une amélioration de cette communication.

Une étude publiée en 2016, en Australie, montre que la communication est mauvaise. Le quart des médecins de l'étude ne reçoit aucun compte-rendu de sortie d'hospitalisation et 45% arrivent une fois la consultation passée. Ce qui engendre une moins bonne prise en charge. Le médecin doit donc se fier aux dires des patientes. [18]

Une étude pourrait évaluer l'impact de la non-information des médecins généralistes lors de la consultation postnatale.

V. CONCLUSION

Les médecins généralistes de notre étude effectuent peu de consultations postnatales dans leur pratique professionnelle.

Cette consultation peut être réalisée aussi par les sages-femmes, les gynécologues médicaux et les gynécologue-obstétriciens.

Les médecins généralistes interrogés connaissent pour la majorité d'entre eux, assez bien les différents points à aborder lors de cette consultation postnatale. Ce qui les rend à l'aise lors de la pratique de cette consultation.

La contraception et l'allaitement sont des sujets bien maitrisés, tandis que la rééducation périnéale l'est moins.

Leurs connaissances et leurs pratiques ne sont pas complètes, et des notions restent à approfondir.

Une formation continue pourrait être mise en place, pour palier à certaines lacunes. Des cours effectués par les spécialistes pourraient être aménagés au sein des hôpitaux environnants. Ce qui pourrait être utile pour améliorer la communication entre les différents professionnels de santé, et ainsi améliorer la prise en charge des femmes devenues mères.

La réforme récente concernant la formation du troisième cycle des études médicales devrait pallier à ce manque de connaissances et de pratiques. En effet, elle oblige dorénavant les internes en médecine générale à effectuer un stage en gynécologie-obstétrique, ce qui n'était pas le cas auparavant.

ANNEXE 1 :

L'Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)

Questionnaire de 10 questions concernant les 7 derniers jours vécus par la femme

1. **J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté.**
   - Aussi souvent que d'habitude
   - Pas tout à fait autant
   - Vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci
   - Absolument pas

2. **Je me suis sentie confiante et joyeuse en pensant à l'avenir.**
   - Autant que d'habitude
   - Plutôt moins que d'habitude
   - Vraiment moins que d'habitude
   - Pratiquement pas

3. **Je me suis reprochée, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal*.**
   - Oui, la plupart du temps
   - Oui, parfois
   - Pas très souvent
   - Non, jamais

4. **Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs.**
   - Non, pas du tout
   - Presque jamais
   - Oui, parfois
   - Oui, très souvent

5. **Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons*.**
   - Oui, vraiment souvent
   - Oui, parfois
   - Non, pas très souvent
   - Non, pas du tout

6. **J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les évènements*.**
   - Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
   - Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude
   - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
   - Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude

7. **Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil*.**
   - Oui, la plupart du temps
   - Oui, parfois
   - Pas très souvent
   - Non, pas du tout

8. **Je me suis sentie triste ou peu heureuse*.**
   - Oui, la plupart du temps
   - Oui, très souvent
   - Pas très souvent
   - Non, pas du tout

9. **Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré*.**
   - Oui, la plupart du temps
   - Oui, très souvent
   - Seulement de temps en temps
   - Non, jamais

10. **Il m'est arrivé de penser à me faire du mal*.**
    - Oui, très souvent
    - Parfois
    - Presque jamais
    - Jamais

Pour les questions 1, 2 et 4 : les items sont cotés de 0 à 3

Pour les questions 3, 5, 6, 7, 8, 9, et 10 : les items sont cotés inversement de 3 à 0

Un score supérieur à 12 permet de dépister une dépression

ANNEXE 2 :

Questionnaire à destination des médecins généralistes de Normandie

Questions générales

1. Quel est votre sexe ?

- ◯ Femme
- ◯ Homme

2. En quelle année êtes-vous né(e) ? (4 chiffres)

3. Dans quel département exercez-vous ?

- ☐ Eure
- ☐ Seine Maritime
- ☐ Calvados
- ☐ Orne
- ☐ Manche

4. Dans quel secteur exercez-vous ?

- ☐ Urbain
- ☐ Semi-rural
- ☐ Rural

5. Combien de patients voyez-vous par mois en moyenne ?

6. En moyenne, combien faites-vous de consultations de gynécologie-obstétrique par mois ?

- ◯ 0
- ◯ moins de 20 (moins de 1 /jour environ)
- ◯ de 20 à 40 (environ 1 à 2/jour)
- ◯ de 40 à 60 (environ 2 à 3/jour)
- ◯ de 60 à 80 (environ 3 à 4/jour)
- ◯ plus de 80 (plus de 4/jour environ)

7. Parmi ces consultations de gynécologie-obstétriques, combien concernent des consultations post natales par mois ?

- ◯ 0
- ◯ 1-5
- ◯ 6-10
- ◯ 11-15
- ◯ 16-20
- ◯ plus de 20

8. Est-ce des femmes dont vous avez suivi la grossesse ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

9. Sur le nombre de femmes dont vous avez suivi la grossesse, combien reviennent vous voir pour la consultation post natale ?

- ◯ 0-10%
- ◯ 10-30%
- ◯ 30-60%
- ◯ 60-100%

10. Selon vous, la visite post natale est-elle obligatoire ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

11. Dans quel délai de temps après l'accouchement doit-elle être réalisée ?

- ◯ Dès la première semaine
- ◯ Dans les 2-4 semaines
- ◯ Dans les 6-8 semaines
- ◯ Au delà de 8 semaines
- ◯ Je ne sais pas

12. Qu'abordez-vous lors de votre consultation post natale ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ la sexualité
- ☐ la contraception
- ☐ les vaccinations
- ☐ la rééducation périnéale
- ☐ les troubles psychiques du post-partum
- ☐ l'allaitement
- ☐ la reprise du travail
- ☐ le vécu de l'accouchement

La contraception

En ce qui concerne la contraception :

13. Abordez-vous cette question avec votre patiente ?

- ◯ Oui systématiquement
- ◯ Oui quelques fois
- ◯ Non

14. Si oui, (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Vous ré-adaptez la contraception avec la patiente
- ☐ Vous ne modifiez pas la contraception prescrite en sortie de maternité
- ☐ Vous adressez la patiente à un gynécologue
- ☐ Vous re-prescrivez le moyen contraceptif prit avant grossesse

15. Prenez-vous le temps de : (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Donner des informations sur les différentes méthodes contraceptives utilisables
- ☐ Informer les patientes sur la reprise de l'ovulation et le risque de grossesse rapprochée
- ☐ Non, je n'ai malheureusement pas le temps nécessaire pour aborder tous ces points
- ☐ Non, ce n'est pas mon rôle d'aborder tous ces points

Les troubles psychiques du post-partum

En ce qui concerne les troubles psychiques du post-partum :

16. Abordez-vous cette question avec votre patiente ?

- ◯ Oui systématiquement
- ◯ Oui si facteurs de risques
- ◯ Oui quelques fois
- ◯ Non

17. Connaissez-vous la différence entre le baby-blues et la dépression du post partum ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

18. Quels sont pour vous les facteurs de risque de la dépression du post-partum ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ les facteurs de risque psychosociaux
- ☐ les interventions chirurgicales autour de la naissance
- ☐ la prématurité
- ☐ le handicap
- ☐ les grossesses multiples
- ☐ un bébé inconsolable, agité et présentant des difficultés d'alimentation et du sommeil
- ☐ épuisement et une mauvaise santé physique maternelle

19. Recherchez-vous ces facteurs de risque ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

La rééducation périnéale et abdominale

En ce qui concerne la rééducation périnéale et abdominale :

20. La prescrivez-vous ?

- ◯ systématiquement
- ◯ souvent
- ◯ quelques fois
- ◯ jamais

21. Selon quel délai ?

- ◯ dans les suites immédiates de la consultation
- ◯ après 3 mois

Les vaccinations

En ce qui concerne les vaccinations :

22. Contrôlez-vous l'état vaccinal ?

- ◯ Oui seulement de la mère
- ◯ Oui de la mère et de son entourage
- ◯ Non

23. Parmi ces vaccins, lesquels sont à vérifier si la patiente est à jour ? (plusieurs réponses possibles)

- ☐ Rubéole
- ☐ Varicelle
- ☐ Coqueluche

L'allaitement

En ce qui concerne l'allaitement :

24. Donnez-vous des conseils sur l'allaitement ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

25. Recherchez-vous des complications de l'allaitement ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

La consultation post natale de façon plus générale

En ce qui concerne la consultation post natale de façon plus générale :

26. Contrôlez-vous le poids perdu de votre patiente ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

27. Réalisez-vous un examen gynécologique lors de cette consultation post natale ?

- ◯ Systématiquement
- ◯ Souvent
- ◯ Parfois
- ◯ Jamais

28. Evaluez-vous l'état de santé de l'enfant pendant cette consultation ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

29. Evaluez-vous l'établissement du lien mère-enfant pendant cette consultation post natale ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

30. Vous sentez-vous à l'aise dans cette consultation ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

31. Pensez-vous cette consultation utile ?

- ◯ Oui
- ◯ Non

32. Aimeriez-vous avoir plus de consultation post natale ?

- ◯ Oui, beaucoup plus
- ◯ Oui, un peu plus
- ◯ Non, cela me suffit
- ◯ Non, j'aimerais en avoir moins

BIBLIOGRAPHIE

[1] Université Virtuelle de Maïeutique Francophone. La visite postnatale [En ligne]. Disponible sur : http://campus.cerimes.fr/maieutique/UE-obstetrique/visitepostnatale/site/html/cours.pdf

[2] Senat M.-V, Sentilhes L, Battut A, et al. Post-partum : recommandations pour la pratique clinique-Texte court. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015 ; 44(10) : 1157-1166

[3] Doret M. Modalités de la consultation postnatale et spécificités en cas de pathologie de la grossesse : recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015 ; 44(10) : 1118-1126

[4] HAS. Dépistage et prévention du cancer du col de l'utérus. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-08/referentieleps_format2clic_kc_col_uterus_2013-30-08__vf_mel.pdf

[5] Bydlowski S. Les troubles psychiques du post-partum : dépistage et prévention après la naissance : recommandations. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015 ; 44(10) : 1152-1156

[6] Raccah-Tebeka B, Plu-Bureau G. Contraception du post-partum : recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015 ; 44(10) : 1127-1134

[7] HAS. Contraception chez la femme en post-partum. [En ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-02/1e_maj-contraception-post-partum-060215.pdf

[8] Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, et al. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015 ; 44(10) : 1141-1146

[9] Accouchement et nouveau-né : de retour à la maison. [En ligne]. Disponible sur : https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/accouchement-nouveau-ne/suivi-domicile

[10] Institut national de prévention et d'éducation de la santé. Vaccination avant, pendant et après la grossesse. [En ligne]. Disponible sur : http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1778.pdf

[11] Doret M, Marcellin L. Les vaccinations dans le post-partum immédiat : recommandations. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015 ; 44(10) : 1135-1140

[12] OMS. 10 faits sur l'allaitement maternel. [En ligne]. Disponible sur : http://www.who.int/features/factfiles/breastfeeding/fr/

[13] Marcellin L, Chantry A.A. Allaitement maternel (partie III): complications de l'allaitement – Recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015 ; 44(10) : 1084-1090

[14] Martos S. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes. Le quotidien du médecin. [En ligne]. Disponible sur :

https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/05/02/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes_847151

[15] Chantry A.A, Monier I, Marcellin L. Allaitement maternel (partie 1) : fréquence, bénéfices et inconvénients, durée optimale et facteurs influençant son initiation et sa prolongation. Recommandations pour la pratique clinique. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2015 ; 44(10) : 1071-1079

[16] Gestaclic. Visite postnatale. [En ligne]. Disponible sur : http://gestaclic.fr/visite-post-natale.html

[17] Laude T. La visite postnatale : chez le médecin généraliste ou chez un autre spécialiste ? Etude transversale recherchant des raisons motivant le choix des patientes dans une maternité de niveau 1. Thèse de médecine. Université de Rouen ; 2013. [En ligne]. Disponible sur : https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00846731/document

[18] Brodribb WE, Mitchell BL, Van Driel ML. Continuity of care in the post partum period: general practitioner experiences with communication. Australian Health Review. 2016; 40(5): 484-489

RESUME

Introduction :

La consultation postnatale permet de faire le point sur différents problèmes ayant eu lieu pendant la période du post-partum. Le médecin généraliste a donc un rôle important de dépistage et de prévention.

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins généralistes de Normandie sur la prise en charge des femmes lors de la consultation postnatale.

Matériel et méthode :

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale. Elle a été réalisée à partir d'un questionnaire transmis aux médecins généralistes de Normandie.

Résultats :

48 médecins généralistes ont été inclus. 79,17% réalisaient entre 1 à 5 consultations postnatales par mois en moyenne et 16,67% n'en réalisaient aucune.

Les médecins connaissaient la date de déroulement de la consultation postnatale, mais non son caractère obligatoire.

La contraception était abordée par 100% des médecins et la dépression du post-partum par 97,73% ; 81,40% recherchaient ces facteurs de risque, qui étaient cependant mal connus.

Ils ne connaissaient pas les indications et le délai de prescription de la rééducation périnéale.

L'état vaccinal était bien contrôlé, hormis la varicelle, où seulement 11,63% la vérifiaient.

L'allaitement était bien pris en charge par les médecins.

Conclusion :

Les médecins généralistes Normands effectuent peu de consultations postnatales.

Ils connaissent assez bien les différents points à aborder lors de cette consultation. Cependant, leurs connaissances et leurs pratiques sont incomplètes, et des notions restent à approfondir.

Une formation continue pourrait être mise en place, pour améliorer la prise en charge des mères.

Mots clés : consultation postnatale, médecin généraliste, contraception, dépression du post-partum, rééducation périnéale, vaccin, allaitement.