Connaissances, pratiques et attentes des femmes concernant la visite post-natale. Étude quantitative

Camille Coget

▶ **To cite this version:**

Camille Coget. Connaissances, pratiques et attentes des femmes concernant la visite post-natale. Étude quantitative. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02047837

HAL Id: dumas-02047837

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02047837

Submitted on 25 Feb 2019

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

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

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2018 N°

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

METTENDORFF épouse COGET Camille

NEE LE 18 janvier 1989 A Louviers

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 13 DECEMBRE 2018

Connaissances, pratiques et attentes des femmes concernant la visite post-natale. Etude quantitative

PRESIDENT DE JURY: Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL

DIRECTEUR DE THESE: Monsieur le Docteur Pascal BOULET

MEMBRES DU JURY: Madame le Docteur Marianne Lainé
Madame le Docteur Lucille Pellerin
Monsieur le Docteur Emmanuel Hazard

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)*	HCH	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
M. 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
M. 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
M. Benoit **MISSET**	HCN	Réanimation Médicale
Mr Jean-François **MUIR** *(surnombre)*	HB	Pneumologie
Mr Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
Mr Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - 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** *(détachement)*	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
M. 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 Benoît **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
Mr 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 **DUTERTE- 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 Laetitia **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 GENERALISTE

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 ASSOCIE 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)
M. 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.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil,
Pour avoir accepté d'être le président de jury de cette thèse,
Pour votre approche de la médecine générale et pour votre enseignement tout au long de ces 3 années d'internat,
Veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Pascal Boulet,
Pour avoir accepté de reprendre la direction de ma thèse,
Pour votre aide et vos conseils tout au long de ce travail,
Un grand merci.

A Madame le Docteur Marianne Lainé,
Pour avoir accepté de juger mon travail,
Je vous transmets ici mes sincères remerciements.

A Madame le Docteur Lucille Pellerin,
Pour avoir accepté de participer à mon jury de thèse,
Croyez en ma gratitude et mon respect.

A Monsieur le Docteur Emmanuel Hazard,
Pour votre aide en participant à ce jury,
Pour votre enseignement lors des cours à la faculté,
Merci de vous être intéressé à mon travail.

A mes maîtres de stages tant en ville qu'à l'hôpital, et plus particulièrement au Dr Yves Laval, au Dr Odile Malandain, au Dr Nadège Boyer-Joly, au Dr Georges Volait, au Dr Yann Poulingue, au Dr Modou Diop :
Merci pour votre enseignement de la pratique de la médecine générale donné avec tant de bienveillance, pour votre vision de la médecine et de la vie, pour tout ce que vous m'avez appris, et pour m'avoir donné envie de poursuivre dans cette voie grâce à votre amour du métier et des patients.

A tous mes co-internes dans les différents stages, avec une pensée plus particulière à mes co-internes de pédiatrie du CHU de Rouen pour ce super dernier semestre de mon internat qui est passé bien vite !

A l'équipe du service de médecine polyvalente à Louviers, pour votre accueil durant ce semestre et pour votre aide.

A Christine, Sabine et Cédric pour m'avoir si gentiment accueillie au sein du cabinet, j'ai hâte de pouvoir poser fièrement ma plaque auprès des vôtres, je vous et nous souhaite le meilleur pour les années à venir.

Aux copines de gynéco : Soline, Marie-Caroline, Juliette, Pauline et Lucile, on se voit moins mais je pense souvent à vous, quel chemin depuis ce stage il y a déjà plus de 3 ans !

A Marie et Anne-Sophie, pour cette amitié depuis notre première année d'internat et ce stage à Louviers : merci pour ces 6 mois passés ensemble et ces retrouvailles qui perdurent depuis, je suis heureuse de vous voir épanouies dans vos vies et votre travail, en espérant continuer longtemps à vos côtés.

A mes super copines depuis le début de ces études de médecine et à vos maris : Clémence et Cédric (et Jules), Juliette et Arnaud (et Lou), Mathilde et Wandrille (et futur bébé !) et Marthe et Jean-Charles (et Auguste), un énorme merci pour toutes ces années, ces souvenirs, ces fous rires, ces vacances, ces après-midis et ces soirées à discuter ensemble autour d'un thé !
Merci pour votre amitié qui m'est si précieuse. Je vous souhaite le meilleur et espère vous avoir auprès de moi encore longtemps.

A mes beaux-parents, Anne-Marie et Jean-Marie, et à Caroline et Sébastien (et Hugo et Théo), à Emilie, pour m'avoir si gentiment accueillie dans votre famille, pour votre aide et votre amour.

A mes grands-parents et au reste de la famille (Tonton, Gaby, cousins et cousines), merci pour votre amour et votre présence à mes côtés, merci d'être là tout simplement.

A mes parents et à mon frère, un immense merci pour votre soutien tout au long de ces études, votre amour indéfectible, pour tout ce que vous faites pour moi depuis déjà bientôt 30 ans, pour m'avoir toujours écoutée et encouragée dans mes choix. Je vous aime.

A Julien, pour ton amour, pour tout ce que tu fais pour moi depuis 8 ans, pour m'avoir donné la plus belle chose au monde, pour ton aide et tes encouragements, j'ai hâte de continuer à avancer avec toi, l'aventure sera forcément merveilleuse ! Merci d'être toi. Je t'aime.

A Sophia, tu es le plus beau cadeau que la vie puisse faire, je suis tellement fière de te voir grandir et t'épanouir de jour en jour ! Je t'aime.

Et enfin une pensée particulière à toutes les femmes ayant pris le temps de répondre à mon questionnaire, cette thèse n'aurait jamais pu voir le jour sans votre aide, merci !

« Medicus curat, natura sanat » (Le médecin soigne, mais c'est la nature qui guérit)
Proverbe Latin.

TABLE DES MATIERES

I- Introduction-justification de l'étude……17

II- La Visite Post-Natale : définitions, contenu……19
- A. Allaitement
- B. Examen du périnée et rééducation périnéale
- C. Examen clinique général et gynécologique
- D. Contraception : Recommandations en post-partum
- E. Dépistage des troubles psychiques et de la relation mère-enfant
- F. Conseils et aide au sevrage tabac/alcool/autres substances
- G. Risques des grossesses rapprochées
- H. Vaccinations de la mère et de l'entourage du bébé
- I. Principales pathologies pouvant influer sur le déroulement de la VPN
- J. Quelques données sur la VPN en France et ailleurs
- K. Objectifs de l'étude

III- Matériels et Méthodes……..……45

IV- Résultats……..…….46
- A. Description de l'échantillon
- B. Suivi de grossesse
- C. Déroulement de la grossesse et de l'accouchement
- D. La Visite Post-Natale

V- Discussion……...……..……71
- A. Échantillon
- B. Limites de l'étude
- C. Points forts de l'étude et résultats principaux
- D. La place du médecin généraliste
- E. La place des sages-femmes
- F. Quels enjeux pour le médecin généraliste ?
- G. Perspectives : ce qu'il pourrait être intéressant d'étudier à l'avenir

VI- Conclusion……...……...……..……91

VII- Annexes……...……...……..……92

VIII- Bibliographie……...……...……..……..106

IX- Résumé……...……..……..110

LISTE DES ABREVIATIONS

CH	Centre Hospitalier
CNAM	Caisse Nationale d'Assurance Maladie
CNGOF	Collège National des Gynécologues Obstrétriciens Français
CRAT	Centre de Ressource des Agents Tératogènes
DIU	Dispositif Intra-Utérin
DPP	Dépression du Post-Partum
DREES	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DT	Delirium Tremens
EPN	Enquête PériNatale
FCV	Frottis Cervico-Vaginal
FFRSP	Fédération Française des Réseaux de PériNatalité
FMC	Formation Médicale Continue
HAS	Haute Autorité de Santé
HTA	HyperTension Artérielle
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
IUE	Incontinence Urinaire d'Effort
IVG	Interruption Volontaire de Grossesse
MAMA	Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée
MAP	Menace d'Accouchement Prématuré
MT	Médecin Traitant
MFIU	Mort Foetale In Utero
NCP	Noyau Central du Périnée
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PMI	Protection Maternelle et Infantile
PRADO	PRogramme d'Accompagnement du Retour à Domicile
RCIU	Retard de Croissance Intra-Utérin
ROR	Rougeole-Oreillons-Rubéole
SAPL	Syndrome des anticorps Anti-PhosphoLipides
SFP	Société Française de Pédiatrie
TNS	Traitements Nicotiniques de Substitution
TV	Toucher Vaginal
UNAF	Union Nationale des Associations Familiales
VPN	Visite Post-natale

I- INTRODUCTION – JUSTIFICATION DE L'ETUDE

J'ai pu constater au cours de mes stages d'internes et de mes remplacements en cabinets de médecine générale, au cours de ma propre pratique et en interrogeant de nombreux confrères, même parmi celles et ceux qui effectuent les suivis de grossesse de leurs patientes, que la pratique de la VPN semble plutôt rare.

La VPN revêt une importance capitale, tant par l'aspect purement clinique de cette consultation, qui a pour but d'évaluer le retentissement physique et psychique de l'accouchement et les séquelles éventuelles qui pourraient être prises en charge, que par un aspect plus social, ayant pour finalité d'aider la patiente à s'habituer à son nouveau rôle de mère et aux difficultés que cela peut engendrer.

En étant un médecin de référence pour la patiente, le médecin généraliste est l'un des acteurs en capacité d'effectuer cette VPN, et ce d'autant plus s'il a réalisé le suivi de grossesse.

Et pourtant, il apparaît, en cherchant dans la littérature, que peu de femmes réalisent la VPN, et que parmi celles qui la réalisent, elles ne sont pas une majorité à se tourner vers leur médecin généraliste pour le faire.

Très peu de données sont disponibles sur ce thème actuellement, en particulier il n'existe pas de statistiques au niveau national.

On trouve une estimation de ce taux dans la thèse de B. Konstantinos de 2010, sur 76 femmes interrogées 4 mois après leur accouchement à la maternité de Dieppe, 68% seulement avaient réalisé leur VPN [1].

J'ai contacté la CNAM qui m'a répondu ne pas avoir de données statistiques sur ce sujet, la VPN n'étant pas codée de façon spécifique dans leur système informatique.

J'avais également contacté la DREES auparavant, qui ne disposait pas non plus de telles données, et me renvoyait vers la CNAM.

Nombre de questions émergent de ce constat :

Pour quelles raisons les patientes ne semblent-elles pas motivées à effectuer leur VPN, et en particulier pourquoi ne se tournent-elles pas naturellement vers leur médecin généraliste ?

Le médecin généraliste pense-t-il suffisamment à les solliciter pour effectuer cette VPN, à l'occasion par exemple d'une consultation pour leur nourrisson dans les premiers mois de vie ?

Les patientes en voient-elles l'utilité, se sentant en bonne santé après leur accouchement ?

Peut-être qu'elles ne savent pas à quoi s'attendre, ou qu'elles ont déjà effectué une VPN chez un autre praticien et ont été déçues ?

C’est pour cela que j’ai choisi de m’intéresser aux attentes des femmes concernant la VPN, aux connaissances qu’elles possèdent de son déroulement et de son contenu, et à leurs pratiques concernant cette consultation.

Dans un premier temps les aspects essentiels de la VPN seront explicités, puis nous allons exposer la méthode que nous avons utilisé pour effectuer ce travail, enfin nous détaillerons les résultats et en tirerons les conclusions qui s’imposent dans une quatrième partie.

II- LA VISITE POST-NATALE : DÉFINITIONS, CONTENU

La période du post-partum, telle que définie par l'OMS, s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches, soit au 42e jour après l'accouchement (« le post-partum, ou suites de couches, débute environ une heure après la délivrance et englobe les six semaines qui suivent ») [2].

Cette période très particulière dans la vie d'une femme est cruciale, tant par les changements physiques que psychiques qu'elle entraîne, que par la rencontre avec son nouveau-né et la nouvelle vie qu'elle signifie.

Cette consultation intervient à un moment clé pour la plupart des femmes car elle coïncide à quelques semaines près avec la fin du congé maternité (qui est de 10 semaines après la naissance, pour un premier et deuxième enfant, dans le cas général), à un moment où la reprise du travail est imminente pour la patiente, et donc à un retour à sa vie sociale et professionnelle antérieure à la grossesse.

D'après l'OMS, qui a publié en 1999 un Guide Pratique pour les Soins au nouveau-né et à la mère dans le post-partum, les besoins de la mère dans le post-partum sont définis comme tels [2] :

Besoin d'informations/conseils sur

-les soins à apporter au bébé et l'allaitement au sein

-ce qui se passe dans son corps, y compris les signes de problèmes éventuels

-les soins individuels (hygiène et cicatrisation)

-la sexualité

-la contraception

-l'alimentation

Besoin d'un soutien de la part

-des prestateurs de soins de santé

-du partenaire et de la famille, sur le plan affectif et psychologique

Besoin de soins en cas de complications présumées ou avérées

Besoin de temps pour s'occuper du bébé

Besoin d'aide pour les tâches domestiques

Besoin d'un congé maternité

Besoin d'une réintégration sociale dans la famille et dans la communauté

Besoin d'une protection contre les sévices/violences

Elle peut craindre :

-de ne pas se sentir à la hauteur

-d'être délaissée par son mari

-l'isolement

-l'entière responsabilité des soins à apporter à l'enfant et aux autres membres de la famille

Au regard de ces différents besoins et craintes, le médecin généraliste, et qui plus est le médecin traitant, a toute sa place dans le suivi de la femme ayant accouché, et ce dès la sortie de la maternité, comme relais et interlocuteur privilégié.

La Visite Post Natale (VPN), inscrite dans la loi au titre de l'article R2122-3 du Code de la Santé Publique du 27 mai 2003 [3] est définie comme « un examen médical postnatal (qui) doit être obligatoirement effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement ».

L'article L4151-1 du CSP, modifié par la loi n° 2016-41du 26 janvier 2016 [4] précise que « la sage-femme peut effectuer l'examen postnatal à la condition d'adresser la femme à un médecin en cas de situation pathologique constatée ».

Selon le CNGOF [5] « en cas de complications obstétricales, elle (la VPN) est assurée par un gynécologue obstétricien (accord professionnel) ».

Rappelons également que cette consultation est prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie, au titre du dernier examen obligatoire du suivi de grossesse.

Le cadre législatif étant posé, intéressons-nous maintenant à ce que doit contenir la VPN : selon les recommandations du CNGOF [5], son but est « d'identifier les séquelles et conséquences de la grossesse, afin de proposer une prise en charge adaptée, rechercher les facteurs de risque pour une prochaine grossesse, notamment ceux accessibles à un traitement en-dehors de la grossesse et qui permettrait d'améliorer le pronostic d'une grossesse ultérieure ».

Selon les recommandations, les points essentiels de cette consultation sont :

-promotion de l'allaitement maternel et conseils, prise en charge des complications

-vérification de l'état du périnée et de la cicatrisation (si épisiotomie ou déchirures superficielles)

-réaliser un frottis cervico-vaginal si le dernier date de plus de 2 ans ou s'il était pathologique

-mesure du poids, de la tension artérielle, si nécessaire conseils et aide au sevrage tabagique et/ou autres drogues

-à noter qu'il est précisé dans les recommandations que « l'examen clinique est ciblé sur les symptômes décrits par la patiente et les complications survenues », et que « l'examen gynécologique n'est pas systématique » (accord professionnel)

-explication des risques de grossesses rapprochées (< 6 mois)

-discussion de la contraception en fonction du projet familial

-le dépistage des troubles psychiques maternels et des difficultés de la relation mère-enfant est nécessaire

-faire le point sur les vaccinations de la femme et de son entourage (notamment coqueluche, ROR)

-évaluer l'indication de la rééducation périnéale

Comme désigné plus haut, la VPN est donc censée avoir lieu dans les 6 à 8 semaines suivant l'accouchement, c'est la définition qu'en donne l'OMS.

Le CNGOF a mis à jour en 2015 ses recommandations concernant le contenu de cette consultation, il est notamment précisé que cette consultation a un rôle de « synthèse, d'information de la patiente et de ses médecins habituels » [5].

Elle doit être systématiquement proposée.

Nous allons donc développer dans un premier temps, point par point, ces thèmes.

A) L'allaitement

Selon l'OMS, le terme « allaitement maternel » est réservé à l'alimentation du nouveau-né ou du nourrisson par le lait de sa mère [6].

Il est dit « exclusif » lorsque le nouveau-né ou le nourrisson reçoit uniquement du lait maternel, à l'exception de tout autre aliment, solide ou liquide, y compris l'eau.

Il est dit « partiel » lorsqu'il est associé à une autre alimentation comme des substituts de lait, des céréales, de l'eau, ou toute autre nourriture.

Toutes les recommandations scientifiques actuelles et les sociétés savantes telles la HAS, l'OMS, le CNGOF, la SFP entre autres ([6], [7],[2]) s'accordent sur le fait qu'un allaitement maternel exclusif est recommandé jusqu'à au moins 6 mois de vie du nourrisson, pour garantir son développement optimal.

Selon la DREES qui a publié ces résultats en 2016 [8], en France en 2013 la part des nourrissons allaités à la naissance s'élevait à 66 %. Elle n'est plus que de 40% à 11 semaines, de 30% à 4 mois et de 18% à 6 mois.

Depuis les années 90, ces taux ont beaucoup progressé, mais stagnent depuis une dizaine d'années, et se situent à un niveau inférieur à celui de nombreux pays voisins.

On observe également de fortes disparités selon les régions de France.

Les seules contre-indications médicales à l'allaitement maternel sont l'infection par le VIH, un cancer actif en cours de traitement, et pour le nouveau-né la galactosémie (anomalie congénitale du métabolisme).

Le tabagisme maternel n'est pas une contre-indication à l'allaitement, même si le passage lacté de la nicotine étant prouvé, il faut encourager les mères à un sevrage.

B) Examen du périnée et rééducation périnéale

1) Examen clinique

Il doit être orienté par les plaintes fonctionnelles des patientes : dyspareunies faisant rechercher des lésions locales vulvo-périnéales, douleurs périnéales globales souvent liées à de petits hématomes qui disparaissent avec le temps, ou bien si augmentées pendant les règles doivent faire évoquer une endométriose, troubles urinaires, problèmes anaux (incontinence, constipation, douleurs, prolapsus…).

L'incontinence urinaire d'effort (IUE) doit être systématiquement recherchée à l'interrogatoire, car souvent les femmes n'osent pas en parler, par pudeur ou pensant qu'il s'agit d'un trouble fréquent et normal. Il s'agit d'une fuite survenant exclusivement au cours d'un effort, d'intensité variable (toux, éternuement, course à pied, changement de position…).

Les données épidémiologiques montrent que parmi les femmes incontinentes, 60% n'ont plus de fuites 6 à 10 jours après la naissance, 30% ont des fuites urinaires transitoires et 10% ont une incontinence urinaire persistante et importante. On sait également que les primipares incontinentes ont présenté des fuites durant la grossesse dans 64% des cas, et qu'il existe un nombre significatif d'IUE chez les femmes césarisées [9].

Il existe donc des facteurs liés à la grossesse et des facteurs inhérents au traumatisme obstétrical.

L'examen clinique pourra comporter [9]:

-un examen de la vulve

-l'éventuelle cicatrice d'épisiotomie

-la recherche de mauvaise cicatrisation de déchirures dites « fermées »

-un examen de la marge anale

-une inspection au spéculum

-des touchers pelviens :

Toucher vaginal, permettant de rechercher une sténose vaginale, d'apprécier l'état des annexes ainsi que rechercher un éventuel syndrome de Masters et Allen (traumatisme des ligaments sacrés et du ligament large responsables d'une hypermobilité de l'utérus avec douleurs à la mobilisation utérine et mobilité anormale du col). Il permet également d'apprécier comme nous le verrons plus loin la musculature périnéale ainsi que de rechercher un éventuel prolapsus.

Toucher rectal, permettant de rechercher des hémorroïdes, une fissure anale, un abcès et d'apprécier la force du sphincter anal.

On peut également évaluer la tonicité du Noyau Central du Périnée (NCP) à l'aide de la palpation directe, ou bien du toucher vaginal couplé au toucher rectal, qui permet d'apprécier le NCP entre les 2 doigts.

Testing musculaire du périnée : il se recherche durant le toucher vaginal bidigital, en effectuant une pronation complète de l'avant-bras, en écartant les doigts et les posant en crochet sur les muscles releveurs. On peut alors effectuer la cotation de 0 à 5 (voir tableau) [10] en demandant à la patiente de « serrer » plusieurs fois autour des doigts et en notant la tenue de la contraction (normale pendant 5 secondes) et la fatigabilité (doit pouvoir être répété 5 fois de suite).

Tableau 4.2. Testing des muscles releveurs de l'anus.

Cotation	*Effet*	*Fatigue*
0	Pas de contraction perçue	
1	Contraction très faible, n'entraînant pas de déplacement	
2	Contraction faible, léger déplacement vers le haut et l'avant	2 fois 2 secondes
3	Contraction nette, les doigts sont ascensionnés et réunis sur la ligne médiane	3 fois 3 secondes
4	Résistance modérée vers le bas et l'arrière n'empêchant pas le déplacement dans toute l'amplitude	4 fois 4 secondes
5	Résistance importante, déplacement complet	5 fois 5 secondes

Recherche d'un prolapsus : [9] elle se fait tout d'abord à l'inspection, en demandant à la patiente de réaliser une poussée (effort d'hyperpression abdominale), et en recherchant l'apparition d'une saillie soit de la paroi antérieure du vagin en cas de colpocèle ou cystocèle, soit de la paroi postérieure en cas de rectocèle.

Elle peut être complétée par la manœuvre des valves, c'est-à-dire aidé de 2 valves de spéculum démonté, qui permettent d'écarter les parois vaginales et de retrouver des prolapsus non extériorisés.

Le premier temps consiste à utiliser la valve antérieure pour refouler la paroi antérieure du vagin et rechercher la rectocèle spontanée ou à la poussée. On effectue ensuite la manœuvre inverse,

c'est-à-dire qu'après avoir retiré la valve antérieure, on applique la valve postérieure contre la face vaginale postérieure afin de rechercher la colpocèle et la cystocèle.

Pour chaque élément de prolapsus, on effectue une cotation de 0 à 3 :

Stade 0	Aucun prolapsus
Stade 1	Bombement intravaginal
Stade 2	Bombement apparaissant à la vulve
Stade 3	Bombement dépassant la vulve

Recherche d'une IUE [10] : elle peut être vue dès l'inspection en cas de jet d'urine contemporain de la toux ou de l'effort de poussée abdominale, mais peut être masquée par un éventuel prolapsus, qui va venir comprimer l'urètre à la poussée. Elle peut être dévoilée lors de la manœuvre de la valve postérieure que nous venons d'expliquer, en accrochant le col utérin et en le refoulant vers le haut et l'arrière en tirant la paroi vaginale antérieure, supprimant ainsi l'éventuel « effet pelote » sur le col utérin d'un prolapsus utérin ou d'une cystocèle.

On doit aussi pouvoir apprécier l'importance de la fuite et le synchronisme à l'effort.

Enfin, on peut réaliser le test de Bonney ou ses variantes, qui est également un test thérapeutique, en plaçant l'index et le majeur, faces palmaires contre la paroi antérieure du vagin de part et d'autre de l'urètre, et lors de l'effort de poussée et donc de la fuite urinaire il s'agit de refouler vers le haut la paroi vaginale antérieure, ce qui corrige l'incontinence urinaire lorsque celle-ci est liée à une ptose du col et/ou de la vessie.

2) Rééducation périnéale

Il est important de noter que les séances de kinésithérapie de rééducation périnéale ne sont remboursées à 100% que 90 jours après l'accouchement, ce qui n'est pas le cas si elles sont pratiquées par une sage-femme [11].

La prescription doit comporter les mentions « séances de rééducation périnéo-sphinctérienne +/- électrostimulation et biofeedback », afin que le praticien qui la réalise puisse coter correctement ses actes.

10 séances sont remboursées à 100% en post-partum par l'assurance maladie.

En pratique, elle est souvent prescrite lors de la VPN, puisqu'il faut avant de la débuter, laisser le temps aux tissus de cicatriser, soit environ 6 semaines. Il n'est cependant jamais trop tard pour débuter la rééducation périnéale chez les patientes qui n'auraient pu en bénéficier et qui présenteraient des signes fonctionnels d'IUE à distance de l'accouchement.

Il est important d'expliquer aux femmes les objectifs de cette rééducation afin d'obtenir leur adhésion et leur motivation, et de bien leur préciser que la rééducation nécessite un travail manuel

endovaginal et l'utilisation de sondes intracavitaires, afin qu'elles ne soient pas surprises et que ces manœuvres ne représentent pas un obstacle à la pratique de la rééducation.

Il existe différentes techniques, que le thérapeute associe souvent. Nous ne ferons ici que les lister, car le médecin généraliste n'a pas pour rôle de réaliser la rééducation périnéale des patientes lui-même, n'étant pas formé pour : [12], [13]

-le travail manuel

-l'électrostimulation

-le biofeedback

-les traitements comportementaux

Le libre choix des techniques et de leur association est laissé au praticien qui réalise la rééducation périnéale, l'essentiel étant pour la patiente de voir et sentir une progression avec l'amélioration des symptômes ayant conduit à la prescription de cette rééducation.

Enfin, précisons que le CNGOF ne recommande pas la rééducation périnéale chez les femmes asymptomatiques car il n'y a actuellement aucune preuve que celle-ci est efficace pour prévenir une incontinence urinaire ou anale à moyen ou long terme.

La rééducation périnéale, toujours selon ces recommandations, est préconisée si IU persistant à 3 mois du post-partum (et de toute façon à éviter avant 2 mois après l'accouchement), quel que soit le type d'incontinence [5]. Elle n'est pas recommandée pour prévenir ou traiter un prolapsus ou des dyspareunies.

C) Examen clinique général

Nous avons vu précédemment l'examen du périnée, ciblé sur la recherche de séquelles de l'accouchement et d'IUE ainsi que de prolapsus.
Nous allons maintenant détailler rapidement les points principaux de l'examen clinique général, et les points particuliers à rechercher au cours de la VPN, ciblés sur les particularités du post-partum.

1) Tension artérielle (TA)

Elle sera mesurée de façon classique, en gardant les mêmes objectifs que la population générale.

L'HTA sera donc définie par une PAS > ou égale à 140 mm Hg et/ou une PAD > ou égale à 90 mm Hg au repos, après plusieurs mesures et persistant dans le temps (au cours de plusieurs consultations).

Il est important de noter que les recommandations définissent maintenant l'HTA gravidique comme une HTA présente entre 20 SA et la 6e semaine du post-partum.

Lors de la VPN, elle doit donc être vérifiée pour faire la différence entre une HTA gravidique si la tension artérielle s'est normalisée, ou une HTA pré-existante à la grossesse si elle persiste [14]. Il est également recommandé, pour les femmes ayant présenté une pré-éclampsie, de réaliser une recherche de protéinurie à l'aide d'une bandelette urinaire (BU) lors de la VPN.

Pour le traitement, en post-partum il n'y a pas de recommandations ni de contre-indications particulières hormis celles liées aux antécédents personnels de la patiente.

Précisons simplement qu'il faudra faire attention en cas d'allaitement si un traitement doit être instauré : le CRAT [15] recommande selon les classes thérapeutiques :

-pour les bêta-bloquants : de préférence le propranolol et le labétalol

-pour les inhibiteurs calciques : la nifédipine et la nicardipine

-pour les IEC : le captopril, l'énalapril, le bénazépril ou le quinapril, sauf si l'enfant allaité est prématuré ou a une insuffisance rénale

-pour les anti-hypertenseurs centraux : la méthyldopa.

2) Poids, seins, abdomen

Le CNGOF encourage la mesure du poids lors de la VPN [5] « pour encourager la perte de poids (accord professionnel) avec pour objectif le retour au poids pré-conceptionnel dans les 6 mois ».

L'examen des seins permet de s'assurer, comme pour un examen clinique de dépistage classique, de l'absence de tuméfaction, de nodule, d'adénopathie axillaire, et en cas d'allaitement de rechercher les principales complications afin de proposer une prise en charge adaptée.

Enfin, l'examen abdominal permet de vérifier l'état de la cicatrisation en cas de césarienne, de l'absence de douleur ou de masse, et sera ciblé sur les plaintes éventuelles de la patiente.

3) Examen gynécologique et FCV

Nous avons déjà détaillé l'examen du périnée dans le chapitre dédié.

Évoquons maintenant l'examen gynécologique, qui n'est pas systématique [5] et dont le but est de s'assurer de la bonne cicatrisation d'une épisiotomie ou de déchirures périnéales, il doit être centré sur les plaintes et signes fonctionnels éventuels de la patiente.

On peut également réaliser un examen au spéculum en cas de métrorragies, de leucorrhées décrites comme pathologiques par la patiente, de dyspareunies, de prurit vulvo-vaginal, etc. Et si le dernier FCV date de plus de 2 ans, il faut proposer à la patiente de le réaliser au cours de la consultation.

D) Contraception

La contraception est une partie importante de la VPN. En effet, il s'agit d'un temps de consultation privilégié à distance de l'accouchement, qui permet au praticien et à la patiente d'aborder ensemble la question des grossesses futures, et qui peut être l'occasion d'expliquer à la patiente les risques des grossesses dites « rapprochées » (voir paragraphe dédié), permettant ainsi d'introduire la notion de contraception.

Il faut également rappeler que, selon une enquête de 2006, 5% du taux d'IVG ont lieu dans les 6 mois qui suivent l'accouchement [16].

Il est établi que le retour de couches survient en moyenne six semaines après l'accouchement, cependant une ovulation peut se produire dès le vingt-cinquième jour, notamment en l'absence d'allaitement maternel.

Le CNGOF a élaboré en 2006 des recommandations pour aider les praticiens à apporter le choix le plus éclairé à leurs patientes et adapter au mieux la contraception en post-partum [16].

En effet, certains changements hormonaux particuliers à la période du post-partum doivent être pris en compte dans le choix du mode de contraception :

-les traitements hormonaux pris dans la période du post-partum peuvent avoir un effet sur la lactation (les oestroprogestatifs peuvent diminuer légèrement la production lactée, au contraire des microprogestatifs qui eux peuvent l'augmenter s'ils sont pris précocement, c'est-à-dire dans les 3 semaines suivant l'accouchement)

-ils peuvent également avoir une influence sur les saignements en post-partum (les progestatifs pouvant entraîner des spottings par exemple)

-le risque thromboembolique veineux est majoré dans les 3 semaines suivant le post-partum, d'où la contre-indication aux œstrogènes durant cette période.

<u>Recommandations en post-partum</u>

Lors de la VPN, la femme a bien souvent déjà une contraception, prescrite lors de sa sortie de la maternité. Il est recommandé en post-partum de ne pas utiliser d'oestroprogestatifs avant 6 semaines, si la femme s'est donc vu prescrire une contraception à base de progestatifs seuls, ou bien une contraception non-hormonale, et qu'elle souhaite lors de la VPN se voir prescrire une contraception oestro-progestative, il est tout à fait possible en l'absence de contre-indication d'accéder à sa demande (l'allaitement faisant partie des contre-indications).

Le CNGOF recommande tout de même « d'évaluer la balance bénéfice-risques de cette utilisation entre la 6e et la 12e semaine du post-partum en cas de facteurs de risques vasculaires ».

On peut également poser un DIU quel que soit son type lors de la consultation post-natale (à partir de 4 semaines du post-partum selon l'HAS [17]).

Dans les recommandations de 2006, il est conseillé :

-de respecter un délai de 2 mois post-partum pour l'utilisation de la cape cervicale et du diaphragme (en raison du délai nécessaire à la rétraction utérine)

-de bien rappeler au couple que les semaines suivant le post-partum, avec les lochies, la rétraction utérine et la modification de la glaire cervicale, ne sont pas les plus propices pour que les méthodes de Planification Familiale Naturelle (PFN, dites méthodes « naturelles ») soient pleinement efficaces

-en cas d'allaitement maternel, concernant les spermicides seules certaines molécules sont utilisables (le chlorure de benzalkonium et le chlorure de miristalkonium)

-en cas d'hypertension artérielle gravidique ou de diabète gestationnel, l'utilisation d'ostroprogestatifs n'est envisageable qu'à partir du 3e mois suivant l'accouchement et après normalisation du bilan néphrologie ou glucidique

-en cas d'hépatopathie gravidique, il est recommandé d'attendre la normalisation du bilan hépatique avant l'utilisation des oestroprogestatifs.

La HAS quant à elle recommande [17] :

-pour la femme qui allaite : éviter les oestroprogestatifs durant les 6 mois suivant l'accouchement

-pour la femme n'allaitant pas : on peut raccourcir le délai de 6 semaines après l'accouchement pour l'utilisation des oestroprogestatifs à 3 semaines, en l'absence de facteur de risque thromboembolique veineux (à noter que la césarienne, l'hémorragie du post-partum, la transfusion lors de l'accouchement et la pré-éclampsie sont considérées comme contre-indications) et en l'absence d'autre contre-indications, selon l'OMS.

E) Dépistage des troubles psychiques et de la relation mère-enfant

Lors de la VPN, le praticien devra évaluer la qualité de la relation mère-bébé, ce qui est d'autant plus facile si la patiente se présente à la consultation accompagnée de son bébé. Si ce n'est pas le cas, et dans le cas où l'on considère le point de vue du médecin généraliste, cette évaluation pourra être faite lors des pesées hebdomadaires du premier mois et/ou des consultations ultérieures pour le bébé.

Il est également primordial de dépister les troubles psychiques spécifiques au post-partum que nous allons détailler ici.

1) Le baby-blues

Appelé également « post-partum blues » ou « syndrome du troisième jour », il concerne selon les auteurs entre 30 et 80% des accouchées [18, 19]. Il est défini comme l'association d'une labilité émotionnelle, d'une anxiété, d'une irritabilité, de troubles du sommeil, de fatigue, de plaintes somatiques et de dysphorie, et survient dans les premiers jours suivant l'accouchement (classiquement dans la première semaine du post-partum).

Il ne préjuge pas de l'entrée ou non dans une dépression du post-partum, et ne doit ni être minimisé ni dramatisé : il s'agit d'un tableau très fréquent, qui est souvent expliqué par les modifications hormonales suivant l'accouchement, et qui s'apparente à une hyper-émotivité, associée aux réaménagements affectifs et cognitifs du processus de parentalité.

Il peut durer quelques jours ou être réduit à 24h, il faut de toute façon se poser la question d'une dépression du post-partum quand il dure plus d'une semaine, ou si les symptômes ressentis s'intensifient après les dix premiers jours du post-partum.

Il ne nécessite pas de thérapeutique médicamenteuse, il s'agit d'un tableau bien connu des soignants qui survient souvent lors du séjour en maternité, et les seules thérapeutiques à entreprendre sont une écoute bienveillante de la femme, l'entourage affectif et la compréhension dont elle a besoin.

2) Dépressions du post-partum (DPP) [18, 19]

Elle concerne 10 à 20% des femmes. On en distingue 2 types : la dépression simple, et la dépression mélancolique.

La DPP survient classiquement selon un consensus, dans les douze premiers mois du post-partum.

L'épisode dépressif majeur (EDM) avec spécification « dans le post-partum » est définie par un début dans les 4 semaines suivant l'accouchement.

Il est à noter que le DSM-V, paru en 2013, a quelque peu modifié ces critères et classification, notamment en retirant le critère E lié au deuil. De plus, il existe désormais des

spécifications des épisodes dépressifs, notamment l'un s'intitulant « avec début dans le péri-partum », car 50% des épisodes du post-partum débutent en réalité avant l'accouchement [20].

La thérapeutique, pour un épisode dit « simple », pourra reposer sur une prise en charge psychothérapeutique, voire association avec des antidépresseurs classiques, en s'assurant toutefois de leur compatibilité avec l'allaitement si nécessaire.

La dépression d'intensité sévère pourra, au-delà de la médicamentation avec antidépresseurs, nécessiter une hospitalisation en cas de risque suicidaire élevé.

Il existe dans les hôpitaux psychiatriques des unités mères-bébés, sauf bien évidemment si risque suicidaire ou d'infanticide, auquel cas la séparation mère-enfant est indispensable et l'enfant devra être confié à la famille ou hospitalisé en pédiatrie.

3) Psychose puerpérale [18, 19]

Il s'agit d'un trouble de l'humeur (épisode dépressif majeur, trouble maniaque ou mixte) avec des composantes psychotiques, caractérisées selon le DSM-IV TR par des ordres hallucinatoires de tuer l'enfant ou par des idées délirantes selon lesquelles l'enfant est possédé.

La patiente peut également présenter une obnubilation voire une réelle confusion mentale avec désorientation temporo-spatiale, et une grande labilité de l'humeur, avec un risque élevé de suicide ou d'infanticide.

L'hospitalisation en milieu psychiatrique s'imposera donc, pour instauration d'un traitement neuroleptique.

Comme pour la dépression mélancolique, en cas de risque suicidaire ou d'infanticide élevé, la séparation mère-enfant sera imposée.

Cette pathologie concernerait 1 accouchement sur 500 à 1000, majoritairement des primipares, et le risque de présenter un tel trouble augmente avec les antécédents de dépressions du post-partum, et chez les femmes présentant un trouble dépressif ou bipolaire.

Le risque de récurrence pour un futur accouchement est de l'ordre de 30 à 50%.

4) Outils de dépistage et facteurs de risques

Il est important de noter que la DPP peut être le mode d'entrée dans un trouble de l'humeur persistant pour la patiente, d'où l'importance du suivi ultérieur.

La DPP pouvant profondément altérer les relations mère-enfants, les relations avec le conjoint voire l'équilibre familial, il est donc primordial de la dépister.

Pour cela, on utilise classiquement l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) cf annexe 2, qui a été développée pour pallier au manque d'adaptation des échelles de mesure classiques

de la dépression. Il s'agit d'un auto-questionnaire à 10 items, coté selon un ordre de sévérité croissant de 0 à 3, donnant ainsi un score total de 0 à 30.

Le diagnostic de DPP est considéré pour un score strictement supérieur à 12.

Il conviendra enfin de rappeler les facteurs de risques de DPP [21], à dépister le plus tôt possible, idéalement avant ou durant la grossesse afin de repérer les femmes à risque et de les surveiller et les orienter le précocement possible vers les professionnels adéquats (psychologue, psychiatre, hôpital psychiatrique, assistante sociale…)

Les facteurs de risques sont les suivants :

-antécédents psychiatriques personnels ou familiaux

-antécédents à risques pour le fœtus et/ou la grossesse (maladie héréditaire, diabète, HTA…)

-antécédents obstétricaux pathologiques (morts fœtales in utero, malformations fœtales, interruptions de grossesse, hospitalisations prolongées des nouveau-nés…)

-antécédents de troubles psychiatriques au cours de la grossesse et/ou du post-partum

-situations de mères isolées, conflits conjugaux

-grossesses non désirées ou non suivies

-personnalités immatures

-au cours de la grossesse :

-découverte de malformation ou d'anomalie faisant craindre une malformation

-grossesse pathologique

-éloignement familial (hospitalisation prolongée…)

-après la naissance :

-difficultés lors de l'accouchement et morbidité maternelle sévère

-morbidité néonatale

-séparation mère-enfant (enfant transféré…)

F) Conseils et aide au sevrage du tabac, de l'alcool et des autres drogues

1) Le tabac

L'évaluation de la dépendance et de la consommation se fait grâce au test de Fagerström en 2 ou 6 questions (cf Annexe 3).

Les recommandations actuelles [22] proposent les traitements médicamenteux, à savoir la Varenicline et le Bupropion, uniquement en seconde intention, après échec des TNS à doses et durée bien conduites, et avec les risques et les contre-indications propres à ces molécules qu'il faut connaître et expliquer aux patientes. A noter que ces deux substances sont contre-indiquées chez la femme qui allaite.

Selon ces recommandations, chez la femme en post-partum il faut donc réévaluer le statut tabagique, même si la femme a arrêté de consommer pendant la grossesse, du fait d'un risque élevé de rechute après l'accouchement (80 % des femmes sevrées en cours de grossesse rechutent dans l'année qui suit l'accouchement, et 30 % rechutent juste après l'accouchement).

Bien évidemment, hormis les complications et risques inhérents au tabagisme, la prévention de la mort subite du nourrisson reste l'objectif principal du sevrage tabagique, c'est là un argument que l'on peut avancer aux patients, mais peut-être faut-il rester raisonnable et mesuré sur les objectifs à donner, en proposant dans un premier temps une réduction progressive de la consommation tabagique.

Les TNS ne sont pas contre-indiqués durant l'allaitement. Le tabac n'est pas une contre-indication à l'allaitement, qu'il faut promouvoir même en l'absence de possibilité de sevrage, en conseillant de fumer après la tétée, et de prolonger au maximum l'allaitement afin de contrebalancer les effets néfastes du tabac sur la survenue de pathologies infantiles.

2) L'alcool

Il existe deux moyens thérapeutiques : le sevrage ambulatoire, et le sevrage institutionnel.

Le sevrage nécessite une prise en charge multidisciplinaire et en réseau, il est recommandé si possible de privilégier le sevrage ambulatoire [23, 24], sauf contre-indications.

Outre l'accompagnement psychosocial, on peut associer des traitements médicamenteux dont les benzodiazépines : principales molécules utilisées pour réduire l'incidence et la sévérité du syndrome de sevrage, des crises comitiales et du DT.

La voie orale est préférable.

Selon le CRAT [15], en cours d'allaitement la benzodiazépine de choix est l'oxazepam (Seresta®).

3) Autres substances

Rappelons simplement qu'il conviendra de rechercher systématiquement les autres co-addictions pouvant exister, notamment : aux opiacés, aux benzodiazépines, à la cocaïne…

Le traitement le plus utilisé dans la dépendance aux opiacés est la buprénorphine (Subutex®), il est utilisable en cours d'allaitement, la posologie la plus adaptée est individuelle.

Notons enfin qu'en cas d'addictions il est préférable, si accepté par la patiente, de faire appel à un addictologue, un suivi psychosocial et/ou un réseau d'aide au sevrage, notamment dans le cas d'une patiente en post-partum, le sevrage dans ces conditions pouvant être difficile en ambulatoire et réalisé de manière isolée par le médecin généraliste.

G) Risques des grossesses rapprochées

La VPN est également l'occasion d'aborder avec la patiente les risques d'avoir des grossesses dites « rapprochées » : la définition varie selon les auteurs, d'un intervalle de 6 à 12 mois entre les 2 grossesses [25, 26]. Elles sont classiquement associées à plusieurs complications périnatales, telles la prématurité, le retard de croissance intra-utérin (RCIU) ou encore la mortalité périnatale, une augmentation des métrorragies du troisième trimestre, de l'anémie et des infections en post-partum.

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les facteurs de risques des grossesses rapprochées, ce qui oriente la population vers laquelle cibler cette prévention.

On peut retrouver suite à ces travaux, une proportion plus importante de femmes jeunes (moins de 21 ans), célibataires, sans profession, avec une gestité et une parité élevées, comme facteurs de risques significatifs de grossesses dites « rapprochées » (moins de 6 mois dans l'étude en question [25]).

Concernant la prématurité, les auteurs [25] évoquent une large étude menée en 2000 au Mexique, ayant étudié plus de 289 000 naissances uniques, de mères hispaniques ou non, pour évaluer l'incidence du délai entre les grossesses successives sur le taux de prématurité. Le plus fort taux de prématurité a été constaté pour un délai entre deux grossesses de moins de 6 mois, alors qu'un délai entre deux grossesses compris entre 18 et 23 mois était associé au plus faible taux de prématurité (résultats également retrouvés par d'autres études [27]).

En comparant ces 2 délais entre deux grossesses, certains auteurs retrouvent dans le groupe des grossesses rapprochées un sur-risque de petit poids de naissance et de prématurité de 1,4.

Plusieurs hypothèses sont avancées :

-concernant la prématurité, certains auteurs évoquent les contraintes physiques et psychologiques de la présence d'un nourrisson à la maison lors de la deuxième grossesse pour la patiente [25]

-la carence en acide folique et en fer résultant d'une première grossesse, et l'insuffisant délai entre celle-ci et la deuxième empêchant de reconstituer le stock de manière satisfaisante (le renouvellement physiologique de ces deux substances étant lent) pourraient également être un facteur explicatif pour la prématurité [25,26]. Cela pourrait également expliquer la plus grande prévalence de RCIU et/ou petits poids de naissance retrouvée chez les femmes présentant des grossesses rapprochées [25]

-enfin, les auteurs évoquent le contexte socio-économique de la patiente comme facteur de risque de grossesse rapprochée et comme marqueur de risque de morbidité obstétricale et périnatale [26].

On peut donc, en expliquant simplement aux patientes lors de la VPN les risques des grossesses d'intervalle rapproché (inférieur à 12 mois, et de manière plus large à 18 mois), et en discutant avec elles de leurs souhaits de contraception ou de conception future, espérer prévenir au maximum ces risques et conséquences.

H) Vaccinations de la mère et de l'entourage du bébé

L'INPES recommande, si cela n'a pas été fait avant la grossesse, de mettre à jour l'ensemble des vaccinations de la mère en post-partum immédiat, même si la femme allaite, notamment celles contre la coqueluche et la rubéole. Nous allons particulièrement nous intéresser à ces deux vaccinations [28].

1) Vaccination contre la rougeole, les oreillons et la rubéole (ROR)

Normalement recommandées avant la grossesse, et contre-indiquée pendant la grossesse (vaccin vivant atténué), le ROR doit être administré chez toute personne née depuis 1980, avec deux doses à au moins un mois d'intervalle.

Devant la recrudescence des cas de rougeole (la France étant considérée en contexte épidémique de rougeole depuis fin 2017-début 2018 [29]), il est de plus recommandé par les autorités sanitaires de vérifier en population générale la bonne vaccination des patients, et de la remettre à jour si ce n'est pas le cas.

A l'occasion de la VPN, et si la vaccination par le ROR n'a pas été effectuée à la maternité (ce qui est actuellement recommandé), il est important de remettre à jour la vaccination chez la femme en post-partum.

Notons que 2 doses de vaccin ROR suffisent à conférer une immunité durable, et ne nécessitent pas de réaliser une sérologie.

Enfin, l'allaitement et l'injection d'immunoglobulines anti-D ne constituent pas une contre-indication à l'administration de ce vaccin.

2) Vaccination contre la coqueluche

La coqueluche restant l'une des premières causes de décès par infection bactérienne communautaire chez le nourrisson de moins de 3 mois, et la majorité (90%) des décès par coqueluche survenant chez les bébés de moins de 6 mois [30], il est primordial de rappeler l'importance de la protection vaccinale contre cette maladie.

La stratégie dite « du cocooning », mise en place en France depuis 2004, consiste à vacciner contre la coqueluche tous les adultes ayant un projet parental, selon leur âge et la dernière dose de vaccin tétravalent reçue, comprenant ainsi le père de l'enfant, la fratrie, les personnes susceptibles d'être en contact étroit avec le nourrisson au cours de ses premiers mois de vie (nourrice, baby-sitter, grands-parents, etc.), et de compléter la vaccination en post-partum pour la mère si elle n'a pas été faite, et pour l'ensemble du foyer si elle n'a pas été effective.

L’allaitement n’est pas une contre-indication au vaccin contre la coqueluche.

La VPN est un moment clé pour contrôler si la vaccination de la mère et de l’entourage de l’enfant a été effectuée.

Il est donc pleinement du rôle du médecin traitant d’évoquer, à l’occasion de la VPN entre autres, le statut vaccinal de l’entourage du nourrisson, dans le cadre de la prévention et de la stratégie du cocooning.

I) Principales pathologies pouvant influer sur le déroulement de la VPN

Selon les recommandations du CNGOF [5], certaines spécificités de la grossesse et/ou de l'accouchement peuvent influencer le déroulement de la VPN, en particulier :

-en cas d'accouchement prématuré spontané, une malformation utérine doit être recherchée et le traitement discuté, mais il n'existe pas de recommandation particulière sur la nécessité d'un examen paraclinique dans un tel cas, ni sur la préférence pour un examen paraclinique en particulier

-en cas de MFIU, de RCIU ou de pré-éclampsie sévère et/ou précoce, il est recommandé de rechercher un SAPL, mais la recherche d'une thrombophilie héréditaire n'est pas recommandée

-en cas de pré-éclampsie, il faudra adresser la patiente à un néphrologue, mais uniquement en cas de persistance d'une protéinurie et/ou d'une HTA à 3 mois du post-partum

-enfin, en cas de cholestase gravidique, il est nécessaire de contrôler le bilan hépatique après 8 à 12 semaines en post-accouchement

Selon ces mêmes recommandations, la patiente doit normalement être vue en consultation post-natale par un gynécologue-obstétricien en cas de complication obstétricale, ce qui regroupe l'ensemble des situations que nous venons d'aborder.

Le compte-rendu d'une telle consultation effectuée par un spécialiste est donc indispensable pour le médecin généraliste de la patiente, pour le suivi ultérieur.

J) Quelques données sur la VPN, en France et ailleurs

Au cours de mes recherches bibliographiques, je n'ai pu retrouver que très peu d'études concernant la VPN, en tout cas en lien avec les pratiques des femmes et leur satisfaction.

Quelques informations sont disponibles dans l'enquête périnatale réalisée entre 2004 et 2009 par l'UNAF [31], on y trouve notamment les points suivants :

-concernant le retour à domicile, les femmes étaient interrogées sur les différents interlocuteurs auprès de qui elles avaient obtenu de l'aide : la majorité citait la PMI (29%), 16% la sage-femme, 13% le médecin généraliste, 12% le pédiatre et 11% des associations, venaient en dernier puéricultrice, gynécologue et autre.

-plus d'un quart des femmes (26,9%) précisent qu'elles auraient aimé être mieux soutenues lors du retour à domicile

Dans la thèse de B. Konstantinos [1] portant sur la fréquence de réalisation de la VPN chez des femmes ayant accouché au CH de Dieppe, on retrouve un taux de réalisation de 68% seulement (sur 76 patientes ayant remis leur questionnaire).

Il est également expliqué que 86% de celles qui l'ont réalisé l'ont fait à titre systématique car la VPN est recommandée, le reste l'ayant fait en raison d'un problème particulier.

Dans cette étude, 54% des patientes n'ayant pas réalisé leur VPN l'expliquent par le fait que cette visite ne leur a pas été proposée, 21% l'ont jugée inutile, 17% ne l'ont pas faite par manque de temps et enfin 8% disent avoir oublié.

Enfin, 82% des patientes ont effectué cette consultation avec soit une sage-femme, soit un gynécologue (la distinction n'étant pas faite dans l'étude) et 18% chez leur médecin traitant.

Une autre thèse aborde le sujet, via le point de vue des médecins généralistes, en Loire-Atlantique, datant de 2003 [32]. Sur les 200 médecins interrogés, 63,4% des praticiens disent réaliser souvent ou toujours la VPN de leurs patientes. 93% des médecins interrogés considéraient que le fait de maitriser les enjeux de la VPN avait un intérêt dans leur pratique, et 86,4% souhaitaient voir le sujet abordé en FMC.

L'étude apporte aussi la conclusion que 96,4% des médecins interrogés trouvent que le caractère obligatoire de la VPN est justifié.

Concernant l'étranger, citons par exemple un article australien datant de 2013, étude menée dans le Queensland [33], où l'on apprend qu'il n'y a pas de consultation organisée et prévue en post-partum ; selon cette étude le délai de consultation des patientes après leur sortie de maternité, pour elles-mêmes ou pour leur nourrisson, va de 5 jours à 2 mois et demi, pour certaines femmes la

première visite chez un médecin intervenant à 6 ou 8 semaines en post-partum pour vacciner leur nourrisson. Les femmes, d'après cette étude, semblent peu informées ou ont des informations contradictoires de la part des différents professionnels de santé, sur les consultations pour elle et pour leur nouveau-né en post-partum.
L'étude conclue à un besoin de recommandations et de directives cohérentes sur les soins primaires post-partum pour toutes les femmes en Australie.

Au Québec, dans une étude de 1991 [34], il est précisé que dans la région d'Estrie, une visite postnatale systématique était effectuée à domicile par une infirmière, idéalement dans les 3 semaines suivant la naissance, d'une durée moyenne d'environ 1h, pour évaluer les besoins des mères et répondre à leurs questions à propos du bébé (que l'on pourrait comparer éventuellement au PRADO avec la visite réalisée par les sages-femmes dans la semaine suivant l'accouchement lors du retour à domicile). Devant l'ampleur des coûts engagés, l'étude en question a été décidée pour évaluer cette visite.

Les recommandations qui en ont découlé ont été de limiter les visites systématiques aux femmes primipares, aux familles déjà connues comme étant « à risques » selon certains indicateurs, pour les multipares de les contacter toutes par téléphone dans le mois suivant la naissance de l'enfant afin d'évaluer leurs besoins et de les informer des ressources possibles, et de limiter les objectifs en fonction des besoins des parents et du nouveau-né, enfin de prioriser des visites dites « familiales » incluant le père.

Aux États-Unis en 2014, une étude de cohorte rétrospective sur 5 ans, avec 7741 femmes ayant eu une grossesse compliquée et 23 599 « témoins » ont été comparées [35] : 56,6% des femmes ayant eu une grossesse dite pathologique ont eu recours aux soins primaires dans l'année suivant leur accouchement, contre 51,7% des femmes ayant eu une grossesse dite physiologique.

Il est donc fait état qu'en dépit de facteurs de risques de complications cardio-vasculaires que sont le diabète ou l'hypertension artérielle, les femmes ayant eu une grossesse pathologique ne sont qu'une petite moitié à réaliser un suivi en post-partum, malgré les recommandations (dépistage du diabète 6 semaines après l'accouchement puis à un an et ensuite périodiquement, et réévaluation des patientes ayant présenté une HTA gravidique).

A noter que cette étude est américaine et que la couverture santé n'est pas du tout la même qu'en France, ce qui peut expliquer en partie ces résultats.

Enfin, une autre étude de la même équipe, datant de 2011 [36], met en évidence certains freins à réaliser la VPN : l'enquête qualitative ciblait des femmes ayant présenté un diabète de type

2, et a mis en évidence quatre thèmes principaux cités par les femmes comme obstacles à réaliser leur VPN.

Il s'agissait :

-d'un mauvais vécu de l'accouchement, ou de la nécessité des soins à apporter au bébé, notamment pour les nourrissons hospitalisés

-de difficultés à s'adapter à un nouveau rythme avec l'enfant, à gérer l'emploi du temps avec parfois plusieurs enfants, au stress

-au manque d'intérêt pour leur santé future, se sentant bien et ne voyant pas l'intérêt des consultations de contrôle, ou bien au contraire à la peur d'avoir un diagnostic définitif de diabète les empêchant de revenir en consultation

-manque d'envie de revenir sur le lieu de l'accouchement, à cause de l'attente ou bien des multiples intervenants rencontrés durant le suivi de grossesse

Au contraire, certains facteurs facilitant le suivi post-accouchement ont pu être identifié :

-possibilité d'avoir un service de garde pour l'enfant lors de la VPN

-désir d'avoir un bilan post-partum, de s'assurer de la bonne cicatrisation d'une césarienne ou d'une épisiotomie, de vérifier l'absence de diabète hors grossesse, et d'avoir un accord médical pour reprendre le travail

-une bonne entente avec le personnel consulté durant la grossesse

-nécessité de discuter de la contraception post-partum et de la planification d'une future grossesse.

K) Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est de faire un état des lieux de la réalisation, des connaissances, des pratiques et des attentes des femmes concernant la VPN.

Nous avons souhaité déterminer un taux de réalisation de la VPN parmi les femmes ayant accouché dans les 3 dernières années, que la grossesse et/ou l'accouchement aient été simples ou compliqués.

Les objectifs secondaires sont de déterminer les facteurs pouvant empêcher la réalisation de cette consultation, de connaître les pratiques des femmes concernant la VPN (chez quel praticien, si elles en sont satisfaites, si elles réitèrent la consultation pour les accouchements futurs…) et de connaître les principaux thèmes que les femmes souhaitent voir abordés lors de la VPN.

Nous essaierons également de corréler ces données aux caractéristiques socioprofessionnelles et démographiques des femmes.

III- MATÉRIELS ET MÉTHODES

Nous avons réalisé un questionnaire auto-administré, comprenant 26 questions avec pour certaines des sous-questions, à choix unique ou choix multiples et quelques questions ouvertes.

Après quelques renseignements socio-professionnels, les thèmes explorés étaient tous ceux censés être abordés durant la VPN, en se basant sur les recommandations du CNGOF [5] ainsi que des questions plus centrées sur le ressenti des patientes par rapport à leur grossesse, leur accouchement et leur VPN.

Il a été administré sous format papier : questionnaire laissé en « libre-service » dans les salles d'attentes de cabinets de médecine générale et de sages-femmes des départements de la Seine-Maritime et de l'Eure, choisis pour leur proximité géographique et la facilité d'accès de mon domicile, je n'ai pas établi de liste prédéfinie mais ai préféré distribuer les questionnaires à des praticiens que je connaissais après leur avoir expliqué le but de ma thèse ; et également au format numérique par le même questionnaire en ligne avec une diffusion par e-mail à mes connaissances en leur demandant de le diffuser aux femmes susceptibles d'y répondre.

Il n'était pas demandé aux praticiens d'inciter leurs patientes concernées à y répondre, ni de leur administrer eux-mêmes le questionnaire, mais s'ils y pensaient et s'ils le souhaitaient, d'évoquer le questionnaire qui était laissé dans la salle d'attente, ensuite le choix était libre pour la patiente de le prendre pour y répondre ou non.

Les critères d'inclusion étaient :

-Age entre 18 et 45 ans

-Enceinte d'un premier enfant ou plus, ou ayant déjà accouché au moins une fois

-Dernier accouchement entre 2015 et 2018

Les critères d'exclusion étaient :

-Age inférieur à 18 ans ou supérieur à 45 ans (pour exclure les grossesses chez les adolescentes et les femmes d'âge pré-ménopausique, terrains particuliers)

-Dernier accouchement antérieur à l'année 2015 (pour éviter les biais de mémoire)

Il n'y a pas eu de limitation liée au lieu de résidence des patientes.

Le recueil de données s'est fait de fin mars 2018 à début juillet 2018.

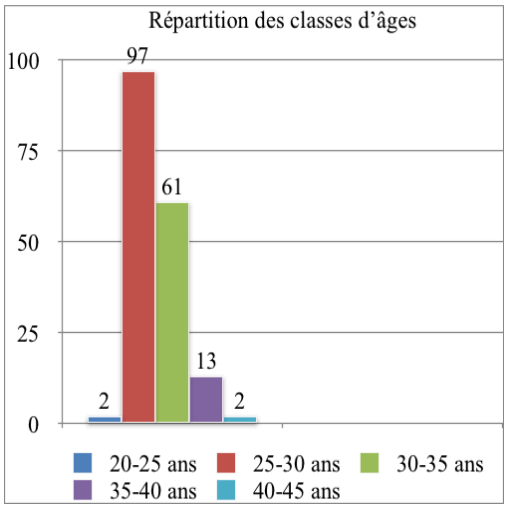
Les données, anonymes, ont ensuite été analysées à l'aide d'un tableau Excel et du logiciel XLStat® pour les statistiques (tests d'hypothèses).

IV- RÉSULTATS

Nous avons pu recueillir 176 réponses, 140 par le questionnaire en ligne et 36 par les questionnaires papiers laissés dans les salles d'attente des praticiens (dont l'un a été retiré car insuffisamment complété pour l'étude), nous avons donc un nombre de questionnaires analysés de n=175. A noter que nous en avions diffusé 100 en version papier au total.

Description de l'échantillon

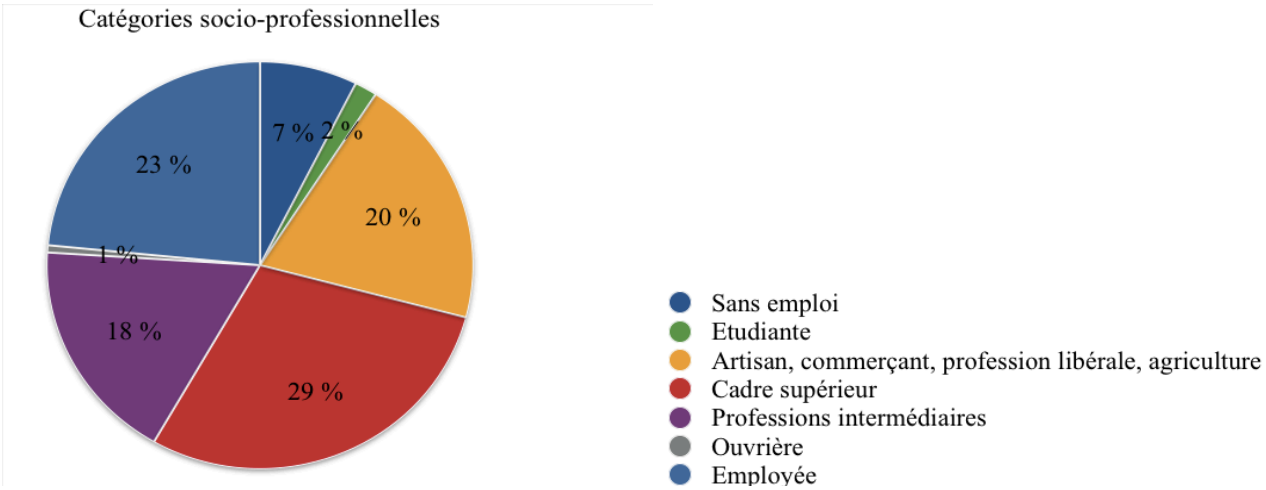
1) Age



Nous retrouvons une moyenne d'âge de 30,1 ans.

2) Catégorie socio-professionnelle

Dans notre échantillon, la répartition des catégories socio-professionnelles est la suivante :



3) Nombre d'enfants par femme

On calcule un total de 258 enfants pour les 175 femmes interrogées, soit un indice de fécondité de 1,5 enfant par femme.

4) Age moyen des enfants

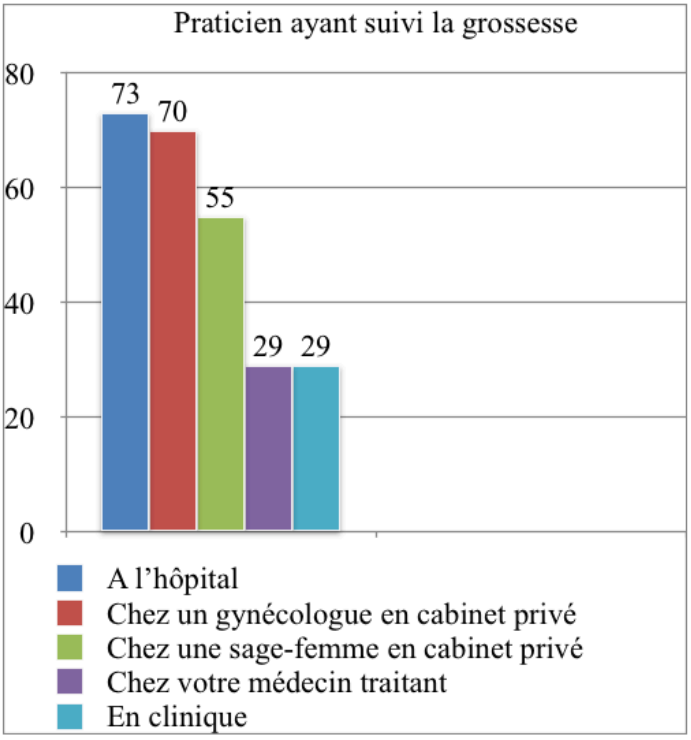
On trouve un âge moyen pour les 256 enfants (nombre de réponses obtenues) de 3 ans, avec des valeurs extrêmes de 0 à 18 ans (années de naissances : 2000 à 2018).

L'écart-type de la série est de 2,8 ans.

B) Suivi de grossesse

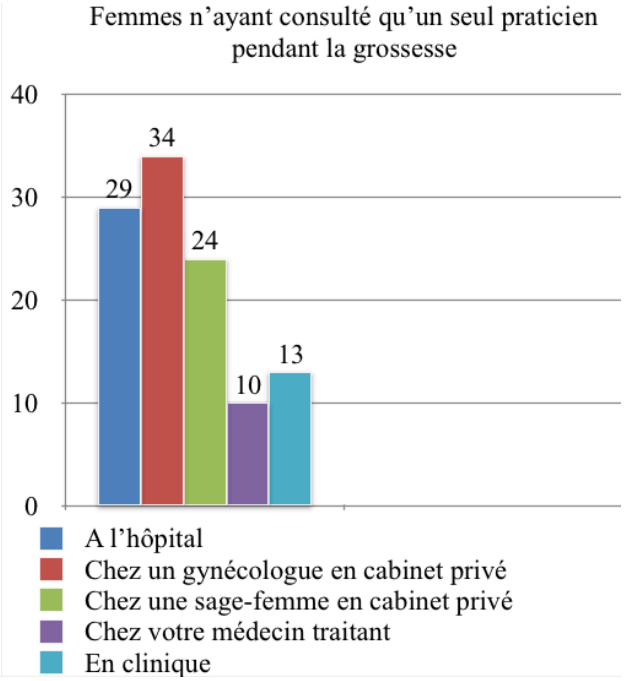
Concernant le praticien/l'endroit du suivi de grossesse, on trouve les résultats suivants : 41,7% ont coché « à l'hôpital », 40% ont coché « chez un gynécologue en cabinet privé », 31,4% ont coché « chez une sage-femme en cabinet privé », 16,6% ont coché « chez votre médecin traitant », à égalité avec « en clinique ».

Aucune femme n'a coché la réponse « pas de suivi », de même que la réponse « chez un médecin généraliste autre que votre médecin traitant habituel » et 1 seule femme a coché la réponse « suivi partiel » qui correspondait à la réalisation d'une partie seulement des examens médicaux mensuels et des échographies recommandées.



A noter qu'il y avait plusieurs réponses possibles à cette question, et que nous notons un total de 256 réponses, en les analysant plus précisément on retrouve un suivi conjoint chez au moins 2 praticiens différents chez 65 femmes soit 37,1% des répondantes (dont 12 femmes ayant eu un suivi avec 3 praticiens soit médecin traitant ou sage-femme + gynécologue + hôpital ou clinique), et donc un suivi chez un praticien unique chez 62,9% des patientes (soit 110 femmes).

Parmi les suivis « uniques », on peut dénombrer 9% des femmes ayant eu un suivi uniquement par leur médecin traitant, 21,8% se sont fait suivre chez une sage-femme libérale, 31% chez leur gynécologue, 26,4% à l'hôpital et 11,8% en clinique.



Enfin, notons que parmi les femmes ayant eu un suivi conjoint par au moins 2 praticiens, 17 ont coché le médecin traitant, soit 26,2% de celles ayant eu suivi par plusieurs intervenants.

150 patientes ont justifié leur choix du ou des praticien(s) ayant fait le suivi de grossesse (il s'agissait d'une question ouverte), on peut y trouver les grandes thématiques suivantes :

-proximité du domicile/du lieu de travail pour 23 femmes (15,3%)

-grossesse « pathologique » ou antécédents de grossesse « pathologique », grossesse dite « à risques » ou grossesse gémellaire justifiant un suivi à l'hôpital ou en clinique, parfois chez le gynécologue pour 21 femmes (14%)

-suivi réalisé chez le praticien qui s'occupe habituellement de leur suivi gynécologique pour 20 femmes (13,3%)

-plus d'écoute, suivi plus « intime » et moins « médical » chez une sage-femme pour 12 femmes (8%)

-disponibilité, facilité de RDV, peu d'attente pour 13 femmes (8,7%)

-confiance en leur praticien, connaissance de la patiente (médecin traitant, gynécologue) pour 12 femmes (8%)

-seul interlocuteur connu (pas de médecin traitant/pas de gynécologue) / par défaut (seul lieu de suivi possible sur le secteur) pour 9 femmes (6%)

-praticien recommandé par l'entourage pour 9 femmes (6%)

-sage-femme qui réalise la préparation à l'accouchement, le suivi de grossesse et le suivi post-natal notamment la rééducation, pour 7 femmes (4,7%)

-bon contact avec le praticien pour 6 femmes (4%)

-suivi complet au même endroit, hôpital ou clinique pour 5 femmes (3,3%)

-nécessité de se familiariser avec le lieu de l'accouchement pour 4 femmes (2,7%)

-suivi conseillé en ville car grossesse physiologique, pour 3 femmes (2%)

-lieu de travail (hôpital) pour 3 femmes (2%)

-praticien qui réalise également les échographies (sage-femme ou gynécologue) pour 2 femmes (1,3%)

-maternité de niveau 2 ou possédant une unité mère-bébé pour 2 femmes (1,3%)

-médecin traitant qui ne réalise pas le suivi de grossesse pour 1 femme (0,7%)

-médecin traitant qui réalise aussi le suivi de l'enfant pour 2 femmes (1,3%)

-plus sécurisant à l'hôpital ou en clinique pour 2 femmes (1,3%)

-tarif pour 1 femme soit 0,7% (gynécologue en secteur 1)

-besoin d'un suivi plus « médical » par le gynécologue pour 1 femme (0,7%)

-suivi par 3 praticiens car besoin de plusieurs avis pour 1 femme (0,7%)

C) Déroulement de la grossesse et de l'accouchement

Concernant les pathologies présentées par les femmes en cours de grossesse et/ou à l'accouchement, parmi les 84 réponses on peut dénombrer :

-une césarienne en urgence, quelle qu'en soit la cause, pour 23 d'entre elles soit 27,4%

-une HTA pour 14 femmes soit 16,7%

-un bébé hypotrophe ou RCIU pour 17 d'entre elles (20,2%)

-un diabète gestationnel pour 11 femmes (13,1%)

-des saignements importants pour 11 femmes (13,1%)

-une protéinurie pour 10 femmes (11,9%)

-fièvre maternelle pendant l'accouchement pour 8 d'entre elles (9,5%)

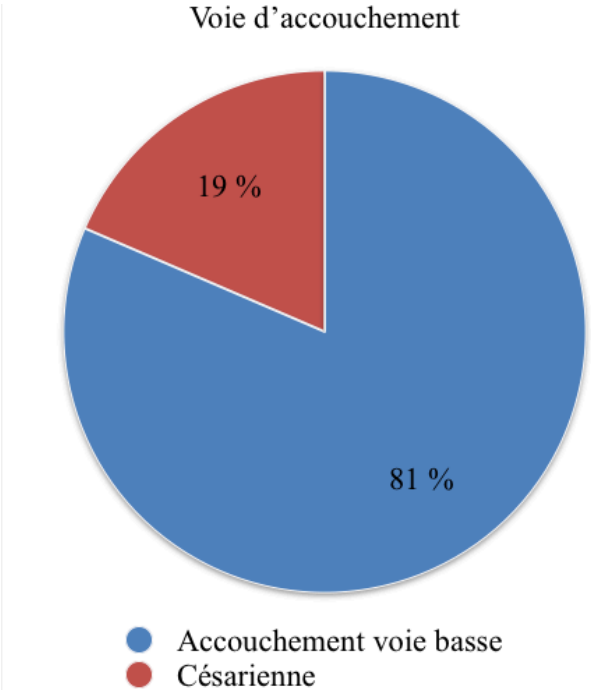
-un accouchement prématuré pour 7 femmes (8,3%)

-des convulsions pour 2 femmes (2,3%)

-une dysthyroidie pour 6 femmes (7,1%)

-une MAP pour 3 femmes (3,6%)

Parmi les 162 femmes ayant répondu sur la voie d'accouchement (13 répondantes étant encore enceinte au moment de l'étude), on dénombre 132 accouchements par voie basse et 30 césariennes, en urgence ou programmée.



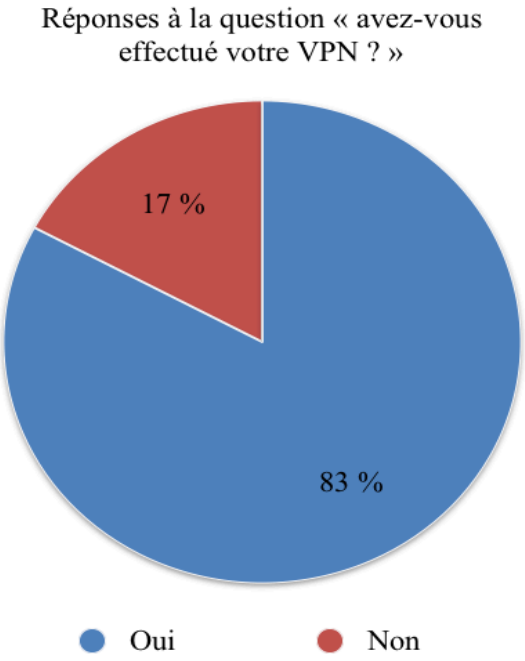
Au cours de l'accouchement, 58 patientes ont eu une épisiotomie ce qui représente 47,2% de notre échantillon.

Plus de la moitié des patientes ayant répondu (67 soit 54,5%) disent avoir eu des déchirures périnéales simples, et 35 femmes (soit 28,5% des patientes) ont coché « des complications pendant l'accouchement ».

Enfin, 7 patientes (5,7%) ont accouché par le siège.

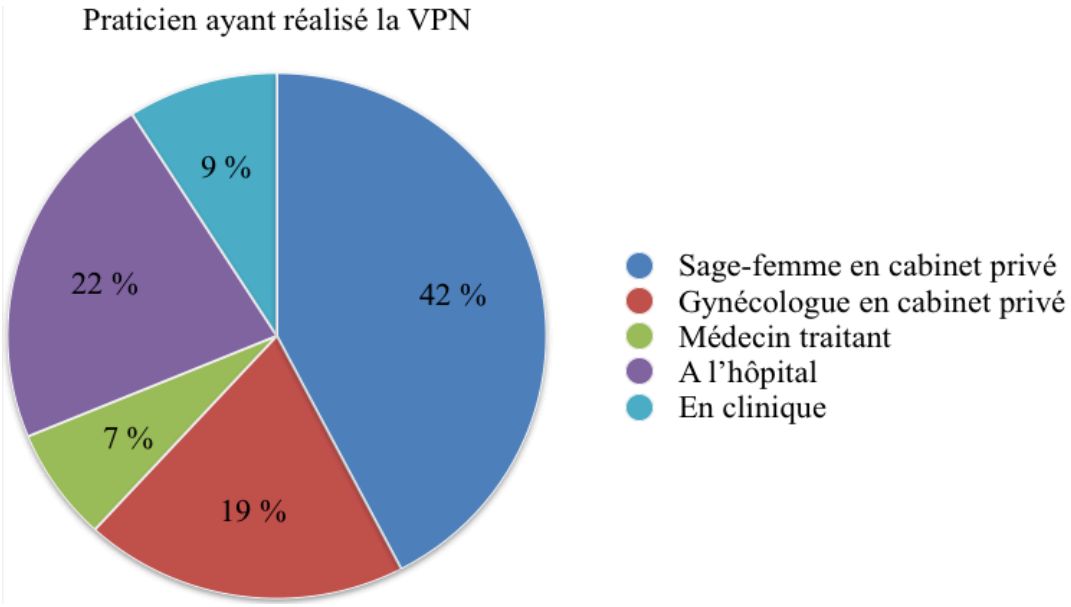
D) La VPN

145 femmes ont répondu « oui » à la question « avez-vous effectué votre VPN ? »
Dans les 30 femmes ayant répondu « non », nous verrons plus tard que 12 étaient encore enceinte, et 3 en post-partum immédiat, il en reste donc 15 seulement ne l'ayant pas effectué alors qu'elles étaient en mesure de le faire.



1) Le choix du praticien et les raisons du choix

Soixante et une femmes l'ont effectuée chez une sage-femme, 32 à l'hôpital, 28 chez un gynécologue en cabinet privé, 13 en clinique et 10 chez leur médecin traitant.



Comme pour le suivi de grossesse, une autre réponse était proposée : « chez un médecin généraliste autre que votre médecin traitant » puisque parfois certaines patientes choisissent de faire leur suivi gynécologique chez un confrère médecin généraliste, qui peut leur être conseillé par leur médecin traitant si celui-ci ne pratique pas de gynécologie, ou selon le souhait des patientes, mais cette réponse n'a pas été cochée.

Il était ensuite demandé aux femmes d'expliquer en texte libre les raisons du choix du praticien, on retrouve les raisons suivantes :

-le même praticien que le suivi de grossesse est évoqué à 51 reprises

-la VPN effectuée chez une sage-femme comme interlocuteur unique de la préparation à l'accouchement, le PRADO et la rééducation périnéale, est évoquée à 21 reprises

-la confiance et la relation avec le praticien sont citées 16 fois

-11 patientes ont privilégié la proximité géographique pour le choix de leur VPN

-10 femmes disent qu'elles n'ont pas eu le choix du RDV fixé à l'hôpital, ou bien que c'est l'hôpital qui les a orientées vers la sage-femme (dont 1 seule orientée vers son médecin traitant pour la VPN par la maternité)

-9 femmes ont choisi le praticien pour sa disponibilité et la simplicité de RDV

-5 patientes disent avoir choisi une sage-femme pour leur VPN car elle était formée en gynécologie et plus proche de la patiente que les autres praticiens

-5 patientes disent avoir été orientées vers l'hôpital ou la clinique suite à une grossesse et/ou un accouchement non physiologique, et 3 pour suite de césarienne

-3 patientes ont choisi la clinique ou l'hôpital car c'était le lieu de leur accouchement

-2 femmes ont choisi leur médecin traitant pour sa formation en gynécologie

-2 femmes ont repris le suivi avec le praticien s'occupant de leur suivi gynécologique habituel (et différent du/des praticien(s) ayant suivi la grossesse)

Parmi les 29 femmes ayant été suivies par leur médecin traitant pendant la grossesse, seules 8 (27,6%) ont effectué leur VPN chez ce même médecin. Un nombre identique de 8 patientes a déclaré avoir fait la VPN chez une sage-femme, 7 femmes (soit 24,1%) à l'hôpital, 2 (6,9%) l'ont fait en clinique, 2 ne l'ont pas fait, 1 l'a fait chez son gynécologue et 3 patientes ne l'ont pas effectuée car elles étaient encore enceintes au moment de notre étude.

Enfin, seules 2 femmes qui ont effectué leur VPN chez leur médecin traitant n'avaient pas eu recours à ce praticien durant le suivi de leur grossesse : l'une était suivie à l'hôpital, l'autre par son gynécologue et à l'hôpital.

Concernant le facteur « complications de la grossesse et/ou de l'accouchement », 70 femmes (57,4%) ont répondu que le fait d'avoir eu une grossesse pathologique et/ou une ou plusieurs complications pendant l'accouchement les avait incitées à réaliser leur VPN.

Quand on a demandé précisément aux femmes pourquoi elles n'avaient pas effectué la VPN chez leur médecin traitant, on trouve les raisons suivantes (86 patientes au total ont répondu) :

-27 femmes soit 31,4% ont privilégié le lieu de l'accouchement/le praticien ayant suivi la grossesse afin d'avoir une continuité

-10 patientes (11,6%) pensent que ce n'est pas le rôle du médecin traitant, qu'il n'est pas spécialisé en gynécologie et donc moins compétent en la matière qu'une sage-femme ou un gynécologue dont c'est la spécialité

-10 patientes (11,6%) se disent mal à l'aise pour aborder le sujet de la gynécologie avec leur médecin traitant

-9 femmes (10,4%) disent avoir eu un bon contact avec une sage-femme au cours du suivi, et ont privilégié la sage-femme car elle faisait un suivi global ou pratiquait la rééducation périnéale

-6 patientes ne l'ont pas fait chez leur médecin traitant car c'est un homme

-6 patientes disent qu'elles ne savaient pas que l'on pouvait la faire chez son médecin traitant

-5 patientes n'ont pas choisi leur médecin traitant car pas suffisamment disponible

-4 patientes ont eu leur RDV directement programmé à la sortie de la maternité avec un praticien de la maternité en question

-3 patientes n'ont pas de médecin traitant

-3 patientes voient très peu leur médecin traitant

-3 patientes disent qu'elles ne souhaitent pas que leur suivi gynécologique soit fait chez leur médecin traitant ou qu'il n'en fait pas

-2 patientes évoquent des points de vue différents sur plusieurs sujets avec leur médecin traitant et donc ne souhaitaient pas effectuer leur VPN avec lui

-enfin, 2 patientes donnent pour raison le fait d'être médecins généralistes elles-mêmes.

2) Thèmes abordés lors de la VPN et appréciation des femmes

Parmi les thèmes qui leur étaient proposés, les patientes ont coché en majorité et par ordre décroissant :

-la rééducation périnéale a été abordée dans 98,4% des cas

-la contraception a été abordée dans 97,6% des cas

-l'accouchement et son déroulement dans 96% des cas

-le mode d'allaitement dans 85,6% des cas

-le vécu de l'accouchement dans 75,2% des cas

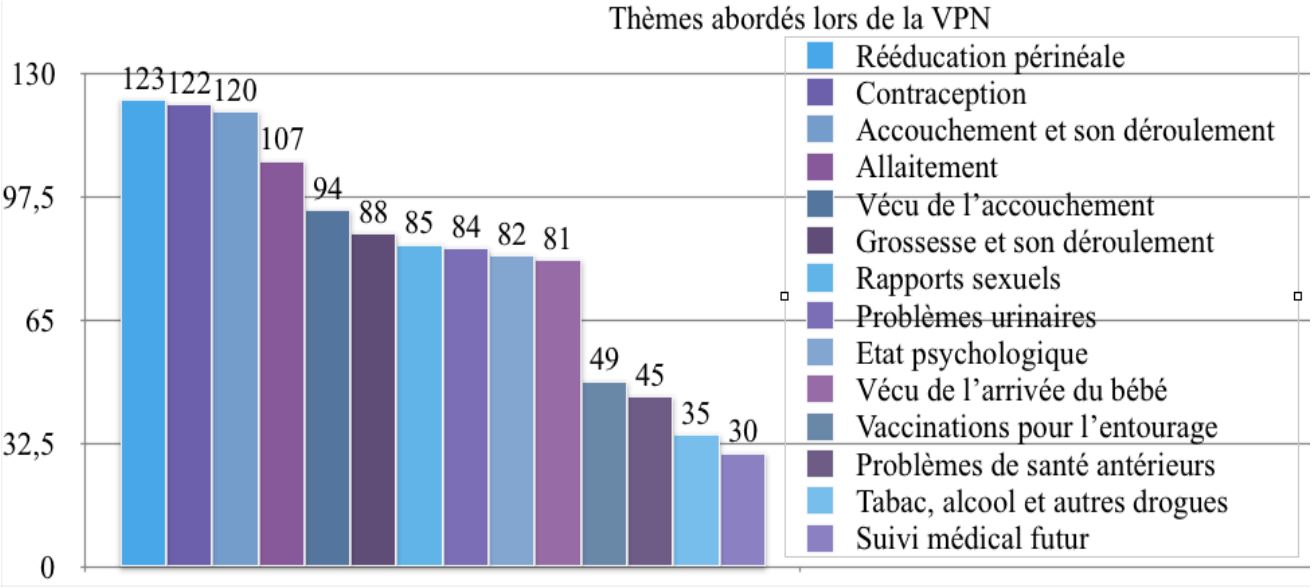
-la grossesse et son déroulement dans 70,4% des cas

-les rapports sexuels dans 68% des cas

-les problèmes urinaires dans 67,2% des cas

-l'état psychologique de la patiente a été abordé au cours de la VPN dans 65,6% des cas

-le vécu de l'arrivée du bébé a quant à lui été abordé pour 64,8% des patientes



Et dans une moindre mesure viennent ensuite les vaccinations de l'entourage de l'enfant (stratégie du cocooning), les problèmes de santé antérieurs à la grossesse de la patiente, la prise de tabac/alcool et autres drogues et enfin le suivi médical futur (par exemple suivi d'une HTA gravidique ou pré-éclampsie, d'un diabète gestationnel, etc.)

Concernant les patientes ayant effectué leur VPN chez leur médecin traitant, on retrouve les résultats suivants (sur 10 patientes) :

-rééducation périnéale : 9 (90%)

-accouchement et son déroulement : 8 (80%)

-allaitement ou non : 8 (80%)

-vécu de l'accouchement : 7 (70%)

-problèmes urinaires : 7 (70%)

-contraception : 7 (70%)

-vaccinations : 7 (70%)

-grossesse et son déroulement : 6 (60%)

-vécu de l'arrivée du bébé : 6 (60%)

-état psychologique : 5 (50%)

-rapports sexuels : 4 (40%)

-problèmes de santé antérieurs : 2 (20%)

-prise de tabac/alcool/autres drogues : 2 (20%)

-suivi médical futur : 2 (20%)

Concernant les thèmes vus ci-dessous que les patientes auraient souhaité voir abordés durant la VPN, on retrouve par ordre de fréquence (pour toutes les patientes) :

-le vécu de l'accouchement dans 20 % des cas

-l'état psychologique de la patiente dans 18,4 % des cas

-le vécu de l'arrivée du bébé dans 17,6 % des cas

Dans des proportions moindres viennent ensuite les vaccinations, le suivi médical futur, les rapports sexuels, et dans de faibles proportions (moins de 10 %) l'allaitement, la grossesse et son déroulement, l'accouchement, la prise de tabac/alcool et autres drogues, les problèmes urinaires, et en toute logique en dernier lieu la rééducation périnéale et la contraception.

3) Satisfaction globale

Concernant la satisfaction des femmes par rapport à la VPN, on peut constater que 85,5% des patientes (soit 124 des 145 femmes ayant réalisé leur VPN) disent avoir eu le sentiment de pouvoir s'exprimer sur tous les sujets qu'elles ont souhaité aborder.

Pour les 21 qui ont répondu « non » à cette question, voici ce qui ressort des explications qu'elles ont donné :

-le manque de temps, une consultation trop courte pour la majorité d'entre elles : 9 patientes (42,9%)

-le manque d'écoute pour 3 patientes

-la peur de déranger en posant certaines questions pour 2 patientes

-mal à l'aise pour 2 patientes

-la pudeur pour 1 patiente

La question suivante était plus précise, axée sur les réponses des praticiens aux questions des femmes : comme à la question précédente, une grande majorité a estimé avoir eu les réponses attendues à ses questions : 84,8% soit 123 femmes.

Parmi les 22 qui ont répondu « non », voici les raisons évoquées :

-le praticien n'a pas pu/su répondre ou fournir d'explication ayant satisfait la patiente pour 6 patientes (31,6%)

-le manque de temps est également évoqué pour 4 patientes

-1 patiente dit avoir été renvoyée vers d'autres spécialistes pour certaines questions

-2 patientes expriment un manque de réponses ou de conseils spécifiquement sur la contraception

-1 patiente dit ne pas avoir eu d'examen clinique, et est retournée voir un autre praticien pour être examinée

-1 patiente évoque un point de vue non partagé avec le praticien sur certains sujets, ce qui l'a empêchée de poser certaines questions

-1 patiente dit avoir oublié d'en poser

Précisons également que la majorité des femmes ayant fait sa VPN l'a fait avec son bébé (63,8% soit 90 patientes).

4) Déroulement de la consultation

Concernant une liste d'actes, pouvant ou devant être réalisés lors de la VPN (cf questionnaire présenté en Annexe 1, question 13), les patientes ont répondu si cela avait été pratiqué ou non, expliqué ou non, et indiqué si l'acte leur paraissait indispensable.

Sur les 125 patientes ayant répondu à cette question, 97,6% déclarent que le praticien a pratiqué un examen du périnée, de la cicatrice d'épisiotomie ou de césarienne éventuellement.

Aucune ne déclare que cela l'a dérangée, seules 37,7% disent qu'on leur a expliqué l'intérêt de cet acte.

Vient ensuite la prescription de la rééducation périnéale, qui a eu lieu pour 94,4% des femmes, cela n'en a dérangé aucune, seules 39,8% disent qu'on leur a expliqué l'intérêt de cet acte.

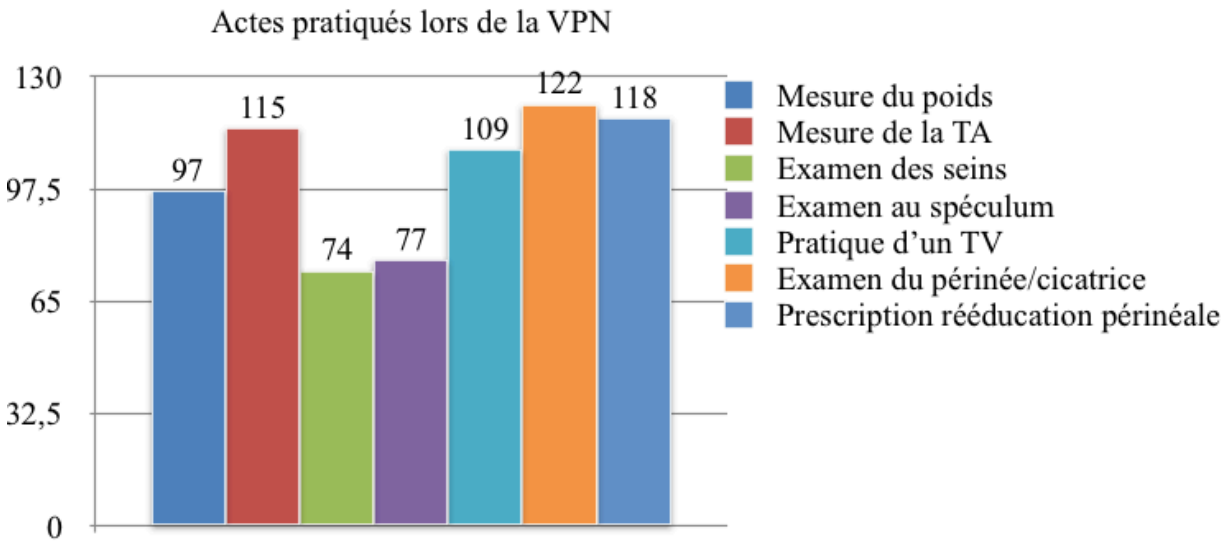
La mesure de la TA a été réalisée dans 92% des cas.

Un toucher vaginal a été pratiqué chez 87,2% des patientes. 8 expriment que cela les a dérangées, 43 seulement disent qu'on leur en a expliqué l'intérêt.

La mesure du poids a été réalisée chez 97 femmes soit 77,6% des répondantes, seules 3 disent que cela les a dérangées.

L'examen gynécologique au spéculum a été réalisé pour 61,6% des femmes, cela en a dérangé 3.

Enfin, l'examen des seins n'a été pratiqué que dans 59,2% des cas.



Pour les 10 patientes ayant pratiqué la VPN chez leur médecin traitant, on retrouve les résultats suivants :

-prescription rééducation périnéale : 10 (100%)

-mesure de la TA : 10 (100%)

-examen du périnée/cicatrice : 6 (60%)

-pratique d'un TV : 6 (60%)

-mesure du poids : 6 (60%)

-examen des seins : 6 (60%)

-examen au spéculum : 5 (50%)

Il était ensuite demandé aux patientes si une contraception leur avait été prescrite ou conseillée.

Cela a été fait dans 90,3% des cas (131 patientes).

Sur ces 131 femmes, 119 (91%) disent que leurs interrogations/préférences concernant la contraception ont été recueillies, 9 disent que non, 3 n'ont pas répondu.

115 (87,8%) ont répondu « oui » quand on leur a demandé si la prescription correspondait à ce qu'elles avaient demandé, 9 ont répondu « non », 7 n'ont pas répondu.

Enfin, 82 (62,6%) femmes disent que le praticien a argumenté sa prescription, 36 (27,4%) disent que non, et 13 patientes ne se sont pas prononcées sur le sujet.

Concernant le type de la contraception prescrite, nous retrouvons par ordre de fréquence :

-un DIU (quel qu'en soit le type) chez 51 patientes

-une pilule microprogestative pour 36 femmes

-une pilule oestroprogestative chez 26 patientes

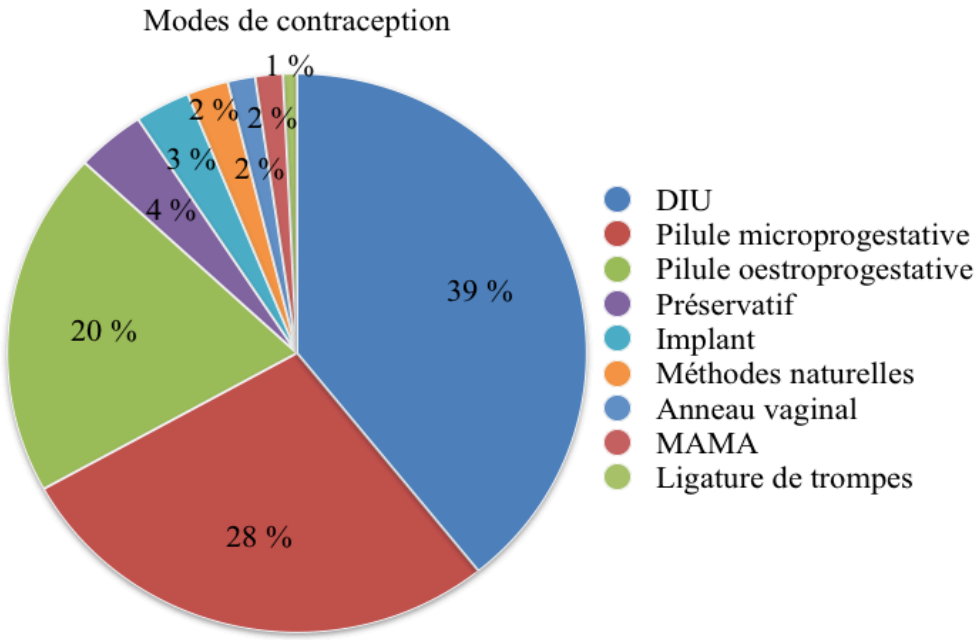
-le préservatif pour 5 patientes

-l'implant contraceptif sous-cutané pour 4 patientes

-les méthodes dites « naturelles » pour 3 patientes

-l'anneau vaginal pour 2 patientes

-la méthode de l'allaitement maternel pour 2 patientes



-1 patiente a demandé une ligature des trompes lors de la VPN

Pour ce qui est de l'allaitement, nous avons commencé par poser aux patientes la question « vous a-t-on demandé si vous allaitiez ? »

141 (97,2%) ont répondu « oui », et 3 ont répondu « non ».

Ensuite, on leur demandait si leur volonté d'allaiter ou non avait été respectée : 143 (98,6%) ont dit oui, et seules 2 ont répondu non.

Puis elles devaient dire si elles avaient des interrogations concernant l'allaitement : la majorité a répondu « non » (91 patientes soit 62,8%), 52 ont répondu « oui » et 2 n'ont pas répondu.

Enfin, 14 (27%) ont répondu « non » quand on leur a demandé si des réponses leur avaient été apportées concernant ces interrogations.

Concernant les thématiques qui auraient pu rester sans réponse après la VPN, nous retrouvons (réponses libres) :

-3 femmes qui avaient des interrogations spécifiques sur l'allaitement

-1 femme qui s'interrogeait sur l'état de sa cicatrice

-1 patiente dit qu'elle a manqué d'information sur certains actes pratiqués lors de l'accouchement et ayant entraîné des complications pour ses grossesses futures (synéchies)

-1 patiente dit n'avoir pas compris pourquoi elle avait été césarisée

-1 patiente précise qu'elle avait des interrogations sur la contraception auxquelles le praticien n'a pas répondu

-3 patientes n'ont pas eu les réponses sur leur questionnement concernant le suivi médical pour les futures grossesses

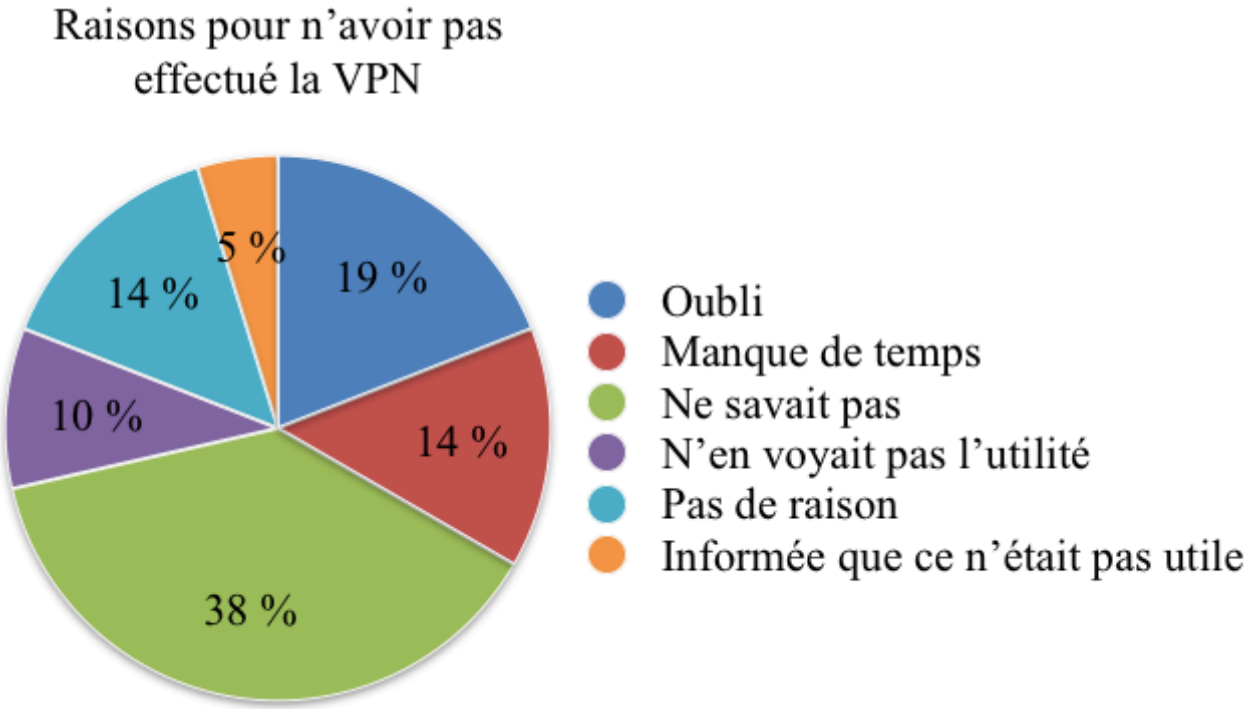
-1 patiente souhaitait avoir des informations sur le suivi du bébé, qu'elle n'a pas pu obtenir

5) Concernant les patientes n'ayant pas réalisé leur VPN

Parmi les patientes qui n'ont pas effectué leur VPN, 12 déclarent être encore enceintes au moment de remplir le questionnaire, 3 étaient en post-partum immédiat, 4 disent avoir oublié, 8 patientes ne l'ont pas effectuée car n'en avaient pas connaissance/personne ne leur en avait parlé, 3 par manque de temps, 2 n'en voyaient pas l'utilité, et 1 patiente dit que la sage-femme contactée lui a dit que ce n'était pas indispensable car elle a eu un accouchement physiologique.

3 femmes n'ont pas donné d'explication.

Il est à noter que plusieurs réponses pouvaient être données à cette question.



Parmi les 15 patientes n'ayant pas réalisé leur VPN (en excluant celles en post-partum immédiat et celles encore enceintes), seules 4 (26,7%) déclarent savoir qu'elles auraient pu la réaliser chez leur médecin traitant, le reste des femmes (soit 73,3%) ne le savait pas.

Parmi les patientes qui disent qu'elles ne le savaient pas, quand on leur demande si cela les aurait incitées à la faire, si elles avaient su qu'elles pouvaient aller chez leur médecin traitant pour cela, 7 sur 11 soit 63,6% disent que oui.

Celles qui ont répondu non ne se sont pas justifiées pour la plupart, 1 seule femme a répondu qu'elle aurait préféré la faire chez sa sage-femme.

A contrario, parmi les 15 patientes encore enceintes ou en post-partum immédiat, nous constatons qu'une majorité déclarent savoir qu'elles peuvent faire cette visite chez leur MT : elles sont 9 soit 60%.

La question n'était probablement pas suffisamment claire, puisqu'il était normalement prévu que seules les patientes n'ayant pas fait la VPN y répondent (soit 30 patientes).

Or, 123 femmes se sont exprimées sur le sujet, 66 soit 54% des femmes ont déclaré qu'elles ne savaient pas qu'elles pouvaient faire leur VPN chez leur médecin traitant.

Pour la prescription de la contraception pour les femmes n'ayant pas fait leur VPN, il était demandé aux patientes quel praticien leur avait prescrit le renouvellement ou la nouvelle contraception, une fois celle prescrite à la maternité terminée.

Sur les 15 patientes, 2 disent qu'elle leur a été prescrite à la maternité, 4 par leur sage-femme, 2 par leur gynécologue, 1 par elle-même, 1 qui l'a demandé à son médecin traitant lors d'une consultation pour son bébé, et 1 qui n'a pas repris de contraception par la suite. 4 patientes n'ont pas répondu à cette question.

6) Thèmes à aborder durant la VPN selon les femmes

Le classement d'une liste de thèmes à aborder lors de la VPN (de 0 pas du tout important, à 5 très important), était proposé à toutes les femmes, qu'elles aient effectué ou non la consultation.

A noter que pour plus de clarté, nous avons regroupé les notes 0 et 1 comme « pas ou peu important », 2 et 3 comme « moyennement important » et 4 et 5 comme « important à très important ».

Concernant les femmes ayant fait leur VPN, nous retrouvons les résultats suivants :

-la grossesse et son déroulement : 30% ont noté peu important, 26,7% moyennement important, et 43,4% comme très important.

-l'accouchement et son déroulement : 20% l'ont noté peu important, 23,3% moyennement important et 56,7% comme très important.

-le vécu de l'accouchement/de la naissance : 6,7% l'ont noté peu important, 23,3% moyennement important et 70% l'ont noté très important.

-les rapports sexuels : 6,7% l'ont noté peu important, 33,3% moyennement important et 60% comme très important

-les problèmes urinaires : 6,7% l'ont noté peu important, 23,3% comme moyennement important et 70% comme très important

-l'allaitement : 16,7% l'ont noté peu important, 16,7 % comme moyennement important et 66,7% comme très important

-la contraception : 10% l'ont noté peu important, 13, 3% comme moyennement important et 76,7% comme très important

-la rééducation périnéale : 6,7% l'ont noté peu important, 6,7% également comme moyennement important, et 86,6% comme très important

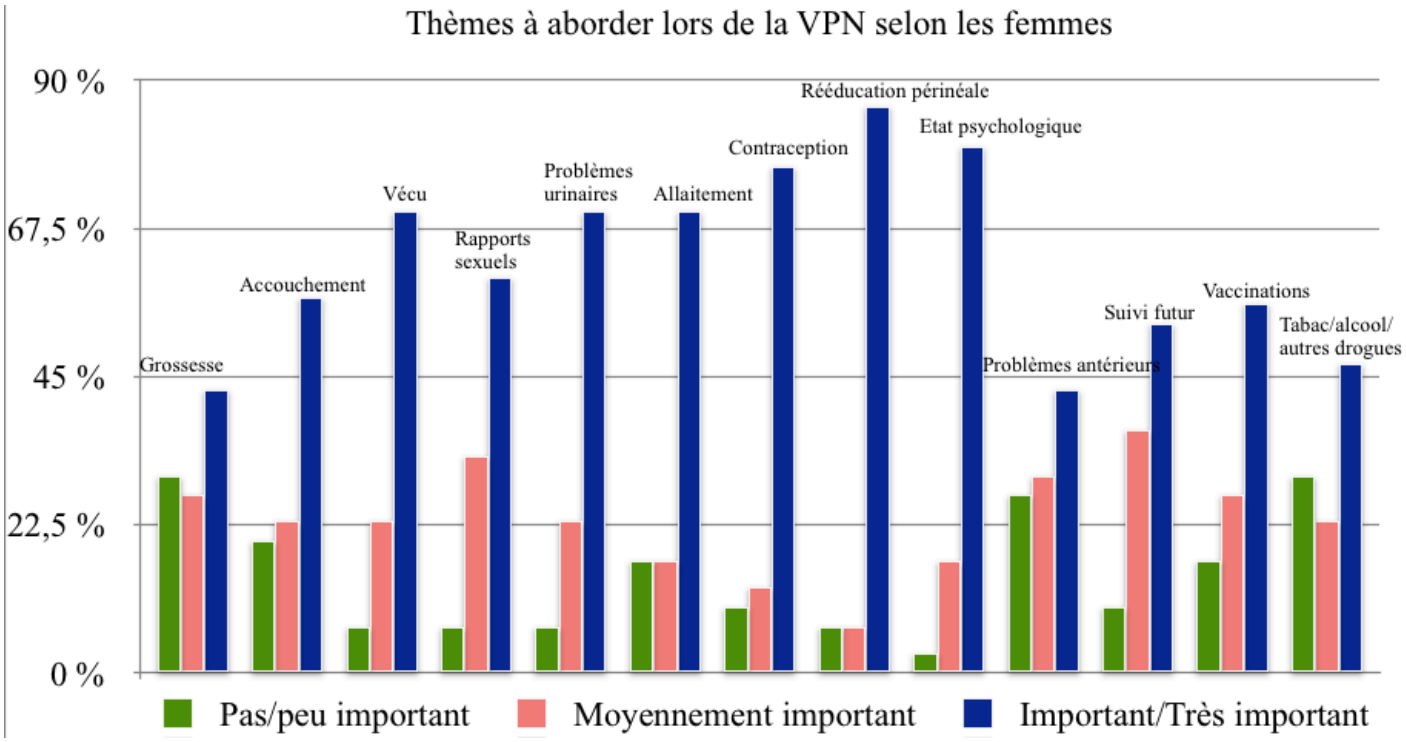
-l'état psychologique au moment de la consultation : 3,3% l'ont noté peu important, 16,7% comme moyennement important et 80% comme très important

-les problèmes de santé antérieurs à la grossesse : 26,7% l'ont noté peu important, 30% comme moyennement important et 43,3% comme très important

-le suivi médical futur : 10% l'ont noté peu important, 36,7% comme moyennement important et 53,3% comme très important

-les vaccinations pour la patiente et l'entourage du bébé : 16,7% l'ont noté comme peu important, 26,7% comme moyennement important et 56,6% comme très important

-enfin, concernant les addictions 30% l'ont noté peu important, 23,3% comme moyennement important et 46,7% comme très important.



Nous pouvons comparer ces résultats aux femmes n'ayant pas effectué leur VPN pour lesquelles on retrouve pour chaque thème :

-la grossesse et son déroulement : 8,3% ont noté peu important, 27,6% moyennement important et 64,1% comme très important

-l'accouchement et son déroulement : 2,8% l'ont noté comme peu important, 6,2% comme moyennement important et 91% comme très important

-le vécu de l'accouchement et de la naissance : 2% l'ont noté comme peu important, 8,3% comme moyennement important et 89,7% comme très important

-les rapports sexuels : 4,1% ont noté peu important, 29% comme moyennement important et 66,9% comme très important

-les problèmes urinaires : 5,5% l'ont noté peu important, 18,6% moyennement important et 75,9% comme très important

-l'allaitement : 9,7% l'ont considéré comme peu important, 25,5% comme moyennement important et 64,8% comme très important

-la contraception : 4,1% l'ont noté peu important, 10,3% comme moyennement important et 85,5% comme très important

-la rééducation périnéale : 4,1% l'ont noté peu important, 6,2% comme moyennement important et 89,7% comme très important

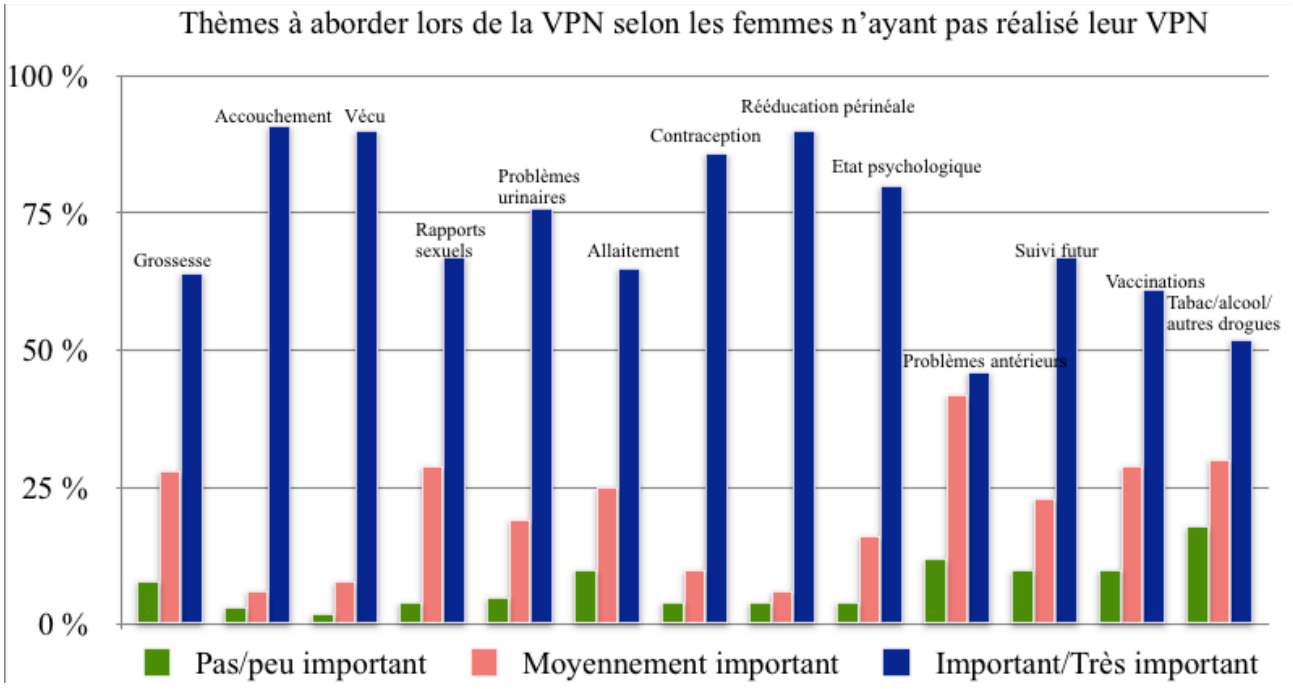
-l'état psychologique au moment de la consultation : 4,1% considèrent ce thème comme peu important, 15,9% comme moyennement important et 80% comme très important

-les problèmes de santé antérieurs à la grossesse : 11,8% peu important, 42% moyennement importants et 46,2% très importants

-le suivi médical futur : 10,3% des femmes le notent peu important, 22,8% moyennement important et 66,9% très important

-les vaccinations pour l'entourage du bébé : 10,3% l'ont noté peu important, 28,3% moyennement important, 61,4% très important

-les addictions : 17,9% ont noté ce thème peu important, 30,3% moyennement important et 51,8% très important.



La dernière question abordait l'importance accordée aux divers actes de l'examen clinique, par les femmes ayant effectué ou non leur VPN :

Mesure du poids	44%	60%
Mesure de la TA	77%	83%
Examen des seins	63%	80%
Examen au spéculum	50%	33%
Pratique d'un TV	62%	33%
Examen du périnée/cicatrice	97%	97%
	VPN effectuée (n=145)	**VPN non effectuée (n=30)**

Tableau 1 : importance des actes de l'examen clinique selon les femmes

La question libre concernant d'autres points à aborder a permis le retour de 24 réponses, dont 11 participantes qui n'ont pas rapporté d'autre élément à évoquer durant la VPN.

Les autres patientes ont exprimé les idées suivantes :

-4 ont souhaité insister de nouveau sur l'importance d'aborder avec la patiente la relation parents/bébé, l'accueil du bébé à la maison

-3 ont suggéré d'aborder le sujet avec la patiente et de lui exposer lors de sa VPN les aides et contacts possibles en cas de difficulté à la maison

-2 ont regretté l'absence de suivi ou le suivi qu'elles ont trouvé insuffisant suite à leur accouchement compliqué

-2 femmes pensent qu'il est important de parler avec la patiente du nouveau rythme qui se crée avec le bébé à la maison, notamment quand le conjoint retourne au travail

-1 femme parle de la relation entre conjoints

-1 femme insiste sur la nécessité de parler du baby-blues

-1 femme propose d'orienter les patientes vers les spécialistes de l'allaitement si problème

-et enfin une patiente insiste sur la confiance nécessaire de la patiente envers le praticien qui réalise la VPN.

7) Tests d'hypothèses

Nous avons souhaité savoir s'il existait un lien entre plusieurs aspects des pratiques des femmes concernant la VPN.

Tout d'abord, nous avons remarqué que les résultats étaient très différents concernant le sentiment d'avoir pu s'exprimer sur tous les sujets souhaités par les patientes, en fonction du praticien chez qui la VPN a été réalisée.

Nous obtenons le tableau de contingence suivant :

Praticien ayant réalisé la VPN	A pu s'exprimer sur tous les sujets	N'a pas pu s'exprimer sur tous les sujets	Totaux
Sage-femme libérale	58 (95%)	3 (5%)	61
Gynécologue libéral	25 (89%)	3 (11%)	28
A l'hôpital	23 (72%)	9 (28%)	32
En clinique	8 (61,5%)	5 (38,5%)	13
Médecin traitant	10 (100%)	0 (0%)	10

Avec un test de Fisher significatif (p = 0,001), choisi car certains effectifs < 5 ne nous permettaient pas de réaliser le test du χ^2, nous pouvons conclure que le sentiment d'avoir pu s'exprimer ou non varie bien en fonction du praticien qui a réalisé la VPN.

Nous constatons que dans notre échantillon, les femmes avaient pu s'exprimer à 100% avec leur médecin traitant, 95% lorsque la VPN était effectuée par une sage-femme, et à 89% si elle était réalisée avec le gynécologue.

Au contraire, elles sont moins de 3/4 à avoir pu le faire si la VPN a été réalisée à l'hôpital, et moins d'un tiers si la VPN a été réalisée en clinique.

Nous avons ensuite voulu savoir si ce sentiment d'avoir pu s'exprimer sur tous les sujets variait en fonction de la présence ou non du nourrisson aux côtés de la patiente durant la VPN, car l'une des principales raisons pour lesquelles les patientes disaient n'avoir pu le faire était le manque de temps. L'une des patientes a répondu « temps de consultation restreint et du fait de la nécessité de retourner s'occuper du bébé ».

Elles étaient 87,6% des femmes ayant fait la VPN avec leur bébé à avoir pu s'exprimer librement, et 82,3% des femmes l'ayant fait seule.

Le test du χ^2 retrouvant un p = 0,39 nous indique en effet que le fait d'avoir ou non son enfant avec soi n'était pas lié à ce sentiment d'expression.

Puis nous avons testé, toujours pour ce sentiment de pouvoir s'exprimer sur tous les sujets, si cela était en lien avec la voie d'accouchement (voie basse/césarienne), le résultat n'était pas significatif non plus (p = 0,621).

Et nous avons également testé cette hypothèse avec les catégories socio-professionnelles, il n'en ressort pas d'association statistiquement significative (p = 0,355).

En exécutant les mêmes tests avec les réponses à la question « avez-vous eu le sentiment d'avoir des réponses à toutes vos questions ? », nous trouvons quasiment les mêmes résultats pour ce

qui est du lien avec la voie d'accouchement (p = 0,798), ainsi que pour les catégories socio-professionnelles (p = 0,567) et le fait d'être seule ou avec son bébé (p = 0,644) mais pas du praticien ayant réalisé la VPN : on retrouve en effet une proportion plus importante de femmes n'ayant pas eu de réponses à leurs questions chez les sages-femmes, et moins importante pour les femmes ayant fait leur VPN en clinique, et le test de Fisher est non significatif (p = 0,329).

Cela signifie donc qu'il existe un lien significatif entre le praticien qui réalise la VPN et le sentiment pour les femmes d'avoir pu s'exprimer sur tous les sujets qu'elles souhaitaient, mais pas de lien significatif entre le praticien ayant réalisé la VPN et le fait d'avoir eu des réponses à toutes leurs questions.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux facteurs pouvant influencer le fait de réaliser ou non la VPN.

Avec les catégories socio-professionnelles, nous n'avons pas retrouvé d'association statistiquement significative, du fait probablement d'effectifs très faibles pour les patientes n'ayant pas réalisé la VPN (n = 15).

Par contre, pour la voie d'accouchement, nous constatons que 100% des patientes ayant accouché par césarienne ont réalisé leur VPN, contre 88% des patientes ayant accouché par voie basse.

Les effectifs sont néanmoins différents (n = 30 pour les accouchements par césarienne et n = 129 pour les accouchements voie basse, 1 patiente n'ayant pas précisé sa voie d'accouchement).

Le test de Fisher n'est pas significatif pour cette donnée, avec un p = 0,074.

Si l'on prend en compte le fait d'avoir eu une grossesse et/ou un accouchement considéré comme non physiologique (nous y avons inclus : HTA, protéinurie, pré-éclampsie ou éclampsie, MAP, diabète gestationnel, cholestase gravidique, métrorragies, accouchement prématuré, césarienne en urgence, bébé hypotrophe, RCIU, fièvre pendant l'accouchement, dysthyroïdie), nous obtenons 11% seulement de patientes ayant coché au moins l'une de ces complications et n'ayant pas réalisé leur VPN. Ce taux est quasiment le même (9,6%) chez les patientes ayant eu une grossesse physiologique.

Et en effet, le test de Fisher nous confirme qu'il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les 2 groupes (p = 0,790).

Concernant les complications de l'accouchement : étaient considérés comme pathologiques le fait d'avoir eu une épisiotomie, un accouchement en siège, et les autres complications classiques (césarienne en urgence, fièvre, troubles du rythme, hémorragie…)

Là non plus les résultats ne sont que peu différents : 10% des patientes ayant présenté un accouchement dit compliqué n'ont pas réalisé leur VPN, contre 12% pour les patientes n'ayant pas eu de complication (les déchirures périnéales simples ont été reclassées dans l'absence de complication).

Là encore, le test de Fisher est non significatif avec un $p = 0,806$.

Nous avons d'ailleurs vu plus haut dans les résultats que les patientes étaient partagées concernant cette donnée : seules 57,4% déclaraient que le fait d'avoir eu au moins une pathologie ou complication de la grossesse et/ou de l'accouchement les avait incitées à réaliser leur VPN.

Concernant les patientes ayant réalisé leur VPN, nous avons souhaité savoir si le choix du praticien avait pu être orienté par la voie d'accouchement.

Nous retrouvons le tableau de contingence suivant :

Voie d'accouchement/Praticien choisi pour la VPN	Gynécologue libéral	Sage-femme libérale	Médecin traitant	En clinique	A l'hôpital	**Totaux**
Césarienne	3 (10%)	7 (23,4%)	1 (3,3%)	4 (13,3%)	15 (50%)	30
Voie basse	25 (22%)	54 (47%)	9 (8%)	9 (8%)	17 (15%)	114

On constate bien que la moitié des patientes ayant accouché par césarienne se dirige vers l'hôpital pour pratiquer la VPN, au contraire des patientes ayant accouché par voie basse, qui elles, préfèrent en majorité réaliser leur VPN chez une sage-femme libérale.

Le test de Fisher retrouve ici une probabilité de $p = 0,001$, nous pouvons en conclure que le choix du praticien pour la VPN est statistiquement lié à la voie d'accouchement.

Par contre, concernant les pathologies de la grossesse ou de l'accouchement, nous n'avons pas trouvé de lien significatif avec un choix préférentiel de praticien pour la VPN ($p = 0,752$), nous retrouvons les mêmes tendances à savoir sage-femme en premier, puis gynécologue puis hôpital (et en derniers clinique puis médecin traitant) pour les femmes ayant eu une grossesse physiologique, et quasiment dans les mêmes proportions sage-femme, hôpital puis gynécologue, et dans une moindre

mesure clinique et médecin traitant pour les femmes ayant eu une grossesse et/ou un accouchement dit « pathologique ».

Idem concernant l'accouchement en lui-même, il était considéré comme simple en cas d'absence de problème signalé ou de déchirures périnéales simples, ou compliqué pour les raisons vues plus haut. Il n'y a pas de différence majeure de choix de praticien selon la présence ou non de complications, et le test de Fisher effectué retrouve un $p = 0,195$.

L'association entre choix du praticien pour la VPN et catégorie socio-professionnelle n'a pas été significative non plus.

Nous avons voulu tester l'association entre praticien ayant suivi la grossesse, et choix du praticien pour la VPN.

Étant donné que plusieurs spécialistes ont pu être désigné pour le suivi de grossesse, nous n'avons pas pu établir de tableau de contingence fiable, car il aurait pour cela fallu réattribuer chaque réponse en fonction du spécialiste ayant majoritairement suivi la grossesse, et notre questionnaire ne faisait pas préciser cette donnée.

Concernant les modes de contraception prescrits ou proposés par les différents praticiens, nous pouvons constater, pour les plus prescrits, que les pilules oestro-progestatives sont prescrites de façon sensiblement identiques en majorité par les sages-femmes, les gynécologues et l'hôpital ; pour les pilules progestatives, 1/3 des prescriptions est fait à l'hôpital, et 28% par les sages-femmes ; pour les DIU 43% sont prescrits par les sages-femmes, puis viennent à égalité l'hôpital et les gynécologues.

Les autres méthodes de contraception sont peu citées ; signalons que 3 des 4 prescriptions d'implants contraceptifs ont été réalisées par une sage-femme. Pour les femmes utilisant le préservatif (n = 6), la moitié ont été conseillées par une sage-femme.

Le test de Fisher pour ces données était non significatif ($p = 0,580$).

V- DISCUSSION

A) Échantillon

Nous avons souhaité comparer notre échantillon de 175 patientes à la population générale : sur les critères démographiques, 35% des femmes avaient entre 30 et 35 ans dans notre échantillon, 1,1% plus de 40 ans et aucune femme moins de 20 ans : par comparaison, l'enquête périnatale de 2016 [37] retrouve un âge maternel de 30-34 ans pour 1/3 des femmes au moment de l'accouchement, 4,1% avaient 40 ans ou plus et 2% avaient moins de 20 ans. Les données sont donc relativement comparables.

Les catégories socio-professionnelles sont plus divergentes : 20% d'artisan, professions libérales, commerçant et secteur agricole dans notre étude, contre 3,5% dans l'EPN 2016, 29% de cadres supérieures dans notre échantillon contre 13,3% en population générale selon la même référence, 18% de professions intermédiaires pour notre étude contre 40,3% en population générale, et 7% de femmes sans emploi dans nos résultats contre 29,8% en population générale.

Pour le nombre d'enfants par femme, notre taux est de 1,5 (indice de fécondité en population générale en 2017 : 1,8 [38]).

Enfin, concernant l'accouchement, on retrouve dans notre étude un taux de césarienne de 19% alors qu'il est de 20% des accouchements en 2016 [37,39] donc comparable.

Le taux d'épisiotomie toutes naissances confondues en France en 2016 était de l'ordre de 20%, montant à 35% pour les primipares et chutant à 10% pour les accouchements suivants (source : enquête Le Monde en collaboration avec la FFRSP [40]) avec des extrêmes allant de 0,3% à 45%. Dans notre étude, il a été mesuré à 47,2%.

Accouchements par le siège : 7% dans notre étude (5% selon l'EPN de 2016 en population générale, [37]).

B) Biais et limites de l'étude

1) Biais de sélection

Il est impossible d'ignorer l'existence d'un effet de sélection des patientes de notre étude, et ce pour plusieurs raisons :

Tout d'abord, le questionnaire en ligne a été transmis en premier à mes connaissances, il s'agit en majorité de médecins ou internes, et dans les résultats on note en effet une part importante de médecins ou professions paramédicales (que j'ai regroupé dans les cadres supérieurs pour les médecins hospitaliers ou internes, dans les professions libérales pour les médecins en cabinet, et en professions intermédiaires pour les paramédicaux, pour plus de commodité dans la répartition des catégories socio-professionnelles).

Le questionnaire a également été diffusé à des femmes qui n'entraient pas du tout dans ces catégories, mais la majorité des réponses provenant du questionnaire en ligne (140 réponses), nous ne pouvons ignorer que si la diffusion avait été faite uniquement dans des cabinets médicaux, les résultats auraient pu être différents.

Il existe un biais de sélection inévitable du fait d'un auto-questionnaire, que les patientes pouvaient prendre ou non dans les salles d'attente, et auquel elles pouvaient faire le choix ou non de répondre. Il est très probable que les femmes intéressées par le sujet y aient plus volontiers répondu que les femmes qui se sentaient moins concernées par la VPN, et nous pouvons donc raisonnablement penser que le fort taux de participation à la VPN de notre étude provient en partie de ce biais.

2) Biais liés à l'administration du questionnaire

Précisons également que l'administration du questionnaire était différente entre la version en ligne, où les femmes étaient incitées par mail à y répondre, avec une note expliquant l'étude, ses objectifs et les critères d'inclusion, et la version papier, qui était laissée en libre accès dans les salles d'attentes des cabinets médicaux.

On peut penser que certaines femmes qui n'ont pas eu le temps de le lire dans sa version papier, ou d'y répondre, auraient pu y répondre si elles avaient reçu la version internet par mail.

Notons que certains cabinets médicaux ont choisi de l'administrer d'une façon différente : dans l'un deux, la note explicative était affichée, et la secrétaire les proposait aux patientes à l'accueil (nous avons eu 7 retours de questionnaires dans ce cabinet), et dans un autre cabinet il s'agissait des médecins qui le proposaient aux patientes, qui pouvaient le rendre à la secrétaire une fois complétés (nous avons eu 3 retours seulement, malgré les 20 questionnaires, qui ont tous été distribués aux patientes).

Si les consignes de diffusion initiales avaient été suivies, il y aurait peut-être eu un taux de réponse différent dans ces cabinets (en positif ou en négatif).

Enfin, dans l'un des cabinets, il y avait un médecin généraliste et une sage-femme, et que c'est dans ce cabinet que le plus fort taux de participation a été noté : l'ensemble des 20 questionnaires laissés à disposition est revenu rempli ! Ce qui explique peut-être aussi le résultat du choix du praticien pour la VPN où la sage-femme apparaît prépondérante.

Malgré un test du questionnaire en amont, il apparaît que certaines questions ont été mal comprises par les patientes, rendant certains résultats peu contributifs, notamment :

-la question sur le suivi de grossesse : certaines femmes ont pu cocher le praticien ayant fait leur suivi et l'hôpital ou la clinique puisque c'est le lieu des 2 dernières consultations et le lieu d'accouchement, alors que certaines ont pu considérer que justement ce point était commun à toutes les grossesses et donc ne cocher que le praticien chez qui elles ont réalisé le suivi mensuel jusqu'au 8ème mois.

-la question sur les complications de l'accouchement : plusieurs réponses étaient possibles et les patientes ont pu cocher plusieurs réponses en rapport avec plusieurs accouchements antérieurs, sans forcément prendre en compte uniquement le dernier, ce qui explique probablement les taux élevés de complications et d'épisiotomies.

-la question sur la contraception pour les femmes n'ayant pas fait la VPN : plusieurs ont répondu la maternité (qui leur aurait prescrit une ordonnance de longue durée ? Ou qu'elles auraient appelé une fois l'ordonnance initiale terminée pour en obtenir un renouvellement ? Cela paraît peu probable), d'autres une sage-femme (lors d'une consultation autre que la VPN ? Peut-être lors d'une consultation pour la rééducation périnéale ? Mais il est étonnant de penser que les sages-femmes commencent une rééducation périnéale sans avoir fait au préalable la VPN ou sans avoir demandé à la patiente si elle avait été réalisée).

3) Biais de mémoire

Concernant le critère d'inclusion du délai du dernier accouchement, nous avons fixé la limite à 3 ans, pour éviter au maximum le biais de mémoire qui consiste à répondre de façon différente si les évènements sont trop éloignés du moment de l'étude.

Malgré cette précaution, l'une des répondantes a précisé pour quelques questions qu'elle n'était pas sûre de ses réponses car sa dernière VPN n'était pas très récente.

Nous avons choisi également d'inclure les femmes encore enceintes ou en post-partum précoce, puisqu'elles étaient directement concernées par le sujet. Il est probable également qu'elles n'auraient pas eu le même point de vue après avoir accouché et réalisé leur VPN, l'une des répondantes me l'a également précisé.

Cette étude a l'inconvénient d'avoir un effectif total relativement petit de 175 répondantes, mais surtout un petit effectif sur les patientes qui n'ont pas réalisé leur VPN (15 seulement, si l'on enlève les 15 enceintes ou en post-partum précoce), cette donnée ayant pu biaiser nos résultats.

C) Points forts de l'étude et résultats principaux à retenir

Notre étude montre plusieurs points importants concernant la VPN : nous avons dans notre échantillon un taux de réalisation de 83%, et il augmente même à 90% si l'on enlève les 15 patientes qui n'étaient pas encore concernées car enceintes ou en post-partum précoce au moment de l'étude.

Malheureusement, je n'ai pas pu confronter ces données aux données officielles nationales de la CNAM car la VPN n'est pas codée en tant que telle dans leurs systèmes d'information.

Néanmoins, dans la thèse de B. Konstantinos [1] réalisée en 2008-2009 auprès de patientes ayant accouché au CH de Dieppe, il est fait état d'un taux de réalisation de 68%, sur un effectif de 76 patientes.

Il est probable que les échantillons ne soient pas comparables : nous avons privilégié des patientes de cabinets médicaux de médecins généralistes et sages-femmes, ainsi qu'une version en ligne du questionnaire, alors que l'étude de B. Konstantinos s'appuie sur un échantillon de patientes recrutées via la maternité d'un centre hospitalier.

Le deuxième point fort de notre étude concerne la place du médecin traitant dans le suivi de grossesse : seulement 16,5% des patientes ont choisi de consulter leur médecin traitant, comme praticien unique ou non, pour suivre leur grossesse, la majorité des femmes se dirigeant vers le gynécologue ou à l'hôpital.

Notons que dans notre étude, les femmes déclarant avoir fait leur suivi chez une sage-femme (seule ou associée à d'autres praticiens) représentent quasiment 1/3 de l'effectif (31,4%).

Les statistiques nationales de l'enquête périnatale de 2016, font état d'un suivi d'un quart des grossesses par les sages-femmes, accordant une place prépondérante au gynécologue-obstétricien. Par contre, selon ces statistiques, on retrouve un taux de suivi chez le médecin généraliste (comme principal interlocuteur durant les 6 premiers mois) de seulement 6,5% des femmes, alors que 19,3% des femmes disent avoir consulté leur médecin généraliste dans les suites de la déclaration de grossesse [37].

Nous constatons une supériorité très nette dans la place accordée aux sages-femmes comme praticien choisi pour réaliser la VPN : 42% des 145 patientes ayant effectué leur VPN ont choisi une sage-femme comme interlocutrice. Le médecin traitant est désigné en dernier, avec seulement 10 patientes, soit 7% des femmes, l'ayant préféré comme praticien pour leur VPN.

Ces observations sont bien différentes de celles de T. Laude, dans sa thèse de 2013 [41] sur les spécialistes désignés par les patientes ayant accouché à la maternité de Fécamp : dans son étude, le médecin traitant est désigné par 21,2% des patientes pour effectuer la VPN, et la sage-femme dans moins de 10% des cas. Il explique lui-même ce résultat par la difficulté d'obtenir une consultation

avec une sage-femme dans la zone de l'étude. De plus, son étude se base sur les déclarations des patientes lors de leur séjour en maternité après l'accouchement, il n'est donc pas sûr que le praticien désigné à ce moment en post-partum immédiat, soit le praticien effectivement consulté lors de la VPN.

Les raisons évoquées par les femmes dans le choix du praticien qui réalise le suivi de la grossesse sont principalement la proximité de leur domicile et la facilité d'accès, la disponibilité du praticien et la facilité d'avoir un rendez-vous, le fait d'avoir ou d'avoir eu une grossesse ou un accouchement non physiologique les oriente plus facilement vers l'hôpital ou le gynécologue, le choix peut également se porter naturellement vers le praticien qui effectue habituellement leur suivi gynécologique.

Elles évoquent aussi, concernant les sages-femmes plus spécifiquement, un sentiment d'avoir une consultation plus « intime » et moins « médicale », et mettent en avant le suivi complet de ce praticien, qui peut assurer à la fois le suivi de la grossesse, l'entretien du 4e mois, les séances de préparation à la naissance, la visite à domicile dans les 7 jours suivant l'accouchement dans le cadre du PRADO, ainsi que les séances de rééducation périnéale en post-partum.

Comme vu plus haut, pour le choix du praticien réalisant la VPN, les sages-femmes sont en première position, avec 61 femmes ayant choisi d'en consulter une pour leur VPN, alors que seulement 55 femmes déclarent avoir été suivies par une sage-femme durant leur grossesse.

Dans la conception de la VPN, le médecin traitant n'est pas reconnu par les patientes comme l'effecteur principal, avec seulement 7% des femmes qui le choisissent pour leur VPN.

Les raisons qui orientent les patientes vers le praticien sont en premier lieu la continuité du suivi de la grossesse : on peut donc expliquer en partie ce résultat des sages-femmes car même si certaines ne l'ont pas précisé, elles sont obligatoirement en contact avec des sages-femmes au cours de leur grossesse : soit lors des consultations du dernier trimestre à la maternité, soit lors de l'accouchement en salle de naissances et en suites de couches.

Le suivi du début à la fin de la grossesse est aussi un atout majeur des sages-femmes, que n'ont pas les autres praticiens (sauf l'hôpital, où les séances de préparation à la naissance et de rééducation à la naissance sont effectuées…par des sages-femmes !)

On peut expliquer ce faible choix du médecin traitant par l'ignorance des patientes du fait qu'elles peuvent le consulter : à la question « saviez-vous que vous pouviez effectuer cette visite chez votre médecin traitant », 54% répondent « non ».

Notons également que le rendez-vous pour la VPN peut être pris avant la sortie de la maternité, c'est ce qu'évoquent 10 patientes dans notre étude, 1 seule s'étant vue conseiller de revoir

son médecin traitant pour cette consultation, les autres ayant été orientées vers une sage-femme de ville ou directement à l'hôpital ou dans la clinique où elles avaient accouché.

Le sexe masculin du médecin généraliste peut aussi freiner certaines patientes : quelques femmes l'ont exprimé dans notre enquête, certaines évoquant aussi le fait que leur médecin ne fasse pas leur suivi gynécologique habituel, voire pas de suivi gynécologique du tout, qu'elles ne le voient que très peu (nous parlons en effet dans le cas général de patientes jeunes, souvent sans antécédent médical majeur, qui ne viennent que rarement consulter leur médecin traitant).

Nous avons constaté, comme unique lien statistiquement significatif, la voie d'accouchement comme facteur de choix du praticien pour la VPN : la moitié des patientes ayant bénéficié d'une césarienne se sont tournées vers l'hôpital, probablement sur conseil ou RDV automatique donné avec l'obstétricien par la maternité (certaines patientes le précisent dans les réponses libres de notre étude), alors que presque la moitié des patientes ayant accouché par voie basse se sont dirigées vers une sage-femme libérale.

Le déroulement de la VPN, qui comme nous l'avons vu comporte en théorie beaucoup de thèmes à aborder avec la patiente, nécessite forcément de hiérarchiser les priorités, en fonction des demandes et attentes de la patiente, et des pratiques personnelles du praticien.

On retrouve quand même que pour la plupart des femmes, les sujets de la contraception, la rééducation périnéale, le déroulement de l'accouchement et l'allaitement sont les sujets majeurs qui ont été abordés durant la consultation, et il s'agit en effet de thèmes important dont elles souhaitent parler.

Par contre, le thème « état psychologique au moment de la consultation » n'apparaît qu'en 9^{e} position des sujets les plus abordés lors des VPN, alors que quand on questionne les patientes sur les thèmes qui leur paraissent les plus importants à développer, elles le placent en 2^{e} position pour les femmes l'ayant effectué, et en 5^{e} position pour les femmes n'ayant pas fait leur VPN.

Au contraire, les thèmes « vaccinations pour l'entourage du bébé », « problèmes de santé antérieurs à la grossesse », « tabac, alcool et autres drogues » et « suivi médical futur » semblent globalement sous-développés lors des consultations, il s'agit des thèmes que l'on retrouve cités en dernier par ordre d'importance par les patientes.

Nous avons souhaité par la suite estimer la « satisfaction globale » des patientes concernant la VPN.

Une grande majorité des patientes semble plutôt satisfaite de la VPN, en tout cas 84,5% d'entre elles ont eu le sentiment de pouvoir s'exprimer librement.

Nous avons également constaté, et ce de façon statistiquement significative, que ce sentiment était prédominant chez les patientes qui ont consulté leur médecin traitant, une sage-femme ou un gynécologue pour leur VPN, au contraire de celles ayant consulté à l'hôpital ou en clinique, qui sont moins des ¾ à avoir eu ce sentiment d'expression complète.

Les principales raisons évoquées par les patientes sur ce sentiment d'insatisfaction sont le manque de temps, une consultation trop courte et un manque d'écoute ou d'empathie de la part du praticien.

Dans la dernière question, qui était une réponse libre sur les points importants à aborder concernant la VPN, les patientes insistent sur l'importance d'une relation de confiance avec le praticien, et demandent que l'on évoque durant la VPN les difficultés qu'elles peuvent avoir avec leur bébé, demandant qu'on les oriente vers les personnes ressources en fonction de leurs besoins.

Dans les thèmes principaux que les femmes souhaitent aborder ou voir abordés lors de la VPN, nous noterons la contraception, les problèmes urinaires et la rééducation périnéale, leur état psychologique au moment de la consultation, et l'accouchement ainsi que son déroulement (ces thèmes regroupant tous des réponses allant de « important à très important » pour plus de 75 % des patientes).

Concernant l'examen clinique, les patientes sont quasiment unanimes sur l'importance de l'examen périnéal et/ou de la cicatrice de césarienne, et elles s'accordent également sur la mesure de la TA.

Pour terminer, notons que le médecin traitant peut être perçu comme une personne ressource lui-même, au même titre que la PMI qui est souvent un interlocuteur privilégié des femmes, qui y consultent toutes les semaines durant le premier mois de vie de leur enfant pour le suivi du poids du nourrisson. Étonnamment, il semble pourtant que ça ne soit pas forcément lui qui vienne en premier à l'esprit des femmes pour la VPN…

D'ailleurs, parmi les 15 patientes de notre étude qui n'ont pas réalisé leur VPN, 11 déclarent qu'elles ne savaient pas qu'elles pouvaient faire la VPN chez leur médecin traitant, et sur ces 11 femmes, 7 disent que si elles l'avaient su, cela les aurait incitées à le consulter pour ce motif.

Les motifs principaux de non-réalisation de la VPN sont le manque d'information (plus d'un tiers des femmes disent qu'elles n'étaient pas au courant), l'oubli et le manque de temps.

Il semblerait utile qu'en tant que médecin traitant, même si la patiente ne vient pas pour son suivi gynécologique ou que le médecin n'a pas suivi du tout la grossesse, l'on rappelle aux femmes

l’intérêt de cette consultation et les praticiens qu’elles peuvent consulter pour cela, par exemple à l’occasion de l’examen du premier mois de leur nourrisson.

D) La place du médecin généraliste

Il est logique, après ces constatations, d'évoquer la place qu'a actuellement le médecin généraliste dans la VPN pour ses patientes, mais cette étude questionne aussi plus largement sa place dans le suivi gynécologique en général et le suivi de grossesse en particulier.

Comment expliquer le moindre recours des femmes à leur médecin traitant, qui paraît pourtant le praticien de premier plan, souvent connu de longue date, et ayant une connaissance globale de sa patiente, dans son environnement socio-professionnel et familial ?

Comme première hypothèse, nous pensons que le ressenti de la patiente du gynécologue comme étant « le » spécialiste du suivi gynécologique par excellence, influence beaucoup le choix du praticien.

En effet, comme l'a montré R. Champeaux dans sa thèse de 2013 [42], la motivation principale des patientes pour le choix du gynécologue est pour 81,6% des femmes sa compétence en gynécologie, suivie pour 49% des femmes d'une gêne par rapport au médecin traitant. Seules 10,2% évoquaient une méconnaissance du fait que le médecin généraliste peut effectuer le suivi gynécologique. L'âge et/ou le sexe du praticien n'étaient évoqués que pour 4% des patientes.

A l'inverse, cette étude met en évidence une motivation des patientes pour un suivi gynécologique par leur médecin traitant liée en grande majorité à la confiance qu'elles témoignent à leur généraliste (raison évoquée pour 86,6% d'entre elles), et l'accessibilité des consultations pour 66,6% des patientes.

Il est aussi fait état dans cette thèse que le premier frein pour se faire suivre par son médecin traitant est le suivi de grossesse (pour 51,5% des femmes).

Au total, quand la question était posée aux femmes de savoir qui était le praticien le plus à même de réaliser le suivi gynécologique, 66,7% répondent le gynécologue, et la raison évoquée en premier pour 76,2% est sa compétence.

Enfin, le sexe du médecin généraliste semble jouer un rôle dans le choix du praticien, car chez les patientes dont le médecin généraliste était un homme, seules 11,9% étaient suivies par lui pour leur suivi gynécologique, contre 45,6% des patientes de médecins généralistes femmes.

Au contraire, pour les gynécologues, le sexe du praticien importe moins dans le choix des patientes.

Notre étude reflète également ce constat, avec un suivi de grossesse fait chez le gynécologue pour 31% des femmes n'ayant consulté qu'un seul praticien à cette occasion, et 40% des patientes ayant consulté au moins le gynécologue au cours de la grossesse.

L'une des explications à ce manque d'orientation vers le médecin généraliste semble donc être le fait que les patientes le trouvent spontanément « moins compétent » que le gynécologue en la matière.

Il est vrai que la formation d'un gynécologue et celle d'un médecin généraliste en gynécologie sont différentes, même si au cours de l'internat de médecine générale tendent à se développer les stages en gynécologie pour tous les internes (la maquette du DES actuel recommande au moins un stage en pôle mère-enfant et idéalement deux, pour appréhender le côté gynécologique et le côté pédiatrique au mieux).

Ce besoin de formation en gynécologie et obstétrique des médecins généralistes est souvent exprimé dans les différentes études réalisées, en témoigne une étude de 2005 en Bretagne [43], qui a analysé 127 questionnaires adressés aux médecins généralistes de la région, et qui révèle que seuls 54% des généralistes ayant une pratique gynécologique dans leur activité s'estiment compétents.

Pourtant, de nombreuses facultés dispensent des formations afin d'acquérir le Diplôme Universitaire en gynécologie-obstétrique, et de nombreuses FMC incluent ce thème dans ceux qu'elles proposent aux médecins généralistes.

Ce suivi gynécologique fait par les médecins généralistes, complémentaire de l'activité des gynécologues, semble pourtant s'avérer nécessaire dans les années à venir, au vu de l'évolution de la démographie médicale prévisionnelle, comme nous le verrons un peu plus tard.

Deuxième hypothèse : le sexe du médecin généraliste pourrait influencer le choix des patientes.

Il s'agit là d'une hypothèse qui semble ne pas faire de consensus dans les différentes études : dans la thèse de R. Champeaux évoquée plus haut, le sexe du médecin généraliste semblait jouer un rôle dans le choix du praticien pour le suivi gynécologique des patientes.

Au contraire, dans sa thèse de 2014 portant sur 109 patientes, F. Cretin-Ben Hayoun [44] ne retrouve pas de lien statistiquement significatif entre le sexe du médecin traitant des patientes, et le spécialiste qu'elles choisissent pour leur suivi gynécologique.

Même constat pour A. Darreye, dans sa thèse de 2016 [45], portant sur 100 femmes interrogées sur le suivi de grossesse, étude réalisée à Limoges, et qui ne retrouve pas de lien statistiquement significatif entre le sexe ni l'âge du médecin généraliste et le suivi de grossesse.

Une étude de la DREES datant de 2016 [46], montre par contre que pour le suivi de grossesse, le sexe du médecin généraliste joue un rôle dans le choix des patientes : la probabilité de suivre une patiente au moins une fois par trimestre durant sa grossesse est 1,7 fois plus élevée chez les médecins généralistes femmes que chez les hommes. Il s'agit ici d'une enquête visant les médecins généralistes et non les patientes.

La question du sexe du médecin généraliste n'apparaît pas dans notre étude, il aurait pu être intéressant toutefois de comparer nos résultats à ceux évoqués précédemment.

Troisième hypothèse : rôle de la démographie médicale

L'étude de la DREES citée plus haut met en évidence une forte disparité au niveau régional du suivi de grossesse : 82% des généralistes des Pays de Loire disent faire régulièrement les suivis de grossesse, contre 49% en Poitou-Charentes, 42% en région PACA, et une moyenne nationale qui se situe à 47%.

En effet, la région PACA présente une densité forte de gynécologues-obstétriciens, alors qu'elle est faible en région Pays de Loire [47].

Ces données pourraient jouer un rôle dans l'avenir, pour le suivi de grossesse des patientes, en faveur des médecins généralistes : la densité de gynécologues obstétricien est en diminution dans 93 des 96 départements de France.

Concernant la Normandie [47], la densité en gynécologues obstétricien est classée comme faible dans l'Eure et la Seine-Maritime, moyenne dans l'Orne et le Calvados, et forte dans la Manche.

Pour les gynécologues médicaux, la densité est faible dans l'Eure, la Manche et l'Orne, et moyenne en Seine-Maritime et dans le Calvados.

Malheureusement, il apparait que dans notre région, la densité médicale des médecins généralistes suit la même tendance : faible dans l'Eure, la Manche et l'Orne, moyenne en Seine-Maritime et forte dans le Calvados.

On observe dans la région une diminution de 36,6% des effectifs de gynécologues-obstétriciens entre 2007 et 2016, une baisse de 6,6% des médecins généralistes et une augmentation de 412,5% des gynécologues médicaux, qui sont par contre 70,7% à avoir plus de 60 ans (contre seulement 28,9% des médecins généralistes).

Dans notre département de Seine-Maritime, tous médecins confondus, l'augmentation des inscrits au Conseil de l'Ordre des médecins n'a augmenté que de 0,6% entre 2007 et 2016, alors que l'effectif de population a progressé de 2,7%.

Pour résumer, il apparaît qu'en Normandie, les gynécologues-obstétriciens sont de moins en moins nombreux, et ce de façon beaucoup plus importante que les médecins généralistes, par contre les gynécologues médicaux sont plus nombreux mais plus des 2/3 des installés ont plus de 60 ans, et par conséquent seront donc bientôt retraités.

Pour compléter notre propos, nous avons pu consulter sur le site de la DREES un outil de projection de l'évolution de la démographie médicale entre 2018 et 2040 : http://dataviz.drees.solidarites-sante.gouv.fr

Cet outil permet de sélectionner les spécialités médicales voulues, et en fonction des tendances prévisionnelles actuelles, de projeter la démographie médicale par région jusqu'en 2040.

Pour la Haute-Normandie, on observerait une baisse des gynécologues médicaux de 43 en 2018 à 22 pour l'ensemble de la région, une augmentation des gynécologues-obstétriciens, de 107 actuellement à 159, et une hausse des médecins généralistes, de 2418 à 2865.

E) La place des sages-femmes

Discutons maintenant de l'autre grand groupe de praticiens, après les gynécologues, qui s'occupe du suivi gynécologique et des grossesses des femmes : les sages-femmes.

Selon le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes [48], le nombre de sages-femmes augmente régulièrement depuis 2002, avec un taux de croissance annuel de 3,1% jusqu'en 2010, puis de 3,8% depuis 2011.

L'activité libérale dans cette profession augmente également, selon cette même enquête de 2014, au vu du rythme d'augmentation entre 2011 et 2014, les effectifs de sages-femmes libérales devrait doubler en un peu plus de 6 ans.

Ce rôle de plus en plus important des sages-femmes dans le suivi des femmes en général, et des grossesses en particulier, est également dû au programme PRADO, lancé en 2010 par l'Assurance Maladie, permettant aux femmes qui sortent de la maternité de recevoir dans la semaine suivant leur accouchement, et au mieux dans les 48h suivant la sortie, la visite à domicile d'une sage-femme pour pratiquer un examen clinique de la mère et du nouveau-né, et répondre à toutes leurs questions. La sage-femme peut même programmer une deuxième visite selon son appréciation des besoins des parents.

Selon la DREES [49], en 2010 seules 8% des maternités proposaient ce service aux femmes lors de la sortie, alors qu'en 2016 elles étaient 79% à le faire.

Selon les données de la CNAM [50], 57% des accouchements en 2017 ont donné lieu à un accompagnement PRADO (soit 435 000 naissances), une augmentation de 12% en un an seulement.

Les sages-femmes assurent aussi la grande majorité des entretiens prénataux (aussi appelé « entretien du 4eme mois », ce sont elles qui l'assurent dans 96% des maternités) ; elles peuvent aussi réaliser des consultations de tabacologie, d'allaitement, d'acupuncture ou des échographies.

9 maternités sur 10 organisent des séances de préparation à la naissance et à la parentalité, animées principalement par des sages-femmes [49].

La rééducation périnéale fait également partie des compétences des sages-femmes : elle peut effectuer la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement [11].

Elle peut la pratiquer sans limite d'âge et de délai après l'accouchement, mais pas chez les nullipares, ni chez les hommes.

Elle peut elle-même prescrire la rééducation dans la limite des 90 jours suivant l'accouchement.

Les séances sont remboursées à 100% dans le cadre de la prise en charge au titre de la maternité, sans limitation de temps ni de nombre de séances ; cependant au-delà de 30 séances la prescription doit être faite par un médecin et le renouvellement nécessite une entente préalable [51].

Toutes ces compétences dédiées à la prise en charge de la grossesse de A à Z par la sage-femme, participent fortement au rôle prépondérant qu'elles exercent dans le suivi des patientes avant, pendant et après leur grossesse et l'accouchement.

Comme nous l'avons vu dans l'étude, la raison principale du choix du praticien pour la VPN est de garder le même praticien que celui qui a suivi la grossesse : 51 patientes soit 36% des femmes ayant donné la raison de leur choix l'ont citée, et 15% disent que c'est justement grâce au suivi complet de la sage-femme qu'elles se sont tournées vers elle pour leur VPN.

F) Quels enjeux pour le médecin généraliste ?

Forts de ces constats, quelles sont les pistes pour pouvoir augmenter la part de patientes effectuant la VPN chez le médecin traitant ? Et comment articuler le rôle des différents spécialistes dans la période du post-partum, et plus largement du suivi gynécologique et de la grossesse ?

Premièrement, il nous paraît indispensable d'informer au maximum les patientes sur les compétences de chaque praticien : lors de la déclaration de grossesse (qui est faite dans 18,5% des cas chez le médecin généraliste [37]), lors de la consultation de confirmation d'une grossesse, ou bien lors de la consultation pré-conceptionnelle quand elle a lieu, il nous semble utile de faire un récapitulatif des différents professionnels de santé qui peuvent être consultés, suivant l'évolution de la grossesse, les antécédents et traitements de la patiente, et bien sûr selon ses souhaits.

Ces informations concerneront en premier lieu le suivi de la grossesse, avec la mention des consultations mensuelles, des examens biologiques et échographiques, mais on peut également en profiter pour présenter la VPN et ses objectifs.

Ensuite, les dernières consultations de la grossesse, si le suivi est réalisé chez le médecin traitant, peuvent être le moment de rappeler que la VPN est bénéfique pour la patiente, mais il est probable que pendant les derniers mois de la grossesse la patiente focalise plus son attention sur l'accouchement et la naissance à venir.

Enfin, la consultation du premier mois de vie du nourrisson nous paraît le moment idéal pour en parler de nouveau à la patiente, cela peut être l'occasion de lui rappeler l'existence de cette consultation, qui peut avoir été oubliée devant les soins à donner au nouveau-né, le bouleversement émotionnel et hormonal qu'est l'accouchement, et la fatigue de la jeune maman.

Nous pouvons également suggérer un affichage en salle d'attente, en effet il est montré que l'affichage d'informations en salle d'attente de cabinets médicaux est souvent bénéfique et utile pour transmettre les informations aux patients : par exemple cette étude de 1994 [52], parue dans le British Journal of General Practice, réalisé sur 319 patients, dans une salle d'attente (dans une clinique), où étaient affichés des posters d'information sur 4 thèmes (arrêt de l'alcool, sevrage tabagique, alimentation équilibrée et VIH/SIDA), avec un questionnaire qui était remis aux patients par le médecin après la consultation, demandant si ils avaient vu les posters, si ils les avaient lus, le sujet dont ils parlaient, et si ils avaient envie d'avoir d'autres informations sur le sujet après les avoir lus. 82,4% des patients a dit avoir vu les posters, 97,7% d'entre eux se souvenaient du sujet, 78,7% des patients les avaient lus et 53% des patients souhaitaient plus d'informations sur le sujet.

Autre exemple, paru dans le BMC Research Notes [53], par des auteurs français : il s'agit d'une méthode qualitative par entretiens semi-dirigés pour connaître le point de vue des médecins

généralistes sur le fait que leur salle d'attente puisse être un vecteur d'éducation à la santé. 60 médecins généralistes (du Nord de la France) ont été interrogés, ils pensaient en majorité que les patients étaient de plus en plus demandeurs d'informations sur la santé, et qu'il était de leur responsabilité d'y répondre. 25 ont spontanément évoqué leur salle d'attente comme pouvant jouer un rôle dans l'information des patients, et pour les 35 autres, 29 étaient également de cet avis quand le sujet a été abordé durant l'entretien. Des posters d'informations étaient affichés dans 78% des salles d'attentes.

Deuxièmement, peut-être que le rôle et les compétences de la sage-femme sont moins connus du médecin généraliste, que ceux du gynécologue-obstétricien.

Prenons par exemple le mémoire de sage-femme de L. Bertrand, en 2008 à Tours [54] : elle a réalisé un questionnaire adressé aux médecins généralistes et un autre adressé aux sages-femmes, pour évaluer les relations entre ces professionnels de santé.

Il en ressort une méconnaissance du rôle des sages-femmes par les médecins généralistes, et inversement : 29% des sages-femmes intéressées pensent que le suivi de grossesse ne fait pas partie des compétences du médecin généraliste, et 66% des médecins généralistes ont mal répondu quand on les a interrogés sur les compétences des sages-femmes.

Pourtant dans cette étude, 80% des sages-femmes et 86% des médecins généralistes pensent qu'il est nécessaire de collaborer davantage.

Nous avons vu que la démographie des gynécologues est plutôt en déclin, alors que le nombre de sages-femmes libérales continue de croître régulièrement.

Si le médecin généraliste ne peut collaborer avec le gynécologue pour le suivi de ses patientes (parce que lui-même ne pratique pas de gynécologie, ne se sent pas à l'aise sur certains actes, manque de temps, ou pour toute autre raison) du fait d'un manque de disponibilités dans son territoire, une meilleure connaissance de l'offre de soins des sages-femmes pourrait être un atout pour l'orientation des femmes.

Par contre, le médecin généraliste désireux de faire de la gynécologie dans son cabinet, et se sentant suffisamment compétent, peut tout aussi bien avoir recours aux sages-femmes pour les consultations qu'il ne pratique pas : par exemple l'entretien du 4^{e} mois, les séances de préparation à la naissance et à la parentalité, la rééducation périnéale…

Nous pouvons par exemple envisager des rencontres ou des FMC de gynécologie ou d'obstétrique, encadrées selon les thèmes par des sages-femmes ou des gynécologues, et qui seraient

un lieu et un temps privilégiés pour les différents professionnels de santé d'échanger sur leurs pratiques et leurs compétences respectives.

Car pour ce qui est de la considération de la « concurrence » des différents praticiens, elle semble malheureusement réellement en train de s'amorcer : les tableaux suivants reportent les résultats des enquêtes périnatales de 2003, 2010 et 2016 pour bien comprendre ([37, 55, 56]) :

Professionnel de santé ayant déclaré la grossesse	**2003**	**2010**	**2016**
Gynécologue-obstétricien en maternité	27,7%	26,5%	72,8%
Gynécologue-obstétricien libéral	46,8%	47,6%	
Sage-femme en maternité	1,2%	3,6%	7,4%
Sage-femme libérale	/	1,7%	5,8%
Médecin généraliste	24,3%	22,4%	18,5%

Tableau 2 : professionnel de santé ayant effectué la déclaration de grossesse.

Professionnel consulté après la déclaration de grossesse	**2003**	**2010**	**2016**
Gynécologue-obstétricien en maternité	65,5%	63,4%	57%
Gynécologue-obstétricien libéral	45,1%	47,2%	33,1%
Sage-femme en maternité	26,3%	39,4%	40,7%
Sage-femme libérale	3,5% (cs prénatales comptées)	15,6%	25,2%
Médecin généraliste	15,4%	23,8%	19,3%

Tableau 3 : professionnel de santé consulté au moins une fois après la déclaration de grossesse

Professionnel principalement responsable du suivi des 6 premiers mois	**2010**	**2016**
Gynécologue-obstétricien	66,8%	65,7%
Sage-femme	11,7%	23,3%
Médecin généraliste	4,7%	6,5%
Plusieurs professionnels	16,8%	2,2%

Tableau 4 : professionnel de santé principalement responsable du suivi des 6 premiers mois de grossesse (données 2003 non disponibles)

Malgré tout, la diversité de l'offre de soins nous paraît permettre de proposer aux patientes un réel éventail de compétences et de formations, pour que chaque femme, selon ses besoins, ses habitudes et ses attentes, une fois informée correctement sur les rôles et les points forts de chacun, puisse choisir vers qui elle s'oriente pour son suivi gynécologique, son suivi de grossesse, ou sa VPN.

N'oublions pas que, pour ce qui est du suivi gynécologique, qui touche au plus près à l'intime de chacun, les points de vue des femmes sont très différents et peu généralisables : certaines se sentiront plus à l'aise avec un praticien dédié qu'elle ne voit qu'à l'occasion de ce suivi, par gêne ou pudeur de se montrer à un médecin généraliste qu'elles connaissent parfois depuis leur enfance, alors que d'autres auront au contraire besoin d'une relation privilégiée avec un praticien qu'elles connaissent depuis longtemps, qui les suit dans leur prise en charge globale, et qui leur permet de se livrer dans tous les domaines de leur vie et leur santé.

L'un des outils d'échange entre les différents professionnels de santé « semblerait » être le carnet de maternité, remis aux patientes une fois la déclaration de grossesse effectué, mais il ressort des études qu'en pratique il est peu utilisé (53% des médecins généralistes qui effectuent des suivis de grossesse l'utilisent selon la DREES en 2016 [46], 23% le connaissent mais ne l'ont jamais utilisé, et 24% ne le connaissent pas).

Près d'un médecin généraliste sur 4 (23%) déclare ne pas voir l'intérêt de remplir le carnet de maternité.

Il faut aussi garder à l'esprit que les praticiens remplissent déjà leur propre suivi sur leur outil informatique ou papier, ainsi que les divers documents administratifs qui ne manquent pas pendant la grossesse, et que souvent les patientes ne présentent pas le carnet maternité lors des consultations.

Peut-être que l'outil idéal pour la communication et les échanges entre professionnels de santé concernant le suivi gynécologique et la grossesse se situerait dans le DMP, futur qui semble de plus en plus proche (actuellement en cours d'expérimentation dans plusieurs départements) ?

G) Perspectives : ce qu'il pourrait être intéressant d'étudier à l'avenir

Notre étude, modeste par la taille de notre échantillon, ne saurait prétendre à être représentative de l'opinion et des pratiques des femmes en France concernant la VPN.

Il serait à notre avis intéressant d'étudier à une plus large échelle ces pratiques, pour en tirer des conclusions probablement plus significatives, sur les rôles des différents praticiens durant et après la grossesse, du point de vue des femmes (il est d'ailleurs très intéressant de constater que la CNAM ne dispose d'aucune donnée statistique concernant la VPN, qui est pourtant une consultation remboursée à 100 % au titre de l'assurance maternité, ce qui devrait donc faire l'objet d'un intérêt particulier pour l'Assurance Maladie).

VI- CONCLUSION

Nous avons pu voir que la place du médecin généraliste dans la VPN des femmes, de leur point de vue, est peu importante, et ce dans le suivi de grossesse en règle générale ; le gynécologue restant le premier interlocuteur, et les sages-femmes prenant de plus en plus de terrain dans ce domaine, en partie grâce à leurs multiples compétences et à leur omniprésence avant/pendant/après la grossesse.

La grande majorité des patientes de notre étude ayant effectué leur VPN en semble globalement satisfaite, toutefois nous avons pu observer un lien significatif entre le praticien consulté à cette occasion, et le sentiment général d'expression de la patiente qui en résulte, en faveur des sages-femmes et du médecin traitant. Nous avons pu également mettre en évidence une nette préférence pour le milieu hospitalier comme lieu de consultation pour la VPN lorsque l'accouchement a eu lieu par césarienne, et une tendance à choisir le praticien ayant majoritairement suivi la grossesse comme praticien réalisant la VPN.

La continuité dans le suivi global de la femme peut s'appliquer au domaine de la gynécologie-obstétrique et positionner le médecin généraliste comme étant compétent dans la prise en charge de la femme enceinte et en post-partum.

Un manque d'information du rôle et des compétences du médecin généraliste en la matière, et des autres professionnels de santé pouvant être consultés et à quelle occasion, semble être en grande partie responsable de ce manque d'attrait du médecin traitant pour les questions gynécologiques.

Il fait clairement partie de nos missions, en tant que médecin généraliste, de diffuser ces informations auprès de nos patientes et de nos confrères, et d'essayer de trouver une façon de collaborer au mieux et via les réseaux de soins avec les praticiens de notre territoire, toujours dans l'intérêt d'améliorer le service rendu à nos patientes.

VII- ANNEXES

Annexe 1 : Questionnaire

Bonjour

Je m'appelle Camille COGET, j'ai terminé mes études de médecine générale et je travaille actuellement sur ma thèse.

Elle porte sur la Visite Post-Natale (VPN), consultation normalement obligatoire qui doit être réalisée entre 6 et 8 semaines après l'accouchement, par un médecin généraliste, un gynécologue ou une sage-femme.

Afin d'étudier les connaissances des femmes et leurs attentes concernant cette VPN, j'ai élaboré un questionnaire que vous trouverez ci-joint.

Vous êtes concernée si
-vous êtes une femme entre 18 et 45 ans
-vous avez accouché au moins une fois entre 2015 et aujourd'hui (même si vous n'avez jamais effectué cette consultation), ou bien si vous êtes actuellement enceinte.

Si vous le souhaitez, vous pouvez m'aider dans mon travail en répondant à mon questionnaire, celui-ci ne prend que quelques minutes à remplir.

Bien entendu, toutes les réponses aux questions sont totalement anonymes.

Après avoir répondu, vous pouvez laisser le questionnaire rempli dans la pochette prévue à cet effet.

Merci pour votre aide !

Camille COGET.

Questionnaire thèse VPN

Rappel : le terme "VPN" désigne la Visite Post-Natale, consultation "obligatoire" prévue par la loi et remboursée à 100% par la sécurité sociale, qui doit être réalisée dans les 6 à 8 semaines suivant l'accouchement.

*Obligatoire

1a) Quel est votre âge ? *

Une seule réponse possible.

- ◯ 18-20 ans
- ◯ 20-25 ans
- ◯ 25-30 ans
- ◯ 30-35 ans
- ◯ 35-40 ans
- ◯ 40-45 ans

1b) Quelle est votre catégorie professionnelle ?

Une seule réponse possible.

- ◯ Sans emploi
- ◯ Etudiante
- ◯ Artisan, commerçant, profession libérale, agriculture
- ◯ Cadre supérieur
- ◯ Professions intermédiaires (professeur des écoles, technicien...)
- ◯ Ouvrière
- ◯ Employée
- ◯ Autre : _____

2) Combien d'accouchement avez-vous eu au total ? *

Une seule réponse possible.

- ◯ 0
- ◯ 1
- ◯ 2
- ◯ 3
- ◯ plus de 3

Merci de préciser les années de naissance de votre ou vos enfant(s)

_____

3) Où avez-vous effectué (ou effectuez-vous si vous êtes actuellement enceinte) le suivi de cette grossesse ? *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Chez votre médecin traitant
- [ ] Chez une sage-femme en cabinet privé
- [ ] Chez un gynécologue en cabinet privé
- [ ] à l'hôpital
- [ ] en clinique
- [ ] chez un autre médecin généraliste que votre médecin traitant habituel
- [ ] pas de suivi
- [ ] suivi partiel (vous n'avez pas réalisé tous les examens mensuels et/ou toutes les échographies recommandées)

Expliquez les raisons de votre choix

4) Avez-vous présenté ou présentez-vous actuellement si vous êtes enceinte une ou plusieurs pathologie(s) durant votre grossesse/accouchement ?

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Hypertension artérielle
- [ ] Diabète gestationnel
- [ ] Saignements importants
- [ ] Protéines dans les urines
- [ ] Retard de croissance
- [ ] Convulsions
- [ ] Accouchement prématuré (avant 37 SA soit le début du 9ème mois)
- [ ] Bébé de petit poids à la naissance (< 2500 g)
- [ ] Césarienne en urgence quelle qu'en soit la raison
- [ ] Phlébite/Embolie Pulmonaire
- [ ] Fièvre pendant l'accouchement
- [ ] Problème de thyroïde (hyper/ hypo thyroïdie)
- [ ] Autre :

5) Quelle a été la voie d'accouchement ? (pour les femmes ayant accouché)

Une seule réponse possible.

- ◯ Voie basse
- ◯ Césarienne (en urgence ou programmée)

6) Y a t'il eu (pour les femmes ayant accouché)

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Une épisiotomie
- [ ] Des déchirures périnéales simples
- [ ] Un accouchement en siège
- [ ] Des complications pendant l'accouchement (exemple fièvre, troubles du rythme cardiaque du bébé, hémorragie...)

7) Avez-vous effectué votre VPN ? si oui, poursuivez à la question suivante (question 8), vous ne serez pas concernée par les questions 20 à 23. Si vous ne l'avez pas effectuée ou êtes actuellement enceinte, merci de poursuivre directement à la question 20. *

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

8a) Chez quel praticien l'avez-vous effectuée ?

Une seule réponse possible.

- ◯ Sage-femme en cabinet privé
- ◯ Gynécologue en cabinet privé
- ◯ à l'hôpital
- ◯ en clinique
- ◯ chez votre médecin traitant
- ◯ chez un médecin généraliste autre que votre médecin traitant habituel

Expliquez les raisons de votre choix

.....

.....

.....

.....

.....

8b) Si vous avez coché au moins une réponse aux questions 4 ou 6, cela vous a-t'il incité à réaliser la VPN ?

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

9) Concernant les thèmes abordés lors de cette consultation :

Plusieurs réponses possibles.

	Cochez si thème abordé lors de la consultation	Cochez si vous auriez souhaité aborder ce thème	Cochez si vous avez eu le sentiment d'être écoutée et comprise sur ce thème
Grossesse et son déroulement	☐	☐	☐
Accouchement et son déroulement	☐	☐	☐
Vécu de l'accouchement	☐	☐	☐
Vécu de l'arrivée du bébé	☐	☐	☐
Rapports sexuels	☐	☐	☐
Problèmes urinaires (type fuites urinaires)	☐	☐	☐
Allaitement ou non	☐	☐	☐
Rééducation périnéale	☐	☐	☐
Contraception	☐	☐	☐
Votre état psychologique au moment de la consultation	☐	☐	☐
Vos problèmes de santé antérieurs à la grossesse	☐	☐	☐
Vaccinations pour vous et l'entourage du bébé	☐	☐	☐
Prise de tabac/alcool/autres drogues	☐	☐	☐
Suivi médical futur (exemple suite diabète gestationnel)	☐	☐	☐

10) Avez-vous eu le sentiment d'avoir pu vous exprimer sur tous les thèmes que vous souhaitiez aborder ?

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

11) Avez-vous eu le sentiment d'avoir des réponses à toutes vos questions ?

Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si non, pour quelle(s) raison(s) ?

12) Avez-vous effectué cette visite
Une seule réponse possible.

- ◯ Seule
- ◯ Avec votre bébé

13) Pour chacun de ces actes, cochez si oui
Plusieurs réponses possibles.

	Le praticien l'a réalisé	Cela vous a dérangé	Cela ne vous a pas dérangé	Vous trouvez cet acte indispensable	On vous a expliqué l'intérêt de cet acte
mesuré votre poids	☐	☐	☐	☐	☐
mesuré votre tension artérielle	☐	☐	☐	☐	☐
réalisé un examen gynécologique au spéculum	☐	☐	☐	☐	☐
effectué un toucher vaginal	☐	☐	☐	☐	☐
examiné vos seins	☐	☐	☐	☐	☐
examiné votre périnée/cicatrice d'épisiotomie ou de césarienne	☐	☐	☐	☐	☐
prescrit une rééducation périnéale	☐	☐	☐	☐	☐

14) Vous a-t'on prescrit (ou conseillé) une contraception ?
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

15) Si l'on vous a prescrit une contraception, remplissez le tableau (cochez oui ou non)
Plusieurs réponses possibles.

	Oui	Non
Vos interrogations/préférences concernant la contraception ont été recueillies	☐	☐
La prescription correspondait à ce que vous avez demandé	☐	☐
Le praticien a argumenté sa prescription	☐	☐

16) Quelle était cette contraception ?

Une seule réponse possible.

- ◯ Pilule oestroprogestative (avec 21 comprimés à prendre puis un arrêt de 7 jours, exemple Leeloo, Trinordiol, Minidril, Ludéal...)
- ◯ Pilule progestative (à prendre en continu : exemple Optimizette, Cerazette, Desogestrel, Desobel, Lutéran, Lutényl...)
- ◯ Stérilet (au cuivre ou hormonal)
- ◯ Implant contraceptif (Nexplanon)
- ◯ Patch contraceptif
- ◯ Anneau intra-vaginal contraceptif
- ◯ Préservatif
- ◯ Méthodes dites "naturelles" (observation de la glaire, méthode de la température, etc...)
- ◯ méthode de la contraception avec l'allaitement maternel
- ◯ Autre : .....

17) Concernant l'allaitement :

Plusieurs réponses possibles.

	Oui	Non
Vous a-t'on demandé si vous allaitiez ?	☐	☐
Votre volonté d'allaiter ou non a-t'elle été respectée ?	☐	☐
Aviez-vous des interrogations concernant l'allaitement ?	☐	☐
Si vous aviez des interrogations, des réponses vous ont-elles été apportées ?	☐	☐

18) Au terme de cette visite, avez-vous eu des questions qui sont restées sans réponses ? Si oui, lesquelles ?

.....

.....

.....

.....

.....

19) Si vous n'avez pas effectué cette visite chez votre médecin traitant, pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

.....

20) Pour quelle(s) raison(s) n'avez-vous pas effectué cette VPN ?
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] manque de temps
- [ ] pas de solution de garde pour votre/vos enfant(s)
- [ ] vous n'en voyez pas l'utilité
- [ ] vous n'en aviez pas connaissance
- [ ] personne ne vous en a parlé
- [ ] vous avez oublié
- [ ] vous êtes encore enceinte
- [ ] Autre : _____

21) Saviez-vous que vous pouviez effectuer cette visite chez votre médecin traitant ?
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si non, pensez-vous que le fait de le savoir vous aurait incitée (ou va vous inciter si vous êtes encore enceinte) à la faire ?
Une seule réponse possible.

- ◯ Oui
- ◯ Non

Si non, pourquoi ?

_____

_____

_____

_____

_____

22) Si vous avez déjà effectué une VPN après un précédent accouchement et n'en avez pas effectué après celui-ci, pour quelle(s) raison(s) ?
Plusieurs réponses possibles.

- [ ] manque de temps
- [ ] pas de solution de garde pour votre/vos enfant(s)
- [ ] vous avez oublié
- [ ] vous n'avez pas eu les réponses que vous attendiez lors de la précédente VPN
- [ ] le praticien qui a effectué la précédente VPN n'a pas pris suffisamment de temps pour la réaliser selon vous
- [ ] après la précédente VPN, vous ne trouviez pas utile d'en faire une nouvelle pour cet accouchement
- [ ] vous n'aviez pas envie d'avoir un nouvel examen médical après votre grossesse
- [ ] Autre : _____

23a) Qui vous a prescrit votre contraception après l'accouchement (une fois la contraception prescrite à la sortie de la maternité terminée ?)

Une seule réponse possible.

- ◯ Sage-femme en cabinet privé
- ◯ Gynécologue en cabinet privé
- ◯ Sage-femme à l'hôpital
- ◯ Gynécologue à l'hôpital
- ◯ Votre médecin traitant
- ◯ Un médecin généraliste autre que votre médecin traitant habituel

23b) A quelle occasion ?

Une seule réponse possible.

- ◯ Consultation pour vous, pour un autre motif que la VPN (vous étiez malade, vous aviez besoin d'un renouvellement de traitement, etc...)
- ◯ Consultation pour votre bébé, et vous avez demandé un renouvellement de contraception
- ◯ Vous avez obtenu une ordonnance pour votre contraception sans avoir eu de consultation avec le praticien
- ◯ Autre :

24) Quel(s) thème(s) vous paraissent importants à aborder au cours de cette visite ? Notez-les de 0 (pas important) à 5 (très important) *

Une seule réponse possible par ligne.

	0	1	2	3	4	5
Grossesse et son déroulement	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Accouchement et son déroulement	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Vécu de l'accouchement/de la naissance	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Rapports sexuels	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Problèmes urinaires (type fuites urinaires)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Allaitement ou non selon votre choix	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Contraception	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Rééducation périnéale	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Votre état psychologique au moment de la consultation	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Vos problèmes de santé et traitements antérieurs à la grossesse	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Suivi futur si nécessaire (suivi diabète gestationnel ou hypertension par exemple)	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Vaccinations pour vous et l'entourage du bébé	◯	◯	◯	◯	◯	◯
Prise de tabac/alcool ou autres drogues	◯	◯	◯	◯	◯	◯

25) Quel(s) examen(s) vous paraissent indispensables que le praticien réalise lors de cette consultation ? *

Plusieurs réponses possibles.

- [ ] Mesure de votre poids
- [ ] Mesure de votre tension artérielle
- [ ] Examen de vos seins
- [ ] Examen gynécologique au spéculum
- [ ] Toucher vaginal
- [ ] Examen du périnée/cicatrice d'épisiotomie/cicatrice de césarienne

26) Voyez-vous d'autre(s) point(s) importants à aborder concernant la VPN ?

Merci pour votre participation !

Fourni par
Google Forms

Annexe 2 : EPDS

Perinatal Services BC
An agency of the Provincial Health Services Authority

Edinburgh Postnatal Depression Scale
Translation – French

Échelle de dépression postnatale d'Édimbourg

Name: _____ Date: _____

Si vous êtes enceinte : Nombre de semaines de grossesse _____

Si vous avez donné naissance : Nombre de semaines après l'accouchement _____

Vous allez avoir un bébé (ou vous venez d'avoir un bébé) et nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Veuillez cocher la réponse qui vous semble décrire le mieux comment vous vous êtes sentie au cours des 7 derniers jours et pas seulement au jour d'aujourd'hui. Dans l'exemple ci-dessous, « X » signifie « je me suis sentie heureuse la plupart du temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ».

EXEMPLE : Je me suis sentie heureuse
____ Oui, tout le temps
__X__ Oui, la plupart du temps
____ Non, pas souvent
____ Non, pas du tout

Veuillez compléter les questions qui suivent de la même façon.

Au cours des derniers 7 jours :

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté
____ Aussi souvent que d'habitude
____ Pas tout-à-fait autant
____ 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
____ Beaucoup 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 raisons
____ Oui, vraiment souvent
____ Oui, parfois
____ Non, pas très souvent
____ Non, pas du tout

West Tower, 3rd Floor, 555 West 12th Avenue
Vancouver, BC V5Z 3X7
Main Line: 604.877.2121
Fax: 604.872.1987
www.perinatalservicesbc.ca

6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements
   ____ 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 malheureuse
   ____ 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 arrivée de penser à me faire du mal
   ____ Oui, très souvent
   ____ Parfois
   ____ Presque jamais
   ____ Jamais

© The Royal College of Psychiatrists 1987. Translated from Cox,JL, Holden JM & Sagovsky R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*. 150, 782-786.

Reprinted with permission

Annexe 3 : Test de Fagerström

Test de Fagerström simplifié en deux questions

1. Combien de cigarettes fumez-vous par jour ?

10 ou moins	0
11 à 20	1
21 à 30	2
31 ou plus	3

2. Dans quel délai après le réveil fumez-vous votre première cigarette ?

Moins de 5 minutes	3
6 à 30 minutes	2
31 à 60 minutes	1
Après plus d'1 heure	0

Interprétation selon les auteurs :

- 0-1 : pas de dépendance ;
- 2-3 : dépendance modérée ;
- 4-5-6 : dépendance forte.

© Haute Autorité de Santé – 2014

Test de Fagerström en six questions

1. Le matin, combien de temps après être réveillé(e), fumez-vous votre première cigarette ?
   a. Dans les 5 minutes 3
   b. 6 - 30 minutes 2
   c. 31 - 60 minutes 1
   d. Plus de 60 minutes 0
2. Trouvez-vous qu'il est difficile de vous abstenir de fumer dans les endroits où c'est interdit ? (ex. : cinémas, bibliothèques)
   a. Oui 1
   b. Non 0
3. À quelle cigarette renonceriez-vous le plus difficilement ?
   a. À la première de la journée 1
   b. À une autre 0
4. Combien de cigarettes fumez-vous par jour, en moyenne ?
   a. 10 ou moins 0
   b. 11 à 20 1
   c. 21 à 30 2
   d. 31 ou plus 3
5. Fumez-vous à intervalles plus rapprochés durant les premières heures de la matinée que durant le reste de la journée ?
   a. Oui 1
   b. Non 0
6. Fumez-vous lorsque vous êtes malade au point de devoir rester au lit presque toute la journée ?
   a. Oui 1
   b. Non 0

Interprétation selon les auteurs :

- entre 0 et 2 : pas de dépendance ;
- entre 3 et 4 : dépendance faible ;
- entre 5 et 6 : dépendance moyenne ;
- entre 7 et 10 : dépendance forte ou très forte.

Références : Heatherton *et coll.*, 1991, Fagerström 2012.

© Haute Autorité de Santé – 2014

VIII- BIBLIOGRAPHIE

[1] Konstantinos B. Fréquence de la visite post-natale pour les femmes ayant accouché au CH de Dieppe et place du médecin généraliste dans cette pratique. Thèse de médecine générale, Rouen 2010.

[2] Organisation Mondiale de la Santé. Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique. Genève, 1999.

[3] Article R2122-3 du Code de la Santé Publique, JORF n° 122, 27 mai 2003. https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006911200&dateTexte=vig

[4] Article L4151-1 du Code de la Santé Publique, modifié par LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016, article 127.

[5] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Recommandations pour la pratique clinique Post-partum (texte court). 2015.

[6] Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Allaitement Maternel : Mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandation de bonnes pratiques. Mai 2002.

[7] Haut Conseil de la Santé Publique. Plan National Nutrition Santé 2017-2021. Septembre 2017.

[8] Vilain A, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES). Deux nouveau-nés sur trois sont allaités à la naissance. Études et Résultats - Avril 2016 (0958).

[9] Crimail P, Hainaut F, Poullain JC. La consultation post-natale. Masson 1995.

[10] Fatton B. Anatomie dynamique du Périnée. Pelvi-Périnéologie. Springer 2005 26-28.

[11] Article R4127-318 modifié par le décret n° 2006-1268 du 17 octobre 2006, article 3. Journal Officiel de la République - 18 octobre 2006 (242) 15444. https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=F358FCE7A1CD5A993ACFE5AC71EE8FC5.tplgfr25s_1?cidTexte=JORFTEXT000000818272&dateTexte=&oldAction=rechJO&categorieLien=id&idJO=JORFCONT000000005762

[12] Grosse D, Sengler J. Rééducation périnéale. Masson 2005.

[13] Cotelle-Bernède O. Guide pratique de rééducation uro-gynécologique. 3e édition, Ellipses 1998.

[14] Haute Autorité de Santé (HAS), Société Française d'HyperTension Artérielle. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Fiche Mémo. Septembre 2016.

[15] Centre de Référence des Agents Tératogènes.

https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=895
[16] Mulet F, Descamps P. Contraception du post-partum, contraception du post-abortum. Extrait des mises à jour en Gynécologie Médicale, CNGOF - 2006 (2006).
[17] Haute Autorité de Santé (HAS). Contraception chez la femme en post-partum. Fiche Mémo. Juillet 2013, mise à jour Janvier 2015.
[18] Institut National de Prévention et d'Éducation pour la Santé (INPES). Troubles émotionnels et psychiques des mères en post-partum. Fiche action n°16. 2010.
[19] Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 19 : Troubles psychiques de la grossesse et du post-partum. UMVF 2010-2011.
[20] Guelfi JD. La nouvelle dépression dans le DSM-5. Ce qui change vraiment. Cours en ligne. Novembre 2013.
[21] Masmoudi J, Trabelsi S, Charfeddine F, Jaoua A. La dépression du post partum. Mise au point. Journal de l'Information Médicale de Sfax – 2006 (11-12) 7-13.
[22] Haute Autorité de Santé (HAS). Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Recommandation de bonne pratique. Octobre 2014.
[23] Société Française d'Alcoologie (SFA), Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé (ANAES). Conférence de consensus : Objectifs, indications et modalités de sevrage du patient alcoolodépendant. Recommandation de bonnes pratiques. Mars 1999.
[24] Société Français d'Alcoologie (SFA). Mésusage de l'alcool : dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Alcoologie et Addictologie – 2015 37 (1) 5-84.
[25] Dedecker F, Graesslin O, Ceccaldi PF, Baudelot E, Montilla F, Derniaux E, Gabriel R. Grossesses rapprochées : facteurs de risques et conséquences périnatales. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction – 2006 (35) 28-34.
[26] Vandenbroucke L, Lavoué V, Voltzenlogel MC, Le Guellec M, Lassel L, Isly H, Poulain P, Morcel K. Facteurs de risques et conséquences périnatales des grossesses rapprochées : étude cas-témoin rétrospective. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction – 2013 (42) 166-173.
[27] Zhu BP, Rolfs RT, Nangle BE, Horan JM. Effect of the interval between pregnancies on perinatal outcomes. The New England Journal of Medicine – 1999 (340) 589-594
[28] Santé Publique France. Vaccinations avant, pendant et après la grossesse. Repères pour votre pratique. Janvier 2017.
[29] Santé Publique France. Épidémie de rougeole : le nombre de cas hebdomadaires continue de baisser. 30 mai 2018.

https://www.santepubliquefrance.fr/Actualites/Epidemie-de-rougeole-le-nombre-de-cas-hebdomadaire-continue-de-baisser
[30] INSERM. Coqueluche : La « toux des 100 jours » est revenue. Dossier d'information. https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/coqueluche
[31] Union Nationale des Associations Familiales (UNAF). Enquête périnatalité « Regards de femmes sur leur maternité ». 2010.
[32] Dittenit Ben Ammar C. La pratique de la visite post-natale en médecine générale. Thèse de médecine générale, Nantes 2003.
[33] Brodribb W, Zadoroznyj M, Dane A. The views of mothers and GPs about postpartum care in Australian general practice. BMC Family Practice – 2013 (14).
[34] Lebel P. Évaluation de la visite postnatale systématique. Département de santé communautaire du CHUS. 1991.
[35] Bennett WL, Chang HY, Levine DM, Wang L, Neale D, Werner EF, Clark JM. Utilization of primary and obstetric care after medically complicated pregnancies : an analysis of medical claims data. Journal of General Internal Medicine – 2014 29 (4) 636-645.
[36] Bennett WL, Ennen CS, Carrese JA, Hill-Briggs F, Levine DM, Nicholson WK, Clark JM. Barriers to and facilitators of postpartum follow-up care in women with recent gestational diabetes mellitus : a qualitative study. Journal of women's health – 2011 20 (2) 239-245.
[37] INSERM et DREES. Enquête nationale périnatale, Rapport 2016 : Les naissances et les établissements, situation et évolution depuis 2010. Octobre 2017.
[38] INSEE. Tableaux de l'économie française, Edition 2018. Natalité, Fécondité. https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303349?sommaire=3353488
[39] DREES. Statistique annuelle des établissements de santé. https://www.sae-diffusion.sante.gouv.fr/sae-diffusion/recherche.htm
[40] Motet L, Durand A-A. Épisiotomie : pourquoi de tels écarts entre les maternités ? Enquête en collaboration avec la FFRSP (Fédération Française des Réseaux de Périnatalité). Le Monde, 2018. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/01/31/episiotomie-pourquoi-de-tels-ecarts-entre-les-maternites_5249544_4355770.html#L8mX3XvL0Dd45PVM.99
[41] Laude T. La visite postnatale : chez le médecin généraliste ou chez un autre spécialiste ? Étude transversale recherchant des raisons motivant le choix des patientes dans une maternité de niveau 1. Thèse de médecine générale, Rouen 2013.
[42] Champeaux R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue des médecins généralistes et de patientes :

enquête réalisée au sein du département des Deux Sèvres. Thèse de médecine générale, Poitiers 2013.
[43] Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. Santé Publique – 2005 17 (1) 109-119.
[44] Cretin – Ben Hayoun F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique. Thèse de médecine générale, Paris 2014.
[45] Darreye A. Le suivi de grossesse par les médecins généralistes, freins et appréhensions : étude qualitative du point de vue des femmes ayant accouché à la maternité de Limoges. Thèse de médecine générale, Limoges 2016.
[46] DREES. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. Études et résultats - Octobre 2016 (0977).
[47] Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM). Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er Janvier 2016.
[48] Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Le marché du travail des sages-femmes : transition ou déséquilibre ? Rapport d'étude, octobre 2014.
[49] DREES. Les maternités en 2016 : Premiers résultats de l'enquête périnatale. Études et résultats – octobre 2017 (1031).
[50] Caisse Nationale d'Assurance Maladie. PRADO, le service de retour à domicile. Mai 2018. Consultable en ligne :
https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/services-patients/prado
[51] Commission périnée du Conseil National des Sages-Femmes de France. Guide pour la pratique des sages-femmes en rééducation pelvi-périnéale. 2014.
[52] Ward K, Hawthorne K. Do patients read health promotion posters in a waiting room ? A study in one general practice. British Journal of General Practice - 1994 (44) 583-585.
[53] Gignon M, Idris H, Manaouil C, Ganry O. The waiting room : vector for health education ? The general practitioner's point of view. BMC Research Notes - 2012 (5) 511-517.
[54] Bertrand L. Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes : état des lieux et attentes. Mémoire de sage-femme, Toulouse 2008.
[55] INSERM et DREES. Enquête nationale périnatale 2003 : Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Février 2005.
[56] INSERM et DREES. Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Mai 2011.

IX- RÉSUMÉ

Contexte: La VPN, consultation dite « obligatoire » ayant pour objectif de faire le point sur l'état de santé de la femme dans les 6 à 8 semaines après l'accouchement, fait l'objet de très peu de données sur sa réalisation par les patientes, ce qu'elles en attendant, chez quel praticien elles la pratiquent et pourquoi.

Méthode: Une enquête quantitative a été réalisée via un questionnaire diffusé en ligne et en version papier dans les salles d'attentes de cabinets médicaux, à destination de femmes ayant accouché au moins une fois dans les 3 dernières années, ayant réalisé ou non leur VPN, ou actuellement enceintes. 175 réponses ont été collectées et analysées.

Résultats: 83% soit 145 femmes ont dit avoir réalisé leur VPN. La majorité (42%) chez une sage-femme, puis à l'hôpital, chez un gynécologue privé, en clinique et en dernière position le médecin traitant pour 7% d'entre elles. La voie d'accouchement est significativement associée à un choix différent de praticien pour la VPN (50% des patientes ayant accouché par césarienne ont réalisé leur VPN à l'hôpital). Le choix du praticien est également significativement associé à un sentiment d'avoir pu s'exprimer librement sur tous les sujets, surtout chez la sage-femme et le médecin traitant. Les sujets que les patientes souhaitent voir aborder en majorité lors de la consultation sont l'accouchement et son déroulement, la contraception, les problèmes urinaires et la rééducation périnéale, et leur état psychologique.

Conclusion: Une majorité de patientes ayant répondu à notre étude a réalisé la VPN. La place du médecin généraliste semble néanmoins très minoritaire dans le choix des femmes, par manque d'information principalement, et la place de choix de la sage-femme dans le suivi global de la grossesse, avant et après l'accouchement, est mise en avant par les patientes.
Une meilleure collaboration des professionnels de santé serait à envisager, pour une prise en charge globale des patientes adaptée, et individualisée selon les choix et les convictions de chacune.