



HAL
open science

Prise en charge de la reprise de l'activité physique des femmes militaires dans le post-partum par les médecins généralistes militaires et difficultés rencontrées

Mélanie Pilaud

► To cite this version:

Mélanie Pilaud. Prise en charge de la reprise de l'activité physique des femmes militaires dans le post-partum par les médecins généralistes militaires et difficultés rencontrées. Sciences du Vivant [q-bio]. 2024. dumas-04453335

HAL Id: dumas-04453335

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04453335v1>

Submitted on 12 Feb 2024

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.

**Prise en charge de la reprise de l'activité physique
des femmes militaires dans le post-partum
par les médecins généralistes militaires et difficultés rencontrées**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 2 Février 2024

Par Madame PILAUD Mélanie

Née le 27 octobre 1994 à Paris (75)

Élève de l'École du Val-de-Grâce – Paris

Ancienne Élève de l'École de Santé des Armées – Lyon-Bron

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BLANC Julie	Présidente
Monsieur le Professeur SCHWARTZBROD Pierre-Éric	Assesseur
Madame le Docteur JOURDAN Shirley	Directrice
Monsieur le Docteur GUILLEMIN Clément	Assesseur

**Prise en charge de la reprise de l'activité physique
des femmes militaires dans le post-partum
par les médecins généralistes militaires et difficultés rencontrées**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET PARAMÉDICALES

DE MARSEILLE

Le 2 Février 2024

Par Madame PILAUD Mélanie

Née le 27 octobre 1994 à Paris (75)

Élève de l'École du Val-de-Grâce – Paris

Ancienne Élève de l'École de Santé des Armées – Lyon-Bron

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur BLANC Julie	Présidente
Monsieur le Professeur SCHWARTZBROD Pierre-Éric	Assesseur
Madame le Docteur JOURDAN Shirley	Directrice
Monsieur le Docteur GUILLEMIN Clément	Assesseur

Faculté des sciences médicales et paramédicales

Doyen

Vice-Doyen aux affaires générales

Vice-Doyen aux professions paramédicales

Conseiller

Pr. Georges LEONETTI

Pr. Patrick DESSI

Pr. Philippe BERBIS

Pr. Patrick VILLANI

Assesseurs :

- ◆ Aux études
- ◆ À la recherche
- ◆ À l'unité mixte de formation continue en santé
- ◆ Pour le secteur NORD
- ◆ Groupements Hospitaliers de territoire
- ◆ Aux masters

Pr. Kathia CHAUMOITRE

Pr. Jean-Louis MEGE

Pr. Justin MICHEL

Pr. Stéphane BERDAH

Pr. Jean-Noël ARGENSON

Pr. Pascal ADALIAN

Chargés de mission :

- ◆ Sciences humaines et sociales
- ◆ Relations internationales
- ◆ DU/DIU
- ◆ DPC
- ◆ Développement DPC

Pr. Pierre LE COZ

Pr. Stéphane RANQUE

Pr. Véronique VITTON

Pr. Gabrielle SARLON

Pr. Frédéric CASTINETTI

Pr. Thomas GRAILLON

Ecole de médecine

Directeur

Pr. Jean-Michel VITON

Chargés de mission

- ◆ PASS – LAS
- ◆ DFGSM
- ◆ DFASM
- ◆ DFASM
- ◆ Préparation aux ECN
- ◆ DES spécialités
- ◆ DES stages hospitaliers
- ◆ DES MG
- ◆ Démographie médicale
- ◆ Etudiant

Pr. Régis GUIEU

Pr. Anne-Laure PELISSIER

Pr. Marie-Aleth RICHARD

Pr. Marc BARTHET

Pr. Aurélie DAUMAS

Pr. Patrick DESSI

Pr. Benjamin BLONDEL

Pr. Christophe BARTOLI

Dr. Noémie RESSEGUIER

Lily BLANC-PACCHIONI

Ecole de médecine dentaire

Directeur

Directeurs adjoints

Chargés de mission

- ◆ Formation initiale
- ◆ Recherche
- ◆ Formation continue
- ◆ Relations internationales
- ◆ Internat et diplômes d'études spécialisées
- ◆ Affaires générales

Pr. Bruno FOTI

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Michel RUQUET

Pr. Anne RASKIN

Pr. Frédéric BUKIET

Pr. Hervé TASSERY

Pr. Virginie MONNET-CORTI

Dr. Alain TOSELLO

Ecole de maïeutique

Directrice

Madame Carole ZAKARIAN

Chargés de mission :

- ◆ 1er cycle
- ◆ 2e cycle

Madame Estelle BOISSIER

Madame Cécile NINA

Ecole des sciences de la réadaptation

Directeur

Directrice adjointe

Pr. Laurent BENSOUSSAN

Pr. Valérie AGHABABIAN

Ecole des sciences infirmières

Directeur

Pr. Sebastien COLSON

Professeurs honoraires

AGOSTINI Serge	CHARPIN Denis	GEROLAMI-SANTANDREA André
ALBANESE Jacques	CHARREL Michel	GIUDICELLI Sébastien
ALDIGHERI René	CHAUVEL Patrick	GOUDARD Alain
ALESSANDRINI Pierre	CHOUX Maurice	GOUIN François
ALLIEZ Bernard	CIANFARANI François	GRILLO Jean-Marie
AMBROSI Pierre	CLAVERIE Jean-Michel	GRIMAUD Jean-Charles
AQUARON Robert	CLEMENT Robert	GRISOLI François
ARGEME Maxime	COMBALBERT André	GROB Jean-Jacques
ASSADOURIAN Robert	CONTE-DEVOLX Bernard	GROULIER Pierre
AUFFRAY Jean-Pierre	CORRIOL Jacques	GUYS Jean-Michel
AUTILLO-TOUATI Amapola	COULANGE Christian	HADIDA/SAYAG Jacqueline
AZORIN Jean-Michel	CURVALE Georges	HARLE Jean-Robert
BAILLE Daniel	DALMAS Henri	HASSOUN Jacques
BAILLE Yves	DE MICO Philippe	HEIM Marc
BARDOT Jacques	DEJOU Jacques	HOUEL Jean
BARDOT André	DELPERO Jean-Robert	HUGUET Jean-François
BERARD Pierre	DESSEIN Alain	JAQUET Philippe
BERGOIN Maurice	DELARQUE Alain	JAMMES Yves
BERLAND Yvon	DENIS Danièle	JOUVE Paulette
BERNARD Dominique	DEVIN Robert	JUHAN Claude
BERNARD Jean-Louis	DEVRED Philippe	JUIN Pierre
BERNARD Pierre-Marie	DJIANE Pierre	KAPHAN Gérard
BERTRAND Edmond	DONNET Vincent	KASBARIAN Michel
BISSET Jean-Pierre	DUCASSOU Jacques	KLEISBAUER Jean-Pierre
BLANC Bernard	DUFOUR Michel	LACHARD Jean
BLANC Jean-Louis	DUMON Henri	LAFFARGUE Pierre
BOLLINI Gérard	DURAND Jean-Marc	LAUGIER René
BONGRAND Pierre	ENJALBERT Alain	LE TREUT Yves
BONNEAU Henri	ERARD Jacques	LEGRE Régis
BONNET Jean-Louis	FAUGERE Gérard	LEVY Samuel
BONNOIT Jean	FAVRE Roger	LOUCHET Edmond
BORY Michel	FIECHI Marius	LOUIS René
BOTTA Alain	FARNARIER Georges	LUCIANI Jean-Marie
BOTTA-FRIDLUND Danielle	FIGARELLA Jacques	MAGALON Guy
BOUBLI Léon	FIGARELLA-BRANGER Dominique	MAGNAN Jacques
BOURGEADE Augustin	FONTES Michel	MALLAN- MANCINI Josette
BOUVENOT Gilles	FOUREL Jean	MALMEJAC Claude
BOUYALA Jean-Marie	FRANCES Yves	MARANINCHI Dominique
BREMOND Georges	FRANCOIS Georges	MARIANI Paul
BRICOT René	FUENTES Pierre	MARTIN Claude
BRUNET Christian	GABRIEL Bernard	MARTINI Louis
BUREAU Henri	GALINIER Louis	MATTEI Jean François
CAMBOULIVES Jean	GALLAIS Hervé	MERCIER Claude
CARTOUZOU Guy	GAMERRE Marc	MICHEL Jean
CAU Pierre	GARCIN Michel	MICHOTÉY Georges
CHABOT Jean-Michel	GARNIER Jean-Marc	MIRANDA François
CHAMLIAN Albert	GAUTHIER André	MONFORT Gérard
	GERARD Raymond	MONGES André

Professeurs honoraires

MONGIN Maurice
MOULIN Guy
MUNDLER Olivier
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLIVE Daniel
OLMER Michel
OREHEK Jean
ORTHLIEB Jean-Daniel
PANUEL Michel
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RAOULT Didier
REBOUL Maurice
RICHAUD Christian
RIDINGS Bernard
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUDIER Jean
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SALVADORI André
SAMBUC Roland
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jacques
SARLES – PHILIP Nicole
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SEBAHOUN Gérard
SEITZ Jean-François
SERMENT Gérard
SIMEONI Horace
SIMON Jean
SOULAYROL René
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THIRION Xavier
THOMASSIN Jean-Marc
TRIGLIA Jean-Michel
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETES Bernard
WEILLER Pierre-Jean
ZATTARA Henri

Emeritat

2023

Pr AMBROSI Pierre	31/08/2026
Pr OLIVE Daniel	31/08/2026
Pr ROUDIER Jean	31/08/2026
Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr BERLAND Yvon	31/08/2024
Pr CHARPIN Denis	31/08/2024
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2024
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2024
Pr COZZONE Patrick	31/08/2024
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2024
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2024

2022

Pr FIGARELLA-BRANGER Dominique	31/08/2025
Pr HARLE Jean-Robert	31/08/2025
Pr PANUEL Michel	31/08/2025
Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2023
Pr CHARPIN Denis	31/08/2023
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2023
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2023
Pr COZZONE Patrick	31/08/2023
Pr FONTES Michel	31/08/2023
Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2023
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2023
Pr DEJOU Jacques	31/08/2023
Pr HUE Olivier	31/08/2023

Emeritat

2021

Pr BOUBLI Léon	31/08/2024
Pr LEGRE Régis	31/08/2024
Pr RAOULT Didier	31/08/2024
Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr FRANCES Yves	31/08/2022
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2022
Pr BRUNET Christian	31/08/2022
Pr COZZONE Patrick	31/08/2022
Pr FAVRE Roger	31/08/2022
Pr FONTES Michel	31/08/2022
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2022
Pr OLIVER Charles	31/08/2022

2020

Pr DELPERO Jean-Robert	31/08/2023
Pr GRIMAUD Jean-Charles	31/08/2023
Pr SAMBUC Roland	31/08/2023
Pr SEITZ Jean-François	31/08/2023
Pr BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr FRANCES Yves	31/08/2022
Pr BONGRAND Pierre	31/08/2021
Pr COZZONE Patrick	31/08/2021
Pr FAVRE Roger	31/08/2021
Pr FONTES Michel	31/08/2021
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2021
Pr WEILLER Pierre-Jean	31/08/2021

2019

Pr BERLAND Yvon	31/08/2022
Pr CHARPIN Denis	31/08/2022
Pr CLAVERIE Jean-Michel	31/08/2022
Pr FRANCES Yves	31/08/2022
Pr CAU Pierre	31/08/2020
Pr COZZONE Patrick	31/08/2020
Pr DELMONT Jean	31/08/2020
Pr FAVRE Roger	31/08/2020
Pr FONTES Michel	31/08/2020
Pr MAGALON Guy	31/08/2020
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2020
Pr OLIVER Charles	31/08/2020
Pr WEILLER Pierre-Jean	31/08/2020

2018

Pr MARANINCHI Dominique	31/08/2021
Pr BOUVENOT Gilles	31/08/2019
Pr COZZONE Pierre	31/08/2019
Pr DELMONT Jean	31/08/2019
Pr FAVRE Roger	31/08/2019
Pr OLIVER Charles	31/08/2019
Pr RIDINGS Bernard	31/08/2021

2017

Pr ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
Pr BOUVENOT Gilles	31/08/2018
Pr CHAUVEL Patrick	31/08/2020
Pr COZZONE Pierre	31/08/2018
Pr DELMONT Jean	31/08/2018
Pr FAVRE Roger	31/08/2018
Pr OLIVER Charles	31/08/2018
Pr SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

2016

Pr BONGRAND Pierre	31/08/2019
Pr BOUVENOT Gilles	31/08/2017
Pr BRUNET Christian	31/08/2019
Pr CAU Pierre	31/08/2019
Pr COZZONE Patrick	31/08/2017
Pr FAVRE Roger	31/08/2017
Pr FONTES Michel	31/08/2019
Pr JAMMES Yves	31/08/2019
Pr NAZARIAN Serge	31/08/2019
Pr OLIVER Charles	31/08/2017
Pr POITOUT Dominique	31/08/2019
Pr SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
Pr VIALETTES Bernard	31/08/2019

2015

Pr COULANGE Christian	31/08/2018
Pr COURAND François	31/08/2018
Pr FAVRE Roger	31/08/2016
Pr MATTEI Jean-François	31/08/2016
Pr OLIVER Charles	31/08/2016
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2016

2014

Pr FUENTES Pierre	31/08/2017
Pr GAMERRE Marc	31/08/2017
Pr MAGALON Guy	31/08/2017
Pr PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
Pr WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2013

Pr BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
Pr CARAYON Pierre	31/08/2016
Pr COZZONE Patrick	31/08/2016
Pr DELMONT Jean	31/08/2016
Pr HENRY Jean-François	31/08/2016
Pr LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
Pr RUFO Marcel	31/08/2016
Pr SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2012

Pr AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
Pr BOUVENOT Gilles	31/08/2015
Pr CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
Pr FAVRE Roger	31/08/2015
Pr MATTEI Jean-François	31/08/2015
Pr OLIVER Charles	31/08/2015
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2015

2011

Pr DI MARINO Vincent	31/08/2015
Pr MARTIN Pierre	31/08/2015
Pr METRAS Dominique	31/08/2015

2010

Pr MAGNAN Jacques	31/12/2014
-------------------	------------

2009

Pr DJIANE Pierre	31/08/2011
Pr VERVLOET Daniel	31/08/2012

2008

Pr LEVY Samuel	31/08/2011
Pr JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
Pr PONCET Michel	31/08/2011
Pr KASBARIAN Michel	31/08/2011
Pr ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

Docteurs Honoris Causa

1967

- Pr DADI (Italie)
- Pr CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

- Pr MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
- Pr T.A. LAMBO (Suisse)

1975

- Pr O. SWENSON (U.S.A.)
- Pr Lord J. WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

- Pr P. FRANCHIMONT (Belgique)
- Pr Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

- Pr C. GAJDUSEK–Prix Nobel (U.S.A.)
- Pr C. GIBBS (U.S.A.)
- J.DACIE (Grande-Bretagne)

1978

- M. le Président F. HOUPHOUET–BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

- Pr A. MARGULIS (U.S.A.)
- Pr R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

- Pr H. RAPPAPORT (U.S.A.)
- Pr M. SCHOU (Danemark)
- Pr M. AMENT (U.S.A.)
- Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
- Pr S. REFSUM (Norvège)

1982

- Pr W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

- Pr S. MASSRY (U.S.A.)
- Pr KLINSMANN (R.D.A.)

1986

- Pr E. MIHICH (U.S.A.)
- Pr T. MUNSAT (U.S.A.)
- Pr LIANA BOLIS (Suisse)
- Pr L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

- Pr P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

- Pr R. BERGUER (U.S.A.)
- Pr W.K. ENGEL (U.S.A.)
- Pr V. ASKANAS (U.S.A.)
- Pr J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
- Pr A. DAVIGNON (Canada)
- Pr A. BETTARELLO (Brésil)

1989

- Pr P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

- Pr J.G. MC LEOD (Australie)
- Pr J. PORTER (U.S.A.)

1991

- Pr J. Edward MC DADE (U.S.A.)
- Pr W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

- Pr H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
- Pr D. CARSON (U.S.A.)
- Pr T. YAMAMURO (Japon)

1994

- Pr G. KARPATI (Canada)
- Pr W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

- Pr D. WALKER (U.S.A.)
- Pr M. MULLER (Suisse)
- Pr V. BONOMINI (Italie)

1997

- Pr C. DINARELLO (U.S.A.)
- Pr D. STULBERG (U.S.A.)
- Pr A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
- Pr P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

- Pr O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

- Pr J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
- Pr D. COLLEN (Belgique)
- Pr S. DIMAURO (U. S. A.)

Docteurs Honoris Causa

2000

D. SPIEGEL (U. S. A.)

C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

P-B. BENNET (U. S. A.)

G. HUGUES (Grande Bretagne)

J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

M. ABEDI (Canada)

K. DAI (Chine)

2003

T. MARRIE (Canada)

G.K. RADDI (Grande Bretagne)

2004

M. DAKE (U.S.A.)

2005

L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

S. KAUFMANN (Allemagne)

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CASTINETTI Frédéric	FLECHER Xavier
ALIMI Yves	CECCALDI Mathieu	FOUILLOUX Virginie
AMABILE Philippe	CERMOLACCE Michel	FOTI Bruno
ANDRE Nicolas	CHAGNAUD Christophe	FOURNIER Pierre-Edouard
ARGENSON Jean-Noël	CHAMBOST Hervé	FRANCESCHI Frédéric
ASTOUL Philippe	CHAMPSAUR Pierre	FUENTES Stéphane
ATTARIAN Shahram	CHANEZ Pascal	GABERT Jean
AUDOIN Bertrand	CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GABORIT Bénédicte
AUQUIER Pascal	CHARREL Rémi	GAINNIER Marc
AVIERINOS Jean-François	CHAUMOITRE Kathia	GARCIA Stéphane (disponibilité)
AZULAY Jean-Philippe	CHIARONI Jacques	GARIBOLDI Vlad
BARLIER-SETTI Anne	CHINOT Olivier	GAUDART Jean
BARLOGIS Vincent	CHOSSEGROS Cyrille	GAUDY-MARQUESTE Caroline
BARTHET Marc	COLLART Frédéric	GENTILE Stéphanie
BARTOLI Christophe	COSTELLO Régis	GERBEAUX Patrick
BARTOLI Jean-Michel	COUDERC Anne-Laure	GEROLAMI/SANTANDREA René
BARTOLI Michel	COURBIERE Blandine	GILBERT/ALESSI Marie-Christine
BARTOLOMEI Fabrice	CRAVELLO Ludovic	GIORGI Roch
BASTIDE Cyrille	CUISSET Thomas	GIOVANNI Antoine
BAT Flora	CUNY Thomas	GIRARD Nadine
BELIARD-LASSERRE Sophie	DA FONSECA David	GIRAUD/CHABROL Brigitte
BENSOUSSAN Laurent	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	GONCALVES Anthony
BERBIS Philippe	DANIEL Laurent	GONZALEZ Jean- Michel
BERBIS Julie	DARMON Patrice	GRAILLON Thomas
BERDAH Stéphane	DAUMAS Aurélie	GRANEL/REY Brigitte
BEROUD Christophe	DAVID Thierry	GRANDVAL Philippe
BERTRAND Baptiste	D'ERCOLE Claude	GREILLIER Laurent
BERTUCCI François	D'JOURNO Xavier	GUEDJ Eric
BEYER-BERJOT Laura	DEHARO Jean-Claude	GUIEU Régis
BLAISE Didier	DELAPORTE Emmanuel	GUIS Sandrine
BLANC Julie	DESSI Patrick (Surnombre)	GUYOT-CECCALDI Laurent
BLIN Olivier	DEVILLIER Raynier	GUYE Maxime
BLONDEL Benjamin	DISDIER Patrick	HABIB Gilbert
BOISSIER Romain	DODDOLI Christophe	HARDWIGSEN Jean
BONIN/GUILLAUME Sylvie	DRANCOURT Michel	HOUVENAEGHEL Gilles
BONELLO Laurent	DUBOURG Grégory	HRAIECH Sami
BOULATE David	DUBUS Jean-Christophe	JACQUIER Alexis
BOYER Laurent	DUFFAUD Florence	JOURDE-CHICHE Noémie
BREGEON Fabienne	DUFOUR Henry	JOUVE Jean-Luc
BRETELLE Florence	DUSSOL Bertrand	KAPLANSKI Gilles
BROUQUI Philippe	EBBO Mikaël	KARSENTY Gilles
BRUDER Nicolas	ESCLASSAN Rémi	KERBAUL François (détachement)
BRUE Thierry	EUSEBIO Alexandre	KRAHN Martin
BRUNET Philippe	FABRE Alexandre	LAFFORGUE Pierre
BUKIET Frédéric	FAKHRY Nicolas	LAGIER Jean-Christophe
BURTEY Stéphane	FAURE Alice	LAMBAUDIE Eric
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	FELICIAN Olivier	LANCON Christophe
CASANOVA Dominique	FENOLLAR Florence	LA SCOLA Bernard

Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers

LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE GALL Michel
LECHEVALLIER Eric
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas (*disponibilité*)
LOOSVELD Marie
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MANCINI Julien
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHEL Justin
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MILLION Matthieu
MOAL Valérie
MONNET-CORTI Virginie
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOUTARDIER Vincent
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
NGUYEN Karine
OLLIVIER Matthieu
OUAFIK L'Houcine
OVAERT-REGGIO Caroline
PADOVANI Laetitia
PAGANELLI Franck
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PERRIN Jeanne
PESENTI Sébastien
PETIT Philippe
PHAM Thao
PHILIP-ALLIEZ Camille
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe

PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RADULESCO Thomas
RANQUE Stéphane
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RICHIERI Raphaëlle
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
SALAS Sébastien
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
SUISSA Laurent
TABOURET Emeline
TAIEB David
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TOMASINI Pascale
TOSELLO Barthélémy
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TROPANO Patrick
TSIMARATOS Michel (*détachement*)
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLA Antoine
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke (*détachement*)
VIVIER Eric
XERRI Luc
ZIELESKIEWICZ Laurent

◆ Professeurs des Universités

ABOUT Imad
ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
COLSON Sébastien
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

◆ Professeur certifié

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne

◆ Professeur des Universités associé à mi-temps

REVIS Joana

◆ Professeur des Universités médecine générale

GENTILE Gaëtan

◆ Professeur associé des Universités à mi-temps médecine générale

BARGIER Jacques
JANCZEWSKI Aurélie

◆ Professeur des Universités associé à temps plein des disciplines médicales

BOUSSUGES Alain

◆ Professeur des Universités associé à mi-temps des disciplines médicales

BOURVIS Nadège

Maître de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers

ABOUDHARAM Gérard
AHERFI Sarah
ANGELAKIS Emmanouil (*disponibilité*)
ANTEZACK Angéline
APPAY Romain
ATLAN Catherine (*disponibilité*)
BALLESTER Benoit
BARON Sophie
BEGE Thierry
BELLONI Didier
BENYAMINE Audrey
BIRNBAUM David
BLANCHET Isabelle
BOBOT Mickael
BOHAR Jacques
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BOUSSEN Salah Michel
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CAMOIN Ariane
CAMPANA Fabrice
CARRON Romain
CASAZZA Estelle
CASSAGNE Carole
CATHERINE Jean-Hugues
CHAUDET Hervé
CHOPINET Sophie
CHRETIEN Anne-Sophie
COZE Carole
DADOUN Frédéric (*disponibilité*)
DALES Jean-Philippe
DARIEL Anne
DEHARO Pierre
DELLIAUX Stéphane
DELTEIL Clémence
DESPLAT/JEGO Sophie
DUCONSEIL Pauline
DUFOUR Jean-Charles
ELDIN Carole
FOLETTI Jean- Marc
FRANKEL Diane
FROMNOT Julien
GARCIAZ Sylvain
GASTALDI Marguerite
GAUDRY Marine
GELSI/BOYER Véronique
GIRAUD Thomas
GIRAUDEAU Anne
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GOURIET Frédérique
GRIMALDI Stéphan
GUERIN Carole
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
GUIBVARC'H Maud
GUIVARCH Jokthan
HABERT Paul
HAK Jean-François
HAUTIER Aurélie
HEIM Xavier
IBRAHIM KOSTA Manal
JACQUOT Bruno
JALOUX Charlotte
JARROT Pierre-André
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABORDE Gilles
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGARDE Stanislas
LAGIER Aude (*disponibilité*)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LAMBERT Isabelle
LAURENT Michel
LENOIR Marien
LEVY/MOZZICONACCI Annie
MAAROUF Adil
MACAGNO Nicolas
MALISSEN Nausicaa
MAUES DE PAULA André (*disponibilité*)
MEGE Diane
MENSE Chloé
MENU Estelle
MORAND-HUGUET Aurélie
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NETTER Antoine
NINOVE Laetitia
NOIRRI-ESCLASSAN Emmanuelle
NOUGAIREDE Antoine
PAULMYER/LACROIX Odile
PIZZO Francesca
POMMEL Ludovic
PRECKEL Bernard-Eric
PROST Solène
RE Jean-Philippe
RESSEGUIER Noémie
ROBERT Philippe
ROBERT Thomas
ROCHE-POGGI Philippe
ROCHIGNEUX Philippe
ROMANET Pauline
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SAULTIER Paul
SAVEANU Alexandru
SILVESTRI Frédéric
STELLMANN Jan-Patrick
STEPHAN Grégory
SUCHON Pierre
TOGA Isabelle *Retraite au 20/09/2023*
TOSELLO Alain
TROUDE Lucas
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VELY Frédéric
VENTON Geoffroy
ZATTARA/CANNONI Héléne

◆ Maître de conférences des Universités (mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND Caroline
BOYER Sylvie
DEGIOANNI/SALLE Anna

DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MEZOUAR Soraya
POGGI Marjorie

RUEL Jérôme
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

◆ Maître de conférence des Universités de médecine générale

CASANOVA Ludovic
JEGO SABLIER Maëva

◆ Maître de conférences associés de médecine générale à mi-temps

BERNAL Alexis
FIERLING Thomas
FORTE Jenny
GUERCIA Olivier
GUILLOT Laure
MIGLIARDI Jonathan
MITILIAN Eva
THERY Didier

◆ Maître de conférences associés à mi-temps

BOURRIQUEN Maryline
LAZZAROTTO Sébastien
LUCAS Guillaume
MATHIEU Marion
MAYENS-RODRIGUES Sandrine

MELLINAS Marie
MORIN-GALFOUT Sara
ROMAN Christophe
TRINQUET Laure
VILLA Milène

◆ CDI LRU temps plein Ecole des Sciences de la réadaptation

Formation Ergothérapie

BLANC Catheline
DESPRES Géraldine
GIRAUDIER Anaïs
PAVE Julien

Formation Pédicurie-Podologie

GRIFFON Patricia
PETITJEAN Aurélie

Formation Orthoptie

MONTICOLO Chloé

Formation Masso-Kinésithérapie

AUTHIER Guillaume	HOUDANT Benjamin
CAORS Béatrice	MIRAPEIX Sébastien
CHAULLET Karine	MULLER Philippe
ERCOLANO Bruno	ROSTAGNO Stéphan
HENRY Joannie	

◆ CDD LRU temps plein Ecole des Sciences infirmières

CHAYS-AMANIA Audrey

◆ CDD LRU temps plein Anglais

GILSINN Amanda

◆ Attaché temporaire d'enseignement et de recherche

SACHAU-CARCEL Géraldine

◆ CDI LRU Ecole de Maïeutique

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

**Professeurs des Universités - Praticiens hospitaliers
Maîtres de conférences des Universités - Praticiens hospitaliers
Enseignants mono-appartenants
Enseignants médecine générale
Enseignants associés**

◆ **ANATOMIE 4201**

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)
GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) (*disponibilité*)
THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

◆ **ANATOMIE ET CYTOLOGIE
PATHOLOGIQUES 4203**

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH) (*disponibilité*)
XERRI Luc (PU-PH)
APPAY Romain (MCU-PH)
DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH) (*disponibilité*)

◆ **ANESTHESIOLOGIE
ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

BRUDER Nicolas (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MICHEL Fabrice (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)
ZIELESKIEWICZ Laurent (PU-PH)
BOUSSEN Salah Michel (MCU-PH)
GUIDON Catherine (MCU-PH)

◆ **ANGLAIS 11**

FRAISSE-MANGIALOMINI Jeanne (PRCE)

◆ **ANTHROPOLOGIE 20**

ADALIAN Pascal (PR)
DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)
SACHAU-CARCEL Géraldine (ATER)

◆ **BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ;
HYGIENE HOSPITALIERE 4501**

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
DUBOURG Grégory (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
AHERFI Sarah (MCU-PH)
ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH) (*disponibilité*)
BARON Sophie (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)
CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

◆ **BIOCHIMIE ET BIOLOGIE
MOLECULAIRE 4401**

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)
BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MARLINGE Marion (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
ROMANET Pauline (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE ET MEDECINE DU
DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)
PERRIN Jeanne (PU-PH)

◆ **BIOPHYSIQUE ET MEDECINE
NUCLEAIRE 4301**

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
TAIEB David (PU-PH)
BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)
CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF)
(69ème section)

◆ **BIOSTATISTIQUES,
INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES
DE COMMUNICATION 4604**

GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)
MANCINI Julien (PU-PH)
CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)
ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

◆ **CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
ET TRAUMATOLOGIQUE 5002**

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
OLLIVIER Matthieu (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPANO Patrick (PU-PH)
PROST Solène (MCU-PH)

◆ **BIOLOGIE CELLULAIRE 4403**

ROLL Patrice (PU-PH)
FRANKEL Diane (MCU-PH)
GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

◆ **CARDIOLOGIE 5102**

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)
DEHARO Pierre (MCU PH)

◆ **CHIRURGIE VISCERALE
ET DIGESTIVE 5202**

BERDAH Stéphane (PU-PH)
BEYER-BERJOT Laura (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)
BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)
CHOPINET Sophie (MCU-PH)
DUONSEIL Pauline (MCU-PH)
GUERIN Carole (MCU PH)
MEGE Diane (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE INFANTILE 5402**

FAURE Alice (PU PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
PESENTI Sébastien (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH) (détachement)
DARIEL Anne (MCU-PH)

◆ **CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702**

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
PADOVANI Laetitia (PH-PH)
SALAS Sébastien (PU-PH)
TABOURET Emeline (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)
ROCHIGNEUX Philippe (MCU-PH)
SABATIER Renaud (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104**

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)
SARLON-BARTOLI Gabrielle (PU PH)
GAUDRY Marine (MCU PH)

◆ **HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202**

LEPIDI Hubert (PU-PH)
MACAGNO Nicolas (MCU-PH)
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

◆ **DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003**

BERBIS Philippe (PU-PH)
DELAPORTE Emmanuel (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)
MALISSEN Nausicaa (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503**

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT-CECCALDI Laurent (PU-PH)
FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103**

BOULATE David (PU-PH)
COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
FOUILLOUX Virginie (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)
LENOIR Marien (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

◆ **CHIRURGIE PLASTIQUE, RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004**

BERTRAND Baptiste (PU-PH)
CASANOVA Dominique (PU-PH)
HAUTIER Aurélie (MCU-PH)
JALOUX Charlotte (MCU PH)

◆ **GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201**

BARTHET Marc (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GONZALEZ Jean-Michel (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

◆ **GENETIQUE 4704**

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH) Disponibilité
NGYUEN Karine (PU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

◆ **ENDOCRINOLOGIE, DIABETE
ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)
CUNY Thomas (PU-PH)

◆ **EPIDEMOLOGIE,
ECONOMIE DE LA SANTE
ET PREVENTION 4601**

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BERBIS Julie (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)
RESSEGUIER Noémie (MCU-PH)

◆ **IMMUNOLOGIE 4703**

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)
FERON François (PR) (69ème section)
BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
CHRETIEN Anne-Sophie (MCU PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
HEIM Xavier (MCU-PH)
JARROT Pierre-André (MCU PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

◆ **MALADIES INFECTIEUSES ;
MALADIES TROPICALES 4503**

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
MILLION Matthieu (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)
ELDIN Carole (MCU-PH)

◆ **GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5403**

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BLANC Julie (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)
NETTER Antoine (MCU-PH)

◆ **HEMATOLOGIE ;
TRANSFUSION 4701**

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
DEVILLIER Raynier (PU PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
LOOSVELD Marie (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)
GARCIAZ Sylvain (MCU-PH)
GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
IBRAHIM KOSTA Manal (MCU PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
SUCHON Pierre (MCU-PH)
VENTON (MCU-PH)
POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

◆ **MEDECINE LEGALE
ET DROIT DE LA SANTE 4603**

BARTOLI Christophe (PU-PH)
LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI-MARTI Marie-Dominique (PU-PH)
DELTEIL Clémence (MCU PH)
TUCHANT-TORRENTS Lucile (MCU-PH)
BERLAND Caroline (MCF) (1ère section)

◆ **MEDECINE PHYSIQUE
ET DE READAPTATION 4905**

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

◆ MEDECINE D'URGENCE 4805

GERBEAUX Patrick (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH) détachement
MICHELET Pierre (PU-PH)

◆ MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
COUDERC Anne-Laure (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
EBBO Mikael (PU-PH)
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)
BENYAMINE Audrey (MCU-PH)

◆ NEPHROLOGIE 5203

BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU-PH)
MOAL Valérie (PU-PH)
BOBOT Mickael (MCU-PH)
ROBERT Thomas (MCU-PH)

◆ NUTRITION 4404

BELIARD Sophie (PU-PH)
DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)
ATLAN Catherine (MCU-PH) (disponibilité)
MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

◆ ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)
MEZOUAR Soraya (65ème section)

◆ MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)
VILLA Antoine (PU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

◆ MEDECINE GENERALE 5303

GENTILE Gaëtan (PR Méd. Gén. Temps plein)
BARGIER Jacques (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (PR associé Méd. Gén. À mi-temps)
CASANOVA Ludovic (MCF Méd. Gén. Temps plein)
JEGO SABLIER Maëva (MCF Méd. Gén. Temps plein)
BERNAL Alexis (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FIERLING Thomas (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
FORTE Jenny (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUERCIA Olivier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
GUILLOT Laure (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MIGLIARDI Jonathan (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
MITILIAN Eva (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
THERY Didier (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

◆ NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
GRAILLON Thomas (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)
CARRON Romain (MCU-PH)
TROUDE Lucas (MCU-PH)

◆ NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU-PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)
SUISSA Laurent (PU-PH)
GRIMALDI Stéphan (MCU-PH)
MAAROUF Adil (MCU-PH)

◆ OPHTALMOLOGIE 5502

DAVID Thierry (PU-PH)

◆ OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH) (*surnombre*)

FAKHRY Nicolas (PU-PH)

GIOVANNI Antoine (PU-PH)

LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)

MICHEL Justin (PU-PH)

NICOLLAS Richard (PU-PH)

RADULESCO Thomas (PU-PH)

◆ PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

RANQUE Stéphane (PU-PH)

CASSAGNE Carole (MCU-PH)

L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)

MENU Estelle (MCU-PH)

TOGA Isabelle (MCU-PH) *Retraite le 20/09/2023*

◆ PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)

BARLOGIS Vincent (PU-PH)

CHAMBOST Hervé (PU-PH)

DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)

FABRE Alexandre (PU-PH)

GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)

MICHEL Gérard (PU-PH)

MILH Mathieu (PU-PH)

OVAERT-REGGIO Caroline (PU-PH)

REYNAUD Rachel (PU-PH)

TOSELLO Barthélémy (PU-PH)

TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)

MORAND-HUGGET Aurélie (MCU-PH)

SAULTIER Paul (MCU-PH)

◆ PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

CERMOLACCE Michel (PU-PH)

LANCON Christophe (PU-PH)

NAUDIN Jean (PU-PH)

RICHIERI Raphaëlle (PU-PH)

◆ PEDOPSYCHIATRIE ; ADDICTOLOGIE 4904

BAT Flora (PU-PH)

DA FONSECA David (PU-PH)

POINSO François (PU-PH)

BOURVIS Nadège (PR associée)

GUIVARCH Jokthan (MCU-PH)

◆ PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE ; ADDICTOLOGIE 4803

BLIN Olivier (PU-PH)

MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)

SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)

◆ PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

MATHIEU Marion (MAST)

◆ PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)

BREGÉON Fabienne (PU-PH)

GABORIT Bénédicte (PU-PH)

MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)

TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BOUSSUGES Alain (PR associé à temps plein)

BONINI Francesca (MCU-PH)

BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)

DADOUN Frédéric (MCU-PH) (*disponibilité*)

DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)

LAGARDE Stanislas (MCU-PH)

LAMBERT Isabelle (MCU-PH)

PIZZO Francesca (MCU-PH)

RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)

THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

◆ **PSYCHOLOGIE -
PSYCHOLOGIE CLINIQUE,
PCYCHOLOGIE SOCIALE 16**

AGHABABIAN Valérie (PR)

◆ **RADIOLOGIE ET
IMAGERIE MEDICALE 4302**

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)
HABERT Paul (MCU PH)
HAK Jean-François (MCU PH)
STELLMANN Jan-Patrick (MCU-PH)

◆ **REANIMATION MEDICALE ;
MEDECINE URGENCE 4802**

GAINNIER Marc (PU-PH)
HRAIECH Sami (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

◆ **SCIENCES DE LA REEDUCATION
ET READAPTATION 91**

REVIS Joana (PAST)
AUTHIER Guillaume
BLANC Catheline
CAORS Béatrice
CHAULLET Karine
ERCOLANO Bruno
GRIFFON Patricia
GIRAUDIER Anaïs
GRIFFON Patricia
HENRY Joannie
HOUDANT Benjamin
MIRAPEIX Sébastien
MONTICOLO Chloé
MULLER Philippe
PAVE Julien
PETITJEAN Aurélie
ROSTAGNO Stéphan
LAZZAROTTO Sébastien (MAST)
TRINQUET Laure (MAST)

◆ **PNEUMOLOGIE ;
ADDICTOLOGIE 5101**

ASTOUL Philippe (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)
TOMASINI Pascale (PU-PH)

◆ **RHUMATOLOGIE 5001**

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)

◆ **THERAPEUTIQUE ;
MEDECINE D'URGENCE ;
ADDICTOLOGIE 4804**

DAUMAS Aurélie (PU-PH)
VILLANI Patrick (PU-PH)

◆ **UROLOGIE 5204**

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
BOISSIER Romain (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

◆ **MAÏEUTIQUE 90**

CLADY Emilie
FREMONDIERE Pierre
MATTEO Caroline
MONLEAU Sophie
MUSSARD-HASSLER Pascale
REPELLIN David
RIQUET Sébastien
ZAKARIAN Carole

◆ **SCIENCES INFIRMIERES 92**

COLSON Sébastien (PR)
BOURRIQUEN Maryline (MAST)
LUCAS Guillaume (MAST)
MAYEN-RODRIGUES Sandrine (MAST)
MELLINAS Marie (MAST)
ROMAN Christophe (MAST)
VILLA Milène (MAST)

◆ ODONTOLOGIE PEDIATRIQUE ET ORTHOPEDIE DENTO-FACIALE 56-01

LE GALL Michel (PU-PH)
PHILIP-ALLIEZ Camille (PU-PH)
TARDIEU Corinne (PU-PH)
BLANCHET Isabelle (MCU-PH)
BOHAR Jacques (MCU-PH)
CAMOIN Ariane (MCU-PH)
GAUBERT Jacques (MCU-PH)
NOIRRIT-ESCLASSAN Emmanuelle (MCU-PH)

◆ DENTISTERIE RESTAURATRICE, ENDODONTIE, PROTHESES, FONCTION-DYSFONTION, IMAGERIE, BIOMATERIAUX 58-01

BUKIET Frédéric (PU-PH)
ESCLASSAN Rémi (PU-PH)
TASSERY Hervé (PU-PH)
TERRER Elodie (PU-PH)
ABOUDHARAM Gérard (MCU-PH)
BALLESTER Benoît (MCU-PH)
CASAZZA Estelle (MCU-PH)
GIRAUD Thomas (MCU-PH)
GIRAUDEAU Anne (MCU-PH)
GUIVARC'H Maud (MCU-PH)
JACQUOT Bruno (MCU-PH)
LABORDE Gilles (MCU-PH)
LAURENT Michel (MCU-PH)
MENSE Chloé (MCU-PH)
POMMEL Ludovic (MCU-PH)
PRECKEL Bernard-Eric (MCU-PH)
RE Jean-Philippe (MCU-PH)
SILVESTRI Frédéric (MCU-PH)
STEPHAN Grégory (MCU-PH)
TOSELLO Alain (MCU-PH)

◆ CHIRURGIE ORALE ; PARODONTOLOGIE ; BIOLOGIE ORALE 57-01

MONNET-CORTI Virginie (PU-PH)
ANTEZACK Angéline (MCU-PH)
BELLONI Didier (MCU-PH)
CAMPANA Fabrice (MCU-PH)
CATHERINE Jean-Hugues (MCU-PH)
ROCHE-POGGI Philippe (MCU-PH)

◆ PREVENTION, EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE, ODONTOLOGIE LEGALE 56-02

FOTI Bruno (PU-PH)
LE GALL Michel (PU-PH)
LAN Romain (MCU-PH)

◆ BIOLOGIE CELLULAIRE 65

ABOUT Imad (PR)



**MINISTÈRE
DES ARMÉES**

*Liberté
Égalité
Fraternité*



ÉCOLE DU VAL DE GRACE – Paris

A Monsieur le médecin général inspecteur Guillaume PELÉE de SAINT MAURICE

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Professeur agrégé de l'École du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier dans l'Ordre National du Mérite

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

A Monsieur le médecin chef des services Pierre-Eric SCHWARTZBROD

Directeur-adjoint de l'École du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier dans l'Ordre National du Mérite

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

HOPITAL D'INSTRUCTION DES ARMEES ALPHONSE LAVERAN



A Monsieur le Médecin Général Mehdi OULD-AHMED

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Médecin-chef de l'Hôpital d'Instruction des Armées Laveran

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier de l'Ordre National du Mérite

Chevalier des Palmes Académiques

A Monsieur le Médecin chef des services Laurent THEFENNE

Professeur Agrégé du Val de Grâce

Responsable du Comité Pédagogique Médical

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier de l'Ordre National du Mérite

A Madame la Présidente du Jury :

Madame le Professeur Julie BLANC,

Je vous remercie de l'intérêt que vous portez à notre travail,

Nous sommes très honorés par votre présence.

Je vous prie d'accepter l'expression de notre profonde gratitude.

A nos assesseurs :

Monsieur le Médecin Chef des Services (Pr.) Pierre-Eric SCHWARTZBROD,

Je vous remercie pour votre investissement dans la formation des médecins militaires actuels et futurs. Merci de répondre toujours présent à nos sollicitations.

Veillez recevoir ici l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

Monsieur le Médecin Clément GUILLEMIN,

Je te remercie profondément de l'aide chaleureuse, des conseils bienveillants et de ton soutien pendant tout ce travail de thèse.

Merci pour nos échanges très enrichissants et constructifs.

C'est un honneur de te compter dans mon jury et de pouvoir poursuivre ton travail si bien réalisé.

A ma Directrice de thèse :

Madame le Médecin en Chef Shirley JOURDAN,

Merci pour ta confiance et pour ton accompagnement dans ce projet.

Tes conseils et ton soutien toujours bienveillants m'ont bien aidé dans l'aboutissement de ce travail.

J'espère qu'il est à la hauteur de tes attentes.

Au plaisir de travailler de nouveau avec toi.

REMERCIEMENTS

Aux enseignants et médecins des différents stages que j'ai pu rencontrer tout au long de mes études, je vous remercie pour vos apprentissages, votre patience et votre bienveillance à mon égard.

Au **CESPA**, pour l'aide que vous m'avez apportée avec bienveillance pour l'analyse des résultats de ce travail.

A Bryan, mon très cher mari, merci pour ton soutien inconditionnel dans toutes les épreuves de la vie. Ta tendresse, ta patience à mon égard et ta prévenance font de moi une femme comblée et heureuse. Tu ne cesses de m'enrichir de tes idées farfelues, de ton intérêt pour les Sciences et de m'ouvrir à de nouveaux domaines de connaissance. Je ne pourrais rêver mieux. Merci mon amour.

A mes parents, vous qui m'avez toujours poussé à donner le meilleur de moi-même. Vous qui m'avez accompagné dans les bons et les mauvais moments de ces études. Vous qui m'avez aidé à me construire. Merci pour votre persévérance et votre amour car si j'en suis là, c'est en grande partie grâce à vous.

A ma sœur et à mon frère, qui avez subi mes longues années d'études et mes histoires médicales, même si j'étais loin de vous. La nostalgie de nos moments enfants est présente et me donne envie de nos futures expériences ensemble. Merci d'être qui vous êtes, je suis fière et heureuse de vous avoir à mes côtés.

A mes grands-parents, près ou loin, **à mon arrière-grand-mère**, votre confiance en moi, votre fierté et votre amour m'aident à avancer dans la vie. Ce travail de thèse, je vous le dois également. Merci du fond du cœur.

Aux Boubous, à ma tante et mes cousins d'adoption, merci pour votre soutien, nos moments de partage, votre bonne humeur à toute épreuve. Vous avez toujours été heureux pour moi et je ne peux qu'être touchée. Merci pour tout.

A ma belle-famille qui a su m'accueillir dès notre première rencontre, votre soutien me fait chaud au cœur et me donne toujours plus de courage.

A mes amies de toujours, **Sara et Sophie**. Si on s'était dit qu'on serait toujours présentes pour nos passages de diplômes...et bien on y aurait cru ! Loin des yeux mais proche du cœur. Je suis ravie d'avoir traversé toutes ces étapes avec vous à mes côtés. Merci.

A Manu, Laurie, Ombeline, que serais-je sans vous. Une amitié sans faille, indescriptible qui je l'espère durera toute une vie et plus encore. Je ne pourrais énumérer ce pourquoi je voudrais vous remercier. Je vous aime.

A Tanneguy, qui m'a torturé depuis notre première rencontre et qui est devenu un ami cher. Merci pour ton soutien depuis des années, tes conseils toujours avisés, tes petits cours et cas cliniques pour nous faire progresser et nous faire partager ta passion médicale. Tu es un exemple.

A mes amis de promotion et de l'école, votre amitié m'apporte au quotidien. Merci pour tous ces souvenirs partagés qui vont rester avec moi. Vous êtes une part essentielle de toute cette aventure. Pourvu que notre amitié continue de grandir au-delà des bancs universitaires.

A ma famille tradi, des plus anciens aux plus jeunes, merci de m'avoir accueilli à bras ouverts et inculqué les traditions de cette sacrée sale Boîte. Notre dur labeur d'agrandissement de la famille a payé Maëlle, alors pourvu que ça dure !

A toi ma Bizuthe, je chérie tout particulièrement nos moments et espère en vivre encore plein d'autres.

A mes co-internes : Maylis, Alice, Joris, Mehdi, mes co-internes de réanimation, Mathilde, Guillaume, Chloé. Merci pour nos échanges, nos fous rires, votre bonne humeur, vos différents points de vue tous autant enrichissants. Votre présence m'a permis de surmonter

ces stages, semestre après semestre et je vous en suis très reconnaissante. J'espère que nos chemins se recroiseront.

A Nanou et aux chevaux des Ecuries du Lion d'Or, merci de me permettre de m'évader en pratiquant ce magnifique sport. Cela m'a beaucoup aidé à garder un certain équilibre au milieu de ces études fastidieuses.

A mon chien Freepouille, qui me manque chaque jour. On ne saurait compter les moments de réconfort que tu m'as offert dans ce parcours difficile. Merci.

Table des matières

1. Introduction	3
2. Prérequis	5
2.1. L'activité physique	5
2.1.1. Généralités et recommandations	5
2.1.2. Les bienfaits de l'activité physique	6
2.1.3. Les effets de l'arrêt de l'activité physique	7
2.1.4. La prescription médicale d'activité physique	7
2.2. Le post-partum	9
2.2.1. Généralités	9
2.2.2 Les complications tardives du post-partum	9
2.2.3 L'activité physique en post-partum	13
2.3. Contexte militaire et sportif	18
2.3.1. L'aptitude médicale	19
2.3.2. Recommandations en post-partum, dans la population militaire	20
2.3.3. La visite de reprise du post-partum	23
3. Matériels et méthodes	24
3.1 Objectifs de l'étude	24
3.1.1 Objectif principal	24
3.1.2 Objectifs secondaires	24
3.2 Type d'étude	24
3.2.1 Descriptif de l'étude et inclusion	24
3.2.2 Critères d'exclusion	25
3.3 Recueil de données	25
3.4 Construction du questionnaire	26
3.5 Analyses statistiques	26
4 Résultats	28

4.1	Caractéristiques socio-démographiques de la population	28
4.2	Résultats concernant la formation.....	29
4.3	Résultats concernant la pratique de la gynécologie générale.....	31
4.4	Résultats concernant la pratique de la gynécologie dans le post-partum.....	31
4.5	Reprise du sport dans le post-partum	35
4.6	Analyses statistiques.....	41
5	Discussions.....	46
5.1	Forces et limites de notre étude	46
5.1.1	Forces.....	46
5.1.2	Limites	46
5.2	Discussion sur la population d'étude.....	47
5.3	Discussion sur la pratique gynécologique dans les armées	47
5.4	Le ressenti des médecins généralistes militaires sur la période du post-partum ..	48
5.4.1	Le point de vue des médecins militaires sur l'activité physique en post-partum	49
5.4.2	L'aptitude sportive	50
5.4.3	La visite de reprise du travail	53
5.4.4	Les complications tardives du post-partum.....	53
5.5	Les sous-populations de répondants.....	55
5.6	La formation des médecins d'unité	56
5.7	Perspectives	58
6	Conclusion	59
7	Références bibliographiques	61
8	Annexes	66
9	Abréviations	75

1. Introduction

L'activité physique des femmes diminue pendant la grossesse et le post-partum. Le maintien en condition physique des femmes pendant ces périodes participe d'une part à la prévention de la sédentarité pour la population générale notamment par la promotion du sport (1), et d'autre part au maintien des capacités opérationnelles pour les militaires. En effet la projection opérationnelle dans l'armée française nécessite que les militaires maintiennent une condition physique et mentale suffisantes pour participer aux opérations extérieures et intérieures.

Les femmes représentent aujourd'hui une proportion importante et non négligeable des forces armées françaises. En 2021 elles comptaient 16.5% des effectifs, soit 34142 personnels, 2130 de plus qu'en 2019 (2). La répartition des militaires féminins est très différente selon les armées mais il est important de noter que la féminisation concerne autant les postes sédentaires que les fonctions de « terrain ». Cela nous amène donc à nous intéresser à leur condition physique et à son suivi pour la disponibilité opérationnelle.

La période de la grossesse et celle du post-partum sont pourvoyeuses de complications telles que la prise de poids, le diabète gestationnel, les troubles urinaires et endocriniens, la fonte musculaire et la prise de masse grasse, les troubles psychiques etc... et le mode de vie des femmes est lui-même modifié par la venue de leur enfant. Ainsi tout changement peut avoir un impact sur le travail des militaires féminines et sur leurs formes physique et mentale.

Quelques études évaluent la pratique des médecins militaires concernant la gynécologie dans les armées. Nous notons celle récente du Docteur (Dr) Mathilde de Rambuteau (3) ou celle du Dr Sophie Milonne (4). Dans le cadre de la pratique en antenne médicale militaire, la grossesse, l'allaitement et le post-partum présentent un des trois motifs les plus fréquents en termes de santé de la femme (3). Une thèse réalisée par le Dr Clément Guillemain soutenue en 2020 interrogeait les militaires féminines sur la reprise du sport en post-partum (5). Dans son étude, 40% des patientes interrogées ne retrouvaient pas leur capacité physique initiale à un an de l'accouchement et donc leur capacité opérationnelle. Les symptômes liés à la grossesse gênaient 63% des patientes militaires interrogées.

Il est donc pertinent d'évaluer le suivi de ces patientes lors de la période du post-partum par les médecins militaires. En effet dans cette même étude, 81.7% des militaires interrogées étaient demandeuses d'un suivi sur la problématique de la reprise du sport en post-partum par le médecin généraliste militaire. Ceux-ci, au plus proche des combattants, connaissent les enjeux et exigences

du métier de militaire et notamment les compétences opérationnelles nécessaires à son exercice. Ils semblent donc être les interlocuteurs de choix pour effectuer ce suivi particulier du post-partum ainsi que du retour opérationnel de ces patientes militaires soumises aux contraintes de leur profession. A ce jour aucun travail n'a cependant interrogé les médecins généralistes militaires sur cet accompagnement de la reprise du sport chez les femmes après leur accouchement.

La question de ce travail concerne donc les pratiques des médecins généralistes militaires dans l'accompagnement des patientes militaires à la reprise du sport en post-partum. Nous tenterons de répondre à cette problématique en faisant un état des lieux des pratiques des médecins d'unité sur le sujet.

2. Prérequis

2.1. L'activité physique

2.1.1. Généralités et recommandations

Il existe diverses définitions de l'activité physique dans la littérature. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) la décrit comme "tout mouvement corporel généré par les muscles squelettiques, nécessitant une dépense d'énergie" (6). La Haute Autorité de Santé (HAS) ajoute qu'il doit y avoir une dépense d'énergie supérieure à celle du métabolisme de repos pour qu'une activité soit qualifiée de physique (7). De plus, le Ministère de la Santé et de la Prévention décrit l'activité physique comme "un comportement caractérisé par divers paramètres mesurables tels que la fréquence, la durée, l'intensité et le type de pratique, dont la combinaison permet d'évaluer le niveau d'activité physique d'une population donnée" (8).

Les dernières recommandations de l'OMS datent du 5 octobre 2022 et sont détaillées selon différentes tranches d'âges (6). Pour les adultes de 18 à 64 ans, elles recommandent un minimum de 150 à 300 minutes d'activité d'endurance d'intensité modérée par semaine, ou 75 à 150 minutes d'activité d'endurance d'intensité soutenue, ou une combinaison équivalente d'activités d'intensité modérée et soutenue tout au long de la semaine. Cette activité doit être accompagnée d'au moins deux séances d'activité de renforcement musculaire par semaine.

En France, le ministère de la santé et de la prévention préconise pour les adultes de pratiquer 30 minutes d'activité physique développant l'aptitude cardio-respiratoire d'intensité modérée à élevée, au moins 5 jours par semaine, en évitant de rester 2 jours consécutifs sans pratiquer. Les activités physiques à visée cardiorespiratoire et celles à visée musculaire peuvent être intégrées dans une même activité ou au cours de la même journée (8 ; 9).

Malgré les efforts déployés pour promouvoir l'activité physique, seuls 42,5 % de la population française semblent respecter ces recommandations en matière d'activité physique. En ce qui concerne les femmes françaises, seulement 33,8 % parviennent à atteindre le niveau d'activité physique recommandé (10).

2.1.2. Les bienfaits de l'activité physique

D'après une mise à jour du ministère de la santé et de la prévention en mai 2023, et en collaboration avec l'INSERM (8 ; 11), l'activité physique régulière est un élément clé pour la santé à tous les âges. Les choix en matière d'activité physique dépendent de facteurs individuels, sociaux et environnementaux. Même une activité physique d'intensité modérée diminue la mortalité et améliore la qualité de vie. Pratiquer régulièrement une activité physique, même modérée, joue un rôle majeur dans la prévention de maladies chroniques telles que le cancer, les maladies cardiovasculaires et le diabète. Pour les enfants et adolescents, une activité physique régulière favorise une croissance saine. Chez les femmes, elle aide à prévenir l'ostéoporose et maintient l'autonomie des personnes âgées. Elle contribue au contrôle du poids, à l'amélioration de la santé mentale (réduction de l'anxiété et de la dépression), et est essentielle dans le traitement de diverses maladies chroniques. De plus, la pratique d'activités physiques améliore la qualité et la quantité de sommeil, ainsi que l'éveil diurne. Les risques associés à la pratique d'une activité physique sont minimisés par le respect de précautions de base, un suivi médical approprié et un encadrement compétent.

L'engagement dans une activité physique permet une réduction du risque de cancers et de mortalité globale associée à de nombreuses maladies chroniques telles que le diabète de type 2, les affections respiratoires et neurologiques, ainsi que les maladies cardiovasculaires. En ce qui concerne la santé mentale de manière globale, la pratique physique améliore le sommeil, atténue les signes d'anxiété et diminue le risque de dépression.

Parmi les bénéfices variés de l'exercice physique, nous pouvons citer ceux spécifiquement liés à notre sujet d'étude. Pendant la grossesse, l'activité physique diminue le risque de prise de poids excessive le risque de diabète gestationnel et ne présente pas pour autant de danger pour le fœtus lorsqu'elle est d'intensité modérée. En post-partum l'activité physique apporte de nombreux bénéfices pour la santé physique et mentale. Si la jeune mère a présenté un diabète gestationnel, la poursuite de l'activité physique réduit le risque de développer un diabète ultérieurement. Elle permet également de participer à la perte de poids plus rapide. Une activité physique adaptée réduit également le risque de dépression du post-partum (12). Elle permet de conserver des relations sociales lors de la pratique à plusieurs, ce qui participe à la motivation à poursuivre un

exercice physique (13). Nous pouvons noter une amélioration de la qualité de vie chez les patientes pratiquant une activité physique régulière en post-partum. Par ailleurs l'exercice physique n'augmente pas les saignements vaginaux, le risque d'hémorragie du post-partum, le diastasis des grands droits et ne modifie pas la lactation (14).

2.1.3. Les effets de l'arrêt de l'activité physique

Lors d'un arrêt prolongé de la pratique d'une activité physique qui jusque-là était régulière, la diminution des capacités physiques aérobies et musculaires sont rapides. En effet la capacité d'endurance diminue de 10% après 3 semaines d'arrêt complet d'entraînement physique. Les effets ressentis sur la capacité musculaire sont encore plus immédiats puisque qu'ils sont observables après seulement 7 jours d'arrêt complet d'entraînement physique (diminution du volume musculaire et de la masse musculaire en faveur de la masse grasse). Par ailleurs on observe une perte de confiance en soi chez les personnes arrêtant une activité physique jusque-là régulière, ainsi qu'une baisse de la motivation (15). Ainsi pour les patientes militaires l'enjeu est important. Il est nécessaire de prévenir le « désentraînement » en lien avec leur grossesse et la période du post-partum dans un but individuel de remise en forme et de prévention des complications liées à la grossesse et au post-partum. L'enjeu est également collectif avec un retour à une condition opérationnelle rapide.

2.1.4. La prescription médicale d'activité physique

Depuis juillet 2022 les médecins peuvent effectuer des prescriptions d'activité physique. Celles-ci peuvent être basées sur la classification utilisée en cardiologie du sport (voir dans le tableau 1 ci-dessous), qui est basée sur les contraintes dynamiques et statiques (12). Ainsi le médecin peut aider le patient en orientant son choix en fonction de ses objectifs personnels, de sa condition physique initiale et des objectifs de santé attendus. La HAS conseille aux médecins d'insister sur le caractère ludique et socialisant de la pratique sportive pour motiver les patients non habitués à celle-ci et écarter l'obligation de compétition qui n'a pas sa place dans ce contexte.

DYNAMIQUE	A Faible ($< 50\% \text{ VO}_2 \text{ max}$)	B Modérée ($50-75\% \text{ VO}_2 \text{ max}$)	C Forte (élevée) ($> 75\% \text{ VO}_2 \text{ max}$)
STATIQUE			
I Faible ($< 10\% \text{ FMV}$)	<i>Bowling</i> , golf, tai-chi et équivalents, pétanque <i>Stretching</i> , <i>body balance</i>	<i>Volley-ball</i> , tennis de table, tennis (double), marche nordique, longecôte* (sans bras) Danses non acrobatiques, <i>step</i> , <i>body attack</i> *	Ski de fond** (classique), marche sportive, course à pied $> 800 \text{ m}$, course orientation, tennis (simple), squash Danses acrobatiques* **
II Modérée ($10-20\% \text{ FMV}$)	Tir à l'arc, équitation* ** Sports mécaniques* **, <i>volley-ball</i> <i>Surf</i> * **, <i>kitesurf</i> * **, voile (type laser), natation synchronisée*, plongeon* **, plongée sous-marine* (apnée) Yoga, pilates, <i>body-pump</i> Gainage et renforcement musculaire avec poids du corps	Patinage artistique* **, course à pied $\leq 800 \text{ m}$, marathon et ultra-endurance, décathlon, <i>badminton</i> , escrime**, <i>trampoline</i> * **, <i>handball</i> Basket-ball, beach-volley, water-polo* **, rugby** (sauf pack avants), planche à voile* ** (sans <i>pumping</i>), plongée sous-marine* (scaphandre) <i>Aquagym</i> *, <i>body-jump</i> , longecôte* (avec bras), boule lyonnaise	Ski de fond (skating), natation*, football**, hockey** (gazon-glace), cyclisme* ** (plat), triathlon* **, patinage* ** (<i>roller</i>) longue distance <i>Aquabiking</i> *, vélo fixe
III Forte (élevée) ($> 30\% \text{ FMV}$)	Haltérophilie*, musculation* <i>Bobsleigh</i> * **, luge* **, escalade* **, gymnastique* ** voile, ski nautique* **, athlétisme (lancers, sauts* **), judo et autres arts martiaux**	Lutte**, <i>crossfit</i> *, culturisme, rugby (pack avants**), ski alpin* **, snowboard* **, patinage* ** (<i>roller</i>) <i>sprint</i> , planche à voile* (<i>pumping</i>)	Boxe tous types* **, canoë-kayak, Ski de randonnée* **, ski alpinisme* ** Cyclisme* ** (avec côtes), aviron Rameur en salle

$\text{VO}_2 \text{ max}$ = consommation maximale d'oxygène du pratiquant. FMV = force maximale volontaire du pratiquant. Les activités de loisirs (de détente, remise en forme et entretien physique) sont en italique.

Tableau 1 : Classification des activités de loisirs et sportives selon leurs contraintes cardiovasculaires (12)

Une des manières de prescrire de l'activité physique et sportive consiste à faire appel à des éducateurs sportifs formés ou à des professionnels de l'Activité Physique Adaptée (APA) pour accompagner le patient selon son niveau de vulnérabilité et ses besoins spécifiques. Ainsi ce dernier relèvera d'un programme appelé sport-santé. Certaines fédérations sportives proposent des programmes sport-santé pour tous et d'autres plus spécifiques selon le public (patients atteints de maladies chroniques, de cancers, personnes âgées...).

Le médecin généraliste peut également s'appuyer sur le Médicosport-santé pour prescrire une activité physique adaptée aux patients (16). Ce dictionnaire des disciplines sportives est porté par le Vidal et a été édité par le Comité national olympique et sportif français (CNOSP) dans le but

d'accompagner le médecin généraliste dans sa prescription. Il recense les caractéristiques physiques, physiologiques et mentales de chaque discipline sportive et les conditions de pratique dans le cadre du sport-santé.

2.2. Le post-partum

2.2.1. Généralités

Le post-partum est souvent défini par les 6 à 8 semaines suivant l'accouchement, période nécessaire à l'utérus pour reprendre sa taille et sa fonction habituelles concordant généralement avec le délai d'apparition des premières règles après la grossesse. Mais la définition du post-partum ne fait pas consensus dans la littérature. En effet plusieurs auteurs émettent l'idée que le retour à l'état pré grossesse nécessite 12 mois au minimum. Cette durée nécessaire pourrait s'allonger avec la parité ou la durée d'allaitement (17).

Suite à la grossesse, les femmes sont soumises à des transformations physiques majeures. L'accouchement et le post-partum sont à risque d'entraîner des complications à court et long terme.

Les changements physiologiques dus à la grossesse ne sont pas négligeables. L'utérus qui s'était alors distendu pendant la grossesse va involuer progressivement. La volémie globale des patientes diminue et le corps des femmes fait face à des cicatrisations multiples.

2.2.2 Les complications tardives du post-partum

La période du post-partum est une période difficile sur plusieurs plans pour la jeune mère. Les complications de cette période sont multiples. Elles peuvent se caractériser par des complications du post-partum immédiat comme le retour de couche hémorragique à 6-8 semaines de l'accouchement ou des complications plus à distance comme la déhiscence des cicatrices, la cardiomyopathie du post-partum, l'anémie du post-partum.

La dépression du post-partum

Les mois qui suivent la naissance sont une période de transition et de changements psychologiques pour les parents. Les situations de difficultés psychologiques peuvent avoir un effet significatif sur le développement de l'enfant. Parmi ces difficultés la dépression post-partum est la plus fréquente, mais le risque de tous les troubles mentaux est généralement plus élevé pendant la période périnatale (18). Les difficultés d'organisation, la fatigue, les difficultés d'allaitement, l'isolement familial parfois, sont tout un tas de facteurs pouvant favoriser la dépression. Le Collège national des gynécologues obstétriciens français souligne qu'une mauvaise santé physique maternelle est également un facteur de risque de développement d'une dépression du post-partum (19).

La dépression du post-partum survient chez environ 15% des femmes. La différence avec le « baby blues » se fait sur la durée de la symptomatologie, de plus de 2 semaines. Les symptômes sont souvent semblables à ceux de la dépression hors post-partum. Dans une étude contrôlée randomisée publiée en novembre 2021 dans le BMC pregnancy childbirth (20), le stress perçu 6 mois après la randomisation était significativement plus faible chez les participantes au programme d'exercice physique par rapport aux autres groupes n'y participant pas. Enfin une méta analyse publiée en septembre 2023 dans le British journal of sports medicine (21) cite quatre études montrant des bénéfices de la pratique sportive sur la dépression en post-partum.

Les troubles urinaires et pelviens

Le dysfonctionnement du plancher pelvien comprend l'incontinence urinaire d'effort, l'incontinence urinaire par impériosité, l'hyperactivité vésicale, le prolapsus génital et l'incontinence fécale. D'après une étude épidémiologique américaine publiée en mars 2016 (22), une femme sur quatre souffrirait de dysfonction urinaire.

L'incontinence urinaire est une perte involontaire d'urine. Elle peut entraîner un inconfort, une perte de confiance en soi, un stress et un isolement social. Il existe plusieurs types d'incontinence urinaire. Les femmes peuvent être soumises à une urgenturie d'un côté, due à l'hyperactivité vésicale, ou à l'incontinence urinaire d'effort d'autre part. Cette dernière survient à l'occasion d'un effort même minime tel que le rire, la toux, l'éternuement, les sauts, le port de charge. Elle est la dysfonction la plus fréquente du post-partum. La grossesse, l'accouchement par voie basse, la

parité, l'obésité font partie des facteurs de risque d'incontinence urinaire d'effort chez la femme (23).

Dans le guide du post-partum belge (24) les auteurs rapportent qu'une femme sur trois souffre d'incontinence urinaire dans sa vie et que le risque serait multiplié par trois pour les femmes ayant eu une grossesse. Il est rapporté que 38% des femmes souffriraient d'incontinence urinaire à 8 semaines de leur accouchement contre 21% à 6 mois. De nombreuses études font l'état de l'incontinence urinaire d'effort comme une pathologie sous diagnostiquée et sous traitée. Cela se vérifie dans la thèse du Dr Clément Guillemain (5) où la crainte d'en parler par certaines patientes se surajoute à la problématique de manque de dépistage par les professionnels de santé. Dans son étude, 63.3% des femmes militaires interrogées déclaraient ressentir des symptômes à distance de l'accouchement qu'elles attribuaient à leur grossesse ou à leur accouchement. Même si aucune relation significative n'avait été mise en évidence dans son travail, le Dr Guillemain retrouvait une tendance à ce que les femmes symptomatiques aient plus de chance d'être non opérationnelles à un an que les femmes asymptomatiques. Par ailleurs il n'avait pas retrouvé d'effet protecteur de la rééducation périnéale et abdominale dans la reprise de l'activité physique ni de lien entre cette rééducation et la présence de symptômes un an après l'accouchement.

Il existe des preuves que l'entraînement prénatal des muscles du plancher pelvien chez les femmes qui ont leur premier enfant peut prévenir l'incontinence urinaire en fin de grossesse et après l'accouchement (25). La prévention par la kinésithérapie prénatale en faisant réaliser de la rééducation pelvienne, serait associé à une diminution de 30 à 35% de l'incontinence urinaire postnatale à 6 mois (26 ; 27).

La kinésithérapie du post-partum concerne la prise en charge du périnée d'une part et de la stabilité abdomino-lombo-pelvienne d'autre part. Les objectifs initiaux sont de retrouver un contrôle, une mobilité, un périnée fonctionnel pour gérer les troubles d'incontinence urinaire et anorectale, les troubles sexuels et les douleurs périnéales qui peuvent être présents à 2 mois du post-partum chez plus de 20% des patientes et après un an chez 10% des mères (24). La rééducation du plancher pelvien est recommandée pour traiter une incontinence urinaire persistante à 3 mois du post-partum à raison de trois séances guidées par un professionnel puis des séances d'auto-rééducation à domicile (18). Qu'elle soit guidée en totalité par un thérapeute ou non, l'efficacité retrouvée n'est pas significativement différente. Cette rééducation améliore l'incontinence urinaire à un an mais aucune preuve n'est retrouvée de son bénéfice à long terme (6-12ans). Il en est de même des effets de la rééducation périnéale sur l'incontinence anale.

Une autre solution parfois proposée aux femmes en association à celles précédemment citées consiste à réaliser un massage périnéal en prénatal. Il est important de noter qu'aucune diminution significative de l'incontinence urinaire n'a été observée dans la plupart des études sur le sujet (28). En revanche le massage semble protéger le périnée des blessures pendant le travail, de réduire le risque de lésions périnéales et leur gravité (29), de diminuer la nécessité de résection périnéale et la fréquence des douleurs à long terme en post-partum (30). Le massage périnéal prénatal réduirait en revanche le risque d'incontinence fécale et gazeuse en post-partum, auxquels les femmes sont également parfois sujettes (28).

Enfin, rappelons que le prolapsus urogénital consiste en une descente d'un ou plusieurs organes uro-génitaux. Il touche la moitié des femmes entre 50 et 59 ans et la grossesse, la parité et les accouchements difficiles en sont des facteurs de risque (31).

Les atteintes musculaires

Les types de douleurs peuvent être multiples pendant et après la grossesse : douleur de la ceinture pelvienne, des articulations sacro-iliaques, de la symphyse pubienne, lombalgies. Ces douleurs disparaissent dans la majeure partie des cas dans les mois qui suivent l'accouchement. D'après les données épidémiologiques du guide du post-partum belge (24), elles persistent sous forme chronique dans 0.5% à 21%. Celles-ci favorisent alors la survenue d'une dépression du post-partum dans 11% des cas. Les douleurs chroniques post césarienne ont un impact négatif sur le quotidien des femmes dans 14% des cas.

La rééducation du post-partum a aussi pour but de corriger la statique de la lordose lombaire qui se modifie au milieu de la grossesse et se poursuit dans les premiers mois du post-partum. Elle permet aussi de corriger l'hypotonie musculaire abdominale et le diastasis des muscles grands droits qui persiste chez 50% des femmes à 7 semaines du post-partum (24). Enfin, les douleurs lombaires et de la ceinture pelvienne présentent chez plus de 30% des femmes plusieurs mois après l'accouchement peuvent être améliorées par la kinésithérapie (32).

La rétention de poids

La rétention de poids en post-partum constitue un aspect significatif de la santé maternelle. Elle mérite une attention particulière dans le contexte de la reprise du sport. La prise de poids pendant la grossesse et la rétention de poids après l'accouchement peuvent varier considérablement d'une femme à l'autre. La reprise d'une activité sportive est un moyen de favoriser la perte de poids et contribue à prévenir les risques de pathologies cardiovasculaires, oncologiques, de développement d'un diabète, d'obésité et des pathologies en découlant (33).

Les dysfonctions sexuelles

Plus de 20% des femmes ayant accouché souffrent de douleurs lors des rapports sexuels (dyspareunies) à 2 mois de l'accouchement, un nombre qui le maintient à 10% à 1 an. Les causes de ces douleurs incluent les lésions lors de l'accouchement ou les infections pelviennes en post-partum (5 ; 34). La rééducation périnéale semble bénéfique pour la santé sexuelle en post-partum indépendamment du nombre d'accouchements (35) mais elle n'est pas associée à une diminution significative des dyspareunies (18).

2.2.3 L'activité physique en post-partum

Les bienfaits de l'activité physique s'étendent au post-partum, contribuant à la perte de poids, à la réduction du risque d'incontinence urinaire, et à la prévention et à l'amélioration des symptômes dépressifs (36). La HAS souligne l'importance de maintenir une activité physique après l'accouchement chez les femmes ayant présenté un diabète gestationnel. En association avec une alimentation équilibrée et contrôlée, elle prévient et limite le développement ultérieur du diabète chez la mère. Par ailleurs, l'engagement dans l'activité physique régulière pendant la grossesse et le post-partum est associé à une réduction des symptômes dépressifs (37).

Les recommandations françaises

La grossesse et le post-partum sont des périodes de moindre entraînement physique (38). Les femmes sont traditionnellement encouragées par leur entourage, à réduire leur activité physique. La HAS recommande pourtant une poursuite de celle-ci de manière régulière pendant la grossesse d'une intensité légère à modérée au vu des bénéfices liés à celle-ci et du manque de dangerosité pour le fœtus (12 ; 13). L'information des femmes enceintes et des jeunes mères au sujet de la pratique de l'activité physique est donc essentielle et revient notamment aux professionnels de santé tels que le médecin généraliste, le gynécologue et la sage-femme.

Après l'accouchement, la HAS recommande tout d'abord de manière obligatoire qu'une consultation postnatale soit réalisée avant la reprise du sport (38). Celle-ci peut être conduite par un médecin généraliste ou une sage-femme. Le délai de reprise de l'activité physique peut varier selon le type d'accouchement (qu'il ait été par césarienne, ou par voie basse avec instrumentalisation ou non). La HAS conseille une reprise de l'activité physique 4 à 6 semaines après un accouchement par voie basse marqué ou non par des déchirures périnéales, et 8 à 10 semaines après un accouchement par césarienne ou par voie basse avec épisiotomie. Les femmes qui pratiquaient une activité physique de manière intense et régulière avant la grossesse peuvent reprendre leur activité physique en post-partum plus tôt.

La HAS préconise que le premier type d'activité physique réalisée en post-partum soit la rééducation périnéale pour toutes les femmes (39). Mais notons que le Collège national des gynécologues obstétriciens français (CNGOF) ne recommande pas la rééducation du plancher pelvien chez les femmes asymptomatiques, pour prévenir l'incontinence urinaire ou anale (19). La rééducation par des exercices de contraction des muscles du plancher pelvien est conseillée pour traiter l'incontinence urinaire persistante 3 mois après l'accouchement, indépendamment du type d'incontinence. En revanche, la rééducation du plancher pelvien après l'accouchement est recommandée pour traiter l'incontinence anale, mais pas pour traiter ou prévenir le prolapsus ou la dyspareunie. Il serait intéressant d'harmoniser les recommandations entre les centres experts et la HAS concernant la rééducation périnéale en post-partum.

La reprise de l'exercice physique se doit d'être progressive et d'intensité légère à modérée initialement. Par ailleurs les activités douces telles que la marche active, les escaliers et la natation peuvent être reprises rapidement après l'accouchement, sans précision de délai particulier (39). Dans ses dernières recommandations de juillet 2022, elle note que « *la reprise d'une activité*

physique avec des impacts au sol (course à pied, tennis, trampoline, activités avec sauts...), facteur de risque d'incontinence urinaire à l'effort, ne doit pas être engagée avant la rééducation périnéale, afin de renforcer le plancher pelvien ». Pour leur réalisation, le constat d'une fonction normale du périnée se doit d'avoir été effectuée, et ce par un professionnel de santé. L'activité physique pratiquée doit donc entraîner de faibles impacts sur le plancher pelvien pour ce qui est des entraînements d'endurance. En ce qui concerne la musculation, la jeune mère doit privilégier le renforcement du plancher pelvien ainsi que les muscles abdominaux et dorsaux (36). A noter que l'allaitement ne contre indique pas la reprise du sport mais l'apport énergétique doit être suffisant et adapté, ainsi que le port de brassière de sport.

Parallèlement à ces directives concernant le type d'activité, l'OMS recommande aux femmes enceintes et en post-partum de consacrer au moins 150 minutes à une activité d'endurance d'intensité modérée par semaine (6). Elle ajoute que les activités doivent varier entre endurance et renforcement musculaire et précise qu'aucune contre-indication n'existe.

La HAS propose trois étapes de reprise de l'activité physique après l'accouchement « *chez une femme sportive* » (36) :

- des exercices physiques basés sur la rééducation spécifique post-grossesse et une activité physique et sportive inférieure au niveau d'avant grossesse, en respectant les recommandations précédentes ;
- le retour au sport pratiqué avant grossesse, en respectant une progressivité dans le volume et l'intensité de la pratique ;
- le retour à la compétition, dans un but de performance pour les femmes qui le désirent.

Aucune notion de durée n'est détaillée dans les différentes étapes de cette reprise sportive, dans les recommandations françaises et il peut être difficile et abstrait pour les professionnels de santé d'encadrer les patientes dans ce contexte.

Par ailleurs, la HAS a réalisé des fiches conseils sur la pratique de l'activité physique selon l'état de santé, l'âge ou les pathologies des patients (13). Une fiche pratique destinée aux patientes ayant accouché est disponible sur le site internet. Publiée en décembre 2022, elle regroupe des informations sur les bénéfices de l'activité physique et les conditions de sa pratique de manière assez sommaire.

Le point de vue international

Il n'existe actuellement aucun protocole de reprise du sport en post-partum validé par les sociétés savantes dans le monde. Pourtant une étude américaine publiée en mars 2015 dans le journal Sage Journals sur les facteurs de risques des douleurs ressenties par les coureuses en post-partum (40), retrouvait que 70% des coureuses reprenaient la course à pied dans les 8 semaines suivant leur accouchement. Leur rééducation n'était donc pas encadrée et les sportives avaient tendance à minimiser les symptômes du post-partum tels que les douleurs musculo-squelettiques, les troubles urinaires...

Nous nous sommes appuyés sur une étude résumant les directives en matière d'activité physique du post-partum dans le monde entier pour faire un état des lieux des recommandations dans quelques pays anglo-saxons (41).

Les recommandations canadiennes indiquent que "selon le mode d'accouchement, la plupart des exercices peuvent être poursuivis ou repris pendant la période post-partum". Une étude canadienne publiée en 2002 sur les bénéfices de l'activité physique en post-partum (42), identifie trois périodes de prise en charge après une grossesse. L'exercice physique est évoqué dès la troisième phase dans cette étude. Mais il n'existe pour la majorité des femmes, aucun suivi passé les 6 semaines du post-partum. Or les auteurs citent une extension du post-partum à 1 an avec une reprise de l'exercice physique dès la 6^{ème} semaine chez les jeunes mères. Les femmes ainsi nouvelles mères se voient recevoir des conseils peu précis sur la reprise de l'exercice physique. Les auteurs rappellent que les modifications physiologiques après l'accouchement persistent encore 1 an après.

Parallèlement les directives américaines soulignent que « *les habitudes d'avant la grossesse peuvent être reprises graduellement dès que cela est physiquement et médicalement sans danger* ».

Elles rappellent que les modifications physiologiques et morphologiques dues à la grossesse, persistent 4 à 6 semaines après l'accouchement et que la reprise sportive doit être progressive avec une intensité initialement légère à modérée (43). Une étude américaine publiée en juillet 2022 dans International journal of sport nutrition and exercise metabolism (44) considère donc qu'un délai minimal de 4 à 6 semaines avant la reprise de l'activité physique doit être observé pour les femmes ayant accouché par voie basse et en bonne santé. Cela concernerait également les femmes ayant accouché par césarienne mais ayant poursuivi leur activité physique pendant la grossesse. Cette étude se base alors sur les recommandations de l'OMS pour conseiller une pratique de 150 minutes par semaines d'activité aérobique. Pour les patientes n'ayant pas accouché par voie basse, n'ayant

pas poursuivi d'activité physique pendant la grossesse et/ou avec un moins bon état de santé en post-partum, aucun délai n'est indiqué. Contrairement à ces recommandations, les auteurs d'un article publié en octobre 2022 dans *The International Journal of Sports Physical Therapy* (IJSPT) et basé sur différentes recommandations mondiales (45), soulignent qu'une reprise d'activité physique douce avant la 6ème semaine du post-partum est de plus en plus encouragée par de nombreuses études.

Par ailleurs, plusieurs rapports datant de 2020 émettent que le niveau de participation des femmes aux programmes d'exercices physiques diminue après l'accouchement. Cela conduit souvent au surpoids et à l'obésité. Quelques précisions sur les exercices du plancher pelvien en post-partum immédiat sont émises. Le renforcement abdominal, y compris les exercices de crunch abdominal et de traction, manœuvre augmentant la pression intra abdominale diminueraient l'incidence du diastasis des grands droits et réduiraient la distance inter-rectus chez les femmes (46). Ces recommandations vont dans le sens des françaises concernant les effets bénéfiques prouvés sur plusieurs plans de la pratique d'une activité physique pendant et après la grossesse. Aux Etats-Unis la rééducation périnéale n'est pas recommandée de manière systématique en post-partum malgré le fait que plus d'une femme sur quatre souffre d'un dysfonctionnement du plancher pelvien (47). Plusieurs études américaines se sont intéressées à la reprise du sport en post-partum dans la population militaire et semblaient montrer qu'une période de 6 mois après l'accouchement semblait trop courte pour permettre à l'ensemble des femmes militaires de valider leurs tests sportifs (41).

De même, les experts australiens recommandent qu'après un accouchement normal par voie basse, des exercices non balistiques soient entrepris « *dès que cela est confortable* » (48).

Dans l'étude comparative mondiale citée plus haut (41), nous pouvons relever également que les britanniques conseillent qu'un programme d'exercices légers soit commencé immédiatement uniquement si la grossesse et l'accouchement se sont déroulés sans complication ; dans le cas contraire, il faut consulter un médecin avant de reprendre l'activité physique d'avant la grossesse.

Du côté des norvégiens, les directives sont plus strictes indiquant que les femmes peuvent généralement commencer à faire de l'exercice après la visite clinique de la sixième semaine du post-partum, et que la perception de soi est un indicateur important pour déterminer le type d'exercice à pratiquer (41).

Toutes ces recommandations sont relativement évasives concernant la reprise du sport. Il est à noter par ailleurs que les cinq pays précédemment cités s'accordent tous sur l'importance d'encourager l'activité physique en post-partum.

L'article cité plus haut, publié octobre 2022 dans IJSPT et basé sur différentes recommandations mondiales, propose un programme détaillé de reprise du sport en post-partum (45). Cela nous sera utile pour la réalisation de la fiche d'aide aux médecins des forces concernant la reprise du sport en post-partum des patientes militaires.

2.3. Contexte militaire et sportif

L'activité physique tient une place centrale dans le milieu militaire. Quelques études américaines que nous avons citées plus tôt existent au sujet de la reprise de l'activité physique des femmes dans les armées et semblent montrer une vraie problématique. La reprise du sport dans le post-partum est souvent vécue comme difficile à cause des efforts demandés et des changements physiologiques engendrés par la grossesse. Le travail de thèse du Dr Guillemain interrogeant des femmes militaires de différents régiments et corps d'armées, va également dans ce sens (5).

Chez les sportives de haut niveau, nous savons que la poursuite d'une activité physique aérobie pendant la grossesse leur permet de maintenir une bonne capacité cardio-respiratoire en post-partum (49). De plus il est observé que la rétention de poids est moindre dans le post-partum chez les femmes ayant poursuivi un entraînement sportif pendant leur grossesse. Enfin la poursuite d'un entraînement intensif est synonyme de retour rapide à la compétition en post partum (50). Nous pourrions alors transposer ces conclusions au milieu militaire étant donné que la population est globalement jeune et sportive.

Les armées sont par ailleurs dotées de moniteurs d'entraînement physique militaire et sportif (EPMS). Ce sont des militaires possédant un bagage scolaire hétérogène allant du brevet des collèges au master en Sciences et Techniques des Activités physiques et Sportives (STAPS). Ils sont formés au Centre National des Sports de la Défense (CNSD) à Fontainebleau avec tout d'abord une formation théorique et pratique de 7 mois leur permettant d'obtenir le Brevet d'Aptitude Technique (BAT). A l'issue de celui-ci ils sont animateurs de séance. Par la suite, pour devenir chef d'équipe ils poursuivent leur formation avec 3 mois supplémentaires leur attribuant le Brevet Supérieur correspondant au niveau 2. La spécialité de moniteur EPMS est une spécialité à part entière dans les armées et un métier à plein temps. Ils préparent et encadrent les entraînements

physiques des militaires. Ils peuvent établir des protocoles de reprise sportive progressive après un arrêt prolongé pour maladie, blessure ou maternité.

2.3.1. L'aptitude médicale

Dans les armées, le niveau physique est contrôlé annuellement par des épreuves sportives obligatoires pour chaque militaire : le contrôle de la condition physique du militaire (CCPM) (51). Les résultats de ce CCPM sont intégrés aux notations des militaires ce qui montre l'importance qui y est accordée. Les épreuves sportives concernent l'endurance cardio-respiratoire, l'aisance aquatique et la capacité musculaire générale. Le détail de chacune dépend de l'armée d'appartenance.

Tous les militaires sont par ailleurs soumis à une visite médicale périodique (VMP) qui a pour but d'expertiser les militaires à la demande du commandement (52). Elle a lieu tous les deux ans, voire tous les ans pour certaines spécialités plus à risque physiquement (personnel navigant, plongeurs de bord...). Lors de ces visites médicales auprès du médecin généraliste militaire, un interrogatoire concernant les antécédents, anciens ou récents, les allergies et les addictions éventuelles, est réalisé. Cet entretien est également l'occasion pour le médecin généraliste de faire de la prévention auprès des patients militaires, vis-à-vis de leur hygiène de vie et de les questionner sur leur activité physique. Il pourrait être le moment pour interroger les patientes sur les symptômes évocateurs d'une mauvaise récupération physique post grossesse.

En parallèle le médecin militaire effectue un examen physique complet et le patient militaire se voit attribuer un profil médical d'aptitude selon le sigle SIGYCOP (52). Ainsi à la fin de cette VMP, un certificat médico-administratif d'aptitude (n° 620-4*/1) est renseigné et édité par le médecin généraliste militaire et spécifie clairement les aptitudes ou inaptitudes concernant son poste ainsi que celles concernant les différentes épreuves du CCPM. Si nécessaire, il ajoute des restrictions particulières à la pratique sportive.

La période du retour de congé maternité peut entraîner des adaptations d'aptitudes ou des aménagements d'horaires dans le cadre par exemple de la poursuite de l'allaitement de l'enfant né. Ainsi le médecin militaire peut formuler des recommandations de restrictions d'emploi au commandement via le certificat d'aptitude (exemptions de certains sports, port de charges lourdes...). Le commandant d'unité est le « notateur » du militaire et devrait être tenu informé de la période d'indisponibilité opérationnelle de la grossesse, du post-partum et de l'après. A la lecture

des commentaires du travail de Thèse du Dr Guillemin (3), de nombreuses femmes militaires passent leurs épreuves CCPM car elles ressentent une pression professionnelle. Celle-ci pourrait être atténuée par une information adéquate du commandement par le médecin militaire sur les complications de la grossesse et ce qu'elles entraînent.

2.3.2. Recommandations en post-partum, dans la population militaire

Dans l'arrêté du 29 mars 2021 relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale, il n'y aucune section concernant spécifiquement le post-partum. Les seules pathologies en lien avec notre sujet, pouvant mener à des inaptitudes dans le cadre du pp se retrouvent dans les sections « gynécologie » et « urologie ». Elles concernent le prolapsus génital d'une part et l'incontinence urinaire d'autre part pouvant mener à des restrictions d'aptitude plus ou moins importantes (52).

En ce qui concerne la reprise de l'activité physique, des recommandations de bonne pratique sont inscrites dans le manuel d'entraînement physique militaire et sportif publié en 2011 par le Centre national des sports de la Défense (CNSD) (51). Elles précisent que dans la vie du militaire, celui-ci peut être amené à interrompre son entraînement physique pendant des périodes plus ou moins longues. Ces interruptions peuvent être dues à une baisse de motivation ou à une impossibilité de s'entraîner pour des raisons physiques (blessure, pathologie ou maternité). Ainsi cette baisse d'activité peut induire une indisponibilité opérationnelle pour le militaire qui peut alors se voir attribuer des inaptitudes à exercer son poste. La grossesse et le post-partum sont décrits comme « *une période d'indisponibilité opérationnelle et de désentraînement physique* » particulièrement importante qui nécessite une reprise adaptée. Des conseils sur l'intensité de la pratique physique pendant la grossesse et la zone cible de fréquence cardiaque à atteindre sont proposées selon l'âge maternel. Une différence est établie en fonction de l'activité de la militaire avant sa grossesse.

En ce qui concerne le post-partum, les directives du CNSD n'ont pas été réactualisées depuis 2011. Elles sont donc critiquables étant donné les recommandations du CNGOF de 2016 (19) et celles plus récentes de la HAS datant de 2022 (13). En accord avec ces dernières, le CNSD conseille une reprise sportive initialement douce avec la pratique par exemple de la natation ou de la marche tranquille. Un délai de 3 semaines après l'accouchement est posé pour cette reprise d'activité, sans que nous n'ayons retrouvé de données justifiant cette durée. Les principes de la reprise d'activité

physique doivent suivre ceux de remise en condition physique initiale. Les séances proposées ne doivent pas dépasser 20 à 30 minutes, 2 à 3 fois par semaine. L'activité physique initiale doit favoriser la pratique d'activités portées. Un calendrier de récupération post-natale est proposé comme suit dans le manuel d'entraînement physique militaire et sportif du CNSD :

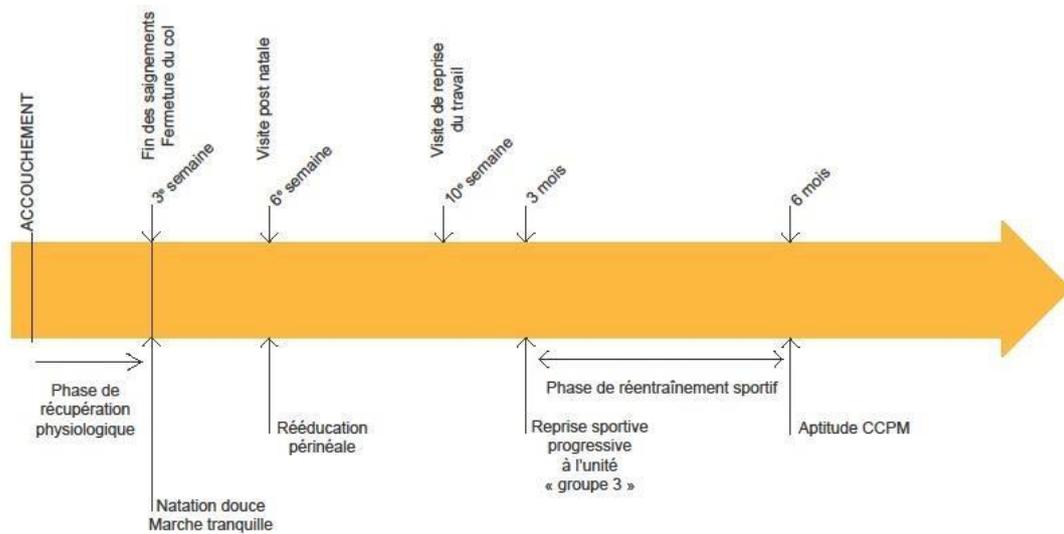


Figure 1. Calendrier de récupération post-natale en cas d'accouchement par voie basse (51)

Le CNSD précise qu'il est important de respecter le temps de rééducation périnéale avant de débiter la rééducation abdominale. La chronologie du gainage abdomino-pelvien en quatre temps ci-dessous peut être suivie en post-partum.

1^{er} temps :	<p>Prise de conscience et travail du plancher pelvien.</p> <p>Travail des muscles périnéaux. Ces muscles, en plus de la participation à la continence ont un rôle de soutien des viscères du petit bassin.</p> <p>Prise de conscience : action de se retenir (envie d'uriner par exemple...).</p> <p>Ce travail peut se faire n'importe où, n'importe quand.</p>
2^{ème} temps :	<p>Travail du transverse.</p> <p>C'est le plus profond des muscles abdominaux, dans sa partie haute. Il permet une contraction réflexe très puissante. C'est le muscle qui « <i>fait sortir du corps</i> » (étouffements, vomissements...).</p> <p>Un test très simple permet d'en ressentir la contraction : poser une main sur le ventre au niveau du pubis et tousser.</p> <p>Travail : colonne vertébrale bien droite, rentrer le ventre et plaquer le nombril sur la colonne en expiration.</p>
3^{ème} temps :	<p>Travail des obliques.</p> <p>Respecter les 2 premières étapes proposées ci-dessus.</p> <p>Travail en rotation de la colonne (twist) sur un ballon de gymnastique ou bien au sol, tout exercice qui engendre une rotation des épaules.</p>
4^{ème} temps :	<p>Travail des grands droits / séquence type pour la séance de travail abdominal :</p> <ul style="list-style-type: none"> - allongée sur le dos ; - bascule du bassin ; - contraction des muscles pelviens ; - contraction du transverse ; - enfin, travail des grands droits par une flexion du tronc c'est-à-dire roulement des épaules vers le nombril (plaquer les lombaires sur le sol impérativement).

Figure 2. Chronologie du gainage du caisson abdomino-pelvien (51)

Les recommandations militaires conseillent une reprise progressive de l'activité physique dans le post-partum, prescrite par le médecin d'unité, 3 mois après l'accouchement en l'absence de complication. Ces recommandations précisent un élément essentiel : le temps nécessaire de réentraînement doit être au moins équivalent au temps d'arrêt, avant de pouvoir passer de nouveau les tests sportifs (CCPM) et de pratiquer un sport de groupe (51). Il est à noter que sur la frise chronologique proposée par le CNSD, l'aptitude CCPM est proposée à 6 mois. Donc le CNSD estime un arrêt ou une diminution de la pratique sportive chez les femmes enceintes d'environ 6 mois. Le Dr Guillemin quant à lui a retenu une durée d'au moins un an dans son travail de thèse auprès des femmes militaires (5), soit une période deux fois plus longue que celle des recommandations du CNSD. Lors du passage des CCPM les militaires se doivent d'être dans des conditions physiques adaptées à un départ en opération extérieure proche. Ainsi il pourrait être judicieux de prévoir un passage des CCPM plutôt à un an voire plus, de l'accouchement.

2.3.3. La visite de reprise du post-partum

Après un arrêt de travail de plus de 21 jours, les militaires se voient dans l'obligation de consulter leur médecin d'unité pour effectuer une visite de reprise du travail. Celle-ci permet au médecin généraliste militaire de vérifier que l'état de santé physique et psychique du patient est compatible avec la reprise de son poste. A cette occasion le militaire peut récupérer ses aptitudes antérieures en totalité, ou se voir attribuer des inaptitudes temporaires ou définitives à certaines activités.

Les patientes sont souvent réticentes à consulter leur médecin d'unité pour des problématiques d'ordre gynécologique. Cela peut être parce qu'elles n'ont pas confiance en leur médecin militaire, souvent positionné comme médecin du travail et comme tous militaires elles craignent donc une restriction d'aptitude. Une autre possibilité est elles n'ont pas d'information sur ses compétences en gynécologie et ne pensent donc pas à le consulter (53). Or 81.7% des femmes militaires interrogées dans la thèse du Dr Guillemain souhaitent un suivi sur la problématique de la reprise de l'activité physique en post-partum par le médecin d'unité (5). La visite de reprise du post-partum pourrait être un point de contrôle des besoins des patientes en termes d'accompagnement à la reprise sportive, sur les complications du post-partum et sur les besoins spécifiques des femmes militaires au travail.

Par ailleurs le Dr Mathilde de Rambuteau s'est intéressé au ressenti des praticiens vis-à-vis de la visite de reprise post congé maternité (3). Dans son travail, 91% des 243 médecins d'unité ayant répondu à son questionnaire estimaient ne pas avoir de difficulté avec cette visite de reprise. En revanche ceux évoquant des difficultés précisaient le déficit ou l'absence de pratique, l'absence de textes de référence, le manque de connaissance et les difficultés relationnelles avec la jeune mère. Elle a également interrogé les praticiens militaires sur la reprise d'activités militaires et sportives en post-partum. C'est 40% des 243 répondants (soit 97 médecins militaires) qui déclaraient avoir déjà été confronté à des pathologies du post-partum entraînant des difficultés de reprise d'activité physique par les patientes militaires. En effet les praticiens précisaient être confrontés à des patientes victimes d'incontinence urinaire d'effort dans la majorité des cas.

Néanmoins aucune étude ne s'est intéressée au ressenti et aux pratiques des médecins militaires concernant la reprise du sport en post-partum. Il serait donc intéressant de recueillir leurs avis sur le sujet pour évaluer si les attentes des patientes recueillies dans le travail du Dr Guillemain trouvent des réponses chez leur médecin d'unité.

3. Matériels et méthodes

Les recherches bibliographiques préparatoires à ce travail de thèse ont été réalisées via les bases de données et sites les plus courants. Les principaux utilisés ont été Pubmed®, Google Scholar®, les ressources électroniques de la Bibliothèque Centrale du Service de Santé des Armées (BCSSA), les sites des instances législatives de l'Etat, le site du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), le site de l'HAS, le site de l'OMS.

3.1 Objectifs de l'étude

3.1.1 Objectif principal

L'objectif principal de ce travail était de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins des forces en matière de prise en charge des patientes militaires en post-partum concernant leur reprise d'activité physique.

3.1.2 Objectifs secondaires

Dans un second temps nous avons analysé les différences de pratiques selon les sous populations de praticiens militaires. Enfin un des objectifs est de réaliser une fiche d'aide à la pratique pour les médecins lors des consultations de reprise du post-partum.

3.2 Type d'étude

3.2.1 Descriptif de l'étude et inclusion

Il s'agissait d'une étude observationnelle descriptive, transversale, multicentrique qui s'est déroulée lors de la période hivernale de 2022 à début 2023. Une relance a été effectuée au cours de la période d'inclusion. Cette étude n'était pas une recherche impliquant la personne humaine au sens de l'article L1121-1 du Code de Santé Publique (54) et ne nécessitait pas l'avis d'un comité d'éthique.

La population cible concernait les médecins des forces françaises en activité dans les antennes médicales en métropole, outre-mer ou en poste permanent à l'étranger, soit 780 personnels, d'après la Direction de la Médecine des forces au 06/10/2023. Ces médecins devaient être militaire d'active lors de leur réponse à notre questionnaire, appartenir à la spécialité de médecine générale et exercer la médecine générale en unité.

Le nombre nécessaire de sujets à inclure pour obtenir une puissance suffisante était d'environ 250 personnes, d'après les études à la méthode similaire, réalisées auprès des médecins généralistes militaires.

3.2.2 Critères d'exclusion

Les critères d'exclusion de la population étudiée étaient :

- Les praticiens spécialistes hospitaliers y compris les praticiens de l'Institut de Recherche Biomédicale des Armées (IRBA) et du Centre d'Epidémiologie et de Santé Publique des Armées (CESPA).
- Les étudiants en médecine.
- Les médecins militaires à la retraite.
- Les médecins civils.

Les questionnaires incomplets n'étaient pas inclus dans l'analyse statistique.

3.3 Recueil de données

Un questionnaire informatisé (*Annexe 1*) sur la plateforme Sherlock a été diffusé après accord de la Direction de la Formation, de la Recherche et de l'Innovation (DFRI) avec le n° 2022HJ06, via un lien URL envoyé aux chefs d'établissements et de Centre Médicaux des Armées (CMA) sur leur messagerie professionnelle Intradef. Il a ensuite été relayé auprès des médecins des forces sous leur commandement. Un mail (*Annexe 2*) accompagnait le questionnaire pour expliquer l'objet de l'étude et laissait la possibilité aux répondants de nous contacter via un code correspondant à leur questionnaire si besoin. Ce dernier était anonymisé selon les règles de la Commission Nationale de l'Information et des Libertés (CNIL). Le questionnaire était ouvert du 01/12/2022 au 22/03/2023.

3.4 Construction du questionnaire

Cette thèse s'inscrit dans la continuité de l'étude du médecin militaire Dr Clément Guillemin concernant « Les conditions de reprise de l'activité physique chez la femme militaire dans le post-partum » (3), ainsi que de plusieurs études civiles et militaires concernant le thème de la « gynécologie en médecine générale ». Notre questionnaire a donc été construit à partir d'exemples de questionnaires d'autres travaux similaires.

Plusieurs types de questions composaient notre questionnaire :

- Questions à réponse unique (liste de choix, question binaire et échelle de Likert) ;
- Questions à choix multiples ;
- Cases vides à remplir (nombre à renseigner ou texte libre) ;
- Tableaux à remplir (cases à cocher) ;
- Une question ouverte en fin de questionnaire.

Il comportait 36 questions et la durée de réponse était de 10-15 minutes. Les questions étaient regroupées en quatre thèmes principaux : un premier regroupait les caractéristiques épidémiologiques des répondant, une deuxième partie s'intéressait à la démographie en interrogeant les médecins sur les habitudes de pratiques standards en gynécologie, un troisième groupe de questions concernait la période du post-partum et un dernier plus spécifiquement le sport dans la période du post-partum. Plus de la moitié des questions était obligatoire, le reste était facultatif et 4 questions étaient conditionnelles.

Notre questionnaire a été relu par la Médecin Chef Scherrier, anciennement cheffe de service de gynécologie et obstétrique de l'hôpital d'instruction des armées Bégin, et par le Médecin Capitaine Guillemin, avant sa diffusion.

3.5 Analyses statistiques

Les données ont été extraites du site Sherlock sous format Microsoft Excel®. L'analyse statistique a été réalisée sur ce fichier informatique avec l'aide d'un biostatisticien du Centre Epidémiologique et de Santé Publique des Armées (CESPA). Une analyse descriptive a initialement été réalisée puis une analyse des correspondances multiples (ACM) combinée à une classification ascendante hiérarchique (CAH) afin d'identifier des profils de praticiens.

L'ACM est une méthode visant à résumer l'information contenue dans un grand nombre de variables afin de faciliter l'interprétation des corrélations pouvant exister entre ces variables. Un nouveau système de coordonnées est calculé afin que la majorité des variations soit concentrées sur les premiers axes. Cela permet de concentrer l'analyse sur les premiers axes de l'ACM qui constituent un bon résumé des variations de l'échantillon.

La CAH est une méthode visant à partitionner une population en sous-groupes de façon que les individus regroupés au sein d'une même classe soient le plus semblables possibles, et que les classes soient le plus dissemblables entre elles. Le critère de ressemblance est défini comme étant la distance entre les individus.

La combinaison de ces deux méthodes permet d'identifier des profils d'individus sous-jacents dans le jeu de données, en concentrant dans un premier temps l'information dans un nouveau système de coordonnées avec l'ACM, et en utilisant ces coordonnées pour déterminer des groupes via la CAH.

Les variables qualitatives ont été décrites par leurs effectifs, pourcentages et intervalles de confiance. Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne, l'écart-type et l'intervalle de confiance à 95%. Le test exact de Fisher ou le test d'adéquation du Chi-2 ont été utilisés pour comparer les répartitions des variables qualitatives, et le test de somme des rangs de Kruskal-Wallis pour comparer les moyennes des variables quantitatives. L'ensemble des tests ont été réalisés avec un seuil de significativité de 5%.

L'ACM a été réalisée depuis les questions portant sur le ressenti et les pratiques des médecins en santé de la femme. Au total 31 variables ont été utilisées (*Annexe 3*), et 218 des 281 individus de la base ont pu être exploités.

La CAH a été réalisée depuis la matrice de distances des coordonnées de l'ACM. Le choix du nombre de classes a été fait selon plusieurs critères de validité (Silhouette, Calinski-Harabasz & Dunn) qui étaient en accord pour un découpage du dendrogramme en 3 classes. Les profils identifiés ont été caractérisés selon des variables sociodémographiques, et l'influence des profils a été évaluée grâce à des tests de distribution du Chi-2 ou de Fisher.

Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel R version 4.3.

4 Résultats

Sur les 700 médecins des forces en activité de soins, ciblés par notre étude, 255 (36.4%) ont répondu à notre questionnaire en ligne. Sur ces 255 participants, 218 (31.1%) questionnaires sont complets et exploitables dans leur entièreté et nous ont permis de réaliser l'ensemble des analyses. Les 37 questionnaires incomplets ont tout de même été pris en compte dans l'analyse descriptive sociodémographique.

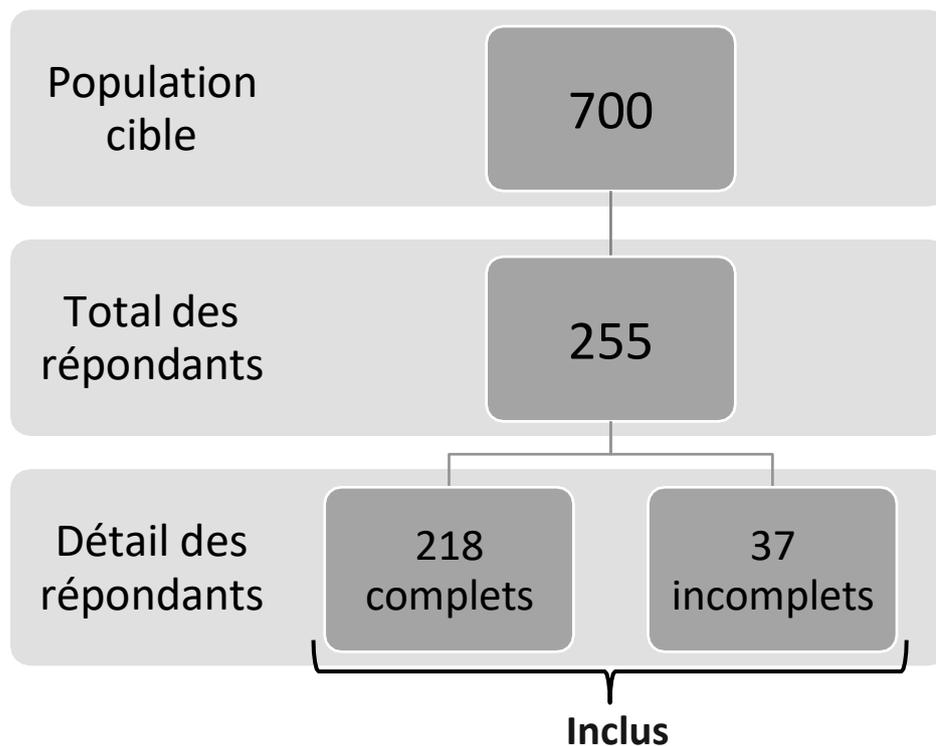


Figure 3 : Diagramme de flux des réponses aux questionnaires de notre étude

4.1 Caractéristiques socio-démographiques de la population

Dans notre étude 65.1% des répondants étaient des femmes (intervalle de confiance « IC » compris entre 59.1% et 71.1%) et 34.9% étaient des hommes (IC [28.9-40.9]).

La moyenne d'âge était de 36.11 ans et les âges étaient compris entre 27 et 68 ans. Nous avons réalisé différentes classes d'âges :

- 51.8% [IC 45.4-58.1] des répondants avaient entre 18 et 34ans ;

- 38.4% [IC 32.3-44.6] avaient entre 35 et 44 ans ;
- 9.8% [IC 6-13.6] avaient plus de 45 ans.

Concernant la parentalité, 62.4% [IC 56.2-68.5] des médecins d'unité ayant répondu à notre étude avaient des enfants.

La répartition entre les différentes armées majoritairement soutenues était la suivante :

- 62.7% [IC 56.6-68.9] des répondants soutenaient surtout des régiments d'armée de terre ;
- 11.8% [IC 7.6-15.9] soutenaient principalement des bases aériennes ;
- 9.8% [IC 6-13.6] soutenaient majoritairement des patients appartenant à la marine nationale ;
- 7.5% [IC 4-10.9] soutenaient principalement des casernes de gendarmerie nationale ;
- 5.9% [IC 2.8-9] exerçaient dans des bases de soutien ;
- 2.4% [IC 0.3-4.4] soutenaient d'autres types de régiments ou bases (lycées militaires, antennes d'expertises médicales initiales (AEMI)...).

Concernant le début d'affectation, 3.6% [IC 1.1-6.1] des répondants déclaraient avoir pris leur premier poste avant l'année 2000, 17.9% [IC 13-22.9] avant l'année 2010, 54.6% [IC 48.2-60.9] avant 2020 et 23.9% [IC 18.4-29.4] en 2020 ou après.

4.2 Résultats concernant la formation

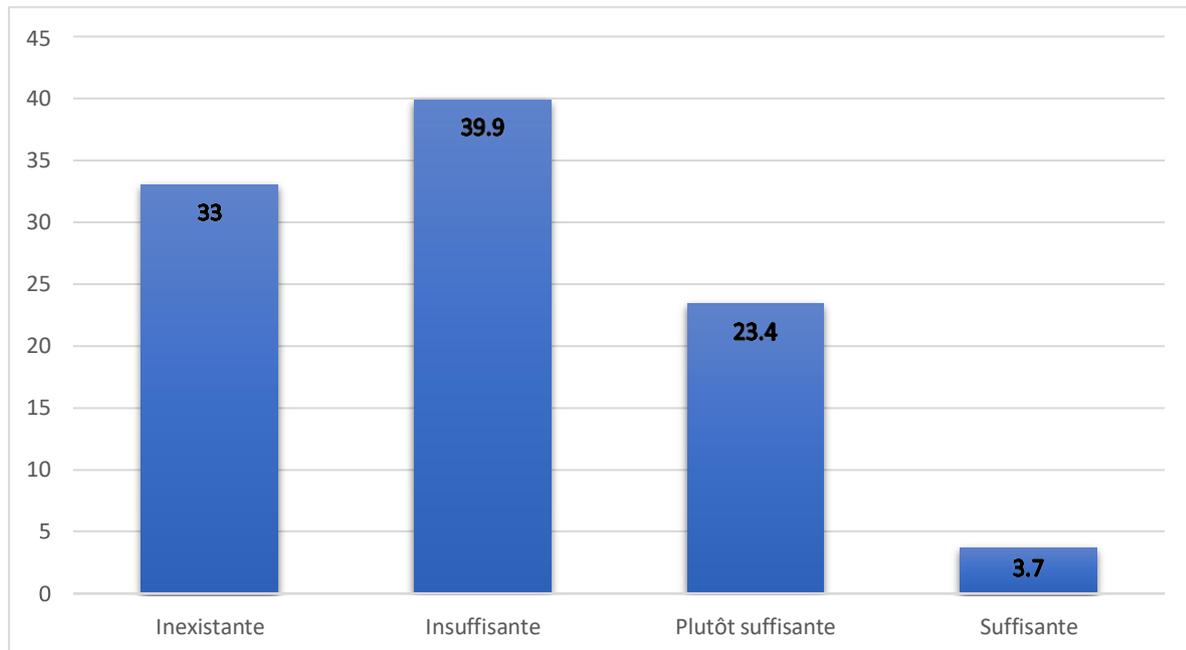
La population ayant répondu à notre étude comportait :

- 6.6% [IC 3.4-9.9] de médecins titulaires d'une formation en gynécologie ;
- 37.5% [IC 31.4-43.6] de médecins formés en médecine du sport ;
- 55.9% [IC 49.6-62.1] de diplômés de la capacité de médecine d'urgence (CAMU) ;
- 13.7% [IC 9.3-18.1] de praticiens formés en médecine manuelle.

Parmi les répondants, 21.5% [IC 16.3-26.7] précisaient détenir une autre formation parmi médecine aéronautique, médecine hyperbare, tabacologie et addictologie, nutrition, dermatologie, infectiologie, médecine de prévention, médecine tropicale, médecine de catastrophe, diplôme d'études spécialisées complémentaires (DESC) en médecine d'urgence, psychotraumatisme, réparation juridique du dommage corporel, mésothérapie.

A la question « Avez-vous été formé sur le post-partum ? », 25.2% [IC 19.2-31.2] des médecins ont répondu « oui » contre 74.8% [IC 68.8-80.8] ayant répondu « non ».

L'analyse de l'évaluation de la formation des médecins d'unités, jugée sur une échelle de 1 à 4, est résumée dans le graphique 1 :



Graphique 1 : Questions sur le ressenti sur la formation concernant le post-partum

Lorsqu'il leur était demandé ce dont ils auraient besoin comme supports supplémentaires de formation, les réponses obtenues étaient :

- Pour 76.1% [IC 70.3-82] une fiche de recommandation type ;
- Pour 60.6% [IC 53.8-67.3] une synthèse des recommandations HAS ;
- 27.1% [IC 20.9-33.2] répondaient des « Massive open online course » (MOOC) ;
- 15.1% [IC 10.2-20.1] des webinaires ;
- 17.9% [IC 12.6-23.2] des visio-conférences ;
- 6.4% [IC 2.9-9.9] estimaient ne pas avoir besoin de formation supplémentaire ;
- 2.8% [IC 0.4-5.2] demandaient des cours magistraux en présentiel.

4.3 Résultats concernant la pratique de la gynécologie générale

En ce qui concerne les questions en rapport avec les consultations de gynécologie en médecine générale, 75% [IC 69.3-80.7] des praticiens avaient déjà été sollicités par une femme militaire pour une consultation gynécologique.

Pour 47.9% [IC 41.3-54.5] des répondants, la santé de la femme faisait partie de leurs priorités, parmi les différentes spécialités médicales.

Le tableau 2 résume les diverses pratiques gynécologiques des médecins interrogés :

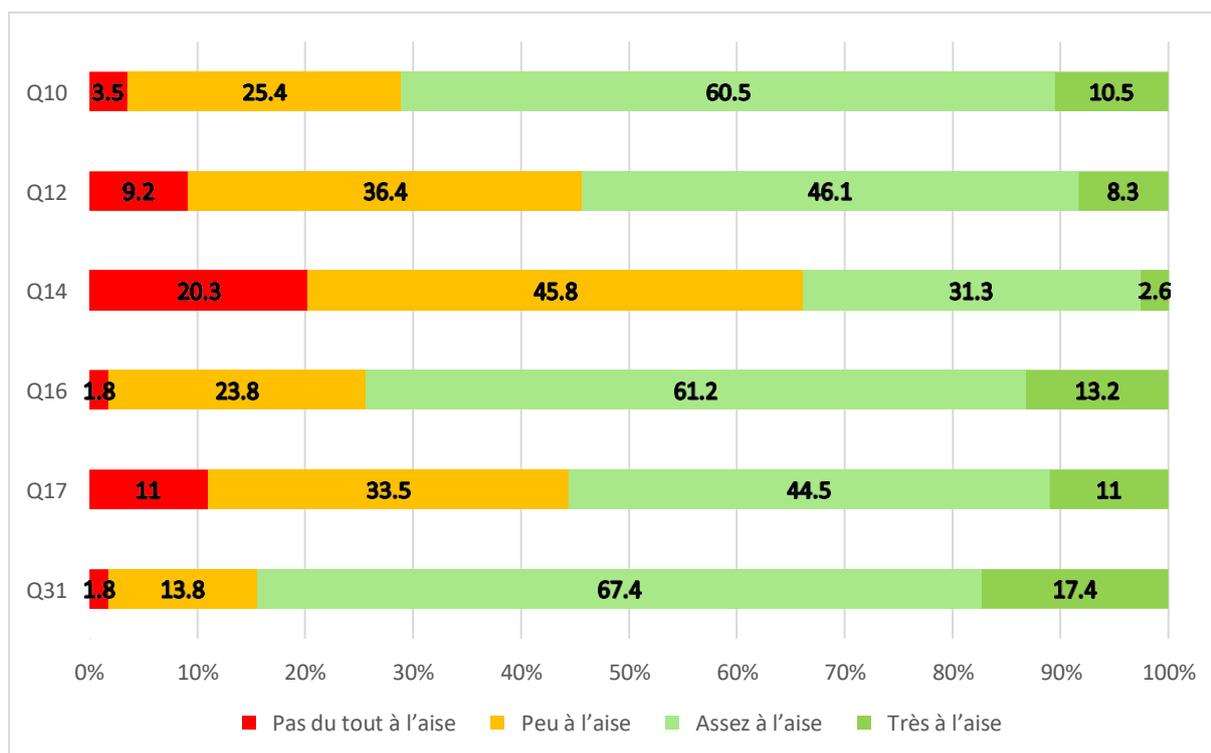
Items proposés pour qualifier les consultations de gynécologie réalisées	Pourcentage parmi les répondants [IC à 95%]
Consultation de suivi gynécologique dédiée	7.5 [4-11]
Renouvellement d'ordonnance simple de gynécologie	78.8 [73.4-84.1]
Dépistage	28.3 [22.4-34.2]
Prévention gynécologique	45 [38.5-51.5]
Lors des VMP	72.9 [67.1-78.7]
Consultation d'urgence gynécologique	33.8 [27.6-39.9]
Visite de reprise du post-partum	78.8 [73.4-84.1]
Jamais	4.6 [1.7-7.4]

Tableau 2 : Types de consultations gynécologiques des médecins répondants

Une réponse ouverte était proposée pour les médecins pratiquant une autre forme de consultation gynécologique, dont voici les résultats : déclaration de grossesse, consultation pré opération extérieure (OPEX), consultation d'urgence en OPEX uniquement, contraception orale ou pose d'implant, suivi de grossesse, suivi de la sportive, procréation médicalement assistée.

4.4 Résultats concernant la pratique de la gynécologie dans le post-partum

Le graphique suivant présente les réponses concernant le ressenti des médecins dans la pratique de la gynécologie chez les patientes militaires en post-partum :



- Q10 : Quel est votre ressenti sur la prise en charge des femmes en post-partum ?
- Q12 : Quel est votre ressenti vis-à-vis de la prescription de contraception en post-partum ?
- Q14 : Etes-vous à l'aise avec la prise en charge diététique des jeunes parturientes (conseils, orientation) ?
- Q16 : Quel est votre ressenti sur la prise en charge de la grossesse en général en unité ?
- Q17 : Quel est votre ressenti sur l'accompagnement de l'allaitement de vos patientes ?
- Q31 : Etes-vous à l'aise dans vos décisions d'aptitude dans la période du post-partum ?

Graphique 2 : Questions concernant le ressenti des médecins interrogés sur le post-partum

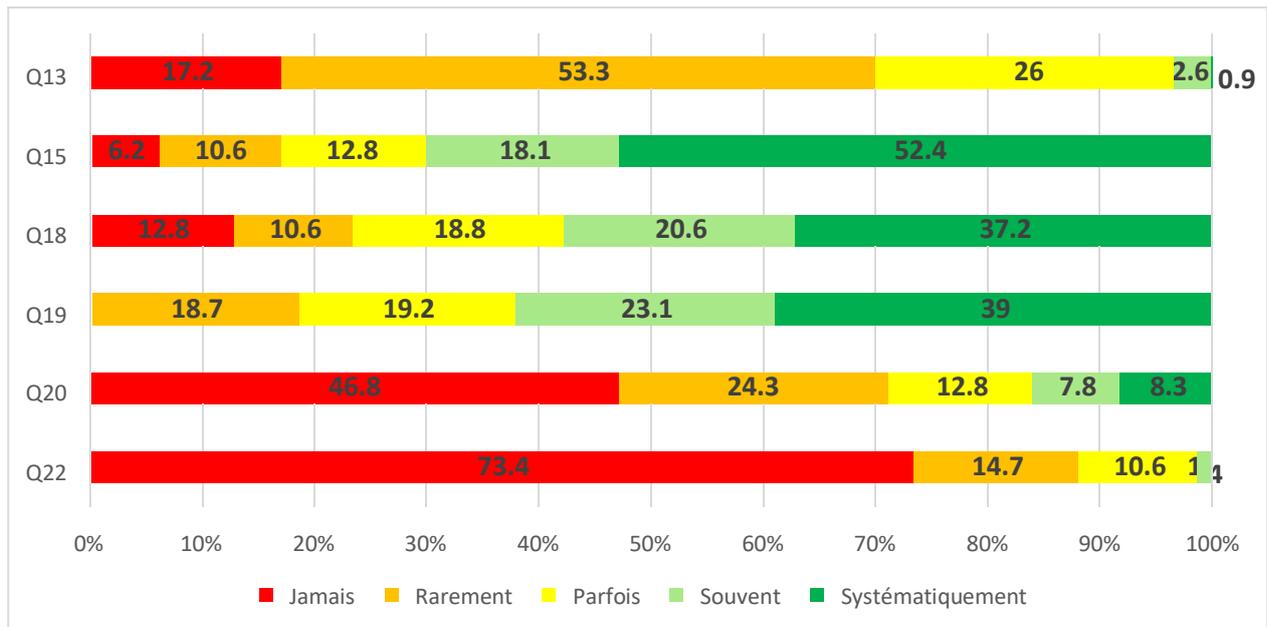
Les sujets abordés lors des visites de reprise en post-partum sont résumés dans le tableau suivant :

Items proposés concernant les sujets abordés avec les patientes lors de leur visite de reprise en post-partum	Pourcentage parmi les répondants [IC à 95%]
Allaitement	86 [81.2-90.7]
Contraception	80.3 [74.9-85.6]
Etat psychique ou humeur	80.3 [74.9-85.6]
Nutrition	12.3 [7.8-16.8]
Rééducation périnéale	94.7 [91.6-97.9]
Symptômes urinaires	70.6 [64.5-76.7]
Sport	93 [89.4-96.5]
Vécu, déroulement de l'accouchement	71.9 [65.5-78]
Vécu de la grossesse	54.4 [47.7-61.1]
Présence de l'entourage familial	50.4 [43.7-57.1]
Dysmorphophobie	2.6 [0.3-4.9]
Sommeil	54.8 [48.1-61.5]

Tableau 3 : Sujets abordés par les médecins interrogés, lors de la visite de reprise en post-partum

Une réponse ouverte était proposée si les médecins évoquaient d'autres sujet dont voici les résultats : santé de l'enfant, lombalgie, rééducation abdominale, vaccination, sexualité, mode de garde de l'enfant, appréhension de la reprise et contrainte identifiées (planning, difficulté avec la hiérarchie, ...), projet de carrière (OPEX, CCPM, ...).

Le graphique 3 présente les réponses aux questions s'intéressant aux pratiques des médecins à propos des complications tardives du post-partum :



Q13 : Etes-vous confronté à des patientes présentant des troubles psychologiques du post-partum ?

Q15 : Posez-vous la question des troubles urinaires en post-partum lors de la visite de reprise post congé maternité ?

Q18 : En post-partum, dépistez-vous l'incontinence urinaire d'effort ?

Q19 : En post-partum, dépistez-vous l'incontinence urinaire de non-effort ?

Q20 : En post-partum, dépistez-vous le prolapsus ?

Q22 : Demandez-vous des avis urologiques à l'urologue en lien avec le post-partum ou la grossesse ?

Graphique 3 : Pratique des médecins interrogés à propos des complications tardives du post-partum

Aux réponses 18, 19 et 20 nous avons demandé aux médecins ayant répondu « jamais » d'en préciser la raison.

Pour la question 18 concernant l'incontinence urinaire d'effort, sur les 28 répondants rapportant ne pas poser la question, 78.6% [IC 61.6-95.6] disaient ne pas y avoir pensé. Les autres répondants rapportaient ne pas évoquer le sujet car un « suivi sage-femme, gynécologique ou médecin traitant est généralement en place », que les patientes avaient « rarement repris le sport lors de cette consultation de reprise », qu'il était « trop tôt pour évoquer le sujet car en général la patiente n'a pas fini sa rééducation périnéale » ou enfin que le médecin interrogé « ne pratique jamais ce type de consultation ».

A la question 19 concernant l'incontinence urinaire en dehors de l'effort, 36 répondants rapportaient ne pas poser la question, 88.9% [IC 77.2-100] disaient ne pas y avoir pensé. Les autres répondants rapportaient ne pas évoquer le sujet pour les mêmes raisons que la question 18.

A la question 20 concernant le dépistage du prolapsus, sur 102 répondants rapportant ne pas poser la question, 73.5% [IC 64.5-82.6] disaient ne pas y avoir pensé. Les autres répondants rapportaient ne pas évoquer le sujet car un « suivi sage-femme, gynécologique ou auprès du médecin traitant est généralement en place », ils « ne réalisent pas d'examen gynécologique, ou n'ont pas été formés », « ne pas avoir le matériel pour réaliser un tel examen et ne pas souhaiter en faire », « ne pratique jamais ce type de consultation » ou « ne pas avoir été confronté à ce type de cas ».

A la question 21 lorsqu'il était demandé à l'ensemble des répondants s'ils savaient dépister les troubles périnéaux et leurs facteurs de risque, 48.6% [IC 41.8-55.5] ont répondu « oui » contre 51.4% [IC 44.5-58.2] « non ».

A la question 22 concernant le recours à un avis urologique en lien avec le post-partum, il était demandé aux médecins ayant coché y recourir « systématiquement », « souvent », « parfois » et « rarement », pour quelles pathologies ils avaient eu recours à cet avis. Pour 82.8% d'entre eux l'avis était demandé en cas de persistance d'une incontinence urinaire, 19.0% pour un prolapsus, 5.2% pour une infection urinaire, 3.4% pour la réalisation d'un bilan urodynamique et 1.7% pour une douleur cicatricielle.

4.5 Reprise du sport dans le post-partum

Vis-à-vis de la problématique de la reprise du sport en post-partum, 2.6% [IC 0.4-5.2] des répondants disaient ne pas du tout se sentir concernés, 13.8% [IC 9-18.6] peu concernés, 54.6% [IC 47.7-61.4] assez concernés et 28.9% [IC 22.7-35.1] très concernés.

Les critères sur lesquels se basent les médecins interrogés pour juger de l'aptitude d'une patiente à reprendre le sport sont résumés dans le tableau suivant :

Items proposés concernant les critères sur lesquels se basent les médecins interrogés pour la reprise du sport	Pourcentage parmi les répondants [IC 95%]
La rééducation périnéale	93.6 [90.1-97.1]
L'absence de douleurs abdominales	58.3 [51.5-65]
L'absence de douleur périnéale	69.7 [63.4-76.1]
L'absence de fuite urinaire	73.9 [67.8-79.9]
Le niveau sportif pré grossesse	41.3 [34.5-48]
La reprise du sport initiée par la patiente d'elle-même	78.4 [72.8-84.1]
L'état psychologique de la patiente	34.9 [28.3-41.4]
Le niveau de fatigue avec le temps de sommeil de la patiente	43.6 [36.8-50.4]

Tableau 4 : Critères de reprise du sport en post-partum selon les médecins interrogés

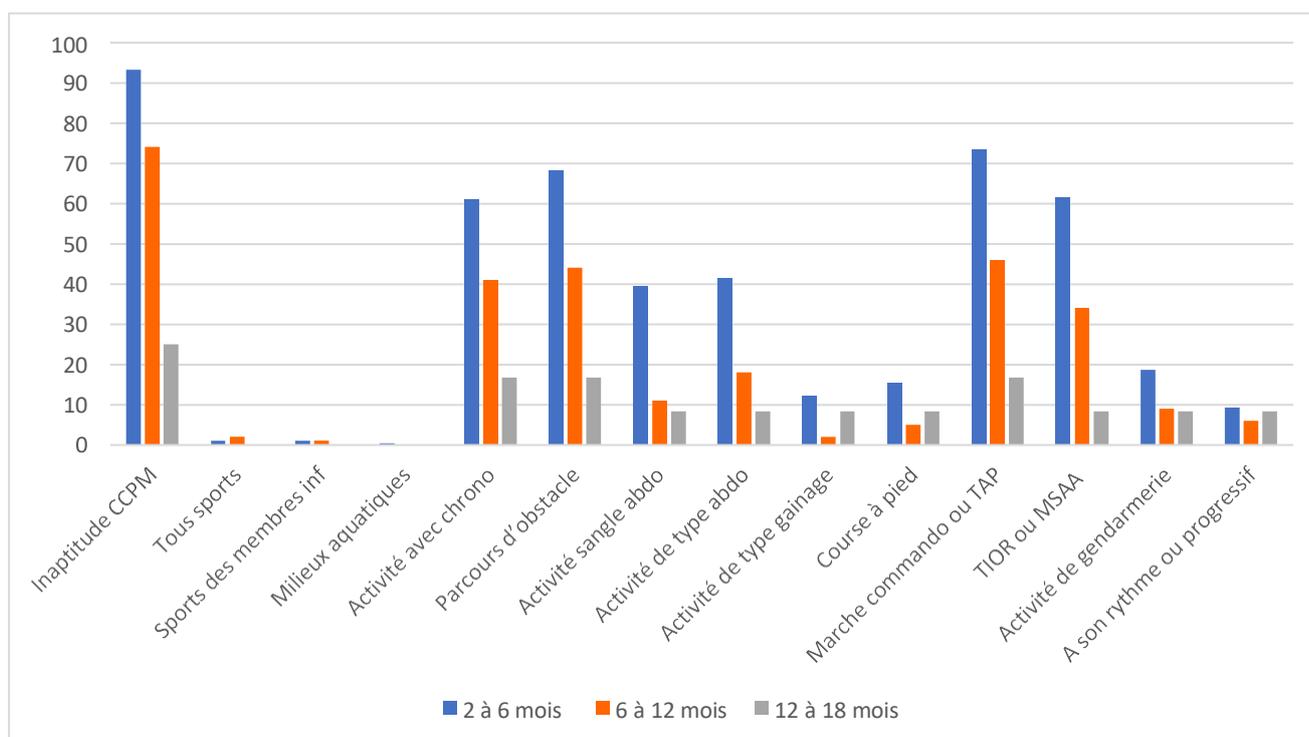
Une réponse ouverte était possible si les médecins évoquaient d'autres critères dont voici les résultats : la rééducation abdominale, la condition physique de la patiente, le poids et l'indice de masse corporelle (IMC) de la patiente, la prise de poids pendant la grossesse, le poids du bébé, l'absence de lombalgie et la restauration d'une tonicité correcte de la ceinture abdominale (Shirado-ito et Sorensen), l'état de santé (avec évocation de recherche d'une anémie notamment), la volonté et les objectifs de la patiente, le délai post accouchement, l'avis de la sage-femme réalisant le suivi et/ou la rééducation de la patiente , les impératifs professionnels et opérationnels. Un médecin évoquait « un délai minimum de 4 mois en post-partum avant la reprise du sport », un autre précisait « qu'il recommandait une phase de réentraînement progressive ». Enfin, un médecin rapportait « ne jamais pratiquer ce type de consultation ».

Le tableau 5 résume les délais nécessaires selon les médecins interrogées avant la reprise du sport après l'accouchement :

Délai avant la reprise du sport en post-partum selon médecins d'unité	Pourcentage inapte [IC à 95%]	Pourcentage apte avec restriction [IC à 95%]	Pourcentage apte sans restriction [IC à 95%]
2 à 6 mois en post-partum	7.8 [4-11.6]	88.5 [84.1-93]	3.7 [0.9-6.4]
6 à 12 mois	0.9 [0-2.4]	45.9 [39-52.7]	53.2 [46.4-60.1]
12 à 18 mois	0.5 [0-1.6]	5.5 [2.2-8.8]	94 [90.7-97.4]
18 à 24 mois	0.5 [0-1.6]	0.9 [0-2.4]	98.6 [96.8-100]
Plus de 24 mois	0.5 [0-1.6]	0.9 [0-2.4]	98.6 [96.8-100]

Tableau 5 : Délai de reprise du sport en post-partum avec ou sans restriction selon les médecins ayant répondu à notre étude

Lorsqu'une aptitude avec restriction était cochée par le répondant, il lui était demandé quelles restrictions étaient mise en place.



Graphique 4 : Restrictions d'aptitudes mises en place en post-partum

Pour les médecins ayant mis apte avec restriction entre 18-24 mois et plus de 24 mois, seuls deux répondants avaient proposé des aptitudes avec restriction. Ces chiffres étant trop faible pour en tirer des conclusions, ils ne sont pas retranscrits ici.

Nous avons également étudié les délais considérés comme nécessaires par les médecins interrogés pour obtenir une aptitude au CCPM, qu'elle soit assortie de restrictions ou non. Pour chaque durée envisageable, les participants pouvaient choisir entre les réponses « apte avec restriction », « apte sans restriction » ou ne pas se prononcer. Les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Délai de reprise des CCPM en post-partum selon les médecins d'unité	Pourcentage apte avec restriction [IC à 95%]		Pourcentage apte sans restriction [IC à 95%]		Pourcentage ne se prononçant pas [IC à 95%]	
Dès la reprise du travail (à 10 semaines de l'accouchement)	43.4	[37.4-49.4]	0		56.6	[50.6-62.6]
Entre 2 et 6 mois	42.7	[36.7-48.7]	2.8	[0.7-5.0]	54.4	[48.4-60.4]
Entre 6 et 12 mois	26.0	[20.7-31.3]	37.4	[31.5-43.2]	36.7	[30.8-42.5]
Entre 12 et 18 mois	2.8	[0.7-5.0]	67.3	[61.6-72.9]	29.9	[24.4-35.4]
Entre 18 et 24 mois	0		66.5	[60.9-72.2]	33.5	[27.8-39.1]
Après 24 mois du post-partum	0		0		0	

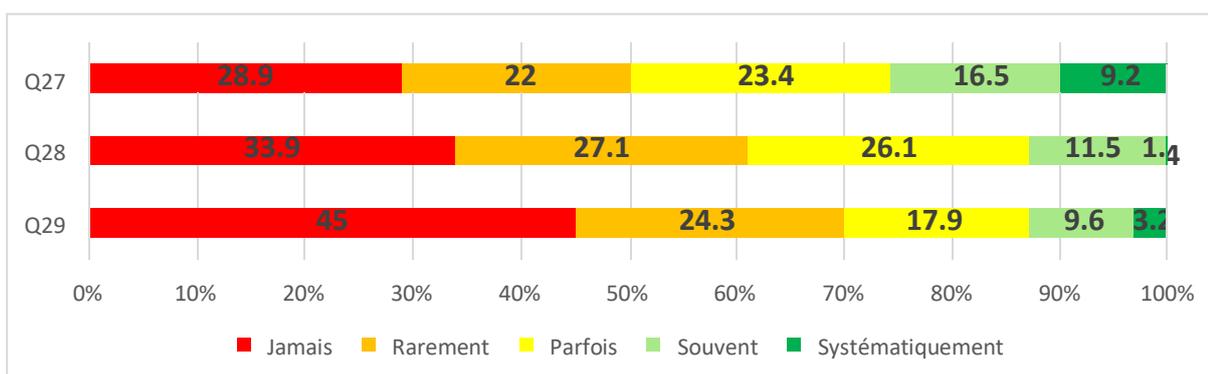
Tableau 6 : Délai de reprise des CCPM en post-partum avec ou sans restriction selon les médecins interrogés

L'intérêt de la mise en place d'un suivi de la reprise sportive chez les femmes en post-partum, coordonné par le médecin d'unité est résumé dans le tableau 7 :

Items concernant l'intérêt d'un suivi de reprise du sport en post-partum coordonné par le médecin d'unité	Pourcentage parmi les répondants [IC 95%]
Pas du tout d'intérêt	2.8 [0.4-5.2]
Peu d'intérêt	20.6 [15-26.2]
Assez d'intérêt	47.7 [40.8-54.6]
Beaucoup d'intérêt	28.9 [22.7-35.1]

Tableau 7 : Intérêt d'un suivi de reprise du sport en post-partum coordonné par le médecin d'unité selon les médecins interrogés

Le graphique suivant présente les réponses aux questions s'intéressant aux pratiques des médecins concernant l'orientation vers les moniteurs EPMS en post-partum :



Q27 : A quelle fréquence orientez-vous les femmes militaires vers les moniteurs d'entraînement physique militaire et sportif (EPMS) pour la reprise encadrée du post-partum ?

Q28 : Dans la pratique courante, pour vos patients masculin/féminins en dehors du post-partum ou de la grossesse, utilisez-vous les fiches EPMS ?

Q29 : Chez vos patientes, dans le cadre du post-partum utilisez-vous [les fiches EPMS] ?

Graphique 5 : Pratique des médecins interrogés concernant l'orientation vers les moniteurs EPMS

4.6 Analyses statistiques

En analysant les variables de ressenti des médecins face à la reprise du sport en post-partum chez les femmes militaires par ACM combinée à la CAH, nous obtenons tout d'abord le dendrogramme (figure 4) suivant :

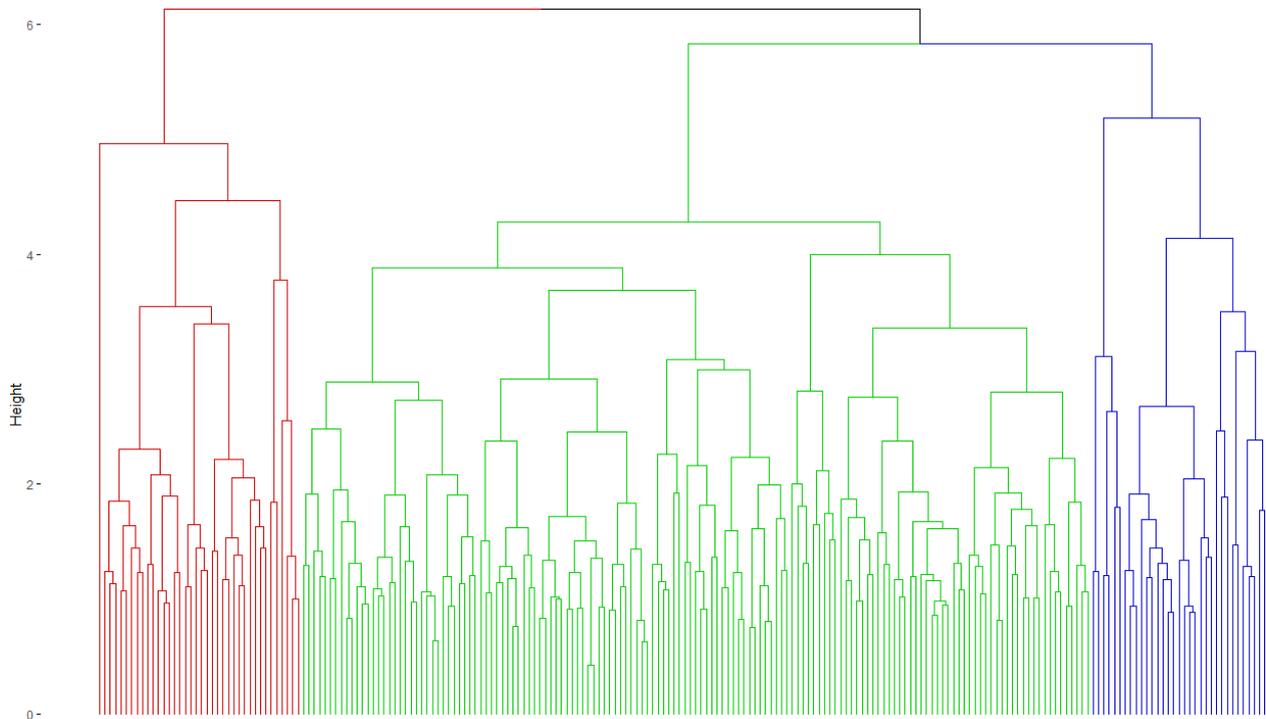


Figure 4 : Dendrogramme des groupes de pratiques et ressenti en santé de la femme militaire en post-partum (n=218).

Celui-ci s'interprète du bas, où les médecins avec les réponses les plus proches sont associés 2 à 2, vers le haut, où on obtient 3 groupes de comportement distincts représentés en couleurs rouge, verte et bleue.

Dans le graphique suivant, nous avons représenté les 3 groupes de comportement de réponses à notre questionnaire selon les axes de l'ACM. L'axe horizontal va de la gauche, correspondant à des profils répondants être à l'aise et pratiquer la gynécologie, les consultations du post-partum et l'aptitude au sport dans ce contexte, vers la droite correspondant à des profils répondants ne pas être à l'aise et ne pas pratiquer ce type de consultations. L'axe vertical ensuite, s'intéresse aux ressentis seuls : en haut les réponses extrêmes c'est-à-dire les médecins ayant répondu être très à

l'aise ou pas du tout à l'aise et en bas les ressentis plus modérés. Nous obtenons donc le graphique 5 suivant :

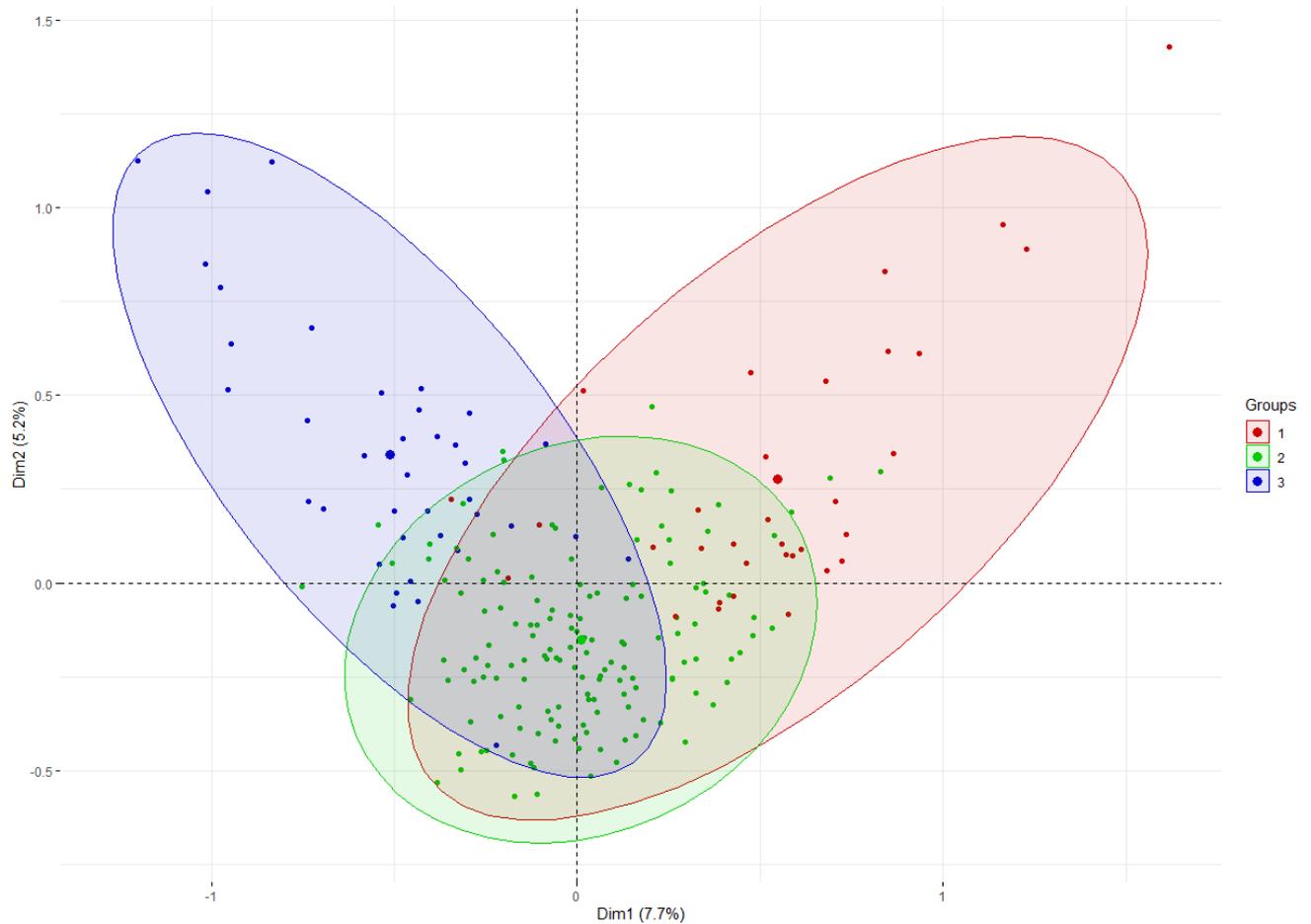


Figure 5 : Représentation des groupes de pratiques et ressenti en santé de la femme militaire en post-partum (n=218)

Les profils identifiés par la CAH peuvent être caractérisés comme suit :

- Groupe 1 (en rouge sur les graphiques) (n = 32) : Individus jeunes, majoritairement masculins et sans enfant. Ils semblent peu à l'aise en gynécologie et n'en faisant pas leur priorité. Aucune personne de ce groupe n'a suivi de formation supplémentaire en gynécologie.
- Groupe 2 (en vert) (n = 138) : Groupe représentant la majorité des effectifs et l'intermédiaire des deux premiers dans toutes les caractéristiques présentées ci-dessus.
- Groupe 3 (en bleu) (n = 48) : Individus plus âgés, majoritairement féminins et ayant des enfants. Très à l'aise, très sollicités et faisant de la médecine de la femme une de leurs

priorités. Aussi le groupe ayant suivi le plus de formation en gynécologie ou médecine du sport.

Les 3 sous-populations identifiées, nommées dans les groupes 1, 2 et 3 précédemment, sont regroupées dans le tableau suivant :

		Groupe 1 (rouge) n (%) [IC à 95%]	Groupe 2 (vert) n (%) [IC à 95%]	Groupe 3 (bleu) n (%) [IC à 95%]	P value
Sexe	Femme	12 (37.5) [19.2- 55.8]	88 (63.8) [55.4- 72.2]	43 (89.6) [79.9- 99.3]	<0.001
	Homme	20 (62.5) [44.2- 80.8]	50 (36.2) [27.8- 44.6]	5 (10.4) [0.7-20.1]	
Age	27-34	20 (62.5) [44.2- 80.8]	76 (55.1) [46.4- 63.7]	17 (35.4) [20.8- 50.0]	0.018
	35-44	7 (21.9) [6.0-37.8]	51 (37.0) [28.5- 45.4]	27 (56.2) [41.2- 71.3]	
	45 et +	5 (15.6) [1.5-29.8]	11 (8.0) [3.1-12.9]	4 (8.3) [0.0-17.2]	
Enfants	Non	19 (59.4) [40.8- 78.0]	53 (38.4) [29.9- 46.9]	9 (18.8) [6.7-30.8]	<0.001
	Oui	13 (40.6) [22.0- 59.2]	85 (61.6) [53.1- 70.1]	39 (81.2) [69.2- 93.3]	
Formation de gynécologi e	Non	32 (100) [98.4-100]	132 (95.7) [91.9- 99.4]	39 (81.2) [69.2- 93.3]	0.002
	Oui	0 (0.0) [0.0-1.6]	6 (4.3) [0.6-8.1]	9 (18.8) [6.7-30.8]	

Formation de médecine du sport	Non	20 (62.5) [44.2-80.8]	89 (64.5) [56.1-72.8]	27 (56.2) [41.2-71.3]	0.597
	Oui	12 (37.5) [19.2-55.8]	49 (35.5) [27.2-43.9]	21 (43.8) [28.7-58.8]	
Ressenti global	Peu à l'aise	9 (28.1) [11.0-45.3]	15 (10.9) [5.3-16.4]	1 (2.1) [0.0-7.2]	<0.001
	Normalement à l'aise	23 (71.9) [54.7-89.0]	116 (84.1) [77.6-90.5]	19 (39.6) [24.7-54.5]	
	Très à l'aise	0 (0.0) [0.0-1.6]	7 (5.1) [1.0-9.1]	28 (58.3) [43.3-73.3]	
Sollicitation gynécologique	Non	10 (31.2) [13.6-48.9]	34 (24.6) [17.1-32.2]	7 (14.6) [3.6-25.6]	0.192
	Oui	22 (68.8) [51.1-86.4]	104 (75.4) [67.8-82.9]	41 (85.4) [74.4-96.4]	
Priorisation santé de la femme	Non	22 (68.8) [51.1-86.4]	74 (53.6) [44.9-62.3]	16 (33.3) [19.0-47.7]	0.006
	Oui	10 (31.2) [13.6-48.9]	64 (46.4) [37.7-55.1]	32 (66.7) [52.3-81.0]	

Tableau 8 : Caractéristiques des différents groupes identifiés par l'ACM (n=218).

5 Discussions

5.1 Forces et limites de notre étude

5.1.1 Forces

Tout d'abord notons un taux de réponses élevé de 36.4% à notre questionnaire. Cela nous permet d'avoir une bonne puissance pour l'analyse de notre travail. Ceci peut être expliqué par le fait que la population ciblée soit également des praticiens, qui sont d'une part eux-mêmes sensibles aux problématiques de la recherche, d'autre part ceux-ci sont également militaires et l'entraide entre praticiens diplômés et internes est très présente dans ce milieu.

La large diffusion de notre questionnaire à tous les médecins des forces à l'échelle national y compris en outre-mer est également un point fort de notre étude, augmentant les chances d'obtenir des réponses des praticiens.

L'accessibilité via le poste de travail a très probablement contribué à la participation élevée des médecins généralistes militaires.

Nous avons travaillé en collaboration avec le CESP pour analyser nos résultats ce qui est une force non négligeable de notre étude.

Enfin notre sujet est plutôt novateur avec peu de travaux sur ce thème précis. La féminisation des Armées est un sujet d'actualité depuis quelques années et il en est de même pour la santé de la femme. Ainsi notre étude s'inscrit dans cet environnement contemporain. De nombreux débats actuels et textes de lois tendent à favoriser le retour au travail de la jeune mère dans de bonnes conditions.

5.1.2 Limites

Comme dans tous questionnaires, les réponses étant déclaratives nous sommes sujets au biais de mémoire et à la subjectivité des répondants.

Il existe également un biais d'information puisque les médecins répondants à notre étude sont possiblement ceux présentant une appétence pour le sujet. Nous pouvons supposer que ceux ne s'y intéressant pas n'ont probablement pas participé. De plus même si le milieu militaire est en pleine féminisation, il reste néanmoins un environnement de tradition masculine. Certains médecins d'unité ne sont donc que très peu confrontés à notre problématique d'étude.

Enfin nous avons fait le choix de proposer un questionnaire à réponses multiples et non un questionnaire à réponses ouvertes pour faciliter notre analyse des résultats. Or nous avons donc pu induire des biais du fait de l'orientation des propositions de réponses.

5.2 Discussion sur la population d'étude

La population étudiée n'est pas complètement représentative de la population des médecins militaires français. En effet d'après le Médecin Général Colcombet, chef de la Division Organisation de la Direction de la médecine des forces (DMF), au 6 octobre 2023, environ 48% des médecins d'unité sont des femmes alors que notre étude comporte 65.1% de répondants féminins. Ainsi les médecins militaires féminines sont plus représentées dans notre population d'étude que dans la population cible. Nous pouvons supposer que les femmes médecins militaires se sentent plus concernées par la question de la reprise du sport en post-partum que les hommes, d'où leur plus fort taux de réponse. Ceci rejoint notre analyse statistique avec les profils identifiés par la CAH où le groupe 3 correspondant aux médecins très à l'aise avec la santé de la femme, comprend majoritairement des médecins féminins.

La moyenne d'âge des répondants à notre étude de 36.11 ans est représentative de la moyenne d'âge des médecins des forces en activité. En effet elle est d'environ 35ans d'après le Médecin Général Colcombet au 6 octobre 2023.

Nous constatons une plus grande représentation des médecins soutenant des unités d'armée de terre dans notre étude. Cela reflète la distribution des armées soutenues par les praticiens militaires. Ces constatations sont en concordance avec la répartition des antennes médicales militaires et le type d'armée soutenue, telles que rapportées par la Direction Centrale du Service de Santé des Armées (DCSSA) en 2021. En revanche l'évaluation de la représentation des autres armées soutenues est plus complexe.

5.3 Discussion sur la pratique gynécologique dans les armées

Parmi les médecins interrogés, trois-quarts ont déclaré avoir déjà été sollicité par des patientes militaires pour une consultation de gynécologie. De plus, près de la moitié des répondants précisaient que le domaine de la santé de la femme fait partie de leurs priorités de pratique. Ces

premiers résultats sont conséquents et justifient notre questionnement sur la pratique de la santé de la femme par les médecins militaires. Dans un milieu préférentiellement masculin que sont les armées, les femmes sont de plus en plus représentées et leur santé et leurs spécificités doivent être prises en compte. Rappelons-le, les médecins non confrontés à des militaires féminins ou ceux moins intéressés par la pratique gynécologique ont pu ne pas répondre à notre étude. Cela sur estime sûrement les résultats cités ci-dessus.

La santé de la femme englobe de nombreuses particularités. Nous en avons cité quelques-unes des plus courantes dans notre questionnaire, qui peuvent être rencontrées en médecine militaire. Nous avons mis en évidence que les visites de reprise du post-partum faisaient partie des consultations les plus fréquentes en gynécologie, avec le renouvellement d'ordonnance. Ce type de consultation souligne l'importance de s'intéresser à la période du post-partum. Il est à noter que les médecins répondants à notre questionnaire déclaraient pratiquer la gynécologie en VMP pour 72.9% d'entre eux. Ce pourcentage a également été retrouvé par le Dr De Rambuteau dans son travail de thèse (3). Les VMP demandant de faire un point sur l'état de santé des militaires, la gynécologie devrait être systématiquement abordée avec les patientes. Que ce soit pour faire de la prévention de cancers gynécologiques, interroger les patientes sur leur contraception, discuter du risque d'infection sexuellement transmissible, aborder leur volonté de grossesse...la gynécologie devrait être systématiquement intégrée à la visite médicale d'aptitude.

5.4 Le ressenti des médecins généralistes militaires sur la période du post-partum

Nous pouvons observer que trois-quarts des médecins se sont déclarés assez à l'aise ou très à l'aise vis-à-vis de la prise en charge du post-partum en général. Il en est de même vis-à-vis de la grossesse en unité. Dans sa thèse, le Dr De Rambuteau retrouvait que 220 médecins sur 243 (soit 90.5%) interrogés estimaient ne pas avoir de difficulté avec la reprise à l'issue du congé maternité.

Seulement la moitié des répondants se disent assez à l'aise ou très à l'aise avec la prescription de contraception en post-partum ou avec l'accompagnement de l'allaitement. Ces questions sont souvent abordées avec la sage-femme en sortie de maternité et justifie que les médecins généralistes ne soient pas au fait de cette pratique. Pour autant il nous semble essentiel que le médecin s'interroge sur la prise de contraceptif des patientes. Même s'il n'est pas que du ressort du médecin d'unité, s'assurer que la patiente soit bien accompagnée dans son allaitement paraît également important. La jeune mère revoit souvent son médecin généraliste militaire lors de la

visite de reprise du travail et sa poursuite de l'allaitement peut engendrer des adaptations de poste. L'article R1225-5 du code du travail (55) permet aux femmes souhaitant allaiter d'adapter leur temps de travail à raison d'une heure par jour en cumulé. C'est au médecin militaire dans son rôle de médecin du travail cette fois, d'accompagner les patientes dans ce domaine et de les informer de leurs droits. Son statut de conseiller auprès du commandement l'invite également à discuter des adaptations de poste possible auprès des commandants de compagnie si la patiente ne parvient pas à trouver de solution. La période du post-partum est source de stress et d'anxiété. Le retour au travail après le congé maternité l'est d'autant plus. Il est essentiel que les patientes se sentent accompagnées, écoutées et que leurs droits soient respectés.

5.4.1 Le point de vue des médecins militaires sur l'activité physique en post-partum

Dans sa thèse, le Dr De Rambuteau identifiait 97 médecins parmi les 243 interrogés (soit 40%) déclarant avoir été confrontés à des patientes présentant des pathologies suite à la grossesse ou à l'accouchement et en lien avec leur pratique sportive. Les problématiques en lien avec le post-partum étaient citées en deuxième position des types de pathologies auxquelles les médecins militaires étaient confrontés, en lien avec les activités sportives (3). Ce sujet semble donc souvent rencontré en médecine générale militaire. Plus de trois-quarts des répondants ont affirmé se sentir très concernés ou assez concernés par la problématique de la reprise du sport chez les patientes en post-partum. Ce pourcentage est plus élevé qu'attendu et s'inscrit dans la lignée des réponses citées plus haut justifiant notre questionnement sur ce sujet. Les commentaires libres recueillis dans l'étude du Dr Guillemin, rapportaient que la majorité des femmes sondées regrettaient de ne pas avoir été accompagnées par leur unité pour retrouver le niveau physique demandé (5). Ces résultats du côté des patientes ne semblent pas concordants avec ce que déclarent les généralistes militaires dans notre étude. Cela peut être dû à un manque de communication soignant-soigné. Les médecins s'assureraient de la bonne santé de leurs patientes dans le post-partum sans pour autant leur apporter de conseils sur leur reprise sportive ni les orienter vers des professionnels adaptés. Il serait intéressant de mettre en lien les patientes avec les moniteurs EPMS, pouvant les accompagner dans cette reprise sportive. Ces professionnels sont formés à la reprise sportive après un arrêt prolongé et connaissent les objectifs opérationnels attendus pour les militaires.

Dans notre étude nous pouvons remarquer une faible orientation des patientes vers les moniteurs EPMS par les médecins d'unité dans le contexte du post-partum. Seulement un quart des praticiens ont déclarés orientés systématiquement ou souvent leurs patientes. Cela peut tout d'abord être dû à un manque de communication entre le bureau des sports et les médecins d'unité, sur la possibilité de cette orientation. Il est possible que la majorité des médecins militaires ne soit pas au fait des compétences des moniteurs EPMS sur l'accompagnement des patientes lors de la reprise de l'activité physique après leur accouchement. Près d'un quart des médecins disaient les orienter parfois. Il aurait été intéressant de leur demander dans quelle circonstance. En effet nous pouvons supposer qu'un tri entre les patientes est fait par ces praticiens sur l'intérêt de l'encadrement d'une reprise sportive. Dans certaines unités, des « fiches EPMS » existent pour adresser des militaires au moniteurs de sport dans un but d'encadrement sportif. Ces fiches ne sont pas uniformisées entre les régiments, et peu en sont dotés. Les moniteurs de sports n'en eux même pas toujours connaissance. Dans notre étude 12.9% des répondants seulement déclaraient en faire l'usage systématiquement ou souvent pour adresser des patients masculins ou féminins en dehors du contexte du post-partum. Plus d'un quart des médecins (26.1%) les utilisaient parfois et 61% des praticiens rarement voire jamais. Ces résultats peuvent être en rapport avec le manque de fiche dans la majorité des unités, ne permettant donc pas aux médecins de les utiliser. A noter que lorsque nous posons spécifiquement la question de l'orientation en période de post-partum, les médecins s'en servant continuaient à le faire mais les médecins n'utilisant que parfois et rarement ces fiches déclaraient ne plus du tout s'en servir dans ce cadre. Or les moniteurs de sports semblent des professionnels adaptés pour cet encadrement.

5.4.2 L'aptitude sportive

La reprise du sport dans le post-partum est soumise à l'aptitude médicale. Il est intéressant de relever que pour 84.8% des répondants, les décisions d'aptitude dans la période post-partum ne sont pas un problème. Ils se sentent assez à l'aise voire très à l'aise avec le sujet. Dans notre étude nous avons interrogé les médecins militaires sur les critères qu'ils estimaient importants pour influencer l'aptitude de la patiente à reprendre le sport. Plus de la moitié des répondants déclaraient se baser sur la réalisation de la rééducation périnéale par la patiente, la reprise du sport déjà initiée par la patiente elle-même, l'absence de fuite urinaire, l'absence de douleur périnéale et l'absence de douleur abdominales. Certains praticiens ajoutaient en commentaire qu'ils se

basaient également sur le niveau sportif pré-grossesse, la prise de poids pendant la grossesse et les tests de la ceinture abdomino-lombaire de Shira-ito et Sorensen. Nous pourrions ajouter à cela les impératifs professionnels auxquels sont soumises les patientes selon leur spécialité. Il serait intéressant d'ajouter ces critères pour la décision d'aptitude, sur un support écrit dédié à l'aide à la reprise du sport en post-partum.

Entre 6 et 12 mois, plus de la moitié des médecins estimaient que leurs patientes étaient aptes à reprendre leur activité physique sans restriction. Cette période nous semble trop courte au vu des recommandations françaises et étrangères. L'autre moitié jugeait que les patientes nécessitaient des restrictions d'aptitude. Les CCPM étaient la restriction principale dans 74% des cas. Cette période en revanche nous semble plus en accord avec la proposition des auteurs canadiens incitant à respecter un délai d'un an (48).

Entre 12 et 18 mois du post-partum, 94% des médecins déclaraient valider l'aptitude de leurs patientes sans restriction. Seulement cela n'est pas en accord avec les résultats du Dr Guillemin. Parmi les 120 femmes militaires françaises interrogées, 39% estimaient qu'une année était insuffisante pour retrouver leur condition physique pré grossesse. De plus, 40% des patientes interrogées ne retrouvaient pas leur capacité physique initiale à 1 an de l'accouchement et donc leur capacité opérationnelle. Les raisons pouvant expliquer ces réponses étaient que les symptômes liés à la grossesse gênaient 63% des patientes militaires interrogées (5). Dans sa thèse, le Dr Guillemin conclue qu'une période d'un an ne permet pas un retour optimal, sans séquelle, à la pratique du sport militaire et surtout à une capacité opérationnelle. Il proposait alors une inaptitude au sport militaire de 6 mois avec une aptitude « sport à son rythme ». Il proposait que la capacité à se présenter aux épreuves CCPM à 12 mois soit réévaluée en fonction de la reprise d'activité physique de la patiente, de la présence ou non de symptômes et de la contrainte du post occupé. Cela pourrait se faire lors d'une visite médicale dédiée, à 1 an de l'accouchement.

Les recommandations françaises n'étant pas aussi précises sur le sujet et les délais. Il nous est donc difficile de comparer la pratique des médecins à celles-ci. Nous pouvons tout de même remarquer que la visite de reprise du travail se faisant après le congé maternité, est souvent réalisée à environ 3 mois de l'accouchement (10 à 13 semaines). Selon les recommandations françaises, les patientes pourraient reprendre les activités avec impact au sol une fois la vérification d'une bonne fonction périnéale faite. Il pourrait donc être intéressant que le médecin d'unité s'assure plutôt de cette bonne fonctionnalité ou qu'il s'assure qu'un autre professionnel de santé l'ait fait, plutôt que de connaître l'avancée de la rééducation périnéale en soit.

Il nous semble évident que la question de la reprise du sport soit à adapter à chaque patiente en post-partum. Un protocole établi de manière à aider les jeunes mères serait nécessaire mais celui-ci pourrait être adapté selon le niveau sportif pré-grossesse, le déroulement de celle-ci avec la poursuite d'une activité physique ou non, le déroulement de l'accouchement, les complications du post-partum et les symptômes décrits par la patiente lors de la reprise sportive.

Il est intéressant de relever que les médecins des forces considéraient la course à pied comme peu traumatique pour les patientes en post-partum. En effet elle n'était contre-indiquée que par 15.5% d'entre eux dès la visite de reprise entre 2 et 6 mois après l'accouchement. Il aurait été plus précis de développer le type de course à pied, terme ici très général car nous ne savons pas si les praticiens considéraient les patientes de nouveau aptes à courir en groupe, avec leur section militaire, ou seule. En effet la précision « sport à son rythme » pouvant être ajouté au certificat d'aptitude n'était que très rarement ajoutée par 9.3% des médecins d'unité entre 2 et 6 mois du post-partum. Or dans l'étude américaine publiée en octobre 2022 dans l'IJSPT (45), les auteurs décrivaient une reprise très progressive de la course à pied possible après la huitième semaine du post-partum chez les femmes préalablement sportives. La condition évoquée par les auteurs à cette reprise serait que la patiente puisse être capable de marcher au moins 30 minutes sans présenter de symptômes. De plus elle devrait pouvoir tolérer les six tâches de l'échelle de préparation à la course à pied comprenant les steps up, les wall sits, les single leg et double leg squats, ainsi que la planche à raison d'une minute chacun. La reprise de la course se ferait d'après un programme cité dans l'article avec intégration de très courtes séances de jogging de moins de 20 secondes pendant la marche, en fonction du déroulé de l'accouchement et des complications périnéales. La surveillance proposée devra être accrue vis-à-vis de l'apparition de symptômes dans les 48 heures suivant l'entraînement. Celui-ci ne devra pas durer plus de 20 minutes au total et comprendre des temps de repos deux fois plus longs que les temps de course. Ainsi nous pourrions considérer qu'une reprise de la course chez les patientes militaires, dont le niveau sportif n'est pas toujours celui des athlètes étudiées dans l'article, pourrait s'effectuer au moment de la visite de reprise du travail. Le kilométrage pourrait ensuite être augmenté progressivement en augmentant la vitesse sur de courtes périodes tout en poursuivant l'alternance avec de la marche et du repos. Les auteurs de l'article cité proposent une augmentation du volume d'entraînement lente à raison de 2 à 10% par semaine selon les symptômes de la sportive, et selon les recommandations de l'American college of sports medicine (45). Ce protocole pourra être intégré à la proposition de fiche support prévue dans les suites de ce travail.

Enfin lors de l'analyse de nos résultats nous avons mis en évidence un défaut dans l'encodage de la question 26 de notre questionnaire. Cela nous permet difficilement d'en tirer des conclusions. Nous aurions dû insérer une modalité spécifique dans la création de notre questionnaire consistant à rendre les réponses impossibles une fois la case « apte sans restriction » cochée, pour une période donnée.

5.4.3 La visite de reprise du travail

La visite de reprise du post-partum semble une consultation adaptée à la discussion de la reprise du sport. Comme présentée dans le prérequis de ce travail, elle est systématique pour toutes les patientes après leur accouchement et à distance de celui-ci. Les femmes terminent leur congé maternité de 10 à 13 semaines en moyenne chez une primipare ou pour un deuxième enfant, plus pour des jumeaux, une grossesse pathologique ou un troisième enfant. Dans notre questionnaire, 93% des médecins déclaraient aborder la question du sport lors de cette consultation. Nous n'avons pas demandé de précisions sur les questions posées concernant le type d'activité physique reprise et cela pourrait être un sujet à développer par la suite. Si le médecin d'unité est souvent formé à la médecine du sport, il peut proposer lui-même un protocole de reprise d'activité physique pour les patientes. Comme nous l'avons déjà évoqué, il serait intéressant de mettre les patientes en lien avec les moniteurs EPMS à ce moment. Ceci pourrait se faire par le biais de fiches de suivi type « fiches liaison » établies avec le bureau des sports, pouvant être une modification des « fiches EPMS » déjà existantes dans certaines unités. Elles permettraient au médecin d'unité de renseigner des informations essentielles aux moniteurs EPMS pour l'accompagnement des patientes, en accord avec celles-ci sans rompre le secret médical. En échange celui-ci retournerait le suivi de l'évolution sportive de la patiente. Ces fiches inciteraient à une communication en « aller-retour » entre le moniteur EPMS et le médecin d'unité pour effectuer un suivi de l'avancée des patientes tout au long de leur reprise sportive. Ainsi selon les progrès réalisés, le médecin militaire adapterait les aptitudes sportives de la patiente.

5.4.4 Les complications tardives du post-partum

Les sujets abordés lors de la visite de reprise du travail après l'accouchement sont multiples. Nous en avons listé certains dans notre questionnaire. Il est pertinent de souligner que le thème

de la rééducation périnéale a été le plus cité par les médecins répondants, juste devant le sport. Au vu des recommandations mondiales et du CNGOF, la rééducation périnéale ne serait pas un passage obligatoire pour les patientes. En effet si elles ne sont pas symptomatiques, nombreux sont les centres experts ne retenant pas son indication. En revanche la rééducation périnéale reste une étape recommandée par la HAS (39) et est également inscrite dans le manuel d'entraînement sportif du CNSD (51). Une sensibilisation auprès des médecins généralistes serait importante au sujet de la rééducation périnéale, des attentes que nous pouvons en avoir et des profils de patientes à qui elle pourrait bénéficier.

Il est intéressant de noter dans nos résultats que la question des symptômes urinaires est un sujet souvent abordé (70.6% des répondants) mais ne l'est pas systématiquement. Or le Dr Guillemin a bien mis en évidence un impact néfaste des symptômes du post-partum (comprenant l'incontinence urinaire d'effort) sur la qualité de vie des femmes. Il semble raisonnable de supposer que ces symptômes pourraient entraîner des conséquences négatives sur les performances physiques des femmes militaires. Les troubles urinaires sont vus comme tabou par les femmes, qui n'osent pas en parler à leur médecin (5). C'est donc le rôle du médecin généraliste (militaire ici) d'interroger les patientes à ce sujet, et ce de manière systématique. Nous observons tout de même dans notre étude que 57.8% des médecins d'unité déclaraient dépister systématiquement ou souvent l'incontinence urinaire d'effort et 62.1% l'incontinence urinaire de non-effort chez leurs patientes lors de la visite de reprise. Cette complication est donc la plus recherchée par les médecins généralistes militaires, par rapport aux troubles psychologiques et au prolapsus par exemple. Ceci est une bonne chose au vu de sa fréquence et de son impact. Mais notons que 78.6% des médecins ne dépistant pas l'incontinence urinaire disaient ne pas y avoir pensé. Il y a donc un intérêt certain à renforcer l'information sur les complications du post-partum donnée aux praticiens militaires.

Les commentaires sur cette partie ont attiré notre attention. Certains médecins répondant ont évoqué ne pas poser la question de l'incontinence urinaire d'effort aux patientes car « *les patientes ont rarement repris le sport lors de cette consultation de reprise du travail* », ou « *qu'il était trop tôt pour évoquer le sujet car la rééducation périnéale n'est pas terminée* ». Seulement, l'incontinence urinaire d'effort consiste également en la perte d'urine aux rires, à la toux, lors d'un port de charge et pas seulement lors d'un exercice physique. Ainsi elle doit être dépistée pour permettre d'autant plus au praticien réalisant la rééducation périnéale, puis à l'encadrant de la reprise sportive d'adapter son protocole. Un suivi de son évolution peut en effet être

effectué au fil des consultations pour observer ou non sa disparition. Enfin certains médecins justifiaient ne pas évoquer le sujet « *car un suivi sage-femme, gynécologique ou avec le médecin traitant était généralement en place* ». Cette réponse dédouane le médecin militaire de la prise en charge « soignante » qui l'incombe. La double casquette médecine du travail-médecine de soin peut inciter à ne pas utiliser les deux en même temps. La visite de reprise du travail est bien une visite imposée par la médecine du travail. Mais le médecin reste soignant et il est essentiel qu'il conserve un regard comme tel pour accompagner au mieux les patientes lors de cette consultation de reprise en prenant en compte l'aspect clinique pour statuer sur une aptitude au travail.

Il est important pour le praticien de faire un état des lieux des facteurs de risques d'une dépression du post-partum. Les questions sur l'état psychique et l'humeur sont souvent posées aux patientes puisque 80.3% des médecins déclaraient aborder ces sujets. Chez 71.9% des répondants à notre questionnaire indiquaient discuter du vécu de l'accouchement et de son déroulement contre seulement 54.4% du vécu de la grossesse en elle-même. Le soutien familial était abordé avec la moitié des praticiens. Ces facteurs nous semblent tous essentiels pour évaluer l'état psychologique des femmes lors de leur reprise du travail. L'Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) est recommandé par le CNGOF comme outil de dépistage de la dépression du post-partum. Il pourrait être intégré à la consultation de reprise du travail de manière orientée aux symptômes de malaise psychique maternel (19). Parmi les médecins, 70% disaient ne pas être confrontés à des patientes présentant des troubles psychologiques du post-partum. Ce résultat nous surprend au vu de la prévalence de la dépression du post-partum. Cela pourrait être dû au fait que la population militaire ait tendance à cacher ses faiblesses ou son anxiété dans un milieu où la rusticité est de mise. Par ailleurs les médecins ne sont possiblement pas tous à l'aise avec le soutien psychologique et pourrait appréhender de se retrouver face à des patientes dans le besoin.

5.5 Les sous-populations de répondants

Par l'analyse statistique de nos résultats en ACM couplée à la CAH, un comportement sous-jacent des médecins répondants à notre étude a été identifié. Ces pratiques des médecins et leur ressenti sur l'activité physique en post-partum sont significativement différents selon le sexe, l'âge, le fait d'être parent et d'avoir suivi des formations supplémentaires en médecine du sport et en

gynécologie. Plus les médecins répondants étaient jeunes, sans enfant, masculin, moins ils déclaraient être à l'aise avec notre sujet. Ils déclaraient ne pas faire de la santé de la femme une de leurs priorités et aucun d'entre eux n'avait de diplôme universitaire en gynécologie. Ce groupe de praticiens semble difficile à convaincre de l'intérêt de la santé de la femme. Nous pouvons supposer que ces médecins sont probablement dans des antennes médicales soutenant des unités peu féminisées ce qui ne les pousse pas à trouver de l'intérêt à la pratique gynécologique. En revanche notre attention se porte sur le groupe numéro 2 identifié par l'analyse statistique. Il représentait la majorité des effectifs et l'intermédiaire des deux autres groupes dans toutes les caractéristiques de sexe, d'âge, de parentalité, de formation, présentées. Cette population semble être celle à visée pour promouvoir la santé de la femme. Sensibiliser ces praticiens sur l'importance à porter au post-partum, à l'accompagnement des patientes au retour progressif au sport dans les meilleures conditions et avec un accompagnement médical et sportif semble possible. Cette population de médecins est diversifiée et peut-être plus sensible que la précédente aux enjeux opérationnels et à l'état de santé de nos militaires féminines.

Le dernier groupe composé des praticiens se sentant les plus à l'aise pourrait être corrélé à une plus grande expérience personnelle en plus de l'expérience professionnelle. En effet dans les commentaires, une femme disait : « je me sens plutôt à l'aise depuis que j'ai moi-même accouché ». Nous pourrions nous demander s'il en est de même des hommes devenus pères.

5.6 La formation des médecins d'unité

Seulement 6.6% des médecins ayant répondu à notre étude étaient titulaires d'une formation supplémentaire en gynécologie. Ainsi une majeure partie des répondants à notre questionnaire n'avait pas suivi de formation supplémentaire en gynécologie et a pourtant répondu à notre étude. Cela va plutôt dans le sens d'une population représentative des répondants vis-à-vis de la population cible.

Un quart des répondants affirmait avoir été formé sur le post-partum. En comparaison avec ceux ayant suivi une formation supplémentaire en gynécologie, nous pouvons supposer que la formation reçue sur le post-partum était celle incluse dans les cours facultaires de l'externat et de l'internat de médecine générale. Ce faible taux de formation par rapport au nombre total de répondants peut s'expliquer par le fait que les cours dispensés par les facultés pendant l'externat

évoluent d'année en année et que la santé de la femme a une part de plus en plus présente dans les cours dispensés au fil du temps. Cela peut également s'expliquer par les différences de cours dispensés lors de l'internat par les différentes facultés. En effet le programme n'est pas uniforme sur le plan national pendant l'internat de médecine général. Par ailleurs les trois-quarts des médecins répondant ne pas avoir été formé sur le post-partum ont pu considérer que leur formation facultaire sur le sujet n'était pas suffisante.

Enfin les médecins interrogées étaient majoritairement demandeur d'une fiche de recommandation type comme support de formation supplémentaire dans le domaine de la reprise du sport en post-partum ainsi que d'une synthèse des recommandations HAS. Nous pouvons retrouver ce travail de synthèse des recommandations dans le pré requis de cette thèse et cette demande appuie l'utilité de notre travail dans la pratique quotidienne des médecins d'unité. En ce qui concerne la réalisation d'une fiche de recommandations, celle-ci est en cours d'écriture et sera présentée à la DMF pour validation avant diffusion aux médecins des forces. Par ailleurs, il existe un guide médico-administratif pour les personnels militaires féminins en état de grossesse. Celui-ci est accessible gratuite sur le site de la Caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS). Il pourrait être intéressant d'y ajouter des informations médicales du post-partum permettant d'amener les patientes à discuter avec leur médecin d'unité concernant l'allaitement et les aménagements de poste possibles, la reprise du sport, les complications du post-partum...

Nos résultats sont en accord avec ceux du Dr de Rambuteau-Mulet (3). Les médecins d'unité préfèrent une formation écrite par le biais de protocoles ou de fiches récapitulatives plutôt que des cours dispensés en présentiel ou distanciel. Il est à noter que les cours en accès libre individuel type « MOOC » sont également une possibilité demandée par plus d'un quart des répondants.

Enfin les internes de médecine générale militaire effectuent une formation de plusieurs mois à l'Ecole du Val de Grâce en fin de cursus d'internat. A cette occasion ils apprennent les spécificités de la population militaire qu'ils traiteront et les particularités de la pratique en milieu isolé. A cette occasion, aucun module concernant la santé de la femme n'a été réalisé au cours des dernières années. Il pourrait être intéressant d'intégrer quelques discussions et informations sur la prise en charge des femmes dans le milieu militaire. A cette occasion les urgences gynécologiques en milieu isolé, la prévention et le dépistage lors des VMP, la problématique de l'endométriose, des règles douloureuses, de la contraception et la reprise du sport en post-partum pourraient être abordés.

La sensibilisation des nouvelles promotions à l'intérêt de la santé de la femme dans une population de plus en plus féminisée, serait intéressant.

5.7 Perspectives

En plus des propositions citées plus tôt dans notre travail, il pourrait être intéressant d'étudier les pratiques des médecins d'unité selon leur lieu d'affectation. En effet nous pouvons supposer que l'exercice en désert médical est différent. Le médecin militaire est un médecin généraliste, qui doit soutenir les forces et donc leurs familles et la pratique de la gynécologie est peut-être supérieure en zones déficitaires. Nous n'avons pas pu le faire ici car l'anonymat aurait été levé de part cette question, intégrée aux autres informations épidémiologiques (sexe, âge, armée majoritairement soutenue, année d'affectation). Nous avons relevé un des commentaires libres allant dans ce sens : « *la santé de la femme et les pathologies liées à la gynécologie et à la grossesse sont très peu prises en compte par le commandement, en tout cas dans l'armée de terre. L'accessibilité à une sage-femme ou une gynécologue est limitée en milieu rural et isolé, le médecin d'unité est souvent le seul recours, de la contraception à la grossesse et au post-partum ; Les femmes militaires sont très heureuses quand elles trouvent une oreille attentive et des conseils sur leurs problématiques de femme.* »

Par ailleurs comme nous l'avons vu, l'activité physique est essentielle en de nombreux points. Il est clair que la poursuite d'une activité physique pendant la grossesse en suivant les recommandations de la HAS et en toute sécurité pour la femme enceinte, évite une rupture brutale dans la pratique sportive des patientes et permet donc une reprise plus rapide en post-partum (36). Ainsi il serait intéressant d'évaluer l'accompagnement des femmes à la pratique sportive pendant la grossesse et la promotion de celle-ci par le médecin d'unité.

Quelques commentaires à notre questionnaire affirmaient le rôle prioritaire des sage-femmes ou des gynécologues civils en post-partum, nous pensons que le médecin d'unité reste un interlocuteur de choix pour l'accompagnement des femmes militaires dans leur reprise sportive en post-partum. Il est médecin du travail d'un côté et médecin traitant officiel des militaires des régiments soutenus de l'autre. La reprise du travail dans les meilleures conditions et donc du sport pour les militaires, faisant partie intégrante de leur métier, lui incombe.

6 Conclusion

La population féminine s'accroît dans les armées et l'accès au soin dans le civil est de plus en plus compliqué selon les régions d'exercice.

La période post-natale engendre d'importants changements sur le plan physique et psychologique pour les femmes. Lors de la reprise du travail, les militaires sont sujettes aux activités diverses et se doivent donc de récupérer une capacité physique et opérationnelle pour l'exercice de leur métier. Les patientes militaires sont demandeuses d'un accompagnement pendant cette période cruciale et la reprise sportive représente une étape sensible mais primordiale pour cette population.

L'objectif principal de cette étude était de faire un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins des forces en matière de prise en charge des patientes militaires en post-partum concernant leur reprise d'activité physique. Dans notre étude, une grande majorité (83.5%) des praticiens interrogés déclaraient se sentir concernés par la problématique de la reprise du sport en post-partum. Nombreux étaient ceux qui se jugeaient à l'aise avec les décisions d'aptitude dans cette période. D'autre part les trois quarts des répondants estimaient qu'il pourrait y avoir un réel intérêt à la mise en place d'un suivi de cette reprise sportive, coordonné par le médecin généraliste militaire. Contrairement à ces déclarations, nous avons pu observer des décisions d'aptitude variables. Plus de la moitié des médecins répondant à notre étude déclaraient leurs patientes aptes à reprendre le sport sans aucune restriction, entre 6 et 12 mois post accouchement. Nous avons vu que ce délai semblait insuffisant pour une reprise d'activité physique chronométrée ou en groupe. Les épreuves militaires sportives (CCPM) validantes pour les missions opérationnelles, étaient reprises souvent trop tôt. Rappelons que d'après l'étude réalisée par le Dr Guillemin, 63.3% des patientes déclaraient présenter des symptômes à un an de leur accouchement. Nous retrouvons donc une discordance entre les médecins ayant répondu à notre étude et le ressenti des patientes militaires au vu de leurs symptômes. Une réévaluation auprès du médecin généraliste militaire de l'évolution physique et des symptômes invalidants semble adaptée à un an du post partum. Cela permettrait de déterminer l'aptitude sportive et opérationnelle des patientes en gardant à l'esprit qu'une poursuite de certaines restrictions est toujours possible à plus d'un an de l'accouchement.

Nous avons mis en évidence un besoin de formation supplémentaire pour les médecins militaires sur la reprise du sport en post-partum. Ces derniers demandaient que des rappels des

recommandations soient effectués pour la grande majorité avec un support écrit. Ce support pratique étant l'objectif secondaire de notre étude, sa rédaction est en cours de réalisation.

Nous avons pu voir que les médecins militaires ne se sentaient pas légitimes dans ce type de suivi et laissaient les questions de santé du post-partum aux sage-femmes et aux médecinstraitants. Seulement leur rôle est primordial pour correctement les accompagner dans leur reprise et aider le commandement dans la gestion de cette population. Il incombe donc au Service de Santé des Armées de les sensibiliser et les former sur ces problématiques. La mise en lien avec les moniteurs de sport dans les armées, notamment par le biais d'une fiche de liaison, serait un outil à promouvoir pour un meilleur accompagnement des patientes.

Un des objectifs secondaires concernait les différences de pratiques selon les sous populations de praticiens militaires. Notre étude a pu mettre le doigt sur des profils de populations plus à l'aise que d'autres sur la thématique du post-partum. Une majorité des médecins répondants se situaient dans le groupe intermédiaire ni tout à fait à l'aise ni tout à fait désintéressé. C'est justement sur ce groupe que doivent se concentrer les efforts de prévention et d'information pour améliorer leur connaissances et pratiques, et ainsi leur permettre de rejoindre le groupe des médecins se sentant à l'aise avec la problématique. Il est primordial que tous les médecins militaires soient sensibilisés à la prise en charge des femmes dans les armées et pas seulement les médecins féminins, elles-mêmes mères. La féminisation des armées étant un objectif actuel, la prise en charge globale et spécifique de cette population et à tous les stades de la vie doit être une priorité.

Enfin de nombreuses études s'intéressent à la pratique de l'activité physique pendant la grossesse. Celle-ci doit être encouragée et encadrée pour être réalisée en sécurité pour la mère et le fœtus. Il pourrait être intéressant d'évaluer la pratique médicale vis-à-vis de l'activité physique des militaires pendant la grossesse. Le but de ces travaux étant d'améliorer l'état de santé des femmes militaires et de leur permettre une reprise sportive optimale en post-partum.

7 Références bibliographiques

1. Ministère des solidarités et de la santé, Ministère des sports. Stratégie nationale sport santé 2019-2024. Sant.gouv.fr.pdf.
2. Ministère des armées. Rapport social unique 2021. Ministère des armées pdf.
3. LOMBARD de BUFFIERES de RAMBUTEAU Mathilde. Evaluation de la compétence en santé de la femme, des médecins généralistes au sein des armées française. Thèse d'exercice. Nancy, France : Université de Lorraine ; 2022.
4. MAUPETIT-MILONE Sophie. Pratiques gynécologiques en médecine d'unité : enquête transversale. Thèse d'exercice. Paris, France : Université paris Val-De-Marne, faculté de médecine de Créteil ; 2009.
5. GUILLEMIN Clément. Etude des conditions de reprise de l'activité physique chez la femme militaire dans le post-partum. Thèse d'exercice. Paris, France : Faculté de médecine de Bobigny ; 2020.
6. Organisation mondiale de la santé. Activité physique. Consulté le 30 décembre 2023. Disponible sur : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
7. HAS Recommandation. Consultation et prescription médicale d'activité physique à des fins de santé chez l'adulte. Juillet 2022. Haute autorité de santé.pdf.
8. Ministère de la santé et de la prévention. Activité physique et santé. Consulté le 30 décembre 2023. Disponible sur : <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/preserver-sa-sante/article/activite-physique-et-sante>
9. Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail. Plus d'activité physique et moins de sédentarité pour une meilleure santé. Consulté le 30 décembre 2023. Disponible sur : <https://www.anses.fr/fr/content/plus-d%E2%80%99activit%C3%A9-physique-et-moins-de-s%C3%A9dentarit%C3%A9-pour-une-meilleure-sant%C3%A9>.
10. Santé publique France. Baromètre santé nutrition 2008. Consulté le 30 décembre 2023. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/determinants-de-sante/nutrition-et-activite-physique/documents/enquetes-etudes/barometre-sante-nutrition-2008>
11. Institut national de la santé et de la recherche médicale. Activité physique : Contextes et effets sur la santé. Consulté le 30 décembre 2023. Disponible sur : <https://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/80>

12. HAS Recommandation. Guide des connaissances sur l'activité physique et la sédentarité. Juillet 2022. Haute autorité de santé.pdf.
13. HAS Recommandation. Après une naissance, L'activité physique pour votre santé. Décembre 2022. Haute autorité de santé.pdf.
14. Mottola MF. Exercise in the postpartum period: practical applications. *Curr Sports Med Rep*. déc 2002;1(6):362-8.
15. Ormsbee MJ, Arciero PJ. Detraining increases body fat and weight and decreases VO₂peak and metabolic rate. *J Strength Cond Res*. août 2012;26(8):2087-95.
16. Vidal. Médicosport-santé. Consulté le 30 décembre 2023. Disponible sur : <https://www.vidal.fr/sante/sport/infos-sport-medicosport-sante/>
17. Thein-Nissenbaum J. The postpartum triathlete. *Phys Ther Sport*. sept 2016;21:95-106.
18. Sénat M-V. Postpartum practice : guidelines for clinical practice from the French College of Gynaecologists and Obstetricians (CNGOF). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2016 Jul;202:1-8.
19. CNGOF. Recommandations pour la pratique clinique. Post-partum. CNGOF.pdf.
20. Lewis BA et al. Randomized trial examining the effect of exercise and wellness interventions on preventing postpartum depression and perceived stress. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021 Nov 22;21(1):785.
21. Singh B et al. Effectiveness of physical activity interventions for improving depression, anxiety and distress: an overview of systematic reviews. *Br J Sports Med*. 2023 Sep;57(18):1203-1209.
22. Hallock JL, Handa VL. The epidemiology of pelvic floor disorders and childbirth: An update. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2016;43(1):1-13
23. HAS Recommandation. Prise en charge de l'incontinence urinaire de la femme en médecine générale, Recommandation. Mai 2003. Haute autorité de santé.pdf.
24. Collaboration de l'Office de la naissance et de l'enfance et du Groupement des gynécologues de la langue française de Belgique sous la direction de P. BARLOW et al. Guide du post-partum. De Boeck Supérieur ; 2016. 736 pages.
25. Hay-Smith J et al. Pelvic floor muscle training for prevention and treatment of urinary and faecal incontinence in antenatal and postnatal women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2008 Oct 8;(4):CD007471.
26. Davenport MH et al. Prenatal exercise (including but not limited to pelvic floor muscle training) and urinary incontinence during and following pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Br J Sports Med*. 2018 Nov;52(21):1397-1404.

27. Boyle R, Cochrane Database Syst Rev 2012 Oct 17;10:CD007471.
28. Milka W et al. Antenatal perineal massage - risk of perineal injuries, pain, urinary incontinence and dyspareunia - a systematic review. *J Gynecol Obstet Hum Reprod.* 2023 Oct;52(8):102627.
29. Álvarez-González M et al. Perineal Massage during Pregnancy for the Prevention of Postpartum Urinary Incontinence: Controlled Clinical Trial. *Medicina (Kaunas).* 2022 Oct 19;58(10):1485.
30. Chen Q et al. Effect of Prenatal Perineal Massage on Postpartum Perineal Injury and Postpartum Complications: A Meta-Analysis. *Comput Math Methods Med.* 2022 Jul 14;2022:3315638.
31. HAS Recommendation. Prolapsus génital de la femme : Prise en charge thérapeutique. Mai 2021. Haute autorité de santé.pdf.
32. Diz-Teixeira P et al. Update on Physiotherapy in Postpartum Urinary Incontinence. A Systematic Review. *Arch Esp Urol.* 2023 Feb;76(1):29-39.
33. Acosta-Manzano P et al. The Influence of Exercise, Lifestyle Behavior Components, and Physical Fitness on Maternal Weight Gain, Postpartum Weight Retention, and Excessive Gestational Weight Gain. *Int J Sport Nutr Exerc Metab.* 2022 Jul 12;32(6):425-438.
34. DEBUIGNY Justine. Dyspareunies du post-partum : Prévention, dépistage et prise en charge par les sage-femmes libérales. Mémoire d'exercice. Rouen, France : Centre hospitalier universitaire de Rouen, Ecole de sage-femmes ; 2019.
35. Hadizadeh-Talasaz Z et al. Effect of pelvic floor muscle training on postpartum sexual function and quality of life: A systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Taiwan J Obstet Gynecol.* nov 2019;58(6):737 47
36. HAS Recommendation. Prescription d'activité physique et sportive pendant la grossesse et en post-partum. Juillet 2019. Haute autorité de santé.pdf.
37. Poyatos-Leon R et al. Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth* 2017;44(3):200-8.
38. Treuth MS et al. Pregnancy-related changes in physical activity, fitness, and strength. *Med Sci Sports Exerc.* mai 2005;37(5):832 7.
39. HAS Recommendation. Grossesse et post-partum, prescription d'activité physique. Juillet 2022. Haute autorité de santé.pdf.
40. Tenforde AS et al. Running habits of competitive runners during pregnancy and breastfeeding. *Sports Health.* 2015 Mar;7(2):172-6.

41. Kelly R. EVENSON et al. Summary of International Guidelines for Physical Activity Following Pregnancy. *Obstet Gynecol Surv.* Author manuscript; available in PMC 2015 Jul 1. Published in final edited form as: *Obstet Gynecol Surv.* 2014 Jul; 69(7): 407–414.
42. Mottola MF. Exercise in the postpartum period: practical applications. *Curr Sports Med Rep.* déc 2002;1(6):362 8.
43. Committee on Obstetric Practice. ACOG committee opinion. Exercise during pregnancy and the postpartum period. Number 267, January 2002. American College of Obstetricians and Gynecologists. *Int J Gynaecol Obstet.* avr 2002;77(1):79 81.
44. Hayman M et al. Development of a new evidence-based SMA position statement on exercise in pregnancy and the post-partum period. *JSAMS* vol 22, supplement 1. Jan 2017.
45. Selman R et al. Recovery in the Postpartum Period: A Timeline for Rehabilitation from Pregnancy through Return to Sport. *Int J Sports Phys Ther.* 2022 Oct 1;17(6):1170-1183.
46. Physical Activity and Exercise During Pregnancy and the Postpartum Period: ACOG Committee Opinion, Number 804. *Obstet Gynecol.* 2020 Apr;135(4):e178-e188.
47. Miller MJ et al. Effect of Pregnancy on Performance of a Standardized Physical Fitness Test. *Mil Med.* 2017 Nov;182(11):e1859-e1863.
48. Brown WJ et al. Australian guidelines for physical activity in pregnancy and postpartum. *J Sci Med Sport.* 2022 Jun;25(6):511-519.
49. Pivarnik JM et al. Effects of maternal aerobic fitness on cardiorespiratory responses to exercise. *Med Sci Sports Exerc.* sept 1993;25(9):993 8.
50. Kardel KR. Effects of intense training during and after pregnancy in top-level athletes. *Scand J Med Sci Sports.* avr 2005;15(2):79 86.
51. Etat major des Armées, Centre national des sports de la Défense. manuel d'entraînement physique militaire et sportif (EPMS). Nouv. éd. à jour. Paris: Imprimerie nationale; 2011. 195 p.
52. Arrêté du 29 mars 2021 modifié relatif à la détermination du profil médical d'aptitude en cas de pathologie médicale ou chirurgicale, paru au journal officiel de la république française le 8 avril 2021.
53. MEVEL Yann. Le suivi gynécologique des femmes militaires – état des lieux, facteurs influençant. Thèse d'exercice. Lyon, France : Faculté de médecine et de maïeutique Lyon Sud -Charles Mérieux ; 2018.
54. Code de la santé publique. Article L1121-1 [En ligne] Code de la santé publique. Disponible en ligne : https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000032722870/

55. Code du travail. Article R1225-5 [En ligne] Code du travail. Disponible en ligne :

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000018537816/2021-09-09

8 Annexes

Annexe 1 : Questionnaire

- GI** I – Epidémiologie
- Q1 1. Sexe (1) H / (2) F Obligatoire (Obl) (boutons)
- Q2 2. Âge Obl (Case vide à remplir)
- Q3 3. Avez-vous des enfants ? Obl (1) Oui / (0) Non
- Q4 4. Armée majoritairement soutenue Obl (Question à Réponse Unique)
- (1) Terre ; (2) Air ; (3) Marine ;
(4) Gendarmerie ; (5) Soutien ; (6) autres (lycées, AEMI...)
- Q5 5. Quelle est l'année de votre première affectation ? Obl (Case vide à remplir)
- Q6 6. Avez-vous des formations particulières : Obl
- (1) gynécologie, (2) médecine du sport, (3) CAMU,
(4) médecine manuelle, (5) aucune des 4 mais autre
- (Avec case vide à remplir à ajouter après autre) (plusieurs réponses possibles)
- GII** II – Démographique
- Q7 7. Avez-vous déjà été sollicité par une femme militaire pour une consultation gynécologique ?
- (1) Oui / (0) Non
- Q8 8. Parmi les différentes spécialités médicales, la santé de la femme fait-elle partie de vos priorités ?
- (1) Oui / (0) Non
- Q9 9. Dans quelle mesure pratiquez-vous la gynécologie ? (Plusieurs réponses possibles)
- (1) Consultation de suivi gynécologique dédiée
(2) Renouvellement d'ordonnance simple de gynécologie
(3) Dépistage
(4) Prévention gynécologique
(5) Lors des VMP
(6) Consultations d'urgence gynécologique
(7) Visite de reprise du post-partum
(8) Jamais
(9) Autre (case vide à remplir)
- GIII** III – Le post-partum
- Q10 10. Quel est votre ressenti sur la prise en charge des femmes en post-partum : Obl (réponse unique)
- (4) Très à l'aise (3) Assez à l'aise

(2) Peu à l'aise (1) Pas du tout à l'aise

Q11 11. Lors de la visite de reprise en post-partum, quels sujets abordez-vous avec vos patientes ? **Obl**
(Plusieurs réponses possibles)

- (1) Allaitement (2) Contraception
(3) Etat psychique ou humeur (dépistage dépression du post-partum)
(4) Nutrition (5) Rééducation périnéale
(6) Symptômes urinaires (7) Sport
(8) Vécu, déroulement de l'accouchement
(9) Vécu de la grossesse (10) Présence de l'entourage familial
(11) Dismorphophobie (12) Sommeil
(13) Autres avec case à remplir

Q12 12. Quel est votre ressenti vis-à-vis de la prescription de contraception en post-partum ? (Réponse unique)

- (4) Très à l'aise (3) Assez à l'aise
(2) Peu à l'aise (1) Pas du tout à l'aise

Q13 13. Êtes-vous confronté à des patientes présentant des troubles psychologiques du post-partum ? (Réponse unique)

- (5) Systématiquement (à chaque consultation du post-partum)
(4) Souvent (1/2 consultation du post partum à 1/5 consultation du post-partum)
(3) Parfois (1/5 à 1/10 consultation du post-partum)
(2) Rarement (moins d'1 consultation sur 10 consultations du post-partum)
(1) Jamais

Q14 14. Etes-vous à l'aise avec la prise en charge diététique des jeunes parturientes (conseils, orientation) ? (Réponse unique)

- (4) Très à l'aise (3) Assez à l'aise
(2) Peu à l'aise (1) Pas du tout à l'aise

Q15 15. Posez-vous la question des troubles urinaires en post-partum lors de la visite de reprise post congé maternité ? (Réponse unique)

- (5) Systématiquement (4) Souvent
(3) Parfois (2) Rarement (1) Jamais

Q16 16. Quel est votre ressenti sur la prise en charge de la grossesse en général en unité (réponse unique)

- (4) Très à l'aise (3) Assez à l'aise
(2) Peu à l'aise (1) Pas du tout à l'aise

Q17 17. Quel est votre ressenti sur l'accompagnement de l'allaitement de vos patientes (réponse unique)

- (4) Très à l'aise (3) Assez à l'aise
 (2) Peu à l'aise (1) Pas du tout à l'aise

GIV IV – Le sport en post-partum

Q18 18. En post-partum, dépistez-vous l'incontinence urinaire d'effort : **Obl (Réponse unique)**

- (6) Oui systématiquement (5) oui souvent (4) oui parfois
 (3) oui rarement (2) non, je n'y pense pas (1) non autre
 raison

(Ajout case vide à remplir pour autre raison)

Q19 19. En post-partum, dépistez-vous l'incontinence urinaire de non-effort : **(Réponse unique)**

- (6) Oui systématiquement (5) oui souvent (4) oui parfois
 (3) oui rarement (2) non, je n'y pense pas (1) non autre
 raison (Ajout case vide à remplir pour autre raison)

Q20 20. En post-partum dépistez-vous le prolapsus : **(Réponse unique)**

- (6) Oui systématiquement (5) oui souvent (4) oui parfois
 (3) oui rarement (2) non, je n'y pense pas (1) non autre
 raison (Ajout case vide à remplir pour autre raison)

Q21 21. Savez-vous dépister les troubles périnéaux et leurs facteurs de risque ?

- (1) Oui / (0) Non

Q22 22.A Demandez-vous des avis urologiques à l'urologue en lien avec le post-partum ou la grossesse ?
(Réponse unique)

- (5) Systématiquement (4) Souvent
 (3) Parfois (2) Rarement (1) Jamais

Q22b 22.B *(ne pas répondre à cette question si la réponse précédente est « Jamais »)* Pour quelles pathologies ? **(Case vide à remplir + condition quadruple)**

Q23 23. Dans le cas d'une grossesse et d'un accouchement physiologiques, sur quels critères vous basez-vous dans votre pratique, pour juger apte une patiente à reprendre le sport ? **Obl (Choix multiples)**

- (1) - la rééducation périnéale (2) - absence de douleurs abdominales
 (3) - absence de douleurs périnéales (4) - absence de fuites urinaires
 (5) - le niveau sportif pré grossesse (6) - la reprise du sport initiée par la patiente
 d'elle-même
 (7) - l'état psychologique (8) - le niveau de fatigue avec le temps de sommeil de la
 patiente
 (9) - autre **(case vide à remplir)**

Q24 24. A quel moment jugez-vous vos patientes aptes à reprendre le sport après le post-partum ? **Obl** (réponse unique par ligne)

	Avec la présence des critères d'aptitude Sans restriction (O/N)	Avec la présence des critères d'aptitude Avec restriction (O/N)	Si restrictions, lesquelles
2 à 6 mois			
6 à 12 mois			
12 à 18 mois			
18 à 24 mois			
>24 mois			

	En l'absence des critères d'aptitude Sans restriction (O/N)	En l'absence des critères d'aptitude Avec restriction (O/N)	Si oui, lesquelles
2 à 6 mois			
6 à 12 mois			
12 à 18 mois			
18 à 24 mois			
>24 mois			

Q25 25. Si des restrictions sont mises en place, lesquelles ? **Obl** (Choix multiples)

- (1) CCPM (2) Tous sports (3) Sports des membres inférieurs
 (4) Milieux aquatiques (5) Activités sportives avec chronométrage
 (6) Parcours d'obstacles (7) Activités sollicitant la sangle abdominale
 (8) Activités de type abdominaux (9) Activités de type gainage

(10) Course à pieds

(11) Activités type marche CDO marche

TAP

(12) Activités type maîtrise de l'adversaire sans arme, TIOR

(13) Activités spécifiques gendarmerie

(14) Autres (case vide à remplir)

(15) Aucune restriction

Q26 26. Selon vous quand est ce que les patientes peuvent repasser leur CCPM, en post-partum ? Obl (Réponse unique)

	Avec restriction	Sans restriction
Dès la visite de reprise du travail (à 10 semaines de l'accouchement)		
entre 2 et 6 mois		
entre 6 et 12 mois		
entre 12 et 18 mois		
entre 18 mois et 24 mois		
après 24 mois du post-partum		

27 27. A quelle fréquence orientez-vous les femmes militaires vers les moniteurs EPMS pour une reprise encadrée du post-partum ? Obl (Réponse unique)

(5) Systématiquement

(4) Souvent

(3) Parfois

(2) Rarement

(1) Jamais

Q28 28. Dans la pratique courante, pour vos patients masculins/féminins en dehors du post-partum ou de la grossesse, utilisez-vous les fiches EPMS ? Obl (Réponse unique)

(5) Systématiquement

(4) Souvent

(3) Parfois

(2) Rarement

(1) Jamais

Q29 29. Chez vos patientes, dans le cadre du post-partum les utilisez-vous ? Obl (Réponse unique)

(5) Systématiquement

(4) Souvent

(3) Parfois

(2) Rarement

(1) Jamais

Q30 30. A quel point vous sentez-vous concerné par la problématique de la reprise du sport par vos patientes en post-partum ? Obl (Réponse unique)

(4) Très concerné

(3) Assez concerné

(2) Peu concerné

(1) Pas du tout concerné

Q31 31.A Etes-vous à l'aise dans vos décisions d'aptitude dans la période du post-partum ? Obl (Réponse unique)

- (4) Très à l'aise (3) Assez à l'aise
(2) Peu à l'aise (1) Pas du tout à l'aise

31.B Si « *pas du tout à l'aise ou peu à l'aise* » : pourquoi ? (Case vide à remplir + condition double).

Q32 32. Avez-vous été formé sur le post-partum ?

- (1) Oui / (0) Non

Q33 33. Jugez-vous votre formation suffisante sur une échelle de 1 à 4 (4 = suffisante ; 1=inexistante) ?

Q34 34. De quoi auriez-vous besoin comme support *supplémentaire* ? (Plusieurs réponses possibles)

- (1) MOOC (2) webinaire (3) fiche de recommandation type
(4) cours en magistraux en présentiel (5) Visio conférences
(6) synthèse des recommandations HAS (7) autre (case vide à remplir)
(8) pas besoin de formation, les informations sont suffisamment accessibles

Q35 35. Que pensez-vous de l'intérêt de la mise en place d'un suivi de la reprise sportive chez les femmes en post-partum, coordonné par le médecin d'unité ? Obl (Réponse unique)

- (4) Beaucoup d'intérêt (3) Assez d'intérêt
(2) Peu d'intérêt (1) Pas du tout d'intérêt

Q36 36. Avez-vous des remarques sur la prise en charge médicale ou médico-statutaire lors de la reprise du travail et des activités sportives, chez les femmes militaires dans le post-partum. (Question ouverte)

Merci beaucoup pour votre participation.

Nous ne manquerons pas de vous faire un retour sur les résultats.

Annexe 2 : Mail envoi questionnaires

Mesdames, Messieurs les Officiers,

Je suis l'Interne des Hôpitaux des Armées PILAUD Mélanie actuellement en 2^{ème} année d'internat de médecine générale à l'HIA Laveran. Je vous sollicite dans le cadre de ma thèse intitulée « Prise en charge de l'activité physique des femmes militaires dans le post-partum par les médecins généralistes militaires et difficultés rencontrées » dirigée par le MP Jourdan, en vous envoyant un questionnaire ci-joint à remplir. Ce questionnaire comporte 35 questions soit 10 minutes de temps de réponse et est anonyme. Mon travail fait suite à celui du Dr GUILLEMIN sur « Les conditions de reprise de l'activité physique chez la femme militaire dans le post-partum » dans lequel il avait interrogé les patientes militaires. Ses résultats m'ont alerté sur plusieurs points et j'aimerais de part ce travail mettre en avant les pratiques que vous menez et les difficultés que vous pouvez rencontrer. La féminisation des armées est croissante et chaque médecin d'unité est confronté aux consultations de reprise des patientes en post-partum. Ainsi même si la pratique de la gynécologie n'est pas courante dans votre antenne, je sollicite tout de même votre participation à ces quelques questions.

Mon projet de thèse a été accepté par la DFRI avec le n° 2022HJ06.

Merci par avance de contribuer à ce travail.

Je ne manquerai pas de vous faire un retour par mail des résultats de cette étude.

Respectueusement

IHA PILAUD Mélanie

Promotion Médecins de la Grande Guerre – ECN 2020

Ajouté pour le mail transmis aux chefs des CMA :

Mesdames et Messieurs les chefs d'établissement et de CMA,

Je suis l'Interne des Hôpitaux des Armées PILAUD Mélanie actuellement en 2^{ème} année d'internat de médecine générale à l'HIA Laveran. Je vous sollicite dans le cadre de ma thèse intitulée « Prise en charge de l'activité physique des femmes militaires dans le post-partum par les médecins généralistes militaires et difficultés rencontrées ».

Je sollicite votre accord pour faire suivre le message ci-après ainsi que le questionnaire en pièce jointe par messagerie intradef, aux différents chefs d'antennes médicales sous votre autorité.

Merci par avance de l'aide que vous m'apporterez

Respectueusement

IHA PILAUD Mélanie

Promotion Médecins de la Grande Guerre - ECN 2020

Annexe 3 : Variables de ressenti et des pratiques des médecins en santé de la femme utilisées pour l'ACM

Q10. Quel est votre ressenti sur la prise en charge des femmes en post-partum ?

Q12. Quel est votre ressenti vis-à-vis de la prescription de contraception en post-partum ?

Q14. Êtes-vous à l'aise avec la prise en charge diététique des jeunes parturientes (conseils, orientation) ?

Q15. Posez-vous la question des troubles urinaires en post-partum lors de la visite de reprise post congé maternité ?

Q16. Quel est votre ressenti sur la grossesse en général en unité ?

Q17. Quel est votre ressenti sur l'accompagnement de l'allaitement de vos patientes ?

Q18. En post-partum, dépistez-vous l'incontinence urinaire d'effort ?

Q19. En post-partum, dépistez-vous l'incontinence urinaire de non effort ?

Q20. En post-partum, dépistez-vous le prolapsus ?

Q23 [1]. Dans le cas d'une grossesse et d'un accouchement physiologiques, sur quels critères vous basez-vous dans votre pratique, pour juger apte une patiente à reprendre le sport ? [la rééducation périnéale] ?

Q23 [2]. Dans le cas d'une grossesse et d'un accouchement physiologiques, sur quels critères vous basez-vous dans votre pratique, pour juger apte une patiente à reprendre le sport ? [absence de douleurs abdominales] ?

Q23 [3]. Dans le cas d'une grossesse et d'un accouchement physiologiques, sur quels critères vous basez-vous dans votre pratique, pour juger apte une patiente à reprendre le sport ? [absence de douleurs périnéales] ?

Q23 [4]. Dans le cas d'une grossesse et d'un accouchement physiologiques, sur quels critères vous basez-vous dans votre pratique, pour juger apte une patiente à reprendre le sport ? [absence de fuites urinaires] ?

Q23 [5]. Dans le cas d'une grossesse et d'un accouchement physiologiques, sur quels critères vous basez-vous dans votre pratique, pour juger apte une patiente à reprendre le sport ? [le niveau sportif pré grossesse] ?

Q23 [6]. Dans le cas d'une grossesse et d'un accouchement physiologiques, sur quels critères vous basez-vous dans votre pratique, pour juger apte une patiente à reprendre le sport ? [la reprise du sport initiée par la patiente d'elle-même] ?

Q23 [7]. Dans le cas d'une grossesse et d'un accouchement physiologiques, sur quels critères vous basez-vous dans votre pratique, pour juger apte une patiente à reprendre le sport ? [l'état psychologique] ?

Q23 [8]. Dans le cas d'une grossesse et d'un accouchement physiologiques, sur quels critères vous basez-vous dans votre pratique, pour juger apte une patiente à reprendre le sport ? [le niveau de fatigue avec le temps de sommeil de la patiente] ?

- Q24A. Au bout de 2 à 6 mois jugez-vous vos patientes aptes à reprendre le sport après le post-partum ?
- Q24B. Au bout de 6 à 12 mois jugez-vous vos patientes aptes à reprendre le sport après le post-partum ?
- Q24C. Au bout de 12 à 18 mois jugez-vous vos patientes aptes à reprendre le sport après le post-partum ?
- Q26b[1]. Selon vous quand est-ce que les patientes peuvent repasser leur CCPM,.en post-partum ? [Dès la visite de reprise du travail à 10 semaines de l'accouchement] [Échelle.1]
- Q26b[2]. Selon vous quand est-ce que les patientes peuvent repasser leur CCPM,.en post-partum ? [Entre 2 et 6 mois] [Échelle.1]
- Q26b[3]. Selon vous quand est-ce que les patientes peuvent repasser leur CCPM,.en post-partum ? [Entre 6 et 12 mois] [Échelle.1]
- Q26b[4]. Selon vous quand est-ce que les patientes peuvent repasser leur CCPM,.en post-partum ? [Entre 12 et 18 mois] [Échelle.1]
- Q26b[5]. Selon vous quand est-ce que les patientes peuvent repasser leur CCPM,.en post-partum ? [Après 24mois du post-partum] [Échelle.1]
- Q27. A quelle fréquence orientez-vous les femmes militaires vers les moniteurs EPMS pour une reprise encadrée du post-partum ?
- Q28. Dans la pratique courante, pour vos patients masculins/féminins en dehors du post-partum ou de la grossesse, utilisez-vous les fiches EPMS ?
- Q29. Chez vos patientes, dans le cadre du post-partum les utilisez-vous ?
- Q30. Quel point vous sentez-vous concernés par la problématique de la reprise du sport par vos patientes en post-partum ?
- Q31. Êtes-vous à l'aise dans vos décisions d'aptitude dans la période du post-partum ?
- Q35. Que pensez-vous de l'intérêt de la mise en place d'un suivi de la reprise sportive chez les femmes en post-partum, coordonné par le médecin d'unité ?

9 Abréviations

ACM : Analyse en correspondances multiples

AEMI : Antennes d'expertises médicales initiales

APA : Activité physique adaptée

BAT : Brevet d'Aptitude Technique

BCSSA : Bibliothèque centrale du Service de Santé des Armées

CAH : Classification ascendante hiérarchique

CAMU : Capacité de médecine d'urgence

CCPM : Contrôle de la condition physique du militaire

CESPA : Centre d'épidémiologie et de santé publique des armées

CMA : Centre médical des armées

CNGOF : Collège national des gynécologues obstétriciens français

CNIL : Commission nationale de l'information et des libertés

CNMSS : Caisse nationale militaire de sécurité sociale

CNOSP : Comité national olympique et sportif français

CNSD : Centre national des sports de la Défense

DCSSA : Direction centrale du Service de Santé des Armées

DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires

DFRI : Direction de la formation, de la recherche et de l'innovation

Dr : Docteur

EPDS : Edinburgh postnatal depression scale

EPMS : Entraînement physique militaire et sportif

HAS : Haute autorité de santé

IC : Intervalle de confiance

IJSPT : The International Journal of Sports Physical Therapy

INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale

IRBA : Institut de recherche biomédicale des armées

MOOC : Massive open online course

Obl : Obligatoire

OMS : Organisation mondiale de la santé

OPEX : Opération extérieure

SSA : Service de Santé des Armées

STAPS : Sciences et Techniques des Activités physiques et Sportives

URL : Uniform Resource Locator

VMP : Visite médicale périodique

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

Résumé

Introduction : Avec une féminisation croissante des forces armées françaises, les spécificités de santé de cette population sont à prendre en compte. La période du post-partum notamment, présente des particularités physiques, psychologiques et de nombreux changements dans le mode de vie des femmes. Leur maintien en condition physique pendant cette période participe d'une part à la prévention de la sédentarité, et d'autre part au maintien des capacités opérationnelles pour les militaires. La question centrale de notre travail porte sur l'évaluation des pratiques des médecins militaires dans l'accompagnement des femmes lors de la reprise du sport en post-partum. Une étude s'est déjà intéressée aux attentes et au ressenti des femmes militaires dans ce contexte. Cependant, aucune recherche antérieure n'a exploré spécifiquement les pratiques des médecins généralistes militaires dans l'accompagnement de la reprise du sport en post-partum.

Méthode : Nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, transversale, multicentrique de décembre 2022 à mars 2023. Le recueil des réponses au questionnaire envoyé s'est fait par voie informatique en préservant l'anonymat des répondants. La population étudiée était constituée de médecins généralistes militaires français, pratiquant dans les antennes médicales en métropole, outre-mer ou à l'étranger. Un état des lieux des connaissances et des pratiques des médecins des forces en matière de prise en charge concernant la reprise d'activité physique des patientes militaires en post-partum a été réalisé.

Résultats : Sur les 700 médecins composant notre population cible, 255 ont répondu à notre questionnaire et ils ont tous pu être analysés. Parmi eux, 83.5% déclaraient se sentir assez concernés voire très concernés par la problématique de la reprise du sport en post-partum par leurs patientes militaires. De plus, 84.8% se jugeaient assez à l'aise voire très à l'aise avec les décisions d'aptitude dans cette période. Pourtant plus de la moitié des médecins estimaient que leurs patientes étaient aptes à reprendre leur activité physique sans restriction dès 6 à 12 mois du post-partum. D'autre part, 76.6% des répondants estimaient qu'il pourrait y avoir assez d'intérêt voire beaucoup d'intérêt à la mise en place d'un suivi de la reprise sportive chez les femmes militaires en post-partum coordonné par le médecin généraliste militaire. Dans notre étude nous avons pu remarquer une faible orientation des patientes vers les moniteurs de sport dans les armées. La question des symptômes urinaires étaient souvent abordée puisque 70.6% des répondants déclaraient la poser. Enfin, une tendance a été mise en évidence concernant le ressenti des médecins d'unité : Les femmes âgées ayant des enfants et formées de manière supplémentaire en gynécologie semblaient plus à l'aise que les hommes jeunes sans enfant et ayant reçu leur formation de gynécologie à la faculté pendant l'externat et l'internat de médecine générale.

Conclusion : La période post-natale, avec ses nombreux changements, impacte la reprise du travail et de l'activité physique pour les militaires féminines, nécessitant un suivi spécifique. Notre étude a exploré les pratiques des médecins des forces concernant l'accompagnement de la reprise du sport chez les militaires féminines en post-partum. Des discordances ont été observées entre le ressenti des médecins vis-à-vis de cette prise en charge et celui des patientes sur leur accompagnement. Un besoin de formation supplémentaire pour les médecins militaires sur la reprise du sport en post-partum a été identifié, soulignant l'importance de leur rôle dans cet accompagnement et appelant à la sensibilisation par le Service de Santé des Armées. Un support d'aide à la pratique pour les médecins des forces est en cours de rédaction. Des différences de pratiques entre sous-populations de praticiens ont également été relevées, indiquant la nécessité d'une sensibilisation globale de tous les médecins militaires à la prise en charge des femmes militaires. Enfin, la promotion de l'activité physique pendant la grossesse est suggérée comme un moyen d'améliorer la santé des femmes militaires et de favoriser une reprise sportive optimale en post-partum. Ce sujet reste à étudier dans les armées.

Mots-clés : post-partum, reprise de l'activité physique, gynécologie, médecine militaire, médecin généraliste.