

MENTION TRES HONORABLE  
avec félicitations du jury  
et proposition au prix de thèse

UNIVERSITE DE NANTES

---

FACULTE DE MEDECINE

---

Année 2003

N°

THESE

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Qualification en Médecine Générale

par

Cécile DITTENIT Ben AMMAR

---

Présentée et soutenue publiquement le 25 Avril 2003

---

LA PRATIQUE DE LA VISITE POST-NATALE EN MEDECINE GENERALE

---

Président : Monsieur le Professeur PHILIPPE Henri-Jean

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur FERRON Jean-Joseph

BU Santé  
Nantes

LA PRATIQUE DE LA  
VISITE POST-NATALE  
EN  
MÉDECINE GÉNÉRALE

BU Santé  
Nantes

# TABLE DES MATIÈRES

DEFINITION ET INTRODUCTION DU SUJET	2
<b><u>PREMIERE PARTIE</u></b> : NOTIONS D'ANTHROPOLOGIE SOCIOCULTURELLE ET FONDEMENTS HISTORIQUES DE LA PRATIQUE DE LA VISITE POST-NATALE	5
I- La notion d'impureté	6
II - Comment est née la consultation post-natale	8
A. Le dépistage des infections génitales	
B. Les premières théories de prévention du cancer du col	
III- Investissement du médecin de famille dans le suivi de la grossesse et du post-partum au cours des âges.	9
IV- La législation de la consultation post-natale	11
<b><u>DEUXIEME PARTIE</u></b> : CONNAISSANCES ANATOMIQUES, PHYSIOLOGIQUES ET PSYCHOPATHOLOGIQUES NÉCESSAIRES À LA BONNE CONDUITE DE LA CONSULTATION POST-NATALE.	14
I - Rappel anatomique du périnée	15
A. Description générale	
B. Modifications périnéales liées à la grossesse et l'accouchement.	19
II- Physiologie féminine au terme du post-partum immédiat ( à la date de la visite post- natale )	21
A. Sur le plan général	22
B. Sur le plan biologique	23
1. <i>La numération formule sanguine</i>	
2. <i>L'hémostase</i>	
3. <i>Lipides circulants et tolérance aux glucides</i>	22
4. <i>Taux hormonaux et fertilité</i>	22
4.1. <i>Fertilité et allaitement artificiel</i>	23
4.2. <i>Fertilité et allaitement maternel</i>	25
C. Sur le plan génital: le retour de couches	27
1. <i>Conditions anatomiques utérines requises</i>	27

2. <i>En pratique</i>	28
III- Connaissance des différents moyens de contraception	29
A. Critères d'une contraception satisfaisante	
B. Les méthodes	29
1. <i>Les méthodes naturelles basées sur l'abstinence périodique</i>	29
2. <i>Les méthodes barrières</i>	30
3. <i>L'aménorrhée de lactation (LAM)</i>	30
4. <i>Les méthodes hormonales</i>	31
5. <i>Les dispositifs intra-utérin (DIU)</i>	33
IV- Psychologie maternelle et interactions psychopathologiques sur la relation mère-enfant	34
A. Notions de psychologie	34
1. <i>Le processus de maternalité</i>	35
2. <i>La préoccupation maternelle primaire</i>	35
3. <i>La naissance psychologique du nourrisson</i>	36
B. La dépression du post-partum	38
1. <i>Epidémiologie</i>	38
2. <i>Facteurs prédisposants</i>	39
3. <i>Symptomatologie</i>	41
4. <i>Méthodes de dépistage des états dépressifs du post partum</i>	42
V - Pathologies de la grossesse et du post-partum à connaître pouvant influencer sur le contenu de la visite post-natale	44
A. L'hypertension artérielle (HTA) gravidique et la pré-éclampsie	44
B. Le diabète gestationnel	46
C. Pathologies thyroïdiennes	47
<b><u>TROISIÈME PARTIE: CONDUITE DE LA CONSULTATION POST-NATALE</u></b>	51
I. A l'interrogatoire	52
A. Evaluation de l'état psychologique de la patiente et de la relation mère-enfant	52
B. Sexualité et contraception	55
1. <i>Facteurs influençant le comportement sexuel à ce stade du post-partum</i>	55
2. <i>Discussion du choix d'une éventuelle contraception</i>	58

C. Dépistage des troubles périnéaux	58
1. <i>Evaluation des facteurs de risques de lésions périnéales</i>	58
2. <i>les symptômes urinaires et anaux à rechercher par l'interrogatoire</i>	59
II- L'examen clinique de la consultation post-natale	61
A. Inspection du périnée	62
B. Les touchers pelviens et manoeuvres d'évaluation du périnée	64
III- Prescriptions et prises en charge spécifiques de cette consultation	69
A. Les différentes possibilités de prise en charge thérapeutiques des syndrômes dépressifs et de la dépression du post-partum.	69
B. Choix du mode de contraception (arbre décisionnel: schéma contraceptif optimal)	72
C. Prescription de la rééducation périnéale	74
D. Prescription d'examens biologiques	76
E. Autres prescriptions: vaccination	77
<b><u>QUATRIEME PARTIE:</u></b> matériel d'étude	79
- Enquêtes téléphoniques	80
- Témoignage	81
- <b>Enquête auprès de 200 médecins généralistes</b>	83
A-Objectifs	83
B- Méthodologie	84
C- Résultats statistiques	87
I. Critères d'identification anonyme des praticiens généralistes et de leur pratique obstétricale	87
II. Thèmes abordés à l'interrogatoire par les médecins généralistes avant l'examen clinique de la consultation post-natale	90
III. Concernant l'examen clinique de la consultation post-natale: fréquence de réalisation des gestes suivants	96
IV. Concernant les prescriptions à l'issue de la consultation post-natale	99
V. Concernant les conseils en puériculture, les supports sociaux et les demandes d'avis spécialisés	102
VI. Concernant les besoins de formation	106
VII. En conclusion de l'enquête : le caractère obligatoire de la visite post-natale est-il justifié?	107

<b><u>CINQUIÈME PARTIE: ANALYSE ET DISCUSSION</u></b>	111
I-ANALYSE DES RESULTATS	112
A- Constats généraux	112
B- Analyse des résultats des différents thèmes de l'enquête	113
1. Le suivi des grossesses par les médecins généralistes	113
2. La réalisation de la consultation post-natale par le médecin généraliste	113
3. Sollicitation du médecin traitant avant la date de la visite post-natale	113
4. Maîtrise des enjeux actuels de la consultation post-natale par le médecin généraliste	114
4.1. <i>Le lien mère-enfant: isolement du médecin traitant dans le dépistage et la prise en charge de ses dysfonctionnements</i>	114
4.2. <i>Le périnée: enjeu reconnu mais sous évalué</i>	115
4.3. <i>Les réalités des conditions de prescription d'une contraception</i>	118
4.4. <i>Un suivi conjoint des grossesses pathologiques pour une médecine de prévention</i>	119
4.5. <i>Pas de prescription systématique d'examens complémentaires</i>	120
5. Sujets demandés dans le cadre de la Formation Médicale Continue	121
II- DISCUSSION	
A. Réflexion sur "la consultation post-natale"	122
1. <i>Adaptation des enjeux</i>	122
2. <i>Organisation d'un suivi global pluridisciplinaire du post-partum intégrant la consultation post-natale</i>	124
3. <i>Création d'un réseau de communication impliquant le médecin généraliste et les autres intervenants concernés par le post-partum</i>	127
3.1. <i>Etat des lieux des moyens actuels</i>	127
3.2. <i>Une solution informatique: le travail d'équipe en réseau</i>	128
B. La consultation post-natale, acte de médecine générale	129
1. <i>Logique démographique médicale actuelle</i>	129
2. <i>Atouts du médecin généraliste pour la gestion de la consultation post-natale</i>	130

C- Conclusion en terme de besoins en formation médicale continue des praticiens en médecine générale	132
1. <i>Etat des lieux de l'enseignement initial</i>	132
2. <i>Besoins permanents de Formation Médicale Continue</i>	133
CONCLUSION	134
ANNEXES	137
questionnaire de l'enquête (annexe n°5)	150
BIBLIOGRAPHIE	153

BU Santé  
Nantes

DEFINITION

INTRODUCTION

La consultation post-natale étudiée dans ce travail est la visite médicale prévue pour la mère six à huit semaines après l'accouchement. Cette date coïncide avec la fin du post-partum immédiat défini selon l'OMS comme la période des quarante deux jours qui suivent l'accouchement.

L'intitulé de cette consultation ne livre pas sa finalité. Aussi la première interrogation soulevée par ce travail réside dans le contenu de cette visite médicale. La date précise proposée pour sa réalisation nous fait prendre conscience que l'on aborde la patiente à un moment particulier de son post-partum.

Notre but est de travailler sur les modalités de réalisation de cette consultation; il est donc indispensable dans un premier temps d'établir les objectifs de cette visite.

Nous les avons regroupés sous 4 grands thèmes qui serviront de fil conducteur dans les différentes étapes de ce travail:

- ◇ le périnée: évaluation et rééducation
- ◇ fertilité, sexualité,contraception
- ◇ lien mère-enfant et troubles dépressifs maternels
- ◇ suivi des pathologies de la grossesse et du post-partum

Chacun de ces thèmes fait régulièrement l'objet de travaux de recherche car tous évoluent avec les connaissances. La particularité de notre travail sera de les envisager dans le cadre précis de notre sujet: la consultation post-natale en médecine générale.

En effet, notre pratique généraliste est sollicitée par ce motif de consultation , au même titre que les autres consultations imposées ou non pendant la grossesse.

Rappelons d'ailleurs que la consultation post-natale est la dernière consultation prévue par le calendrier de suivi de grossesse.

Notre travail s'intéresse à préciser la demande effective de cette visite par les patientes et la réponse apportée en cabinet de médecine générale. Pour ce faire, une enquête auprès des médecins traitants a été menée pour recueillir une appréciation de leur pratique afin de faire apparaître les spécificités de la médecine générale sur cette prise en charge précise.

L'activité en cabinet de médecine générale parallèlement menée à celle de consultation pour nourrissons en centre de Protection Maternelle et Infantile a été déterminante pour aborder ce sujet; témoignages et investigations ont été à l'origine d'autres interrogations face à cette consultation : ses modalités de réalisation répondent-elles aux exigences médicales actuelles et à la demande de nos patientes? Le médecin généraliste est-il le mieux placé pour accompagner les mères à ce moment précis du post-partum?

Ma pratique passée de la visite post-natale dans mes fonctions de sage-femme en milieu gynécologique et obstétrical, ainsi que la formation reçue pour devenir médecin généraliste ont influencé le choix de ce sujet : les différences d'enseignement initial amènent volontiers à une approche distincte d'une même problématique.

Cette consultation répond cependant à des exigences médicales de base. L'une des finalités de notre enquête est de mettre en évidence les points nécessitant d'être repris dans le cadre de la formation médicale continue (FMC) .

Cette dernière est aussi indispensable à la réactualisation des données établies selon l'évolution des connaissances et des pratiques médicales. En tenant compte de ce double enjeu de la FMC, ce travail est construit pour évaluer les besoins actuels de formation médicale pour la pratique de la visite post-natale en médecine générale.

Pour répondre à toutes ces interrogations nous allons évoquer dans un premier temps les origines de la consultation post-natale ainsi que de ses exécutants, en particulier le médecin traitant.

Secondairement, par une revue de la littérature nous reprendrons nos 4

thèmes afin d'établir l'ensemble des connaissances médicales nécessaires à la pratique de cette visite dont nous décrirons le contenu.

Dans un troisième temps nous exposerons notre enquête réalisée auprès de 200 médecins généralistes de Loire Atlantique pour connaître la réalité de la pratique de cette consultation en cabinet de médecine générale libérale.

Enfin , l'analyse des résultats de cette enquête confrontée aux données que nous aurons préalablement retenues par notre revue de la littérature permettra d'ouvrir la discussion sur la consultation post-natale sous tous les aspects interrogatifs déjà cités dans l'exposition de la problématique de notre travail. Ce sujet finalement vieux comme le monde ne doit-il pas évoluer avec le principal acteur de santé présent dans le quotidien des patientes ?

PREMIERE PARTIE:

NOTIONS D'ANTHROPOLOGIE

SOCIOCULTURELLE

ET

FONDEMENTS HISTORIQUES

DE LA PRATIQUE DE LA

VISITE POST-NATALE

A travers quelques notions historiques et pratiques culturelles , il est possible de retracer les fondements de cette consultation pour comprendre l'évolution de ses enjeux et de sa mise en pratique par les médecins de famille .

Deux notions ont retenu notre attention. La première, la notion d'impureté, est rattachée à la tradition religieuse. La seconde, le dépistage des infections génitales, semble correspondre à la traduction médicale de cette notion d'impureté. Nous allons les évoquer à travers deux courants religieux distincts.

## **I- La notion d'impureté**

### **- Dans la société judéo-chrétienne**

Nos aïeux décrivent une tradition religieuse appelée "les relevailles": environ 40 jours après la naissance de l'enfant, la mère est autorisée à retourner à l'église avec son nourrisson. Elle retrouve ainsi sa place dans la communauté au cours de cette célébration religieuse. Sa maternité est alors reconnue comme légitime et close. La notion d'impureté rattachée au post-partum immédiat disparaît à cette date : c'est pour elle le retour à la vie sociale et conjugale... offrant la possibilité d'enfanter à nouveau. Notre calendrier, rythmé par les fêtes judéo-chrétiennes, nous rappelle d'ailleurs peut-être l'origine de cette tradition: le 2 février de chaque année est cité comme le jour de "la présentation". Nous sommes alors 39 jours après la naissance de l'enfant Jésus, fils de Marie. La fin du post-partum immédiat de la Vierge Marie est donc bien marqué par une célébration précise.

### **- Dans la société arabo-musulmane**

Ce délai de quarante jours après la naissance est repris à peu près dans toutes les cultures, avec un rite précis pour marquer la fin de cette période de post-partum immédiat.

Par exemple, dans les pays de culture arabo-musulmane, une tradition amène

la nouvelle mère à retourner au hammam, et ce, 40 jours exactement après la naissance. Là, une masseuse réalise des soins bien particuliers dont le but est de “refermer” le bassin en exerçant des pressions sur les hanches, le pubis et la région lombosacrée. Cela s’accompagne de conversations où la mère pourra échanger ses inquiétudes avec des femmes plus anciennes qui ne manqueront pas de lancer quelques “you-yous” et autres manifestations de réconfort. Après ce passage au hammam, la mère est considérée comme prête à reprendre ses activités au sein de son foyer; en effet, les autres femmes de la communauté ne la seconderont plus dans cette fonction qu’elles assuraient depuis la naissance de l’enfant. La mère retrouve également sa place d’épouse avec possibilité de reprise des rapports sexuels au terme de ces 40 jours pendant lesquels Le Coran impose l’abstinence .

Cette notion d’impureté liée à l’accouchement est une cause ancienne retrouvée dans les pratiques religieuses pour expliquer le délai de reprise d’une activité sociale et conjugale normale après la naissance d’un enfant. Imposée à toutes les femmes, cette mesure religieuse peut revêtir un caractère de santé publique, comme d’autres dogmes issus des livres saints qui étaient aussi destinés à guider une population dans sa vie quotidienne.

L’abandon de la pratique religieuse par beaucoup de nos contemporains associé à une grande reconnaissance de la science a peut-être entraîné un glissement des lieux de cultes vers les cabinets médicaux, en particulier des médecins généralistes. La visite post-natale, par son côté officiel imposé par notre société laïque, ne doit pas faire oublier toute la charge symbolique qui s’y rattache en référence aux pratiques rituelles dont étaient encore imprégnés nos aïeux. Il ne faudrait pas réduire la visite post-natale à un strict examen médical centré sur la sphère pelvienne, au risque de lui ôter toute dimension humaine.

Cette notion traditionnelle d’impureté du post-partum semble avoir trouvé son équivalent médical: la notion d’infection génitale, à l’origine de l’émergence de la consultation post-natale.

## **II - COMMENT EST NÉE LA CONSULTATION POST-NATALE.**

La première préoccupation sanitaire avant l'existence des antibiotiques était la prévention des infections rapidement responsables de septicémie et de décès. La femme en période de suites de couches était particulièrement vulnérable à ce fléau. Savoir prévenir les complications infectieuses était donc une priorité.

### **A. Le dépistage des infections génitales**

A la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle, de nombreuses études mentionnent que l'involution utérine arrive à son terme 6 à 8 semaines après l'accouchement(1-2). Cette constatation revêt toute son importance lorsque l'on évoque la première cause de décès en suites de couches à cette époque: l'infection génitale ; l'un des symptômes pouvant la faire suspecter est l'involution utérine incomplète, plus ou moins douloureuse avec pertes fétides. C'est de cet argument qu'est né à cette époque l'intérêt de consulter les mères à ce terme précis de leur post-partum.

### **B. Les premières théories de prévention du cancer du col**

Miller et Bell, médecins anglais du début du XX<sup>e</sup> siècle ont promu la visite post-natale sur la base d'une autre théorie : toute infection vaginale ou cervico-utérine non traitée dans les suites de couches représenterait un facteur de risque important de cancer du col(3). La pathogénie actuelle du cancer du col est toujours basée sur le rôle important d'un agent infectieux mais non favorisé par le post-partum. Malgré l'avancée considérable de la connaissance du cancer du col réfutant en partie cette ancienne théorie, la pratique de la visite post-natale n'a jamais été remise en question, de même que la réalisation de l'examen pelvien qui l'accompagne.

Les motifs ont évolué et sont toujours reconsidérés, mais cette consultation

a su s'imposer comme une institution, avec l'apparition d'une législation spécifique à sa pratique, que nous soumettrons plus loin.

L'art de la médecine a lui aussi été réglementé au cours du temps. La prise en charge de la femme enceinte et en post-partum a toujours été réalisée par différents soignants au cours des âges. Comment le médecin de famille a-t-il été impliqué dans ce suivi?

### **III- Investissement du médecin de famille dans le suivi de la grossesse et du post-partum au cours des âges.**

A la veille de la révolution de 1789, c'est le clergé qui fait obligation à chaque paroisse de nommer une "sage-femme" directement placée sous la surveillance du curé. Devant Dieu, la "matrone" doit : *"s'engager à assister ses compagnes dans leurs couches, à faire appel au chirurgien en cas de besoin, à suivre la parturiente après ses couches, à proscrire tout recours à la superstition et à ne point dévoiler les secrets de famille qu'elle serait amenée à connaître"*. Les autorités civiles les ignorent mais des matrones existent ainsi dans chaque village.(4)

Avec le développement des écoles de médecine, les médecins formés dans les grandes villes sont appelés par les notables de leur ville natale pour assurer les soins de leurs proches. Pour un nouveau diplômé, tenter sa chance de préférence dans le canton dont il est originaire lui permet de bénéficier des relations de sa famille et de ses amis. ( d'où le terme de "médecin de famille" )(5) Rappelons que selon les régions l'instruction en langue française est parfois peu répandue.

Dans les grandes villes, les maîtres chirurgiens évincent les sages-femmes pour se faire accoucheurs. En effet, depuis que LOUIS XIV en 1663 a fait appel à un chirurgien pour assister une de ses maîtresses à la fois en couches puis après l'accouchement, en un siècle, la mode des accoucheurs a gagné l'aristocratie et la haute bourgeoisie. Pour le reste de la population, ce sont, petit à petit, les médecins de quartier ou de canton qui assistent les femmes en couches. Ainsi,

vers 1920, nombre d'accouchements à domicile ne sont plus effectués par une sage-femme. Cette profession s'est pourtant développée parallèlement sous l'égide de quelques grandes figures féminines se formant auprès des grands maîtres accoucheurs et créant leurs propres écoles de formation. Les médecins de quartiers n'ont eux, pas reçu de formation obstétricale : leur savoir est acquis sur le terrain, de manière empirique avec pourtant l'utilisation de méthodes obstétricales bien spécifiques comme l'application de forceps. La mortalité maternelle et infantile en couches et suites de couches est très élevée et vécue comme une fatalité implacable et incontournable. C'est, entre autre, la découverte de la notion de l'asepsie par un jeune chirurgien hongrois, SEMMELWEIS, en 1848, qui apportera beaucoup d'amélioration dans la prise en charge de l'accouchement et des suites de couches.(mais il n'obtiendra que très tard de ses confrères la pratique de la purification des mains à l'eau de Javel.)(6)

De nos jours, nous retrouvons les même intervenants médicaux présents dans le suivi de la femme enceinte. Outre l'héritage historique, la démographie médicale actuelle impose dans notre société un récent état de fait impliquant davantage le médecin traitant dans le suivi de la femme enceinte. On constate en effet une diminution du nombre de gynécologues-obtétriciens et de gynécologues médicaux (dont la formation n'existe plus depuis plus de 10 ans), rappelant l'évidence de la place du médecin traitant dans le suivi des grossesses physiologiques (à bas risque). Cela amène les femmes à confier plus volontiers leur suivi de grossesse à leur médecin traitant, dans l'attente d'être prise en charge au 8<sup>e</sup> mois par leur médecin accoucheur. Ceux-ci sont en effet trop peu nombreux pour assurer le suivi de la totalité des grossesses de leurs parturientes. Les cabinets de sages-femmes libérales déléguées sur le terrain pour le suivi des grossesses difficiles sont eux aussi de plus en plus sollicités et connaissent un développement croissant depuis ces dix dernières années.

Ainsi, en pratique, lorsque la femme désire consulter pour sa visite post-natale, elle a le libre choix entre son médecin traitant (qu'il ait ou non suivi sa

grossesse), son obstétricien ou le gynécologue médical ayant éventuellement suivi sa grossesse jusqu'au 8<sup>ème</sup> mois. Cette visite peut aussi être réalisée par une sage-femme en milieu hospitalier ou en libéral. Autant de possibilités que d'intervenants au cours de la grossesse, avec pour chacun des spécificités: notre travail a pour but d'analyser celles relevant de la pratique de la médecine générale.

Nous terminerons cette partie historique en rappelant les bases légales françaises de la consultation post-natale obligatoire remboursée par la sécurité sociale. C'est un fait récent notable dans l'histoire de cette consultation, qui lui confère un caractère institutionnel dans le cadre de la santé publique.

#### **IV- La législation de la consultation post-natale**

Le livre II du code de la santé publique évoque la visite post-natale en abordant les missions du service départemental de protection maternelle et infantile (PMI): il précise que le service de PMI doit organiser des consultations prénuptiales, prénatales, et, *post-natales* selon l'article L 149 de la loi n°89-899 du 18/12/1989.(annexe n°1)

La définition de P.Laroque reprise par le Haut Comité de la Santé Publique (dépendant du ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville), dans son nouveau plan périnatalité de janvier 1994 est la suivante: "*La Protection Maternelle et Infantile peut se définir comme un ensemble de mesures techniques, législatives, administratives, financières, visant à protéger la santé de la future mère, de la mère et de l'enfant de 0 à 6 ans, sans distinction de ressources, ni de statut socioéconomique.* La PMI a été fondée par l'ordonnance de 1945, et récemment modernisée par la loi du 18/12/1989, qui précise en particulier ses missions dans les périodes pré-et post-natales. Entre temps, elle a été placée sous la compétence des départements, lors de la loi de décentralisation. Le décret du 6 août 1992 précise les devoirs des départements pour qu'ils

répondent aux objectifs nationaux. Pour ce qui concerne plus spécifiquement la grossesse et la période post-natale, les points forts de ce décret sont:

- surveillance régulière de la grossesse et *de la période post-natale*
- dépistage précoce des pathologies maternelles et infantiles,
- populations vulnérables,
- quartiers défavorisés,
- recueil des données épidémiologiques et données statistiques à transmettre à l'Etat.

Le Conseil d'Etat (section sociale) a publié au Journal Officiel du 16/02/92 le décret n°92-143 du 14/02/92 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et post-natal. L'article 4 de ce décret précise: "**un examen médical post-natal doit être obligatoirement effectué dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement**". Il est donc obligatoire, prévu et remboursé à 100% par la sécurité sociale, au même titre que les 7 visites prénatales du calendrier de suivi de grossesse en territoire français (annexe n°2)

Sujet de santé publique, la visite post-natale bénéficie d'un outil d'information destiné aux femmes enceintes et aux médecins qui les suivent: le carnet de santé maternité; un arrêté du 16/11/1990 paru au Journal Officiel du 6/12/90 est relatif au modèle et au mode d'utilisation de ce carnet de grossesse. Il est diffusé par les Conseils Généraux. Concernant la période post-natale, il précise que 10 séances de rééducation de la paroi abdominale dans le post-partum sont prises en charge à 100% par la sécurité sociale,

Une page aborde ces 3 thèmes :

- l'allaitement
- la contraception
- la rééducation post-natale

Le carnet de santé constitue un lien entre les différents intervenants médicaux entourant la grossesse: ce moyen de communication a été établi pour que les informations recueillies à chaque consultation pré et post-natale soient véhiculées d'un soignant à l'autre.

Cet éclairage historique permet de mieux comprendre la proposition de la visite post-natale remboursée faite aux accouchées depuis les années 60-70.(7) Cette époque a été marquée par la forte augmentation du travail des femmes et de leur possibilité de programmation des naissances avec l'arrivée de la contraception orale. La date de la visite post-natale 6 à 8 semaines après l'accouchement correspond pratiquement à la fin du congé maternité (10 semaines après la naissance pour un premier et deuxième enfant). Cela signifie le plus souvent pour la maman la reprise imminente de son activité professionnelle, donc le retour à la vie sociale antérieure à son état de grossesse.

Nous allons voir à présent les connaissances indispensables à la bonne conduite de la consultation post-natale, avant d'en établir son contenu.

DEUXIEME PARTIE :

CONNAISSANCES ANATOMIQUES,  
PHYSIOLOGIQUES, PATHOLOGIQUES  
ET  
PSYCHOPATHOLOGIQUES  
NÉCESSAIRES À LA BONNE  
CONDUITE DE LA CONSULTATION  
POST-NATALE.

Cette revue de la littérature reprend les quatre thèmes que nous nous sommes déjà fixés en introduction comme étant caractéristiques de cette consultation. Nous reprendrons dans un premier temps les notions d'anatomie et de physiologie nécessaires à leur parfaite compréhension avant d'expliquer le déroulement classique d'une consultation post-natale.

## **I - Rappel anatomique du périnée (8)**

La connaissance de l'anatomie du périnée permet d'optimiser l'évaluation clinique au moment de la consultation post-natale.

### **A. Description générale**

Le plancher pelvien ferme en bas l'excavation pelvienne; il comporte le diaphragme pelvien des releveurs de l'anus essentiel à la statique pelvienne, et le périnée superficiel plus accessoire.

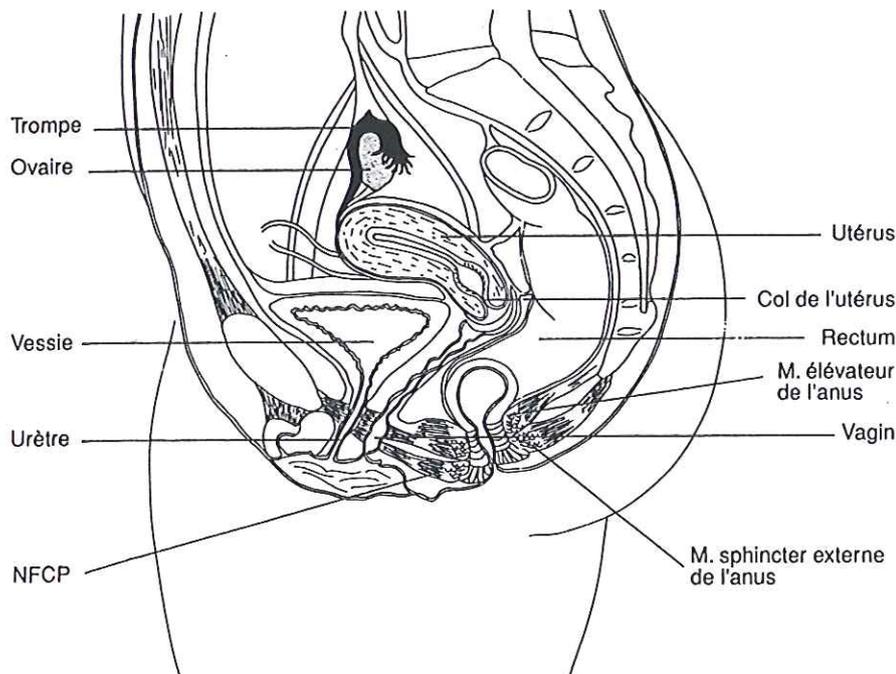


schéma n°1: organes génitaux féminins et plancher pelvien en coupe sagittale

1. Le plan profond (diaphragme pelvien): constitué par **les releveurs de l'anus** qui présentent 2 couches fonctionnelles différentes:

1.1. une couche externe ou sphinctérienne en aile de papillon comportant 3 faisceaux (pubo-coccygien, ilio-coccygien et ischio-coccygien). C'est une lame mince, peu résistante qui sangle les 3/4 postérieurs du rectum et se termine sur le noyau fibreux central du périnée (NFCP), le coccyx et le sacrum, réalisant un hamac du périnée postérieur;

1.2 une couche interne ou élévatrice: le faisceau pubo-rectal. C'est un muscle épais, solide qui s'insère sur le pubis et se dirige verticalement en bas et en arrière. Il croise l'urètre et bride les faces latérales du vagin (1/3 moyen). Des adhérences conjonctives le solidarisent à l'urètre et au vagin. Dans la partie périnéale, il réalise avec son homologue une sangle postérieure de la moitié inférieure du vagin et s'insère sur le NFCP qu'il élève lors de sa contraction. Des fibres se terminent au travers du sphincter strié de l'anus. Le faisceau pubo-rectal, tonique et actif, joue un rôle essentiel dans la statique pelvienne, la continence urinaire et fécale, les rapports sexuels.

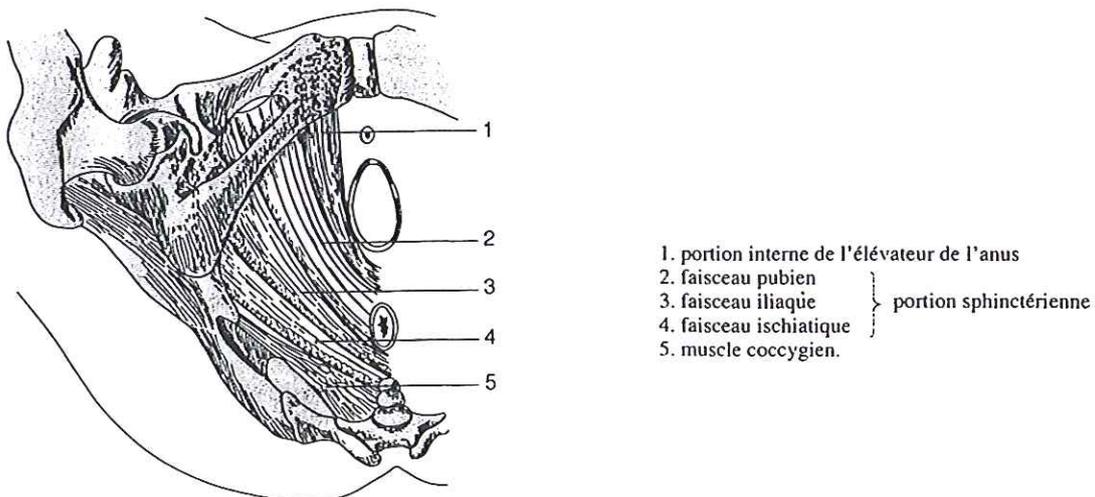


schéma n°2: diaphragme pelvien (vue en position gynécologique)(8)

## 2. le plan moyen et superficiel (diaphragme uro-génital):

C'est l'ensemble des parties molles situées au-dessous du diaphragme pelvien.

Sur le versant cutané: c'est un losange (compris entre le pubis, le coccyx et les tubérosités ischiatiques) divisé par la ligne bi-ischiatique passant par le centre tendineux du périnée en 2 zones :

- le périnée antérieur (uro-génital)
- le périnée postérieur (anal)

Cette distinction est importante pour l'examen clinique selon l'expression de symptômes urinaires ou anaux (9).

Rappelons que dans la terminologie obstétricale courante, le périnée est situé entre l'anus et le vagin car c'est la région des "déchirures".

Ce diaphragme uro-génital est composé d'un squelette fibreux (l'aponévrose moyenne du périnée) et de deux plans musculaires insérés sur les deux faces de cette aponévrose. Cette dernière présente 3 renforcements fibreux dont le plus important est le noyau fibreux central du périnée (NFCP) ou centre tendineux du périnée en arrière. Le plan musculaire moyen comprend:

- le muscle transverse profond
- le sphincter externe de l'urètre
- le constricteur de la vulve.

Les 4 muscles du plan superficiel se répartissent en un groupe antérieur (transverse superficiel, ischio-caverneux, bulbo-caverneux) et un groupe postérieur (sphincter externe de l'anus)

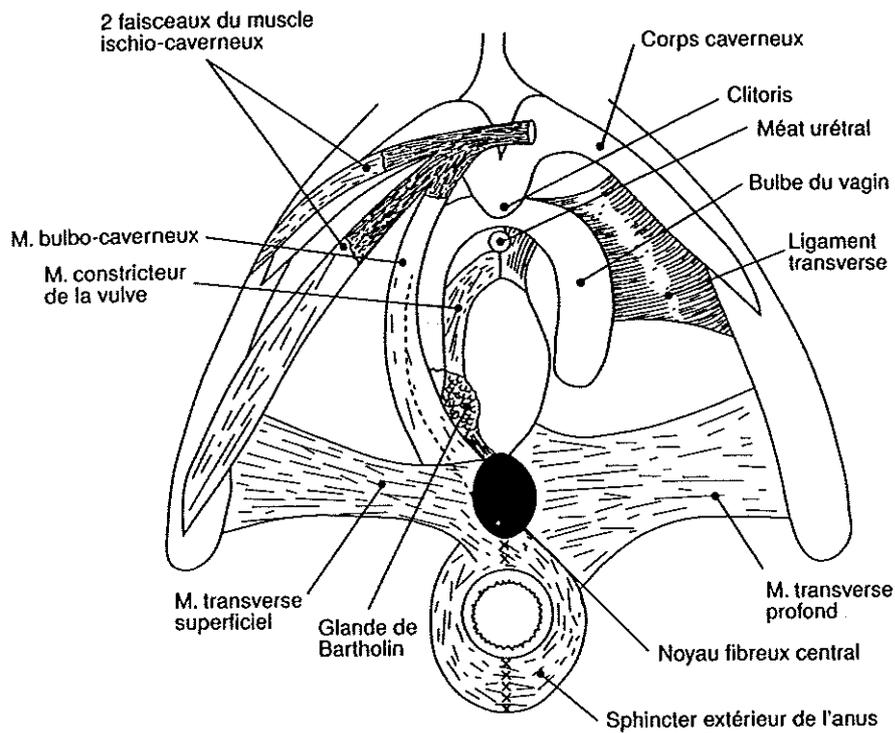
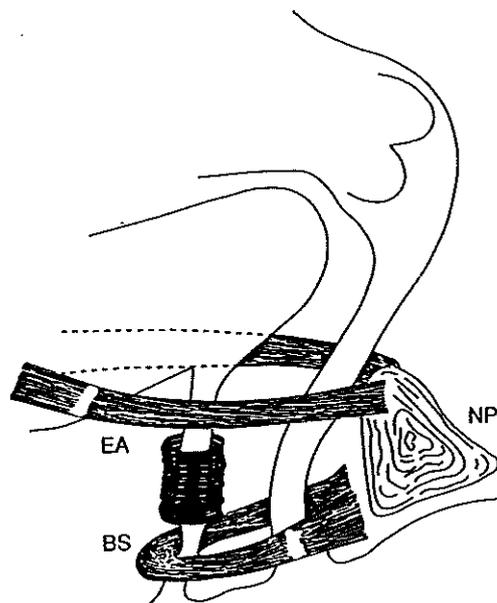


schéma n°3: vue inférieure du périnée de la femme (8)



*Système sphinctérien chez la femme*  
 BS = m. bulbo-spongieux  
 EA = m. élévateur de l'anus  
 NP = noyau central du périnée

schéma n°4 : système sphinctérien chez la femme(8)

## **B. Modifications périnéales liées à la grossesse et l'accouchement.**

Pendant la grossesse, il existe une augmentation du poids des viscères ainsi que de la pression abdominale.

Cela s'accompagne plus ou moins d'un prolapsus uro-génital (avec possible incontinence urinaire d'effort) régressif en post-partum. Les données épidémiologiques montrent que, parmi les femmes incontinentes pendant la grossesse, 60% n'ont plus de fuites 6 à 10 jours après la naissance, 30% ont des fuites urinaires transitoires et 10% ont une incontinence urinaire persistante et importante.(10). A noter que 64% des primipares incontinentes en post-partum présentent une incontinence pendant leur grossesse et , fait très intéressant, il existe un nombre significatif d'incontinence urinaire d'effort chez les femmes césarisées. Il existe bien des facteurs d'incontinence liés à la grossesse, et d'autres inhérents au traumatisme obstétrical.(10)

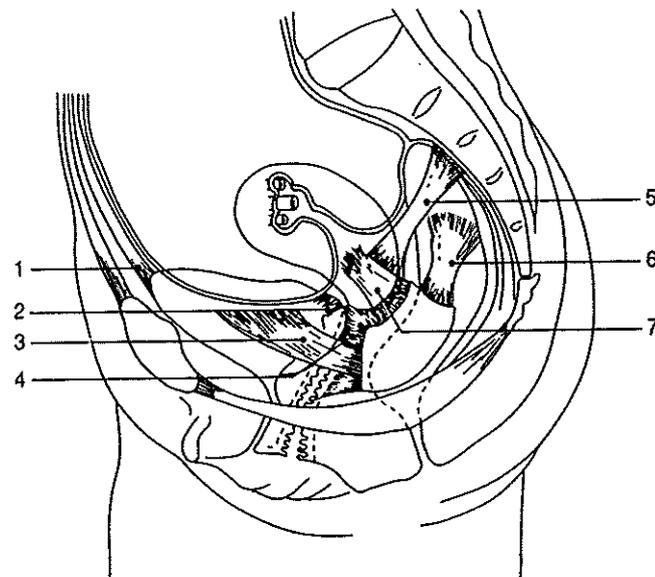
Le plancher pelvien et les éléments de soutènement du système génito-urinaire sont les plus concernés par le traumatisme physique lié à l'accouchement.

Pendant la naissance, les deux faisceaux sphinctériens et élévateurs des muscles de l'anus sont les plus sollicités. Lors de la poussée, le faisceau externe (sphinctérien) se relâche, laissant s'ouvrir la fente uro-génitale pour le passage foetal tandis que le faisceau interne se contracte, attirant le canal anal vers l'avant. Ce dernier devient plus superficiel et plus interne et s'intègre au périnée superficiel au moment de l'expulsion. La présentation foetale va comprimer le noyau fibreux central du périnée (NFCP) entraînant un agrandissement de la distance ano-vulvaire qui est multipliée par 3 ou 4. La dilatation de la fente uro-génitale est proportionnelle à l'élasticité de l'anneau musculaire qui est meilleure vers l'arrière (donc vers l'anus), mais qui peut-être limitée en cas de périnée hypertonique ou cicatriciel. Il y a donc des facteurs favorisant les lésions périnéales: (8) - l'hypoplasie vulvaire

- une distance ano-vulvaire (DAV) courte
- une présentation dystocique

La distension est fonction du volume foetal mais aussi de la rapidité d'expulsion. Le risque de lésions périnéales est d'autant plus grand que le volume de la tête foetale est important, que l'expulsion est rapide, et qu'il y a manoeuvre d'extraction ou expression utérine.

L'accouchement le plus physiologique aboutit à une distension jusqu'à la limite de l'élasticité (ou à quelques ruptures microscopiques). Lorsque la distension est plus importante, elle peut entraîner une diminution du pouvoir contractile des releveurs, voire des déchirures musculaires avec sclérose cicatricielle. Les ligaments génitaux sont parallèlement étirés subissant une véritable elongation. L'association de ces différentes lésions est le lit du prolapsus et de l'incontinence urinaire d'effort.(8)



- |                              |                            |
|------------------------------|----------------------------|
| 1. Ligament ombilical médian | 5. Ligament utéro-sacral   |
| 2. Ligament vésico-utérin    | 6. Ligament rectal latéral |
| 3. Ligament vésico-latéral   | 7. Paramètre               |
| 4. Paracervix                |                            |

schéma n°5: ligaments viscéraux pelviens (d'après KAMINA)(8)

## **II- Physiologie féminine au terme du post-partum immédiat( à la date de la visite post-natale )**

Sous l'influence de la grossesse, l'organisme maternel subit de multiples modifications hormonales, biologiques et physiques. Après la naissance, le retour à l'état antérieur à la grossesse s'opère progressivement.

Il est classique de dire qu'à cette période, l'organisme a retrouvé son équilibre de non gravidité, mais, qu'en est-il exactement 6 à 8 semaines après l'accouchement ?

### **A. Sur le plan général: (11,12)**

3 éléments sont à retenir:

- La perte de poids est souvent franche mais non totale.
- L'hémodilution n'existe plus et le débit cardiaque est redevenu normal.

- L'hypotonie des voies excrétrices urinaires et biliaires existe encore et persiste environ 3 mois après la naissance, retardant la possibilité de réalisation d'examen radiologiques spécifiques.

### **B. Sur le plan biologique**

#### **1. La numération formule sanguine**

Comme l'hémodilution n'existe plus, une hémoglobine basse associée à une microcytose, même très modérée, doit faire rechercher une carence en fer, surtout s'il y a notion de pertes sanguines importantes en per et/ou post-accouchement.

## 2. L'hémostase

Le post-partum et la grossesse sont considérés comme des facteurs de risque de thrombose en raison de l'altération des 3 items composant la triade de VIRSHOW (stase sanguine, lésion vasculaire, hypercoagulabilité). Six à huit semaines après la naissance, le tonus veineux n'a pas encore retrouvé sa normalité optimale, atteinte uniquement 8 à 12 semaines après l'accouchement.(13). C'est cependant la première semaine du post-partum qui reste la période la plus à haut risque thrombo embolique, avec l'embolie pulmonaire pouvant survenir dans les 6 premières semaines du post-partum. Au stade de la visite post-natale, la majoration du risque thrombo-embolique est presque amendée. La vigilance reste cependant de mise pour cette pathologie parfois difficile à diagnostiquer, et qui doit toujours faire évaluer les facteurs de risque thrombo-emboliques avant la prescription d'une contraception hormonale.

## 3. Lipides circulants et tolérance aux glucides.

Les modifications lipidiques portent essentiellement sur les triglycérides: il faut 2 à 3 mois pour qu'ils retrouvent un taux normal.(14). Le taux de cholestérol peut cependant être encore augmenté, sans incidence clinique.

La tolérance aux glucides redevient normale dans les mêmes délais.

## 4. Taux hormonaux et fertilité

Ces éléments dépendent du mode d'allaitement choisi. Il conditionne le blocage ou non de l'axe hypothalamo-hypophysaire par le taux de prolactine circulant: il est responsable du retard d'apparition de la première ovulation par deux mécanismes:

- par blocage de l'axe hypothalamo-hypophysaire en inhibant la sécrétion de FSH par l'hypophyse(14,15); la FSH augmente plus lentement retardant l'apparition des cycles menstruels(action antigonadotrope).

- par blocage ovarien, par diminution de la réceptivité ovarienne à des taux faibles de FSH ne rendant possible l'ovulation qu'après normalisation du taux de prolactine plasmatique.(15)

#### 4.1. Fertilité et allaitement artificiel

La normalisation du taux de prolactine demande au maximum 3 semaines après la naissance. L'axe hypothalamo-hypophysaire sécrète à nouveau la FSH qui revient à la norme dans les mêmes délais (12): une première phase folliculaire débute, avec une remontée du taux d'oestrogènes dès le 25<sup>e</sup> jour. Le taux de progestérone remonte dès la première ovulation.

De plus, dans le cas de figure où la mère n'allait pas, l'inhibition de la lactation est le plus souvent provoquée par l'administration de bromocriptine (2 bromo alpha cryocryptine-mexylate) dès la naissance , à raison de 2 cp de PARLODEL<sup>o</sup> par jour pendant 14, 19 ou 21 jours selon les écoles. La bromocriptine inhibe la libération spontanée et provoquée de la prolactine (à noter que cette action est réversible car la synthèse et le stockage de la prolactine ne sont pas altérés). La bromocriptine a un effet "PIF like" (prolactin inhibiting factor like) au niveau hypothalamique. Sous médicament, l'hyperprolactinémie freinatrice physiologique est donc annulée ce qui permet une reprise plus rapide de l'activité de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Le rétablissement des cycles menstruels se fait donc en général après le 45<sup>e</sup>me jour; ce premier cycle est souvent anovulatoire, mais une ovulation précoce reste possible dès le 25<sup>e</sup>me jour du post-partum avec possibilité, vues les qualités retrouvées de la muqueuse utérine, de débiter une nouvelle grossesse avant même le retour de couches.

Une étude rigoureuse a été réalisée par Gray R.H.(16) sur un petit échantillon de 22 femmes qui ne recevaient aucune drogue pour inhiber la montée laiteuse, ni de contraception hormonale. Cette étude reposant sur les dosages urinaires journaliers des stéroïdes sexuels et de la LH couplés à des dosages sanguins 2 fois par semaine, a mis en évidence une première ovulation avec phase lutéale normale au 30<sup>e</sup> jour, et une grossesse est survenue après le retour de couches. La faiblesse de l'échantillon ne permet pas de généraliser, mais, dans ce cas précis, 13,6% d'ovulations sont observées avant le 30<sup>e</sup> jour et **50% de femmes ont eu une première ovulation dans les 6 semaines après l'accouchement, donc avant la date prévue de la visite post-natale.**

Iris Y. parle d'une première ovulation survenant en moyenne 40 à 50 jours après l'accouchement.(17)

D'autres auteurs détaillent des pourcentages d'ovulation en fonction de la période du post partum (14,18):

Temps	D'après DREYFUS(14)		D'après MONNIER(18)	
	% de femmes réglées	% de femmes ayant ovulé	% de femmes ayant ovulé	Temps
A 1 mois ½	40	15	25	A 6 semaines
A 3 mois	65	40	80	A 9 semaines
A 6 mois	90	75	90	A 12 semaines

tableau n°1: pourcentage d'ovulations après l'accouchement d'après MONNIER (18) et DREYFUS (14)

Au bout de 6 semaines nous pouvons constater que 15 à 25% des femmes, selon les auteurs, ont ovulé.

#### 4.2. Fertilité et allaitement maternel

La prolactine est dans ce cas sécrétée de manière pulsatile selon les suctions de l'enfant, avec un taux de base d'autant plus élevé que les tétées sont nombreuses. L'amplitude des pics de sécrétion de la prolactine va décroître progressivement et cette réponse à la succion va disparaître entre 60 et 90 jours.(19). Le retour à un taux normal est donc beaucoup plus tardif. Quoiqu'il en soit, au bout de quelques mois, et donc bien après la visite post-natale, le mécanisme de la lactation devient indépendant de la sécrétion prolactinique et reste lié uniquement à la vidange de la glande mammaire lors des tétées.

Le retour à la fertilité varie selon le nombre, la durée et la régularité des tétées qui interviennent sur la sécrétion de prolactine et donc sur le blocage de l'axe hypothalamo-hypophysaire. Précisons là encore que le seuil de sensibilité à la prolactinémie de cet axe est très variable d'une femme à l'autre.(17,20).

Malgré toute ces variantes, IRIS Y.(17) avance qu'une femme qui allaite peut avoir une première ovulation au 43<sup>e</sup> jour du post-partum dès le moment où elle n'allait plus la nuit, et/ou, donne moins de 6 tétées de 10 minutes par jour.

Pendant les 6 premiers mois, l'aménorrhée et l'anovulation accompagnent normalement un allaitement exclusif de 6 tétées au moins, et d'une durée minimale de 10 minutes, mais même dans ce cas, un échappement se produit chez 5% des femmes et une ovulation survient en l'absence de règles.(19)

Temps	% de femmes réglées	%de femmes ayant ovulé
A 1 mois ½	15	5
A 3 mois	45	25
A 6 mois	85	65

tableau n°2: ovulation après l'accouchement en cas d'allaitement maternel (19)

Dans la situation fréquente de l'allaitement de courte durée, stoppé dans les 4 à 6 semaines suivant la naissance, le nombre de femmes ayant ovulé à l'échéance de la consultation post-natale est repris par le tableau suivant:

	ovulation à 6 semaines en %
Allaitement en cours	0
Allaitement durant moins de 6 semaines	12
Allaitement durant moins de 4 semaines	14

Tableau n°3: risque d'ovulation dans le post-partum en fonction de la durée d'allaitement (21)

## C. Sur le plan génital: le retour de couches

C'est un signe clinique important à dater, entre autre pour évaluer les possibilités de grossesse.

### 1. Conditions anatomiques utérines requises

Au niveau de la muqueuse utérine, nous en sommes d'après les 4 phases de régénération de VOKAER, à la fin du 3ème stade, ou, sous l'effet des oestrogènes, il y a infiltration du chorion, apparition de glandes rectilignes et épaissement de l'endomètre présentant un aspect normal de phase folliculaire.(11).

Rappel des 4 phases de régénération de la zone membraneuse de l'endomètre à partir des cils de sac glandulaires restants: (19)

- Première phase de régression pendant 5 jours: la paroi est recouverte d'un dépôt fibrineux contenant des cellules déciduales en voie d'histolyse; prolifération épithéliale par endroits à partir des cellules glandulaires restées en place dans la couche profonde, non caduque, de l'endomètre.

- Seconde phase de cicatrisation spontanée jusqu'au 25è jour: formation d'un épithélium de surface entièrement reconstitué sous l'effet d'une prolifération anarchique superficielle banale. C'est une phase de régénération qui n'est pas sous dépendance hormonale et l'endomètre est pendant cette période insensible à toute stimulation hormonale;

- troisième phase de régénération sous dépendance hormonale du 25è au 45è jour: sous l'effet des oestrogènes seulement, il y a infiltration du chorion, apparition de glandes rectilignes avec épaissement de l'endomètre présentant alors un aspect normal de phase folliculaire. **C'est à ce moment qu'il est nécessaire de prescrire une contraception hormonale si besoin.**

- quatrième phase avec rétablissement des cycles menstruels après le 45è jour en l'absence d'allaitement maternel: hémorragie de privation après 6 semaines, plus tôt si la femme est sous Parlodel, plus tard sous l'influence de l'allaitement. Notons que le premier cycle est souvent anovulatoire, mais une ovulation précoce reste possible dès le 25è jour.

### 2. En pratique (11,18,22):

Le retour de couches se produit vers le 45è jour après l'accouchement.

Ce retour de couches peut être plus précoce en cas d'inhibition de la lactation par bromocriptine. Dans cette situation fréquente, les délais préconisés pour passer la visite post-natale (6 à 8 semaines après l'accouchement

correspondant à la période entre le 42ème et le 56ème jour après la naissance) ne permettent pas de proposer un mode de contraception au moment du retour de couches qui survient alors plus tôt.

Il peut aussi être plus tardif, même en l'absence d'allaitement maternel et ne survenir qu'au bout de 3 mois sans que cela soit pathologique.

En cas d'allaitement de courte durée (inférieure ou égal à 2 mois): le retour de couches apparait à l'arrêt de l'allaitement.

En cas d'allaitement de plus de 2 mois: il est difficile de donner les limites précises pour la date du retour de couches compte tenu des variations individuelles importantes dans les modalités d'allaitement: nombre et durée des tétées, allaitement mixte, diversification alimentaire plus ou moins précoce du nourrisson. L'aménorrhée de lactation est d'autant plus longue que l'allaitement exclusif est prolongé. Cependant, l'action anti gonadotrope de la prolactine ne dépassant pas 3 à 4 mois, l'aménorrhée excède rarement 5 à 6 mois.(11,15,22); mais là aussi, tout retard ne doit pas être considéré comme pathologique surtout si la mère poursuit son allaitement. Il faut cependant suspecter et diagnostiquer une nouvelle grossesse en cas de reprise de rapports sexuels non protégés.

La reprise de la vie sexuelle intervient avec la fertilité dans le risque de débiter rapidement une nouvelle grossesse. Ainsi s'impose le choix d'un mode de contraception. Nous allons en rappeler tous les moyens. Ils doivent être bien connus du praticien pour permettre à la patiente d'effectuer un choix éclairé et adapté.

### **III- Connaissance des différents moyens de contraception**

#### **A. Critères d'une contraception satisfaisante**

Rappelons que la prescription d'une contraception est soumise aux 4 critères qui sont : efficacité, innocuité, acceptabilité et coût.

◇ **efficacité** : définie par l'indice de Pearl qui correspond au nombre de grossesses survenues chez 100 femmes exposées pendant 12 cycles; il s'exprime en pourcentage années par femme.

◇ **innocuité** : la contraception doit être parfaitement réversible, sans inconvénient sur la fécondité et la descendance.

◇ **acceptabilité** : la contraception doit être simple, bien tolérée afin que l'observance soit bonne. Pour ce faire, il faut évaluer les critères suivants chez la femme et son couple:

- son niveau de compréhension
- ses valeurs morales et religieuses
- son profil psychologique
- sa sexualité

◇ **son coût** : il doit être acceptable pour la patiente et la collectivité.

#### **B. Les méthodes**

##### **1. Les méthodes naturelles basées sur l'abstinence périodique**

La visite post-natale est le moment privilégié pour proposer un mode de contraception fiable et facile à long terme. Aussi ne ferons nous que citer les méthodes " naturelles " qui ont un indice de Pearl souvent trop élevé pour être utilisées au long cours:

- la méthode Ogino-Knaus basée sur l'observation de la durée des 12 cycles précédents.
- la méthode Billings qui repose sur l'auto-observation de la glaire cervicale.
- la méthode des températures basée sur le repérage du décalage thermique progestéronique.
- le coït interrompu.

## 2. Les méthodes barrières

Les méthodes barrières sont elles aussi difficilement acceptables à long terme, et si elles sont bien utilisées dans le post-partum immédiat, c'est dans l'attente de la prescription de moyens plus simples comme la pilule ou le stérilet :

- le préservatif masculin (rappelons son intérêt dans la prévention des maladies sexuellement transmissibles)

- les spermicides ( ovules, comprimés gynécologiques, crèmes ou tampons à base de chlorure de benzalkonium le plus souvent). Les produits à base de 9-Nonoxynol sont à proscrire chez la femme qui allaite. Notons l'arrivée récente sur le marché d'un préservatif spermicide (SUPERSAFE°)

## 3. L'aménorrhée de lactation (LAM)

C'est un véritable moyen de contraception efficace lorsque l'allaitement est exclusif et comporte au minimum 6 tétées (de minimum 10 minutes) par 24 heures, avec l'absence d'apparition de règles(23). Il existe un risque de 2% de grossesse pour les 6 premiers mois(24).

A l'échelle d'une population, c'est une méthode naturelle très intéressante : une étude au Brésil a permis de montrer que l'enseignement de la méthode de l'aménorrhée de lactation (LAM) diminue significativement le nombre de naissances à 1 an ( 14,4% avant éducation et 7,4% après)(25).

Mais, sur le plan individuel, la LAM est difficilement fiable. (24,26,27).

Notons l'intérêt qu'elle représente pour les pays en voie de développement.

De nombreux pays développés s’y intéressent aussi, notamment les pays nordiques où le pourcentage de femmes allaitantes est bien supérieur au nôtre, du fait, entre autre, d’une politique sociale adaptée. (26). Dans les pays néerlandais, 16% des enfants sont toujours allaités à 3 mois contre moins de 8% en France.

#### 4. Les méthodes hormonales

##### 4.1 Les oestro-progestatifs per os (“ la pilule”)

Leur prescription nécessite que la femme ait eu son retour de couches. La littérature est unanime quand au respect de cette attente du retour de couches (28). En effet, les risques thrombo-emboliques inhérents à une prise d’oestroprogestatifs dans le post-partum immédiat sont majorés.

De plus il existe le risque rare, mais possible, de masquer un syndrome de Sheehan, syndrome de nécrose hypophysaire à l’accouchement dont le diagnostic repose principalement sur l’absence de retour de couches.

Il ne peuvent pas être prescrits chez la femme allaitante.

Tous les oestro-progestatifs (OP) disponibles sur le marché (ils sont nombreux, et désormais génériques pour certains d’entre eux) sont répertoriés en différentes familles :

-*Les normodosées*, dosés à 50 microgrammes d’éthinylestradiol. D’utilisation désormais peu courante mais répondant à des indications précises.

-*Les minidosées*, utilisées en première intention:

- *de 2<sup>e</sup> génération*: en font partie la majorité des OP remboursées par la sécurité sociale (ADÉPAL°, TRINORDIOL°, MINIPHASE°...).

- *de 3<sup>e</sup> génération*: ce sont les progestatifs utilisés à leur fabrication qui sont dits “de 3<sup>e</sup> génération”.(MINESSE°, MONEVA°, MERCILON°...)

-*Les séquentielles* (OVANON°, PHYSIOSTAT°) dont l’indication n’est pas la contraception en première intention et utilisées sur de courtes durées.

Nous ne développerons pas d'avantage la description des oestroprogestatifs. Se référer à un guide du médicament (par exemple le DOROSZ aux éditions Maloine) permet d'appréhender toutes les différences existant entre les oestro-progestatifs commercialisés.

#### 4.2 Les microprogestatifs per os (Milligynon°, Microval°, Cérazette°...)

Ils concernent surtout la femme allaitante et sont volontiers prescrits dès la sortie de la maternité. Ils sont très contraignants du fait de leur prise quotidienne obligatoire à heure fixe. Ils sont de plus souvent responsables d'effets secondaires à type de métrorragies. La pose d'un dispositif intra-utérin peut-être proposée sans attendre obligatoirement le retour de couches. Les femmes allaitantes sous microprogestatifs ont une aménorrhée plus longue que celles ayant un stérilet ou celles ne prenant aucun moyen de contraception.(29)

#### 4.3. L'implant sous-cutané (IMPLANON°)

Il est ainsi décrit dans le dictionnaire VIDAL: implant non biodégradable contenant de l'étonogestrel, métabolite biologiquement actif du désogestrel, progestatif largement utilisé dans les contraceptifs oraux. Sa structure est dérivée de la 19-nortestostérone et il se lie avec une haute affinité aux récepteurs de la progestérone dans les organes cibles. L'effet contraceptif de cet implant sous-cutané est principalement dû à une inhibition de l'ovulation. Il entraîne aussi une modification de la glaire cervicale gênant le passage des spermatozoïdes.

Indice de pearl à 3 ans = 0

Il est à retirer en cas de thrombose évolutive qui représente une de ses contre-indications.

C'est une méthode récente encore peu adoptée par les patientes.

Principal motif de retrait prématuré: les effets secondaires à type de métrorragies. Les troubles du cycle sont fréquents et 1 femme sur 5 présente une aménorrhée sous IMPLANON°.

Sa pose s'effectue entre le 21ème et le 28ème jour du cycle.

Efficacité de 3 ans.

### 5. Les dispositifs intra-utérin (DIU)

On distingue schématiquement les stérilets inertes (commercialisation stoppée en France) et les stérilets bio-actifs contenant du cuivre, une association cuivre-argent ou de la progestérone. Ces derniers ont apporté une amélioration de la tolérance en diminuant l'effet hémorragique des autres DIU.

Nom	Structure	Durée	Taille	Rembours SS (% TIPS)
Gynefix	330 mm <sup>2</sup> de Cu Polypropylène + Nœud d'ancrage	5ans	Unique	NR
Gynelle 275 375	Cadre polyéthylène. Nylon monobrin 208 mm <sup>2</sup> 375 mm <sup>2</sup>	2-4 ans 4 ans	Unique	65
Gyne T 200 380	Cadre polyéthylène	2-4 ans 10 ans	Unique	65
MLCu 250 375	polyéthylène, fil nylon 250 mm <sup>2</sup> 375 mm <sup>2</sup>	3 ans 5 ans	Standard Mini Short	65
Nova T	polyéthylène, fil nylon 200 mm <sup>2</sup>	4 ans	Unique	65
Sertalia	polyéthylène, fil polypropylène	5 ans	Unique	65
UT 380	polyéthylène 380 mm <sup>2</sup>	3-5 ans	Standard Short	65

tableau n°4 (30): dispositifs intra-utérins (DIU) au cuivre

Nom	Structure	Durée	Taille	Remboursement SS (% TIPS)
Mirena	Réservoir 52 mg de LNG (20 µg/i)	5 ans	Unique	65 %
Progestasert	Réservoir de 38 mg de progestérone naturelle	18 mois	Unique	NR

tableau n°5 (30): dispositifs intra-utérins (DIU) libérant un progestatif

Le retour de couches est un moment opportun pour la pose de DIU: effectivement, l'insertion est facilitée du fait d'un canal cervical suffisamment ouvert; le risque d'expulsion spontanée est rare à cette date.

Dans certains pays comme en Chine, la pose systématique de DIU juste après la naissance est très utilisée, mais l'on constate plus de 16% d'expulsion à J7 et à 6 semaines.(31,32). Après 6 semaines, l'involution utérine et la fermeture du col annule pratiquement le risque d'expulsion.

C'est un moyen de contraception qui doit être bien accepté par le couple car la notion de corps étranger est parfois un obstacle psychologique majeur à sa bonne tolérance.

L'harmonie du couple après la naissance et le bien-être de la mère sont des éléments à évaluer au cours de la consultation post-natale. Le praticien doit posséder quelques notions de psychopathologie pour repérer les éléments favorisant l'émergence d'une dépression du post-partum.

#### **IV- Psychologie maternelle et interactions psychopathologiques sur la relation mère-enfant.**

Il se joue des événements importants au niveau de la psychologie de la mère, et ce dès le début de la grossesse, avec un risque majeur de sombrer dans le pathologique, pour elle, mais également pour son enfant au travers de leurs relations précoces.

##### **A. Notions de psychologie**

Pour comprendre l'accès à la fonction maternelle, et ses conséquences dans la genèse du lien mère-bébé, nous nous référons ici aux travaux reconnus de

psychanalystes et psychiatres ayant décrit les modifications psychiques, spécifiques à cette période à travers les concepts suivants.

### 1. Le processus de maternalité

Racamier désigne par le terme de maternalité, en se référant au “mother hood” de Benedek (33), l’ensemble des processus psycho-affectifs qui se développent et s’intègrent chez la femme lors de la maternité. Pour cet auteur, on ne saurait comprendre les pathologies du post-partum sans savoir ce que représente cet évènement, cette phase dans la personnalité de la femme. Racamier assimile la naissance à une rupture et à un traumatisme.(34,,36)

La maternalité représente une véritable crise d’identité, au sens d’Erickson:”*une transformation ample, d’issue aléatoire mais potentiellement maturative, survenant par rupture d’un équilibre antérieur et susceptible de déboucher sur un équilibre nouveau. Cette crise débute pendant la grossesse et se poursuit ou reprend avec, et après la naissance*”.(36)

Certains comparent cette période à celle de l’adolescence.

Toujours selon Racamier, le devenir de la maternalité est conditionné par deux séries de facteurs: (35)

- les facteurs historiques qui déterminent les possibilités des fonctions adaptatives de la maternalité. Ils tiennent à l’histoire et à l’organisation préalable de la parturiente.

- les facteurs actuels et situationnels, auxquels la femme est sensible durant cette période: l’attitude du conjoint et de l’entourage , le contexte social.

### 2. La préoccupation maternelle primaire

Winnicott, lui, donne le nom de “préoccupation maternelle primaire” à cette condition psychique particulière de la mère au cours des semaines précédant et suivant la naissance de l’enfant(36). Elle se développe suite à l’implication

corporelle et à l'élaboration imaginaire (largement inconsciente) de cette implication corporelle qui reprend toute l'expérience accumulée dans le passé et élaborée dans le soi.

Winnicott explicite les caractéristiques de cet état de "préoccupation maternelle primaire" comme suit:

*"Il se développe graduellement pour atteindre un degré de sensibilité accrue pendant la grossesse et spécialement à la fin.*

*Il dure encore quelques semaines après la naissance de l'enfant;*

*Les mères ne s'en souviennent que difficilement lorsqu'elles en sont remises.*

*J'irais même jusqu'à prétendre qu'elles ont tendance à en refouler le souvenir.*

*Cet état organisé (qui serait une maladie, n'était la grossesse) pourrait être comparé à un état de repli, ou à un état de dissociation, ou à une fugue, ou même encore à un trouble plus profond, tel un épisode schizoïde au cours duquel un des aspects de la personnalité prend temporairement le dessus...Je ne pense pas qu'il soit possible de comprendre l'attitude de la mère au début de la vie du nourrisson, si l'on n'admet pas qu'il faut qu'elle soit capable d'atteindre ce stade d'hypersensibilité -presque une maladie- pour s'en remettre ensuite. (C'est à ce dessein que j'emploie le mot "maladie", parce qu'une femme doit être en bonne santé, à la fois pour atteindre cet état, et pour s'en guérir quand l'enfant l'en délivre. Si l'enfant venait à mourir, l'état de la mère se révélerait brusquement pathologique. C'est le risque qu'elle court.)." (36)*

### 3. La naissance psychologique du nourrisson

L'accouchement terminé, la femme doit réorganiser sa vie autour de l'enfant. Pour Deutsch, cette phase de reconstruction, au cours de laquelle se développe l'amour maternel, se déroule en trois actes: (36)

- le premier acte commence immédiatement après l'accouchement et correspond au moment de la découverte de l'enfant, moment d'extase après les

difficultés de l'accouchement.

- le second acte est la période des suites de couches, où l'orientation d'esprit de la femme est fortement narcissique, où elle se montre fière de montrer son enfant comme son oeuvre, sa réalisation.

- le troisième acte correspond à la phase de reconstruction, de réorganisation. Progressivement, la mère abandonne la relation narcissique (fusionnelle) qu'elle avait avec son enfant au profit d'une relation objectale. La mère se met alors à la disposition de son enfant sans rien demander en retour.

Cette étape correspond chez Spitz à la "naissance psychologique du nourrisson". Celle-ci n'est pas soudaine, comme la naissance physique, mais progressive et cependant marquée par des phases critiques.(36)

La confrontation avec le nouveau-né s'accompagne d'une "perte", d'un "meurtre", celui de l'enfant imaginaire, du narcissisme. L'enfant imaginaire, qui tenait un rôle si important dans la relation fantasmatique, se trouve relégué, dévalorisé, rendu à sa nature d'irréalité et de rêve. La mère doit faire le deuil de l'enfant imaginaire au profit de l'enfant réel. Parfois, ce dernier lui paraît trop infidèle ou trop décevant. Elle n'y arrive pas forcément et peut alors élaborer des aménagements pathologiques.

La "perte de l'enfant" dans l'objectalité peut réactiver chez la mère des éléments liés à la position dépressive. Dans son article de référence intitulé "Deuil et Mélancolie" publié en 1915, Freud dit: "*le travail de deuil est tout à fait indispensable, car il permet au sujet de désinvestir l'objet perdu, tout en gardant le souvenir et la nostalgie de celui-ci, et ainsi être de nouveau disponible pour d'autres attachements et désirs*".(36)

Le sevrage de l'enfant, (survenant le plus souvent à cette période de 6 à 8

semaines) est lui aussi un phénomène déclenchant. La dépression survient lorsque son propre conflit oral n'étant pas résolu, la mère est animée par un besoin impérieux de réaliser elle-même, dans une relation de symbiose étroite et prolongée avec son enfant, le mythe de la mère parfaite et de l'enfant éternellement comblé. Le sevrage est toujours décrit comme un traumatisme pour l'enfant, mais il doit aussi être considéré comme potentiellement traumatisant pour la mère. Pour RACAMIER, *“en sevrant son enfant, la femme sevre aussi celui qu'elle est elle-même par une étroite identification; il lui faut donc renoncer à toute la part narcissique, naguère dominante, de sa relation avec l'enfant”*.(34)

Rappelons que sans entrer dans la pathologie dépressive proprement dite, il existe souvent à cette période les symptômes suivants:

- troubles du sommeil
- céphalées
- hostilité vis à vis de l'entourage familial
- fatigue
- anorexie
- sentiment d'indifférence vis à vis de l'enfant
- sentiment de dépression.

Il ne faut pas minimiser ces symptômes et savoir dépister une réelle dépression du post-partum: c'est la complication majeure psychiatrique à ce stade du post-partum que nous allons à présent décrire.

## **B. La dépression du post-partum**

### *1. Epidémiologie*

Elle est encore trop souvent méconnue, et pourtant les résultats des études épidémiologiques, dont celle menée par Cox, la situerait entre 10 et 20% des accouchements(37,38).

Le risque de présenter un trouble dépressif pour une accouchée récente est trois fois plus important qu'à n'importe quel autre moment de sa vie(37). Il s'agit souvent du premier épisode dépressif chez une patiente auparavant exempte de tout problème psychiatrique.

Classiquement, ces dépressions débutent quatre semaines après l'accouchement, mais ce diagnostic est retenu s'il survient au cours de la première année suivant la naissance. Une étude de Cox et al en 1993 (37) montre une prévalence de dépression du post-partum multipliée par trois dans les cinq semaines qui suivent l'accouchement.

Une partie d'entre elles guérissent spontanément en quelques semaines ou quelques mois (de 1 à 10 mois), avec une durée moyenne de 5 mois (39). Elle peut aussi évoluer au long cours: 50% des femmes déprimées six semaines après l'accouchement le seraient encore un an après (40).

## 2. Facteurs prédisposants

Une revue critique de la littérature permet de constater une grande discordance. La plupart des facteurs de risque sont controversés (41), aussi ne faisons nous que les citer puisqu'il ne semble pas possible d'en retenir une attitude pratique.

- l'âge : inférieur à 20 ans, ou, supérieur à 35 ans pour une première grossesse.
- les perturbations hormonales du post-partum.
- la parité: le risque dépressif augmenterait avec le nombre d'enfant.
- le statut socio-professionnel et économique: la précarité, le chômage du père, les problèmes de logement.

- les antécédents psychologiques: dépression antérieure à la grossesse et/ou pendant celle-ci; manifestations anxieuses de la grossesse; antécédents psychiatriques familiaux; “baby-blues” majeur dans les 10 premiers jours après la naissance.

- les difficultés et l'échec à l'allaitement maternel. Rappelons ici le cas particulier mais très fréquent dans notre pays de l'expérience des mères ayant vécu un allaitement de courte durée (de l'ordre de 15 jours). En effet, à la sortie de la maternité, environ 40% des femmes allaitent. Un mois plus tard elles ne sont plus que 10 à 20%, donc au moins 20% des mamans connaissent cette situation d'allaitement de courte durée. Les professionnels de santé doivent retenir qu'une mère arrêtant précocement d'allaiter ressent un sentiment de culpabilité et a peut-être besoin d'aide pour comprendre ce qui l'a amenée à faire ce choix.(42). Souvent, les différences vécues entre l'allaitement idéalisé et les rapides problèmes lors de l'instauration de l'allaitement en sont responsables. Il en résulte un profond sentiment d'échec, de honte et de culpabilité.

- les difficultés conjugales: la rareté ou la pauvreté des échanges dans le couple .

- les antécédents obstétricaux: pathologie pendant la grossesse; stress dû à l'accouchement.

- le rôle du tempérament du bébé a aussi été évoqué. Les mères déprimées décrivent plus souvent leur bébé comme difficile, inadaptable et imprévisible. C'est un élément difficile à interpréter car il peut refléter le comportement réel de l'enfant mais aussi des distorsions négatives du vécu maternel. Quoiqu'il en soit, cette perception peut perturber l'interaction mère- bébé ainsi que le comportement de l'enfant.

### 3. Symptomatologie

La dépression du post-partum se définit comme une pathologie dépressive atypique car souvent d'intensité modérée et accompagnée d'un risque suicidaire faible (39,43). Elle se caractérise, en plus du cortège symptomatique habituel de la dépression, par:

- une irritabilité,
- des crises de larmes itératives,
- un sentiment d'abattement,
- un sentiment de culpabilité, d'incapacité et d'inquiétude, centré sur les soins du nouveau-né, en dehors de tout contexte pathologique.

Tout cela génère une anxiété importante qui incite parfois la multiplication des consultations pour des motifs médicaux.

Ce tableau peut se compléter par des manifestations d'ordre névrotiques comme:

- des phobies d'impulsion concernant le nouveau-né,
- des difficultés d'endormissement, des cauchemars,
- des troubles de la mémoire et de la concentration,
- des plaintes somatiques inhabituelles, comme des douleurs abdominales et dorsales. C'est l'insistance avec laquelle ces plaintes sont formulées qui doit alerter le praticien.

Le caractère atypique et modéré de cette dépression explique en partie qu'elle passe encore souvent inaperçue. Mais il s'agit d'une pathologie dépressive à part entière et elle doit être considérée comme telle.

La culpabilité de la patiente, symptôme existant dans toute dépression est ici d'autant plus exacerbée que l'entourage, mais également le corps médical, lui renvoie l'idée qu'elle n'a aucune raison d'être malheureuse à ce moment formidable de son existence (44,45). Cette culpabilité maternelle et les rationalisations défensives de l'entourage, sont autant d'éléments qui font obstacle à la démarche de soins, et peuvent ainsi rendre compte d'une évolution traînante.

#### 4. Méthodes de dépistage des états dépressifs du post partum

Devant la grande fréquence des syndromes dépressifs du post-partum et sa difficulté de diagnostic, certains auteurs ont tenté de mettre en place des outils d'évaluation par auto-questionnaire. Voici les 2 plus connus :

##### 4.1. L'échelle d'auto-évaluation de l'Edinburgh Postnatal depression

Scale (EPDS) : (46) (annexe n°3)

Développée par Cox en 1987, déjà traduite en douze langues. Elle comprend 10 items cotés de 0 à 3, traduits par Guedeney et coll. qui en ont assuré la validation française (47). Un score supérieur à 12 et/ou une réponse positive à l'item 10 doivent imposer une consultation spécialisée.

Cette échelle est utilisée classiquement à 8 jours et à 1 mois d'après Guedeney car il considère que l'utilisation de l'EPDS est mieux adaptée à cette période du post-partum qu'à celle du pré-partum.

Il l'a expérimenté sur une population parisienne en 1995 et a pu démontrer que cette échelle avait une sensibilité de 90,9% à huit jours de l'accouchement et de 71,4 % à un mois de celui-ci; par ailleurs, la spécificité est de 82,5% à huit jours et de 72,5% à un mois.(47).

Qu'en est-il de son utilisation à la période qui nous intéresse au moment de la visite post-natale?

Hannah, en 1992, relève une forte corrélation entre un score élevé à l'EPDS passé à 5 jours puis 6 semaines après l'accouchement. Dans son étude de 217 patientes, 25 souffraient de dépression du post-partum et 17 avaient des symptômes semblables dès la première semaine post-natale.(48)

La cotation est aisée pour des utilisateurs peu familiers des troubles psychiques et la formulation des questions est simple et compréhensible par les mères. A la revue des données de la littérature, son intérêt d'utilisation en visite post-natale peut paraître certain d'autant qu'il ne faudra que quelques minutes à la patiente pour le remplir.

Cet outil d'évaluation aide au dépistage des patientes dont l'état clinique n'alerte que de façon subtile. Les résultats obtenus servent de point de départ à la prise en charge spécifique.

#### 4.2. Le questionnaire de dépression de Pitt (annexe n° 4) (49)

Ce questionnaire se compose de 24 items; chaque item peut être coté de 0 (réponse "heureuse") à 2 (réponse pathologique). Le score global, de 0 à 24, rend compte de l'état affectif du sujet. L'emploi de cet outil d'évaluation concerne surtout les mères dans les 8 jours suivant l'accouchement, aussi nous ne le détaillons pas d'avantage ici.

Pour conclure sur ces moyens de dépistage et leur réelle utilisation en cabinet, précisons que leur maniement est cependant limité par un point: en effet, il peuvent être perçus comme une intrusion dans la vie privée, tout particulièrement par les femmes en grande souffrance psychique.

Le bien-être mental est assujetti au bien-être physique. La majorité des grossesses et de leur post-partum ne présentent pas de problèmes médicaux graves. Par contre, certaines maladies se déclarent pendant ou après la période de grossesse et nécessitent une prise en charge spécialisée et un suivi adapté.

## **V - Pathologies de la grossesse et du post-partum pouvant influencer sur le contenu de la visite post-natale.**

Nous dépassons le cadre de la grossesse à bas risque physiologique suivie par le médecin généraliste. Le moment de la visite post-natale étant souvent le moment opportun pour récapituler ou dépister certaines complications de ces pathologies, le médecin généraliste se doit de connaître leur existence et leur suivi en post-partum. L'intervention du spécialiste ne doit pas faire occulter certains éléments importants de ce suivi devant lesquels le praticien généraliste doit aussi savoir réagir.

### **A. L'hypertension artérielle (HTA) gravidique et la pré-éclampsie**

#### **1. Rappel de leurs définitions (50)**

L'HTA gravidique est définie par l'apparition au cours de la grossesse d'une TA systolique supérieure ou égale à 140 mmHg et/ou d'une TA diastolique supérieure ou égale à 90 mmHg. Elle se distingue de la prééclampsie par l'absence de protéinurie significative.

Dans la prééclampsie, l'albuminurie est souvent supérieure à 300mg ou 500mh/24h, selon les auteurs, et les oedèmes complètent classiquement le tableau.

#### **2. Suivi de l' HTA gravidique dans le post-partum**

Le traitement anti-hypertenseur instauré pendant la grossesse aura pu en général être stoppé quelques jours après la naissance et avant même la sortie de la maternité.

##### **2.1. La surveillance clinique**

Elle porte sur la prise quotidienne de la pression artérielle, puis hebdomadaire

avec recherche des signes fonctionnels d'HTA (céphalées, accouphènes, phosphènes...).

## 2.2. La surveillance par examens complémentaires (50)

Le pronostic à distance est marqué par un risque accru d'HTA essentielle survenant le plus souvent plusieurs années après la grossesse.

Dans certains cas, l'HTA peut persister et révéler une HTA permanente qui nécessite un bilan biologique, demandé à distance, **à 3 mois**, en dehors de toute influence hormonale:

- ionogramme sanguin
- urée et créatinine sanguines
- albuminurie des 24 heures
- examen cytobactériologique des urines
- échographie rénale

Il sera complété d'un **bilan néphrologique** avec échographie rénale et d'un bilan de retentissement général, avant de mettre en route un traitement anti-hypertenseur au long cours.

## 3. Suivi de la pré-éclampsie dans le post-partum

Cette pathologie difficile à prévoir survient en suites de couches et est prise en charge en maternité, voire en réanimation. Nous résumons ici la prise en charge après retour à domicile, donc à distance de l'épisode critique.

3.1. Surveillance clinique de la tension artérielle devant aboutir à l'arrêt du traitement anti-hypertenseur 2 à 6 semaines après la sortie de l'hôpital.

### 3.2. Surveillance biologique

Le bilan biologique à réaliser **à 3 mois** est le même que celui demandé dans les suites de l'hypertension artérielle gravidique.(50)

## 2. Suivi dans le post-partum (51)

Le diabète gestationnel représente un facteur de risque d'apparition ultérieure d'un diabète de type 2 (environ 1 fois sur 2, et ce 15 ans après en moyenne). La surveillance de la glycémie à jeun doit être régulière pour en faire le dépistage. Lors de la visite post-natale, le médecin doit prescrire une **glycémie à jeun** à réaliser à **3 mois** de l'accouchement, puis régulièrement. Les conseils hygiéno-diététiques doivent être donnés afin d'éviter ou de retarder l'apparition d'un vrai diabète.

### **C. Pathologies thyroïdiennes**

#### 1. La thyroïdite silencieuse (indolore) du post-partum

En reprenant les chiffres issus de la littérature, on constate que cette pathologie thyroïdienne concerne 5 à 7 % des femmes en post-partum (52,53); cette fréquence impose d'y penser pour en faire le diagnostic et proposer un traitement adapté si besoin. Nous en rappelons précisément les différents éléments:

##### 1.1. Etiologie

Encore mal connue, la thyroïdite silencieuse est souvent confondue avec une forme asymptomatique de thyroïdite de De Quervain. Il s'agirait pourtant d'une pathologie autonome. (53)

##### 1.2. Clinique

Elle atteint, comme son nom l'indique, avec prédilection la femme dans le post-partum. Il existe un goître ferme, mais non dur et, à la différence de la thyroïdite de De Quervain, indolore.

Les signes habituels d'hyperthyroïdie sont présents mais modérés.

Il n'y a cependant pas d'ophtalmopathie.

La phase d'hypothyroïdie apparaît plus tardivement dans le post-partum,

vers le 6<sup>e</sup> mois. Elle est elle aussi transitoire et dure quelques semaines à quelques mois. (52)

L'absence de douleur locale peut faire confondre la thyroïdite silencieuse avec une maladie de Basedow débutante, une thyrotoxicose factice (absorption d'hormones thyroïdiennes dans le but de maigrir) ou une surcharge iodée.

*1.3. Paraclinique* (description des résultats des examens usuellement demandés dans ces pathologies, mais qui ne sont pas à réaliser systématiquement)

- le syndrome inflammatoire est constant mais modéré.
- l'exploration thyroïdienne montre une TSHus abaissée avec les hormones thyroïdiennes T3 libres et T4 libres élevées.
- Les anticorps antithyroperoxydase et anti-thyroglobuline avec prédominance des anticorps anti-microsomaux peuvent être positifs, ce qui peut rapprocher cette affection de la thyroïdite d'Hashimoto.
- 50% des patientes à anticorps positifs développeront une thyroïdite du post-partum, dont 90% d'entre elles auront un titre en anticorps antithyroperoxydase positifs.(52)
- La scintigraphie thyroïdienne est blanche et la fixation d'iode radioactif nulle.
- L'échographie n'est pas nécessaire.

#### *1.4. Evolution*

Elle se fait vers la guérison en quelques mois. La phase transitoire d'*hypothyroïdie* est fréquente et un goître peut persister définitivement.

Il existe une possibilité d'évolution vers l'hypothyroïdie définitive ou vers la récurrence à l'occasion de chaque nouvelle grossesse. (53)

#### *1.5. Traitement*

Comme cette thyroïdite est indolore et guérit spontanément, un traitement est rarement justifié. Si les signes de thyrotoxicose sont gênants, on peut utiliser du

propranolol, mais jamais d'anti-thyroïdiens de synthèse qui sont ici inutiles.

Le traitement par thyroxine dans la prévention de la dépression du post-partum ou de l'hypothyroïdie primaire à long terme n'est pas confirmé. (52)

En prévention, la supplémentation iodée pendant la grossesse et dans le post-partum a été étudiée. Mais, la carence en iode ne semble pas modifier l'incidence de la thyroïdite du post-partum, alors que son influence est certaine dans la survenue et l'augmentation des nodules et autres goîtres. C'est pourquoi il ne faut pas oublier la *nécessité d'une augmentation des apports iodés* chez la femme enceinte (54).

### 1.6. Dépistage

*But:* réduire les symptômes d'hyper et d'hypothyroïdie transitoires et identifier les femmes à risque d'hypothyroïdie définitive ( 25 à 50 % dans les 3 à 5 ans , ou à risque de récurrence lors d'une grossesse ultérieure. Ce risque de récurrence est de 69% (52).

*Moyens de dépistage:* Le dépistage n'est pas réalisé de façon systématique pour un problème de coût non justifié par une prise en charge efficace, en l'état actuel des connaissances. Il consisterait en la recherche d'anticorps antithyroperoxydase systématique chez les femmes enceintes couplée à 2 dosages de TSHus en post-partum (à 3 et 6 mois) chez les femmes à anticorps positifs. Retenir cependant l'intérêt de ce dépistage sur 2 populations ciblées, à risque majoré de thyroïdite du post-partum: (52)

- Antécédent de thyroïdite du post-partum.
- Patientes atteintes de diabète de type I (risque évalué à 25%).

### 2. L'hypothyroïdie pendant la grossesse

Elle est rare, cependant sa prise en charge est une urgence thérapeutique en particulier au premier trimestre de la grossesse (période de développement du système nerveux du fœtus). Nous ne la développerons donc pas davantage ici car

sa prise en charge en post-partum ne dépend pas de la consultation post-natale. Rappelons cependant que ce diagnostic doit-être idéalement effectué avant la conception, voire même chez toutes les femmes planifiant une grossesse. (54)

### 3. L'hyperthyroïdie et maladie de Basedow

Concerne 1 grossesse sur 500 ; la grossesse peut-être un élément déclenchant son apparition ou sa rechute et requiert une prise en charge adaptée de la mère et du nouveau-né (55). Nous ne la développerons pas davantage car elle ne comporte pas de spécificité supplémentaire pour aborder la consultation post-natale.

TROISIÈME PARTIE:

CONDUITE

DE LA

CONSULTATION

POST-NATALE

Le déroulement de cette consultation débute classiquement par un interrogatoire permettant d'aborder avec la patiente les quatre thèmes composant cette visite. Elle se poursuit par un examen clinique général, puis centré sur la sphère pelvienne et le périnée. La consultation se termine par les prescriptions et décisions de prise en charge selon les constatations faites lors des précédentes étapes de cette visite.

## **I- L'INTERROGATOIRE**

### **A. Evaluation de l'état psychologique de la patiente et de la relation mère-enfant**

En évoquant les points suivants avec la patiente, le médecin sera à même de conclure sur son bien-être psychique. Il pourra évaluer les risques de syndrome dépressif, et répondre aux préoccupations maternelles légitimes à ce moment du post-partum.

#### **1. Le vécu de l'accouchement**

Un questionnement simple amènera la patiente à relater le déroulement de son accouchement, car il existe souvent une différence de perception entre le vécu de la mère et le compte-rendu de la maternité strictement médical. L'explication de certains aspects médicaux par le praticien pourront apaiser certaines craintes non évoquées depuis l'accouchement.

Depuis la naissance, un nouvel équilibre s'est instauré au domicile, et la reprise de l'activité professionnelle (ou non) devient un sujet d'actualité au moment de la visite post-natale. Prendre connaissance de ces éléments en demandant à la patiente comment elle se sent permet d'évaluer les risques de dépression du post-partum.

## 2. Situations favorisantes de dépression, spécifiques à ce terme du post-partum

L'anxiété, le stress, l'épuisement et le sentiment de culpabilité génèrent le syndrome dépressif (43). Il est important, dans ce contexte, de connaître les situations nouvelles instaurées du fait de la naissance d'un enfant: elles peuvent être à l'origine de ces troubles dépressifs.

### ◇ la reprise d'une activité professionnelle

C'est un élément déterminant à connaître à ce moment du post-partum; il signifie la nécessité de trouver un mode de garde pour l'enfant: 64% des femmes travaillent à l'extérieur (56). C'est aussi le point de départ du sevrage de l'enfant en cas d'allaitement maternel. Le mode de garde en cas d'activité professionnelle pose un véritable problème aux nouveaux parents car les structures d'accueil s'avèrent insuffisantes dans notre pays où les progrès sociaux n'ont pas suivi l'évolution du travail des femmes. Les inscriptions nécessitent d'anticiper parfois plusieurs mois à l'avance. La mère peut être amenée à se décider pour un mode de garde qu'elle ne juge pas optimal pour son enfant et ainsi renforcer son sentiment de culpabilité de "mauvaise mère" ne pouvant assumer pleinement l'éducation de son enfant.

La reprise d'une activité professionnelle laisse émerger des conflits d'identité féminine, maternelle et sociale. Elle peut avoir autant d'effets positifs que négatifs, cela dépend du pourquoi on la considère nécessaire. Et, que ce soit par choix ou par obligation financière, la femme doit faire face à ses obligations domestiques en plus de ses obligations professionnelles.

Il est parfois aussi difficile de rester seule avec son enfant à la maison lorsqu'on le vit comme un obstacle à sa liberté, avec le sentiment d'être prisonnière de l'univers domestique.

L'absence de reprise de travail à la suite du congé maternité affecte les femmes par l'isolement social et la faible estime d'elles-mêmes qu'elle entraîne.

◇ la participation du conjoint aux tâches ménagères (41). L'interrogatoire du médecin doit s'enquérir de l'organisation sociale et domestique de la famille afin d'évaluer l'état de fatigue et de stress ainsi que les possibilités de soutien de l'entourage, facteurs prédisposants à un état dépressif latent.

### 3. Le mode d'allaitement

L'allaitement maternel est comme l'allaitement artificiel source de nombreuses interrogations. L'angoisse de la mère face au nourrisson se traduit volontiers par de nombreuses questions concernant son alimentation. L'insistance de son expression permet de juger de sa légitimité. Ce peut être un premier témoin du dysfonctionnement de la relation mère-enfant.

Les difficultés et l'échec à l'allaitement maternel doivent être évalués car ils sont source de sentiment de culpabilité, et peuvent conduire à un syndrome dépressif réel: la mère a besoin de comprendre ce qui l'a amenée à renoncer à son désir d'allaiter, si tel est le cas (42).

### 4. L'image corporelle

Les questions sont souvent nombreuses après les modifications corporelles majeures vécues pendant la grossesse et après la naissance.

La perte de poids non totale est souvent déjà source d'angoisse.

Les vergetures, stries cutanées plus longues que larges, volontiers situées sur l'abdomen ont un aspect blanchi lorsque l'on arrive à la date de la consultation post-natale. Elles sont définitives, liées à des fractures des fibres élastiques et collagènes de la peau. Seule une remise en tension de la peau permettra de les atténuer, ou une résection qui laissera à leur place une cicatrice ...(8) Cette séquelle esthétique est parfois vécue douloureusement.

## 5. L'état de fatigue

Il peut être spontanément exprimé. C'est cependant une question importante à poser, car malgré sa banalité elle amène volontiers la patiente à préciser ses angoisses.

La consultation post-natale reste un moment privilégié pour identifier les syndromes dépressifs et/ou un dysfonctionnement de la relation mère-enfant. Lorsque tout s'est bien déroulé, le rendez-vous post-natal vient confirmer l'heureux évènement et peut apparaître "banal" dans les propos échangés, mais n'en garde pas moins "*une valeur clinique spécifique à ce moment précis de la vie d'une femme*", moment fondamental, où "*il lui sera possible de se laisser aller à des plaintes autour de son corps, de son couple, de la relation à son enfant, parler de ce qui va bien*"(Dahan) (57). De nombreux auteurs (57,58,59) recommandent actuellement, au cours de la visite post-natale de prendre en compte plus globalement les problèmes post-nataux aussi bien physiques que psychosociaux, incluant notamment tous les problèmes de la vie courante.

La reprise des rapports sexuels et la planification des futures grossesses sont ainsi des sujets s'intégrant nécessairement dans la discussion précédant l'examen clinique lors de la consultation post-natale.

## **B. Sexualité et contraception**

### 1. Les facteurs influençant le comportement sexuel à ce stade du post-partum

La discussion permettra d'amener la patiente à les évoquer:

- La baisse du désir sexuel de la femme propre à cette période.

- La demande sexuelle du conjoint: celle ci peut se trouver modifiée par les évènements vécus lors de la naissance. Désormais, un “bon” mari et père se doit d’assister sa femme lors de la naissance. Mais l’accouchement peut être visuellement très violent (sang, écoulements liquidiens diverses et sexe féminin très déformé), dans un contexte difficile (cris de douleur de la maman, angoisses de mort pour la mère et/ou l’enfant). De tels souvenirs peuvent s’avérer traumatisants.

- La douleur périnéale vraie liée aux éventuelles lésions périnéales de l’accouchement, ou la peur d’avoir mal qui existerait chez 42% des femmes(61): cette dyspareunie correspond le plus souvent à la contraction involontaire de la musculature pelvienne d’origine psychologique. Les dyspareunies seraient plus fréquentes chez les primipares et lors des accouchements par voie basse avec épisiotomie(62,63).

- L’allaitement maternel: certains auteurs dans les années 60 prêtaient des vertus “aphrodisiaques” à l’allaitement maternel(64). Actuellement il est constaté que les femmes qui allaitent sont moins intéressées par les relations sexuelles et ce jusque 3 fois moins d’après certains auteurs(63). Les hypothèses avancées pour l’expliquer sont les suivantes:

◇ La relation mère-enfant dans le cadre de l’allaitement est particulièrement forte et revêt un caractère sensuel où l’homme trouve difficilement sa place. Le sein peut devenir la propriété de l’enfant(64).

◇ L’allaitement à la demande est source de fatigue avec les réveils nocturnes qui ne facilitent pas les relations sexuelles.

◇ La sécheresse vaginale résultant de l’hypo-oestrogénie prolongée peut être

un élément limitant.(facilement corrigible si la patiente ose l'évoquer).

◇ l'hyperprolactinémie ainsi que de la carence hormonale en oestrogènes, en progestérone et en androgènes sont impliqués dans les changements d'humeur et la baisse du désir sexuel (63,64)

◇ L'absence d'une contraception fiable à 100 % et donc la crainte d'une nouvelle grossesse non désirée.

#### - Le mode d'accouchement

Selon Berthet, voici quelques chiffres de délai moyen de reprise des rapports en fonction du mode d'accouchement: (65)

- accouchement par voie basse sans lésions périnéales: 30 jours
- accouchement par voie basse avec épisiotomie médiane: 39,5 jours
- après naissance par césarienne: 47 jours.
- accouchement par voie basse avec épisiotomie latérale ( cas le plus répandu surtout pour une primipare): 60,6 jours.

Les femmes retrouvent leur sexualité antérieure à la grossesse dans un délai de 2 à 3 mois selon certains auteurs(62,63).

D'autres précisent que cela est vrai uniquement pour 50 % d'entre elles.(62,64). Un manque d'intérêt pour la sexualité est observé chez 20% des femmes jusqu'à 18 mois après l'accouchement(63).

Au moment de la visite post-natale, la plupart des femmes ont retrouvé une activité sexuelle(63,64,65). Aussi s'agit-il d'un moment privilégié dans le post-partum pour l'évoquer et endiguer certains problèmes naissants pouvant altérer la

vie du couple s'ils se pérénisent. Notons que certaines données suggèrent que l'arrivée d'un enfant peut accroître le risque de rupture du couple(66).

L'évocation de la vie sexuelle amène tout naturellement à aborder le problème de la contraception. La date du retour de couches doit alors être précisée s'il a eu lieu.

## 2. Choix d'une éventuelle contraception

Toutes les femmes consultant à ce terme du post-partum abordent le sujet de la contraception avec leur médecin généraliste (67). Le praticien informe la patiente et la guide dans son choix, en fonction de ses désirs, et des problèmes médicaux éventuellement dépistés à la consultation post-natale, ou préexistants. Nous reviendrons sur le choix au moment des prescriptions, après l'examen clinique.

La suite de l'interrogatoire doit se concentrer sur la mise en évidence des dysfonctionnements pelviens.

## **C. Dépistage des troubles périnéaux**

Concernant cette région anatomique, les plaintes spontanées ne représentent pas toujours la totalité de la symptomatologie. C'est au médecin d'orienter son interrogatoire pour obtenir un dépistage optimal.

### 1. Evaluation des facteurs de risques de lésions périnéales

Le vécu de l'accouchement par la patiente couplé au compte-rendu obstétrical permettra d'évaluer les éléments traumatisants pour le périnée:

- ◇ **Les modalités d'expulsion**
- ◇ **Le poids du bébé**

◇ l'existence d'une **épisiotomie**

◇ Un élément à souligner est l'influence de l'**expression utérine** au moment de l'expulsion; cette pratique est rarement mentionnée dans les compte-rendus obstétricaux mais la patiente s'en souvient toujours lorsqu'elle est pratiquée. B. Gasquet Pistre précise qu'il s'agit "*d'un moyen d'accoucher*" très répandu (51,4%) au premier enfant. Ceci est peut-être à mettre en rapport avec la péridurale et la recherche d'une expulsion rapide.(...) Pour ce qui est du périnée, il y a là une attitude contradictoire: l'épisiotomie est annoncée comme prophylactique et se trouve associée à l'expression, très traumatique pour le plancher pelvien et le système ligamentaire."(68)

◇ Il est important de préciser s'il existait une incontinence urinaire d'effort avant la grossesse et/ou pendant la grossesse et/ou en post -partum: l'incontinence urinaire d'effort pendant la grossesse est un facteur aggravant dans le post-partum, surtout pour les primipares.

## 2. les symptômes urinaires et anaux à rechercher par l'interrogatoire

### 2.1. L'existence de troubles urinaires

Le symptôme le plus connu de déficience du plancher pelvien reste **la fuite urinaire**. Cependant, rappelons que l'absence de fuites dans le post-partum immédiat ou lointain ne garantit pas totalement l'intégrité périnéale et ligamentaire. Il est possible de considérer qu'une femme sur deux présente des problèmes de fuites urinaires dans le post-partum, témoignant donc d'une perte de l'intégrité musculaire périnéale et ligamentaire pelvien.(68)

Il est nécessaire de bien préciser par l'interrogatoire les caractéristiques de l'incontinence urinaire **d'effort**, circonstance d'incontinence la plus fréquente à ce stade du post-partum: il s'agit d'une fuite survenant exclusivement au cours d'un effort d'intensité variable (toux, éternuement, course, changement de position). En post-natal, les femmes ne l'évoquent pas forcément en pensant qu'il s'agit là d'un

phénomène normal et temporaire qui va se corriger spontanément. (idée souvent transmise qu'il s'agit d'une altération inéluctable causée par la grossesse et l'accouchement).

Pour apprécier l'incontinence urinaire d'effort (IUE), nous disposons de **la cotation d'Ingelman-Sundberg**:

IUE 0 = pas d'incontinence mise en évidence

IUE 1 = fuites épisodiques survenant à la toux, éternuement, rire

IUE 2 = fuites aux changements de position, soulèvement de charge, à la marche rapide nécessitant une garniture

IUE 3 = pertes d'urines à la station debout, au cours du moindre mouvement nécessitant une protection permanente.

Autres symptômes urinaires pouvant témoigner d'une lésion pelvi-périnéale:

- une dysurie
- des infections urinaires à répétition
- un prolapsus
- une dysparéunie
- des douleurs pelviennes à type de pesanteur se majorant volontiers au cours de la journée(sensation de poids).

## 2.2. Recherche de troubles de la continence anale

Les symptômes anaux principaux sont:

◇ les pertes de selles: elles se limitent le plus souvent aux liquides d'origine intestinale.

◇ une incontinence des gaz . C'est le symptôme anal le plus fréquent dans ce contexte. Il existe pour ce symptôme un diagnostic différentiel: l'aérocolpos, équivalent à des bruits vaginaux par émission d'air par le vagin. Il est lui aussi incontrôlé et fait suite à l'accumulation d'air au cours de certains mouvements ou efforts, ou lors des rapports sexuels. Ce remplissage suivi d'évacuation d'air devra davantage faire rechercher une béance vulvaire ou une déchirure périnéale profonde plutôt qu'une déficience des releveurs.

Les patientes sont souvent gênées pour exprimer ces problèmes qui évoquent un trouble de la statique pelvienne postérieure, modifiant pourtant leur confort digestif avec répercussion certaine sur leur vie de relation.(9). Le médecin doit être précis dans son interrogatoire pour dépister cette symptomatologie.

◇ autres symptômes anaux à dépister car témoins d'un dysfonctionnement de *la fonction exonératrice* :

- une gêne à l'exonération des selles ( dyschésie). Le trouble de l'évacuation rectale, qualifié de constipation par les patientes est caractéristique et comporte des efforts de poussée intenses et inefficaces, douloureux et prolongés, avec des stratagèmes éventuellement avoués par la patiente de type pression sur la paroi postérieure du vagin, extraction digitale des matières. L'effort de poussée est suivi d'une sensation d'évacuation incomplète et de corps étranger intra-rectal.(9)

- des douleurs anales: elles orientent vers une cause locale de type hémorroïdes, fissure.

## **II- L'examen clinique de la consultation post-natale**

L'examen général comporte la **prise de la tension artérielle** et la **pesée**.

Dans ce contexte de post-partum, l'**examen de la glande thyroïde** est réalisé, à la recherche d'un goître et de nodules.

L'examen gynécologique de la consultation post-natale comporte un **examen des seins** (inspection + palpation) . En cas d'allaitement maternel, on notera l'aspect du lait et l'existence de signes de complications infectieuses.

La consultation post-natale représente le bon moment après la naissance pour effectuer le bilan des conséquences de la grossesse et de l'accouchement sur les muscles périnéaux et envisager leur rééducation. B. Gasquet Pistre précise bien que "*le moment privilégié pour un testing complet et fiable , est la visite à six semaines*".(68)

La suite de l'examen gynécologique se concentre ensuite sur la sphère pelvi-périnéale.

### **A. Inspection du périnée:**

1. apprécier la distance ano-vulvaire (DAV) qui est un paramètre d'appréciation de l'épaisseur du noyau fibreux central du périnée (NFCEP). Elle se mesure à partir de la fourchette jusqu'à l'anus et la normale se situe entre 25 et 35 mm. Une distance inférieure à 20 mm est responsable de cet aspect appelé fourchette éculée et donnant une forme triangulaire à la vulve. Notons que la longueur normale minimale de 25 à 30 mm n'a été retrouvée que chez 30% des femmes insérées dans une étude de Valancogne et ce 3 à 6 mois après l'accouchement.(10)

2. étudier l'aspect des petites lèvres , des caroncules hyménales et du capuchon du clitoris pour rechercher à leur niveau une fissure, un bourgeon charnu cicatriciel, un fil non résorbé ou un éventuel point d'infection.

3. vérifier la cicatrisation de l'épisiotomie en recherchant sur son trajet un éventuel granulôme inflammatoire persistant, un névrôme, ou un fil restant.

Rappel des différents types d'épisiotomie pouvant être pratiqués:(8)

-l'épisiotomie médiane : permet une incision verticale du raphé ano-vulvaire en direction de l'anus. Elle est envisagée assez rarement car elle expose au risque de voir filer l'incision vers le sphincter de l'anus mais elle est la plus anatomique en respectant les branches vasculo-nerveuses du pédicule honteux interne, en préservant les releveurs et ne modifiant pas la symétrie.

-l'épisiotomie médio-latérale: c'est la plus pratiquée. On la retrouve à droite de la vulve; elle part du milieu de la fourchette et se dirige latéralement et en arrière à égale distance de la tubérosité ischiatique et de l'anus, selon un angle de 45° avec la ligne médiane.

- l'épisiotomie latérale: part de la commissure postérieure de la vulve selon un angle de 90°. Sa suture est la plus source d'asymétrie vulvaire par défaut d'affrontement des berges de l'incision.

4. vérifier la cicatrisation de déchirures périnéales ouvertes: évidentes au moment de la naissance , elle ont pu être suturées mais de façon souvent plus délicates que les épisiotomies.

5. inspection anale: vérifier l'intégrité des plis radiés de l'anus et rechercher une fissure anale, en sachant que les fissures anales antérieures sont les plus fréquentes.

Dépister un éventuel abcès ou la présence d'hémorroïdes dont on notera le caractère compliqué ou non de thrombose.

6. appréciation des leucorrhées: une endométrite sub-aigüe doit être suspectée en cas de leucorrhées malodorantes ou abondantes et sales.

7. inspection sous spéculum:

a) examen de la muqueuse vaginale ayant essentiellement pour but de mettre en évidence des séquelles traumatiques, des lésions infectieuses ou trophiques: (rappelons qu'à la date de la visite post-natale, le vagin a retrouvé ses dimensions pariétales antérieures et son plissement habituel. La muqueuse

vaginale ne retrouve une bonne trophicité qu'au moment de la stimulation hormonale, soit à partir du 25ème jour en l'absence d'allaitement maternel. Les sécrétions vaginales à ce moment du post-partum ont retrouvé un aspect normal depuis 3 semaines environ.)

- la cicatrisation de certaines déchirures (se constituant avant même que ne soit réalisée l'épisiotomie au moment de la naissance), peut aboutir à une bride scléreuse sensible rétrécissant l'orifice inférieur du vagin parfois responsable d'une dyspareunie d'intromission.

- rechercher sur le versant vaginal de l'épisiotomie ou de la déchirure un retard de cicatrisation ou un état inflammatoire pouvant se traduire par des brides scléreuses transversales en arrière de la fourchette, elles aussi responsables de dyspareunies d'intromission.

b) *examen du col utérin*: à la recherche de séquelles traumatiques (type cicatrice d'une déchirure cervicale), infectieuses, ou trophiques. A noter que l'orifice externe du col est souvent le siège d'un ectropion.

Rappelons la nécessité d'un frottis cervico-vaginal de dépistage du cancer du col utérin à réaliser tous les 2 ans. S'il s'agit d'une patiente qui ne reconsultera pas facilement, la visite post-natale peut-être un moment privilégié pour réaliser ce geste. Dans le cadre d'une consultation spécialisée, le médecin pourra juger de l'opportunité d'une colposcopie avec test à l'acide acétique et au lugol. Il paraît cependant évident que la consultation post-natale devient plus longue à gérer si on y intègre toutes les composantes d'une visite gynécologique.

## **B. Les touchers pelviens :**

### *1. Le toucher vaginal*

---> il permet dès l'introduction délicate des doigts d'apprécier une éventuelle sténose vulvaire secondaire à une suture aberrante ayant excessivement refermé l'orifice vulvaire. Ensuite, il pourra reconnaître les

éventuelles brides cicatricielles qui auront pu être visualisées au spéculum.

---> associé à la palpation abdominale, c'est *le toucher bimanuel* qui permettra par la mobilisation utérine et des annexes :

- de noter la qualité de l'involution utérine. -  
éliminer une pathologie des annexes (douleur ou perception d'une masse latéro-utérine

-de dépister un éventuel syndrome de Masters et Allen (déchirure ligamentaire lors de l'accouchement donnant une sensation de mobilité utérine excessive).

## 2. Le toucher rectal

Il ne sera **pas réalisé systématiquement** mais uniquement en cas de troubles de la continence anale; associé au toucher vaginal, il permet d'évaluer entre les deux doigts l'état du noyau central fibreux du périnée(NFCP). Son inconsistance (impression que le doigt arrive facilement au contact du bassin osseux) doit faire suspecter une déchirure périnéale fermée qui aura pu passer inaperçue lors de l'accouchement. Normalement épais, le NFCP fait conserver un écart de 2 à 3 cm entre le doigt rectal et le doigt vaginal.(9)

## 3. Les manoeuvres d'évaluation des déficiences périnéales

Elles permettent de mettre en évidence les incontinenances inavouées à l'interrogatoire ou d'en évaluer leur sévérité, et de dépister les prolapsus restant invisibles à l'inspection "passive".

### 3.1. L'inspection périnéale à la toux (ou autre effort de poussée abdominale)

Ce test est à réaliser à distance d'une miction.

Il peut apparaître un jet d'urine contemporain de l'effort de poussée abdominale. Il est important de noter le synchronisme parfait de la fuite avec l'effort, contrairement aux fuites par instabilité vésicale qui sont décalées. Cette fuite peut-être masquée par n'importe quel élément de prolapsus venant comprimer l'urètre à la poussée. Identification d'un prolapsus toujours lors de l'inspection à la toux:

- déroulement progressif de la paroi vaginale antérieure = colpocèle antérieur.
- déroulement progressif de la paroi vaginale postérieure = colpocèle postérieure qui ne peut être occupé que par le rectum = rectocèle.
- visualisation du col utérin = trachéloptose soit par hypertrophie du col, soit par prolapsus utérin = hystéroptose.

### 3.2. Le testing des muscles releveurs de l'anus

Il permet d'apprécier la force musculaire de ces muscles selon une cotation de 0 à 5 .

Valancogne distingue la *puissance musculaire* des releveurs évaluée par le testing, et la *tonicité périnéale* évaluée par la mesure de la distance ano-vulvaire et par toucher vaginal à 2 doigts, doigts repliés exerçant un double effet d'écartement et de traction vers le bas des chefs latéraux des releveurs: il s'agit d'évaluer subjectivement la résistance globale passive à ces forces d'allongement transversales et longitudinales. La classification est notée en normo, hypo ou hypertonie.(10)

Notons qu'il existe une technique instrumentale et scientifiquement démontrée d'évaluation du tonus périnéal : la pince ou spéculum tonométrique.

Technique de réalisation du testing musculaire (sur patiente détendue en position gynécologique) : index et médium sont positionnés en crochet vers la paroi postérieure du vagin au contact des faisceaux du pubo-rectal, doigts écartés au maximum. Il faut alors demander à la patiente de serrer sur les doigts comme si elle voulait “retenir un gaz” afin qu’elle contracte les releveurs.

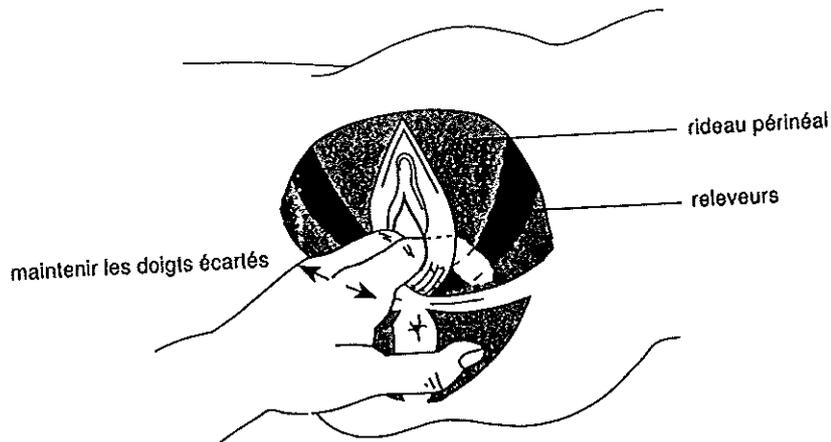


schéma n°6 : examen des releveurs

Il faut noter aussi la tenue de la contraction (normale pendant 5 secondes) et la fatigabilité (elle doit pouvoir être répétée 5 fois de suite), permettant l'utilisation de la cotation internationale. ( page suivante)

**Tableau n°6** - Testing musculaire des muscles releveurs de l'anūs: cotation internationale.

---

cotation 0	Aucune contraction palpable ou visible
cotation 1	Léger frémissement
cotation 2	Contraction faible, perçue, mais pas maintenue
cotation 3	Contraction nette, capable de rapprocher les doigts de l'examineur, mais ne supportant pas une résistance
cotation 4	Contraction assez forte, pouvant supporter une résistance modérée, 4 à 5 fois de suite
cotation 5	Contraction puissante, résistant à une opposition forte, pouvant à la limite fatiguer l'examineur

---

Attention de ne rechercher qu'une contraction spécifique du plancher pelvien, isolée de toute participation abdominale (la patiente rentre alors le ventre en même temps), ou des adducteurs, des fessiers ou des pelvi-trochantériens.

### 3.3. Recherche d'une inversion de commande périnéale(ICP)

C'est la constatation d'un effort de poussée vers le bas lorsque l'on donne l'ordre de contracter les releveurs. C'est une absence de prise de conscience de cette entité musculaire qui en est la cause. Elle est importante à corriger car peut majorer un prolapsus et empêche toute rééducation musculaire si elle n'est pas corrigée.

Elle existe chez 1/4 des femmes (8).

L'examen clinique terminé, la patiente sera informée de la nécessité ou non d'examens ou de prise en charge complémentaires avec rédaction des ordonnances nécessaires à leur mise en oeuvre.

### **III- Prescriptions et prises en charge spécifiques de la consultation post-natale**

Elles seront déterminées par l'existence ou non de problèmes décelés par l'interrogatoire et l'examen clinique.

#### **A. Les différentes possibilités de prise en charge thérapeutique des syndrômes dépressifs et de la dépression du post-partum.**

##### 1. Les psychothérapies et thérapies psychosociales

##### 1.1. Les thérapies de soutien

Wickberg et Hwang, en 1996, démontrent l'efficacité d'une thérapie de soutien, non directive, en préférant l'écoute aux conseils (69). L'intervention d'une infirmière ou d'une puéricultrice offre la possibilité d'ouvrir un dialogue sur le vécu maternel. Cette thérapie de soutien peut suffire à rompre l'engrenage des

tensions entre la mère et son enfant et entraîne une rémission de la dépression dans 80% des cas en l'absence de toute autre mesure thérapeutique. A Reykjavik, une expérience de soutien téléphonique aux mères ayant accouché depuis 2 à 3 mois a été menée ; elle a prouvé un effet franchement positif sur la réduction des symptômes de détresse (70). La revue de la littérature émanant de différentes revues de puériculture du monde entier (accessibles par le net via " medline") mentionnent des articles relatant les bénéfices du soutien non directif des mères, que ce soit dès la maternité, ou plus tard dans le post-partum, pour tout ce qui a trait à l'allaitement et aux soins du nouveau-né. Ce soutien non directif peut en France se faire par le biais du service de Prévention Maternelle et Infantile.(PMI)

### 1.2. La psychothérapie interpersonnelle

Elle a été utilisée dans les dépressions du post-partum par O'Hara (71). L'aide apportée aux patientes est centrée sur la résolution de disputes conjugales et sur les principales modifications des rôles survenant lors de l'accession à la parentalité. La durée de ce traitement est de 12 semaines.

### 1.3. Les psychothérapies analytiques

Individuelles, brèves ou non, centrées sur la dyade mère-bébé, ou avec la mère seule, elles demeurent en France largement pratiquées. Elles n'ont pas été fréquemment l'objet d'évaluation. Elles sont généralement pratiquées devant la mise en évidence d'une souffrance dépressive dans le post- partum précoce, dans le cadre de la psychiatrie de liaison.

## 2. Les médications antidépressives

Leur prescription doit répondre à une analyse méthodique du risque dépressif vrai afin de ne pas aggraver une patiente "normalement" angoissée dans

ce contexte, en lui renvoyant une image de mère dépressive... L'observation et l'écoute explicitées dans les thérapies de soutien pouvant résoudre la problématique.

Les résultats des antidépresseurs sont en général bons; les rechutes à court terme sont peu fréquentes à condition que la chimiothérapie soit maintenue un temps suffisant. Notons que le soutien psychologique est toujours nécessaire.(72)

Rappelons que tous les psychotropes sont susceptibles de passer dans le lait maternel, leur concentration étant essentiellement déterminée par le degré de solubilité lipidique de la molécule.

Un équilibre délicat doit être maintenu entre le risque iatrogène et le bénéfice thérapeutique espéré.

Le comité des médicaments de l'Académie Américaine de Pédiatrie, de 1989, ne préconise aucune précaution quant à l'utilisation des tricycliques comme l'imipramine. Ils sont cependant classés dans la catégorie des "médicaments dont les effets sur l'enfant restent inconnus" et la majorité des auteurs préconisent la contre-indication de l'allaitement pour une mère sous tricycliques ainsi que sous inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, et ce, par manque de recul.

Quelques données sont disponibles sur l'utilisation des nouveaux antidépresseurs, notamment sérotoninergiques: il existe une étude de Yoshida en 1995 ne portant que sur 25 patientes et ne permettant pas de valider une pratique médicale univoque. Le système de précaution prévaut donc encore.(72)

### **B. Choix du mode de contraception**

C'est surtout le mode d'allaitement qui va guider le choix de la prescription. L'existence d'une pathologie modifie aussi les possibilités de prescription:

◇ Après hypertension artérielle gravidique: en cas de normalisation des chiffres tensionnels, il est possible de prendre une contraception orale de type oestro-progestatifs en observant sa tolérance par surveillance de la tension

artérielle. Si celle-ci ne se normalise pas à distance de l'accouchement, ou si l'hypertension réapparaît sous oestro-progestatifs, ceux ci doivent être écartés, quel que soit le type d'hypertension observée. Les microprogestatifs, ou mieux, le stérilet, représenteront alors les moyens de choix. (à évaluer selon les autres contre-indications possibles).(50)

◇ Après diabète gestationnel: attention à la prescription d'oestroprogestatifs chez ces patientes: ils peuvent favoriser la réapparition d'une hyperglycémie et ils doivent être évités, ou bien prescrits avec une surveillance de la glycémie à jeun régulière. Les microprogestatifs sont une solution de contraception, ainsi que le stérilet (en l'absence de diabète persistant)(73)

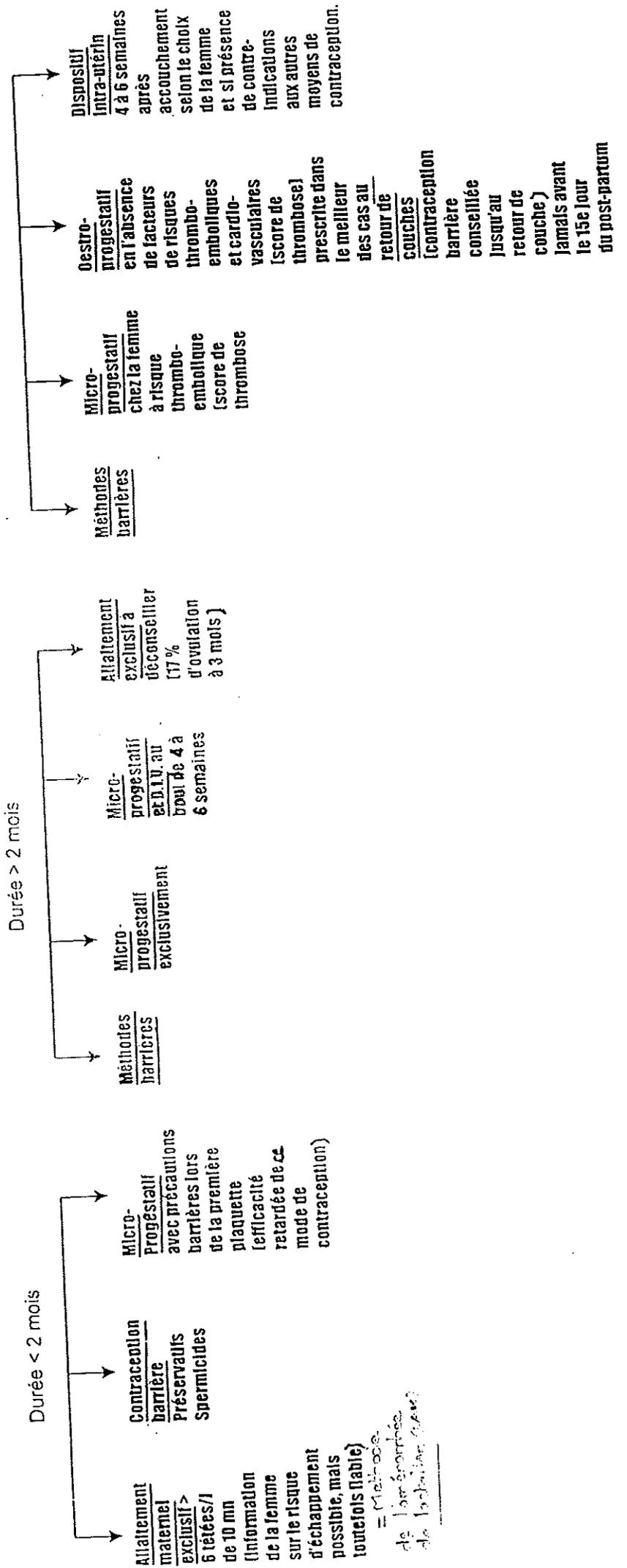
**arbre décisionnel: schéma contraceptif optimal** au moment de la visite post-natale.( (page suivante)

# SCHEMA CONTRACEPTIF OPTIMAL

## Mode d'allaitement

### Allaitement artificiel

### Allaitement maternel



*Handwritten note:*  
 = Méthode de l'arrêter de l'allaitement (c'est)

### C. Prescription de la rééducation périnéale

La rééducation périnéale en première intention est actuellement reconnue par tous comme un des éléments de l'arsenal thérapeutique dans la prise en charge préventive et curative des incontinences ou des prolapsus (10). Dans le cadre du post-partum, deux paramètres orientent la prescription:

- la tonicité du périnée pour son rôle dans le maintien de la statique viscérale.
- la qualité du mouvement (sans inversion de commande) et du verrouillage pour gérer les efforts de la vie quotidienne.

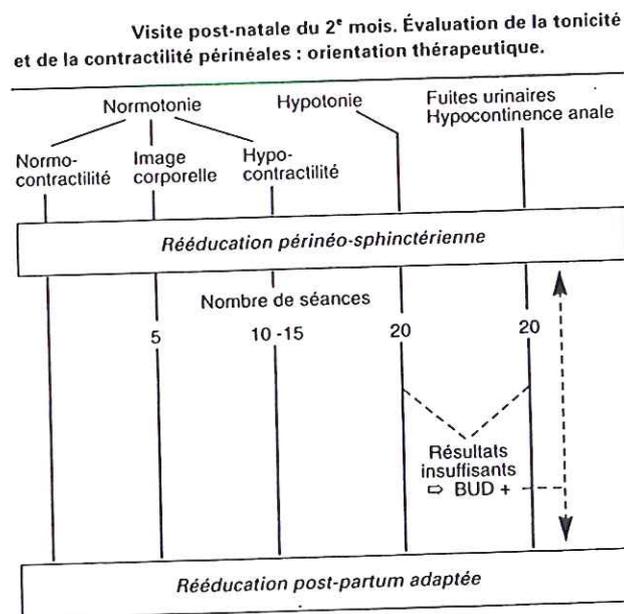


Tableau n° 7 : évaluation de la tonicité et de la contractilité périnéales: orientation thérapeutique d'après Valancogne (10)

Schématiquement, on peut classer les patientes selon ces critères en 4 grands groupes:

premier groupe: aucun des différents problèmes n'est identifié cliniquement:

---> Prescription de 10 séances de rééducation abdominale. Insister sur la nécessité d'éviter tous les exercices ou efforts entraînant une hyperlordose ou une hyperpression sur le périnée.

deuxième groupe: le périnée est normotonique et normocontractile, mais le mouvement de contraction volontaire est mal effectué.(inversion de commande périnéale par exemple, ou, mauvaise perception du périnée.

---> Prescription de 5 séances de rééducation : cela suffit en général à inculquer les notions de qualité de mouvement et de verrouillage périnéal, sous couvert d'une participation personnelle active.

troisième groupe: le tonus périnéal est satisfaisant mais la puissance musculaire est insuffisante (testing < 3) .

---> Prescription en premier lieu de séances de rééducation périnéo-sphinctérienne; 10 à 15 séances sont en général suffisantes et s'adressent à des patientes motivées car elles ne peuvent se résumer à des exercices de "stop-pipi", ou à des séries d'électrostimulation passive (technique d'ailleurs contre-indiquée pendant le premier trimestre du post partum du fait du risque de dénervation musculaire, même partielle). (10)

Une ou 2 premières séances sont consacrées à la prise de conscience et à la qualité du mouvement (palpation du noyau fibreux central du périnée et biofeedback de surface). Puis, techniques manuelles et au besoin sonde intravaginale personnelle de rééducation.

A l'issue de ces séances, la rééducation classique mais adaptée du post-partum est possible pour la plupart des patientes.(74,75)

quatrième groupe: le périnée est hypotonique et hypocontractile (testing < 3) avec incontinence urinaire ou anale.

---> La rééducation périnéo-sphinctérienne est plus longue et plus intensive: en moyenne 20 séances réparties sur 8 à 12 semaines. Au terme de ce traitement, le testing, le tonus et le verrouillage périnéal à l'effort sont significativement améliorés, autorisant **dans un second temps** la rééducation abdominale. Cependant, Valancogne note que pour 10% de ces patientes, les résultats restent insuffisants; de nouvelles séances s'avèrent nécessaires, et à ce stade se pose l'intérêt d'une investigation par un bilan urodynamique (BUD).

#### **D. Prescription d'examens biologiques**

Aucune prescription d'examen biologique n'est systématique dans le cadre de cette consultation. Leur éventuelle prescription existe dans deux cas précis:

##### 1. Le déroulement de la consultation post-natale fait suspecter une pathologie.

C'est le cas d'une suspicion de pathologie thyroïdienne pour laquelle on prescrira un dosage de T4 et TSH us.

Une pâleur cutanéomuqueuse peut faire suspecter une anémie et amènera à prescrire une Numération Formule Sanguine (NFS) pour vérifier le taux d'hémoglobine.

##### 2. Surveillance biologique à réaliser du fait d'une pathologie de la grossesse ou du post-partum déjà connue.

- Hypertension Artérielle (HTA gravidique) et diabète gestationnel nécessitent un bilan sanguin de surveillance à **3 mois** comme nous l'avons vu précédemment dans le rappel du suivi de ces pathologies en post-partum.

- L'allo-immunisation rhésus: toutes les femmes de rhésus négatif dont l'enfant né est de rhésus positif, reçoivent dans les 24 heures qui suivent la naissance une dose d'anti-D, afin de prévenir une allo-immunisation rhésus.

Une recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) doit-être effectuée à distance dans le post-partum, 3 et 6 mois après la naissance. La patiente sort de la maternité avec les ordonnances prévoyant ces contrôles biologiques. La visite post-natale permet de rappeler la nécessité de réaliser ces ordonnances comme prévu.

-Phlébite au cours de la grossesse ou dans le post-partum immédiat:

Un bilan thrombophilique et immunologique complet recherchera des anomalies de la coagulation par les dosages suivants: (76)

NFS Plaquettes

fibrinogène

anticoagulants circulants type lupiques

résistance à la protéine C activée

protéine C

protéine S

anti-thrombine

TP et TCA

anticorps anticardiolipides

recherche de mutation 20210A du gène de la prothrombine  
(facteur II)

dosage de l'homocystéine

**E. Autres prescriptions**

Acte de prévention, la consultation post-natale doit vérifier la sérologie rubéole qui pouvait être négative en début de grossesse. Il est alors nécessaire de

vacciner la patiente contre la *rubéole* si cela n'a pas été réalisé en suites de couches immédiates. Une seule injection par RUDIVAX sous contraception efficace suffit en cas de négativité de la sérologie, ou d'insuffisance du taux d'anticorps protecteurs. Il n'est toujours pas exceptionnel de voir certaines femmes débiter une nouvelle grossesse sans protection suffisante vis à vis de cette maladie qui s'avère dramatique, car fortement tératogène pour le fœtus lorsqu'elle est contractée pendant la grossesse.

quatrième partie:

matériel d'étude

-----

Enquête sur la pratique de la  
consultation post-natale par les  
médecins généralistes

et

témoignage et investigations

## - ENQUÊTES TÉLÉPHONIQUES

Afin d'établir s'il existait des études chiffrées sur la réalisation effective de la consultation post-natale, nous avons interrogé les administrations les plus concernées:

- Après renseignements téléphoniques pris auprès du service statistique de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie (CPAM) de Nantes, et auprès du siège social de Paris : il n'a jamais été réalisé d'étude statistique sur la fréquence de réalisation de cette visite post-natale. Cela pourrait pourtant être fait à partir du renvoi des demandes de remboursement à 100% de la dernière visite prévue dans le calendrier de suivi de grossesse.

- La Caisse d'allocations Familiales (CAF): elle est impliquée dans le respect du calendrier du suivi de grossesse et de l'enfant via les allocations qu'elle verse. Après renseignement téléphonique au siège nantais, il s'avère qu'aucun moyen de contrôle de réalisation de cette visite n'a jamais été mis en place en Loire-Atlantique ou dans une autre région. Les enjeux sont effectivement moins grands que lors de la non-réalisation des examens post-nataux obligatoires de l'enfant au 8<sup>e</sup> jour , 4<sup>e</sup> et 9<sup>e</sup> mois (et ainsi qu'à deux ans): il existe alors une suspicion de négligence de suivi médical de l'enfant.(en cas de non réalisation de ces examens, la CAF précise bien sur ses formulaires qu'elle s'octroie le droit de suspendre le versement des allocations auxquelles les familles concernées ont droit.)

- Le service de Prévention Maternelle et Infantile (PMI) de Loire-Atlantique: en 2002, en Loire-Atlantique, 66 examens post-nataux ont été réalisés dans les 3 points de consultation gynécologiques, contre 267 examens prénataux.

## - TEMOIGNAGE

Sur le terrain, la pratique de médecin vacataire pour la Direction des Intervention Sanitaires et Sociales (D.I.S.S) nous a permis d'interroger des mères venant en consultation pour leur nourrisson dans 2 centres de Prévention Maternelle et Infantile (PMI) de 2 circonscriptions de Nantes à population socio-économiquement défavorisée. Sur une année environ (de septembre 2000 à octobre 2001), il nous a été possible de revoir plusieurs fois les mêmes femmes, du fait du calendrier vaccinal chargé et des visites systématiques mensuelles jusqu'au 7ème mois de l'enfant. Au cours de nos entretiens, pour 98 femmes, la réalisation de leur visite post-natale a été abordée:

- Seulement 16 d'entre elles avaient consulté en temps et en heure pour ce motif.(16,3%)

- La majorité , 51 femmes sur les 98 (52%), ont répondu qu'elles devaient prendre leur rendez-vous ( avec leur médecin traitant pour la plupart). Notons que nous étions au moins à 8 semaines de la naissance, donc déjà au delà des dates préconisées.

- 29 femmes sur les 98 (29,6%) n'étaient pas informées de la nécessité de consulter pour elles-mêmes à cette période du post partum. Au sein de ces 29 femmes, 11 étaient de nationalité étrangère ( avec une barrière linguistique gênant l'échange concernant un sujet parfois tabou dans leur culture d'origine.

- 4 femmes (4,1%) ont profité de la visite de leur nourrisson pour me demander une ordonnance afin d'obtenir un moyen contraceptif, se refusant à consulter un médecin, de peur de subir l'examen clinique pelvien. L'une de ces 4 femmes a réitéré cette demande contraceptive 3 mois plus tard, lors de l'examen des 6 mois de son nourrisson. Pour cette patiente, la crainte d'une consultation gynécologique n'était pas liée à une origine culturelle particulière ni à la pratique d'une religion "pudique". L'intérêt d'une telle visite était évident puisque son dernier-né avait été conçu en post-partum immédiat, sans désir de nouvelle grossesse. Elle voulait éviter la récurrence mais ne pouvait se résoudre à consulter pour cela.

Quel pourcentage de ces femmes ont réellement rencontré un médecin dans ce but précis? Ce simple témoignage ne saurait y répondre. Il atteste seulement que malgré l'importance des sujets abordés à la visite post-natale, il existe une mauvaise observance de cette consultation dans les populations socio-économiquement défavorisées.

# ENQUETE AUPRÈS DE 200 MÉDECINS GÉNÉRALISTES POUR L'ETUDE DES PRATIQUES RELATIVES À LA VISITE POST-NATALE

## A-OBJECTIFS

1. Evaluer la fréquence de ce motif de consultation en médecine générale.
2. Evaluer les pratiques cliniques des médecins généralistes autour des 4 thèmes que nous avons définis comme caractérisant la visite post-natale.
3. Evaluer les besoins de formation.

C'est là même l'intérêt majeur de ce recueil de pratiques: que faut-il aborder précisément en Formation Médicale Continue (FMC)? Nous avons voulu, parallèlement à la mise en évidence des lacunes, évaluer le désir de formation complémentaire des médecins sur ce sujet, sous forme d'items simples (questions fermées) mais aussi sous forme de questions ouvertes. Le fait de reprendre l'examen clinique minutieux spécialisé en FMC ne présente un intérêt que si le médecin en ressent un besoin évident pour sa pratique. Celle-ci s'améliorera par le fait qu'un examen **éclairé** constitue la base d'une garantie de dépistage des pathologies nécessitant une prise en charge.

L'interrogatoire et l'examen clinique, ainsi que leurs conséquences en matière de prise en charge thérapeutique rééducative ou médicamenteuse sont abordés par ce questionnaire. L'objectif final étant qu'au fur et à mesure de leurs réponses, les médecins s'interrogent sur les difficultés qu'ils rencontrent au cours de cette consultation.

## **B- METHODOLOGIE**

### **1- Méthodes générales d'enquête retenues pour l'élaboration du questionnaire**

Pour recueillir un ressenti de pratique par l'intermédiaire d'un questionnaire, il fallait éviter les écueils spécifiques à ce type de méthode:

- un questionnaire trop long entraînant un taux de non-réponse important.
- une étude prospective demandant une motivation trop importante des médecins pour obtenir un nombre important de participants.

Cadrer ce sujet en items concrets et précis n'a pas été chose aisée car l'ensemble des actes de l'examen gynécologique peuvent en faire partie. Il a été nécessaire de se concentrer sur ce qui différenciait vraiment cette visite; cela s'articule autour de nos 4 thèmes (le périnée et sa rééducation, la contraception et la reprise de la sexualité, le lien mère-enfant et la pathologie dépressive spécifique du post- partum, le suivi des pathologies déclarées ou révélées par la grossesse.)

Il est donc important de resituer cette étude dans son contexte précis de la visite post-natale et non de la consultation gynécologique et/ou obstétricale.

L'utilisation prédominante de questions "fermées" ( réponses proposées de type -jamais-rarement-souvent-toujours- , ou , -oui-non- ) permet une rapidité et une facilité de réalisation.

### **2. Test d'évaluation du questionnaire ( annexe n° 5)**

Avant sa version finale destinée à l'envoi en nombre, le questionnaire a été testé sur 10 médecins, non contactés préalablement, et sélectionnés au hasard dans l'annuaire, pour évaluer les possibilités de réponse spontanées.

7 médecins y ont répondu : 3 femmes et 4 hommes , 2 exerçant en milieu rural, 1 en milieu semi-rural et 4 en ville.

Seules 4 questions indispensables dans les sujets abordés ont obtenu la

même réponse (date de retour de couches, mode de contraception du post-partum et évaluation de l'involution utérine) aussi avons nous conclu à l'opportunité des questions posées. Aucun commentaire (pourtant suggéré comme intéressant lors de l'envoi) n'a été fait sur d'éventuels problèmes de réponse aux questions proposées. Par contre, la question ouverte permettant d'énoncer les points à approfondir ou à aborder en FMC a été abordée par 4 médecins sur 7.

### 3. Population étudiée

Nous n'avons pas retenu l'idée d'adresser ce questionnaire à l'ensemble des médecins de LOIRE ATLANTIQUE. Devant la crainte de sélectionner uniquement les médecins intéressés par le sujet, nous y avons renoncé, pour ainsi éviter un biais de recrutement.

La proximité d'une maternité ou de spécialistes en gynécologie-obstétrique paraissait être un élément pouvant influencer la pratique du médecin généraliste répondant à l'étude. Nous avons donc opté pour la sélection de 200 médecins selon les critères suivants:

- 1/3 de médecins exerçant en milieu rural
- 1/3 de médecins exerçant en milieu semi urbain
- 1/3 de médecins exerçant en milieu urbain

Dans chacune de ces 3 catégories, nous avons selon la démographie médicale actuelle dans le département, interrogé 1/3 de femmes pour 2/3 d'hommes, soit 22 femmes et 44 hommes médecins généralistes pour chaque mode d'activité.

Les médecins ont été choisis "au hasard" en respectant les critères sus-cités dans l'annuaire téléphonique de la LOIRE ATLANTIQUE.

Dans un premier temps, le questionnaire a été présenté par téléphone, en expliquant bien que seule comptait l'acceptation de se soumettre au questionnaire, et non la fréquence de réalisation de consultations post-natales, ou l'intérêt pour ce sujet dans leur pratique. L'appel téléphonique préalable a permis de recueillir l'ensemble des réponses des médecins ayant une activité en milieu rural et semi-urbain. Pour les médecins ayant une activité urbaine, cette même méthode a été utilisée, conjointement à un autre moyen de recrutement: le questionnaire a été soumis en début de soirée de FMC. Ceci concerne à peine 30 réponses sur les 66 recueillies pour l'activité urbaine.

Nous avons au total les 200 questionnaires remplis souhaités pour une étude représentative.

#### 4. Méthodologie statistique

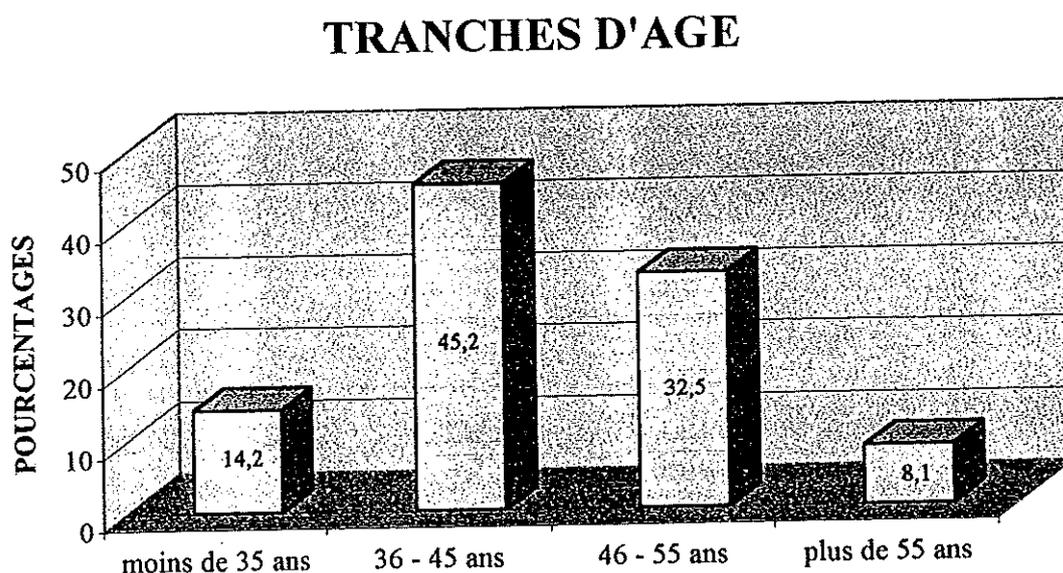
Les réponses et les données statistiques ont été analysées par l'utilisation du logiciel EPI INFO ( EPI 6 ) proposé par les éditions de l'Ecole nationale de la santé publique (ENSP) de RENNES et exploitable au département de médecine générale de la faculté.

## C- RESULTATS STATISTIQUES

### I- Critères d'identification anonyme des praticiens généralistes et de leur pratique obstétricale

#### 1. L'âge

Répartition en 4 tranches d'âge de la population étudiée: la sélection des praticiens n'a pas inclu de critère d'âge, aussi est-il intéressant de noter si toutes les classes d'âge sont représentées dans notre étude.



#### 2. Le sexe et le lieu d'exercice

Rappelons que ces deux critères étaient imposés au départ pour bénéficier d'une étude représentative de la population médicale actuelle; ils ont été à peu près respectés:

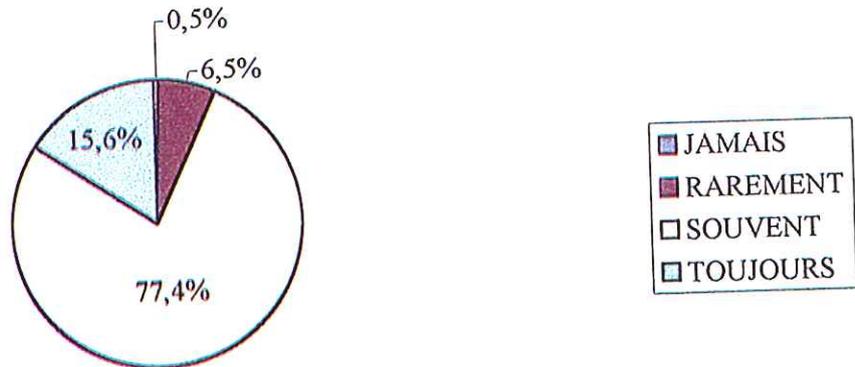
66% d'hommes et 34% de femmes composent le panel des médecins interrogés.

Parmi eux, 33,5% exercent en milieu rural, 34,5% exercent en milieu semi-urbain et 32% exercent en milieu urbain.

### 3. Suivi de grossesse par les médecins généralistes (jusqu'au 7ième mois)

93% des médecins interrogés disent suivre, souvent ou toujours, les grossesses de leurs patientes jusqu'au 7ième mois.

#### SUIVI DE GROSSESSE PAR LE MEDECIN GENERALISTE



Parmi les 93% de praticiens qui suivent -souvent ou toujours- les grossesses de leurs patientes: 34% travaillent en zone rurale, 33,5% travaillent en zone semi-urbaine et 32,4% travaillent en zone urbaine.

### 4. Question: Pensez-vous que la visite post-natale de vos patientes est réalisée par vous même ou par l'obstétricien?

63,4% des médecins généralistes disent réaliser, souvent ou toujours, la visite post-natale de leur patiente.

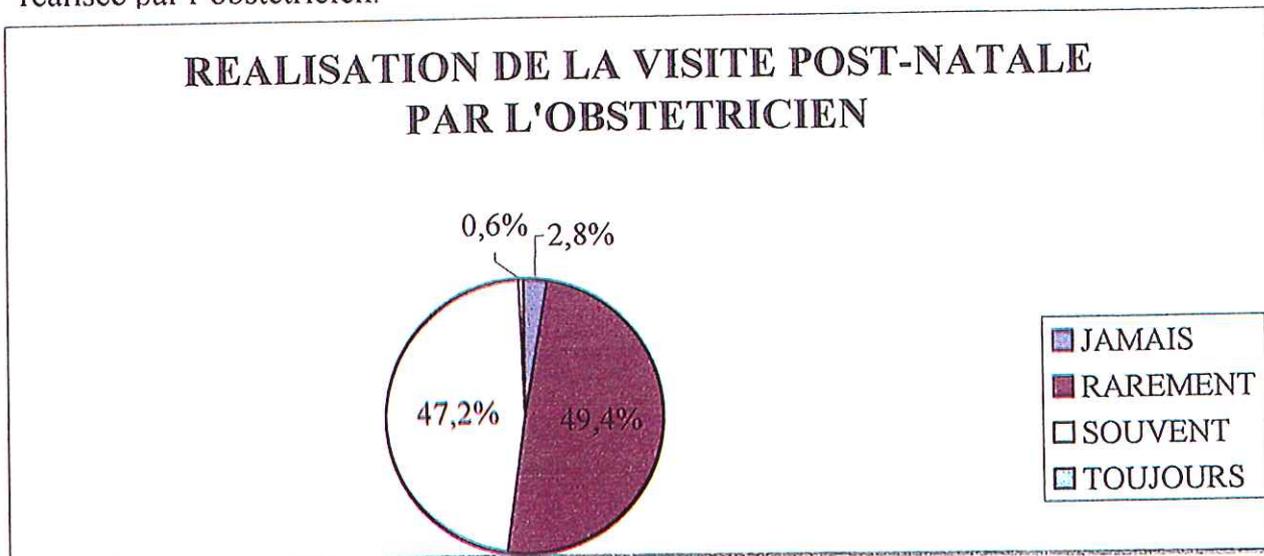
#### REALISATION DE LA VISITE POST-NATALE PAR LE MEDECIN GENERALISTE



Parmi ces 63,4% de praticiens réalisant -souvent ou toujours- la visite post-natale de leurs patientes: 40,3% ont une activité en milieu rural, 30,6% ont une activité en milieu semi-urbain, 29,1% ont une activité en milieu urbain.

47,8% des médecins généralistes ayant répondu à la deuxième partie de cette question pensent que la visite post-natale de leur patiente est réalisée, souvent ou toujours par l'obstétricien. (24 médecins, soit 12% des médecins de l'étude, n'ont pas répondu à cette question.)

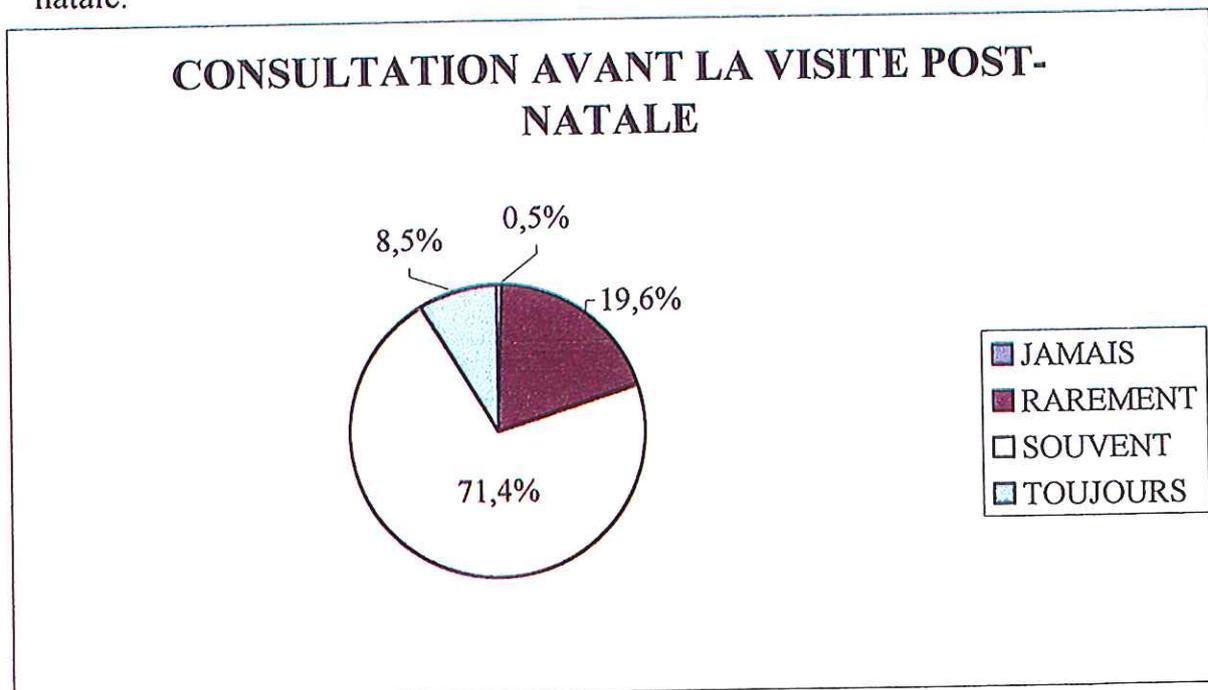
52,2% des répondeurs pensent que cette visite n'est, jamais ou rarement, réalisée par l'obstétricien.



Parmi les 47,8% de praticiens généralistes qui estiment que la visite post-natale est réalisée par l'obstétricien: 19% exercent en milieu rural, 39,3% exercent en milieu semi-urbain, 41,7% exercent en milieu urbain.

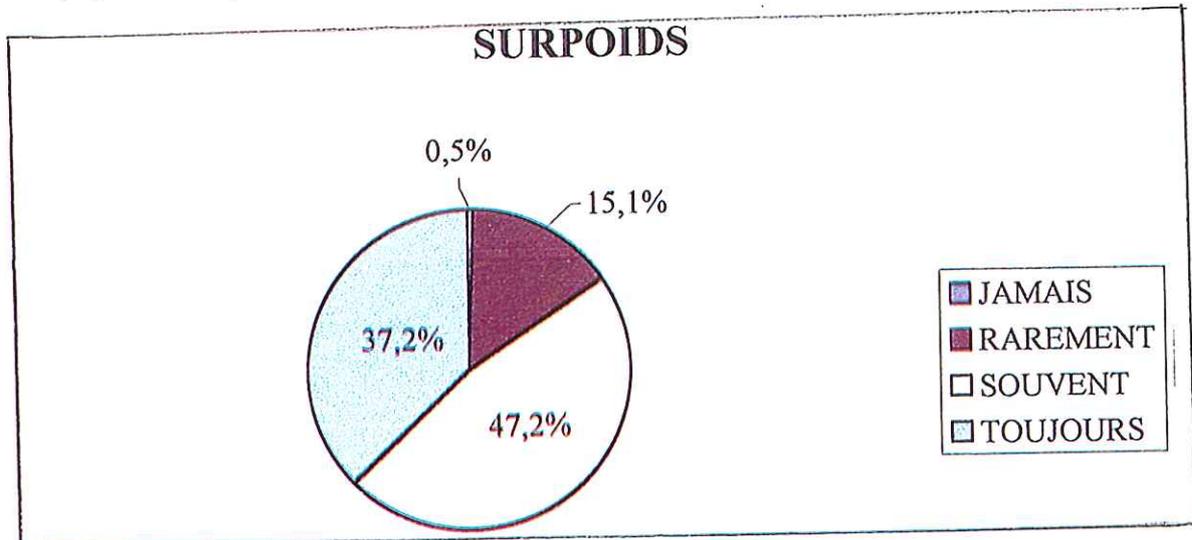
**5. Question: Les patientes sont-elles venues consulter pour elles-mêmes ou pour le nouveau-né entre la date de sortie de la maternité et la date de la consultation post-natale?**

79,9% des médecins généralistes constatent que leurs patientes viennent, souvent ou toujours, les consulter entre la sortie de la maternité et la visite post-natale.

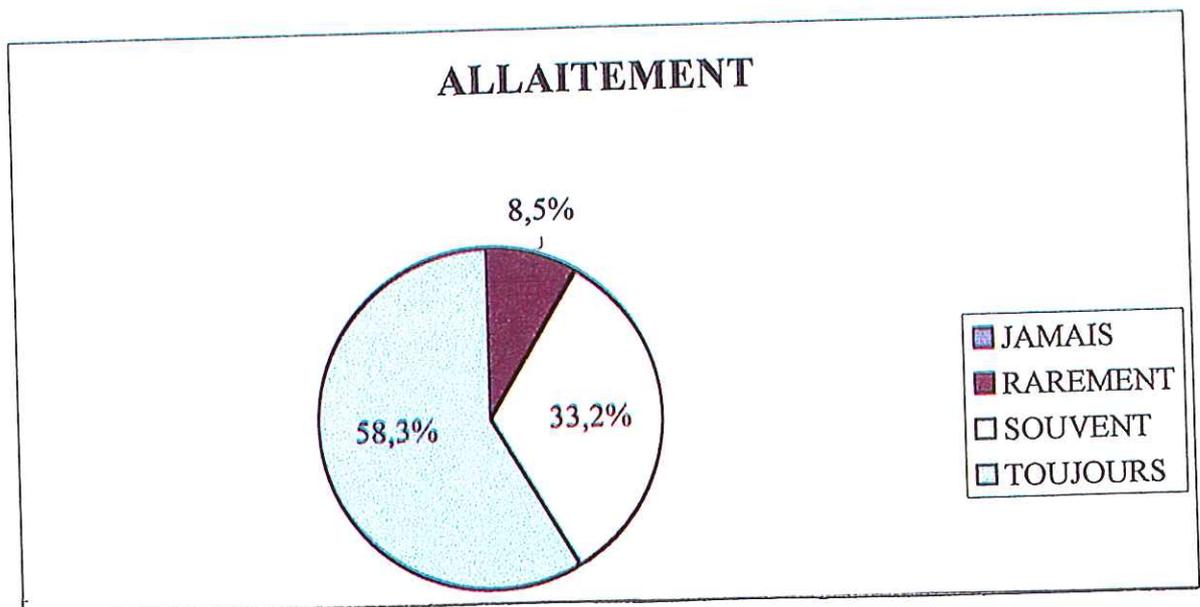


## II- Thèmes abordés à l'interrogatoire par les médecins généralistes avant l'examen clinique de la consultation post-natale

**1. Le surpoids occasionné par la grossesse:** 84,4% des médecins interrogés en parlent souvent ou toujours. Parmi eux, 63,7% d'hommes contre 36,3% de femmes. (c'est à peu près la même proportion d'hommes et de femmes que celle de la population que nous étudions qui est de 66% d'hommes pour 34% de femmes)

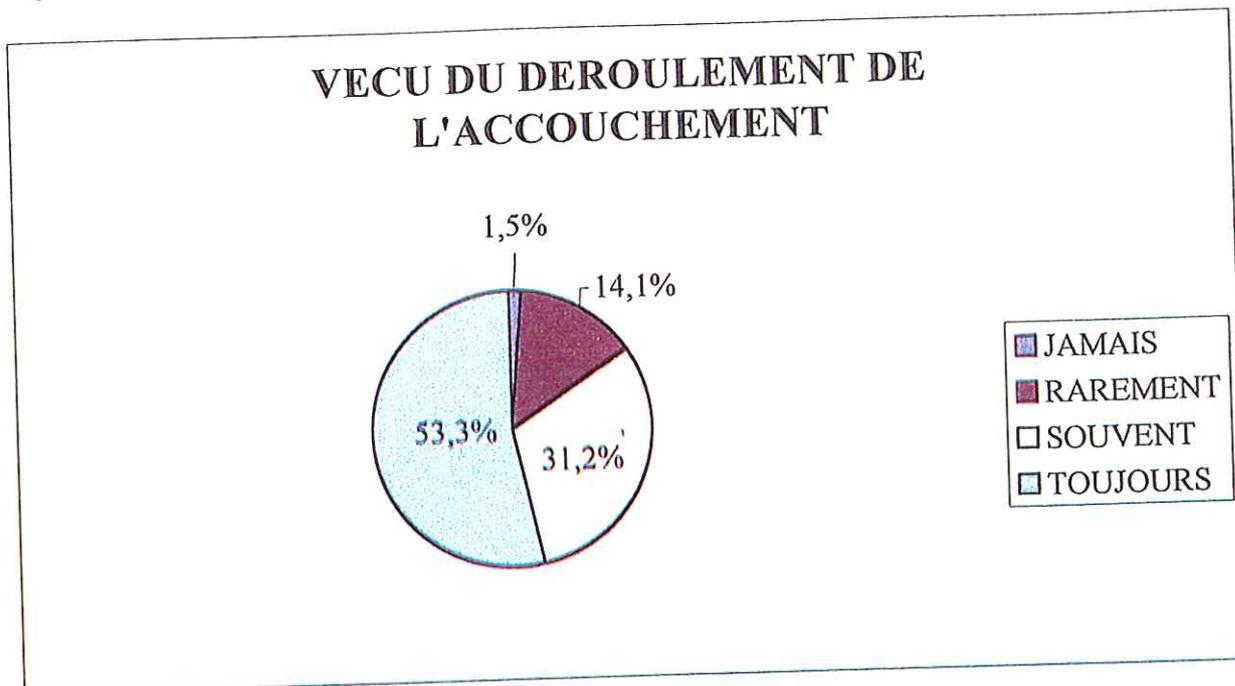


**2. Le mode d'allaitement:** 58,3% des médecins en parlent souvent, 33,2% toujours. Aucun médecin n'aborde jamais ce sujet et que 8,5% rarement.

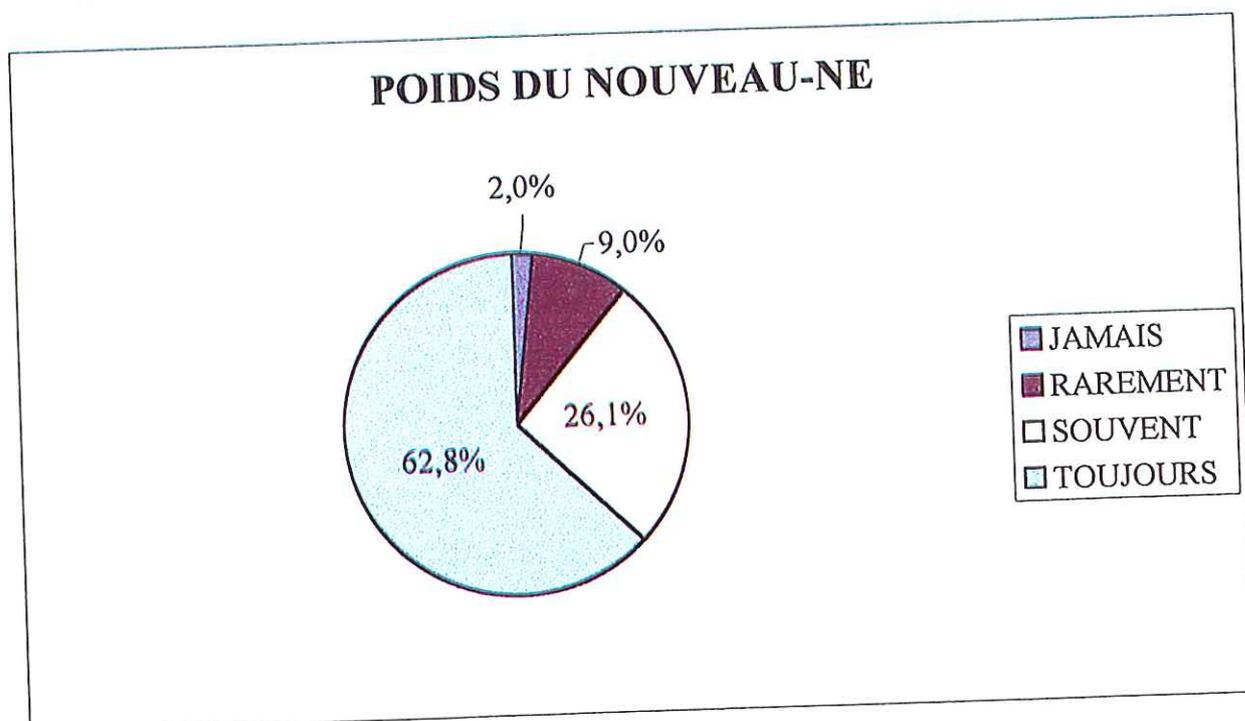


Parmi les 91,5% de médecins qui en parlent souvent ou toujours, il y a 63,7% d'hommes et 36,3% de femmes, comme lors de la précédente question.

3. Le vécu du déroulement de l'accouchement: 84,5% des médecins en parlent souvent ou toujours. Ils sont 15,5% à ne l'évoquer que rarement ou jamais.



4. Le poids du nouveau-né: 88,9% des médecins disent, souvent ou toujours, en parler contre 9% rarement et 2% jamais.



### **5. Les modalités d'expulsion:**

- 9 % n'en parlent jamais
- 22,6 % rarement.
- 46,2% toujours
- 2,1% souvent.

### **6. Les lésions vulvo-périnéales**

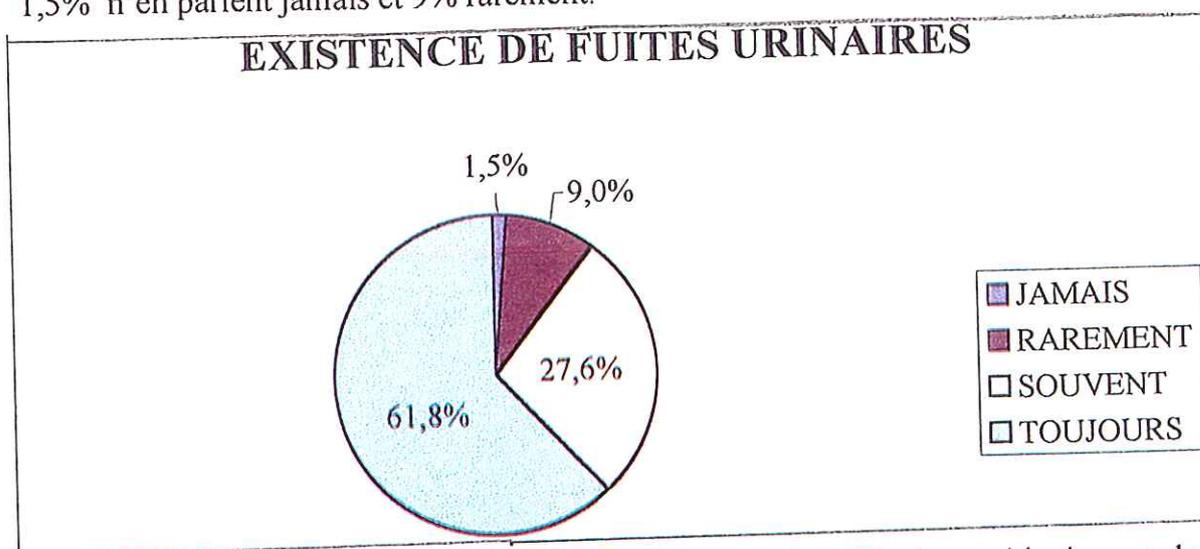
L'éventuelle épisiotomie ou autre lésion périnéale sont évoquées dans l'interrogatoire dans les proportions suivantes:

- 58,3% des médecins en parlent de façon systématique (= toujours)
- 21,6% d'entre eux en parlent souvent.
- 17,1% rarement.
- 3% des médecins n'en parlent jamais

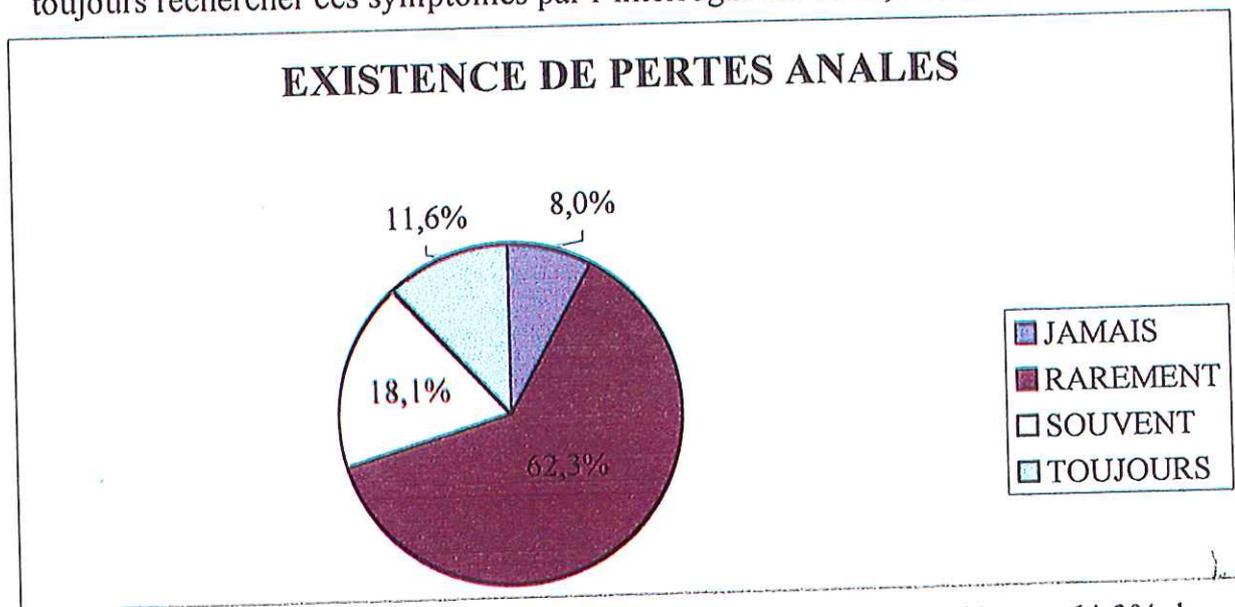
### **7. L'existence de pertes vaginales:**

- 53,3% des médecins le demandent toujours.
- 33,2% souvent.
- 12,1% s'en informent rarement.
- 1,5% jamais

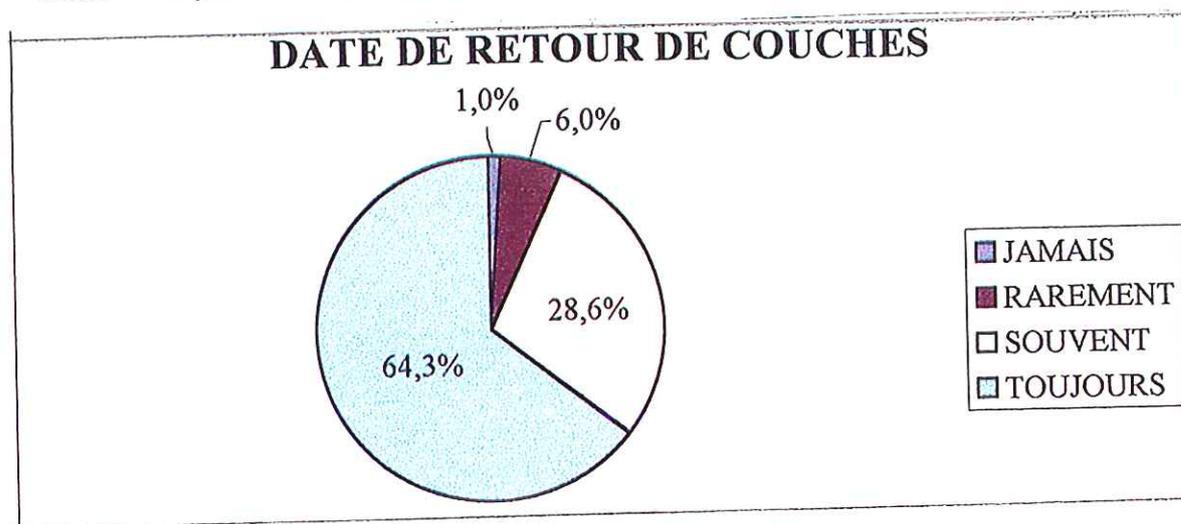
8. L'existence de fuites urinaires pendant la grossesse ou dans le post-partum: toujours recherchées par 61,8% des médecins, et souvent par 27,6%. 1,5% n'en parlent jamais et 9% rarement.



9. L'existence de signes d'incontinence anale: 8% des médecins ne le demandent jamais et 62,3% s'en informent rarement. Ils ne sont que 11% à toujours rechercher ces symptômes par l'interrogatoire et 18,1% le font souvent.

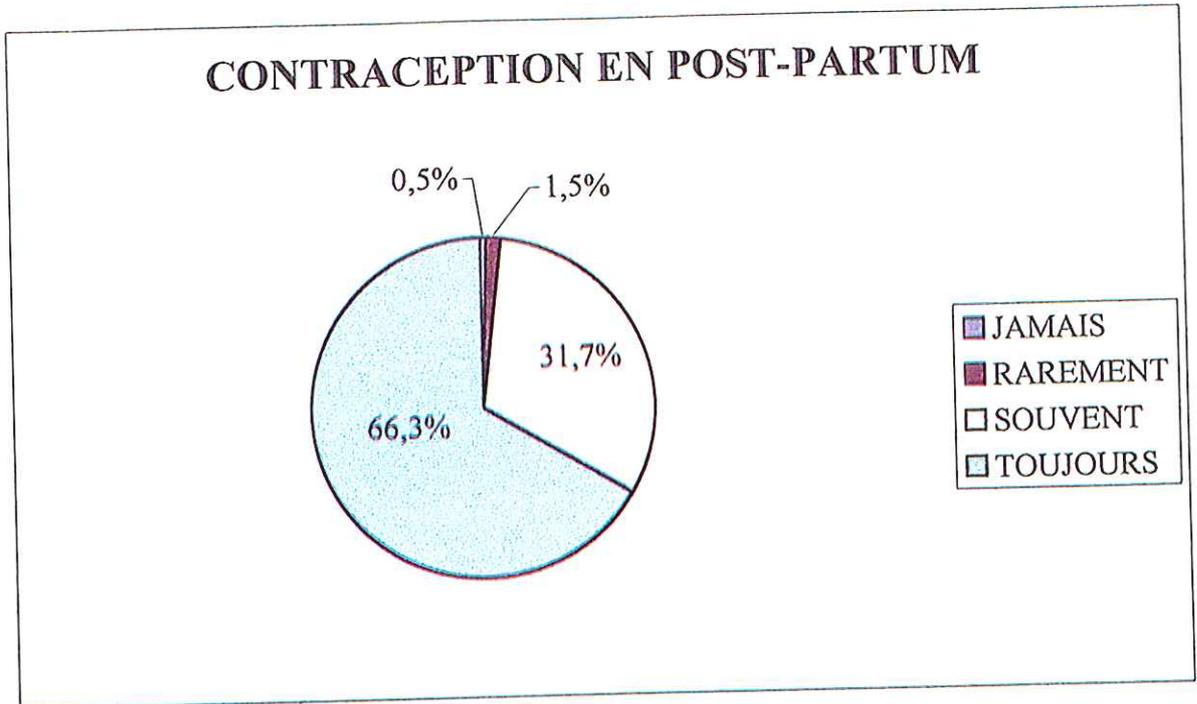


10. La date du retour de couches: elle est toujours demandée par 64,3% des médecins et souvent par 28,6%. Elle reste ignorée par 1% des médecins qui ne la demandent jamais. 6% la demandent rarement.

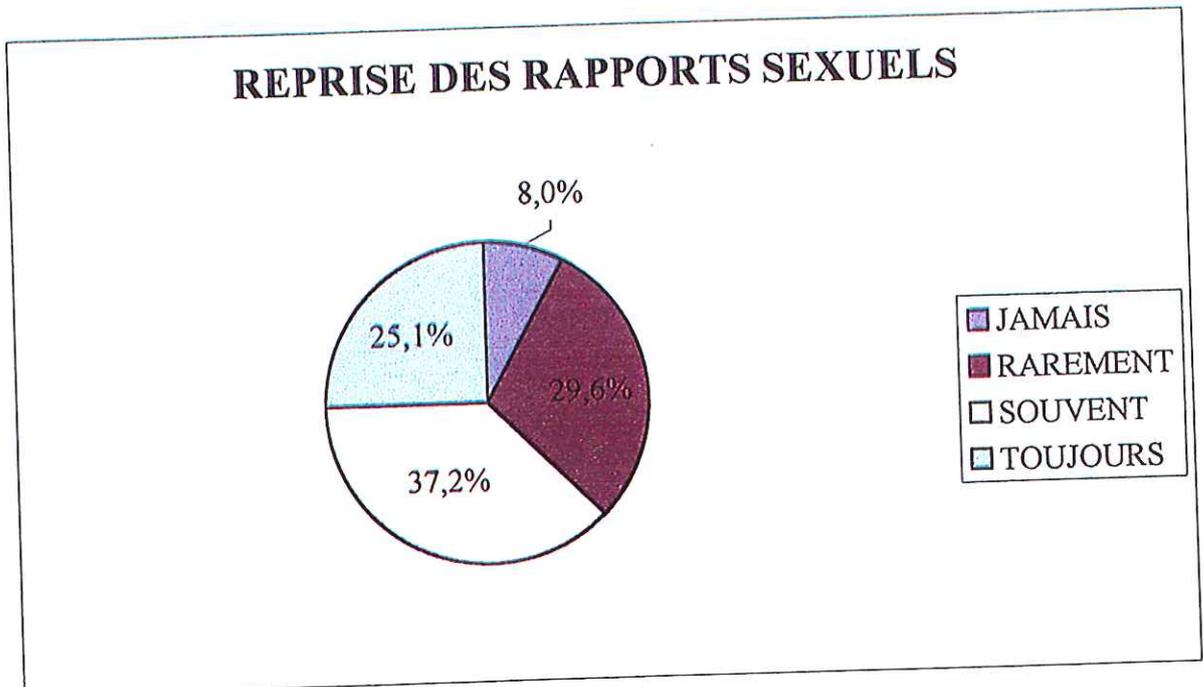


### 11. Le mode de contraception choisi et la reprise de la vie sexuelle

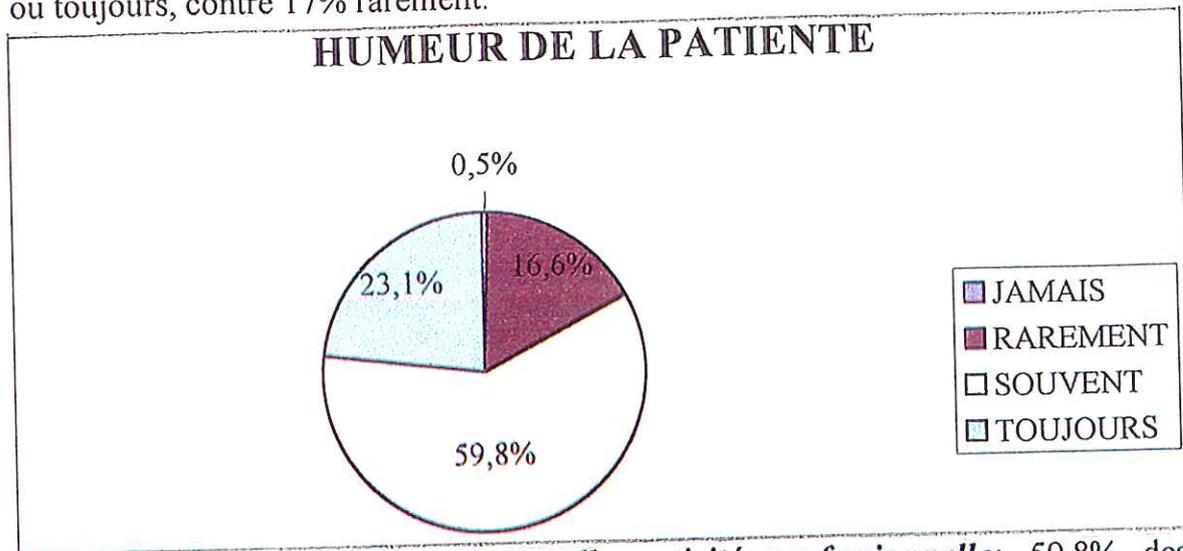
La contraception est toujours ou souvent abordée par 98 % des médecins. Seul 1 médecin a déclaré ne jamais en parler et 3 rarement. (soit 0,5 et 1,5% d'entre eux)



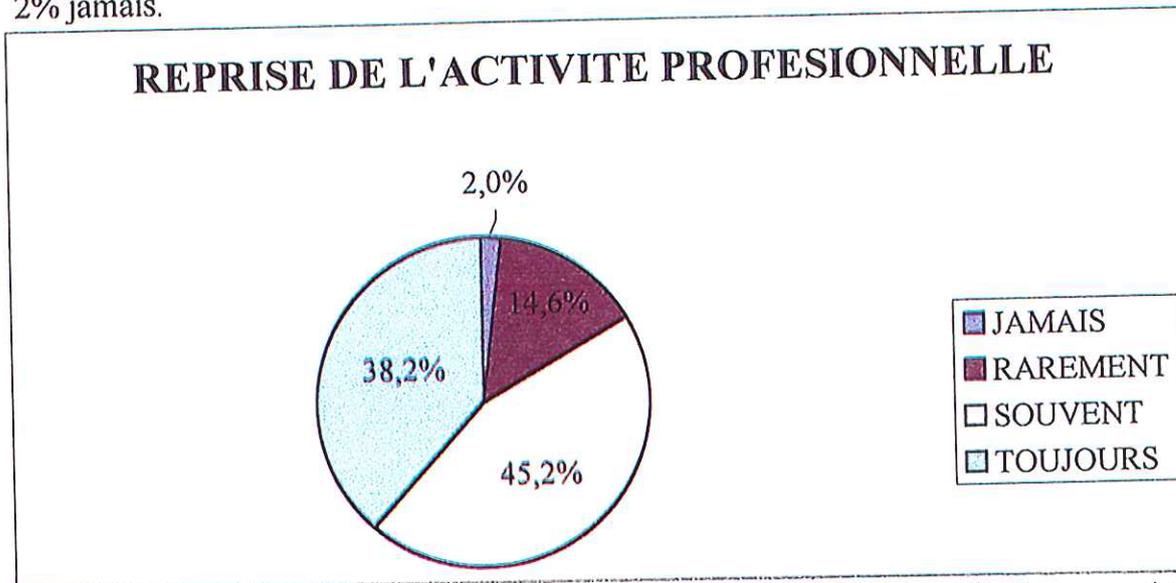
Parallèlement, la reprise des rapports sexuels est un sujet rarement évoqué par 29,6% des médecins, voire jamais par 8%. Ils sont cependant 62,3% à, toujours ou souvent, aborder la sexualité.



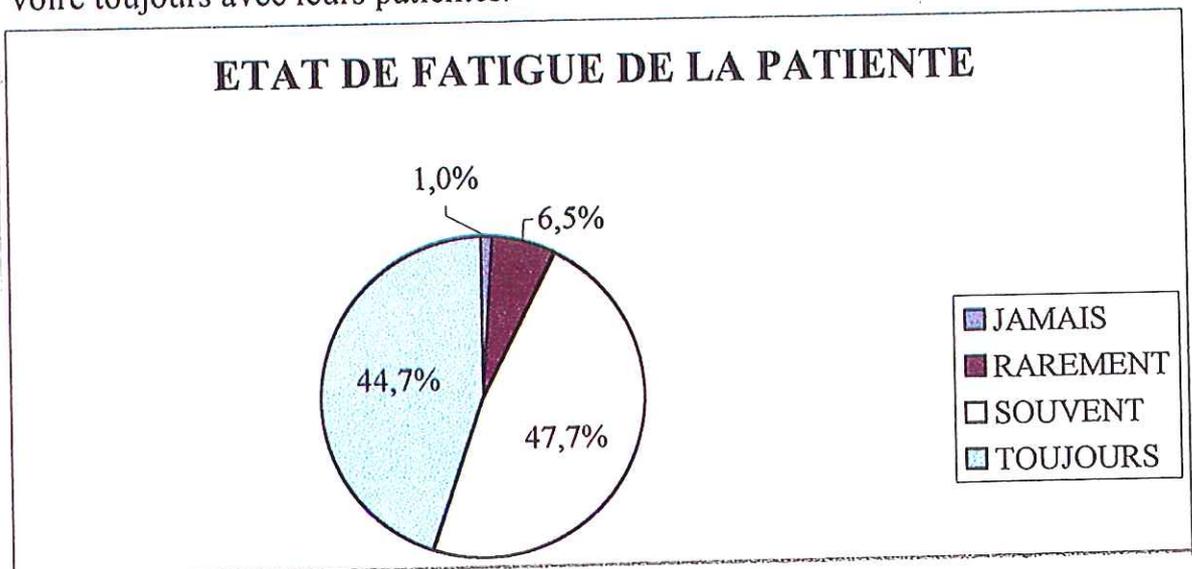
12. L'humeur de la patiente: près de 83 % des médecins en parlent souvent ou toujours, contre 17% rarement.



13. La reprise d'une éventuelle activité professionnelle: 59,8% des médecins abordent toujours ou souvent cette question, contre 16,6% rarement et 2% jamais.



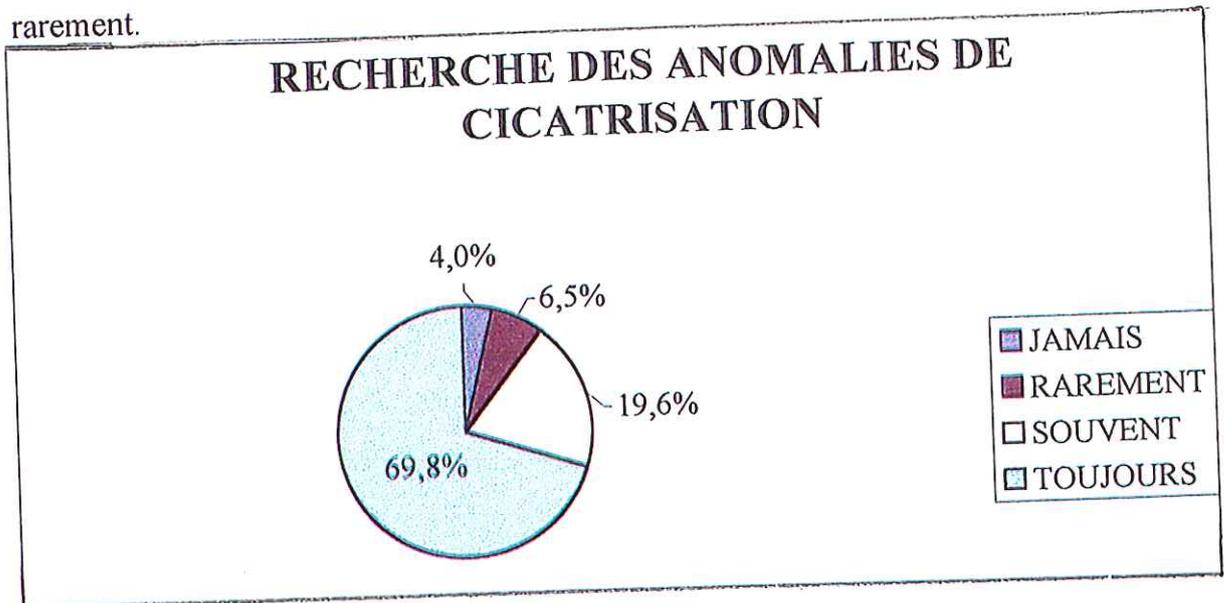
14. L'état de fatigue: 2 médecins (0,5%) rapportent ne jamais s'en enquérir et 6,5% rarement. Majoritairement, 92,4% des médecins en discutent souvent, voire toujours avec leurs patientes.



**III- Concernant l'examen clinique de la consultation post-natale: fréquence de réalisation des gestes suivants:**

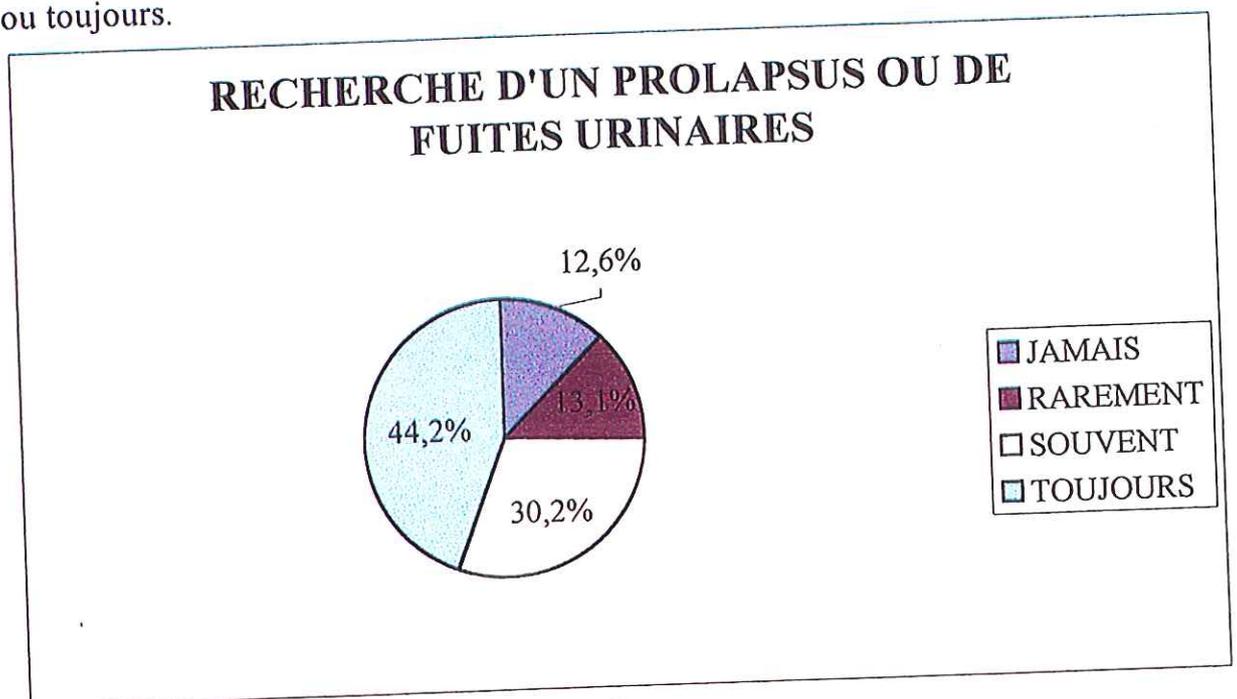
**1. Recherche d'anomalies de cicatrisation des lésions vulvo-périnéales**

Cette inspection est toujours faite par 69,8% des médecins et souvent par 19,6%; le questionnaire ne précise pas les modalités de cette inspection: avec ou sans pose de spéculum. 4% des médecins ne les recherchent jamais et 6,5% rarement.

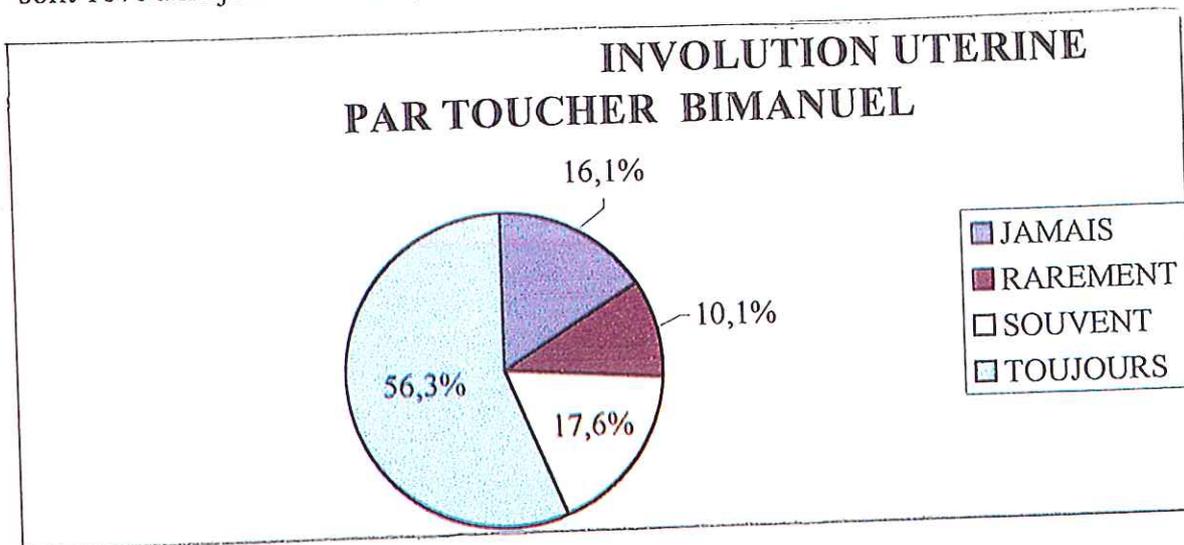


**2. Recherche d'une incontinence urinaire d'effort (à la poussée ou à la toux) et d'un prolapsus associé**

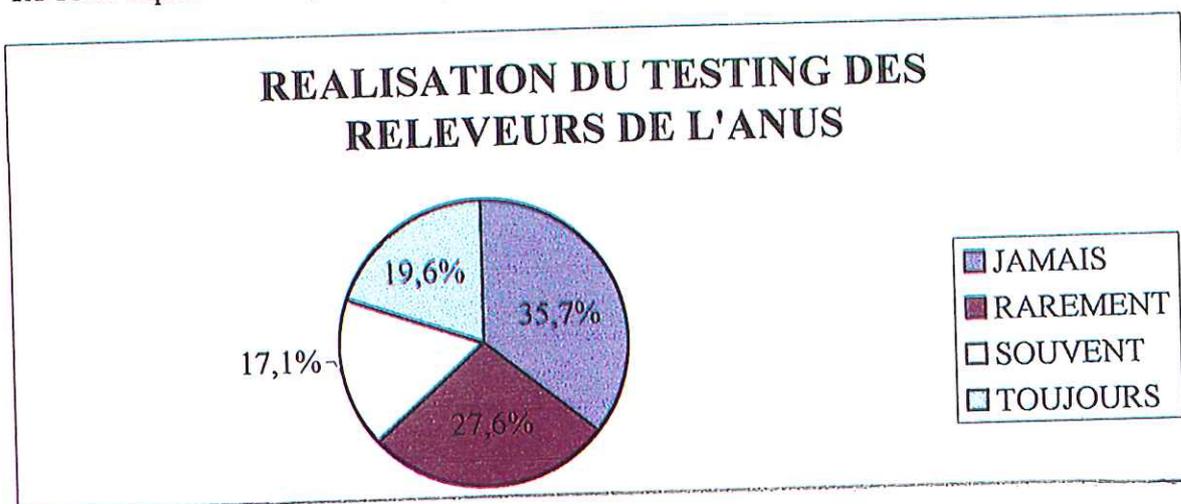
Ils ne sont jamais recherchés par 12,6% des médecins et rarement par 13,1% (soit près de 26% réunis). 74,4% des médecins les recherchent cependant souvent ou toujours.



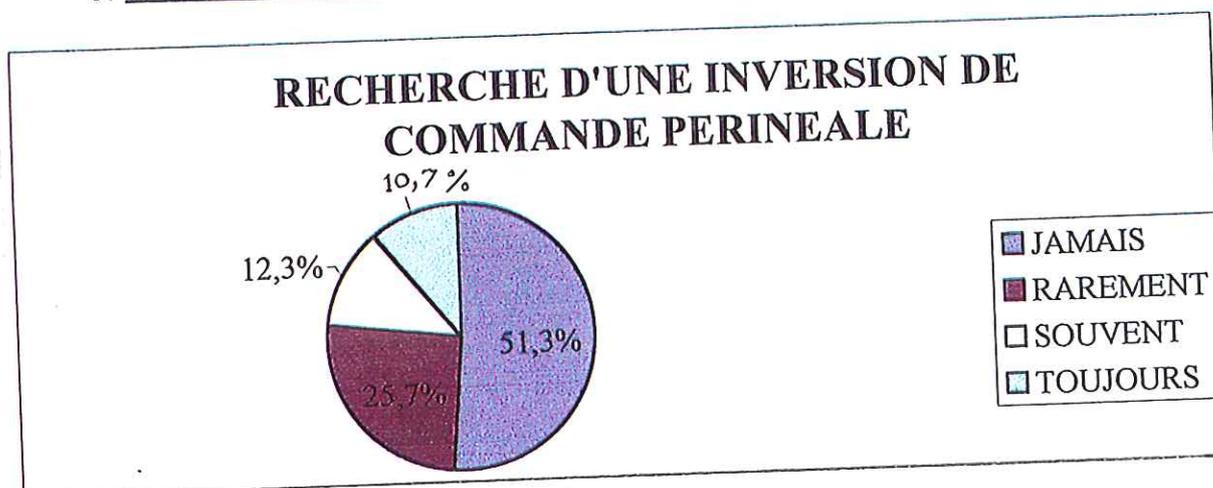
3. Evaluation de l'involution utérine par toucher bi-manuel: 73,9% des médecins réalisent souvent ou toujours un toucher bi-manuel avec cet objectif. Ils sont 10% à ne jamais le faire, et 16,1% rarement.



4. Réalisation d'un testing des releveurs de l'anus: La majorité des médecins interrogés ne le font pas: 35,7% ont répondu jamais, et 13,1% rarement. Ils sont cependant 19,6% à toujours l'effectuer et 17,1% disent souvent le faire.



5. Recherche d'une inversion de commande périnéale:



ICP (suite)...

-13 médecins n'ont pas répondu à cette question sur la pratique de la recherche de l'inversion de commande périnéale (ICP), soit 6,5% de la population étudiée).

-51,3% des 187 autres médecins ont répondu ne jamais pratiquer cette recherche et 25,7% rarement.

A noter que pour cet item, 31% des personnes interrogées ont précisé ne pas comprendre ou connaître cette pratique.

Cependant, 10,7% la recherchent toujours et 12,3% souvent.

#### **6. Recherche d'un diastasis des grands droits**

Cette anomalie de la paroi abdominale est toujours recherchée par **26,3%** des médecins, et souvent par **32,3%**.

Cette recherche n'est jamais effectuée par **12,6%** d'entre eux, et rarement par **28,8%**.

#### IV- Concernant les prescriptions à l'issue de la consultation post-natale

##### 1. Prescription de la rééducation périnéale

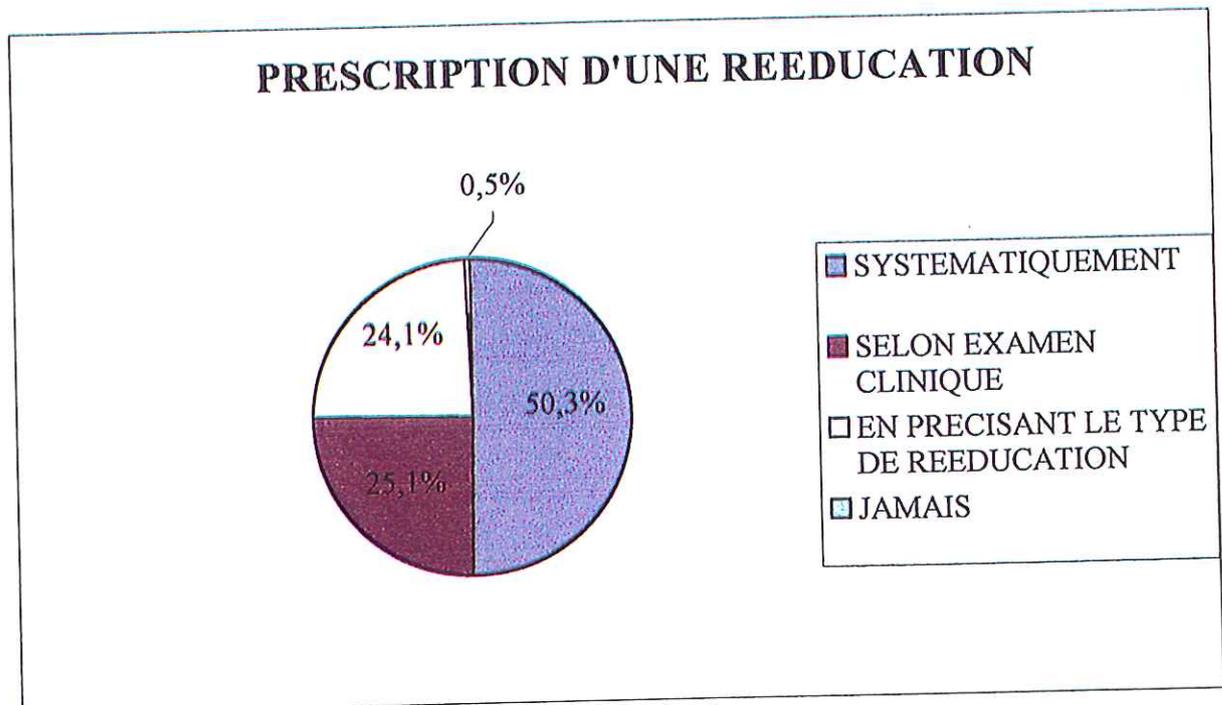
1.1. A la question, "prescrivez-vous des séances de rééducation?" les réponses proposées étaient: systématiquement, selon votre examen clinique, en précisant le type de rééducation (périnéale et/ou abdominale),et, jamais.

- 50,3% des médecins ont répondu "systématiquement", et, parmi eux, 28,2% avaient répondu également "en précisant le type de rééducation".

- 25,1% ont répondu "selon leur examen clinique", et, parmi eux, 14,1% ont aussi coché "en précisant le type de rééducation".

- 24,1% ont répondu uniquement "en précisant l'examen clinique"

- 1 seul médecin a répondu ne jamais prescrire de rééducation.



## 1.2. Nombre de séances de rééducation prescrites

13 médecins n'ont pas répondu à cette question

Pour les 187 autres, les réponses données ont varié de 8 à 20 séances:

- 72,2% des médecins prescrivent 10 séances lors de la première prescription de rééducation.

- 12,8% en prescrivent d'emblée 20 (souvent dans ce cas, en précisant 10 séances de rééducation du périnée et 10 séances de rééducation abdominale).

- 8,6% en prescrivent 12.

- 3,7% en prescrivent 8

- 1,6% : 15 séances

- 1,1%: 6 séances.

## 2. Prescription d'une contraception

### 2.1. Attente du retour de couches avant la prescription d'une contraception orale

24,1% des médecins interrogés ne respectent jamais cette attente pour effectuer cette prescription et 37,9% rarement.

8,7% l'attendent toujours avant prescription et 29,2% souvent.

### 2.2. Date conseillée par les médecins traitants pour la pose d'un stérilet

Les réponses ont été très différentes (il s'agissait d'une question ouverte)

- 47,8% ont répondu : après le retour de couches.

- 13% ont répondu: 3 mois après l'accouchement.

- 6,2% ont répondu : 1 à 2 cycles après le retour de couches.

- Voici les autres réponses données avec une fréquence oscillant entre 1,9 et

6 % : -en post-partum

- au 4 ième mois du post-partum

- à distance du retour de couches

- 1 médecin a précisé en déconseiller la pose.

### 3. Prescription d'examens complémentaires

176 médecins ont répondu à cette question ouverte.

Les réponses sont regroupées en 8 motifs médicaux amenant les généralistes à prescrire des examens biologiques. Les voici énumérés selon leur fréquence:

- *L'asthénie*: elle amène 51,1% des médecins répondeurs à prescrire un bilan biologique; dans ce cas, la plupart des praticiens interrogés ont précisé prescrire une numération formule sanguine (NFS).

- *Les antécédents pathologiques de la grossesse* (hypertension artérielle gravidique, diabète gestationnel) et l'existence d'un **rhésus négatif**: cités par 15,3% des médecins ayant répondu.

- *La fièvre*: elle est citée par 10,8% des médecins répondeurs.

- *L'existence de symptômes particuliers* : cité par 7,4% des médecins répondeurs.

- *Des pertes gynécologiques anormales*: cité par 5,7% des médecins répondeurs.

- *Une aménorrhée prolongée*: citée par 4,5% des médecins répondeurs.

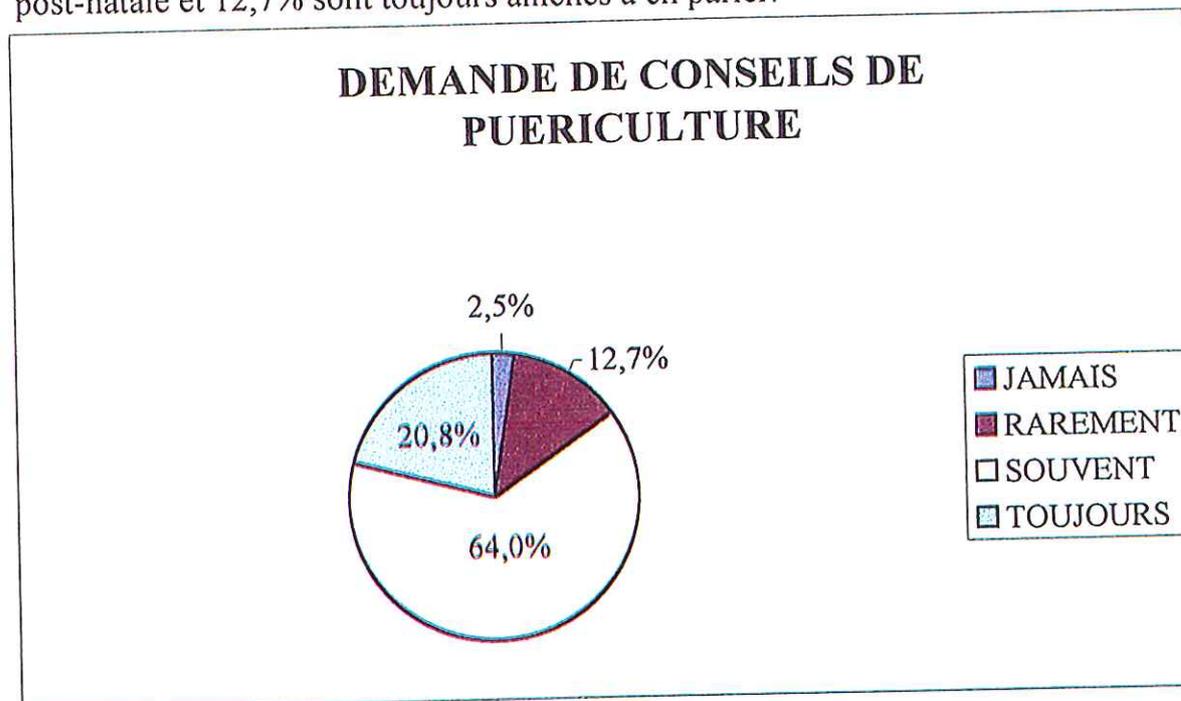
- *Des signes de dysthyroïdies*: cité par 2,8% des médecins répondeurs.

- La pâleur cutané-muqueuse: citée par 2,3% des médecins répondeurs.

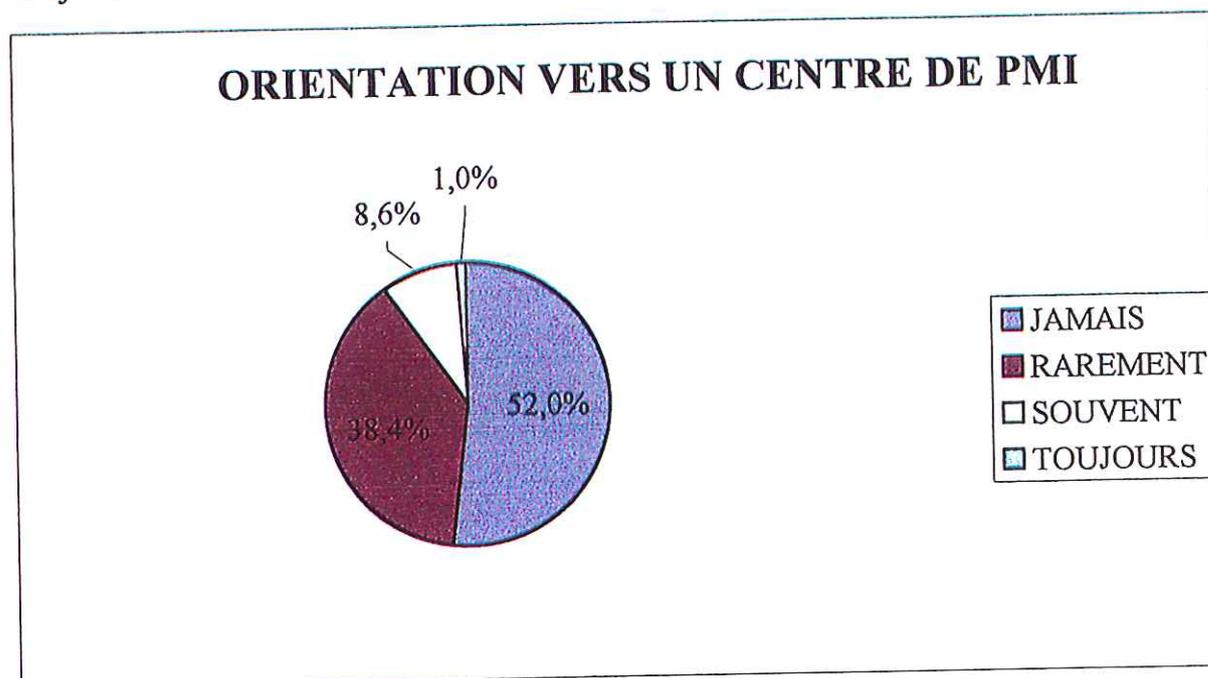
V- Concernant les conseils en puériculture, les supports sociaux et les demandes d'avis spécialisés.

1. La demande des patientes de conseils de puériculture lors de la consultation post-natale: 15,2% des médecins de l'enquête ne sont jamais sollicités par des questions de puériculture lors de la visite post-natale.

64% répondent être souvent interrogés pour ce motif lors de la consultation post-natale et 12,7% sont toujours amenés à en parler.



2. L'orientation des patientes vers le centre de protection maternelle et infantile (PMI) du secteur: 52% des praticiens interrogés n'adressent jamais leurs patientes vers le centre de PMI du quartier, et 38,4% le font rarement. Ils ne sont que 8,6% à souvent orienter les mères vers cette structure, et 1% le font toujours.



3. Problèmes de prise en charge des aléas de l'allaitement maternel  
(engorgements, crevasses, mauvaise prise de poids du nourrisson...)

Seulement **1,5%** des médecins interrogés se trouvent **toujours** en difficulté devant les problèmes d'allaitement présentés par leurs patientes, et, **21,6%** répondent l'être souvent.

Les aléas de l'allaitement sont **rarement un problème pour 69,3%** de praticiens et **jamais pour 7,5%** d'entre eux.

Parmi eux, **63,2% d'hommes** contre **36,8% de femmes**. (correspond à peu près à la répartition "hommes/femmes" de la population générale de notre enquête)

#### 4. Attitude des praticiens face à un syndrome dépressif avéré.

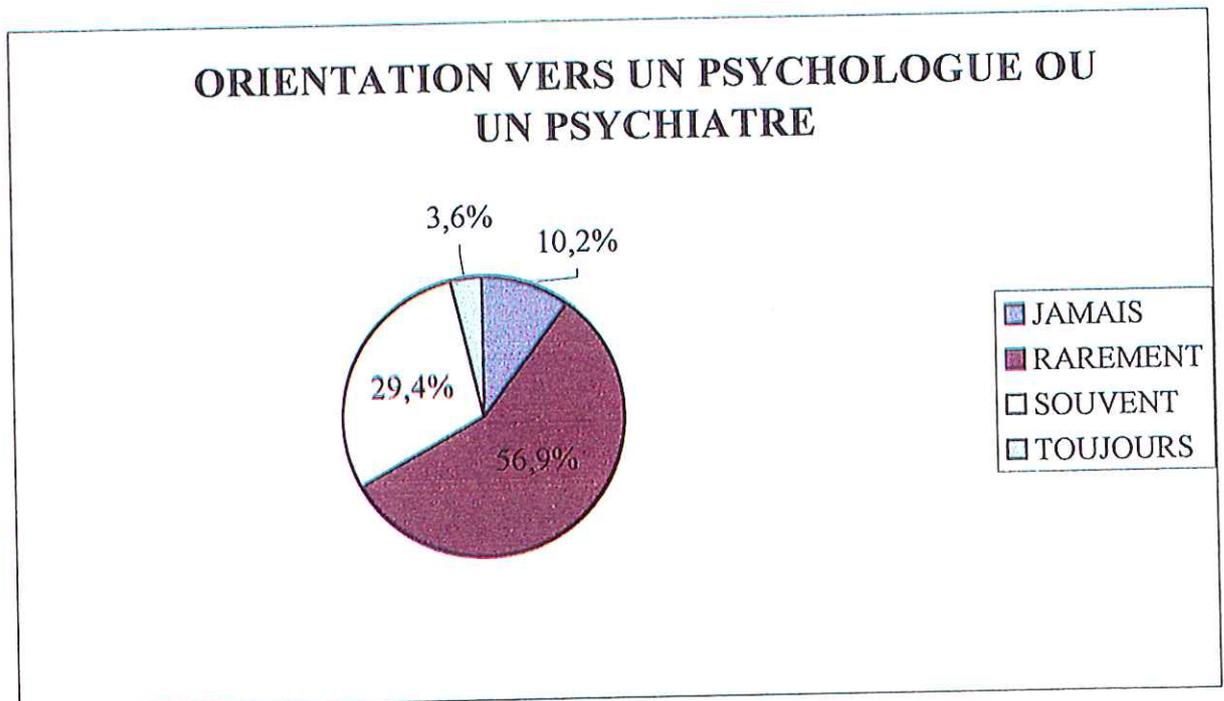
##### 4.1. Prise en charge médicamenteuse

- 47,2 % des praticiens interrogés y ont **souvent recours**
- 5,1% en prescrivent toujours.
- Pour 43,1% des médecins, le syndrome dépressif amène **rarement à la prescription** d'une thérapeutique médicamenteuse, et même **jamais**, pour 4,6% d'autres.

##### 4.2. Orientation vers un psychologue ou un psychiatre

Pour 67,1% des médecins interrogés, le diagnostic d'un syndrome dépressif amène rarement ou jamais à orienter la patiente vers un praticien spécialisé.

3,6% y ont cependant toujours recours et 29,4% souvent.



### 5. Suivi maternel clinique et biologique des diabètes gestationnels

La question était: assurez-vous, **vous même**, le suivi de cette pathologie:

- **11,2%** ont répondu **jamais**
- **21,8%** rarement.

La majorité, soit **44,7%** ont répondu souvent et **22,3%** toujours.

### 6. Suivi maternel clinique et biologique de l'hypertension artérielle et de la prééclampsie.

La question était posée de la même façon que pour le diabète gestationnel.

- **21,2%** des médecins interrogés ont ainsi répondu ne **jamais suivre eux-mêmes** cette pathologie en post-partum et **22,8%** rarement.
- **37,3%** ont répondu souvent suivre cette pathologie dans le post-partum
- **18,1%** disent toujours le faire.

Précisons que pour ces 2 dernières questions concernant le suivi du diabète gestationnel et de l'hypertension artérielle gravidique, environ **45% des médecins interrogés ont noté spontanément à côté de leur réponse, qu'ils effectuaient ces suivis conjointement avec un spécialiste.**

## **VI- Concernant les besoins de formation**

### **1. Intérêt de maîtriser les enjeux de la visite post-natale pour leur pratique de médecin généraliste.**

- **93%** des médecins interrogés ont répondu **OUI** contre **6,5% NON**.

2 médecins n'ont pas répondu.

### **2. Souhait de voir ce sujet traité en formation médicale continue (FMC)**

**OUI à 86,4%**

**NON à 13,1%**

**3. Thèmes les plus importants à approfondir** : question ouverte rédigée par 87 médecins (43,5% )

Nous les citons par ordre de fréquence:

- Le **testing musculaire** du périnée et la **rééducation périnéale**: cités par **34,5%** des médecins répondants.

- L'évaluation et **l'examen des sphincters**: cités par **17,2%** des médecins répondants.

- L'ensemble de **l'examen clinique de la visite post-natale**: pour **14,9%** des médecins répondants.

- **L'allaitement maternel** et ses avantages: exprimé par **14,9%** des répondants

- **Les troubles psychologiques et sexuels du post-partum** : cités par **6,9%** des médecins répondants.

- Diététique du nourrisson
- Contraception
- suivi dans le post-partum des grossesses pathologiques

Ces 3 thèmes ont chacun été cités par 3,4% des médecins répondants.

- Le diastasis des grands droits cité par 1 médecin, représentant 1,1% des médecins répondants.

### **VII- En conclusion de l'enquête : le caractère obligatoire de la visite post-natale est-il justifié?**

Réponse: **OUI à 96,4%**

**NON à 3,6%**

A la suite de cette question, et en cette fin d'enquête, de nombreux médecins ont spontanément détaillé leur point de vue sur la consultation post-natale;

Ces commentaires nous informent sur les besoins ressentis et les pratiques;

Nous les retranscrivons ici, tels qu'ils ont été écrits:

*- "Beaucoup de femmes pensent surtout à leur bébé et pas assez à elle; il est par conséquent intéressant qu'elles puissent bénéficier d'une consultation"*

*- "C'est l'occasion de discuter avec la maman" (3 médecins l'ont ainsi formulé)*

*- "Revoir la patiente pour elle-même et non pour le bébé. Etablir les conséquences de la grossesse et de l'accouchement, et les traiter (surpoids, déprime, distension périnéale avant reprise du sport...)"*

- "On s'occupe beaucoup du nourrisson après la naissance et peu de la femme qui a, d'elle même, faute de temps, tendance à se négliger. Si cette consultation n'était pas obligatoire, elle ne la ferait pas."

- "Cette visite permet de contrôler la bonne involution utérine, les éventuelles déchirures, la cicatrisation de l'épisiotomie..."

- "Le caractère obligatoire est important, pas tant sur le plan proprement médical mais souvent en terme de conseils, et réponses à de nombreuses questions."

- "Malheureusement les patientes viennent souvent avec le nouveau-né et l'examen ne leur semble pas indispensable."

- "C'est l'occasion de faire le point, d'un point de vue physique et psychologique."

- "Le caractère obligatoire est important sinon la femme ne prendra pas le temps de venir parler de ses problèmes."

- "Moment unique pour parler de la contraception, de l'incontinence, de la kiné, de régime."

- "De plus en plus de patientes sont en situation précaire, l'obligation de cette consultation permet de les revoir pour faire le point sur leur état et leur situation."

- "Beaucoup de femmes ne la font pas. Permet pourtant un nouveau contact avec la mère alors que tout est centré sur l'enfant en matière de soins et de prévention."

- "Permet un dialogue intense entre la patiente et le médecin. Toujours beaucoup de questions, surtout des primipares bien sur, pour elles et leur bébé. Dès le début de la grossesse, j'explique aux futures mamans qu'il n'y a pas de questions bêtes et que c'est l'absence de réponse qui pose problème".

- "Elle permet une prise en charge globale du couple mère- enfant et répond aux questions de base pour le bébé"

- "Trop de problèmes d'incontinence à l'effort passeraient inaperçus sans cette consultation".

- "Importance du caractère obligatoire et de préférence chez le généraliste

*qui devra savoir orienter la patiente chez le gynéco ou la sage-femme en cas de problème spécifique. D'où le besoin de formation du médecin généraliste chez qui la visite post-natale devrait devenir plus fréquente en raison de la baisse du nombre des gynéco en rural."*

*- "le caractère obligatoire est justifié car on y aborde:*

*1) les problèmes de poids*

*2) les problèmes de contraception*

*3) la cinétique périnéale*

*4) les problèmes personnels ou familiaux de l'accouchée."*

*- "Nécessité de soutien psychologique de la patiente face à son nouveau statut de mère et prévention de l'incontinence urinaire tardive ."*

*- "Intérêt de dépister les syndrômes dépressifs du post-partum, les fuites urinaires et d'évoquer la contraception."*

*- "Cette consultation permet de répondre aux questions de la maman qu'elle n'a pas pu en général aborder à la clinique ou à l'hôpital ( manque de temps, manque d'intérêt du personnel pour des problèmes qui semblent " aller de soi"). Elle permet de prescrire systématiquement la kiné post-natale qui est facilement "shuntée" malgré le caractère obligatoire de cette visite; il s'avère que les anciennes générations ont souvent des problèmes de continence, passé l'âge de la ménopause, et qu'elles ont du mal à en parler : elle sont bien améliorées par la kiné et sont les premières à dire qu'on aurait pu les prévenir...".*

*- "Intérêt surtout après une première grossesse et pour le dépistage des syndrômes dépressifs. Beaucoup de questions tournent autour de la relation parents-bébé."*

*- "Avec une pratique à orientation un peu pédiatrique, je suis plus à l'aise pour aborder les thèmes de puériculture et tout ce qui concerne l'accompagnement médical d'une parentalité naissante. J'ai , en ce qui concerne le suivi de la femme elle-même, le sentiment d'être à peu près formé à la surveillance de la grossesse, au dépistage des grossesses à risques et à la prise en charge des incidents de la grossesse; mais je suis moins sur de moi en ce qui concerne la visite post-natale: en dehors des séquelles urinaires , de la*

*surveillance de l'involution utérine et de la contraception, j'en connais mal les objectifs et les gestes à faire."*

*- " Je n'ai aucun contact avec le personnel de PMI et je travaille isolement , en autarcie!! Dommage!"*

Voici 2 commentaires faisant suite à une réponse négative quant à l'intérêt du caractère obligatoire de la consultation post-natale (émanant de 2 médecins ayant répondu "jamais" à tous les items concernant l'évaluation clinique du périnée.)

*- "En général les consultations et le suivi sont demandés spontanément et plutôt plus que pas assez."*

*- " Sauf complication de grossesse ou d'accouchement, lorsque "ça roule", les visites du post-partum sont souvent demandées en fin de visite du nouveau-né ce qui montre l'intérêt porté par la patiente elle-même."*

CINQUIÈME PARTIE:

ANALYSE

ET

DISCUSSION

## **I- ANALYSE DES RESULTATS**

### **A- Constats généraux**

#### **1- Le biais de subjectivité**

Le mode de réponse choisi pour la majorité des questions sous la forme des 4 items (jamais, rarement, souvent et toujours) amène à établir des statistiques sur des éléments subjectifs: le médecin répondeur coche sa réponse en fonction de la perception qu'il a de sa pratique. L'absence de possibilité de réponse intermédiaire entre l'item "rarement" et "souvent" oblige cependant la personne à faire un choix bien distinct nous amenant à des résultats interprétables.

#### **2- La parité homme/femme**

Nous avons étudié les réponses de cette enquête en fonction du sexe des médecins répondeurs.

Il s'agissait d'un critère de sélection pour constituer la population à étudier: 66% d'hommes contre 34% de femmes, et ce pour avoir une population représentative de la population médicale de médecine générale actuelle.

Ce critère montre très peu de différence de comportement de réponse. Nous l'avons clairement indiqué en précisant les chiffres pour certaines questions lors de la rédaction des résultats. Cette comparaison a été effectuée pour toutes les questions où cela était statistiquement possible: pour chaque thème, nous avons pu constater la parité homme /femme.

Nous pouvons conclure devant ces résultats que l'exercice de la consultation post-natale en médecine générale en Loire-Atlantique n'est pas dépendante du sexe du praticien.

## **B- Analyse des résultats des différents thèmes de l'enquête**

### **1. Le suivi des grossesses par les médecins généralistes**

Notre enquête confirme que c'est une pratique fréquente et régulière en médecine générale. Cet état de fait est légèrement accentué en zone d'activité rurale.

### **2. La réalisation de la visite post-natale**

D'après notre enquête, les médecins traitants constatent que la visite post-natale est davantage réalisée en cabinet de médecine générale qu'en maternité. (63,4% par eux-même contre 47,8% par l'obstétricien)

Cette perception est un peu accentuée en milieu rural ce qui s'explique volontiers par la distance séparant la patiente de son lieu d'accouchement. Pour ce thème, la différence statistique entre les 3 milieux d'activité n'est cependant pas très importante.

Ce critère n'apparaît pas comme déterminant dans le choix des patientes de consulter le médecin traitant pour leur consultation post-natale.

Notre étude ne nous renseigne pas sur l'observance de cette consultation par les patientes. Nos enquêtes téléphoniques auprès de différentes administrations ont montré l'inexistence de statistiques à ce sujet. Notre témoignage recueilli en PMI et les différentes remarques faites par les médecins généralistes en fin de questionnaire nous amènent cependant à douter de la réalisation de cette consultation par l'ensemble des patientes concernées.

### **3. Sollicitation du médecin traitant avant la date de la visite post-natale.**

Les consultations chez le médecin généraliste avant la date de cette visite obligatoire est un phénomène quasi constant pour près de 80% des praticiens

interrogés.

C'est un élément important à souligner car l'abord de la consultation post-natale en est modifié: certains problèmes du post-partum et de la grossesse peuvent être déjà connus ou suspectés par le praticien. Les modifications psychosociales liées à la naissance auront déjà pu être évaluées. Cibler les objectifs de la consultation post-natale sera par conséquent facilité.

#### **4. Maitrise des enjeux actuels de la consultation post-natale par le médecin généraliste**

En reprenant les 4 thèmes définissant cette consultation, nous allons analyser et comparer les chiffres issus de notre étude avec les données de la revue de la littérature préalablement établie dans la deuxième partie de ce travail. Cette analyse permet une mise en évidence concrète des spécificités de la prise en charge de cette consultation par les médecins généralistes.

##### **4.1. Le lien mère-enfant : isolement du médecin traitant dans le dépistage et la prise en charge de ses dysfonctionnements**

Dans notre étude des pratiques médicales en médecine générale, plus de 82% des médecins interrogés abordent le problème de l'humeur de la patiente . La reprise d'une activité professionnelle est évoquée par plus de 80% des médecins généralistes interrogés dans notre étude. La pratique généraliste inclut bien cette dimension de la visite post-natale dans sa pratique. Connaissant la patiente dans son environnement global , le médecin traitant est même le mieux placé pour détecter un dysfonctionnement, comme nous le précise d'ailleurs le HCSP.

En cas de problème diagnostiqué, adresser la patiente au psychologue ou au psychiatre est "souvent ou toujours" envisagé dans uniquement 33% des cas. Ce faible recours au spécialiste est expliqué par le fait suivant: il peut paraître brutal d'exposer la nécessité d'un tel recours à une patiente qui ne s'autorise pas au "mal être", et qui pourtant en présente tous les symptômes. De plus, en cas de

syndrome dépressif avéré, notre enquête révèle que la réponse en cabinet de médecine générale est “souvent ou toujours” la prescription d’antidépresseurs dans plus de 50 % des cas. C’est une prise en charge bien établie dans la littérature avec un taux de réussite élevé garanti. L’autre alternative qui consiste à proposer d’établir un suivi par le service de PMI devant les difficultés ressenties et exprimées par la mère n’est envisagé que dans moins de 10% des cas. L’observation de l’évolution des difficultés mère-enfant est donc peu volontiers transmis par les médecins de famille aux services de PMI. Notre revue de la littérature est pourtant très en faveur du bénéfice que peut apporter ce soutien non directif. Le passage des puéricultrices de secteur peut en effet être une solution adaptée et bienfaitrice. Rappelons ce que Cox a démontré dans une de ses recherches: les conseils à type de soutien non directif donné par des “visiteurs de santé” spécialement formés et supervisés sont un traitement souvent efficace dans la dépression du post-partum. Cette approche vise surtout à favoriser le processus de maternalité en soutenant la mère dans ses stratégies interactives par des conseils. L’amélioration des relations au bébé en est le ressort thérapeutique principal.

#### **4.2. Le périnée: enjeu reconnu mais sous évalué**

##### **4.2.1. Un interrogatoire incomplet**

L’évaluation des déficiences périnéales par le dépistage des troubles urinaires est bien documenté par l’interrogatoire mené par les médecins généralistes. Ainsi, la mise en évidence des *facteurs de risque périnéaux* est assurée par le temps d’écoute concernant le vécu du déroulement de l’accouchement et le reste de l’interrogatoire: ce moment important de la consultation est respecté par près de 85% des médecins interrogés dans notre enquête.

Le compte-rendu obstétrical aura déjà renseigné le médecin sur les aspects “techniques” de l’accouchement, mais amener la patiente à verbaliser sur les

circonstances de la naissance permet aussi d'évaluer le retentissement psychologique de l'évènement.

L'évaluation de l'existence d'*une incontinence urinaire d'effort* est abordée par la majorité des médecins .

Par contre, l'évaluation de *la fonction sphinctérienne anale* est abordée par une minorité de médecins dans notre enquête (moins de 30%).

Les troubles de la statique pelvienne postérieure ne sont donc pas évalués par leur interrogatoire.

#### 4.2.2. Un examen clinique adapté mais le plus souvent insuffisant pour l'évaluation du périnée

Reprenons les gestes cliniques de cette visite pour nous en rendre compte:

##### - Le toucher bi-manuel évaluant l'involution utérine

Cette notion est classiquement reprise dans tous les examens du post-partum et est globalement suivie par la majorité des médecins de notre étude.(74%).

##### - Les manoeuvres spécifiques de mise en évidence des déficits périnéaux:

les 3 recommandées ne sont pas toutes réalisées, ou sont parfois mal connues des praticiens interrogés.

- L'inspection périnéale à la toux(ou autre effort de poussée abdominale)est réalisée par près de 75% des médecins interrogés. Nous constatons à nouveau que la recherche d'une déficience périnéale fait partie des priorités de cette visite en cabinet généraliste, conformément à la littérature. (Notons cependant que 25% des médecins ne le font pas)

- le testing musculaire des releveurs de l'anus: notre enquête révèle que ce testing musculaire ne représente pas une priorité en cabinet de médecine générale lors de cette consultation. En effet, près

de 64% des médecins généralistes interrogés ne le pratiquent “jamais ou rarement” à cette occasion. Pourtant, après passage en revue de la littérature, sa réalisation n’est pas à remettre en cause. Le but de ce testing étant une prescription rééducative adaptée, nous tenterons d’expliquer cet état de fait en observant les habitudes de prescription émanant de ces habitudes cliniques.

#### -la recherche d'une inversion de commande périnéale

*(ICP)*: cette notion est peu connue des médecins généralistes comme le révèle notre enquête, puisque l’ICP n’est recherchée que par 20% d’entre eux. D’ailleurs, nombre de médecins ont apposé un “?” à côté de cet item pour exprimer la méconnaissance de cette recherche clinique.

#### 4.2.3. La prescription systématique de la rééducation du post-partum

- Concernant la rééducation périnéale: la prise en charge rééducative du périnée répond à des critères cliniques spécifiques et utilise des moyens adaptés, différents selon les cas, comme nous l’a montré notre revue de la littérature. Le résultat de notre questionnaire montre une inadéquation entre la fréquence de prescription des séances de rééducation (seulement 0,5% des médecins disent ne jamais en prescrire) et la pratique des techniques d’évaluation cliniques utilisées ( 1/3 des médecins de l’enquête n’effectuent jamais le testing en consultation post-natale et 28% que rarement). Cela sous entend une prescription systématique de séances qui laisse finalement le soin au kinésithérapeute d’évaluer les réels besoins de la patiente. Seul 1/4 des médecins rédigent leur prescription en fonction de l’examen clinique. L’attitude la plus fréquente de prescription systématique ne semble cependant pas nuire à la patiente, son seul risque étant de proposer des séances à des femmes qui n’en ont finalement pas besoin ( ce qui d’après la revue de la littérature ne représente pas la majorité des parturientes).

Le nombre de séances prescrites est de 10 pour plus de 72 % des médecins ,

alors que 5 séances peuvent suffire pour un autre sous -groupe de patientes : là aussi l'excès de prescription généralisée ne semble pas pouvoir nuire au cas par cas. Il est possible d'imaginer que les médecins traitants s'en remettent à l'évaluation du kinésithérapeute pour arrêter plus précocement les séances, ou au contraire demander un renouvellement de prescription, en cas de nécessité après les 10 premières .

-concernant la rééducation de la paroi abdominale : nous pouvons constater que la rééducation abdominale n'est pas une priorité conformément à ce qui est recommandé, et ne figure jamais en premier lieu sur les ordonnances de kinésithérapie, voir n'y figure pas du tout lorsque le texte stipule juste rééducation du post-partum.

Cela montre le large champ d'action en matière d'évaluation clinique et thérapeutique laissé au kinésithérapeute par le praticien généraliste. Le manque d'intérêt ou le sentiment d'être moins qualifié pour cela en sont très probablement les causes. Les carences en matière d'examen clinique périnéal mises en évidence au cours de notre analyse, en sont les conséquences directes.

#### 4.3. Les réalités de conditions de prescription d'une contraception

Ce sujet est abordé systématiquement par l'ensemble des médecins de notre étude.

La prescription d'oestro-progestatifs nécessite que la femme ait eu son retour de couches. Notre étude montre que cet argument n'est pas de mise pour la majorité des médecins généralistes interrogés. Il existe là un énorme décalage entre cette pratique et la revue de la littérature plutôt unanime quand au respect de cet attente du retour de couches (77). Aussi, rappelons encore une fois les risques thrombo-emboliques inhérents à une prise d'oestro-progestatifs dans le post-partum immédiat, et, le risque rare mais possible, de masquer un syndrome de Sheehan.

Pour ce thème, il existe dans notre enquête un biais de réponse dû à l'énoncé de la question: elle ne précise pas si le médecin répondeur associe prescription et début de prise du traitement par la patiente. Il est en effet possible de prescrire, en signalant la nécessité d'attendre le retour de couches pour débiter le traitement. Plusieurs médecins ont précisé sur notre questionnaire que la prescription d'une contraception orale avait d'ailleurs souvent déjà été faite à la sortie de la maternité, pour que la patiente l'ait à disposition dès son retour de couches à domicile. Comme nous l'avons vu, le retour de couches survient souvent 2 à 3 semaines avant la date de la visite post-natale pour le cas le plus fréquent des femmes non allaitantes. Cet argument pourrait être un début de réflexion pour reconsidérer la date de cette visite afin qu'elle permette une reprise de contraception optimale pour toutes, sans nécessité d'attendre le cycle suivant sous moyens contraceptifs locaux mal acceptés en général. Cela dit, en pratique généraliste, comme le montre notre étude, la patiente reconseille volontiers avant la date de la consultation post-natale ( dans 80 % des cas) et le sujet aura donc pu être abordé à temps.

Concernant les dispositifs intra-utérins, dans notre étude, la date de pose idéale de stérilet donnée est très changeante d'un médecin à l'autre. A peu près seulement la moitié d'entre eux considèrent le retour de couches comme le moment opportun : effectivement, la pose en est facilitée du fait d'un canal cervical suffisamment ouvert et le risque d'expulsion spontané est rare.

#### **4.4. Un suivi conjoint des grossesses pathologiques pour une médecine de prévention.**

En pratique, les patientes ayant présenté une hypertension gravidique ou un diabète gestationnel sont souvent revues par le spécialiste avec suivi conjoint du généraliste à des dates ne coïncidant pas forcément avec celle de la consultation post-natale. C'est d'ailleurs ce qu'exprime notre enquête.

L'intérêt pour le médecin traitant de bien suivre l'évolution des paramètres

cliniques et biologiques conjointement avec le spécialiste est de pouvoir adopter ultérieurement un comportement de prévention; par exemple, la patiente sera à orienter plus rapidement vers le spécialiste, si possible en anténatal, lors d'une grossesse ultérieure .

Dans le cadre du dépistage et du suivi des pathologies thyroïdiennes, l'atout du généraliste est évident car les signes cliniques sont frustrés au départ. C'est en connaissant bien cliniquement et psychiquement sa patiente que le médecin généraliste sera interpellé par une modification imputable à un problème thyroïdien (apparition d'un goître, tachycardie inhabituelle se confirmant au fur et à mesure des consultations, humeur dépressive ... ). Il sera le premier à revoir la patiente désireuse d'une nouvelle grossesse ou l'ayant déjà débutée et donc à même de prescrire le plus tôt possible la supplémentation en iode, ou le bilan de dépistage d'une dysthyroïdie.

#### **4.5. Pas de prescription systématique d'examens complémentaires**

Notre enquête montre que les médecins généralistes interrogés n'ont pas de prescription systématique de bilan biologique, mais des demandes davantage dictées par leur examen clinique.

Les principaux éléments retenus par les médecins de notre enquête sont conformes aux pathologies classiquement recherchées à ce moment du post-partum.

Quelques médecins interrogés ont évoqué les signes de dysthyroïdie : c'est d'après cette constatation issue de notre enquête que nous avons été amené à inclure ces pathologies dans notre revue de littérature. Au départ, celle-ci passait sous silence cet aspect pathologique possible du post-partum. La fréquence observée des dysthyroïdies dans l'année suivant la naissance ne nous permettait pas de les négliger. Les problèmes thyroïdiens avec les carences en iode pendant la grossesse et leurs conséquences dans le post-partum sont d'ailleurs un sujet d'actualité, comme nous avons pu l'évoquer précédemment.

## **5. Sujets demandés dans le cadre de la Formation Médicale Continue**

**5.1. L'évaluation clinique du périnée:** c'est un sujet que l'on retrouve dans 67% des thèmes cités par les médecins qui ont répondu à cette question. Cela correspond bien aux carences constatées en matière d'examen clinique du périnée. Il en est de même de la demande d'aborder la rééducation périnéale en FMC et l'analyse des conditions de prescription systématique de cette rééducation.

**5.2. L'allaitement maternel:** malgré des difficultés de prise en charge rencontrées par une **minorité** des médecins de notre étude, ce sujet est en bonne place dans ceux retenus pour être abordés en FMC. C'est peut-être une prise de conscience de la nécessité de promouvoir ce mode d'allaitement peu favorisé dans notre pays. Certains médecins ont d'ailleurs précisé "l'allaitement maternel *et ses avantages*".

**5.3. Les troubles psychologiques et sexuels du post-partum:** Leur importance est ainsi reconnue, mais avec un pourcentage faible (6,9% des médecins ayant répondu), qui peut paraître disproportionné à la complexité de ce thème majeur de la consultation post-natale.

**5.4. Le suivi en post-partum des grossesses pathologiques** est cité mais par un faible pourcentage des médecins (3,4%). Cette prise en charge relève, comme nous l'avons vu, d'autres spécialités, et l'évolution régulière et rapide des conduites à tenir ont entraîné beaucoup moins de demande en terme de besoins en FMC.

Après cette analyse, nous sommes désormais bien au fait des pratiques habituelles de réalisation de la consultation post-natale en cabinet de médecine générale. Nous pouvons à présent réfléchir sur les moyens opportuns à développer pour faire évoluer cette prise en charge particulière du post-partum, et ce par le médecin traitant, acteur de santé de proximité idéalement désigné.

## **II- DISCUSSION**

### **A- REFLEXION SUR LA "CONSULTATION POST-NATALE"**

A la lumière de l'article que nous allons évoquer, et des résultats de notre enquête, nous sommes amenés à nous poser les questions suivantes:

- doit-on poursuivre la réalisation de la consultation post-natale obligatoire dans les mêmes conditions pré-établies?
- Quel doit être le contenu de la visite post-natale?

#### **1. Adaptation des enjeux**

En 2000 un médecin australien, le Dr Jane Gunn publie un article dont le titre traduit est: "la consultation post-natale, faut-il l'abandonner?" ("post-natal check-up, should we forget it?")(78). L'article est développé dans la rubrique "sacred cows" de la revue, dont la traduction littérale est "vaches sacrées". Cette rubrique est consacrée aux pratiques anciennes non remises en cause car relevant d'une pratique systématique quasi "sacrée".

Elle y remet en question l'examen vaginal systématique en précisant que deux études ont montré qu'il ne débouchait sur aucune prise en charge particulière quand il était réalisé chez des patientes n'exprimant aucun symptôme particulier. L'auteur précise: "*si la visite post-natale continue à se focaliser*

*uniquement sur l'examen pelvien, les besoins des mères ne seront jamais identifiés*". Elle reprend sous forme de tableau les motifs exprimés lors des 6 premiers mois après la naissance par une cohorte de 1336 femmes australiennes en 1998:

<b>problèmes exprimés</b>	<b>primipares (%)</b>	<b>multipares(%)</b>
<i>fatigue et épuisement</i>	68	70
douleur de césarienne	63	60
<i>maux de dos</i>	44	43
douleurs périnéales	31	15
<i>sexe</i>	31	24
hémorroïdes	26	24
<i>dépression</i>	19	20
relation avec conjoint	19	18
<i>mastites (allaitement)</i>	16	18
problèmes intestinaux	10	11
<i>états grippaux et toux (plus qu'à l'habitude)</i>	9	13
contraception	8	9
<i>revivre constamment l'accouchement</i>	7	5
autre	7	8
<i>pas de problème de santé</i>	5	6

Pour Jane Gunn, les enjeux convenus et le moment opportun pour effectuer cette consultation doivent être repensés.

Elle relate un essai randomisé contrôlé portant sur l'avancement de la date de la visite post-natale mais qui n'a donné aucune perspective d'amélioration de la prise en charge des femmes dans leur post-partum. C'est surtout le contenu de la consultation qui doit, selon elle, être plus adapté aux attentes des femmes. Elle précise cependant que l'examen pelvien complet en fait souvent partie. Pour le

reste, elle insiste sur le fait que la demande de la patiente ne sera comprise par le praticien que s'il existe au départ une bonne communication. Elle en fait même la clef de la réussite de cette visite. C'est au médecin généraliste (en effet dans les pays anglo-saxons ce sont eux qui réalisent exclusivement cette consultation) de déterminer les attentes de la patiente et de tramer sa consultation avec l'examen clinique qui s'y rattache autour des demandes exprimées. Le facteur temps est aussi à prendre en considération. Pour cela elle conseille d'orienter la discussion de départ autour des 3 thèmes suivants:

- *le bien-être émotionnel*
- *le bien-être physique*
- *les rapports à autrui et les possibilités d'aides sociales (évaluation des besoins sociaux).*

Faut-il en conclure qu'à chaque patiente correspond une visite post-natale?

Les limites de cet article résident dans le fait que tous les besoins, en matière de santé et de prévention primaire et secondaire, ne sont pas tous des besoins ressentis. C'est la connaissance médicale actuelle qui doit aussi tenir compte de l'examen clinique que doit subir la patiente. Le meilleur exemple est celui de la déficience périnéale qui peut être totalement asymptomatique; comment la dépister pour la corriger sans réaliser au minimum le testing des releveurs ? Il est donc nécessaire pour le médecin d'intégrer la demande de la patiente aux nécessités médicales issues de notre culture médicale actuelle.

## **2. Organisation d'un suivi global pluridisciplinaire du post-partum intégrant la consultation post-natale.**

Cette visite unique, fixée, obligatoire est à conserver pour la majorité des médecins interrogés; les commentaires explicatifs de cette position dans notre enquête sont unanimes:

- c'est un moyen d'amener à consulter une population de femmes qui ne se

rendrait pas spontanément au cabinet.

-c'est un temps de consultation concernant uniquement la femme qui aurait tendance à ne consulter que pour les problèmes centrés sur le nourrisson. Cela permet une prise de conscience de son état de santé physique et moral.

Son caractère obligatoire et établi est donc à conserver pour poursuivre en ce sens. Cependant, comme nous l'avons vu, son observance est très imparfaite. La solution réside ailleurs, dans la proposition d'un suivi différent, plus continu dans le post-partum. Les structures existent, et une femme très au fait des possibilités médico-sociales saura à peu près toujours comment obtenir une réponse à ses interrogations de femme et de mère, navigant entre son médecin traitant, son spécialiste en gynécologie-obstétrique, son kinésithérapeute, sa sage-femme hospitalière ou libérale, sans oublier la puéricultrice et le médecin de son secteur de PMI. Les patientes sont cependant peu nombreuses à pouvoir établir le lien bénéfique entre tous ces soignants pour assurer un suivi du post-partum adapté à leur cas.

Il s'agissait d'ailleurs du sujet du XXVIII<sup>e</sup> colloque du syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI) en novembre 2002, à Paris Lariboisière: *“Périnatalité, les réseaux, entre lien technique et lien social: nécessités? réalités?”* L'idée d'aborder ce sujet en colloque était énoncée comme suit dans le préprogramme: *“Le réseau familial, le réseau social, le réseau sanitaire dits de périnatalité...sont devenus des réalités reconnues, recherchées, mises en place dans le contexte d'aujourd'hui. Cette nécessité de créer ou soutenir des relations ou de favoriser des liens a été, est particulièrement ressentie autour de la naissance...C'est ainsi que la coordination entre obstétricien, néonatalogiste, pédiatre est devenue de plus en plus nécessaire...de même les liens entre les équipes médico-sociales et les maternités...”*(79)

Devant ces préoccupations d'actualité, la nécessité s'impose d'intégrer dans ces réseaux de périnatalité, l'acteur de santé de proximité non cité dans ce texte: le médecin traitant.

*Pourquoi le médecin généraliste n'est il pas actuellement en contact privilégié avec ce type de structure organisée en réseaux périnataux?*

Pour y répondre, nous allons considérer les deux modes d'activité.

Un argument très souvent avancé par les médecins traitants pour cette faible communication avec les centres de PMI est celui de la perte du suivi de leurs petits patients nouveaux-nés. Pourtant, c'est oublier que la consultation PMI est un lieu privilégié d'observation de la dyade mère-enfant par toute une équipe (composée au minimum d'une puéricultrice et d'un médecin, voire d'une sage-femme et le plus souvent par d'autres travailleurs sociaux travaillant sur le même site et connaissant aussi les familles concernées du fait de leur activité sociale sur le quartier). Cette consultation en centre de PMI ne peut donc pas être comparée ou mise en rivalité avec la pratique du médecin généraliste. Rappelons que le médecin de PMI prescrit essentiellement dans le domaine de la prévention (vitaminothérapie, vaccination...) et réoriente toujours ses petits patients vers le médecin de famille (qu'il conseille d'ailleurs vivement de choisir s'il est inexistant) pour le suivi des pathologies aiguës ou chroniques. Ce sentiment de compétition entre le secteur libéral privé et le secteur de PMI est surtout ressenti en activité semi-rurale et rurale. Pourtant ces deux types d'activité connaissent actuellement une démographie médicale difficile, de telle façon que leurs acteurs ont d'autres buts que de dépasser leurs objectifs et de déborder sur les domaines de pratique du confrère. Les médecins traitants ignorent volontiers cette structure peut-être par méconnaissance de leur fonctionnement et de leurs buts? Pourtant, concrètement, dans le cadre de l'accès dépressif avéré, adresser la patiente vers le centre de PMI de son quartier lui permettra d'être conseillée et soutenue non seulement par rendez-vous avec le médecin et/ou la puéricultrice mais aussi dans ses démarches pour accéder à d'autres lieux de prise en charge de la dyade mère-enfant : la halte-garderie ou la crèche du quartier, les espaces de paroles appelés "maison verte" où parents et enfants peuvent échanger leur vécu. La mise en place d'une aide familiale pour soulager une mère épuisée physiquement pourra aussi y être envisagée.

De récentes structures destinées à prendre en charge rapidement les dysfonctionnements décelés dans le lien mère-enfant ont d'ailleurs vues le jour, confirmant l'importance désormais prouvée de ces interactions précoces. Ainsi, à Nantes, une équipe de psychologues, puéricultrices et pédopsychiatres reçoit les nouveaux parents dans une structure appelée "Centre nantais de la parentalité"

(square Lapérouse). Elle travaille le plus souvent en collaboration avec les services de PMI, les problèmes socio-économiques et psychologiques s'intriquant volontiers. Mais ils sont aussi ouverts aux médecins libéraux intéressés et confrontés à ces troubles dans leur pratique médicale.

En considérant à nouveau la problématique de l'isolement du médecin traitant, force est de constater que le système de fonctionnement des services de PMI, pourtant rapidement saturé dans certaines zones, ne prévoit pas d'intégrer davantage les médecins de famille dans leurs démarches en réseau. Les outils de communication sont jusqu'à présent quasi inexistant sur le terrain. Rappelons par exemple qu'il existe entre les maternités et les centres de PMI des feuilles de signalement, éventuellement envoyées à la sortie de la mère et de l'enfant. Le médecin de famille n'en prend connaissance que si le courrier de l'obstétricien le précise dans son résumé concernant le séjour de la patiente dans son service. Six à huit semaines après la naissance, les connections possibles, organisées, sont inexistantes. Si elles le sont parfois, c'est par le fait de démarches personnelles issues de l'un ou l'autre des deux pôles d'activités décrits. Leurs actions ne doivent pas rester parallèles.

### 3. Création d'un réseau de communication impliquant le médecin généraliste et les autres intervenants concernés par le suivi du post-partum

#### 3.1. Etat des lieux des moyens actuels

Le lien existant entre tous les intervenants médicaux de la grossesse, et ce, depuis de nombreuses années, est le carnet de santé maternité.

Mais, constat de la pratique courante, rares sont les praticiens spécialistes et généralistes s'acquittant d'un remplissage minutieux dépassant les résultats de sérologies toxoplasmose / rubéole et groupe sanguin rhésus (renseignements cependant très précieux). Cela résulte, entre autre, du fait que les items retenus dans les cases sont très limités et permettent difficilement au médecin de noter davantage que l'examen gynécologique et la tension artérielle.

A travers le carnet de santé, nous abordons deux problèmes concernant directement le suivi des femmes dans le post-partum:

*a - L'information transmise aux femmes*: les risques et le suivi de la grossesse et du post-partum sont brièvement explicités. Concernant le suivi post-natal, des carences sont notables:

- il n'y est pas mentionné clairement que c'est l'examen post-natal à 6, 8 semaines de la naissance qui permet de diagnostiquer les problèmes de déficience périnéale responsables de fuites urinaires effectives ou à venir.

- le bien-être mental n'est pas abordé; pourtant, en considérant les chiffres de la fréquence de la dépression du post-partum, il s'agit bien là d'un sujet de santé publique.

*b - la communication entre praticiens*: ce carnet s'avère insuffisant. Les courriers entre professionnels ont la même utilité en plus détaillé et ne permettent, pas plus, ni moins, un travail interactif entre les soignants. Le support papier ne permet pas de rompre l'isolement de la pratique du médecin généraliste.

### 3.2. Une solution informatique: le travail d'équipe en réseau

En 2003, plus de 50% des cabinets de médecine générale sont équipés en matériel informatique avec possibilité de communication internet. Voici un moyen de communication qui pourrait sortir chaque praticien libéral de son isolement. La création d'un fichier unique pouvant naviguer entre la maternité et les lieux de suivi en milieu libéral pourrait être mis à l'étude. Ce projet a déjà été mis en oeuvre dans un service de chirurgie du Limousin pour le suivi post-opératoire ambulatoire des patients. Les praticiens libéraux informés le jour même de la sortie de leur patients avec les comptes-rendus opératoires et les suites immédiates peuvent ainsi au quotidien soumettre les problèmes rencontrés au chirurgien concerné. Cela s'effectue soit par réseau intranet soit par fax. Le degré de satisfaction des opérés est grand.

De la même façon il est possible de concevoir un dossier interactif “post-natal” ou l’on aura extrait du dossier obstétrical un résumé de la grossesse, de l’accouchement et de la période post-natale immédiate . Un projet destiné aux sages-femmes pour le suivi du post-partum précoce des femmes pouvant bénéficier d’un retour précoce à domicile a ainsi été établi pour le réseau Maternité en Limousin par le Professeur Henri-Jean Philippe.

Ce projet stipule entre autre, dans son désir de mettre en place un réseau ville-hôpital périnatal que : “ *la grossesse est une période de la vie d’une femme plus qu’une pathologie. Le médecin généraliste dont une des missions est la prévention et le dépistage a tout naturellement sa place dans cette prise en charge des deux premiers trimestres de grossesse et du post-partum.* ”

Notre réflexion se base sur la notion du médecin traitant acteur principal de la consultation post-natale et référent préférentiel au sein d’un réseau médical de suivi du post-partum. Nous allons en étayer les fondements.

## **B- LA CONSULTATION POST-NATALE, ACTE DE MEDECINE GENERALE**

### **1. Logique démographique médicale actuelle**

Dans le secteur hospitalier public de Nantes, les grossesses “normales” ne sont que très peu suivies au CHU, et, les visites post-natales sont rarement proposées par les médecins accoucheurs du fait du surcroît de travail que cela pourrait représenter pour une équipe médicale déjà très sollicitée. Seules les patientes aux antécédents gynécologiques ou obstétricaux compliqués sont revues, les autres étant réorientées vers leur médecin traitant.

Dans les établissements privés, la plupart des médecins accoucheurs prévoient de revoir systématiquement en consultation post-natale leurs patientes à la fin de leur post-partum immédiat. Devant leur activité croissante, certains renvoient désormais fréquemment leur patiente vers leur médecin traitant.

Dans le cadre du service départemental de PMI, les possibilités de réalisation de cette visite post-natale sont réduites. Le principe des priorités relègue cette consultation au second plan au sein d'une population qui est pourtant la plupart du temps uniquement accessible dans les centres médico-sociaux et les lieux de consultations materno-infantiles.

Tout ces éléments nous renvoient la même réalité: la consultation post-natale est un acte de médecine générale à part entière et doit-être ainsi reconnue. La carence en gynécologues-obstétriciens ne fait que renforcer ce phénomène. Le départ en retraite progressif des derniers gynécologues médicaux non remplacés (depuis la disparition de la formation à la fin des années 80) impose d'autorité le médecin traitant dans cette fonction.

## **2. Atouts du médecin généraliste pour la gestion de la consultation post-natale**

Malgré cette évidence de pratique sur le terrain, la place des généralistes est actuellement très ambiguë dans le suivi de la grossesse et de la période post-natale. D'après le Haut Comité de Santé publique ( HCSP ), ce n'est qu'un cas particulier d'un phénomène général: *“les généralistes -ou médecins de famille- sont victimes de la technicisation de la médecine qui conduit à confier nombre d'actes élaborés à des personnels dûment formés pour les accomplir. Mais ils sont surtout victimes de l'idéologie que cette technicisation a engendrée : une vision de la pratique médicale comme une juxtaposition d'actes, la croyance que l'utilité sociale d'un professionnel se mesure au degré de spécialisation qu'il atteint.”* (80)

*“L’incohérence du système de soins, sous la couverture du libre choix du médecin par le patient, la forme de l’enseignement médical qui privilégie la segmentation de la pratique, reflètent l’un et l’autre un modèle de santé réductionniste conduisant à ne plus voir le rôle spécifique que peut avoir une pratique généraliste.”(80)*

Dans ce rapport de 1994, le Haut Comité de Santé Publique souligne bien l’importance du rôle du généraliste pour les raisons suivantes:

*“° dans nombre de quartiers populaires, voire défavorisés, ou dans le monde rural, le généraliste est une référence et un mode d’entrée privilégié dans le système de soins, car il est en général très bien intégré dans le tissu social.*

*° il est à même de voir les femmes, non seulement pour le suivi de la grossesse, mais pour des évènements pathologiques intercurrents.*

*° il peut aussi suivre la famille des femmes et en particulier le père, et être à même de dépister d’éventuels retentissements psychologiques de la grossesse chez la mère, le père, le couple, la fratrie, et jouer un rôle dans la prévention des troubles de l’attachement. Il est mieux placé que quiconque pour comprendre l’environnement dans lequel se développe la grossesse .*

*° c’est souvent lui que la femme enceinte reviendra voir après son retour à la maison, et il sera à même de suivre la santé du nouveau-né et de la femme (en particulier de dépister une dépression post-partum).....il est le meilleur observateur de l’environnement psychologique et social de la grossesse. Il a donc un rôle préventif majeur.” (80)*

La consultation post-natale en médecine générale s’inscrit dans la continuité d’un suivi et d’un accompagnement du couple mère-enfant dès la sortie de la maternité. Notre étude identifie bien ce phénomène de sollicitation du médecin de famille bien avant la date de la visite post-natale. Cette consultation pourra

d'autant plus être articulée autour des plaintes exprimées par la patiente que nombre de questions auront déjà été abordées au préalable. Tout comme les autres événements de vie, le médecin de famille est témoin et acteur dans toutes les situations physiologiques et pathologiques nécessitant une prise en charge médicale et sociale : la grossesse, la naissance, le post-partum ne peuvent y faire exception (81, 41)

## **C - CONCLUSION EN TERME DE BESOINS EN FORMATION MEDICALE CONTINUE(FMC) DES MEDECINS GÉNÉRALISTES**

### **1. Etat des lieux de l'enseignement initial**(au cours du cursus universitaire)

La consultation post-natale n'est pas un sujet traité en faculté au cours de notre cursus universitaire. Les pathologies post-natales y sont bien abordées mais comme nous l'avons vu, elles ne recouvrent pas tous les thèmes soumis par la patiente ou nécessaires à sa prise en charge à ce terme du post-partum. Chaque spécialiste enseigne les pathologies de son domaine d'activité. Difficile pour l'étudiant d'en faire une synthèse correspondant à la visite post-natale réelle, même en reprenant dans les différentes matières enseignées tous les problèmes pouvant être rencontrés. La consultation post-natale n'est de toute façon connue du praticien que lorsqu'il arrive sur le terrain...Ce n'est que depuis peu que le stage d'obstétrique est devenu obligatoire au cours des études médicales. Ainsi, parmi les médecins généralistes actuellement en activité, tous n'ont pas pu bénéficier au cours de leurs études d'une formation appropriée sur la grossesse et le post-partum. Les stages obligatoires en gynécologie-obstétrique instaurés dans la réforme des études médicales répondent à un réel besoin. La mise en place de la spécialité en médecine générale devrait contribuer à remédier à ces inadéquations entre l'enseignement initial et la pratique réelle.

## 2. Besoins permanents de Formation Médicale Continue

L'évaluation des besoins actuels était un des objectifs de ce travail. L'analyse de notre enquête les a précisément notifiés. Les demandes de FMC correspondent bien aux pratiques déficientes relevées par notre étude de pratique.

Cependant, rares sont les médecins traitants ayant exprimé leurs besoins de formation en matière de prise en charge des troubles psychopathologiques du post-partum et des bénéfices à attendre d'une connexion systématique avec d'autres structures. Ce travail montre pourtant qu'il s'agit là d'un besoin réel, donc non ressenti et non exprimé.

Il reste un vaste champ de formation permanente à mettre en place autour d'une prise en charge du post-partum intégrant le médecin de famille dans les réseaux dits de "périnatalité".

La FMC fait partie intégrante de notre activité. La médecine n'est pas une science figée et les qualités d'adaptation aux nouvelles pratiques sont indispensables au praticien.

Dans ce contexte, la consultation post-natale ne peut qu'évoluer au bénéfice des patientes.

# CONCLUSION

La pratique de la visite post-natale en cabinet de médecine générale est née avec la prise en charge médicale de la naissance. Elle a pris le relais des traditions culturelles et religieuses.

L'examen médical à ce terme du post-partum a ainsi toujours été jugé digne d'intérêt pour la santé des mères. Ses enjeux se sont modifiés avec l'évolution des connaissances médicales. Force est de constater que les thèmes médicaux à aborder de nos jours sont très distincts et spécialisés.

Le facteur temps intervient aussi dans cette consultation. Vouloir tout dépister et évoquer avec la patiente en une seule fois est un leurre ou une utopie; expliquer l'intérêt du suivi gynécologique et revoir les patientes est une possibilité offerte par la médecine de proximité. (nous revenons à la notion de médecin de famille). La médecine de prévention efficace passe par le discours médical qui doit amener la patiente à savoir venir consulter pour un suivi adapté, ce qui équivaut à la responsabiliser face à sa santé.

La consultation post-natale obligatoire est un acte de prévention puisqu'il correspond à un rendez vous médical fixé à la même date pour toutes; il dépend de nous de mettre à profit cette rencontre pour, non seulement aider la patiente à un instant "T" de son existence riche en remaniement physique et psychique, mais aussi pour l'amener à une certaine prise de conscience médicale. La fréquentation des cabinets médicaux pour cette visite n'étant pas optimale, notre politique de santé pour aborder cette consultation avec toutes les femmes concernées doit-être révisée. Privilégier la réalisation de cette consultation par le médecin traitant est un début de solution. Ce dernier doit appartenir à un réseau de prise en charge de la grossesse et du post-partum pour intégrer cet évènement dans sa pratique classique, sans craindre les difficultés de diagnostic ou de prise en charge.

Sa formation initiale est désormais améliorée pour y contribuer en lui donnant les bases de connaissances indispensables à sa pratique dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, et ce, sans équivoque sur ses compétences.

Nous avons exposé l'ensemble des connaissances à maîtriser et constaté que chacun de ces sujets est en évolution constante en terme de diagnostic et de

prise en charge. Continuer à être bien formé à l'évolution des prises en charge permet d'exceller dans la spécificité de la pratique de la médecine générale, qui grâce à son approche privilégiée et régulière des patients demeure une *médecine de prévention* et de *dépistage précoce*. Les réponses à notre enquête montrent d'ailleurs l'engouement des médecins généralistes pour travailler en ce sens.

Ce sujet, plus que tout autre, nous amène à penser la médecine générale comme une spécialité d'avenir dans ce XXIème siècle, pas seulement en terme de santé publique, mais aussi comme réponse à la demande médicale de nos contemporains.

# ANNEXES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE L'INTÉGRATION  
TEXTES OFFICIELS

Classification	N° du texte
SP 4 452	318

■ *Journal officiel* du 16 février 1992

**Décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif  
aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal**

NOR: SANP9102747D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, du ministre des affaires sociales et de l'intégration et du ministre de l'agriculture et de la forêt,

Vu les articles L. 153 et L. 154 du code de la santé publique ;  
Vu l'article 63 du code civil :

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment ses articles L. 331-1, L. 331-2, R. 534-1, R. 534-2 et R. 534-4 ;

Vu le décret n° 62-840 du 19 juillet 1962 modifié relatif à la protection maternelle et infantile ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale du 18 juin 1991 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'allocations familiales du 8 octobre 1991 ;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles du 14 octobre 1991 ;

Vu la demande d'avis au conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 30 août 1991 ;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1<sup>er</sup>. - Le médecin ne peut délivrer le certificat prénuptial prévu à l'article L. 153 du code de la santé publique qu'au vu du résultat pour les femmes âgées de moins de cinquante ans :

a) Des examens sérologiques de la rubéole et de la toxoplasmose qui sont obligatoirement effectués lors de l'examen prénuptial en l'absence de documents écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise ;

b) Du groupe sanguin A, B, O rhésus standard complété par une recherche d'anticorps irréguliers si le groupe sanguin ouvre une possibilité d'immunisation et dans les cas où existe un risque d'allo-immunisation par suite d'une transfusion antérieure.

Le médecin communique à la personne examinée ses constatations ainsi que les résultats des examens effectués en application des alinéas ci-dessus. Dans les cas graves, il doit faire cette communication par écrit. Lorsque les antécédents ou l'examen le nécessitent, il oriente vers une consultation spécialisée ou un dépistage particulier.

Enfin, le médecin commente la brochure d'information dont le contenu est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 2. - Les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes prévus à l'article L. 154 du code de la santé publique sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme.

Le premier examen médical prénatal doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. Les autres examens doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du premier jour du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement.

Art. 3. - Chaque examen doit comporter un examen clinique, une recherche de l'albuminurie et de la glycosurie.

De plus sont effectués :

1. Lors du premier examen prénatal :

a) En cas de première grossesse, une détermination des groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (deux déterminations) ;

b) Dans tous les cas, les dépistages de la syphilis, de la rubéole et de la toxoplasmose en l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise, ainsi que la recherche d'anticorps irréguliers, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B ; si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires ;

2. Au cours du quatrième examen prénatal (sixième mois de grossesse), un dépistage de l'antigène HBs, une numération globulaire, et chez les femmes à rhésus négatif ou précédemment transfusées, la recherche d'anticorps irréguliers, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B ; si la recherche est positive l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires ;

3. Au cours du sixième ou du septième examen prénatal (huitième ou neuvième mois de grossesse), une deuxième détermination du groupe sanguin A, B, O, rhésus standard si nécessaire ;

4. Au cours des sixième et septième examens prénatals (huitième et neuvième mois de grossesse), chez les femmes à rhésus négatif ou précédemment transfusées, la recherche d'anticorps irréguliers, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B ; si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.

En outre, la sérologie toxoplasmique sera répétée chaque mois à partir du deuxième examen prénatal si l'immunité n'est pas acquise.

Art. 4. - Un examen médical postnatal doit être obligatoirement effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.

à la personne examinée ses constatés des examens effectués en application. Dans les cas graves, il doit faire écrit. Lorsque les antécédents ou oriente vers une consultation spécialisée.

ente la brochure d'information dont arrêté du ministre chargé de la santé.

médicaux obligatoires des femmes L. 154 du code de la santé publique pour une grossesse évoluant jusqu'à

ical prénatal doit avoir lieu avant la grossesse. Les autres examens doivent suelle à partir du premier jour du l'accouchement.

en doit comporter un examen clinique albuminurie et de la glycosurie.

en prénatal :

grossesse, une détermination des phénotypes rhésus complet et Kell) pas de carte de groupe sanguin com-);

les dépistages de la syphilis, de la mose en l'absence de résultats écrits l'immunité comme acquise, ainsi que irréguliers, à l'exclusion des anticorps s A et B ; si la recherche est positive, des anticorps sont obligatoires ;

ne examen prénatal (sixième mois de l'antigène HBs, une numération globale à rhésus négatif ou précédemment d'anticorps irréguliers, à l'exclusion entre les antigènes A et B ; si la entification et le titrage des anticorps

le ou du septième examen prénatal (ois de grossesse), une deuxième détermination A, B, O, rhésus standard si néces-

e et septième examens prénatals (huitième grossesse), chez les femmes à rhésus transfusées, la recherche d'anticorps des anticorps dirigés contre les anticorps est positive, l'identification et le obligatoires.

toxoplasmique sera répétée chaque e examen prénatal si l'immunité n'est

médical postnatal doit être obligatoire- huit semaines qui suivent l'accouchement.

Art. 5. - Au premier alinéa de l'article R. 534-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « quinze premières semaines de la grossesse », sont remplacés par les mots : « quatorze premières semaines de la grossesse ».

Art. 6. - L'article R. 534-2 du code de la sécurité sociale est rédigé comme suit :

« Art. R. 534-2. - La preuve que les six examens prénatals obligatoires autres que celui mentionné à l'article 534-1 du code de la sécurité sociale ont été passés dans les délais fixés en application de l'article L. 154 du code de la santé publique résulte de la production à l'organisme ou service dont relève l'allocataire, d'une attestation d'examen mentionnant la date de l'examen. »

Art. 7. - Dans l'article R. 534-4 du code de la sécurité sociale :

« Au premier alinéa, les mots : « article L. 159 du code de la santé publique » et « quinze premières semaines de la grossesse », sont remplacés par les mots : « article L. 154 du code de la santé publique » et « quatorze premières semaines de la grossesse » ;

Le deuxième alinéa est complété par la phrase suivante : « Elle n'est toutefois pas réduite lorsque l'examen n'a pu être passé parce que la naissance survient avant ladite date limite. »

Le cinquième alinéa est abrogé.

Art. 8. - Les articles 2 à 7 du présent décret sont applicables aux examens et déclarations des femmes dont la date présumée de début de grossesse est postérieure au premier jour du mois civil qui suit la publication dudit décret.

Art. 9. - Les articles 6-1, 6-2, 6-3 et l'article 7 du décret du 19 juillet 1962 modifié susvisé sont abrogés.

Art. 10. - Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, le ministre de l'agriculture et de la forêt, le ministre des affaires sociales et de l'intégration, le ministre délégué au budget, le ministre délégué à la santé, le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 14 février 1992.

ÉDITH CRESSON,

Par le Premier ministre :

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration,  
JEAN-LOUIS BIANCO

Le ministre d'Etat, ministre de l'économie,  
des finances et du budget,  
PIERRE BÉRÉGOVOY

Le ministre de l'agriculture et de la forêt,  
LOUIS MERMAZ

Le ministre délégué au budget,  
MICHEL CHARASSE

Le ministre délégué à la santé,  
BRUNO DURIEUX

Le secrétaire d'Etat à la famille,  
aux personnes âgées et aux rapatriés,  
LAURENT CATHALA

## LOIS

LOI n°89-899 du 18 décembre 1989 relative à la protection et à la promotion de la santé de la famille et de l'enfance et adaptant la législation sanitaire et sociale aux transferts de compétences en matière d'aide sociale et de santé (I)

NOR: FAMX8900027L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,  
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit:

## TITRE 1er

MODIFICATIONS DU CODE  
DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Art. 1er. - L'intitulé du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigé:

## " LIVRE II

" Action sanitaire et médico-sociale en faveur  
de la famille, de l'enfance et de la jeunesse "

Art. 2. - Les chapitres 1er, II et III du titre 1er du livre II du code de la santé publique sont ainsi rédigés:

## " Chapitre 1er

" Dispositions générales

" Art. L. 146. - L'Etat, les collectivités territoriales et les organismes de sécurité sociale participent, dans les conditions prévues par le présent titre, à la protection et à la promotion de la santé maternelle et infantile qui comprend notamment:

" 1° Des mesures de prévention médicales, psychologiques, sociales et d'éducation pour la santé en faveur des futurs parents et des enfants;

" 2° Des actions de prévention et de dépistage des handicaps des enfants de moins de six ans ainsi que de conseil aux familles pour la prise en charge de ces handicaps;

" 3° La surveillance et le contrôle des établissements et services d'accueil des enfants de moins de six ans ainsi que des assistantes maternelles mentionnées à l'article 123-I du code de la famille et de l'aide sociale.

" Art. L. 147. - Les services et consultations de santé maternelle et infantile, les activités de protection de la santé maternelle et infantile à domicile, la formation et l'agrément des assistantes maternelles relèvent de la compétence du département qui en assure l'organisation et le financement sous réserve des dispositions du chapitre VI du présent titre.

## " Chapitre II

" Organisation et missions du service départemental  
de protection maternelle et infantile

" Art. L. 148. - Les compétences dévolues au département par le 3° de l'article 37 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat et par l'article L. 147 sont exercées, sous l'autorité du président du conseil général, par le service départemental de protection maternelle et infantile qui est un service non

personnalisé du département, placé sous la responsabilité d'un médecin et comprenant des personnels qualifiés notamment dans les domaines médical, paramédical, social et psychologique. Les exigences de qualification professionnelle de ces personnels sont fixées par voie réglementaire.

" Art. L. 149. - Le service doit organiser:

" 1° Des consultations prénuptiales, prénatales et postnatales et des actions de prévention médico-sociale en faveur des femmes enceintes;

" 2° Des consultations et des actions de prévention médico-sociale en faveur des enfants de moins de six ans, notamment dans les écoles maternelles;

" 3° Des activités de planification familiale et d'éducation familiale, dans les conditions prévues par l'article 4 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique;

" 4° Des actions médico-sociales préventives à domicile pour les femmes enceintes et les enfants de moins de six ans requérant une attention particulière, assurées à la demande ou avec l'accord des intéressés, en liaison avec le médecin traitant et les services hospitaliers concernés;

" 5° Le recueil d'informations en épidémiologie et en santé publique, ainsi que le traitement de ces informations et en particulier de celles qui figurent sur les documents mentionnés par l'article L. 164;

" 6° L'édition et la diffusion des documents mentionnés par les articles L. 153, L. 155, L. 163 et L. 164

" 7° Des actions de formation destinées à aider les assistantes maternelles dans leurs tâches éducatives.

" En outre, le service doit participer aux actions de prévention des mauvais traitements et de prise en charge des mineurs maltraités dans les conditions prévues au sixième alinéa (5°) de l'article 40 et aux articles 66 à 72 du code de la famille et de l'aide sociale.

" Art. L. 150. - Les activités mentionnées à l'article L. 149 sont gérées soit directement, soit par voie de convention avec d'autres collectivités publiques ou des personnes morales de droit privé à but non lucratif; elles sont organisées sur une base territoriale en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population et selon des normes minimales fixées par voie réglementaire. Elles sont menées en liaison avec le service départemental d'action sociale et le service départemental de l'aide sociale à l'enfance.

" Art. L. 151. - Le service départemental de protection maternelle et infantile établit une liaison avec le service de santé scolaire, notamment en transmettant au médecin de santé scolaire les dossiers médicaux des enfants suivis à l'école maternelle. Les modalités de cette transmission doivent garantir le respect du secret professionnel. Ces dossiers médicaux sont établis conformément à un modèle fixé par arrêté interministériel et transmis avant l'examen médical pratiqué en application de l'article L. 191.

" Art. L. 152. - En toute circonstance et particulièrement lors des consultations ou des visites à domicile, chaque fois qu'il est constaté que l'état de santé de l'enfant requiert des soins appropriés, il incombe au service départemental de protection maternelle et infantile d'engager la famille ou la personne à laquelle l'enfant a été confié à faire appel au médecin de son choix et, le cas échéant,

d'aider la famille ayant en charge l'enfant à prendre toutes autres dispositions utiles.

“ Chaque fois que le personnel du service départemental de protection maternelle et infantile constate que la santé ou le développement de l'enfant sont compromis ou menacés par des mauvais traitements, et sans préjudice des compétences et de la saisine de l'autorité judiciaire, le personnel en rend compte sans délai au médecin responsable du service qui provoque d'urgence toutes mesures appropriées.

“ Lorsqu'un médecin du service départemental de protection maternelle et infantile estime que les circonstances font obstacle à ce que l'enfant reçoive les soins nécessaires, il lui appartient de prendre toutes mesures relevant de sa compétence propres à faire face à la situation. Il en rend compte au médecin responsable du service.

### “ Chapitre III

“ Actions de prévention concernant les futurs conjoints et parents

#### “ Section 1

“ Examen médical prénuptial

“ *Art. L 153.* - Le médecin qui, en application du deuxième alinéa de l'article 63 du code civil, procède à un examen en vue du mariage ne pourra délivrer le certificat médical prénuptial mentionné par cet article, et dont le modèle est établi par arrêté, qu'au vu de résultats d'analyses ou d'examens dont la liste est fixée par voie réglementaire.

“ Une brochure d'éducation sanitaire doit être remise à chacun des futurs conjoints en même temps que le certificat médical.

#### “ Section 2

“ Actions de prévention durant la grossesse et après l'accouchement

“ *Art. L 154.* - Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. Toutefois, le premier examen prénatal ainsi que l'examen postnatal ne peuvent être pratiqués que par un médecin.

“ Le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire.

“ *Art. L 155.* - Toute femme enceinte est pourvue gratuitement, lors du premier examen prénatal, d'un carnet de grossesse. Un arrêté interministériel détermine le modèle et le mode d'utilisation de ce carnet où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens prescrits en application de l'article L. 154 et où sont également notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant le déroulement de la grossesse et la santé de la future mère.

“ Le carnet appartient à la future mère. Celle-ci doit être informée que nul ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel.

“ A la demande du père putatif, le médecin peut rendre compte à celui-ci de l'état de santé de la future mère, dans le respect des règles de la déontologie médicale.

“ *Art. L. 156.* - Chaque fois que l'examen de la future mère ou les antécédents familiaux le rendent nécessaire, il est également procédé à un examen médical du futur père accompagné, le cas échéant, des analyses et examens complémentaires appropriés.

“ *Art. L. 157.* - Les organismes et services chargés du versement des prestations familiales sont tenus de transmettre sous huitaine au médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile l'attestation de passation de premier examen médical prénatal de leurs allocataires.

“ La transmission de cette information se fait dans le respect du secret professionnel.”

Art. 3. - Les articles L. 158 à L. 160 et L. 162 du code de la santé publique sont abrogés.

Art. 4. - Le chapitre IV du titre Ier du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigé:

### “ Chapitre IV

“ Actions de prévention concernant l'enfant

“ *Art. L 163.* - Lors de la déclaration de naissance, il est délivré gratuitement pour tout enfant un carnet de santé. Ce carnet est remis par l'officier d'état civil: à défaut, il peut être demandé au service départemental de protection maternelle et infantile.

“ Un arrêté ministériel détermine le modèle et le mode d'utilisation de ce carnet où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens médicaux prévus à l'article L 164 et où doivent être notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant la santé de l'enfant

“ Le carnet est établi au nom de l'enfant. Il est remis aux parents ou aux personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou aux personnes ou aux services à qui l'enfant a été confié. Ils doivent être informés que nul autre qu'eux ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa profession, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est astreinte au secret professionnel.

“ *Art. L 164.* - Tous les enfants de moins de six ans bénéficient de mesures de prévention sanitaire et sociale qui comportent notamment des examens obligatoires.

“ Le nombre et le contenu de ces examens, l'âge auquel ils doivent intervenir et la détermination de ceux qui donnent lieu à l'établissement d'un certificat de santé sont fixés par voie réglementaire.

“ Le contenu des certificats de santé, et notamment la liste des maladies ou déficiences qui doivent y être mentionnées, est établi par arrêté interministériel.

“ *Art. L 165.* - Dans un délai de huit jours, le médecin qui a effectué un examen donnant lieu à l'établissement d'un certificat de santé adresse ce certificat au médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile. La transmission de cette information se fait dans le respect du secret professionnel.

“ *Art. L. 166.* - Les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou celles à qui un enfant a été confié sont informées, dans le respect des règles déontologiques, lorsqu'un handicap a été suspecté, décelé ou signalé chez ce dernier, notamment au cours des examens médicaux prévus à l'article L. 164, de la nature du handicap et de la possibilité pour l'enfant d'être accueilli dans des centres spécialisés, notamment, dans des centres d'action médico-sociale précoce, en vue de prévenir ou de réduire l'aggravation de ce handicap.

“ Dans les centres d'action médico-sociale précoce, la prise en charge s'effectue sous forme de cure ambulatoire comportant l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire. Elle comporte une action de conseil et de soutien de la famille ou des personnes auxquelles l'enfant a été confié. Elle est assurée, s'il y a lieu, en liaison avec les institutions d'éducation préscolaires et les établissements et services mentionnés à l'article L. 180.

“ Le financement de ces centres est assuré dans les conditions définies à l'article L. 187.”

Art. 5. - Les articles L. 167 et L. 168 du code de la santé publique sont abrogés.

Art. 6. - La section II du chapitre V du titre Ier du livre II du code de la santé publique est ainsi rédigée

### “ Section 2

“ Etablissements et services concourant à l'accueil des enfants de moins de six ans

“ *Art. L. 180.* - I. - Si elles ne sont pas soumises à un régime d'autorisation en vertu d'une autre disposition législative, la création, l'extension et la transformation des établissements et

services gérés par une personne physique ou morale de droit privé accueillant des enfants de moins de six ans sont subordonnées à une autorisation délivrée par le président du conseil général, après avis du maire de la commune d'implantation.

" II. Sous la même réserve, la création, l'extension et la transformation des établissements et services publics accueillant des enfants de moins de six ans sont décidées par la collectivité publique intéressée, après avis du président du conseil général.

" III. - La création, l'extension ou la transformation des centres de vacances, de loisirs ou de placement de vacances, publics ou privés, qui accueillent des enfants de moins de six ans est subordonnée à une autorisation délivrée par le représentant de l'Etat dans le département, après avis du médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile.

" IV. - Les conditions de qualification ou d'expérience professionnelle, de moralité et d'aptitude physique requises des personnes exerçant leur activité dans les établissements ou services mentionnés aux paragraphes I à III ainsi que les conditions d'installation et de fonctionnement de ces établissements ou services sont fixées par voie réglementaire.

" Art. L 181. - Les établissements et services mentionnés à l'article L. 180 sont soumis au contrôle et à la surveillance du médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile.

" Art. L 182. - lorsqu'il estime que la santé physique ou mentale ou l'éducation des enfants sont compromises ou menacées:

"1° Le représentant de l'Etat dans le département ou le président du conseil général peut adresser des injonctions aux établissements et services mentionnés au paragraphe I de l'article L. 180;

"2° Le représentant de l'Etat dans le département peut adresser des injonctions aux établissements et services mentionnés aux paragraphes II et III de l'article L. 180.

" Dans le cas où il n'a pas été satisfait aux injonctions, le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer la fermeture totale ou partielle, provisoire ou définitive, des établissements ou services mentionnés à l'article L. 180, après avis du président du conseil général en ce qui concerne les établissements et services mentionnés aux paragraphes I et II de cet article.

" La fermeture définitive vaut retrait des autorisations instituées par les paragraphes I et III de l'article L. 180.

" En cas d'urgence, le représentant de l'Etat dans le département peut prononcer, par arrêté motivé, la fermeture immédiate, à titre provisoire, des établissements mentionnés à l'article L. 180. Il en informe le président du conseil général.

" Art. L 183. - Seront punis des peines prévues au premier et au troisième alinéa de l'article 99 du code de la famille et de l'aide sociale ceux qui auront créé, étendu ou transformé des établissements et services privés qui accueillent des enfants de moins de six ans sans l'autorisation mentionnée aux paragraphes I et III de l'article L. 180.

" Le tribunal pourra, en outre, ordonner la fermeture des établissements ou services ou prononcer, à l'encontre du condamné, l'interdiction, soit à titre temporaire, soit à titre définitif, de diriger tout établissement ou service relevant de la présente section."

Art. 7. - Au chapitre V du titre Ier du livre II du code de la santé publique, est insérée une section 3 ainsi rédigée:

### " Section 3 "Lactariums

" Art. L. 184. - La collecte du lait humain ne peut être faite que par des lactariums gérés par des collectivités publiques ou des organismes sans but lucratif et autorisés à fonctionner par le représentant de l'Etat dans le département.

" Les lactariums contrôlent la qualité du lait et assurent son traitement, son stockage et sa distribution, sur prescription médicale, dans des conditions fixées par arrêté interministériel.

" Les dispositions de l'article L. 164-1 du code de la sécurité sociale sont applicables au lait humain."

Art. 8. - Le chapitre VI et le chapitre VII du titre Ier du livre II du code de la santé publique sont ainsi rédigés:

### " Chapitre VI "Financement

" Art. L 185. - Les frais occasionnés par le contrôle de l'application des dispositions du chapitre III bis et des sections I et 3 du chapitre V sont supportés par l'Etat

" Art. L 186. - Lorsque les examens institués par les articles L.153, L. 154, deuxième alinéa, L. 156 et L. 164, deuxième alinéa, sont pratiqués dans une consultation du service départemental de protection maternelle et infantile et concernent des assurés sociaux ou leurs ayants droit, les frais y afférents sont remboursés au département par les organismes d'assurance maladie dont relèvent les intéressés selon le mode de tarification prévu à l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale.

" Les organismes d'assurance maladie peuvent également, par voie de convention, participer sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale aux autres actions de prévention médico-sociale menées par le département.

" Dans les départements où, à la date d'entrée en vigueur de la loi n° du , une convention fixe les conditions de la participation des organismes d'assurance maladie au fonctionnement du service départemental de protection maternelle et infantile, celle-ci demeure en vigueur, sauf dénonciation dans les conditions prévues par ladite convention. En cas de dénonciation, les dispositions du premier alinéa et éventuellement du deuxième alinéa du présent article sont applicables.

" Art. L 187. Le financement des centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 166 est assuré par une dotation globale annuelle à la charge des régimes d'assurance maladie pour 80 p. 100 de son montant et du département pour le solde.

### " Chapitre VII "Dispositions diverses

" Art. L 188. - L'article 378 du code pénal relatif au secret professionnel est applicable à toute personne appelée à collaborer au service départemental de protection maternelle et infantile."

Art. 9. - I. - L'article L. 189 du code de la santé publique est abrogé.

II. - A la première phrase de l'article L. 190 du code de la santé publique, les mots: " de l'article L. 159 " sont remplacés par les mots: " de l'article L. 154 ".

III. - A l'article L. 190-1, premier alinéa, du code de la santé publique, les mots: " auxquelles sont applicables les dispositions de l'article L. 185 " sont supprimés.

Art. 10. - Il est ajouté à la fin du titre Ier du livre II du code de la santé publique un chapitre IX ainsi rédigé:

### " Chapitre IX "Dispositions finales

" Art. L. 190-2. - Sauf disposition contraire, les conditions d'application du présent titre sont fixées par décret en Conseil d'Etat."

Art. 11. - Le deuxième alinéa (1°) de l'article L. 215 du code de la santé publique est ainsi rédigé

"1° Les enfants de moins de six ans accueillis dans des maisons maternelles, des pouponnières, des maisons d'enfants à caractère sanitaire, des écoles maternelles ainsi que chez des assistantes maternelles et dans des services et établissements visés à l'article L. 180 du présent code ;".

## TITRE II MODIFICATIONS DU CODE DE LA FAMILLE ET DE L'AIDE SOCIALE

Art. 12. - I. - Le dernier alinéa de l'article 22 du code de la famille et de l'aide sociale est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

- “ La carte est valable :
- “ - pour les femmes enceintes, pour toute la durée de la grossesse;
  - “ - pour les cas visés aux *b* et *c* ci-dessus, pour trois ans, avec renouvellement pour la même période Si les conditions continuent d'être remplies;
  - “ - pour les personnes décorées de la médaille famille française, pour une durée illimitée.”
- II. - L'article 176 du code de la famille et de l'aide sociale est abrogé.
- III. - Il est inséré, dans le code de la famille et de l'aide sociale, un article 181-4 ainsi rédigé:
- “ Art. 181-4. - Les frais afférents aux examens institués par l'article L. 153, le deuxième alinéa de l'article L. 154, l'article L. 156 et le deuxième alinéa de l'article L. 164 du code de la santé publique peuvent être pris en charge au titre de l'aide sociale. L'article 144 n'est pas opposable aux personnes qui sollicitent cette prise en charge.”

### TITRE III MODIFICATIONS DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Art. 13. - I. - Il est inséré au livre 1er, titre VII, chapitre 4 du code de la sécurité sociale, une section 6 ainsi rédigée:

#### “Section 6

“Dépenses afférentes aux soins dispensés

dans les centres d'action médico-sociale précoce

“ Art. L. 174-13. - La dotation globale des centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 187 du code de la santé publique, partiellement à charge des régimes d'assurance maladie, est fixée conformément aux dispositions de l'article 264 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales; elle est répartie entre les différents régimes pour la part qui leur incombe dans les conditions fixées par les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 174-8 du présent code.”

II. - L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 6° ainsi rédigé:

“ 6° les frais afférents aux examens prescrits en application de l'article L. 153 du code de la santé publique.”

III. - Le premier alinéa de l'article L. 331-2 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : “ ainsi que les frais d'examen prescrits en application du deuxième alinéa de l'article L. 154, de l'article L. 156 et du deuxième alinéa de l'article L. 164 du code de la santé publique ”.

IV. - A l'article L. 534-1 du code de la sécurité sociale, les mots: “à l'article L. 159 du code de la santé publique” sont remplacés par les mots “ à l'article L. 154 du code de la santé publique ”.

V. - Aux articles L. 534-2 et L. 534-3 du code de la sécurité sociale, les mots : “ à l'article L. 164-1 du code de la santé publique ” sont remplacés par les mots: “ à l'article L. 164 du code de la santé publique”.

VI. - Après le onzième alinéa (10°) de l'article L. 615-14 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé:

“ 11° des frais afférents aux examens médicaux prescrits en application de l'article L. 153 du code de la santé publique.”

### TITRE IV DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 14. - Le premier alinéa de l'article 4 de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés:

“ Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions de fonctionnement des établissements d'information, de consultation ou de conseil familial.

“ Le président du conseil général agréé les centres de planification ou d'éducation familiale, à l'exception des centres de planification relevant d'une collectivité publique.

Dans ce cas, la création ou l'extension de ces centres est décidée par la collectivité concernée, après avis du président du conseil général.

“ Les conditions d'agrément des centres de planification ou d'éducation familiale sont définies par décret en Conseil d'Etat.

“ Les établissements et centres mentionnés aux alinéas précédents ne doivent poursuivre aucun but lucratif.”

Art 15. - Après l'article 26-3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, il est inséré un article 26-4 ainsi rédigé:

“ Art. 26-4. - La dotation globale annuelle des centres d'action médico-sociale précoce mentionnés à l'article L. 166 du code de la santé publique est arrêtée conjointement par le président du conseil général et le représentant de l'Etat dans le département après avis de la caisse régionale d'assurance maladie. Dans le cas où, au 31 décembre de l'année considérée, cette dotation n'a pas été arrêtée en raison d'un désaccord entre le président du conseil général et le représentant de l'Etat dans le département, elle peut être fixée par arrêté interministériel.”

Art. 16. - Au 3° de l'article 37 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, les mots: “ et de la section I du chapitre V” sont remplacés par les mots: “ et des sections 1 et 3 du chapitre V”.

Art. 17. - Les établissements et services mentionnés aux paragraphes I et II de l'article L. 180 du code de la santé publique qui bénéficient d'une autorisation délivrée par le représentant de l'Etat dans le département, avant la promulgation de la présente loi, sont réputés satisfaire aux prescriptions de cet article.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 18 décembre 1989.

FRANÇOIS MITERRAND

Par le Président de la République:

Le premier ministre.

MICHEL ROCARD

Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports

LIONEL JOSPIN

Le garde des sceaux, ministre de la justice,

PIERRE ARPAILLANGE

Le ministre de l'intérieur,

PIERRE JOXE

Le ministre de l'agriculture et de la forêt.

HENRI NALLET

Le ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale.

CLAUDE ÉVIN

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale, de la jeunesse et des sports, chargé de la jeunesse et des sports,

ROGER BAMBUCK

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre de l'intérieur, chargé des collectivités territoriales,

JEAN-MICHEL BAYLET

Le secrétaire d'Etat auprès du ministre de la solidarité, de la santé et de la protection sociale, chargé de la famille,

HÉLENE DORLAC

(I) Travaux préparatoires loi n° 89-899.

Sénat: Projet de loi n° 261; - Rapport de M. Henri Collard, au nom de la commission des affaires sociales, n° 270 - Discussion et adoption le 2 mai 1989.

Assemblée nationale: Projet de loi, adopté par le Sénat, n° 646 - Rapport de M. Bernard Bioulac, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 894 - Discussion et adoption le 2 octobre 1989.

Sénat: Projet de loi, modifié par l'Assemblée nationale, n° 3 (1989-1990) - Rapport de Mme Nelly Rodi, au nom de la commission des affaires sociales, n° 10 (1989-1990); - Discussion et adoption le 18 octobre 1989.

**Décret n° 92-785 du 6 août 1992**  
**relatif à la protection maternelle et infantile**  
NOR.SANP9201497D

Le Premier ministre,  
 Sur le rapport du ministre de la santé et de l'action humanitaire,  
 Vu le code de la santé publique, et notamment les articles L. 146 à L. 152, L. 163 à L. 165, L. 180, L. 181, L. 186, L. 190-2 et L. 356 ;  
 Vu le code de la sécurité Sociale, et notamment ses articles R. 534-3 et R. 534-4 ;  
 Vu la loi n° 67-1094 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique, modifiée ;  
 Vu l'article 14 de la loi n° 75-17 du 17 janvier 1975 relative à l'interruption volontaire de grossesse ;  
 Vu le décret n° 62-921 du 3 août 1962 modifiant certaines règles relatives aux actes de l'état civil modifié ;  
 Vu le décret n° 73-267 du 2 mars 1973 portant application des articles L. 164-1 et L. 164-2 du code de la santé publique relatif à la délivrance obligatoire de certificats de santé à l'occasion de certains examens médicaux préventifs modifié ;  
 Vu le décret n° 74-58 du 15 janvier 1974 relatif à la réglementation des pouponnières, des crèches, des consultations de protection infantile et des gouttes de lait ;  
 Vu le décret n° 85-894 du 14 août 1985 relatif aux modalités d'établissement par le département de statistiques en matière d'action sociale et de santé ;  
 Vu le décret n° 92-784 du 6 août 1992 relatif aux centres de planification ou d'éducation familiale ;  
 Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 27 avril 1992 ;  
 Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 19 mai 1992 ;  
 Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

*Section 1*

**Organisation et activités du service départemental de protection maternelle et infantile**

Art. 1er. - Le service départemental de protection maternelle et infantile exerce les missions qui lui sont dévolues par les articles L. 147 et L. 149 du code de la santé publique en organisant notamment, soit directement, soit par voie de convention dans les conditions prévues à l'article L. 150 de ce code, les consultations, visites à domicile et autres actions médico-sociales, individuelles ou collectives, de promotion de la santé maternelle et infantile.

La répartition géographique de ces consultations et de ces actions est déterminée en fonction des besoins sanitaires et sociaux de la population, en tenant compte prioritairement des spécificités socio-démographiques du département et en particulier de l'existence de populations vulnérables et de quartiers défavorisés.

Art. 2. - Les actions médico-sociales mentionnées au 1° et au 4° de l'article L. 149 du code de la santé publique et concernant les femmes enceintes ont notamment pour objet d'assurer une surveillance régulière du bon déroulement de la grossesse et de la croissance foetale par le dépistage précoce des pathologies maternelle et foetale et leur prise en charge en relation avec les équipes obstétricales concernées.

Art. 3. - Les actions médico-sociales mentionnées au 2° et 4° de l'article L. 149 du même code et concernant les enfants de moins de six ans ont notamment pour objet d'assurer, grâce aux consultations et aux examens préventifs des enfants pratiqués notamment en école maternelle, la surveillance de la croissance staturale-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations.

Art. 4. - Les activités de planification familiale et d'éducation familiale mentionnées au 3° de l'article L. 149 du même code sont organisées dans les conditions prévues par la loi du 28 décembre 1967 susvisée, la loi du 17 janvier 1975 susvisée et le décret du 6 août 1992 susvisé.

Art. 5. - Outre les actions de prévention médico-sociale individuelles ou collectives, le service départemental doit, soit directement, soit par voie de convention, organiser chaque semaine au moins seize demi-journées de consultations prénatales et de planification ou éducation familiale pour 100 000 habitants âgés de quinze à cinquante ans résidant dans le département, dont au moins quatre demi-journées de consultations prénatales.

Art. 6. - Outre les actions de prévention médico-sociale individuelles ou collectives, menées notamment à l'école maternelle, le service doit, soit directement, soit par voie de convention, organiser chaque semaine pour les enfants de moins de six ans une demi-journée de consultation pour 200 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département.

Art. 7. - Le service départemental doit disposer :

1° D'une sage-femme à plein temps ou son équivalent pour 1°500 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département

2° D'une puéricultrice à plein temps ou son équivalent pour 250 enfants nés vivants au cours de l'année civile précédente, de parents résidant dans le département.

En cas d'impossibilité de recruter des puéricultrices, le service peut faire appel à des infirmières ayant acquis une expérience appropriée.

Art 8. - Les états statistiques concernant, d'une part, les activités du service départemental et, d'autre part, la situation sanitaire au titre de la protection maternelle et infantile, transmis au préfet par le président du conseil général en application de l'article 3 (1° et 3°) du décret du 14 août 1985 susvisé, sont établis par ce service.

Ces documents sont présentés et analysés par le service départemental au cours d'une réunion organisée chaque année par le président du conseil général à laquelle participent les personnes et organismes concourant à la promotion de la santé de la mère et de l'enfant, notamment les représentants des établissements de santé et des établissements libéraux, des organismes de sécurité sociale et des services concernés de l'Etat.

Le service s'attache également à présenter et analyser, lors de cette réunion, d'autres indicateurs sanitaires, sociaux et démographiques utiles à la détermination des besoins de la population et des actions à entreprendre en matière de protection maternelle et infantile tels que :

1. Le nombre d'interruptions volontaires de grossesse chez les femmes de moins de dix-huit ans
  2. Le nombre de grossesses non ou mal suivies
  3. La mortalité maternelle
  4. Le nombre d'enfants présentant un handicap
  5. Le nombre de décès d'enfants de moins de six ans.
- Le ministre chargé de la santé fournit chaque année aux départements, pour ces indicateurs, les moyennes nationales et régionales dont il dispose.

*Section 2*

**Qualifications professionnelles des personnels du service départemental de protection maternelle et infantile**

Art. 9. - I. - Les médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes du service départemental de protection maternelle et infantile, titulaires ou vacataires, doivent justifier des diplômes, certificats et titres exigés en application des articles L 356 et L 356-2 du code de la santé publique.

II. - Les médecins recrutés comme titulaires à partir de la publication du présent décret doivent être, en outre :

1. Soit spécialistes ou compétents qualifiés en pédiatrie ;
2. Soit spécialistes qualifiés en gynécologie-obstétrique, ou compétents qualifiés en gynécologie médicale ou en obstétrique, ou titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires de médecine de la reproduction et gynécologie médicale ;
3. Soit spécialistes ou compétents qualifiés en psychiatrie, option Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, ou titulaires du diplôme d'études spécialisées complémentaires de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent
4. Soit spécialistes qualifiés en santé publique, ou spécialistes qualifiés en santé communautaire et médecine sociale ou en santé publique et médecine sociale, ou titulaires du certificat d'études spéciales de santé publique.

III. - En cas d'impossibilité de recruter des médecins titulaires remplissant l'une des conditions définies au II ci-dessus, une dérogation exceptionnelle peut être donnée par le préfet pour le recrutement de médecins généralistes possédant une expérience particulière dans les matières énumérées au II.

Art. 10. - Le médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile doit avoir la qualité d'agent titulaire et remplir les conditions fixées aux I et II de l'article 9 ; il doit, en outre, avoir acquis une expérience professionnelle de trois ans au moins dans un service départemental de protection maternelle et infantile.

Art. 11. - Les psychologues recrutés après la publication du présent décret doivent posséder l'un des diplômes mentionnés aux 1°, 2°, 3° et 5° de l'article 1er du décret n° 90-255 du 22 mars 1990 fixant la liste des diplômes permettant de faire usage professionnel du titre de psychologue.

Art. 12. - I. - Les infirmiers ou infirmières, les masseurs-kinésithérapeutes, les orthophonistes, les orthoptistes et les diététiciens doivent remplir les conditions fixées respectivement par les articles L. 474-1, L. 487, L. 504-2, L. 504-4, L. 510-8-1 et L. 510-8-2 du code de la santé publique.

II. - Les assistants et assistantes de service social doivent remplir les conditions fixées par l'article 218 du code de la famille et de l'aide sociale.

III. - Les autres personnels techniques recrutés après la publication du présent décret doivent être titulaires de l'un des diplômes ou titres énumérés ci-après :

1.° Diplôme d'Etat de puériculture institué par le décret n° 47-1544 du 13 août 1947 modifié ;

2.° Diplôme d'infirmier de secteur psychiatrique institué par l'arrêté du 16 février 1973 modifié ;

3.° Certificat d'auxiliaire de puériculture institué par l'arrêté du 5 juin 1970 modifié

4.° Diplôme d'Etat d'ergothérapeute institué par le décret n° 70-1042 du 6 novembre 1970 modifié ;

5.° Diplôme d'Etat de psychomotricien institué par le décret n° 74-112 du 15 février 1974 modifié ;

6.° Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide-soignant institué par l'arrêté du 23 janvier 1956 modifié ;

7.° Certificat d'aptitude aux fonctions d'aide médico-psychologique institué par l'arrêté du 4 septembre 1972 modifié ;

8.° Diplôme d'Etat d'éducateur de jeunes enfants institué par le décret n° 73-73 du 11 janvier 1973 ;

9.° Diplôme de conseiller en économie familiale et sociale institué par l'arrêté du 9 mai 1973 ;

10.° Certificat de travailleuse familiale institué par le décret n° 74-146 du 15 février 1974 .

Art. 13. - Les agents qui exercent des activités de conseil familial et conjugal doivent justifier de la formation prévue par l'arrêté du 20 octobre 1986 relatif aux établissements d'information, de consultation ou de conseil familial et aux centres de planification ou d'éducation familiale.

Art. 14. - Lorsque, en application de l'article L. 150 du code de la santé publique, le département passe convention avec une collectivité publique ou une personne morale de droit privé à but non lucratif pour exercer une ou plusieurs des activités mentionnées à l'article L. 149 du même code, les personnels qui concourent à ces activités doivent remplir les conditions fixées par les articles 9, 11, 12 et 13 ci-dessus.

### Section 3

#### Examens médicaux de l'enfant

Art. 15. - Le décret du 2 mars 1973 susvisé est modifié comme suit :

1° Le deuxième alinéa de l'article 1er est complété par la phrase suivante :

Ils ont pour objet la surveillance de la croissance staturale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations.

2° A l'article 1er est ajouté un troisième alinéa rédigé comme suit :

Les résultats de ces examens sont mentionnés dans le carnet de santé institué par l'article L. 163 du code de la santé publique. "

3° Au quatrième alinéa de l'article 3, les mots : " le décret susvisé du 2 mars 1973 " sont remplacés par les mots " les articles R. 534-3 et R. 534-4 du code de la sécurité sociale ".

4° Au cinquième alinéa de l'article 3, les mots " de la direction départementale de l'action sanitaire et sociale " sont supprimés.

### Section 4

#### Dispositions diverses

Art. 16. - Les officiers de l'état civil adressent un extrait d'acte de naissance établi conformément aux dispositions de l'article 11 du décret du 3 août 1962 susvisé, dans les quarante-huit heures de la déclaration de naissance, au médecin responsable du service de protection maternelle et infantile du département dans lequel résident les parents.

Ils adressent à ce médecin dans les mêmes conditions une copie de l'acte de décès des enfants âgés de moins de six ans dont les parents résident dans le département.

Art. 17. - Les modalités de remboursement par les organismes d'assurance maladie des frais afférents aux examens mentionnés à l'article L. 186 peuvent faire l'objet d'une convention entre ces organismes et le département.

Art. 18. - Le contrôle et la surveillance des établissements et services recevant des enfants de moins de six ans, institué par l'article L. 181 du code de la santé publique, a lieu sur pièces et sur place ; il est exercé par le médecin responsable du service de protection maternelle et infantile ou par un médecin du service délégué par le médecin responsable.

Art. 19. - Les articles 1er à 6, 7-1 et 8 à 13 du décret n° 62-840 du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile et le titre II du décret du 15 janvier 1974 susvisé sont abrogés.

Art. 20. - Le ministre d'Etat, ministre de l'éducation nationale et de la culture, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique, le ministre du budget, le ministre de l'agriculture et de la forêt, le ministre des affaires sociales et de l'intégration, le ministre de la santé et de l'action humanitaire, le secrétaire d'Etat aux collectivités locales et le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au *Journal officiel* de la République française.

Fait à Paris, le 6 août 1992.

PIERRE BEREGOVY

Par le Premier ministre

*Le ministre de la santé et de l'action humanitaire,*

BERNARD KOUCHNER

*Le ministre d'Etat,*

*ministre de l'éducation nationale et de la culture,*

JACK LANG

*Le garde des sceaux, ministre de la justice.*

MICHEL VAUZELLE

*Le ministre de l'intérieur et de la sécurité publique.*

PAUL QUILLES

*Le ministre du budget,*

MICHEL CHARASSE

*Le ministre de l'agriculture et de la forêt.*

LOUIS MERMAZ

*Le ministre des affaires sociales et de l'intégration.*

RENE TEULADE

*Le secrétaire d'Etat aux collectivités locales.*

JEAN-PIERRE SUEUR

*Le secrétaire d'Etat à la famille,*

*aux personnes âgées et aux rapatriés.*

LAURENT CATHALA

### Annexe n° 3

#### Traduction de l'Echelle de Dépression Postnatale d'Edinburgh 1994 (Edinburgh Postnatal Depression Scale).

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les sept jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui.

Voici un exemple :

Je me suis sentie heureuse :

Oui, tout le temps

Oui, la plupart du temps

Non, pas très souvent

Non, pas du tout

Ceci signifiera « je me suis sentie heureuse la plupart de temps pendant la semaine qui vient de s'écouler ». Merci de bien vouloir répondre aux autres questions.

#### PENDANT LA SEMAINE QUI VIENT DE S'ECOULER

1. J'ai pu rire et prendre les choses du bon côté :
  - Aussi souvent que d'habitude
  - Pas tout à fait autant
  - Vraiment beaucoup moins ces jours-ci
  - Absolument pas
2. Je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir :
  - Autant que d'habitude
  - Plutôt moins que d'habitude
  - Vraiment moins que d'habitude
  - Pratiquement pas
3. Je me suis reproché, sans raison, d'être responsable quand les choses allaient mal :
  - Non, jamais
  - Pas très souvent
  - Oui, parfois
  - Oui, la plupart du temps
4. Je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs :
  - Non, pas du tout
  - Presque jamais
  - Oui, parfois
  - Oui, très souvent
5. Je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons :
  - Non, pas du tout
  - Non, pas très souvent
  - Oui, parfois
  - Oui, vraiment souvent
6. J'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements :
  - Non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude
  - Non, j'ai pu faire face à la plupart des situations
  - Oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi incapable de faire face que d'habitude
  - Oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations
7. Je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil :
  - Non, pas du tout
  - Pas très souvent
  - Oui, parfois
  - Oui, la plupart du temps

8. Je me suis sentie triste ou peu heureuse :

Non, pas du tout

Pas très souvent

Oui, très souvent

Oui, la plupart du temps

9. Je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré :

Non, jamais

Seulement de temps en temps

Oui, très souvent

Oui, la plupart du temps

10. Il m'est arrivé de penser à me faire du mal :

Jamais

Presque jamais

Parfois

Oui, très souvent

## Annexe n° 4

### Questionnaire de dépression de Pitt (Traduction de l'anglais)

#### ACTUELLEMENT

- |   |     |     |                |
|---|-----|-----|----------------|
| 1. Est-ce que vous dormez bien ?                                  | oui | non | je ne sais pas |
| 2. Est-ce qu'il vous arrive de vous mettre facilement en colère ? | oui | non | je ne sais pas |
| 3. Etes-vous préoccupée par votre aspect ?                        | oui | non | je ne sais pas |
| 4. Est-ce que vous avez bon appétit ?                             | oui | non | je ne sais pas |
| 5. Etes-vous aussi heureuse que vous devriez l'être ?             | oui | non | je ne sais pas |
| 6. Oubliez-vous facilement les choses ?                           | oui | non | je ne sais pas |

#### ACTUELLEMENT

- |  |     |     |                |
|--|-----|-----|----------------|
| 7. Est-ce que les rapports sexuels vous intéressent autant que d'habitude ?  | oui | non | je ne sais pas |
| 8. Est-ce que tout représente un gros effort ?                               | oui | non | je ne sais pas |
| 9. Est-ce que vous ressentez que vous avez des raisons d'avoir honte ?       | oui | non | je ne sais pas |
| 10. Est-ce que vous pouvez vous détendre facilement ?                        | oui | non | je ne sais pas |
| 11. Sentez-vous que le bébé est vraiment à vous ?                            | oui | non | je ne sais pas |
| 12. Est-ce que vous avez besoin que quelqu'un soit avec vous tout le temps ? | oui | non | je ne sais pas |

#### ACTUELLEMENT

- |   |     |     |                |
|---|-----|-----|----------------|
| 13. Est-ce qu'il vous arrive de vous réveiller facilement ? | oui | non | je ne sais pas |
| 14. Vous sentez-vous calme la plupart du temps ?            | oui | non | je ne sais pas |
| 15. Vous sentez-vous en bonne santé ?                       | oui | non | je ne sais pas |
| 16. La nourriture vous intéresse-t-elle moins qu'avant ?    | oui | non | je ne sais pas |
| 17. Est-ce que vous pleurez facilement ?                    | oui | non | je ne sais pas |
| 18. Votre mémoire est-elle aussi bonne que d'habitude ?     | oui | non | je ne sais pas |

#### ACTUELLEMENT

- |   |     |     |                |
|---|-----|-----|----------------|
| 19. Est-ce que vous avez moins besoin de rapports sexuels que d'habitude ?                      | oui | non | je ne sais pas |
| 20. Est-ce que vous avez l'impression d'avoir assez d'énergie ?                                 | oui | non | je ne sais pas |
| 21. Etes-vous satisfaite de la manière dont vous vous en sortez avec ce que vous avez à faire ? | oui | non | je ne sais pas |
| 22. Etes-vous très préoccupée pour le bébé ?  | oui | non | je ne sais pas |
| 23. Vous sentez-vous différente de ce que vous êtes d'habitude ?                                | oui | non | je ne sais pas |
| 24. Avez-vous confiance en vous ?   | oui | non | je ne sais pas |



- l'existence de fuites urinaires pendant la grossesse ou dans le post-partum :  
jamais :: rarement :: souvent :: toujours :
- l'existence de pertes vaginales anormales :  
jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::
- l'existence de signes d'incontinence anale (des gaz et/ou des matières) :  
jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::
- la date du retour de couches :  
jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::
- la reprise des rapports sexuels :  
jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::
- le mode de contraception du post partum :  
jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::
- l'humeur de la patiente (à la recherche d' un état dépressif ) :  
jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::
- la reprise de l'activité professionnelle :  
jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::
- l'état de fatigue actuel :  
jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::

## 2/ concernant votre examen clinique lors de la visite post-natale:

- réalisez-vous un testing des releveurs de l'anus :  
jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::
- recherchez-vous lors d'un effort de poussée(à la toux )une incontinence urinaire et un prolapsus associé :  
jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::
- recherchez-vous une inversion de commande périnéale :  
jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::
- évaluez-vous l'involution utérine par toucher bimanuel :  
jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::
- recherchez-vous des anomalies de cicatrifications des lésions vulvo-périnéales (épisiotomie et déchirures) ou abdominales (césarienne):  
jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::
- recherchez-vous l'existence d'un diastasis des grands droits :  
jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::

## **III--VOS PRESCRIPTIONS**

### 1/ en matière de rééducation:

- prescrivez-vous des séances de rééducation :  
  - :: systématiquement
  - :: selon votre examen clinique
  - :: en précisant le type de réeduc.(périnéale et/ou abdo)
  - :: jamais

- combien de séances prescrivez-vous (si vous utilisez des ordonnances types, merci de les faire suivre avec ce questionnaire) :

## 2/ en matière de contraception

a) Devant une demande de **contraception orale**, attendez-vous le retour de couches pour la prescrire:

jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::

b) Devant une demande de **pose de stérilet**, à quel moment conseillez-vous sa pose?

## 3/ demande d'examens complémentaires:

- dans quelles circonstances prescrivez vous un bilan biologique au cours du post partum :

## **IV--CONSEILS EN PUÉRICULTURE ,SUPPORTS SOCIAUX ET AVIS SPÉCIALISÉS**

- les conseils en matière de puériculture sont-ils source de questions à ce stade du post-partum :

jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::

- la prise en charge des aléas de l'allaitement maternel (engorgements/crevasses /mauvaise prise de poids du nourrisson...) vous posent-ils problèmes?

jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::

- vous arrive t-il d'adresser ou d'orienter la patiente pour le suivi de ces problèmes vers le centre de protection maternel et infantile ( PMI ) de votre secteur:

jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::

- devant un syndrome dépressif avéré :

. orientez-vous la patiente vers un psychologue ou un psychiatre :

jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::

. avez-vous recours à une prise en charge médicamenteuse :

jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::

- en cas de diabète gestationnel, assurez-vous, vous-même, le suivi maternel clinique et biologique à distance de la naissance :

jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::

- Même question que supra devant une toxémie gravidique :

jamais :: rarement :: souvent :: toujours ::

## **V--VOS BESOINS DE FORMATION**

- la visite post-natale et ses différents items est un sujet d'intérêt pour votre pratique : :: oui :: non

- souhaiteriez-vous voir le sujet traité en Formation Médicale Continue (FMC) : :: oui :: non

- pouvez-vous préciser les points qui sont pour vous les plus importants à approfondir :

- à votre avis, le caractère obligatoire de cette visite reste-t-il justifié: :: oui :: non  
(n'hésitez pas à commenter votre réponse)

# BIBLIOGRAPHIE

Par ordre d'apparition dans le texte....

1. Cluett E, Alexander J, Pickering R. What is the normal pattern of uterine involution? An investigation of post-partum uterine involution measured by the distance between the symphysis pubis and the uterine fundus using a paper tape measure. *Midwifery* 1997;13:9-16.
2. Woessner J, Brewer T. Formation and breakdown of collagen and elastin in the human uterus during pregnancy and post-partum involution. *Biochem J.* 1963;89:75-82.
3. Browne F. Antenatal and postnatal care. 2nd edn. London: J & A Churchill Ltd, 1937.
4. Monseigneur Massillon. Rituel du diocèse de Clermont-Ferrand. 1733
5. Sandeale J. "Le docteur Herbeau". 1841
6. Auverdin A.C. La consultation post-natale. Thèse médecine Lille 2. 1997
7. Merger R, Levy J, Melchior J, Précis d'obstétrique, 3è ed.. Editions Masson. 1967
8. Crimail P, Hainaut F, Poullain JC. La consultation post-natale. Ed. Masson 1995-Paris
9. Lehur PA, Zerbib F. L'examen clinique du périnée féminin à la recherche d'un trouble de la sttisque pelvi-périnéale postérieure. *Med et Hyg* 1998. 56 2221: 1645-1649.
10. Valancogne G, Galaup P. La rééducation pendant la grossesse et dans le post-partum. *Rev. fr. Gynécol. Obstét.*, 1993, 88, 10, 498-508.
11. Baudet JH, Collet D, Marcou A. Suites de couches normales et pathologiques. *Encycl. Méd. Chir;* (Paris, France), Obstétrique, 5110 A 10, 12 - 1984, 14p.

12. Dennis J. The physiology and management of the puerpérium. *Obstétrics*, section 8, 891-901. Churchill Livingstone-1989.
13. Vinatier D, Theeten G, Jude B, Carré A, Mounier JC. Accidents thromboemboliques et gravidopuerpéralité. *Encycl. med. Chir. (Elsevier, Paris) gynécologie/obstétrique* 5044,f 10, 1996, 13 p.
14. Dreyfus R, Serfaty D. Contraception du post-partum. *La contraception*, cha. 52,569-579.1992.
15. Guionnet B, Codaccioni X. Les suites de couches normales et pathologiques. *Obstétrique*, chap. 3, 846-861. Ellipses. Paris - 1995.
16. Gray RH, Campbell OM, Zacur HA, Labbok MH, Mac Rae SL. postpartum return of ovarian activity in non breastfeeding women monitored by urinary assays. *Journal of clinical endocrinology and métabolism*, 1987, 645-650.
17. Iris Y, Wan G, Fraser IS. Reproductive function and contraception in the post-partum period. *Obstetrical an gynecological survey*, 1994, vol. 49, n°1, 56-63.
18. Monnier JC, Boulinguez J, Lanciaux B, Boulogne M, Dognin C, Farine MO. L'inhibition de la lactation par la bromocriptine. *J. Gyn. Obst. Biol. Repr.* 1980,9 757-764.
19. Horovitz J, Hocke C, Roux D, Dubecq JP. Suites de couches normales et pathologiques. *Encycl. Méd. Chir.(Paris- France),Obstétrique*, 5110- A 10 1994,11 p.
20. Quereux C, Dron Seruzier A, Fruchet D. Post-partum: quelle contraception? *Gyn. Obstet.* n° 327, 15/02/1999, 22-25.
21. Codaccioni X, Puech F, Leroy JL, Switala I. Allaitement maternel: quelle contraception? *Rev. fr. Gynécol. Obstet.* 1995, 90, 302-305.

22. Chiche F, Dupré La Tour M, Carbonne B. Le post-partum normal et ses complications. Impact médecin Hebdo . 26/05/1995. Les dossiers du praticien n° 282- Le post partum: 3- 9.
23. Kennedy KI, Visness CM. Contraceptive efficacy of lactational amenorrhoea. Lancet 1992,339, (8787), 227-230.
24. van Unnick GA, van Roosmalen J, Lactation-induced amenorrhea as birth control method. Ned Tijdschr Geneesk 1998 Jan 10;142(2) : 60-62.
25. Hardy E, Santos LC, Osis MJ, Carvalho G, Cecatti JG, Faundes A. (Universidade Estadual de Campinas, Brazil). *Contraceptive use and pregnancy before and after introducing lactational amenorrhea (LAM) in a postpartum program.* Adv Contracept 1998 Mar;14(1) :59-68.(PMID: 9587009)
26. Tikka M. Advice on contraception for new mothers in Finland. Katilolehti 1998 Jan;103(1):21-22.
27. Roger IS. Lactation and fertility. Early Hum Dev 1997 Oct 29;49 suppl: S 185-190. (PMID: 9363426)
28. Kennedy KI. Post-partum contraception. Baillieres Clin. Obstet. Gynaecol 1996, Apr.10(1) : 25-41. (PMID:8736720)
29. Diaz S, Zepeda A, Maturana X, Reyes MV, Miranda P, Casado ME, Peralta O, Croxatto HB. Fertility regulation in nursing women.IX. Contraceptive performance, duration of lactation, infant growth, and bleeding patterns during use of progesterone vaginal rings, progestin-only pills, Norplant implants and Copper T 380-A intrauterine devices. (consultario de planificación familiar, Instituto Chileno de Medicina Reproductiva, Santiago, Chile.) Contraception 1997 oct;56(4) :223-32.

30. Lopes P, Mensier A, Boudineau M, Multon O. Contraception: méthodes, efficacité, choix, contre-indications, surveillance, risques. *Revue du praticien*, 1999.
31. Xu J, Zhuang L, Yu G. Comparison of two techniques used immediate postplacental insertion of TCu 380A intrauterine device: 12 month follow-up of 910 cases.( article in Chinese). *Chung Hua Fu Chan Ko Tsa Chih* 1997 Jun;32 (6) : 354-357
32. Hernandez Valencia M, Becerril Flores LC. Use of modified intrauterine device (IUD) TCu 380 with chromium folaments in the immediate postpartum. (article in Spanish). *Ginecol Obstet Mex* 2000 Feb;68:70-76.
33. Benedek T. Parenthood as a developmental phase. *J Am Psychoanal. Ass.* 1959;7:389-417.
34. Racamier PC. Le nourrisson et sa famille. Paris. Collection l'enfant ,1990: 149-158.
35. Racamier PC, Sens C, Carretier L. La mère, l'enfant dans les psychoses du postpartum. *Evol.Psychiat*, XXVI, 1961: 525-570.
36. Winnicott DW. "La préoccupation maternelle primaire". In : De la pédiatrie à la psychanalyse. Paris, Payot, 1969 : 168-174.
37. Cox JL, Murray D, Chapman G. A controlled study of the onset, duration and prevalence of postnatal depression. *British Journal of Psy*, 1993;163: 27-31.
38. Lemperiere T, Rouillon F, Lepine JP. Troubles psychiques liés à la puerpéralité. *Encycl. Med. Chir. ( paris). Psychiatrie*, 1984, 37660 A 1 : 1-12.
39. Halloran J, Gunn J, Young D. Shared Obstetric care: the general practitioner's perspectives. *Aust NZ Obstet. Gynaecol* 1992;32:301-305.
40. Ahokas AJ, Turtiainen S, Aito M. Sublingual oestrogen treatment of postnatal depression. *Lancet* 1998; 351:109-112.

41. Bleher M. Les troubles psychologiques du post-partum: enquête auprès de médecins généralistes, de pédiatre, de gynécologues-obstétriciens du Morbihan. Thèse de médecine. Nantes 1999.
42. Mozingo JN, Davis Mw, Droppleman PG, Merideth A. "It wasn't working." Women's experiences with short-term breastfeeding. MCN Am J Matern Child Nurs 2000 may-Jun;25 (3) : 120-126.
43. Sutter AL, Bourgeois M. Pathologie dépressive de la grossesse et du post-partum. la Revue du Praticien, 1994;266 : 30-32.
44. Rosfelter P. Bébé blue: la naissance d'une mère. Edition Calmann-Levy 1994: 276pp
45. Serrusier C. Eloge des mauvaises mères. Epi. Hommes et perspectives.1992:188pp
46. Cox JL, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression. British Journal of Psychiatry. 1987; 150: 782-786.
47. Guedeney N, Fermanian J, Guelfi JD, Delour M. Premiers résultats de la traduction de l'Edinburgh Post-Natal Scale sur une population parisienne. Devenir, 1995, 7;2:69-92
48. Hannah P, Adams D, Lee A, Glover B, Sandler M. Links between early post-partum mood and postnatal depression. Br. J. Psychiatry, 1992, 160:777-780.
49. Pitt B. Maternity blues. British Journal of Psychiatry 1973; 122:0431-433.
50. Carbonne B, Grangé G. Le post-partum des grossesses compliquées. Impact Medecin Hebdo. Les dossiers du praticien, n°282 - Le post-partum. Mai 1995
51. Tan YY, Yeo SH, Liauw Pc. Is postnatal oral glucose tolerance testing necessary in all women with gestationnal diabetes. Singapore Med J 1996 Aug;37(4) : 384-388.

52. Mayrhofer G. Thyroïdite du post-partum. Réalités en Gynécologie-Obstétrique. Janv 2000. N°47:15-17.
53. Perlemuter G. Endocrinologie, diabétologie, nutrition. Ed ESTEM, Ed Med-Line , 1994 : 40.
54. Leenhardt L. Hypothyroïdie et grossesse. Réalités en Gynécologie-Obstétrique. Janv 2000. N°47:10-14.
55. Luton D, Vuillard E, Volumenie JL, Sibony O. Maladie de basedow et grossesse. Réalités en Gynécologie-Obstétrique. Janv 2000. N°47:6- 9.
56. De Singly F, Commaille J. La question familiale en Europe, logiques sociales. L'Harmattan, Nov 1997 : 335 pages.
57. Dahan E. L'approche psychologique. Histoire d'un rendez-vous, in " la consultation post-natale". Crimail PN, Hainaut F, poulain JC. Editions Masson, 1994 :145 pp.
58. Glazener CMA, Mc Arthur C, Garcia J. Postnatal care: a time for a change. Contemp. rev. Obstet Gynaecol, 1993; 5:130-136.
59. Gunn J, Lumley J, Young D. The role of the general practitioner in postnatal care: a survey from australian general practice. British journal of General Practice, 1998;48 : 1570-1574.
60. Chambonnet JY, Michel I. Quelles difficultés à l'arrivée d'un bébé? Une étude réalisée auprès de 288 familles et de 75 médecins généralistes. Rev Prat Med Gen 1999; 13(474): 1665-1668
61. Mercier G et coll. Grossesse et activité sexuelle. La vie médicale au Canada français, vol.2, mars 1982: 146-152.

62. Ryding EL. Sexuality during and after pregnancy. Acta. obstet. Gynécol. Scand 1984, 63, 679-682.
63. Glazener CMA. sexual function after childbirth: women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. British journal of obstetrics and gynecology, march 1997, vol. 104: 330-335.
64. Alder EM. Sexual behaviour in pregnancy, after childbirth and during breast-feeding. Bailliere's clinical obstetrics and gynaecology, vol. 3, n°4, déc. 1989, 805-821.
65. Berthet J. Ghizinghelli A, Racinet C. Contraception, fertilité, sex., 1991, vol.19, n°1, 71-74.
66. Cox JL, (MARCE Society), "Postnatal depression changing child birth and faltering families", Registration Number: 326797.
67. Glasier AF, Logan J, McGlew TJ. Who gives advice about postpartum contraception? Contraception 1996 Apr;53(4): 217-220.
68. Gasquet-Pistre (de) B. L'incontinence urinaire d'effort chez les multigestes: constats et propositions de prévention en pré, per, et post-partum. Thèse médecine Bobigny. 1992
69. Wickberg B, Hwang CP. Counselling of postnatal depression: a controlled study on a population based swedish sample. J Affect Disord 1996 ; 39:209-216.
70. Thome M, Alder B. A telephone intervention to reduce fatigue and symptom distress in mothers with difficult infants in the community.(Departement of Nursing, University of Iceland, Eirberg, Reykjavik). J Adv Nurs 1999 Jan;29(1) :128-137.

71. O'Hara MW. Rates and risk of postpartum depression. *Int. Rev. Psychiatry* 1996 ; 8:37-54.
72. Quemener N. Décompensations dépressives et post-partum. Thèse médecine. Brest 2001.
73. Kjos SL. Postpartum care of the woman with diabetes. *Clin obstet Gynecol* 2000, mar;43(1): 75-86.
74. Cotellet-Bernede -Préparation à la reprise des activités physiques et sportives après l'accouchement. *Kiné Scient*,1989, 281, 43-46.
75. Cotellet O. Guide pratique de rééducation urogynécologique, pp.69-80. Paris, Ellipses, 1986.
76. Conférence de consensus en cours du 14/03/03 à Paris. "Thrombophilie et grossesse".
77. Kennedy KI. Post-partum contraception. *Baillieres Clin. Obstet. Gynaecol* 1996 Apr.10 (1) : 25-41.(PMID:8736720)
78. Gunn J. The six week postnatal check up. Should we forget it? *Australian physician* Vol. 27, n° 5, May 1998: 399-403.
79. Préprogramme du XXVIII<sup>è</sup> colloque du syndicat national des médecins de protection maternelle et infantile (SNMPMI); vendredi 29 et samedi 30/11/02: "périnatalité, les réseaux,entre lien technique et lien social. Nécessités? Réalités?" à la faculté Lariboisière, Paris 10<sup>è</sup>.
80. Le Haut Comité de santé Publique. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan de périnatalité. Coll. Avis et Rapport. Janvier 1994. Edition ENSP : 255 pp.

81. Senand R, Chambonet JY, Bonnet S. Prise en charge des événements de vie en médecine générale. La Revue du Praticien - Médecine Générale - 1997; 11: 382-383.

NOM: DITTENIT Ben AMMAR

PRENOM : Cécile

Titre de thèse: LA PRATIQUE DE LA VISITE POST-NATALE  
EN MEDECINE GENERALE

---

### Résumé

La visite post-natale est la dernière consultation prévue par le calendrier de suivi de grossesse , réalisée dans le post-partum, dans le délai de 6 à 8 semaines après l'accouchement. Les patientes peuvent s'y soumettre en cabinet de médecine générale ou réaliser cette consultation avec leur gynécologue-obstétricien.

Les fondements historiques de cette visite et ses enjeux sont repris autour des 4 thèmes qui la caractérisent: -le lien mère-enfant et les troubles dépressifs du post-partum

-le périnée: évaluation et rééducation

-fertilité, sexualité et contraception

-suivi des pathologies de la grossesse et du post-partum

Après en avoir rappelé les bases anatomiques, physiologiques, psychopathologiques et pathologiques, nous décrivons leur étude clinique et les conséquences thérapeutiques lors du déroulement de la visite post-natale.

Une enquête réalisée auprès de 200 médecins de famille de Loire-Atlantique nous permet d'établir les spécificités de cette consultation lorsqu'elle est réalisée en cabinet de médecine générale. Après avoir analysé les données recueillies sur les pratiques des médecins traitants, nous pouvons identifier les sujets qui doivent être abordés dans le cadre de leur Formation Médicale Continue (FMC).

La perception de cette consultation par les médecins et les patientes nous amène à reconsidérer ses objectifs et sa place dans le suivi du post-partum. Le médecin de famille reste le praticien central dans cette prise en charge, parmi les autres intervenants du post-partum avec lesquels un travail synergique en réseau doit s'organiser.

---

### Mots-clés

- Visite post-natale
- post-partum
- lien mère-enfant
- médecin de famille
- enquête de pratique
- formation médicale continue
- réseau