

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
Faculté de Médecine

Année 2019

2019 TOU3 1135

THÈSE

Pour le diplôme d'état de docteur en médecine

MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marion PUECH

Le 17 octobre 2019

**La consultation du Post-Partum :
une consultation négligée ?**

Enquête auprès des femmes de Haute-Garonne sur la fréquence de réalisation de la visite post-natale et les pratiques des professionnels de santé l'ayant effectuée.

Directrice de thèse : Dr Isabelle FRAY

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Madame le Docteur Motoko DELAHAYE

Assesseur

Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC

Assesseur

Madame le Docteur Isabelle FRAY

Assesseur

Madame le Docteur Fanny CAHUZAC

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2018

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ALBAREDE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. BARTHÉ Philippe	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henri	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas		
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric		
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges		
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette		
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline		
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean		
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel		
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.		
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique		
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri		
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean		
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.		
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel		
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean		
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard		
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles		
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard		
Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques		
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle		
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		
Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques		
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis		
Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard		
Professeur Honoraire	M. HOFF Jean		
Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis		
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves		
Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques		
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche		
Professeur Honoraire	M. LARENG Louis		
Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck		
Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves		
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul		
Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François		
Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude		

Professeurs Émérites

Professeur ADER Jean-Louis
Professeur ALBAREDE Jean-Louis
Professeur ARBUS Louis
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth
Professeur BOCCALON Henri
Professeur BONEU Bernard
Professeur CARATERO Claude
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Hugues
Professeur CONTE Jean
Professeur COSTAGLIOLA Michel
Professeur DABERNAT Henri
Professeur FRAYSSE Bernard
Professeur DELISLE Marie-Bernadette
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard
Professeur JOFFRE Francis
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LARENG Louis
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude
Professeur MASSIP Patrice
Professeur MAZIERES Bernard
Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur MURAT
Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur SALVAYRE Robert
Professeur SARRAMON Jean-Pierre
Professeur SIMON Jacques

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

P.U. - P.H.

Doyen : D. CARRIE

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

2ème classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAVALD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. PARINAUD Jean (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARTIN-BLONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre

Professeur Associé Médecine générale

M. ABITTEBOUL Yves

M. POUTRAIN Jean-Christophe

Professeur Associé en Neurologie

Mme PAVY-LE TRACON Anne

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. ACCADBLED Franck	Chirurgie Infantile	M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	M. BERRY Antoine	Parasitologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie	M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépatogastro-entérologie	Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STOWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muniel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	Mme LAPRIE Arine	Radiothérapie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie, Eco. de la Santé et Prévention	Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Héléne (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie	P.U. Médecine générale	
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation	Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation	Professeur Associé de Médecine Générale	
M. OTAL Philippe	Radiologie	M. BOYER Pierre	
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition	Professeur Associé en Pédiatrie	
M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie	Mme CLAUDET Isabelle	
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		
Professeur Associé de Médecine Générale			
M. STILLMUNKES André			

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANDET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédéric	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALLINER Anne	Nutrition
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
Mme ESCOURROU Brigitte

Maitres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr FREYENS Anne
Dr IRI-DELAHAYE Motoko
Dr CHICOULAA Bruno

Dr BIREBENT Jordan
Dr BOURGEOIS Odile
Dr LATROUS Lella

REMERCIEMENTS

Au président du jury,

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE
Professeur des Universités de Médecine Générale,
Médecin généraliste

Vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous remercie de l'intérêt porté à mon travail. Votre investissement, votre pédagogie et votre empathie à l'égard des internes de médecine générale auront marqué mon cursus. J'espère que vous trouverez dans ces lignes l'expression de mon plus profond respect.

Aux membres du jury,

Madame le Docteur Motoko DELAHAYE
Maître de conférences Associé,
Médecin Généraliste

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger dans ce jury de thèse, j'en suis honorée. Veuillez recevoir ici l'expression de toute ma reconnaissance.

Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC
Maître de conférences Universitaire,
Médecin Généraliste

Je vous remercie d'avoir accepté avec enthousiasme de faire partie de ce jury et pour l'attention que vous avez bien voulu porter à ce travail. Recevez ici ma profonde gratitude.

Madame le Docteur Isabelle FRAY
Médecin généraliste

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. Reçois ici toute ma reconnaissance pour ton aide, ta pédagogie et ton incroyable disponibilité qui m'ont été précieuses dans ce travail. J'espère qu'il est à la hauteur de tes espérances.

Madame le Docteur Fanny CAHUZAC
Médecin généraliste

Je te remercie profondément d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Ton intérêt pour ce travail, ta présence et ton soutien m'ont été, me sont et me seront d'une grande aide !

A mes maîtres qui m'ont accompagnée durant tout mon internat et m'ont transmis leurs connaissances :

A l'équipe de gériatrie d'Auch, aussi bien médicale que paramédicale, qui m'a accompagnée dans mes premiers moments d'internat, pas toujours faciles. Merci de votre soutien et de votre empathie pour les petits « bébés » que nous étions ! « Équipe de choc », je n'oublierai pas nos batailles d'eau et nos fous rires !

Aux médecins, infirmier(e)s et aides soignantes des urgences de Tarbes, je vous remercie pour votre sourire et votre bonne humeur dans les moments les plus difficiles, comme dans les meilleurs, de mon internat. Je garde en mémoire nos innombrables soirées « professionnelles » !

Aux Drs Zadro et Hureau qui m'ont accompagnée dans mes premiers pas en médecine générale. Vous m'avez ouvert les yeux sur notre incroyable spécialité, je ne vous en remercierai jamais assez.

Au Dr Smail, merci pour ta rigueur et les connaissances que tu m'as transmises.

Aux Drs Dufor et Ferreira, merci d'avoir alimenté ma passion pour la santé de la femme. Vous m'avez aidé à mieux comprendre les patientes et je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée.

Aux Drs Julien, Biezunski, Bellanger et Briffod, merci de votre disponibilité. Vos debriefs m'ont permis d'acquérir de nombreuses connaissances, de prendre confiance en moi et de me sentir de plus en plus à l'aise avec les patients.

A toute l'équipe de diabétologie-nutrition du centre hospitalier de Salies-du-Salat, un immense merci à vous toutes pour votre pédagogie, votre patience et votre bonne humeur. J'ai adoré ces quelques mois passés à vos côtés, et cet apprentissage de l'éducation thérapeutique. Votre bienveillance envers moi et mon « gros bidou » m'a marquée.

A toute l'équipe de rééducation fonctionnelle du centre hospitalier de Salies-du-Salat, merci de votre empathie envers les moments difficiles que j'ai traversé à vos côtés. Partie précipitamment, j'aurais souhaité que ce stage se prolonge pour mieux vous connaître et continuer d'apprendre à vos côtés.

A ma famille,

A mon Papa et ma Maman, merci de m'avoir transmis ce « virus » qui nous amène à prendre soin des autres avec tant de bienveillance et au-delà de tout jugement. Si je suis là aujourd'hui c'est grâce à vous. Merci d'avoir pris soin de moi durant toutes ces années, et de toutes les belles valeurs que vous m'avez transmises. Merci d'être là pour le meilleur et pour le pire, je vous aime.

A mes frères et belles-sœurs, loin des yeux mais toujours près du cœur.

Hugo, « mon grand frère ce héros », les pieds sur terre et la tête dans les nuages ! Merci pour ces belles années de coloc, merci de ta présence et de ton soutien inconditionnel.

Émilie, tu es pour moi un exemple de gentillesse et de joie de vivre. Merci de m'avoir transmis ta passion pour la médecine générale et de m'avoir fait rêver avec cette spécialité pendant tout mon externat.

Charles, mon nounou ! Les années passent et tes charleries me manquent... Aurais-tu grandi ?! Merci d'être là avec ta joie de vivre pour partager chaque étape de cette grande aventure qu'est la vie.

Marie, la dernière arrivée dans la famille mais pas des moindres ;) Je suis très heureuse que ta route ait croisé celle de mon frère. Ta bonne humeur et ton sourire nous enchantent à chaque retrouvaille en famille ! Merci de prendre soin de mon nounou au quotidien avec autant de bienveillance.

A ma nièce Jade-Océane et mon nouveau petit neveu Alexian, Tatie Marion, alias tat'ail vous aime fort ! Un merci spécial pour toi ma pipou d'amour d'avoir égayé mes pauses avec tes câlins de bébé pendant mes loooooongues périodes de révision des ECN.

A tous mes oncles et tantes, cousins et cousines, merci pour votre soutien et vos encouragements tout au long de mon apprentissage de la médecine, et de la vie ! Un merci tout particulier à vous Tatie Annie, Florence et Carla, d'être témoin aujourd'hui de l'aboutissement de ces longues années d'études.

A ma belle famille,

A mes beaux parents, Maité et Pascal, merci de m'avoir accueillie aussi chaleureusement au sein de votre famille, je n'aurais jamais pu rêver mieux. Merci pour toutes vos attentions et tout l'amour que vous nous témoignez. Vous le savez, je ne vous remercierai jamais assez pour tout le soutien et toute l'aide que vous nous apportez, sans vous ce travail n'aurait pas été aussi abouti.

Aux « M&M » et mon petit neveu Maxence, merci pour tous ces beaux moments partagés, je vous en souhaite encore beaucoup.

Aux absents, partis toujours trop tôt ... Ceux qui auraient été fiers de me voir soutenir ma thèse aujourd'hui, mais qui ne peuvent être présents que dans nos cœurs.

A mon grand-père, Albert, que j'aurais aimé connaître et qui est probablement à l'origine de ce « virus » familial. Tu y es sans doute pour quelque chose si je suis là aujourd'hui.

A ma mamie Odette, merci pour toute l'attention que tu nous as portée, pour ta gentillesse, ta bienveillance et ton amour inconditionnel.

A mon Papy Pierrot, parti bien trop tôt, et à ma Mamie Mimi chérie, toujours présents et aimants dans les étapes importantes de ma vie, mon refuge dans la tempête. Si vous saviez comme j'aurais voulu vous avoir près de moi aujourd'hui et comme vous me manquez...

A mes ami(e)s,

A Jérémy, mon frerot, présent depuis nos 1ères couches ! Nous ne portons plus de couches, mais notre amitié est toujours là, plus de 32ans après, merci d'avoir su l'entretenir au fil des années. Merci aussi pour cette magnifique rencontre avec celle qui est devenue ta femme il y a un peu plus de 5 ans, Charlène. C'est un vrai bonheur de voir nos petits grandir ensemble, vivement les suivants ;)

A tous ceux qui ont fait du cursus de médecine, les années les plus douces de ma vie et, cerise sur le gâteau, sont encore là après toutes ces années pour me faire rire, réfléchir, pleurer et chanter !

Au club des 7 ! On a fait ensemble un bon bout de chemin qui nous a mené de Toulouse à l'autre bout du monde, j'espère qu'il sera encore long et parsemé de beaux voyages !

A Laure, présente bien avant le commencement ! Merci pour ton amitié sans faille et ton sourire toujours au rendez-vous.

A Marine, je n'oublierai jamais notre rencontre mémorable au week-end d'intégration ! Notre amitié a bien grandi depuis et n'a jamais failli. Ta simple présence me fait du bien.

A Elé, mon modèle, de femme et de maman. Toujours un mot pour me faire rire et une phrase pour me reconforter.

A Claire, merci pour ces fous-rires et ces soirées sur ta terrasse ! Tu es une femme incroyable et une alliée précieuse pour traverser la vie.

A Marianne, je suis tellement heureuse que nos chemins se soient croisés et nous aient mené à cette belle amitié.

Et parce que quand on aime on ne compte pas, voici pour toi ma Fanouch' des remerciements un peu moins formels ;) Avoir une amie dans son jury de thèse est une première dans notre groupe ! J'ai pris mon temps pour la soutenir et juste pour le plaisir de te voir siéger là aujourd'hui et de partager ce moment avec toi, j'en suis ravie.

Merci pour ton côté nature et de savoir rire de tout, y compris de toi même !

Et voilà, je clôture le bal des thèses du club des 7, nous voilà toutes Docteur !!

A Pov' Thomas, toujours là quand il faut et parce que tu sais toujours nous faire rire, même dans les moments les plus difficiles.

A ma petite mimi, toujours dispo, pour un p'ti verre ou une grosse soirée, merci d'être là pour le meilleur et pour le « rire » !

A Lucie, un immense merci pour ta gentillesse et ton soutien. Tu m'as aidé a reprendre confiance en moi lors de ma reprise après l'arrivée de Mathys et ton interet porté à ce travail me touche énormément.

A tous les autres, Ben, Mathilde (notre « Tata » !), Thomas, Boubou, Alex, Simon, ... et bien d'autres, qui avez su faire de mes premières années de médecine une fête au quotidien. Sans oublier ceux rencontrés un peu plus tard grâce à notre passion commune pour le kitesurf, et que je retrouve toujours avec un immense plaisir ! Kéké et Angèle vous vous reconnaitrez bien sûr dans ces quelques lignes ;)

A toutes mes belles rencontres de l'internat qui ont rendu ces trois années inoubliables.

A mes co-internes de l'« équipe de choc » de gériatrie : Anne, Clément et Hugo, et à tous les autres Auscitains : Anna, Arthur, Isa, Coomy, Guillaume, Macha, Gauthier G, Pauline, Magali, Paul, Gauthier E. et Bastien.

A mes coloc de Tarbes : Jojo, Caro, et Laurence, et à tous les autres ch'tarbaïs : Jeanne, Vincent, Aline, Pierre, Bastien, Julie, François, Charlotte, Victor, mika, Momo et Jérémy.

A mes adorables co-internes de Salies-du-Salat qui ont pris soin de moi pendant les derniers mois de ma grossesse, Naia et Thierry.

A Mathys,
« mon amour, ma vie, mon cœur »,
mon rayon de bonheur.

A toi mon ti bou,
La plus belle rencontre que la vie ait mise sur mon chemin.
Merci de supporter mon « sale caractère » et merci pour ton soutien sans faille, dans les
bons moments comme dans les moins bons !
Merci pour toutes ces belles années et ce petit bout de nous que nous chérissons tant,
Je nous en souhaite encore beaucoup ... de belles années, et de petits bouts ;))
Je t'aime.

« Vivre, c'est apprendre à aimer »

Abbé Pierre

Abbé, Prêtre, Religieux (1912 - 2007)

UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
Faculté de Médecine

Année 2019

2019 TOU3 1135

THÈSE

Pour le diplôme d'état de docteur en médecine

MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marion PUECH

Le 17 octobre 2019

**La consultation du Post-Partum :
une consultation négligée ?**

Enquête auprès des femmes de Haute-Garonne sur la fréquence de réalisation de la visite post-natale et les pratiques des professionnels de santé l'ayant effectuée.

Directrice de thèse : Dr Isabelle FRAY

JURY

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE

Président

Madame le Docteur Motoko DELAHAYE

Assesseur

Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC

Assesseur

Madame le Docteur Isabelle FRAY

Assesseur

Madame le Docteur Fanny CAHUZAC

Assesseur

TABLE DES MATIÈRES :

Liste des tableaux	3
Liste des abréviations utilisées.....	4
I – Introduction	5
II – Matériel et méthodes :	8
1. Type d'étude	8
2. Population étudiée	8
3. Le questionnaire	8
4. Recueil de données	8
5. Analyse statistique	9
III – Résultats :	10
1. Population de l'étude	10
2. Caractéristiques des femmes n'ayant pas effectué la consultation du PP et motifs de non réalisation	11
3. Caractéristiques de la consultation du PP quel que soit le professionnel de santé.....	12
a) Généralités	12
b) Déroulé de la consultation	14
c) Retour des patientes	17
4. Caractéristiques de la consultation du PP en fonction des professionnels de santé	18
a) Généralités	18
b) Déroulé de la consultation	22
c) Retour des patientes	26
IV – Discussion	28
1. Forces et limites de l'étude	28
a) Biais de l'étude	28
b) Forces de l'étude	28
2. Caractéristiques de notre population d'étude	29
3. Améliorer la participation à la consultation du PP	29
a) Renforcer l'activité du médecin généraliste	30
b) Informer les patientes	31

c)	Encourager la pratique du tiers-payant	31
d)	Identifier les femmes à risque de rupture du continuum de soins dans le PP	32
4.	Mieux prendre en charge les femmes lors de la consultation du PP	32
a)	Préserver du temps pour aborder les thèmes clefs de la consultation du PP	32
•	Contraception	32
•	Allaitement	32
•	Évaluation de l'état psychique	33
b)	Appliquer les recommandations nationales	34
•	Prescription de la rééducation périnéale	34
•	Examen clinique et frottis cervico-utérin	34
c)	Déconseiller la présence du nourrisson ?	35
d)	Réviser le calendrier de suivi dans la période du PP	35
V – Conclusion	37
Références bibliographiques	39
Annexe 1 : Affiche de recrutement des patientes	43
Annexe 2 : Le questionnaire.....		44
Résumé		

LISTE DES TABLEAUX :

Tableau 1 : Population de l'étude.

Tableau 2 : Femmes ayant réalisé la consultation du PP versus celles ne l'ayant pas réalisée.

Tableau 3 : Motifs avancés par les patientes n'ayant pas réalisé la consultation du PP.

Tableau 4 : Généralités sur la consultation du PP, quel que soit le professionnel de santé .

Tableau 5 : Déroulé de la consultation du PP, quel que soit le professionnel de santé.

Tableau 6 : Impact des complications de grossesse sur les prescriptions médicales.

Tableau 7 : Effet de la présence du nourrisson sur les thèmes abordés.

Tableau 8 : Retours des patientes sur leur consultation du PP, quel que soit le professionnel.

Tableau 9 : Généralités sur la consultation du PP en fonction des professionnels de santé.

Tableau 10 : Déroulé de la consultation du PP en fonction des professionnels de santé.

Tableau 11 : Réalisation du FCU à l'examen physique.

Tableau 12 : Prescription des séances de rééducation périnéale.

Tableau 13 : Retours des patientes sur leur consultation du PP en fonction des professionnels de santé.

ABRÉVIATIONS

PP : Post-Partum.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français.

CHU : Centre Hospitalier Universitaire.

CHR : Centre Hospitalier Régional.

CMU : Couverture Maladie Universelle.

ACS : Aide au paiement d'une Complémentaire Santé.

AME : Aide Médicale de l'État.

FCU : Frottis Cervico-Utérin.

SMS : *Short Message System*, Système de Message Succinct.

EPDS : *Edinburgh Postnatal Depression Scale*, Echelle de Dépression Postnatale d'Edimbourg.

I- Introduction :

Le post-partum (PP) est communément défini comme la période débutant 1h après la délivrance et se poursuivant jusqu'au retour de couche, généralement 6 à 8 semaines après l'accouchement chez la femme non allaitante (1). L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) décrit une période 42 jours après l'accouchement où un soutien supplémentaire est nécessaire pour la nouvelle mère et son nourrisson (2).

Le PP représente une période de bouleversements, à la fois psychiques et familiaux : développement de la relation mère-enfant, découverte du nouveau-né et transformation du modèle familial. C'est aussi une période de changements physiques pour la femme qui perd les repères anatomiques liés à sa grossesse. Il s'agit par conséquent d'un moment critique tant pour la santé de la mère que pour celle de l'enfant.

Il semble pourtant que cette période soit souvent négligée et c'est ainsi que la morbidité dans le post-partum reste importante : jusqu'à 94% des femmes présenteront au moins un problème de santé dans le post-partum et plus de la moitié d'entre elles souhaiteraient davantage de conseils et d'aide pour les résoudre (3).

La notion de consultation dédiée du PP dans les 6 à 8 semaines après l'accouchement est apparue dans les années 90 dans le but de diminuer cette morbi-mortalité maternelle (4).

Considérée internationalement comme un reflet de la qualité globale du fonctionnement du système de soins d'un pays, la mortalité maternelle constitue un indicateur clé de santé publique (5). C'est pourquoi, dans le cadre des Objectifs de développement durable, l'OMS souhaite faire passer le taux mondial de mortalité maternelle au-dessous de 70 pour 100 000 naissances vivantes d'ici 2030 (6).

Pourtant, en 2015, avec environ 8 décès pour 100 000 accouchements, la mortalité maternelle française n'arrivait qu'au 18ème rang des pays européens et 26ème rang mondial (7).

Afin de réduire cette morbi-mortalité maternelle, l'OMS recommande 3 visites dans le PP : la première dans les 24h suivant l'accouchement, une deuxième au cours de la 2^{ème} semaine du PP et la dernière à 6 semaines du PP, clôturant ainsi le suivi de grossesse (2).

En France, le cadre légal n'impose qu'une visite du PP qui doit obligatoirement être proposée dans les 8 semaines qui suivent l'accouchement [article R. 2122-3 du code de la santé publique (8)]. Elle est prise en charge à 100 % par l'assurance maladie.

Cette consultation a un rôle de synthèse et d'information pour la patiente, mais également pour ses praticiens habituels. Elle doit identifier les éventuelles complications, séquelles ou conséquences de la grossesse afin de proposer à la patiente une prise en charge adaptée. La visite du PP permet également de rechercher les facteurs de risque pour une prochaine grossesse, notamment ceux qui seraient accessibles à un traitement préventif, permettant ainsi d'améliorer le pronostic d'une grossesse ultérieure.

Dans notre pays, ce sont principalement les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) qui guident la pratique des professionnels lors de cette consultation (9,10).

L'examen clinique doit :

- Être **ciblé** sur les symptômes décrits par la patiente et les éventuelles complications survenues, l'examen gynécologique ne devant pas être systématique
- Comprendre un **frottis cervico-utérin** uniquement si le précédent était pathologique ou s'il datait de plus de 2ans
- Évaluer le **poids** et encourager la perte de poids, l'objectif étant un retour au poids préconceptionnel dans les 6 mois
- Contrôler la **tension artérielle**, en particulier en cas de pathologie gravidique

Plusieurs thèmes doivent être abordés avec la nouvelle mère, et divers conseils sont à délivrer :

- L'**allaitement** doit être soutenu par les professionnels et toute difficulté doit être recherchée et corrigée
- L'arrêt des **toxiques** (tabac, alcool, drogues) est à encourager
- Les **risques des grossesses rapprochées** (< 6 mois) doivent être expliqués
- La **contraception** doit être discutée en évaluant l'observance et la tolérance d'une contraception prescrite en PP immédiat ; elle doit être modifiée si besoin ou prescrite en fonction du projet familial
- Le **statut vaccinal** doit être abordé, en particulier pour la rubéole et la coqueluche nécessitant une vaccination dans le PP immédiat chez les mères séronégatives ; la vaccination contre la grippe saisonnière et la varicelle devrait être discutée ; la réalisation systématique d'une sérologie de la toxoplasmose à 6 semaines du PP n'est pas recommandée
- La **rééducation périnéale** ne doit pas être prescrite systématiquement, elle pourra être réalisée en cas d'incontinence anale, ou d'incontinence urinaire persistant à 3 mois

- La réalisation systématique d'une numération formule sanguine n'est pas recommandée, elle ne doit être prescrite qu'en cas de signes cliniques d'anémie
- Le repérage des **troubles psychiques maternels** et des difficultés de la relation mère–enfant fait partie intégrante de cette consultation
- La reprise de la **sexualité** doit être évoquée, avec ses éventuelles difficultés
- La **reprise du travail** et des **activité sportives** peuvent être discutées
- Enfin, en cas de **pathologie gravidique**, le suivi doit être effectué et la recherche de facteur de risques pouvant être traités avant une nouvelle grossesse doit être entreprise.

Un courrier de synthèse doit être adressé aux médecins correspondants indiqués par la patiente.

Il n'existe que très peu d'études françaises permettant de connaître le nombre de patientes qui bénéficient de cette consultation, et aucune réalisée à l'échelle nationale. En outre, parmi les quelques études françaises sur la consultation du PP, beaucoup se sont attachées à évaluer les connaissances des professionnels de santé, mais aucune n'a évalué le contenu réel de cette consultation. Or, afin d'améliorer la prise en charge dans le PP et de diminuer la morbi-mortalité maternelle, il est plus instructif de mesurer les interventions réellement reçues par les femmes, que de simplement savoir si elles ont réalisé la consultation du PP.

Nous avons donc réalisé ce travail de recherche, dont l'objectif principal est de déterminer, en Haute-Garonne, la proportion de femmes qui effectuent cette consultation et dont l'objectif secondaire est d'évaluer les pratiques des professionnels de santé afin de les comparer aux recommandations du CNGOF de 2015.

II - Matériel et Méthodes :

1. Type d'étude :

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive et transversale, réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire standardisé mis à disposition des patientes dans 20 cabinets de médecine générale et 8 cabinets de sages-femmes, se situant en milieu rural, semi-rural ou urbain de Haute-Garonne.

Les patientes pouvaient soit répondre directement sur la version papier déposée dans les salles d'attente, soit accéder à une version en ligne grâce à un lien mentionné sur une affiche installée dans ces salles d'attente (cf **annexe 1**).

2. Population étudiée :

Toutes les femmes habitant en Haute-Garonne, avec au moins un enfant, ayant accouché depuis plus de 2 mois et après décembre 2015, ont été invitées à répondre au questionnaire.

3. Recueil de données :

Le questionnaire utilisé pour notre étude a été rédigé en 4 parties (cf **annexe 2**) :

A- La première partie comprenait 7 questions relatives aux caractéristiques socio-démographiques des femmes ayant répondu ainsi qu'à leur suivi de grossesse.

B- La deuxième partie concernait la consultation du PP. Après avoir précisé si elles l'avaient réalisée, les femmes devaient répondre à 7 questions cherchant à déterminer les circonstances de sa mise en œuvre. Pour celles qui ne l'avaient pas effectuée, 3 questions permettaient de préciser les raisons de sa non-réalisation.

C- La troisième partie comportait 8 questions sur le contenu de la consultation (thèmes abordés, examen physique et prescriptions).

D- La quatrième partie abordait les souhaits et le ressenti des patientes suite à cette consultation, à l'aide de 7 questions, dont 2 ouvertes.

Ce questionnaire a été testé sur un petit nombre de sujet (n=10) une semaine avant sa diffusion. Ce test nous a permis de corriger certaines incompréhensions ou manque de précision dans la formulation des questions afin d'obtenir des réponses adaptées pour notre analyse. Le temps moyen de réponse était d'environ 4 minutes.

Après accord des différents médecins et sages-femmes des cabinets où les questionnaires ont été déposés, nous avons effectué le recueil de données du 10 Octobre 2018 au 23 Janvier 2019, soit une période de 15 semaines. Une relance par mail a été effectuée à la 5ème et à la 10ème semaine afin que les médecins ou sages-femmes vérifient la visibilité des questionnaires et de l’affiche. Si tous les questionnaires avaient été remplis lors d’une de ces relances, un deuxième dépôt de questionnaires a été effectué.

Nous avons obtenu 318 réponses, dont 286 exploitables. 32 questionnaires ont donc été exclus pour les raisons suivantes :

- Remplissage incohérent ou incomplet du questionnaire
- Participantes ne correspondant pas aux critères d’inclusion (résidence hors Haute-Garonne, accouchement avant décembre 2015 ou il y a moins de 2 mois)

4. Analyse statistique :

La base de données est présentée sous la forme d’un tableau Excel®. L’ensemble des analyses statistiques a été réalisé par le logiciel intégré au site BiostaTGV (*institut Pierre Louis d’Epidémiologie et de Santé Publique UMR S 1136, affilié à l’INSERM et la Sorbonne Université*).

La description de la population ou du contenu de la consultation du PP est exprimé par le calcul d’effectifs et de pourcentages pour les variables qualitatives et par les indicateurs de tendance centrale (moyenne, médiane) et de dispersion (écart-type, écart interquartiles Q1-Q3) pour les variables quantitatives.

Les comparaisons univariées ont été réalisées à l’aide du test du Chi2 pour les variables qualitatives et du test T de Student pour les variables quantitatives. En cas d’écart aux conditions de validité, ils ont respectivement été substitués par leur alternative non paramétrique, le test exact de Fisher et le test de MannWhitney / Wilcoxon.

III- Résultats :

1. Population de l'étude (Tableau 1) :

Les caractéristiques de notre population d'étude sont présentées dans le **tableau 1**.

L'âge moyen était de $32,5 \pm 4,6$ ans. La majorité des femmes vivaient en milieu urbain (63,9%), seulement 14,0% résidaient en milieu rural.

Un peu plus d'un tiers des femmes ont été suivies par une sage-femme au cours de leur grossesse, environ un quart par un un obstétricien et un quart par un gynécologue. Les médecins généralistes n'ont suivi que 12,2 % des femmes de notre étude.

Le taux de réalisation de la consultation du PP dans cette population était de 81,1% (n=232).

Tableau 1 : Population de l'étude :

		Population n=286	
Age (années)	Moyen [σ]	32.5 [4,6]	
	Median [Q1-Q3]	32 [30-35]	
Milieu de vie *	Urbain	180	63,9%
	Semi-rural	66	23,1%
	Rural	40	14,0%
Parité	Primipare	156	54,5%
	Multipares	130	45,5%
Suivi de grossesse	Gynécologue	80	28,0%
	Obstétricien	70	24,5%
	Sage-femme	101	35,3%
	Médecin Généraliste	35	12,2%
Lieu d'accouchement	CHU ¹	87	30,4%
	CHR ²	79	27,6%
	Clinique	120	42,0%
Mode d'accouchement	Voie Basse	239	83,6%
	Césarienne	47	16,4%
Connaissance de l'existence d'une Consultation dédiée du PP	Oui	237	82,9%
	Non	49	17,1%
Réalisation de la Consultation du PP	Oui	232	81,1%
	Non	54	18,9%

* Milieu de vie : (11-13)

- **Urbain** : ville de plus de 2000 habitants avec une densité >300 habitants/km².

- **Semi-rural** : ville de plus de 2000 habitants avec une densité <300 habitants/km²

- **Rural** : ville de moins de 2000 habitants.

CHU ¹ : Centre Hospitalier Universitaire / CHR ² : Centre Hospitalier Régional

2. Caractéristiques des femmes n'ayant pas effectué la consultation du PP et motifs de non réalisation (Tableau 2) :

Les seules différences statistiquement significatives ($p < 0,05$) ont été retrouvées au niveau de :

- L'âge ($p=0,035$)
- La connaissance de l'existence d'une consultation dédiée du PP ($p < 0,001$)

Les femmes qui n'ont pas réalisé la consultation du PP étaient significativement plus âgées et moins au courant de son existence que celles qui l'ont effectuée.

Tableau 2 : Femmes ayant réalisé la consultation du PP Versus celles ne l'ayant pas réalisée.

	Avez vous eu cs du PP ?		p
	NON n=54	OUI n=232	
Age (années) :			0,035
Moyen	33,8	32,2	
Mediane [Q1-Q3] ¹	33 [30-35]	31,5 [31-36,8]	
Milieu de vie :			0.814
Rural	8 14,8%	32 13,8%	
Semi-rural	14 25,9%	52 22,4%	
Urbain	32 59,3%	148 63,8%	
Lieu accouchement :			0.327
CHR ²	11 20,4%	68 29,3%	
CHU ³	20 37,0%	67 28,9%	
Clinique	23 42,6%	97 41,8%	
Mode accouchement :			0.646
Césarienne	10 18,5%	37 15,9%	
Voie Basse	44 81,5%	195 84,1%	
Parité :			0.439
Nb enfant moyen	1,57	1,61	
Mediane [σ] ⁴	1 [0,69]	1 [0,92]	
Primipares	32 59,3%	124 53,4%	
Multipares	22 40,7%	108 46,6%	
Suivi de grossesse :			0.058
Gynécologue	20 37,0%	60 25,9%	
Médecin Généraliste	10 18,5%	25 10,8%	
Obstétricien	12 22,2%	58 25,0%	
Sage Femme	12 22,2%	89 38,4%	
Connaissance de la cs du PP :			<0,001
Non	35 64,8%	14 6,0%	
Oui	19 35,2%	218 94,0%	

[Q1-Q3] ¹ : Écart interquartiles

CHR ² : Centre Hospitalier Régional

CHU ³ : Centre Hospitalier Universitaire

σ ⁴ : Écart type

Parmi les 54 femmes n'ayant pas effectué cette consultation, 70,4% (n=38) ont déclaré qu'elle ne leur a pas été proposée (**Tableau 3**).

Les motifs avancés pour expliquer sa non réalisation ont été :

- L'ignorance de son existence pour la majorité des femmes, 59,3% (n=32)
- Le manque de temps pour 18,5% (n=10)
- L'incompréhension de son intérêt pour 22,2% (n=12)

Tableau 3 : Motifs avancés par les patientes n'ayant pas réalisé la consultation du PP.

		Total	
		n=54	%
Vous a-t-elle été proposée ?			
	Oui	16	29,6%
	Non	38	70,4%
Pourquoi n'a-t-elle pas été réalisée ?			
	• Pas au courant	32	59,3%
	• Pas eu le temps	10	18,5%
	• Pas compris l'intérêt / pas ressenti le besoin	12	22,2%

3. Caractéristiques de la consultation du PP quel que soit le professionnel de santé :

a. Généralités (**tableau 4**) :

Cette consultation était recommandée aux femmes dès la sortie de la maternité dans 50,4 % des cas. Les professionnels la préconisant en dehors de la maternité étaient principalement les sages-femmes (35,7%, n=87) et les gynécologues (32,8%, n=76). Seulement 7,3 % des femmes ont déclaré qu'elle leur a été conseillée par leur médecin généraliste.

Dans notre échantillon, la consultation du PP a été effectuée par :

- un obstétricien dans 38,8% (n=90)
- une sage-femme dans 34,5% (n=80)
- un gynécologue dans 21,6% (n=50)
- un médecin généraliste dans 5,2% (n=12)

Elle a principalement été réalisée entre 6 et 8 semaines du PP (58,2%) et la durée moyenne de cette consultation était de 26,6 minutes (médiane 25, Q1-Q3 : 15-30).

188 femmes de notre échantillon ne bénéficiaient pas d'une exonération habituelle des frais de consultation (CMU, ACS, AME...). Le tiers payant obligatoire n'a été effectué que pour 45,2% d'entre elles.

Tableau 4 : Généralités sur la consultation du PP, quel que soit le professionnel de santé.

		Total	
		n=232	%
Recommandée par :			
	Maternité	117	50,4%
	Sage-femme	87	37,5%
	Gynécologue	76	32,8%
	Précédente grossesse	28	12,1%
	Médecin généraliste	17	7,3%
	Sécurité sociale	6	2,6%
	Amie	2	0,9%
	Internet	1	0,4%
Professionnel l'ayant réalisée :			
	Obstétricien	90	38,8%
	Gynécologue	50	21,6%
	Sage-femme	80	34,5%
	Médecin généraliste	12	5,2%
Date de réalisation :			
	<2 semaines PP	17	7,3%
	2-6 semaines PP	59	25,4%
	6-8 semaines PP	135	58,2%
	> 8 semaines PP	21	9,1%
Durée (minutes) :			
	Moyenne	26,6	
	Médiane [Q1-Q3]	25 [15-30]	
	5-10 minutes	12	5,2%
	10-15 minutes	19	8,2%
	15-20 minutes	83	35,8%
	>20 minutes	103	44,4%
	≥ 1 heure	15	6,5%
Présence du nourrisson :			
	Oui	169	72,8%
	Non	63	27,2%
Pratique du tiers-payant :			
	Oui	104	44,8%
	Non	128	55,2%
	<i>Femmes sans exonération*</i>	<i>n=188 (81%)</i>	
	Tiers-payant Oui	85	45,2%
	Non	103	54,8%

* Exonération des frais de consultation (CMU, ACS, AME...).

b. Déroulé de la consultation (tableau 5) :

Concernant les thèmes abordés lors de cette consultation, la contraception a été discutée dans plus de 90% des cas. Les thèmes évoqués dans environ la moitié des consultations ont été l'allaitement, l'état psychique de la mère (moral), la reprise d'une activité physique et la reprise des rapports sexuels. Les autres thèmes n'ont été abordés que dans moins d'un tiers des cas.

Lorsque l'évaluation de l'état psychique de la mère a été effectuée (53 % des consultations), seuls la relation avec le nouveau-né et le sommeil ont été abordés dans plus de trois quarts des entretiens.

Lors de l'examen physique, la quasi-totalité des femmes ont eu un examen gynécologique et 70% une mesure de la tension artérielle. Environ une femme sur deux a été pesée et a eu une palpation mammaire.

Des séances de rééducation périnéale ont été prescrites dans 88,8% des cas, et des analyses de sang dans 24,1%.

Enfin, 16 femmes (6,9%), ont déclaré avoir abordé d'autres thèmes lors de cet entretien, principalement la cicatrisation des lésions post accouchement et les douleurs dans le PP.

Tableau 5 : Déroulé de la consultation du PP, quel que soit le professionnel de santé.

		Total	
Thèmes abordés :		n=232	
	Contraception	210	90,5%
	Allaitement	139	59,9%
	Moral	123	53,0%
	Reprise d'une activité physique	120	51,7%
	Intimité du couple	112	48,3%
	Reprise du travail	76	32,8%
	Consommation de toxiques	40	17,2%
	Vaccinations	37	15,9%
	Poids	27	11,6%
<i>Femmes ayant eu une complication gravidique (n=66)</i>		n=66 (28%)	
Complication abordée :	Oui	50	75,8%
	Non	16	24,2%
Évaluation psychique (n=123) :		n=123 (53%)	
	Relation avec le nourrisson	102	82,9%
	Sommeil	93	75,6%
	Évaluation du soutien familial	72	58,5%
	Relation avec le papa	69	56,1%
	Surmenage	56	45,5%
	Relations sociales	43	35,0%
Examen physique :		n=232	
	Examen gynécologique	224	96,6%
	Tension artérielle	163	70,3%
	Poids	133	57,3%
	Palpation mammaire	113	48,7%
	Frottis cervico-vaginal	44	19,0%
	Auscultation cardio-pulmonaire	14	6,0%
Interprétation de résultats biologiques prescrits précédemment :		n=232	
	Oui	69	29,7%
	Non	163	70,3%
Prescriptions :		n=232	
	Analyses de sang	56	24,1%
	Rééducation périnéale	206	88,8%
	Examens complémentaires	12	5,2%
Autres thématiques abordées (n=16) :		n=16 (6,9%)	
	Cicatrisation	7	43,8%
	Douleurs	5	31,3%
	Fratrie	4	25,0%
	Vécu de l'accouchement	1	6,3%
	Transit	1	6,3%
	Prochaine grossesse	1	6,3%

L'impact des complications gravidiques sur les prescriptions médicales lors de la consultation du PP est présenté dans le **tableau 6**. Un contrôle biologique a été plus souvent prescrit chez les femmes ayant présenté une complication pendant leur grossesse que chez celles n'ayant pas eu complications (34,8% versus 19,9%, p=0,016).

Tableau 6 : Impact des complications gravidiques sur les prescriptions médicales.

	Complications gravidiques				p
	Oui n=66		Non n=166		
Prescription analyse de sang					0,016
Oui	23	34,8%	33	19,9%	
Non	43	65,2%	133	80,1%	
Prescription rééducation périnéale					0,781
Oui	58	87,9%	148	89,2%	
Non	8	12,1%	18	10,8%	
Prescription examen complémentaire					0,089
Oui	6	9,1%	6	3,6%	
Non	60	90,9%	160	96,4%	
Adressée vers un autre professionnel de santé					0,136
Oui	20	30,3%	35	21,1%	
Non	46	69,7%	131	78,9%	

Le **tableau 7** analyse l'impact de la présence du nourrisson sur le contenu de la consultation. Il n'a été retrouvé aucune différence statistiquement significative tant sur le nombre de thèmes abordés, que sur le nombre d'items permettant d'évaluer le psychisme, entre les femmes ayant consulté avec leur nourrisson et celles étant venues seules.

Tableau 7 : Impact de la présence du nourrisson sur les thèmes abordés.

	Présence du nourrisson				p
	Oui (n=169)		Non (n=63)		
Thèmes abordés : n=232	n=169		n=63		0,533
Contraception	151	89,3%	59	93,7%	
Allaitement	111	65,7%	28	44,4%	
Moral	99	58,6%	24	38,1%	
Reprise d'une activité physique	88	52,1%	32	50,8%	
Intimité du couple	90	53,3%	22	34,9%	
Reprise du travail	55	32,5%	21	33,3%	
Consommation de toxiques	32	18,9%	8	12,7%	
Vaccinations	28	16,6%	9	14,3%	
Poids	20	11,8%	7	11,1%	
<i>--> Nombre de thèmes abordés</i>					
Moyenne	3,98		3,33		
Médiane [Q1-Q3]	4 [2-5]		3 [2-4]		
Évaluation psychique : n=123	n=99		n=24		0,962
Relation avec le nourrisson	80	80,8%	22	91,7%	
Sommeil	76	76,8%	17	70,8%	
Évaluation du soutien familial	58	58,6%	14	58,3%	
Relation avec le papa	56	56,6%	13	54,2%	
Surmenage	47	47,5%	9	37,5%	
Relations sociales	36	36,4%	7	29,2%	
<i>--> Nombre de thèmes abordés</i>					
Moyenne	3,57		3,42		
Médiane [Q1-Q3]	3 [2-5]		3 [2-4,25]		

c. Retours des patientes (Tableau 8) :

20,3% des femmes de notre échantillon auraient souhaité que d'autres thématiques soient abordées. L'évaluation psychique et l'allaitement étaient les 2 thèmes majoritairement rapportés.

Parmi notre échantillon de femmes ayant réalisé la consultation du PP, 25 (10,8%) ont déclaré ne pas avoir eu l'occasion de poser toutes leurs questions, 33 (14,2%) ont manifesté le sentiment de ne pas avoir été écoutées et 35 (15,1%) n'ont pas compris l'utilité de cette consultation.

Les professionnels de santé ont proposé à 76 femmes (32,8%) une nouvelle consultation pour continuer d'aborder ces notions évaluées en PP. 72 femmes (31,0%) ont reconsulté. La majorité d'entre elles (56,9%) se sont tournées vers leur sage-femme, tandis que 31,9% (n=23) ont sollicité leur médecin généraliste et 11,1% (n=8), leur gynécologue.

Tableau 8 : Retours des patientes sur leur consultation du PP, quel que soit le professionnel.

		Total	
Autres thématiques souhaitées ?		n=232	
	Oui	47	20,3%
	Non	185	79,7%
Thématiques souhaitées (n=47) :		n=47 (20,3%)	
	Moral	36	76,6%
	Allaitement	27	57,4%
	Douleurs	19	40,4%
	Reprise du travail	17	36,2%
	Sexualité	17	36,2%
	Fratrie	17	36,2%
	Sommeil	16	34,0%
	Relation avec le papa	16	34,0%
	Poids	15	31,9%
Possibilité de poser toutes vos questions ?		n=232	
	Oui	207	89,2%
	Non	25	10,8%
Sentiment d'avoir été écoutée ?			
	Oui	199	85,8%
	Non	33	14,2%
Compris l'utilité de cette consultation ?		n=232	
	Oui	197	84,9%
	Non	35	15,1%
Proposition de revenir en consultation ?		n=232	
	Oui	76	32,8%
	Non	156	67,2%
Revenue en consultation ?		n=232	
	Oui	72	31,0%
	Non	160	69,0%
--> Professionnel sollicité (n=72) :		n=72 (31,0%)	
	Sage-femme	41	56,9%
	Médecin généraliste	23	31,9%
	Gynécologue	8	11,1%

4. Caractéristiques de la consultation du PP en fonction des professionnels de santé :

a. Généralités (tableau 9) :

Dans la population étudiée, la consultation du PP a majoritairement été réalisée entre la 6^e et la 8^e semaines du PP lorsqu'elle était effectuée par un obstétricien, un gynécologue ou un médecin généraliste. Cependant, lorsque cette consultation a été réalisée par une sage-femme, 47,5% des femmes ont déclaré en avoir bénéficié avant la 6^e semaine du PP et 48,8% entre la 6^e et la 8^e semaine.

Dans notre échantillon, avec une durée moyenne de 37,6 et 33,8 minutes, les consultations effectuées par les sages-femmes et les médecins généralistes ont été les plus longues. Le temps moyen de consultation était sensiblement similaire entre les gynécologues et les obstétriciens (19 minutes).

Les nourrissons étaient très largement présents lors des consultations effectuées par une sage-femme ou un médecin généraliste, légèrement moins lors des consultations réalisées par un gynécologue ou un obstétricien.

Pour les 188 femmes de notre échantillon ne bénéficiant pas d'une exonération habituelle, le tiers payant obligatoire a fréquemment été effectué par les sages-femmes (80%) et dans un peu plus de la moitié des consultations avec un médecin généraliste (58,3%). Les gynécologues et les obstétriciens ne l'appliquaient que dans un quart des entretiens environ.

Tableau 9 : Généralités sur la consultation du PP en fonction des professionnels de santé.

	Obstétriciens n=90	Gynécologues n=50	Sage-femmes n=80	Médecins généralistes n=12
Date de réalisation :				
<2 semaines PP	1 1,1%	0 0,0%	16 20,0%	0 0,0%
2-6 semaines PP	20 22,2%	13 26,0%	22 27,5%	4 33,3%
6-8 semaines PP	57 63,3%	32 64,0%	39 48,8%	7 58,3%
> 8 semaines PP	12 13,3%	5 10,0%	3 3,8%	1 8,3%
Durée :				
Moyenne (minutes)	19,9	19,2	37,6	33,8
Médiane [Q1-Q3]	20 [15-25]	20 [15-20]	37,5 [25-46,25]	30 [30-40]
5-10 minutes	9 10,0%	2 4,0%	1 1,3%	0 0,0%
10-15 minutes	8 8,9%	6 12,0%	5 6,3%	0 0,0%
15-20 minutes	41 45,6%	31 62,0%	10 12,5%	1 8,3%
>20 minutes	31 34,4%	11 22,0%	50 62,5%	11 91,7%
≥60 minutes	1 1,1%	0 0,0%	14 17,5%	0 0,0%
Présence du nourrisson :				
Oui	56 62,2%	31 62,0%	73 91,3%	9 75,0%
Non	34 37,8%	19 38,0%	7 8,8%	3 25,0%
Pratique du tiers-payant :				
Oui	41 45,6%	13 26,0%	67 83,8%	7 58,3%
Non	49 54,4%	37 74,0%	13 16,3%	5 41,7%
<i>Femmes sans exonération* habituelle (n=188)</i>				
	<i>n=68</i>	<i>n=48</i>	<i>n=60</i>	<i>n=12</i>
Tiers-payant Oui	19 27,9%	11 22,9%	48 80,0%	7 58,3%
Non	49 72,1%	37 77,1%	12 20,0%	5 41,7%

* Exonération des frais de consultation (CMU, ACS, AME...).

b. Déroulé de la consultation (tableau 10) :

La contraception a été discutée par la quasi-totalité des professionnels de santé.

L'allaitement a été abordé dans 85% des consultations effectuées par des sages-femmes et dans 75% de celles réalisées par des médecins généralistes. Seulement 42% des gynécologues et 45,6% des obstétriciens l'ont évoqué.

Le moral a également été plus évalué par les sages-femmes et les médecins généralistes que par les gynécologues et les obstétriciens (respectivement 87,5% et 66,7% versus 34% et 31,1%).

D'autre part, les sages-femmes ont évoqué plus fréquemment que les autres professionnels :

- La reprise d'une activité physique (60%)
- La reprise des rapports sexuels (56,3%)
- La consommation de toxiques (25%)
- Les vaccinations (27,5%)

Enfin, les médecins généralistes ont abordé plus souvent que les autres professionnels, la reprise du travail (41,7%) et les conseils pour un retour au poids de forme (66,7%).

Au total, dans notre population, plus de thèmes ont en moyenne été discutés par les sages-femmes et les médecins généralistes (4,8 et 4,2) que par les gynécologues et les obstétriciens (3,2).

Lorsque l'évaluation psychique des mères a été réalisée, avec en moyenne 4,63 items abordés, ce sont les médecins généralistes qui l'ont effectuée de façon la plus complète.

Concernant l'examen clinique de notre échantillon, celui des médecins généralistes a été le plus complet :

- Examen gynécologique dans 100 % de leurs consultations,
- Contrôle de la tension artérielle et mesure du poids dans 83,3%,
- Palpation mammaire dans 50 %.

Les sages-femmes ont effectué moins de palpation mammaire, d'examen gynécologique et de contrôle du poids, que les autres professionnels.

Tableau 10 : Déroulé de la consultation du PP en fonction des professionnels de santé.

		Obstétriciens n=90		Gynécologues n=50		Sage-femmes n=80		Médecins généralistes n=12	
Thèmes abordés :		n=90		n=50		n=80		n=12	
	Contraception	82	91,1%	48	96,0%	69	86,3%	11	91,7%
	Allaitement	41	45,6%	21	42,0%	68	85,0%	9	75,0%
	Moral	28	31,1%	17	34,0%	70	87,5%	8	66,7%
	Reprise d'une activité physique	41	45,6%	25	50,0%	48	60,0%	6	50,0%
	Intimité du couple	40	44,4%	21	42,0%	45	56,3%	6	50,0%
	Reprise du travail	27	30,0%	17	34,0%	27	33,8%	5	41,7%
	Consommation de toxiques	12	13,3%	6	12,0%	20	25,0%	2	16,7%
	Vaccinations	10	11,1%	2	4,0%	22	27,5%	3	25,0%
	Poids	15	16,7%	4	8,0%	27	33,8%	8	66,7%
	Femmes ayant eu une complication gravidique (n=66) :	n=31		n=14		n=18		n=3	
	Complication abordée : Oui	20	64,5%	12	85,7%	16	88,9%	2	66,7%
	Non	11	35,5%	2	14,3%	2	11,1%	1	33,3%
--> Nombre de thèmes abordés									
	Moyenne	3,2		3,2		4,8		4,2	
	Médiane [Q1-Q3]	3 [2-4]		3 [2-4]		5 [3,75-6]		3,5 [3-5]	
Évaluation psychique (n=123) :		n=28		n=17		n=70		n=8	
	Relation avec le nourrisson	24	85,7%	14	82,4%	56	80,0%	8	100,0%
	Sommeil	20	71,4%	10	58,8%	57	81,4%	6	75,0%
	Évaluation du soutien familial	11	39,3%	9	52,9%	44	62,9%	8	100,0%
	Relation avec le papa	18	64,3%	8	47,1%	37	52,9%	6	75,0%
	Surmenage	10	35,7%	7	41,2%	33	47,1%	6	75,0%
	Relations sociales	6	21,4%	5	29,4%	29	41,4%	3	37,5%
--> Nombre d'items abordés									
	Moyenne	3,2		1,6		3,7		4,6	
	Médiane [Q1-Q3]	3 [2-4]		1 [1-2]		4 [2-5]		5 [3,75-6]	
Examen physique :		n=90		n=50		n=80		n=12	
	Examen gynécologique	89	98,9%	49	98,0%	74	92,5%	12	100,0%
	Tension artérielle	63	70,0%	34	68,0%	56	70,0%	10	83,3%
	Poids	54	60,0%	32	64,0%	37	46,3%	10	83,3%
	Palpation mammaire	40	44,4%	30	60,0%	37	46,3%	6	50,0%
	Frottis cervico-vaginal	17	18,9%	10	20,0%	15	18,8%	2	16,7%
	Auscultation cardio-pulmonaire	5	5,6%	3	6,0%	3	3,8%	3	25,0%
Prescriptions :		n=90		n=50		n=80		n=12	
	Analyses de sang	20	22,2%	10	20,0%	22	27,5%	4	33,3%
	Rééducation périnéale	77	85,6%	46	92,0%	73	91,3%	10	83,3%
	Examens complémentaires	5	5,6%	4	8,0%	2	2,5%	1	8,3%
Autres thématiques abordées (n=16) :		n=7		n=3		n=5		n=1	
	Cicatrisation	3	42,9%	2	66,7%	2	40,0%	0	0,0%
	Douleurs	2	28,6%	1	33,3%	2	40,0%	0	0,0%
	Fratrie	0	0,0%	1	33,3%	2	40,0%	1	100,0%
	Vécu de l'accouchement	1	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Transit	1	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%
	Prochaine grossesse	1	14,3%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%

Le frottis cervico-utérin (**tableau 11**), réalisé dans 44 consultations de notre échantillon (19%), n'était justifié (dernier frottis datant de plus de 2ans) que dans la moitié des cas environ pour chacun des professionnels. Lorsqu'il était indiqué, il a été omis par environ un tiers des gynécologues et un quart des obstétriciens.

Dans notre échantillon, les professionnels prescrivant le plus couramment des séances de rééducation périnéale ont été les gynécologues et les sages-femmes (92% et 91,3%).

Ces prescriptions étaient justifiées (après évaluation d'une éventuelle incontinence) dans 32% de la totalité des consultations du PP. (**Tableau 12**).

Avec 41,3% de prescriptions de rééducation périnéale justifiées, les gynécologues ont le plus fréquemment respecté les recommandations de bonnes pratiques. A l'inverse, avec seulement 18,2% de prescriptions justifiées, les obstétriciens les ont moins suivies. Les médecins généralistes et les sages-femmes ont prescrit des séances en suivant les recommandations dans environ 40 % des cas.

Cette rééducation n'a pas été prescrite de façon justifiée (absence d'incontinence) dans 34,6% de la totalité des consultations du PP.

Tableau 11 : Réalisation du FCU à l'examen physique.

FCU à l'examen physique	Date dernier FCV	Obstétriciens n=90		Gynécologues n=50		Sage-femmes n=80		Médecins généralistes n=12		Total n=232	
Fait		n=17 (18,9%)		n=10 (20,0%)		n=15 (18,8%)		n=2 (16,7%)		n=44 (19,0%)	
	> 2ans	10	58,8%	4	40,0%	8	53,3%	1	50,0%	23	52,3%
	< 2ans	7	41,2%	6	60,0%	7	46,7%	1	50,0%	21	47,7%
Non fait		n=73 (81,1%)		n=40 (80,0%)		n=65 (81,3%)		n=10 (83,3%)		n=188 (81,0%)	
	> 2ans	18	24,7%	12	30,0%	11	16,9%	2	20,0%	43	22,9%
	< 2ans	55	75,3%	28	70,0%	54	83,1%	8	80,0%	145	77,1%

Tableau 12 : Prescription des séances de rééducation périnéale.

Prescription rééducation périnéale	Obstétriciens n=90		Gynécologues n=50		Sage-femmes n=80		Médecins généralistes n=12		Total n=232	
Oui	n=77 (85,6%)		n=46 (92,0%)		n=73 (91,3%)		n=10 (83,3%)		n=206 (88,8%)	
Systématique ¹	63	81,8%	27	58,7%	44	60,3%	6	60,0%	140	68,0%
Justifiée ²	14	18,2%	19	41,3%	29	39,7%	4	40,0%	66	32,0%
Non	n=13 (14,4%)		n=4 (8,0%)		n=7 (8,8%)		n=2 (16,7%)		n=26 (11,2%)	
Justifiée ³	5	38,5%	1	25,0%	2	28,6%	1	50,0%	9	34,6%
Fuites non recherchées :	8	61,5%	3	75,0%	5	71,4%	1	50,0%	17	65,4%
- présentes	3	23,1%	0	0,0%	2	28,6%	1	50,0%	6	23,1%
- absentes	5	38,5%	3	75,0%	3	42,9%	0	0,0%	11	42,3%

¹ : Fuites urinaires **non recherchées / non décrites** par la patiente

² : Fuites urinaires recherchées et **présentes**

³ : Fuites urinaires recherchées et **absentes**

c. Retours des patientes (Tableau 13) :

Dans notre échantillon, lorsque la consultation a été réalisée par un obstétricien, les femmes ont plus fréquemment souhaité que d'autres thèmes soient abordés (n=31/90 soit 34,4%). Les principaux thèmes qu'elles auraient souhaité évoquer ont été, l'état psychique pour trois quarts d'entre elles et l'allaitement pour environ la moitié.

Lorsque la consultation a été réalisée par un gynécologue, 20 % des femmes ont manifesté le désir d'aborder d'autres thèmes (n=10/50) : principalement l'évaluation psychique et les douleurs.

Enfin, 2 des 12 femmes ayant effectué cette consultation avec un médecin généraliste (soit 16,7%), et 8 des 80 femmes l'ayant effectuée avec une sage-femme (soit 10%), auraient souhaité que d'autres thèmes soient abordés.

La totalité des femmes ayant effectué leur consultation du PP avec une sage-femme ou un médecin généraliste ont estimé avoir pu poser toutes leurs questions, et seulement 8 femmes sur 10 pour les consultations avec un gynécologue ou un obstétricien.

Environ un tiers des femmes qui ont effectué leur visite du PP avec un obstétricien n'ont pas eu le sentiment d'être écoutées.

Un quart des femmes ayant consulté un obstétricien n'a pas compris l'utilité de cette consultation dédiée au PP, et moins d'une femme sur 10 lorsqu'elles ont consulté une sage-femme ou un médecin généraliste.

Les sages-femmes et les médecins généralistes ont respectivement proposé à 61,3% et 66,7% des femmes qu'ils ont vu en consultation de revenir pour continuer d'aborder ces notions, versus 18% pour les gynécologues et 11,1% pour les obstétriciens.

Les femmes ayant effectué leur consultation du PP avec un médecin généraliste ont plus souvent été revues (66,7%). Le professionnel de santé que les femmes ont reconsulté était majoritairement le médecin généraliste lorsque la consultation était effectuée par un obstétricien (53,3%) ou un médecin généraliste (75%). Si cet entretien était réalisé par un gynécologue, les femmes ont indifféremment sollicité leur gynécologue ou leur médecin généraliste pour poursuivre leur suivi du PP. Si cette consultation était effectuée par une sage-femme, les patientes ont principalement continué leur suivi avec elle.

Tableau 13 : Retours des patientes sur leur consultation du PP en fonction des professionnels de santé.

		Obstétriciens n=90		Gynécologues n=50		Sage-femmes n=80		Médecins généralistes n=12	
Autres thématiques souhaitées		n=90		n=50		n=80		n=12	
	Oui	31	34,4%	10	20,0%	8	10,0%	2	16,7%
	Non	59	65,6%	40	80,0%	72	90,0%	10	83,3%
Thématiques souhaitées (n=47) :		n=31		n=10		n=8		n=2	
	Moral	23	74,2%	8	80,0%	3	37,5%	2	100,0%
	Allaitement	17	54,8%	5	50,0%	4	50,0%	1	50,0%
	Douleurs	7	22,6%	6	60,0%	5	62,5%	1	50,0%
	Reprise du travail	9	29,0%	4	40,0%	3	37,5%	1	50,0%
	Reprise de la sexualité	8	25,8%	4	40,0%	4	50,0%	1	50,0%
	Fratrie	7	22,6%	5	50,0%	4	50,0%	1	50,0%
	Sommeil	8	25,8%	4	40,0%	3	37,5%	1	50,0%
	Relation avec le papa	8	25,8%	4	40,0%	3	37,5%	1	50,0%
	Poids	7	22,6%	4	40,0%	3	37,5%	1	50,0%
Possibilité de poser toutes vos questions ?		n=90		n=50		n=80		n=12	
	Oui	72	80,0%	43	86,0%	80	100,0%	12	100,0%
	Non	18	20,0%	7	14,0%	0	0,0%	0	0,0%
Sentiment d'avoir été écoutée ?		n=90		n=50		n=80		n=12	
	Oui	64	71,1%	44	88,0%	80	100,0%	11	91,7%
	Non	26	28,9%	6	12,0%	0	0,0%	1	8,3%
Compris l'utilité de cette consultation ?		n=90		n=50		n=80		n=12	
	Oui	66	73,3%	44	88,0%	74	92,5%	11	91,7%
	Non	24	26,7%	6	12,0%	6	7,5%	1	8,3%
Proposition de revenir en consultation ?		n=90		n=50		n=80		n=12	
	Oui	10	11,1%	9	18,0%	49	61,3%	8	66,7%
	Non	80	88,9%	41	82,0%	31	38,8%	4	33,3%
Revenue en consultation ?		n=90		n=50		n=80		n=12	
	Oui	15	16,7%	17	34,0%	32	40,0%	8	66,7%
	Non	75	83,3%	33	66,0%	48	60,0%	4	33,3%
--> Professionnel sollicité (n=72)		n=15		n=17		n=32		n=8	
	Sage-femme	6	40,0%	5	29,4%	28	87,5%	2	25,0%
	Médecin généraliste	8	53,3%	6	35,3%	3	9,4%	6	75,0%
	Gynécologue	1	6,7%	6	35,3%	1	3,1%	0	0,0%

IV - Discussion :

1. Forces et limites de l'étude :

a) Biais de l'étude :

Cette étude est une étude descriptive prospective dont le recueil de données a été réalisé à l'aide d'un auto-questionnaire qui s'adressait à toutes les patientes ayant accouché après décembre 2015. Certaines d'entre elles ont donc répondu avec un délai de rappel d'environ 3 ans, introduisant un potentiel biais de mémorisation.

Cependant certaines études ont montré que les femmes étaient capables de répondre avec précision sur les soins qu'elles avaient reçu à l'accouchement et dans la période du PP, et ce parfois même après une période de rappel de plusieurs années (14–16). Par ailleurs, nous avons tenté de limiter ce biais grâce au questionnaire standardisé, en posant des questions claires et précises, notamment pour les items précisant le contenu de la consultation.

Le second biais notable de cette étude est le biais de déclaration. Notre questionnaire s'adressait aux patientes, l'exactitude de leurs déclarations n'a pu être contrôlée et était dépendante des connaissances qu'elles avaient sur la consultation du PP. 17 femmes ont par exemple déclaré avoir eu leur consultation du PP dans les 2 semaines suivant leur accouchement. S'agissait-il d'une véritable consultation du PP effectuée précocement ou bien de la surveillance réalisée juste après la sortie de la maternité ? Il est probable que nous ayons pris en compte dans nos analyses des consultations qui ne correspondaient pas à la visite post-natale recommandée à 6 semaines.

Enfin, notre échantillon n'étant pas parfaitement représentatif de la population Française, il est possible que nos résultats ne soient pas généralisables au niveau national. Des études de plus grande ampleur sont donc nécessaires.

b) Forces de l'étude :

Le principal point fort de cette étude est l'originalité du sujet et la pertinence du thème. Il n'existe que très peu d'études sur la consultation du PP en France et aucune d'entre elles n'avait pour objectif d'évaluer les pratiques des différents professionnels de santé.

Elle a permis de répondre à son objectif principal en déterminant le taux de participation des femmes de Haute-Garonne à la consultation du PP mais également à son objectif secondaire en mettant en perspective les pratiques des professionnels de santé avec les

recommandations du CNGOF. Elle a ainsi permis d'émettre des hypothèses afin d'améliorer notre prise en charge des femmes dans cette période de fragilité.

Le choix de la méthode était adapté à nos objectifs. En effet, les études épidémiologiques d'observation sont purement descriptives et permettent de décrire un phénomène de santé afin parfois d'établir des hypothèses pour améliorer nos pratiques ou notre système de soins.

Les biais de sélection ont été limités en distribuant le questionnaire dans de nombreux cabinets de médecine générale et de sages-femmes. Ainsi, toutes les femmes ayant eu leur consultation en milieu hospitalier ou chez un professionnel exerçant en libéral ont pu répondre.

Enfin, le test du questionnaire nous a permis d'apporter les corrections nécessaires à la cohérence des réponses pour une interprétation correcte des résultats.

2. Caractéristiques de notre population :

Avec un âge moyen des primipares à l'accouchement de 31,6 ans, notre échantillon est légèrement plus âgé que la moyenne nationale (30,6ans) (17). Il est cependant superposable à celui de Haute-Garonne : 31,5 ans (18).

Environ 20 % des français vivent en milieu rural (19). Avec 14 % de femmes habitant en milieu rural, notre population est également plus urbaine. Cependant la densité de population en Haute-Garonne (213,7 hab/km²) est plus importante que la densité nationale (104,9 hab/km²) (20). Ceci pourrait expliquer le taux plus faible de femmes vivant en milieu rural de notre échantillon par rapport au niveau national.

Enfin, le taux d'accouchement par césarienne est légèrement moins important que celui au niveau national, mais comparable à celui des maternités de Haute-Garonne (21).

Au total, bien que notre échantillon ne soit pas parfaitement représentatif de la population française, il représente correctement la population de Haute-Garonne.

3. Améliorer la participation à la consultation du PP :

Cette étude, portant sur les femmes de Haute-Garonne ayant accouché après décembre 2015, a montré un taux de réalisation de la consultation du PP de 81 %. Ce résultat concorde avec celui d'autres études française publiées en 2015 et 2018, ayant trouvé 81±3% de participation (22,23).

Ce taux dans la population française est nettement supérieur à celui des pays les moins avancés (24) comme l'Éthiopie, le Népal ou le Bangladesh, où il se situe entre 15 et 25 % (25–27), ou bien des pays en voie de développement comme l'Équateur, le Nigeria ou le Pakistan, situé aux alentours de 50 % (28–30). Il est cependant bien en dessous de celui des autres pays développés. En effet, ce taux de participation est de plus de 90 % en Angleterre (31), 96 % en Australie (32) et jusqu'à 98 % en Nouvelle-Zélande (33).

a) Renforcer l'activité du médecin généraliste :

Bien que cette étude n'ait pas retrouvé de différence statistiquement significative quant au professionnel de santé ayant suivi la grossesse entre le groupe des femmes ayant effectué la visite post-natale et celui des femmes ne l'ayant pas effectuée, il est intéressant de noter que les 3 pays sus-cités aux taux de participation très élevés correspondent à des systèmes de soins où les médecins généralistes sont largement impliqués dans la prise en charge des femmes pendant la grossesse et le post-partum. En Angleterre ou en Australie par exemple, ils réalisent plus de 90% des consultations du PP (1,34).

Notre étude n'a retrouvé qu'un très faible pourcentage de consultation du PP effectuées par un médecin généraliste (5,2%). Or les compétences du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse ont fait l'objet d'études qui ont montré que leurs pratiques professionnelles sont adaptées aux recommandations (35). La Haute Autorité de Santé conclut que le suivi de grossesse, comprenant le suivi postnatal, peut être réalisé par une sage-femme ou un médecin généraliste sans que cela n'entraîne de sur-risque néonatal ou maternel (36). Ce d'autant plus qu'en France, 90% des grossesses sont des grossesses à bas risque obstétrical (37). De fait, le médecin généraliste et la sage-femme peuvent assurer en première intention la prise en charge de ces patientes.

La modification de nos pratiques nationales en promouvant l'activité du médecin généraliste dans le domaine de la santé maternelle, contribuerait à désengorger les consultations des spécialistes, très peu nombreux dans certaines régions. Cela réduirait ainsi le délai d'attente pour les consultations postnatales, tant pour les grossesses et les accouchements pathologiques (obligatoirement réalisées par les spécialistes), que pour les femmes n'ayant eu aucune complication.

Les sages-femmes ayant effectué plus d'un tiers des consultations du PP de notre étude, poursuivre la promotion de leurs compétences dans le suivi post-accouchement, faciliterait également ce désengorgement.

b) Informez les patientes :

Les principaux motifs avancés par les femmes n'ayant pas participé à la consultation post-natale sont la méconnaissance de son existence, l'incompréhension de son intérêt ou le manque de temps. Par ailleurs, notre étude a montré que près d'une femme sur six ayant réalisé cette consultation n'en a pas compris l'utilité, dans notre échantillon cette proportion augmente à une femme sur quatre lorsqu'elle est réalisée par un obstétricien.

Pour augmenter le taux de participation, il semble donc nécessaire de renforcer l'information des patientes.

Plusieurs études ont montré l'efficacité d'une information écrite délivrée à la maternité, accompagnée d'une date de rendez-vous prédéfinie (38,39), ou encore d'un courrier adressé au domicile de la patiente (38). D'autres études ont montré que le fait de participer régulièrement aux consultations prénatales était associé à un taux de participation à la visite post-natale plus important (40,41). Aussi, il serait intéressant d'étudier l'impact d'une information anténatale portant sur la nécessité et l'utilité de la surveillance du post-partum. Ce d'autant plus que l'étude de Glasier et al. (42) a montré que, pour certains sujets tels que la contraception du post-partum, les femmes étaient plus réceptives à une information pendant leur grossesse plutôt qu'à la maternité.

Il serait également intéressant d'évaluer l'impact d'une information délivrée par téléphone dans les jours suivants la sortie de la maternité et/ou le rappel par SMS de la nécessité d'effectuer une visite de contrôle à distance de l'accouchement. En 2016, l'étude équatorienne de Maslowsky J et al. (29) a montré que ce type d'intervention était associé à des taux plus importants d'allaitement maternel à 3 mois, à un meilleur respect des consultations de suivi du nouveau-né et à une utilisation de méthodes contraceptives plus efficaces. Actuellement, la quasi-totalité des françaises étant équipées d'un téléphone portable (43), une étude pourrait s'attacher à déterminer si ce mode d'information est associé à une majoration du taux de participation à la consultation du PP.

c) Encouragez la pratique du tiers-payant :

Parmi les femmes sans exonération habituelle des frais de consultation, seulement 45,2% ont bénéficié du tiers payant, pourtant devenu obligatoire dans le cadre d'une prise en charge à 100 % (44). Dans notre échantillon, avec 25±3%, ce sont les spécialistes qui ont effectué le plus faible taux de tiers payant. De nombreuses études ont montré que les problèmes financiers pouvaient être un frein à la réalisation de cette consultation (26,28,30,45). Nous émettons ainsi l'hypothèse qu'en favorisant la pratique du tiers payant

par les professionnels, en particulier auprès des spécialistes, et en renforçant l'information des femmes quant à la prise en charge totale de cette consultation par la sécurité sociale, nous pourrions augmenter le taux de participation des femmes aux soins post-nataux.

Par ailleurs, afin de favoriser cette pratique, il est possible qu'une information plus complète des professionnels soit également nécessaire. En effet, la prise en charge à 100 % des frais médicaux débutant au 6^{ème} mois de grossesse, s'arrête au 12^{ème} jour du PP. Ainsi aucune notification ne s'affiche pour les professionnels lors de l'établissement de la feuille de soins électronique. Il semble donc important de leur préciser que la prise en charge totale de cette consultation par la sécurité sociale s'effectue au même titre que toutes les consultations obligatoires du suivi de grossesse. Pour cela il est nécessaire de cocher la case maternité sur la feuille de soins.

d) Identifier les femmes à risque de rupture du continuum de soins dans le PP :

Notre étude n'a mis en évidence que peu de différences statistiquement significatives entre les femmes ayant effectué la consultation du PP et celles ne l'ayant pas réalisée (âge et connaissance de l'existence d'une consultation dédiée du PP). Mais la méthodologie de cette étude n'a pas été conçue pour étudier les facteurs prédictifs de la participation des patientes à cette visite.

D'autres études devraient s'attacher à déterminer quels sont, en France, les freins à la réalisation de cette visite post-natale permettant une identification précoce des femmes à risque de rupture du continuum de soins dans le PP afin de mieux les accompagner et leur proposer une prise en charge plus adaptée.

4. Mieux prendre en charge les femmes lors de la consultation du PP :

a) Préserver du temps pour aborder les thèmes clefs de la consultation du PP :

- La contraception :

Dans cette étude, en conformité avec les recommandations du CNGOF de 2015, la contraception était abordée dans plus de 90% des consultations du PP par la quasi-totalité des professionnels de santé.

- L'allaitement :

Pourtant reconnu comme un des enjeux de santé publique au vu de ses nombreux avantages tant pour la mère que pour le nouveau-né, l'allaitement est largement sous-

évoqué. Dans notre échantillon, il est par exemple omis dans plus d'une consultation sur deux lorsqu'elle est réalisée avec un spécialiste.

- L'évaluation psychique :

Nous arrivons à la même constatation pour l'évaluation psychique des mères qui n'est effectuée que dans 53 % des cas en moyenne. Le moral n'est pas évalué dans environ deux tiers des consultations avec un spécialiste. Tandis qu'avec près de 90% de leurs consultations, ce sont les sage-femmes qui l'évaluent le plus fréquemment.

En portant attention au nombre moyen d'items abordés lors de l'évaluation de l'état psychique des patientes, avec 4,6 et 3,7 items sur les 6 proposés, ce sont les médecins généralistes et les sages-femmes qui effectuent l'évaluation la plus complète.

Le dépistage des troubles psychiques du PP et l'évaluation de la qualité de la relation mère-enfant représentent pourtant un des temps clefs de la visite post-natale. En effet, avec environ 80 % des accouchées qui présenteront un blues du PP, 13 % une dépression du PP et 0,2% une psychose puerpérale, il s'agit d'un problème de santé publique majeur (46,47). Ces troubles, non dépistés et non traités, conduisant la plupart du temps à un trouble de l'attachement, peuvent avoir de lourdes conséquences tant pour la mère que pour le nouveau-né. De fait, bien que cela ne soit pas le cas en France, certains pays recommandent un dépistage systématique à l'aide de l'échelle de dépression postnatale d'Edimbourg (EPDS) lors de la visite post-natale (48–50).

En prenant un peu plus de recul, le nombre de thèmes abordés en moyenne lors de cette visite post-natale est similaire entre les obstétriciens et les gynécologues (3,2 thèmes), tandis que les médecins généralistes discutent en moyenne de 4,2 thèmes et les sages-femmes de 4,8.

Au total dans notre échantillon, les professionnels évoquant le plus fréquemment l'allaitement et les troubles psychiques, sont aussi ceux qui abordent le plus grand nombre de thèmes. Il s'agit des sages-femmes et des médecins généralistes. Il est intéressant de noter qu'il s'agit également des professionnels effectuant les consultations les plus longues (respectivement 38 et 34 minutes).

Une des explications à ces différences entre professionnels pourrait être la surcharge des plannings de consultation des spécialistes. En effet, avec des plannings de plus en plus chargés voire engorgés, les spécialistes ont de moins en moins de temps au cours de leurs consultations pour aborder des sujets complexes et chronophages comme l'allaitement ou l'état psychique de leurs patientes. Ceci conforte l'hypothèse émise plus tôt qu'une modification de nos pratiques en renforçant l'activité du médecin généraliste dans le

domaine de la santé maternelle, permettrait non seulement de désengorger les consultations des spécialistes mais également d'avoir une prise en charge plus complète de la femme lors de cette consultation.

b) Appliquer les recommandations nationales :

- Prescription de la rééducation périnéale :

Une des notions mise en exergue par cette étude est le nombre très important de prescriptions de séances de rééducation périnéale à titre systématique. Plus de 8 obstétriciens sur 10 et environ 2 tiers des autres praticiens la prescrivent systématiquement. Les recommandations nous rappellent qu'il n'y a aucune preuve de son efficacité dans la prévention d'une incontinence urinaire ou anale à moyen ou long terme chez les femmes asymptomatiques, ni dans la prévention ou le traitement de dyspareunies. Elle n'est indiquée que pour traiter une incontinence anale, ou une incontinence urinaire persistant à trois mois du PP. Ces incontinences ne sont améliorées qu'à court terme (un an), mais pas au long cours (6 à 12 ans). (10)

- Examen gynécologique et frottis cervico-utérin :

Notre étude a par ailleurs montré que tous les professionnels pratiquaient un examen gynécologique de façon quasi-systématique. Le frottis cervico-utérin (FCU) est parfois lui aussi réalisé de façon systématique : environ la moitié des FCU réalisés lors de cette visite n'étaient pas indiqués. Tandis que la mesure du poids et le contrôle de la tension artérielle sont omis dans environ un tiers des consultations pour tous les praticiens. De même que le FCU est omis des spécialistes alors qu'il était indiqué dans 25 à 30 % des consultations où il n'a pas été réalisé.

Les recommandations du CNGOF sont pourtant claires sur ce sujet, l'examen doit être ciblé en fonction des symptômes décrits par la patiente et le FCU réalisé si le dernier était pathologique ou datait de plus de 2 ans.

De nombreuses études ont montré que si l'interrogatoire était minutieux à la recherche de tout signe de complication physique pouvant survenir dans le PP, l'examen gynécologique pouvait n'être pratiqué qu'en présence de signe d'alerte afin d'avoir plus de temps pour discuter avec la patiente (4,51,52).

Ainsi, un ajustement de la pratique des professionnels semble nécessaire afin de libérer un peu plus de temps pour aborder les sujets complexes. Il est important de se fier aux recommandations de bonnes pratiques en réalisant un examen physique orienté par la clinique et en respectant les indications des différentes prescriptions.

c) Déconseiller la présence du nourrisson ?

Afin d'améliorer la prise en charge des patientes dans le PP, l'article de Piejko E. (1) suggèrent d'avertir les patientes qu'il est préférable de ne pas se rendre à cette consultation avec leur nourrisson afin de faciliter la communication. Notre analyse ne permet pas de soutenir cette hypothèse. En effet, nous n'avons pas retrouvé de différence significative dans les thèmes abordés lors de cette consultation en présence ou en absence du nouveau-né, tant pour les items généraux que pour ceux de l'évaluation de l'état psychique. Bien qu'il soit nécessaire d'effectuer une consultation distincte pour la mère et le nourrisson, les femmes peuvent avoir des interrogations au sujet de leur enfant qu'elles souhaitent aborder lors de ce contact. Cela est particulièrement le cas lorsque la consultation est effectuée par un professionnel qui peut être amené à suivre le nourrisson ou le bon déroulement de allaitement. En outre, la présence du bébé peut être bénéfique pour évaluer certaines notions recommandées lors du suivi du PP, tels que l'allaitement ou le lien mère-enfant.

d) Réviser le calendrier de suivi dans la période du PP :

Une autre des suggestions de l'article de Piejko E., est de préparer cette consultation en amont, avec une information régulière lors des visites prénatales, et une consultation entre 2 et 4 semaines après l'accouchement. Cette consultation précoce, bien qu'elle ne puisse pas se substituer à la consultation classique entre la 6ème et la 8ème semaine du PP (53), permettrait d'avoir un premier contact avec la mère et le nouveau-né et de commencer à aborder les thèmes de la visite post-natale afin que la patiente puisse éventuellement préparer une liste de questions qu'elle souhaiterait évoquer. Cet entretien est d'ailleurs recommandé par l'OMS au cours de la 2ème semaine suivant l'accouchement.

Cette suggestion introduit l'idée qu'il n'y aurait pas qu'une seule consultation du PP, mais que plusieurs sont nécessaires afin de mieux accompagner les femmes dans cette période de transition. D'autant qu'environ un tiers des femmes de notre étude sont revenues en consultation afin de continuer d'aborder les différentes problématiques du PP.

Il est important que l'ensemble des objectifs de cette consultation fixés par le CNGOF et l'OMS soient remplis avant la 8ème semaine du PP, mais en réalité les mères sont très demandeuses d'un suivi précoce dans le PP (54).

Depuis de nombreuses années, des études soutiennent l'idée qu'une révision non seulement du contenu, mais aussi du calendrier de la prise en charge du PP est nécessaire (53,55-58). Peu de preuves démontrent l'avantage d'une consultation médicale à six semaines de l'accouchement et les recommandations de bonne pratique des différents pays, ainsi que celles de l'OMS, ne sont basées que sur des études de faible niveau de preuve (57,58). La

période du PP reste néanmoins une période de changements physiques, émotionnels et sociaux majeurs pour les nouveaux parents et il est prouvé que 80 à 90% des mères rencontrent au moins un problème de santé au cours de cette période (3,59,60). Ainsi, une plus grande flexibilité du calendrier de suivi dans le PP doit être envisagée pour répondre au mieux aux besoins des patientes dans cette période.

IV – Conclusion :

Dans le but de répondre aux objectifs de l'OMS de diminution du taux de morbi-mortalité maternelle, le cadre légal français impose une consultation post-natale dans les 8 semaines après l'accouchement. Malgré les efforts mis en place, cette consultation reste encore trop souvent négligée par les patientes et les professionnels de santé. En effet, notre étude a montré que près d'une femme sur 5 ne réalisait pas cette consultation clôturant le suivi de grossesse.

Afin d'augmenter le taux de participation à cette visite post-natale, il est nécessaire de renforcer l'information des patientes, notamment en anténatal.

Poursuivre la promotion des compétences des sages-femmes dans le suivi post-accouchement et modifier les pratiques de notre pays en renforçant l'activité du médecin généraliste dans le domaine de la santé maternelle, permettrait de désengorger les consultations des spécialistes. Cela réduirait ainsi le délai d'attente pour les consultations postnatales, tant pour les grossesses et les accouchements pathologiques (obligatoirement réalisées par les spécialistes), que pour les femmes n'ayant eu aucune complication.

Enfin, la généralisation du tiers-payant pour cette consultation totalement prise en charge par l'assurance maladie, permettrait un accès aux soins du PP simplifié pour les femmes dont le niveau économique pourrait être un frein à la réalisation de cette consultation.

Des études complémentaires sont nécessaires afin d'identifier les facteurs prédictifs d'une rupture du continuum de soins dans le PP. Une prise en charge précoce et plus adaptée pourrait ainsi être proposée à ces patientes.

Nos résultats ont montré que beaucoup de thèmes clés de la consultation du PP, avec pourtant d'importants enjeux en santé publique, sont fréquemment omis. Il s'agit notamment de sujets complexes et chronophages comme l'allaitement ou l'évaluation de l'état psychique ou de l'intimité du couple.

Les professionnels abordant le plus fréquemment ces sujets, correspondaient également à ceux effectuant les consultations les plus longues. Il s'agissait des sages-femmes et des médecins généralistes. Ceci étaye l'hypothèse qu'une modification des pratiques françaises en terme de santé maternelle en renforçant le rôle du médecin généraliste permettrait non seulement de désengorger les consultations des spécialistes mais également d'avoir une prise en charge plus complète de la femme lors de cette consultation.

Dans l'intention de guider la pratique des professionnels lors de cet entretien, le CNGOF a publié en 2015 des recommandations pour la pratique clinique. Malgré cela, la plupart des professionnels ne s'y réfèrent pas et réalisent un examen gynécologique systématique ou ne respectent pas les indications de prescription des séances de rééducation périnéale. Ajuster la pratique des professionnels en se fiant à ces recommandations permettrait de libérer une peu plus de temps de consultation pour aborder les sujets complexes.

Enfin, au vu des nombreux sujets qu'il est essentiel d'aborder lors de cette visite, il semble nécessaire d'envisager une révision du calendrier du suivi des femmes en PP, afin de leur proposer une prise en charge plus flexible et plus adaptée à leurs besoins. Les femmes sont demandeuses d'un suivi précoce et notre système de santé devrait recommander plusieurs consultations du PP au cours de cette période critique de bouleversements physiques, émotionnels et sociaux.

vu

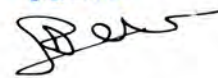
Toulouse le 24/09/2019



Le Président du Jury
Professeur Pierre MESTHÉ
Médecine Générale

Toulouse, le 25/09/19

Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de Médecine Purpan
D.CARRIE



BIBLIOGRAPHIE :

1. Piejko E. The postpartum visit, why wait 6 weeks? Aust Fam Physician. sept 2006;35(9):674-8.
2. World Health Organization, Department of Maternal N Child and Adolescent Health. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. 2013.
3. Brown S, Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population based survey. Br J Obstet Gynaecol. févr 1998;105(2):156-61.
4. Gunn J, Lumley J, Young D. The role of the general practitioner in postnatal care: a survey from Australian general practice. Br J Gen Pract. sept 1998;48(434):1570-4.
5. Mortalité maternelle, indicateur de santé publique. Salle de presse | Inserm. 2017. Disponible sur: <https://presse.inserm.fr>
6. OMS, Mortalité maternelle et objectifs de développement durable pour 2030. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>
7. Taux de mortalité maternelle par pays - Carte des Pays - Europe. Disponible sur: <https://www.indexmundi.com/map/?v=2223&r=eu&l=fr>
8. Code de la santé publique | Legifrance. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr>
9. Modalités de la consultation postnatale et spécificités en cas de pathologie de la grossesse : recommandations pour la pratique clinique. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 déc 2015;44(10):1118-26.
10. CNGOF, Recommandations pour la pratique clinique – Le Post-Partum. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F2015%252F2015-RPC-POSTPARTUM.pdf&i=21930>
11. Définitions des Zonages de l'INSEE. Disponible sur: <http://www.herault.gouv.fr/content/download/7825/43317/file/DefinitionsZonagesINSEE.pdf>
12. Comparateur de territoire | INSEE. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=COM-57463>
13. Espaces à faible et à forte densité | INSEE. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2571258/imet129-d-chapitre3.pdf>
14. McCarthy KJ, Blanc AK, Warren CE, Kimani J, Mdawida B, Ndwidga C. Can surveys of women accurately track indicators of maternal and newborn care? A validity and reliability study in Kenya. J Glob Health. déc 2016;6(2):020502.
15. Tomeo CA, Rich-Edwards JW, Michels KB, Berkey CS, Hunter DJ, Frazier AL, et al. Reproducibility and validity of maternal recall of pregnancy-related events. Epidemiol Camb Mass. nov 1999;10(6):774-7.
16. Yoder PS, Risato M, Mahmud R, Fort A, Rahman F, Armstrong A, et al. Women's recall of delivery and neonatal care in Bangladesh and Malawi: A study of terms, concepts, and survey questions. 1 mars 2010 [cité 1 août 2019]; Disponible sur: <https://dhsprogram.com/publications/publication-qrs17-qualitative-research-studies.cfm>

17. Âge moyen de la mère à l'accouchement en 2018 | INSEE. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390#tableau-Donnes>
18. Âge moyen de la mère à la naissance - primipares – Haute Garonne 2018 - INSEE. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001774650>
19. Population rurale France 2017 | Statista. Disponible sur: <https://fr.statista.com/statistiques/473813/population-rurale-en-france/>
20. Comparateur de territoire | INSEE. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1405599?geo=DEP-31+FRANCE-1>
21. Taux de césariennes, d'épisiotomies... : comparez les maternités près de chez vous. Le Monde.fr. 31 janv 2018 ; Disponible sur: https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2018/01/31/nombre-d-accouchements-taux-de-cesarienne-ou-d-episiotomie-comparez-les-maternites-pres-de-chez-vous_5249599_4355770.html
22. Bachoumas K. Fréquence de la visite post-natale pour les femmes ayant accouché au CH de Dieppe et place du médecin généraliste dans cette pratique [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen Normandie; 2010.
23. Évaluation du suivi du post-partum en soins primaires (consultation post natale et rééducation périnéale) chez les femmes ayant accouché à l'hôpital Delafontaine, Saint-Denis entre mars 2015 et avril 2015. / MéliSSa Pizzuti-Ellis ; sous la direction de Sarah Abramovicz [Internet]. [cité 16 mai 2019]. Disponible sur: https://u-pec.userservices.exlibrisgroup.com/view/delivery/33BUCRET_INST/1286379880004611
24. unctad.org | The Least Developed Countries Report 2016 [Internet]. [cité 7 août 2019]. Disponible sur: <https://unctad.org/en/pages/PublicationWebflyer.aspx?publicationid=1664>
25. Bangladesh - Utilization of Delivery and Postnatal Care: A Comparative Cross-Sectional Study. Disponible sur: http://www.ijhsr.org/IJHSR_Vol.5_Issue.9_Sep2015/60.pdf
26. Neupane S, Doku D. 9 - Utilization of Postnatal Care Among Nepalese Women. *Matern Child Health J.* 1 déc 2013;17(10):1922-30.
27. Abraha TH, Gebrezgiabher BB, Aregawi BG, Belay DS, Tikue LT, Reda EB. Factors Associated with Compliance with the Recommended Frequency of Postnatal Care Services in Four Rural Districts of Tigray Region, North Ethiopia. *Korean J Fam Med.* 14 janv 2019;
28. Budhwani H, Hearld KR, Harbison H. Individual and Area Level Factors Associated with Prenatal, Delivery, and Postnatal Care in Pakistan. *Matern Child Health J.* oct 2015;19(10):2138-46.
29. Maslowsky J, Frost S, Hendrick CE, Trujillo Cruz FO, Merajver SD. Effects of postpartum mobile phone-based education on maternal and infant health in Ecuador. *Int J Gynaecol Obstet Off Organ Int Fed Gynaecol Obstet.* juill 2016;134(1):93-8.
30. Akinyemi JO, Afolabi RF, Awolude OA. Patterns and determinants of dropout from maternity care continuum in Nigeria. *BMC Pregnancy Childbirth.* 27 sept 2016 ;16:282.
31. Attendance, content and relevance of the six week postnatal examination. *Midwifery.* 1 juin 1995;11(2):69-73.

32. Gunn J. The six week postnatal check up. Should we forget it? *Aust Fam Physician*. mai 1998;27(5):399-403.
33. Turner N, Hounsell D, Robinson E, Tai A, Whittle N. Uptake of postnatal services for mothers of newborn babies up to eight weeks of age. *N Z Med J*. 22 oct 1999;112(1098):395-8.
34. Smith LF. Views of pregnant women on the involvement of general practitioners in maternity care. *Br J Gen Pract*. févr 1996;46(403):101-4.
35. LEISLER T. Analyse des pratiques professionnelles du suivi de grossesse par le médecin généraliste. Thèse de médecine. Toulouse. 2009. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/1840/1/2017TOU31081.pdf>
36. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Saint Denis la plaine. 2005 Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
37. PONS JC, PERROUSSE MENTHONEX K. Soigner la femme enceinte. Masson. 2005.
38. Tsai P-JS, Nakashima L, Yamamoto J, Ngo L, Kaneshiro B. Postpartum Follow-up Rates Before and After the Postpartum Follow-up Initiative at Queen Emma Clinic. *Hawaii Med J*. mars 2011;70(3):56-9.
39. Kabakian-Khasholian T, Campbell OMR. A simple way to increase service use: triggers of women's uptake of postpartum services. *BJOG Int J Obstet Gynaecol*. 2005;112(9):1315-21.
40. Lu MC, Prentice J. The postpartum visit: risk factors for nonuse and association with breast-feeding. *Am J Obstet Gynecol*. nov 2002;187(5):1329-36.
41. Kogan MD, Leary M, Schaetzel TP. Factors associated with postpartum care among Massachusetts users of the Maternal and Infant Care Program. *Fam Plann Perspect*. juin 1990;22(3):128-30.
42. Glasier AF, Logan J, McGlew TJ. Who gives advice about postpartum contraception? *Contraception*. 1 avr 1996;53(4):217-20.
43. Ministère de l'économie et des finances | Baromètre du numérique 2018 | 18ème Édition. Disponible sur: <https://www.economie.gouv.fr/cge/barometre-numerique-edition-2018>
44. Tiers payant : modalités et règles de facturation | Ameli. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/exercice-liberal/remuneration/tiers-payant-modalites-regles-facturation/tiers-payant-modalites-regles-facturation>
45. Ochieng CA, Haghparast-Bidgoli H, Batura N, Odhiambo A, Shannon G, Copas A, et al. Conditional cash transfers to retain rural Kenyan women in the continuum of care during pregnancy, birth and the postnatal period. *Trials*. 1 mars 2019; 20:152.
46. Dalibon P. Le post-partum, une période de transition. *Actual Pharm*. mars 2017;56(564):40-4.
47. Blenning CE, Paladine HL. An Approach to the Postpartum Office Visit. *Am Fam Physician*. 15 déc 2005;72(12):2491-6.

48. Middleton P. CLINICAL PRACTICE GUIDELINES: Depression and related disorders – anxiety, bipolar disorder and puerperal psychosis – in the perinatal period A guideline for primary care health professionals: P Middleton part of expert committee. févr 2011; Disponible sur: <https://portal.sahmriresearch.org/en/publications/clinical-practice-guidelines-depression-and-related-disorders-anx>
49. Harris M, Bennett J, Mar CBD, Fasher M, Foreman L, Furler J, et al. Guidelines for preventive activities in general practice. The Royal Australian College of General Practitioners; 2009. Disponible sur: <https://research.monash.edu/en/publications/guidelines-for-preventive-activities-in-general-practice>
50. National Institute for Health and Clinical Excellence. Postnatal Care: Routine Postnatal Care of Women and their Babies (CG37) London: National Institute for Health and Clinical Excellence; 2006. Disponible sur: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg37/evidence/full-guideline-485782237>
51. Sharif K, Clarke P, Whittle M. Routine six-week postnatal vaginal examination: To do or not to do? J Obstet Gynaecol. 1 janv 1993;13(4):251-2.
52. Noble T. The routine six week postnatal vaginal examination. BMJ. 18 sept 1993;307(6906):698.
53. Gunn J, Lumley J, Chondros P, Young D. Does an early postnatal check-up improve maternal health: results from a randomised trial in Australian general practice. BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 1998. Disponible sur: <https://obgyn-onlinelibrary-wiley-com-s.docadis.ups-tlse.fr/doi/abs/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10263.x>
54. Deuilhé E. Le vécu du post-partum: mieux comprendre pour mieux prendre en charge en médecine générale [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Facultés de médecine; 2011.
55. Mabray CR. Postpartum examination: a reevaluation. South Med J. nov 1979;72(11):1433-5.
56. Alexanian C. Quelle est l'activité du médecin généraliste au cours de la grossesse et du post-partum? (à partir de l'étude ECOGEN). [Thèse d'exercice]. [France] 2013.
57. Haran C, van Driel M, Mitchell BL, Brodribb WE. Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care—a systematic review. BMC Pregnancy Childbirth. 29 janv 2014;14:51.
58. Stumbras K, Rankin K, Caskey R, Haider S, Handler A. Guidelines and Interventions Related to the Postpartum Visit for Low-Risk Postpartum Women in High and Upper Middle Income Countries. Matern Child Health J. 1 nov 2016;20(1):103-16.
59. Glazener C, Abdalla M, Russell I, Templeton A. Postnatal care: a survey of patients' experiences. Br J Midwifery . 4 janv 2018 ; Disponible sur: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/abs/10.12968/bjom.1993.1.2.67>
60. Glazener CM, Abdalla M, Stroud P, Naji S, Templeton A, Russell IT. Postnatal maternal morbidity: extent, causes, prevention and treatment. Br J Obstet Gynaecol. avr 1995;102(4):282-7.

Étude sur la consultation post accouchement

Bonjour,

Je suis une femme médecin réalisant actuellement une thèse de doctorat en médecine générale sur la consultation post natale.

Si vous êtes une **femme avec au moins un enfant et ayant accouché après décembre 2015 et il y a plus de trois mois**, je vous remercie de prendre quelques minutes pour répondre à ce questionnaire. Les informations que vous donnerez sont **anonymes**.

Une fois complété, merci de le mettre dans la pochette « questionnaires remplis ».

Vous pouvez aussi **répondre à ce questionnaire sur internet :**

→ tapez « **la consultation post-natale** » dans votre barre de recherche **Facebook**.

Vous aurez accès à la page sur laquelle se trouve le **lien du questionnaire**.

Merci de votre collaboration à cette étude.

Annexe 2 : Auto-questionnaire destiné aux patientes de l'étude.

Introduction

La consultation post natale est une consultation qui s'effectue **quelques semaines après l'accouchement**, permettant de faire un **bilan général et gynécologique** après une grossesse.

C'est l'occasion de **tirer les enseignements des complications** qui ont pu survenir pendant votre grossesse ou lors de votre accouchement, pour une prochaine grossesse.

C'est aussi lors de cette consultation que le professionnel de santé vous prescrira si besoin des **séances de rééducation du périnée**.

Enfin, c'est également l'occasion d'aborder l'allaitement, les suites de couches et les maux qui peuvent y être associés (fuites urinaires, douleurs, fatigue...) mais aussi la reprise de la sexualité, le retour des règles (retour de couches) et la contraception.

Elle est **remboursée à 100%** par la Sécurité Sociale au même titre que les consultations prénatales. Elle est **obligatoire**.

Questionnaire

1ère partie, à propos de vous

Quelle est votre date de naissance ?

Dans quelle ville habitez-vous ?

Votre lieu d'accouchement ?

- Centre Hospitalier Universitaire (CHU), [exp : pour Toulouse, hôpital paule de viguier]
- hôpital autre que CHU [exp : hôpital joseph ducuing, hôpital régional...]
- cliniques privés [clinique sarrus teinturiers, clinique de l'union...]
- domicile
- autre (préciser) :

Mode d'accouchement ?

- Voie basse
- Césarienne

Combien avez-vous d'enfant ? (en comptant votre dernier accouchement)

Quel professionnel de santé a suivi votre dernière grossesse pendant les 7 premiers mois ?

- Sage femme
- Médecin généraliste
- Votre gynécologue
- Un gynécologue obstétricien

Saviez-vous qu'il existe une consultation dédiée du post accouchement ? **Oui / Non**

2ème partie (concerne votre dernière grossesse)

Précisez la date de votre dernier accouchement

Avez-vous eu une consultation dédiée du post accouchement ? **Oui / Non**

→ Si vous n'avez pas eu cette consultation :

-Vous a-t-elle été proposée ? **Oui / Non**

- Si oui, par qui ?

- Sage Femme,
- Votre médecin généraliste,
- Gynécologue

- Pourquoi n'a-t-elle pas été effectuée ?

- Vous n'étiez pas au courant de l'existence de cette consultation de fin de suivi de grossesse ?
- Vous n'avez pas eu le temps de la faire ?
- Vous n'avez pas compris l'intérêt et/ou ressenti le besoin de la faire ?
- Autre (préciser)

→ Si vous avez eu cette consultation :

• Qui vous en a parlé / vous l'a recommandée ?

- à la maternité,
- un ami/e,
- votre médecin généraliste,
- un gynécologue
- une sage femme,
- votre kinésithérapeute,
- vous l'aviez vu sur internet,
- la sécurité sociale / ameli,
- vous le saviez grâce à votre précédente grossesse,
- vous l'avez découvert par ce questionnaire
- autre (préciser) :

• Quel professionnel santé a effectué cette consultation ?

- votre médecin généraliste ,
- une sage femme,
- votre gynécologue,
- un gynécologue obstétricien

• A quelle date a-t-elle été effectuée

- dans les 2 semaine après votre accouchement,
- entre 2 et 6 semaines après votre accouchement,
- entre 6 et 8 semaines après votre accouchement,
- plus de 8 semaines après votre accouchement

• Combien de temps environ a duré cette consultation ?

• Êtes-vous venue à cette consultation avec votre nourrisson ? **Oui / Non**

• Réglez vous habituellement vos consultations médicales ? **Oui / Non**

• Avez-vous réglé cette consultation ? **Oui / Non**

3ème partie, le contenu de votre consultation (concerne votre dernière grossesse)

- Y a-t-il eu des complications pendant votre grossesse ? **Oui / Non**
[exp : diabète gestationnel, problème de thyroïde, tension artérielle trop élevée, pré-éclampsie, menace d'accouchement prématuré...]
 - Si oui, préciser le type de complication
 - le suivi de ces complications a-t-il été abordé / vérifié ? **Oui / Non**

- Lors de cette consultation, les thématiques suivantes ont-elles été abordées :
 - Allaitement (*explication des bénéfices, complications, sevrage, réponse à vos questions*)
 - Contraception (*poursuite de la contraception prescrite à la sortie de la maternité, discussion et proposition d'autre méthode ? Changement de contraception ?*)
 - Intimité du couple (*reprise des relations sexuelles*)
 - Consommation de tabac ou autres toxiques (*Alcool, cannabis, cocaïne...*)
 - Vaccination (*vérification de votre statut vaccinal ± mise à jour pour la rubéole, rougeole, coqueluche, varicelle*)
 - Reprise du travail
 - Reprise d'une activité physique
 - Conseils pour le retour au poids de forme antérieur à la grossesse
 - Évaluation du psychisme, de votre moral
 - relation avec bébé **Oui / Non**
 - relation avec le papa **Oui / Non**
 - présence d'un soutien familial **Oui / Non**
 - relations sociales **Oui / Non**
 - sommeil **Oui / Non**
 - surmenage **Oui / Non**
 - autre, préciser

- Lors de cette consultation,
 - avez vous :
 - été pesée
 - eu un examen gynécologique
 - eu un frottis,
→ précisez le mois et l'année du précédent frottis
 - eu un examen des seins
 - eu une auscultation cardio-pulmonaire
 - eu une prise de tension artérielle

 - aviez-vous rapporté des résultats biologiques prescrits précédemment ou à la sortie de la maternité ?
Oui / Non

 - vous a-t-on prescrit des analyses de sang à faire ?
Oui / Non

- vous a-t-on prescrit des séances de rééducation périnéales ?
Oui / Non
- Si on vous a prescrit des séances de rééducation :
→ Avez-vous décrit ou la sage femme/le médecin a-t-il recherché des fuites urinaires ou Anales ?
Oui / Non
→ Vous les a-t-on prescrites de façon systématique alors que vous ne présentiez aucun symptôme ?
Oui / Non
- Si on ne vous a pas prescrit de séances de rééducation :
→ Avez-vous décrit ou la sage femme/le médecin a-t-il recherché des fuites urinaires ou Anales ?
Oui / Non
→ Aviez-vous des fuites urinaires ou anales ?
Oui / Non
- vous a-t-on prescrit des examens à faire ? (radiographie, échographie...)
Oui / Non
- vous a-t-on adressée voir un autre professionnel de santé ? [*exp : spécialiste, gynécologue, sage-femme*]
Oui / Non
→ si oui préciser vers quel professionnel

4ème partie, conclusion

D'autres thématiques ont-elles été abordées lors de cette consultation ? Lesquelles ?

.....

Auriez-vous souhaité que d'autres thématiques soient abordées ? Lesquelles ?

.....

Avez-vous pu poser toutes vos questions ? **Oui / Non**

Avez-vous eu le sentiment d'être écoutée ? **Oui / Non**

Avez-vous compris l'utilité de cette consultation ? **Oui / Non**

Vous a-t-on proposé lors de cette consultation de revenir en consultation pour continuer d'aborder ces notions ?

Oui / Non

Êtes vous revenue en consultation pour continuer d'aborder ces notions ? **Oui / Non**

→ si oui préciser avec quel professionnel

Merci de votre collaboration à cette étude.

La consultation du Post-Partum : Une consultation négligée ?

Directrice de thèse : Dr Isabelle FRAY

Soutenue le 17/10/2019 à Toulouse

Résumé

Introduction : La consultation du Post-Partum (PP) vise à réduire la morbi-mortalité maternelle. En France, elle doit obligatoirement être proposée entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine du PP, elle est entièrement prise en charge par la sécurité sociale. Les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) guident la pratique des professionnels lors de cette consultation.

Objectifs : déterminer, en Haute-Garonne, la proportion de femmes effectuant cette consultation et comparer les pratiques des professionnels de santé aux recommandations du CNGOF de 2015.

Matériel et méthodes : Étude observationnelle, descriptive et transversale, réalisée à l'aide d'un auto-questionnaire destiné aux patientes de Haute-Garonne, ayant accouché depuis plus de 2 mois et après décembre 2015.

Résultats : Dans notre population, la consultation du PP a été réalisée dans 81,1%. La contraception était abordée dans 90% des consultations, l'allaitement dans 59,9% et l'évaluation psychique dans 53%. Un examen gynécologique était réalisé dans 96,6 % et des séances de rééducation périnéales étaient prescrites dans 88,8 %.

Conclusion : Il est nécessaire de poursuivre les efforts de notre système de soins pour augmenter le taux de réalisation de la consultation du PP. Respecter les recommandations guidant notre pratique permettrait de préserver du temps pour aborder les thèmes clés et chronophages de cette consultation. Pour permettre une prise en charge plus complète des femmes dans la période du PP, une révision du calendrier de suivi dans le PP devrait être envisagée.

Mots clés : Suivi du post-partum, consultation du post-partum, visite post-natale, santé maternelle, morbidité maternelle, recommandations de bonnes pratiques, médecine générale.

Summary

Introduction : The purpose of the six-week postnatal check-up is to reduce maternal morbidity and mortality. In France, it must be proposed between the 6th and 8th week after delivery. It is fully covered by our health care system. The clinical guidelines of the French College of Gynecologists and Obstetricians (CNGOF) describe the key points of this consultation.

Objectives: to determine, in Haute-Garonne, the participation rate at this postnatal visit and to compare the practices of professionals with the 2015 clinical guidelines of the CNGOF.

Material and methods : Observational, descriptive and cross-sectional study using a self-administered questionnaire for patients in Haute-Garonne who have given birth for more than 2 months and after December 2015.

Results : In our population, a postnatal visit was carried out in 81.1%. Contraception was addressed in 90% of consultations, breastfeeding in 59.9% and psychic assessment in 53%. A gynecological examination was performed in 96.6% and perineal reeducation was prescribed in 88.8%.

Conclusion : Additional efforts from our health care system are needed to increase the participation rate at the postnatal visit. Following the recommendations guiding our practice would help to preserve time to address the key and time-consuming points of this check-up. To allow better care for women in the postpartum period, a review of the timing of the routine postnatal examination should be considered.

Keywords : Postpartum care, post-natal visit, six-week postnatal check-up, maternal health, maternal morbidity, clinical guidelines, general practice.

Discipline administrative : Médecine générale