

Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°3247

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 19 décembre 2024

Par **Maëlys BOURGOIN, née le 21 janvier 1996**

« Une surveillance étroite de la femme avant et pendant la grossesse : qu'en est-il de l'après ? »

Thèse dirigée par le **Professeur HOUDARD Gaëtan**

Examinateurs :

Mme la Professeure Nathalie DUMOITIER, PU-MG

Présidente

Mr le Professeur Gaëtan HOUDARD, PA-MG

Directeur de thèse et juge

Mme la Professeure Nadège LAUCHET, PA-MG

Juge

Mme la Docteure Karen RUDELLE, MCU-MG

Juge



Thèse d'exercice



Faculté de Médecine

Année 2024

Thèse N°3247

Thèse pour le diplôme d'État de docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement

Le 19 décembre 2024

Par **Maëlys BOURGOIN, née le 21 janvier 1996**

« Une surveillance étroite de la femme avant et pendant la grossesse : qu'en est-il de l'après ? »

Thèse dirigée par le **Professeur HOUDARD Gaëtan**

Examinateurs :

Mme la Professeure Nathalie DUMOITIER, PU-MG

Présidente

Mr le Professeur Gaëtan HOUDARD, PA-MG

Directeur de thèse et juge

Mme la Professeure Nadège LAUCHET, PA-MG

Juge

Mme la Docteure Karen RUDELLE, MCU-MG

Juge



Le 27 septembre 2024

Doyen de la Faculté

Monsieur le Professeur **Pierre-Yves ROBERT**

Assesseurs

Madame le Professeur **Marie-Cécile PLOY**

Monsieur le Professeur **Jacques MONTEIL**

Monsieur le Professeur **Laurent FOURCADE**

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
AUBRY Karine	O.R.L.
BALLOUHEY Quentin	CHIRURGIE INFANTILE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CALVET Benjamin	PSYCHIATRIE D'ADULTES
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE VISCERALE ET DIGESTIVE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DELUCHE Elise	CANCEROLOGIE
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUCHESNE Mathilde	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE

DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FAVREAU Frédéric	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAUTHIER Tristan	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
HOUETO Jean-Luc	NEUROLOGIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
JOUAN Jérôme	CHIRURGIE THORACIQUE ET VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
LY Kim	MEDECINE INTERNE
MAGNE Julien	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARCHEIX Pierre-Sylvain	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
OLLIAC Bertrand	PEDOPSYCHIATRIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
ROUCHAUD Aymeric	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
STURTZ Franck	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TOURE Fatouma	NEPHROLOGIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE
YERA Hélène	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE

Professeurs Associés des Universités à mi-temps des disciplines médicales

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
KARAM Henri-Hani	MEDECINE D'URGENCE
MOREAU Stéphane	EPIDEMIOLOGIE CLINIQUE
VANDROUX David	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION
ROUSSEL Murielle	HEMATOLOGIE

Maitres de Conférences des Universités – Praticiens Hospitaliers

ALBOUYS Jérémie	GASTROENTEROLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
COMPAGNAT Maxence	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
COUVE-DEACON Elodie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
FAYE Pierre-Antoine	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE/CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
GEYL Sophie	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
LABRIFFE Marc	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LALOZE Jérôme	CHIRURGIE PLASTIQUE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARGUERITTE François	GYNECOLOGIE OBSTETRIQUE
PARREAU Simon	IMMUNOLOGIE
PASCAL Virginie	IMMUNOLOGIE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
SALLE Henri	NEUROCHIRURGIE
SALLE Laurence	ENDOCRINOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
TRICARD Jérémie	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE

Maitre de Conférences des Universités associé à mi-temps

BELONI Pascale	SCIENCES INFIRMIERES
-----------------------	----------------------

Professeur des Universités de Médecine Générale

DUMOITIER Nathalie	(Responsable du département de Médecine Générale)
---------------------------	---

Maître de Conférences des Universités de Médecine Générale

RUDELLE Karen

Professeur associé des Universités à mi-temps de Médecine Générale

HOUDARD Gaëtan du 01-09-2019 au 31-08-2025

LAUCHET Nadège du 01-09-2023 au 31-08-2026

Maitres de Conférences associés à mi-temps de médecine générale

BAUDOT Pierre-Jean du 01-09-2023 au 31-08-2026

BUREAU-YNIESTA Coralie du 01-09-2022 au 31-08-2025

MIRAT William du 01-09-2024 au 31-08-2027

SEVE Léa du 01-09-2024 au 31-08-2027

Enseignant d'anglais

HEGARTY Andrew du 01-09-2024 au 31-08-2025

Professeurs Émérites

ALDIGIER Jean-Claude du 01-09-2023 au 31-08-2024

LACROIX Philippe du 01-09-2024 au 31-08-2026

MABIT Christian du 01-09-2022 au 31-08-2024

MOREAU Jean-Jacques du 01-09-2019 au 31-08-2024

NATHAN-DENIZOT Nathalie du 01-09-2022 au 31-08-2024

VALLAT Jean-Michel du 01-09-2023 au 31.08.2025

VIROT Patrice du 01-09-2023 au 31-08-2024

Le 1^e mai 2024

Assistants Hospitaliers Universitaires

ABDALLAH Sahar	ANESTHESIE REANIMATION
BOYER Claire	NEUROLOGIE
CHAZELAS Pauline	BIOCHIMIE
CUSSINET Lucie	ORL
FERRERO Pierre-Alexandre	CHIRURGIE GENERALE
FRAY Camille	PEDIATRIE
GRIFFEUILLE Pauline	IPR
HERAULT Etienne	PARASITOLOGIE
JADEAU Cassandra	HEMATOLOGIE BIOLOGIE
KHAYATI Yasmine	HEMATOLOGIE
LAIDET Clémence	ANESTHESIOLOGIE REANIMATION
MEYER Sylvain	BACTERIOLOGIE VIROLOGIE HYGIENE
PERANI Alexandre	GENETIQUE
PLATEKER Olivier	ANESTHESIE REANIMATION
SERVASIER Lisa	CHIRURGIE OPHTHOPEDIQUE

Chefs de Clinique – Assistants des Hôpitaux

ABDELKAFI Ezedin	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE
AGUADO Benoît	PNEUMOLOGIE
ANNERAUD Alicia	HEPATOLOGIE GASTROENTEROLOGIE
AUBOIROUX Marie	HEMATOLOGIE TRANSFUSION
BAUDOUIN Maxime	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
BEAUJOUAN Florent	CHIRURGIE UROLOGIQUE
BERENGER Adeline	PEDIATRIE

BLANCHET Aloïse	MEDECINE D'URGENCE
BONILLA Anthony	PSYCHIATRIE
BOUTALEB Amine Mamoun	CARDIOLOGIE
BURGUIERE Loïc	SOINS PALLIATIFS
CAILLARD Pauline	NEPHROLOGIE
CATANASE Alexandre	PEDOPSYCHIATRIE
CHASTAINGT Lucie	MEDECINE VASCULAIRE
CHROSCIANY Sacha	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
COLLIN Rémi	HEPATO GASTRO ENTEROLOGIE
COUMES-SALOMON Camille	PNEUMOLOGIE ALLERGOLOGIE
DELPY Teddy	NEUROLOGIE
DU FAYET DE LA TOUR Anaïs	MEDECINE LEGALE
FESTOU Benjamin	MALADIES INFECTIEUSES ET TROPICALES
FRACHET Simon	NEUROLOGIE
GADON Emma	RHUMATOLOGIE
GEROME Raphaël	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
GOURGUE Maxime	CHIRURGIE
LADRAT Céline	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
LAPLACE Benjamin	PSYCHIATRIE
LEMACON Camille	RHUMATOLOGIE
LOPEZ Jean-Guillaume	MEDECINE INTERNE
MACIA Antoine	CARDIOLOGIE
MEYNARD Alexandre	NEUROCHIRURGIE
MIO BERTOLO Emilie	DERMATOLOGIE
NASSER Yara	ENDOCRINOLOGIE
PAGES Esther	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE

PARREAU Simon	MEDECINE INTERNE
ROCHER Maxime	OPHTALMOLOGIE
TALLIER Maïa	GERIATRIE
TRAN Gia Van	NEUROCHIRURGIE
VERNIER Thibault	NUTRITION

Chefs de Clinique – Médecine Générale

HERAULT Kévin

CITERNE Julien

VANDOOREN Maïté

Praticiens Hospitaliers Universitaires

DARBAS Tiffany	ONCOLOGIE MEDICALE
HARDY Jérémie	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE D'URGENCE

Remerciements

Aux membres du jury,

À ma Présidente de thèse,

Madame la Professeure Nathalie DUMOITIER,

Professeur des universités de Médecine Générale et responsable du département de Médecine Générale de Limoges,

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant la présidence de ce jury de thèse. Je vous suis reconnaissante de m'avoir dispensé un enseignement de qualité tout au long de mon internat.

Veuillez trouver ici l'assurance de mon profond respect et de mes sincères remerciements.

À mon Directeur de thèse et juge,

Monsieur le Professeur Gaëtan HOUDARD,

Professeur associé des universités à mi-temps de Médecine Générale au CHU de Limoges,

Je vous remercie infiniment d'avoir accepté de diriger ma thèse et de m'avoir accompagné tout au long de sa rédaction. Votre bienveillance, votre écoute et votre soutien m'ont été d'une aide précieuse. Merci pour votre disponibilité et réactivité. À votre honorable triple casquette, à la fois professeur, directeur de thèse mais également médecin traitant depuis mes un an et demi. Je vous en suis profondément reconnaissante.

Veuillez trouver ici l'expression de toute ma sympathie et l'assurance de mes sentiments respectueux.

À Madame la Professeure Nadège LAUCHET,

Professeure associée des universités à mi-temps de Médecine Générale au CHU de Limoges,

Je vous remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse. Merci pour l'ensemble des connaissances que vous m'avez apporté, c'était un plaisir de participer à vos enseignements qui se déroulaient toujours dans la joie et dans la bonne humeur. Merci pour votre gentillesse.

Veuillez trouver ici l'expression de ma considération et ma reconnaissance.

À Madame la Docteure Karen RUDELLE,

Maitre de Conférence des universités de Médecine Générale au CHU de Limoges,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury de thèse.

Je profite de ce travail pour te remercier également pour tout ce que tu m'as appris durant ces six mois. Ce fût un plaisir de travailler à tes côtés. J'admire la femme que tu es, alliant remarquablement vie professionnelle et vie familiale. Tu es une super Docteure. Je te remercie également pour ton aide et ton implication dans les analyses statistiques de ce travail.

À mes parents,

C'est grâce à votre soutien que j'en suis ici aujourd'hui, je vous en suis infiniment reconnaissante. Merci pour tout l'amour que vous m'apportez au quotidien. Merci d'avoir toujours cru en moi. Je mesure la chance que j'ai de vous avoir.

À mon père, que j'admire remarquablement pour sa valeur du travail et son courage. J'espère te ressembler. Merci de nous protéger, et surtout, de toujours être présent pour moi.

À ma mère, tu as toujours su me soutenir et me guider durant toutes ces années. Merci pour nos moments de complicité, mais surtout d'être la merveilleuse femme et maman que tu es.

Vous êtes ma plus belle richesse.

Je vous aime tant.

À mon petit frère,

Nicolas, à notre complicité et nos chamailleries. Tu es le plus beau cadeau que papa et maman aient pu m'offrir. Tu mérites le meilleur et bien plus encore.

Je t'aime infiniment.

À Romane,

Merci pour ton amour et ton soutien. Je suis tellement fière de ton parcours, mais également de la femme et de la mère que tu es devenue. Merci de rendre notre famille si belle avec Johann, Victoire et Chléa.

À Clarisse,

Merci pour ces longues heures passées devant Big Mama. Je crois que depuis ce jour-là le mot « tête » a pris tout son sens. Merci pour tous nos précieux moments passés ensemble. Des rires aux larmes, tu es d'un soutien sans faille. Merci d'être toi ma Clacla.

À ma grand-mère,

Paulette,

Merci pour tes délicieux repas. À toutes nos balades au château, soirées jeux de société et chasses aux escargots. Tu es d'une sagesse et d'une douceur inouïes. Je ne peux que souhaiter à quiconque d'avoir une grand-mère comme toi.

Tu mérites tout le bonheur du monde.

À mon parrain,

Merci d'avoir toujours été présent pour moi. Tu nous manque, tu me manques.

À ma famille, mon grand-père, mes oncles et tantes, cousins et cousines, nièces, merci pour tous ces moments passés tous ensemble.

À ma famille de cœur,

Anne, Nicolas, Louise et Clémence,

Je vous remercie pour votre chaleureux accueil au sein de votre famille, mais également pour votre joie de vivre et votre soutien. Je n'aurais pu rêver mieux. Merci pour toutes vos attentions et l'amour que vous nous apportez. À Anne, vous qui avez ce don si magique de rendre l'ordinaire extraordinaire.

À mes amis,

À Laura,

Ma sœur de cœur, je suis si heureuse de nous voir grandir et évoluer ensemble. À toutes nos soirées massages et discussions jusqu'à pas d'heure. Je te remercie pour ton précieux soutien mais également d'être présente pour moi après tout ce temps. J'ai hâte de partager ensemble toutes les belles étapes que la vie nous réserve. Love you.

À Rebecca,

Ma petite cocotte, mon âme sœur, merci de toujours être à mon écoute et surtout à mes côtés. À la fois différentes mais complémentaires. À nos soirées réconfortantes toujours accompagnées de kit-kat. Peu importe la distance, n'oublie jamais, « loin des yeux mais près du cœur ». Merci pour cette belle amitié qui m'est si précieuse.

À Axelle,

Mon Klaxon, depuis ce cours d'anglais nous nous sommes plus quittées. J'admire ton insouciance et ta bonne humeur, ce doit être ton petit côté martiniquais. À mon premier vol en avion à tes côtés et notre voyage que je n'oublierai jamais. Merci de me faire rire à ton insu. À toutes ces belles années ensemble et à toutes celles à venir.

À Liselotte, Mélanie, Laura, Marine et Justine,

Mes amies de toujours et pour longtemps encore je l'espère. Merci d'avoir été présentes depuis le début.

À Mélanie, merci pour ta douceur, ton authenticité et ton amitié inconditionnelle. À tous ces bons moments partagés ensemble. Merci d'être présente à chaque instant et pour ton soutien durant la rédaction de ce travail. Reste la formidable personne que tu es.

À Laura, mon acolyte de soirée. Merci pour tout ce que l'on a vécu et partagé. Merci pour ta folie et toutes ces soirées endiablées. À ton « fort » caractère qui me fait toujours autant rire et t'aimer.

À **Liselotte**, mon Mag d'amour, j'admire ta joie de vire, ton courage et tes supers talents de bricoleuse. Merci pour ta bienveillance et tes si bons conseils. Tu as toujours les mots pour réconforter. J'ai de la chance de t'avoir.

À **Marine**, présente bien avant le commencement, merci pour notre amitié qui reste intacte malgré des chemins qui nous ont parfois éloignés. Rien ne change à chacune de nos retrouvailles, c'est comme si nous ne nous étions jamais quittées.

À **Justine**, ma Juju, quand je pense à tout ce que nous avons vécu depuis le collège, de nos vacances à Barcarès jusqu'à ton magnifique mariage... Quel chemin parcouru ! Je suis fière de toi mais également fière de pouvoir te compter parmi mes amies encore aujourd'hui.

À **Vincent et Alexandre**,

Mes pièces rapportées préférées, merci de prendre si soin de mes amies. Hâte de devenir des adultes ensemble et de partager les merveilleux moments de vie qui nous attendent.

À **mes amis rencontrés durant ces études de médecine**,

Antoine, Jules, Keyvan, Camille, Clémence, Maxime, Virgile, Romain, François, Guillaume, Agathe, Cyrille, Margot, Théo, Émilie, Vincent,

Merci pour tous ces moments et rires partagés qui ont rendu plus belles ces années à vos côtés. Nos soirées, nos week-ends sont des souvenirs que je n'oublierai jamais. Mais aussi à tous ceux à venir.

Aux Docteurs Tourneboeuf-Cransac L., Salaverri M., Martin C., Bourdeau G., Lajoix T., Chazat-Raby P, Zirnhelt L., Ostermann J-M, Fabry C.,

Mes maîtres de stage durant cet internat de médecine générale, merci pour votre enseignement et votre bienveillance.

À **toutes les équipes médicales et paramédicales** rencontrées durant cet internat, merci de m'avoir tant appris.

À toi, Antoine,

Merci pour ton soutien inégalable au quotidien, mais également de me compléter et de me faire rire. Merci de faire partie de ma vie depuis plus de trois ans et de la rendre plus belle chaque jour. J'ai hâte de continuer à partager cette merveilleuse aventure à tes côtés. Tu es mon rayon de bonheur.

Je t'aime.

Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Liste des abréviations

ACOG : American College of Obstetricians and Gynecologists

AINS : Anti-Inflammatoires-Non-Stéroïdiens

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CNSF : Collège National des Sage-Femmes

DIU : Dispositif Intra-Utérin

DPP : Dépression Post-Partum

DU : Diplôme Universitaire

EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale

EPNP : Entretien Post-Natal Précoce

EPP : Entretien Prénatal Précoce

ESP : Équipe de Soins Primaires

HAS : Haute Autorité de Santé

IU : Incontinence Urinaire

MAMA : Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée

MPP : Muscles du Plancher Pelvien

MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle

MTEV : Maladie Thrombo-Embolique Veineuse

MSU : Maître de Stage Universitaire

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PRADO : Programme de Retour à Domicile

RPNA : Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine

TVP : Thrombose Veineuse Profonde

Table des matières

Introduction.....	24
I. Généralités	25
I.1. Les principaux maux du post-partum.....	25
I.1.1. Les lochies	25
I.1.2. L'involution utérine	25
I.1.3. L'hémorragie post-partum secondaire	26
I.1.4. L'endométrite du post-partum	26
I.1.5. Les douleurs du post-partum	26
I.1.5.1. Les douleurs pelviennes.....	26
I.1.5.2. Les douleurs périnéales et vulvaires	26
I.1.6. L'anémie	27
I.1.7. Les soins de cicatrice.....	27
I.1.8. Les pathologies proctologiques	28
I.1.8.1. La constipation	28
I.1.8.2. La pathologie hémorroïdaire.....	28
I.1.8.3. La fissure anale	28
I.1.8.4. L'incontinence anale.....	29
I.1.9. L'incontinence urinaire	29
I.1.10. Les complications maternelles de l'allaitement.....	30
I.1.10.1. La douleur mammaire.....	30
I.1.10.2. L'engorgement mammaire.....	30
I.1.10.3. La candidose mammaire	30
I.1.10.4. La crevasse mamelonnaire	31
I.1.10.5. La mastite	31
I.1.10.6. L'abcès du sein.....	31
I.1.11. Les pathologies thrombo-emboliques du post-partum	32
I.1.12. Les troubles psychiques	32
I.1.12.1. Le baby-blues	32
I.1.12.2. La dépression du post-partum.....	33
I.1.12.3. La psychose puerpérale	33
I.1.13. Les modifications physiques	34
I.1.13.1. L'image de soi	34
I.1.13.2. La rétention pondérale.....	34
I.1.13.3. La chute de cheveux post-partum (ou effluvium télogène).....	34
I.1.14. Les prolapsus génitaux	35
I.1.15. La béance vaginale	35
I.2. Les thèmes du post-partum	35
I.2.1. L'allaitement.....	35
I.2.2. La contraception	36
I.2.3. La reprise de la sexualité	37
I.3. Le suivi médical	38
I.3.1. L'entretien postnatal précoce	38
I.3.2. La consultation postnatale	38
I.3.3. La rééducation périnéale et abdominale	39
II. Matériel et méthode.....	40

II.1. Le type d'étude	40
II.2. La population ciblée.....	40
II.3. Le questionnaire	40
II.3.1. La rédaction du questionnaire.....	40
II.3.2. La création du questionnaire.....	40
II.3.3. Le test du questionnaire.....	41
II.3.4. La diffusion du questionnaire	41
II.4. Le recueil des données et analyse des résultats.....	41
II.5. L'analyse statistique	41
II.6. La méthode de recherche bibliographique	41
III. Résultats	42
III.1. La population de l'étude.....	42
III.1.1. Diagramme de flux	42
III.1.2. Caractéristiques des praticiens répondants	43
III.2. Connaissance de la consultation postnatale	45
III.2.1. En fonction du profil des praticiens	45
III.2.2. En fonction du genre et de l'âge des praticiens	46
III.2.3. En fonction du genre et du lieu d'exercice des praticiens	46
III.3. Recherche spontanée des maux et/ou questionnements pouvant apparaître au cours du post-partum, lors d'un entretien avec une patiente dans les deux mois suivants l'accouchement, par les médecins généralistes	47
III.4. L'étude des freins à la recherche des maux et/ou questionnements pouvant apparaître au cours du post-partum lors d'un entretien avec une patiente dans les deux mois suivant l'accouchement par les médecins généralistes	49
III.4.1. En fonction du genre des médecins interrogés.....	50
III.4.2. En fonction de l'âge des médecins interrogés	51
III.4.3. En fonction de la durée d'installation des médecins interrogés	52
III.4.4. En fonction du lieu d'exercice des médecins interrogés	53
III.4.5. En fonction du statut universitaire des médecins interrogés.....	55
III.4.6. En fonction de la réalisation d'une formation en gynécologie médicale des médecins interrogés.....	56
IV. Discussion.....	57
IV.1. Justifications, forces et limites de l'études	57
IV.1.1. Justification de l'étude	57
IV.1.2. Forces de l'étude	57
IV.1.3. Limites de l'étude.....	58
IV.2. Questionnaire de l'étude	59
IV.3. La population de l'étude	59
IV.4. La consultation postnatale.....	60
IV.5. L'objectif principal.....	61
IV.6. L'objectif secondaire.....	63
IV.6.1. Comparaison dans la population interrogée globale	64
IV.6.2. Comparaison des freins en fonction du genre des praticiens	64
IV.6.3. Comparaison des freins en fonction de l'âge des praticiens	65
IV.6.4. Comparaison des freins en fonction de la durée d'installation des praticiens	66
IV.6.5. Comparaison des freins en fonction du lieu d'exercice des praticiens	66
IV.6.6. Comparaison des freins en fonction du statut universitaire des praticiens.....	66

IV.6.7. Comparaison des freins en fonction de la réalisation d'une formation en gynécologie médicale par les praticiens	67
IV.7. Perspectives envisageables	67
IV.7.1. Renforcer la sensibilisation et la formation des professionnels de santé	68
IV.7.2. Encourager une approche interprofessionnelle	68
IV.7.3. Valoriser les dispositifs existants	68
IV.7.4. Informer et responsabiliser les patientes	69
IV.7.5. Repenser l'organisation des consultations du post-partum	69
Conclusion	70
Références bibliographiques	71
Annexes	76
Serment d'Hippocrate	83

Table des illustrations

Figure 1 : Diagramme de flux	42
Figure 2 : Connaissance de l'existence de la consultation de suivi postnatal.....	45
Figure 3 : Principaux freins à la recherche des maux et/ou thèmes au cours d'une consultation avec une patiente dans les deux mois suivant l'accouchement par les médecins généralistes.....	50

Table des tableaux

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes répondants.....	44
Tableau 2 : Connaissance de la consultation postnatale en fonction du genre du praticien .	45
Tableau 3 : Connaissance de la consultation post natale en fonction du genre et de l'âge des praticiens	46
Tableau 4 : Connaissance de la consultation postnatale en fonction du genre et du lieu d'exercice des praticiens	46
Tableau 5 : Recherche spontanée des maux et/ou questionnements pouvant apparaître au cours du post-partum lors d'un entretien avec une patiente dans les 2 mois suivant l'accouchement par les médecins généralistes	48
Tableau 6 : Influence de la participation à un DU de gynécologie médicale sur la recherche des maux et/ou thèmes au cours d'une consultation dans les 2 mois suivant l'accouchement	49
Tableau 7 : Étude des freins en fonction du genre des médecins interrogés	51
Tableau 8 : Étude des freins en fonction de l'âge des médecins interrogés	52
Tableau 9 : Étude des freins en fonction de la durée d'installation des médecins interrogés	53
Tableau 10 : Étude des freins en fonction du lieu d'exercice des médecins interrogés.....	54
Tableau 11 : Étude des freins en fonction du statut universitaire des médecins interrogés ..	55
Tableau 12 : Étude des freins en fonction de la réalisation d'une formation en gynécologie médicale des médecins interrogés.....	56

Introduction

Le terme « post-partum », issu du latin, (*post*, « après » et *partum*, « accouchement »), désigne la période qui suit immédiatement l'accouchement. Il s'agit d'une phase de transition cruciale pour la femme, son nouveau-né et sa famille, marquée par des bouleversements physiologiques, psychologiques et sociaux. Bien que cette période soit essentielle, elle est souvent reléguée au second plan par rapport à la grossesse et à l'accouchement, et ses enjeux restent insuffisamment pris en compte. Ces dernières années, le post-partum suscite toutefois une attention accrue dans les discussions sur la santé féminine, étant perçu comme une période encore sous-estimée il relèverait d'un besoin urgent d'améliorer les pratiques médicales.

Le post-partum représente pourtant une occasion clé pour les professionnels de santé d'identifier et de répondre aux besoins globaux des femmes, afin de renforcer leur bien-être et celui de leur entourage. Une prise en charge insuffisante peut entraîner des répercussions durables, comme l'aggravation des troubles psychologiques maternels ou des difficultés d'attachement mère-enfant, posant ainsi des enjeux majeurs de santé publique.

Dans ce contexte, les médecins généralistes jouent un rôle central en tant que premier recours dans les soins primaires. Leur accessibilité et leur polyvalence en font des acteurs essentiels pour répondre aux besoins du post-partum, notamment dans des régions comme le Limousin et la Dordogne, où l'accès à des structures spécialisées peut être limité.

Pour explorer cette problématique, nous avons choisi d'étudier la question suivante :

« Qu'en est-il de la recherche des maux et/ou questionnements apparaissant au cours du post-partum, lors d'un entretien avec une patiente, dans les deux mois suivant l'accouchement, par les médecins généralistes du Limousin et de la Dordogne ? »

Nous partons de l'hypothèse que les médecins généralistes sont peu sensibilisés à l'ensemble des maux et questionnements apparaissant au cours du post-partum, voire à l'existence même de la consultation postnatale.

L'objectif principal de notre étude est donc d'étudier les pratiques des médecins généralistes du Limousin et de la Dordogne, concernant la recherche des maux et/ou questionnements pouvant apparaître au cours du post-partum, lors d'un entretien avec une patiente dans les deux mois suivant l'accouchement.

En parallèle, nous étudierons les éventuels freins rencontrés par ces professionnels dans cette démarche.

I. Généralités

Le post-partum, tel que défini par le Larousse, correspond à la période comprise entre l'accouchement et le retour de couches, c'est-à-dire la réapparition des règles. Il n'y a pas de définition officielle du « post-partum » ou des « suites de couches ». (1) Toutefois, même si elle n'est pas officiellement reconnue, la période qui définit le post-partum débuterait une heure après la délivrance, et serait décrite, d'un point de vue médical, comme le temps nécessaire après l'accouchement pour que les organes reproducteurs reviennent à leur état d'avant la grossesse, soit une durée d'environ six semaines. (1) (2)

Cette période de six semaines correspond très bien aux traditions culturelles de nombreux pays, où les 40 jours suivant la naissance sont considérés comme la durée nécessaire au rétablissement de la mère. Dans beaucoup de pays, c'est à ce moment-là qu'on prévoit un examen postnatal de routine. Les modifications physiologiques liées à la grossesse, comme l'augmentation du débit cardiaque, du volume sanguin, des liquides extracellulaires (œdème) et les changements de composition du sang, ont disparu. La disparition soudaine des hormones placentaires après l'accouchement et le début de la lactation ont entraîné des changements endocrinologiques majeurs au cours des premières semaines, mais au bout de six semaines, un état assez stable a été atteint. L'adaptation psychosociale de la mère, de l'enfant et de la famille à la nouvelle situation a en général permis de parvenir à un nouvel équilibre. Toutefois, cela ne signifie pas qu'on soit complètement retourné à un état identique à celui précédent la grossesse : en général l'allaitement se poursuit, il n'y a pas eu de retour de couches et l'activité sexuelle n'a pas forcément repris. (1)

Les problèmes de santé qui surviennent pendant la période post-partum comprennent les complications médicales, les inquiétudes des patientes et les conditions qui peuvent entraîner des risques futurs pour la santé. (3)

I.1. Les principaux maux du post-partum

I.1.1. Les lochies

Après l'accouchement, qu'il soit réalisé par voie basse ou par césarienne, les femmes ont des pertes sanguines appelées plus communément les lochies. Au cours des deux premiers jours, les pertes sanguines sont plus abondantes que des menstruations, puis elles tendent à diminuer de volume. Elles changent également d'aspect, d'abord sanglantes puis séro-sanglantes et enfin sèrées. Les lochies peuvent perdurer jusqu'à 6 semaines suivant l'accouchement. (4)

I.1.2. L'involution utérine

Dans les semaines suivant l'accouchement, l'utérus revient progressivement à sa taille d'avant grossesse, un processus appelé involution utérine, souvent accompagné de douleurs appelées « tranchées ». Il s'agit de contractions intermittentes, fréquentes et douloureuses, notamment pendant l'allaitement, sous l'effet de l'ocytocine. L'involution complète prend environ deux mois. (5,6) Les AINS doivent être privilégiés dans cette indication, même en cas d'allaitement, à condition de les prendre juste après une tétée pour minimiser l'exposition au médicament. Si les douleurs persistent malgré les antalgiques de palier 1, un traitement de palier 2 peut être une envisagé. (1)

I.1.3. L'hémorragie post-partum secondaire

L'hémorragie du post-partum secondaire est un saignement vaginal important survenant après 24 heures suivant l'accouchement, touchant jusqu'à 2 % des femmes. Les causes principales sont la rétention de tissu placentaire et l'infection. Une évaluation rapide en urgence, incluant une échographie, est souvent nécessaire. Le traitement peut inclure des médicaments utérotóniques, un curetage ou des antibiotiques en cas d'endométrite. (3)

I.1.4. L'endométrite du post-partum

Les endométrites du post-partum sont généralement dues aux bactéries du microbiote vaginal. Le *Chlamydia trachomatis* est rare et associé aux formes tardives (> 2 semaines). La plupart des endométrites surviennent dans la première semaine après l'accouchement, mais 15 % apparaissent entre la 1^{ère} et la 6^{ème} semaine post-natale.

Les signes évocateurs incluent des douleurs abdomino-pelviennes, de la fièvre et/ou des lochies fétides. Le diagnostic repose sur l'examen clinique (douleur utérine provoquée et hyperthermie). Un prélèvement vaginal et des hémocultures sont réalisés, mais les examens d'imagerie ne sont pas contributifs pour confirmer le diagnostic.

Le traitement de première intention est une antibiothérapie probabiliste (généralement amoxicilline-acide clavulanique). En cas de contre-indication, un avis spécialisé est nécessaire pour adapter le traitement.

La durée du traitement dépend de 48 heures d'apyrexie et la disparition des douleurs. En cas de persistance de la fièvre et/ou des douleurs pelviennes après 72 heures, une imagerie pelvienne devra être réalisée pour rechercher une complication (une rétention placentaire, une thrombophlébite pelvienne septique, un abcès profond...). (7)

I.1.5. Les douleurs du post-partum

I.1.5.1. Les douleurs pelviennes

L'arthropathie pelvienne de la grossesse ou symphysiolysie, peut survenir pendant la deuxième moitié de la grossesse, juste après l'accouchement, ou dans les suites de couches. Elle se manifeste par des douleurs au niveau dorsal, de la symphyse pubienne et des jambes. Elle peut entraîner des difficultés à la marche. Ce syndrome est lié au relâchement des articulations pelviennes pendant la grossesse. Bien que gênante et inconfortable, elle s'améliore généralement spontanément en quelques semaines à quelques mois après l'accouchement.(1)

I.1.5.2. Les douleurs périnéales et vulvaires

Dans les premiers jours et semaines suivant l'accouchement, de nombreuses mères sont confrontées à des douleurs périnéales et vulvaires, qui représentent un problème significatif. (1) Une prise en charge efficace de ces douleurs est fondamentale car elle contribue à renforcer la relation mère-enfant et l'initiation de l'allaitement. Bien que les douleurs soient majoritairement périnéales, elles ne se limitent pas à cette zone, et atteignent souvent leur intensité maximale dans les 72 heures suivant la naissance. Il existe des arguments dans la littérature pour évoquer un lien entre l'apparition de douleurs aiguës dans le post-partum et l'apparition de douleurs chroniques et de syndrome dépressif dans le post-partum. Ainsi, la gestion de la douleur en post-partum constitue un enjeu majeur pour la santé des femmes. (8)

Les douleurs périnéales du post-partum diminuent spontanément, souvent jusqu'à 18 mois après l'accouchement. Toutefois, certains facteurs augmentent le risque de dyspareunies durant cette période : les déchirures périnéales sévères (3^{ème} et 4^{ème} degré), l'épisiotomie, la primiparité et l'allaitement. Tandis que le mode d'accouchement ne semble pas jouer un rôle significatif. À ce jour, aucune technique n'a fait la preuve de son efficacité dans la prise en charge des dyspareunies du post-partum. Cependant, certaines approches, telles que la neurostimulation électrique transcutanée et la luminothérapie semblent les améliorer. (9)

L'évaluation régulière et systématique de la douleur en post-partum, plusieurs fois par jour si nécessaire est cruciale. Cette démarche permet non seulement d'identifier et de traiter efficacement la douleur, mais également de favoriser le lien mère-enfant, d'accélérer la récupération et, éventuellement, de réduire l'incidence des douleurs chroniques. (8)

I.1.6. L'anémie

L'anémie du post-partum se définit par un taux d'hémoglobine inférieur à 11 g/dL. Ce dosage ne doit pas être effectué avant 48 heures après l'accouchement, sauf en cas de complications, en raison des fluctuations initiales du taux. Les principaux facteurs de risque sont les saignements au cours de l'accouchement à partir de 500 mL et la césarienne, mais également le placenta prævia, l'anémie au cours de la grossesse, les grossesses multiples, l'origine africaine, les saignements du troisième trimestre et la macrosomie.

La recherche d'une carence martiale n'est pas systématique en l'absence de facteurs de risque. La réalisation d'un bilan biologique est recommandée si les saignements au cours de l'accouchement étaient abondants ou si la femme est symptomatique. Le traitement repose principalement sur la supplémentation orale en fer, tandis que le fer injectable et la transfusion sanguine sont réservés aux anémies sévères. (1)

I.1.7. Les soins de cicatrice

En obstétrique, la cicatrisation concerne la majorité des femmes après un accouchement. En France en 2021, 21,4% des femmes ont accouché par césarienne. Le taux d'épisiotomie en 2021 s'élève quant à lui à 8,3%, un taux en diminution depuis plusieurs décennies. (10) Toute cicatrice nécessite des soins, même en l'absence de complications douloureuses, inflammatoires ou infectieuses. Une cicatrice est une source de douleur qui doit être entendue, traitée et accompagnée. Les soignants jouent un rôle clé pour prévenir la chronicisation de la douleur et aider les femmes à se réconcilier avec cette cicatrice parfois perçue comme mutilante. (11)

Pour les **cicatrices de césarienne**, en l'absence de complications, des soins locaux minimalistes sont recommandés : lavage de la plaie suivi d'un séchage soigneux afin d'éviter toute macération. Le pansement doit être enlevé dès que possible si la plaie est propre. Les agrafes sont généralement retirées entre 5 et 7 jours, ou suivant les indications de l'obstétricien dans les cas particuliers. En cas de signes inflammatoires type érythème ou induration sans franche collection, qui sont des sources de douleurs, un traitement antibiotique pourra être discuté en association avec des anti-inflammatoires, des applications de glace et du repos. (11) Il existe également d'autres moyens non médicamenteux : le froid ou le chaud en application locale, l'homéopathie, la phytothérapie (argile verte ou encore le miel, régulièrement utilisé dans certains établissements hospitaliers comme à Limoges dans les protocoles de cicatrisation de plaies), la nutrithérapie (magnésium, zinc, silicium, cuivre) ou encore le traitement topique par acide hyaluronique.(11)

Pour les **cicatrices périnéales**, l'incidence des infections reste mal connue. En cas de suspicion d'infection, un prélèvement bactériologique est nécessaire. Le traitement repose sur un nettoyage minutieux, la réalisation d'un parage de la plaie et le retrait des fils de suture si cela est cliniquement indiqué. Une antibiothérapie à large spectre est préconisée, notamment en cas de déchirure du 3^{ème} ou 4^{ème} degré. Des conseils d'hygiène doivent être systématiquement donnés à toutes les femmes ayant eu une épisiotomie ou une déchirure périnéale. (1)

L'ensemble de ces mesures visent à limiter les douleurs aiguës et à prévenir leur évolution vers des douleurs chroniques. (11)

I.1.8. Les pathologies proctologiques

Une femme enceinte sur trois présente des troubles proctologiques au cours de la grossesse et du post-partum. (12)

I.1.8.1. La constipation

La constipation touche environ 25% des femmes en post-partum et constitue un facteur de risque au développement de pathologies anorectales comme les hémorroïdes et les fissures anales.(1) Elle peut provoquer des douleurs et des inconforts lors de la défécation, source d'inquiétude pour les mères qui récupèrent du stress de l'accouchement, notamment après une réparation périnéale ou en cas d'hémorroïdes. Environ 17% des femmes signalent une constipation au cours des six premières semaines post-accouchement, souvent aggravée par la supplémentation en fer prise pendant la grossesse. (13) La prescription de laxatifs n'est envisagée qu'en cas d'échec des conseils hygiéno-diététiques simples, incluant un régime riche en fibres et une bonne hydratation. (1,14)

I.1.8.2. La pathologie hémorroïdaire

La thrombose hémorroïdaire externe survient dans 20% des cas dans les premières heures suivant délivrance, la césarienne offrant une protection contre cette pathologie. Une crise hémorroïdaire aiguë peut considérablement altérer l'expérience du séjour en maternité.

Le traitement est essentiellement médical, complété par des moyens physiques tels que l'application de glace (glace pilée, sachets de petits pois congelés, préservatifs glaçon empli d'eau et placé au congélateur...). Les antalgiques de classe 1 ou 2, ainsi que les AINS, autorisés même chez les femmes allaitantes, permettent un soulagement rapide. Les topiques locaux contenant des corticoïdes et des anesthésiques sont recommandés pour leur effet apaisant sur la douleur et l'œdème. (12) La chirurgie reste exceptionnelle, réservée en cas d'échec du traitement médical.(1)

Un bilan proctologique peut être envisagé quelques mois après l'accouchement pour évaluer la nécessité d'un traitement de fond. Dans la majorité des cas, les symptômes disparaissent spontanément en quelques semaines. (12)

I.1.8.3. La fissure anale

La fissure anale fréquente en post-partum, touche environ 1 femme sur 5 et apparaît généralement à distance de la délivrance. Elle est souvent liée aux troubles du transit, notamment la constipation.

Les symptômes incluent une douleur anale déclenchée par la défécation pouvant persister plusieurs heures, des traces de sang sur le papier toilette au moment de l'essuyage, et parfois une douleur intense expliquée par une contracture sphinctérienne associée.

Le traitement repose principalement sur l'utilisation de laxatifs pendant au moins six semaines, favorisant la cicatrisation dans la majorité des cas. Un traitement antalgique efficace est essentiel pour soulager la patiente. Les topiques n'ont pas clairement prouvé leur efficacité. La chirurgie sauf cas exceptionnels (fissure infectée ou hyperalgique malgré un traitement médicamenteux optimal), est généralement évitée ou différée. (12)

I.1.8.4. L'incontinence anale

Moins étudiés que les troubles de la continence urinaire, les troubles de la continence anale restent fréquents et impactent fortement la qualité de vie. Environ 13 % des femmes vont présenter dans le post-partum une incontinence anale de novo après un premier accouchement, majoritairement sous forme de fuites incontrôlées de gaz, mais également des fuites fécales chez 2 % d'entre elles.

Le principal facteur de risque est la rupture sphinctérienne sévère (grade 3 ou 4), dont la réparation immédiate n'élimine pas toujours les risques de séquelles. Parmi les autres facteurs de risque identifiés on retrouve le poids du bébé (> 4 kg), l'utilisation des forceps, la durée d'expulsion (> 30 minutes), l'épissiotomie médiane, et éventuellement l'hérédité. À l'exception de l'épissiotomie, ces facteurs sont rarement prévisibles ou évitables.

Dans la plupart des cas, l'incontinence anale est transitoire ou s'atténue dans les mois suivant l'accouchement. Bien que leur efficacité sur la fonction anorectale reste à démontrer, des séances de rééducation pelvipérinéale sont remboursées en France pour toutes les femmes venant d'accoucher. Des séances spécifiques peuvent être proposées en cas de troubles persistants.

En cas de symptômes, il convient d'optimiser le transit et d'aider à la vidange rectale si nécessaire, en complément d'une rééducation adaptée. Si ces mesures échouent, des examens complémentaires (échographie endo-anale ou manométrie ano-rectale) permettent d'évaluer la rupture sphinctérienne ou la fonction ano-rectale. Les traitements de seconde ligne relèvent d'une équipe spécialisée.

L'incontinence anale du post-partum, imprévisible et parfois irréversible, est rarement abordée avec les patientes, malgré son fort impact sur la qualité de vie. Son traitement reste complexe, nécessitant un accompagnement et un soutien attentif pour les femmes concernées. (12)

I.1.9. L'incontinence urinaire

L'incontinence urinaire (IU) est une complication fréquente du post-partum. (1). Elle est souvent liée à un syndrome d'hyperactivité vésicale associant des urgencies, une pollakiurie, une nycturie et des fuites sur urgencies. Bien qu'aucune définition consensuelle spécifique ne soit établie, l'IU du post-partum est généralement définie comme une IU persistante ou survenant dans les 3 à 6 mois suivant l'accouchement. (15)

Le diagnostic repose sur l'interrogatoire et peut être retenu en l'absence de fistule vésico-ou urétrovaginale, d'infection urinaire ou de miction par regorgement liée à une rétention urinaire. Si l'interrogatoire et l'examen clinique sont normaux et qu'il n'y a pas de signes associés, aucun examen complémentaire systématique n'est nécessaire. (15)

La prévalence de l'IU diminue spontanément dans les trois premiers mois du post-partum, avec un taux de rémission de 85 % sans intervention. (16) Cependant, chez les femmes présentant une IU persistante à trois mois, une rééducation périnéale est recommandée. (15)

I.1.10. Les complications maternelles de l'allaitement

I.1.10.1. La douleur mammaire

Bien que l'allaitement procure souvent une grande satisfaction aux mères, la douleur mammaire demeure une cause significative d'arrêt, responsable dans 20% des cas. (17)

Les douleurs que peuvent rencontrer les femmes durant l'allaitement sont souvent ignorées ou banalisées par le corps médical. Dans son étude, Ohlmann Ey, souligne l'importance du rôle du médecin généraliste. En effet, les femmes consultent d'abord leur sage-femme, puis se tournent vers leur médecin généraliste pour trouver des solutions.

D'origine multifactorielle et souvent difficile à objectiver, la douleur mammaire pourrait être mieux prévenue grâce à une harmonisation des pratiques et des conseils adaptés, notamment sur le positionnement de l'enfant et la variation des positions. (18)

I.1.10.2. L'engorgement mammaire

L'engorgement est physiologique les premiers jours suivant la naissance, en lien avec l'installation de la lactogenèse, l'augmentation du débit sanguin et du volume de lait. Il dure généralement 24 à 48 heures, avec des seins fermes mais compressibles.

L'engorgement pathologique peut survenir à tout moment de l'allaitement, résultant d'une stase lactée et d'un œdème interstitiel, souvent causé par une diminution brutale des tétées en volume et en rythme (enfant malade, sevrage rapide, éloignement prolongé). Les seins deviennent tendus, chauds, douloureux, le plus souvent sans fièvre, et le lait s'écoule mal rendant la tétée difficile pour le bébé. Les risques incluent une baisse de production lactée et une évolution vers une mastite.

La prévention reste la meilleure approche : tétées précoces, sans limitation et à la demande. En cas d'engorgement, l'écoulement du lait peut être facilité par la chaleur (douche, gant chaud) et par le massage aréolaire. Le drainage lymphatique peut réduire l'œdème, et des tétées fréquentes ou l'utilisation d'un tire-lait peuvent soulager la stase lactée. Le paracétamol ou les anti-inflammatoires non stéroïdiens peuvent être utilisés pour apaiser la douleur. Sans prise en charge, l'engorgement peut évoluer vers une mastite. (19, 20)

I.1.10.3. La candidose mammaire

La candidose mammaire peut entraîner une atteinte superficielle du mamelon, caractérisée par un aspect inflammatoire, luisant et enduit blanchâtre typique, souvent accompagnée de douleurs dès le début de tétée. (19)

La prise en charge repose sur l'hygiène (changement de soutien-gorge et des coussinets, utilisation d'un savon alcalin), un nettoyage et l'application d'antifongique local trois fois par jour après les tétées. Une préparation à base de miel peut être utilisée après les autres tétées. (20) En cas de persistance après 3 semaines de traitement local et correction de la position au sein, un traitement anti-fongique per os est proposé pendant 14 jours. Il est essentiel de

traiter tout muguet buccal chez le bébé. Également, des probiotiques peuvent être envisagés pour rééquilibrer la flore maternelle. (21)

I.1.10.4. La crevasse mamelonnaire

Les crevasses se manifestent par des lésions superficielles ou profondes du mamelon et/ou de l'aréole, parfois accompagnées de saignements, et sont toujours très douloureuses. Elles sont favorisées par un démarrage tardif de l'allaitement, une insuffisance des tétées, un mauvais positionnement du bébé au sein ou un frein de langue antérieur.

Pour les prévenir il convient d'examiner la mobilité linguale du bébé, d'aider la mère à choisir et varier les positions d'allaitement, de vérifier la prise du sein, de limiter ou de changer régulièrement les coussinets d'allaitement, et d'appliquer quelques gouttes de colostrum sur le mamelon et l'aréole après chaque tétée dès les premiers jours.

En cas de crevasse, la cicatrisation peut être favorisée par l'application de crèmes protectrices à base de lanoline purifiée. En cas de retard de cicatrisation, des préparations contenant du miel et de l'acide hyaluronique mélangées avec du lait maternel peuvent être utilisées. Il est crucial de poursuivre l'allaitement. Si la douleur persiste malgré une correction de position, l'utilisation transitoire de bouts de sein ou d'un tire-lait pendant 24 à 48 heures peut être envisagée. Des antalgiques peuvent également être prescrits si nécessaire. (21)

I.1.10.5. La mastite

La mastite est une inflammation du sein résultant d'une stase lactée, avec un risque d'évolution vers un abcès en cas de prise en charge tardive. Cliniquement, elle se manifeste par une rougeur, une douleur et une chaleur localisée, souvent au quadrant supéro-externe, accompagnée de fièvre ou de symptômes pseudo-grippaux. Il est important de poursuivre l'allaitement, qui reste sans danger pour un bébé né à terme en bonne santé, et d'éviter un arrêt brutal, qui augmente le risque d'abcès.

La prise en charge est urgente : éviter les sous-vêtements trop serrés, optimiser le drainage par les tétées, l'expression manuelle ou à l'aide d'un tire-lait, et prescrire des antalgiques. Une réévaluation quotidienne est nécessaire. Une antibiothérapie est indiquée en cas de signes de gravité : crevasse surinfectée, tableau sévère avec fièvre élevée et persistante, tableau non résolutif en 24-48 heures malgré un bon drainage.

La cause sous-jacente doit être corrigée pour prévenir les récidives : ajustement de la position, prise en charge des crevasses, adaptation du rythme des tétées ou gestion d'une surproduction lactée. (21)

I.1.10.6. L'abcès du sein

L'abcès mammaire est une complication d'une mastite mal prise en charge. Il se manifeste par une douleur lancinante, souvent accompagnée de fatigue et de fièvre. À l'examen, une masse fluctuante est palpable, bien que parfois difficile à détecter en cas de siège profond ou rétro-aréolaire. L'échographie peut confirmer le diagnostic si nécessaire. Dans 99% des cas, un *Staphylococcus aureus* est retrouvé sur le liquide de ponction, justifiant une antibiothérapie à base de pristinamycine.

L'allaitement peut être poursuivi du côté de l'abcès, ce qui favorise la vidange du sein, réduit l'inflammation, et facilite la guérison. Si les symptômes persistent, un avis spécialisé est requis pour envisager une ponction qui peut être répétée jusqu'à résolution complète. (21)

I.1.11. Les pathologies thrombo-emboliques du post-partum

La maladie thrombo-embolique veineuse (MTEV) est fréquente dans la population générale. Son risque est multiplié par 5 pendant la grossesse (50 % des thromboses avant 20 semaines d'aménorrhées) et peut être multiplié jusqu'à 20 pendant le post-partum, avec 80 % des cas dans les 3 premières semaines. Un risque accru de moindre ampleur persiste jusqu'à 12 semaines après l'accouchement. Les facteurs de risque supplémentaires incluent l'âge maternel avancé, l'accouchement par césarienne, l'hémorragie ou l'infection post-partum et les antécédents de prééclampsie. (3,13)

Ce risque est lié à la stase veineuse due à l'immobilisation et à la compression utérine, aux lésions vasculaires lors de l'accouchement et à l'hypercoagulabilité induite par la grossesse. (22) La thrombose veineuse profonde (TVP) est plus fréquente pendant la grossesse, tandis que l'embolie pulmonaire prédomine en post-partum.(3)

La prévention repose sur le dépistage des patientes à risque. Elle inclut le port systématique de bas de contention, associé à une prophylaxie anticoagulante selon le niveau de risque. (22) Selon la Haute Autorité de Santé, une compression par bas est indiquée dans la prévention des MTEV, en dehors des contre-indications, durant toute la grossesse et 6 semaines après l'accouchement (6 mois en cas de césarienne). (23)

I.1.12. Les troubles psychiques

I.1.12.1. Le baby-blues

Le blues du post-partum, également appelé « blues du troisième jour », « syndrome du troisième jour », « baby blues » ou « blues post-natal » est une réaction physiologique liée aux bouleversements hormonaux (chute de l'estradiol, de la progestérone et de la prolactine) survenant après l'accouchement. (24) Il concerne environ 39% des femmes, et se manifeste par des symptômes psychiques, physiologiques et transitoires, souvent associés à une sphère dépressive. Bien qu'il soit physiologique, il peut affecter le lien mère-enfant et évoluer vers une dépression du post-partum. (25)

Il apparaît généralement dans la première semaine après la naissance, avec un pic entre le 2ème et le 5ème jour. Il dure habituellement quelques heures à quelques jours, et sa résolution se fait de manière spontanée en moins de 10 jours. (25) Les symptômes incluent : crises de pleurs, irritabilité, labilité émotionnelle, fatigue, chagrin, humeur instable, insomnie, anxiété, perte d'appétit, confusion et manque de concentration. (24,25)

Le diagnostic repose avant tout sur l'entretien clinique, bien que des outils comme les échelles de Kennerley et Gath ou de Stein puissent aider au dépistage. (25,26) Le blues du post-partum étant transitoire et auto-limité il ne nécessite aucun traitement médical mais plutôt un soutien psychosocial, une validation et une éducation adaptée. (26)

Une étude française de 2023 souligne l'importance d'accorder plus d'attention aux pères en post-partum, car plus de la moitié montraient une fragilité psychologique dans les 10 jours suivant l'accouchement, ce qui peut nuire au lien père-enfant. Certaines maternités en France adoptent désormais des initiatives comme la charte « Daddy-Friendly », intégrant un soutien psychologique et des groupes de paroles pour les futurs et nouveaux pères. Ces initiatives semblent prometteuses et précieuses pour mieux accompagner les familles en période périnatale. (27)

I.1.12.2. La dépression du post-partum

La dépression post-partum (DPP) touche 10 à 15 % des femmes dans le monde. (29) Selon le rapport de Santé publique France publié en 2023, deux mois après l'accouchement, plus d'une femme sur quatre présente des symptômes d'anxiété importants, une sur six souffre d'une dépression du post-partum, et une sur vingt exprime des idées suicidaires. (29) Ces chiffres illustrent l'urgence d'améliorer le dépistage et la prise en charge de ces troubles.

La DPP se caractérise par des troubles de l'humeur, avec des symptômes tels que l'inquiétude, l'irritabilité, la confusion, l'anhédonie, la fatigue, l'insomnie, l'anxiété, la culpabilité, l'incapacité à faire face, des pensées suicidaires et la crainte de nuire au bébé. Elle englobe un spectre de troubles de santé mentale, allant du « baby blues » à la psychose post-partum. (28)

La DPP est souvent sous-diagnostiquée, seulement la moitié des patientes serait dépistée par les professionnels de santé. Cela s'explique par de multiples raisons : les formes cliniques atypiques sont fréquentes, d'autre part il en coûte beaucoup aux femmes déprimées de demander de l'aide (tant à cause de facteurs socioculturels et familiaux que de facteurs relatifs aux professionnels de santé eux-mêmes), l'attention se porte plus facilement sur le nouveau-né. Les praticiens comme l'entourage risquent donc de minimiser le mal-être de la mère. (30)

Les principaux facteurs de risque comprennent des antécédents personnels ou familiaux de dépression, des antécédents de violences conjugales, des événements de vie stressants (grossesse non planifiée ou non désirée), un soutien social ou financier insuffisant ainsi que des complications médicales. (13)

Le diagnostic repose essentiellement sur un entretien clinique structuré, soutenu par des questionnaires spécifiques comme l'EPDS (Edinburgh Postnatal Depression Scale) situé en annexe 1. (30) La prise en charge est coordonnée par un psychiatre, avec l'implication des gynécologues, psychologues et médecins traitants. Selon la gravité, elle peut inclure une psychothérapie, des anti-dépresseurs ou une combinaison des deux. Un soutien psychologique, ainsi qu'une mobilisation de l'entourage, est essentiel pour favoriser l'adhésion au traitement. (30)

I.1.12.3. La psychose puerpérée

La psychose puerpérée est un trouble psychiatrique sévère, distinct des autres troubles dépressifs. Elle touche 0,1 à 0,2 % des accouchées et survient généralement à la fin de la première semaine après l'accouchement, parfois lors de la seconde, rarement au-delà. Les symptômes incluent une anxiété marquée, une agitation, des comportements maniaques avec des pensées paranoïdes ou des idées délirantes. La femme peut réagir de manière anormale envers ses proches, révélant un trouble psychotique pouvant mettre en danger sa sécurité et celle de son enfant. Une hospitalisation urgente dans un service psychiatrique est indispensable, idéalement avec le bébé pour préserver le lien mère-enfant. Ces patientes présentent également un risque augmenté de trouble psychotique dans les autres situations génératrices de stress. (1)

I.1.13. Les modifications physiques

I.1.13.1. L'image de soi

Après l'accouchement, de nombreuses femmes rapportent avoir vécu des changements à travers l'accouchement qui augmentent leur connaissance et leur respect de leur corps, appréciant ce que leur corps a pu accomplir, renforçant une relation ou un sentiment d'autonomisation qui leur apporte de la féminité dans leur silhouette et les fait se sentir plus attirantes. (2) Néanmoins, la prise de poids et l'apparition de vergetures peuvent altérer l'estime de soi. (31)

Dans son étude récente publiée en 2022 sur le vécu des changements corporels du post-partum, Bouchouka met en lumière que si la grossesse est perçue comme un événement joyeux où la prise de poids est valorisée et source de fierté, ce changement est souvent considéré comme temporaire. Le désir de retrouver le corps et la forme d'avant grossesse prédomine, mais les modifications corporelles et leur évolution sont peu abordées en anténatal. Il est donc essentiel d'éduquer les femmes sur les changements physiques naturels du corps après la naissance et de déconstruire les représentations inadaptées liées à l'apparence. Les tendances médiatiques actuelles s'orientent vers une diversification des normes corporelles, contribuant à élargir ces représentations. (32)

I.1.13.2. La rétention pondérale

Selon les recommandations du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), le poids doit être mesuré lors de la consultation postnatale afin d'encourager un retour au poids pré-conceptionnel dans les 6 mois suivant l'accouchement. (33)

Bien que les données sur la rétention pondérale du post-partum soient limitées, un rapport de la National Academy of Sciences indique qu'en moyenne, les femmes pèsent environ 5,4 kg de plus que leur poids pré-grossesse six mois après l'accouchement. (13) Une étude de Desnoyers M. révèle qu'à ce même stade, un peu plus d'un tiers des femmes retrouvent leur poids initial, tandis que les autres présentent une rétention moyenne de 3kg. (34)

Cette rétention pondérale constitue un facteur de risque métabolique, affectant la probabilité de développer une obésité, un poids plus élevé lors de grossesses futures ou un diabète de type 2, notamment chez les femmes ayant eu un diabète gestационnel. (13) Les professionnels de santé, notamment le médecin généraliste pourrait être davantage impliqué dans le suivi de la femme en post-partum, et notamment en ce qui concerne la surveillance de la perte de poids. (34) Des conseils combinant modifications alimentaires et exercices physiques se révèlent efficaces pour aider les femmes à perdre du poids après l'accouchement. (13)

I.1.13.3. La chute de cheveux post-partum (ou effluvium télogène)

Pendant la grossesse, la majorité des femmes constatent une amélioration de la qualité de leur chevelure, liée aux modifications hormonales. Cependant, après l'accouchement, une chute importante de cheveux peut survenir, provoquée par la baisse rapide des taux hormonaux. Ce phénomène, appelé « effluvium télogène » aigu du post-partum, apparaît généralement entre 6 et 24 semaines après l'accouchement, mais peut dans des cas plus rares, persister jusqu'à 15 mois. En cas d'allaitement, cette chute est souvent retardée.

Cette perte diffuse, qui touche environ 50 % des mères, se concentre principalement sur le dessus de la tête et peut entraîner jusqu'à 30 % de perte de la chevelure existante. Bien que

généralement réversible, cette chute intense s'arrête d'elle-même lorsque le cycle menstruel revient à la normale. Il faut environ 6 à 8 mois pour qu'une chevelure retrouve sa densité naturelle, sauf si des carences en minéraux ou déséquilibres hormonaux affaiblissent ou même détruisent les cellules germinatives productrices de futur cheveu. (35,36)

I.1.14. Les prolapsus génitaux

Le prolapsus génital est une anomalie de la statique pelvienne, caractérisée par le déplacement anormal d'un ou de plusieurs organes du pelvis féminin vers le bas. Cela peut provoquer des symptômes fonctionnels variés (urinaires, rectaux, sexuels) ou une sensation de pesanteur pelvienne. Les organes concernés incluent la vessie (cystocèle), le rectum (rectocèle), l'utérus (hystéroptose) ou le cul-de-sac péritonéal (élytrocèle).

Environ un tiers des femmes présentent un prolapsus de stade 2 (affleurant la vulve) au 3^{ème} trimestre de grossesse. Dans la plupart des cas, il persiste en post-partum mais reste souvent asymptomatique. Les principaux facteurs de risque de prolapsus du post-partum sont l'accouchement vaginal et l'accouchement instrumental par forceps. La prise en charge, envisagée après un délai d'au moins 9 mois, doit être globale, associant des mesures hygiéno-diététiques, l'utilisation de pessaires et une rééducation périnéale. Une intervention chirurgicale, si nécessaire, doit idéalement être différée jusqu'à la réalisation du projet parental.(9)

I.1.15. La béance vaginale

Il n'existe pas de définition consensuelle de la béance vaginale du post-partum, ni de la béance vaginale en général. Elle correspond à une « sensation de béance » rapportée par certaines femmes, pouvant se manifester par une diminution des sensations de pénétration au niveau de l'introïtus, ou par des problèmes en lien avec une ouverture permanente du vagin (« bruits » ou « gaz » vaginaux, vagin réservoir avec pertes liquidiennes après le bain). Les principales causes identifiées sont un défaut de cicatrisation d'épisiotomie ou un diastasis du *releveur de l'anus* par amyotrophie.

La prise en charge repose essentiellement sur une intervention chirurgicale associée à une sexothérapie. La rééducation périnéale n'a pas encore fait l'objet d'études spécifiques pour cette indication. (9)

I.2. Les thèmes du post-partum

I.2.1. L'allaitement

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) et la Haute Autorité de Santé (HAS) recommandent un allaitement maternel exclusif jusqu'aux 6 mois de l'enfant, avec une poursuite jusqu'à 2 ans. (18) Cependant en France, les taux d'initiation à l'allaitement ont diminué, passant de 68,7% en 2010 à 66,7% en 2016, selon l'enquête périnatale 2016 publiée dans le rapport des 1000 premiers jours. Selon l'enquête Epifane de 2012, 74% des mères initient l'allaitement en maternité, mais ce chiffre chute à 54% à 1 mois et 39% à la reprise du travail. La durée médiane d'allaitement en France est de 105 jours mais n'est que de 24 jours concernant l'allaitement maternel exclusif.

L'allaitement présente des bénéfices majeurs. Chez la mère, il réduit les risques de cancers (sein, ovaire, endomètre), de maladies cardiovasculaires, de diabète et d'endométriose. Chez l'enfant, le lait maternel, parfaitement adapté à sa croissance, réduit les otites avant 2 ans, les

infections gastro-intestinales et respiratoires, et à long terme, les risques d'obésité et de diabète de type 2. Ces bénéfices augmentent avec la durée et l'exclusivité de l'allaitement, favorisant également le bien-être physique, affectif et cognitif de la mère et de l'enfant.

Pour réussir un allaitement, il est crucial de l'anticiper et de le préparer. Un allaitement difficile douloureux ou contraint peut générer un sentiment d'échec et affecter la relation mère-enfant. Le choix d'allaiter doit rester celui de la mère, mais l'implication du partenaire et de l'entourage est essentielle pour offrir un soutien postnatal.

Les professionnels de santé doivent écouter, informer et accompagner chaque femme dans son projet d'allaitement, en adaptant leur soutien à toutes les étapes : grossesse, accouchement, maternité, retour à domicile et reprise du travail. Une formation spécifique des soignants est nécessaire pour favoriser un allaitement réussi et durable. (37)

I.2.2. La contraception

Il est essentiel d'aborder la contraception pendant la grossesse et de la proposer dès le post-partum immédiat. La consultation postnatale (6 à 8 semaines après l'accouchement) permet de confirmer ou d'ajuster le choix contraceptif, son renouvellement éventuel, sa surveillance ou la pose d'un dispositif de longue durée d'action (DIU, implant). À partir du 21^{ème} jour post'accouchement, il existe un retour de fertilité nécessitant une contraception adaptée. (38)

Le conseil en contraception doit tenir compte des souhaits de la femme concernant ses futures grossesses, ses préférences et les caractéristiques des méthodes disponibles. Des intervalles intergrossesses augmentent les risques maternels, périnataux et infantiles, notamment les naissances prématurées ou les nouveau-nés de faible poids. L'OMS recommande un intervalle minimal de 24 mois entre deux grossesses, et l'American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) déconseille un intervalle inférieur à 6 mois. (39)

Concernant les **œstroprogesteratifs**, chez la femme non allaitante, ils sont utilisables à partir de 42 jours après l'accouchement (normalisation du risque thromboembolique) en l'absence de contre-indications. Selon l'OMS, ce délai peut être raccourci à 21 jours en l'absence de facteur de risque thromboembolique et en l'absence d'autres contre-indications. Chez la femme qui allait, les œstroprogesteratifs ne sont pas recommandés dans les 6 mois suivant l'accouchement.

Les **progestatifs** sont utilisables chez la femme en post-partum ne présentant pas de contre-indications. Que la femme allait ou non, les progestatifs seuls peuvent être utilisés à partir de 21 jours après l'accouchement.

Les **dispositifs intra-utérins** (DIU) sont utilisables chez la femme en post-partum que la femme allait ou non à partir de 4 semaines après l'accouchement, et après avoir évalué et écarté un risque infectieux. Les contre-indications du DIU au lévonorgestrel sont les mêmes que celles des progestatifs. La pose d'un DIU au cuivre dans les 48 heures après un accouchement est possible mais n'est pas d'usage courant en France.

En cas d'allaitement exclusif, la **méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée** (MAMA) est une méthode naturelle. La tétée du bébé entraîne la production chez la mère de prolactine, hormone bloquant l'ovulation. Cependant cette méthode ne peut avoir un effet contraceptif jusqu'à 6 mois après l'accouchement si toutes les conditions suivantes sont réunies : allaitement exclusif ; allaitement jour et nuit entre 6 à 10 tétées par jour, pas plus de 6 heures entre 2 tétées la nuit, pas plus de 4 heures le jour ; et une aménorrhée persistante (absence totale de règles). Il convient d'utiliser une autre méthode de contraception en cas de

retour des règles, de réduction de la fréquence ou de la durée des tétées, d'introduction de l'alimentation au biberon ou dès que le nourrisson atteint l'âge de 6 mois (OMS). (38)

Les **méthodes de stérilisation** (ligature des trompes, électrocoagulation, pose d'anneaux/clips) peuvent être réalisées soit dans les 7 jours après l'accouchement, soit à partir de 42 jours (6^{ème} semaine) après l'accouchement ou la césarienne (délai d'involution utérine). Un délai de réflexion de 4 mois doit être respecté entre la demande initiale et la réalisation de la stérilisation. (38)

Concernant les **méthodes barrières** (diaphragme, cape cervicale, spermicide, préservatifs féminins et masculins) ont une efficacité contraceptive moindre que celle de la contraception hormonale ou du DIU. Compte tenu du taux élevé d'échec, l'éventualité d'une grossesse non prévue doit être acceptable, sinon il convient d'utiliser une autre méthode plus efficace. (38)

I.2.3. La reprise de la sexualité

La maternité implique une adaptation à de nouvelles situations, y compris sur le plan sexuel. La sexualité doit être comprise comme un aspect central de l'être humain, présent tout au long de la vie et perçu différemment à chaque étape. Pendant la période du post-partum, les femmes sont confrontées à de multiples changements physiques, émotionnels et relationnels qui affectent inévitablement leur sexualité. (2) Lors de la transition à la parentalité, l'aspect intime et sexuel du couple est le domaine le plus affecté et le plus vulnérable aux fluctuations multidimensionnelles vécues par les futurs et nouveaux parents, leur demandant alors une adaptation et des ajustements majeurs dans le domaine intime et sexuel. (40)

Les calculs de la reprise des activités sexuelles après l'accouchement sont variés, ce qui limite les comparaisons possibles. Toutefois, le temps de reprise des relations sexuelles se situe généralement entre quelques jours et 6 mois après l'accouchement, avec une tendance moyenne entre 6 et 8 semaines postnatales. Malgré tout, certains extrêmes existent : 11, 12, 18 et même 24 mois d'attente ont été notés. (40) Cependant les niveaux antérieurs de fonction et de fréquence sexuelles ne tendent pas à se normaliser avant six mois après l'accouchement. (2)

Les facteurs influençant la sexualité en post-partum incluent des éléments physiques comme le traumatisme périnéal ou la dyspareunie, ainsi que des aspects émotionnels tels que la dépression, la fatigue, l'altération de l'image de soi et les nouvelles responsabilités maternelles. Ces difficultés peuvent également être aggravées par le manque de temps ou d'intimité avec le partenaire. (2) Certaines femmes attendent aussi un avis médical. Il est important de tenir compte des prescriptions religieuses, notamment celle de l'islam, qui recommande une abstinence sexuelle de 40 jours après l'accouchement. (40)

Les symptômes dépressifs et la peur de la douleur (chez la femme et chez l'homme, envers sa partenaire) sont des freins à la reprise. À l'inverse, la demande du partenaire et le désir d'éviter l'infidélité peuvent motiver un retour plus rapide. La reprise est souvent plus lente après un traumatisme périnéal (déchirure, épisiotomie), un accouchement vaginal assisté ou une césarienne. (40)

Les couples sont rarement préparés aux changements physiques et émotionnels du post-partum, ce qui souligne l'importance d'une éducation sexuelle adaptée. Fournir des informations réalistes et encourager une redéfinition de la sexualité peut aider à réduire les charges émotionnelles, comme la culpabilité, et favoriser une sexualité plus satisfaisante. (2)

Pour surmonter les défis physiques, des stratégies comme l'utilisation de lubrifiants ou l'exploration de nouvelles positions peuvent être utiles. Sur le plan émotionnel, le soutien du partenaire, la communication, le temps pour soi et l'acceptation des changements liés à la maternité jouent un rôle clé. (2)

I.3. Le suivi médical

I.3.1. L'entretien postnatal précoce

Depuis le 1er juillet 2022, l'entretien postnatal précoce (EPNP) est devenu une étape obligatoire du parcours de soins du post-partum (Article L2122-1 du Code de Santé Publique). Réalisé entre la 4^{ème} et la 8^{ème} semaine après l'accouchement, il s'apparente à l'entretien prénatal précoce (EPP) et consiste en un échange sans examen clinique, sauf indication particulière. (41) Selon le rapport de périnatalité de 2016, seulement 28,5% des femmes ont bénéficié de cet entretien, ce qui a motivé son caractère obligatoire. (42)

L'EPNP vise à identifier les besoins, les attentes et ressources des familles, tout en dépistant les troubles psychiques du post-partum, notamment la dépression. (41) Un deuxième entretien peut être proposé entre la 10^{ème} et la 14^{ème} semaine pour les primipares ou les femmes à risque de dépression. L'EPNP peut être réalisé par un médecin (généraliste ou gynécologue) ou une sage-femme et est pris en charge à 70% par l'Assurance Maladie. (43)

L'introduction de l'EPNP dans le parcours de soins post-partum en France représente une avancée significative pour le bien-être des femmes et de leur famille. Il contribue ainsi à promouvoir la santé maternelle et infantile durant les précieux premiers jours de vie. (41)

I.3.2. La consultation postnatale

En complément de l'entretien postnatal précoce, une consultation médicale postnatale est obligatoire entre la 6^{ème} et 8^{ème} semaine post-accouchement afin d'évaluer l'état de santé somatique et faire le suivi de l'état de santé psychique. Une attention particulière doit être portée aux femmes n'ayant pu bénéficier d'EPNP. (41) Cette consultation, prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie, peut être réalisée par une sage-femme ou un médecin (voir annexe 2). (43)

Elle permet de faire le point sur la grossesse, l'accouchement, l'état de santé de l'enfant et le mode d'allaitement. L'interrogatoire aborde les troubles génitaux, urinaires et anaux, ainsi que le choix contraceptif et le dépistage du cancer du col par frottis. La kinésithérapie périnéale et abdominale est également discutée. Un examen clinique comprenant la mesure de la tension artérielle, une pesée et l'évaluation des cicatrices cutanées est réalisé, ainsi qu'une attention portée au lien mère-enfant et à l'état psychologique du couple. (44)

En France, une étude a mis en évidence l'activité des médecins généralistes au cours de la grossesse et du post-partum, celle-ci représente une très faible part des consultations de médecine générale : 1,2% de l'ensemble des consultations, parmi elle la majorité concernait la grossesse, et seulement 5% le post-partum. (45) En Australie 90% des consultations postnatales sont effectuées par les médecins généralistes. Une thèse publiée à Rouen en 2013, a mis en évidence que les femmes consultent plus généralement le gynécologue (en particulier hospitalier) qui réalise le suivi de grossesse pour réaliser la consultation du postnatale. (46) Selon une étude de Szerment, les médecins généralistes normands effectuent en moyenne 1 à 5 consultations postnatales par mois, une pratique connue mais peu fréquente. (47)

I.3.3. La rééducation périnéale et abdominale

Chez les femmes présentant une IU persistante à 3 mois post-partum, une rééducation périnéale par des exercices de contraction volontaire des muscles du plancher pelvien (MPP) est recommandée. Ces exercices peuvent être réalisés à domicile, mais une supervision est conseillée, avec au moins 3 séances encadrées par un kinésithérapeute ou une sage-femme. Cette rééducation doit être commencée à 3 mois du post-partum, une fois la constatation d'IU persistante. (15,16) Il n'existe pas de preuve de l'efficacité préventive de la rééducation périnéale chez les femmes asymptomatiques pour réduire le risque d'IU à moyen ou long terme. (15,16) Dans le cadre du post-partum, 10 séances de rééducation périnéale sont remboursées à 100 % par l'Assurance Maladie. Pour les autres cas (au-delà des 10 séances, nullipares, hommes, ou pathologies non liées à la grossesse), le remboursement est de 60 % par la Sécurité Sociale, le reste étant couvert par une mutuelle. (48)

Durant la grossesse les muscles abdominaux se distendent et s'écartent, d'où l'importance de réaliser la rééducation abdominale durant le post partum. Ces muscles renforcent la ceinture lombaire et protègent le plancher pelvien. La rééducation abdominale, non délétère pour le périnée, est réalisée par un kinésithérapeute et commence soit en parallèle de la rééducation périnéale, soit après celle-ci, selon l'évaluation du praticien. (48)

Cette rééducation doit être prescrite par un médecin ou peut être réalisée sans prescription médicale dans le cadre de l'accès direct si le kinésithérapeute appartient à une Maison de Santé Pluriprofessionnelle (MSP) ou une Équipe de Soins Primaires (ESP). Les 10 premières séances sont intégralement remboursées à 100 % par l'Assurance Maladie, si elles sont réalisées dans les 6 mois après l'accouchement. (48)

II. Matériel et méthode

II.1. Le type d'étude

L'étude visait à recueillir les caractéristiques des participants et d'étudier leurs pratiques concernant la recherche des maux du post-partum. Pour cela, nous avons décidé de réaliser une étude quantitative descriptive observationnelle et multicentrique par des questionnaires informatisés et anonymes.

Les données ont été recueillies entre le 1^{er} décembre 2023 et le 21 septembre 2024 soit environ 10 mois.

II.2. La population ciblée

Durant cette étude, nous nous sommes intéressés aux médecins généralistes de la région du Limousin comprenant les départements de la Haute-Vienne, de la Corrèze et de la Creuse ainsi que du département de Dordogne nouvellement intégré à la faculté de médecine de Limoges.

Nous avons inclus les médecins thésés exerçant une activité de médecine générale ambulatoire. N'ont pas été inclus les médecins thésés exerçant en tant que remplaçants, les internes de médecine générale et les médecins généralistes exerçant en milieu hospitalier.

Face au faible taux de réponse des médecins généralistes à notre questionnaire, nous avons entrepris une démarche de contact direct en sollicitant personnellement certains confrères et consœurs médecins généralistes afin de leur présenter notre projet d'étude.

II.3. Le questionnaire

II.3.1. La rédaction du questionnaire

Ne retrouvant pas dans la littérature de questionnaire permettant de répondre à l'objectif principal ainsi qu'à l'objectif secondaire de l'étude, nous avons réalisé un questionnaire à travers notre expérience personnelle et notre réflexion. Le questionnaire a par la suite été lu et validé par la Commission des thèses de la Faculté de Médecine de Limoges. Initialement celui-ci a été rédigé sur un logiciel de traitement de texte de type « Word » avant d'être diffusé via la plateforme LimeSurvey.

II.3.2. La création du questionnaire

Le questionnaire est divisé en trois parties distinctes :

- La première concerne le profil des participants.
- La seconde porte sur différents points : les maux du post-partum, l'allaitement éventuel, la sexualité, la contraception et la parentalité qui peuvent être abordés au cours du post-partum. Les réponses sont issues d'une échelle de Likert à 4 niveaux.
- La troisième partie permet aux praticiens d'exprimer les freins ressentis quant à la recherche des maux du post-partum au travers des propositions faites.

Le questionnaire se compose de 25 questions au total.

II.3.3. Le test du questionnaire

Avant de diffuser le questionnaire, celui-ci a été testé sur format papier par 4 médecins généralistes afin d'évaluer sa pertinence et sa clarté. Le chronométrage de celui-ci a permis d'estimer un temps de réponse de moins de 3 minutes. À la suite de ce test, une remarque a porté sur le paragraphe concernant la présentation du questionnaire ce qui nous a permis de l'épurer.

Le questionnaire complet se trouve en *annexe 3*.

II.3.4. La diffusion du questionnaire

Une première démarche a consisté à contacter par téléphone les Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins (CDOM) des différents départements pour obtenir leurs adresses électroniques respectives.

Ensuite, un mail concis contenant le lien de diffusion du questionnaire a été envoyé aux différents CDOM, qui l'ont ensuite transmis aux médecins généralistes. Une deuxième relance par mail a été effectuée auprès des CDOM en janvier 2024

Le courriel transféré aux praticiens se trouve en *annexe 4*.

II.4. Le recueil des données et analyse des résultats

Les données ont été collectées sur la plateforme LimeSurvey puis transférées sur le logiciel Windows Excel® pour faciliter l'analyse des résultats. Ce dernier a permis de réaliser une analyse descriptive, en présentant les données sous forme d'effectifs et de pourcentages.

II.5. L'analyse statistique

La base de données est présentée sous forme d'un tableau Excel®. Les statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel intégré au site BiostaTGV.

La description de la population est exprimée par calcul d'effectifs et de pourcentages.

Les comparaisons des variables qualitatives ont été réalisées par des tests du Chi2 ou des tests exacts de Fisher en fonction des effectifs théoriques et du nombre de classes et/ou items dans les différentes variables considérées.

Tous les critères ont été évalués par le test du Chi2 ou le test exact de Fisher lorsqu'un effectif était ≤ 5 .

Le seuil de significativité choisi pour l'ensemble des analyses statistiques est de 0,05.

II.6. La méthode de recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été réalisée à partir des bases de données suivantes : Cairn, Google Scholar, PubMed, ScienceDirect ainsi que des ressources disponibles à la bibliothèque de l'Université de Limoges.

Les mots clés utilisés en français étaient « post-partum » « maux du post-partum » « médecin généraliste post-partum ». En anglais, nous avons utilisé les mots clés « postpartum » « postpartum disorders » « general practitioner postpartum ».

Les recherches bibliographiques ont par la suite été enregistrées et classées à l'aide du logiciel Zotero®.

III. Résultats

III.1. La population de l'étude

III.1.1. Diagramme de flux

Les médecins sollicités par les différents CDOM se répartissaient de la manière suivante :

- Haute-Vienne : 385 médecins
- Corrèze : 147 médecins
- Creuse : 74 médecins
- Dordogne : 283 médecins

Tous les médecins généralistes de la Dordogne avaient la possibilité de consulter directement le questionnaire sur le site du CDOM correspondant. Aucun courriel ne leur avait été adressé directement.

Au total, nous avons obtenu 81 réponses, ce qui correspond à un taux de réponse de 10,97%.

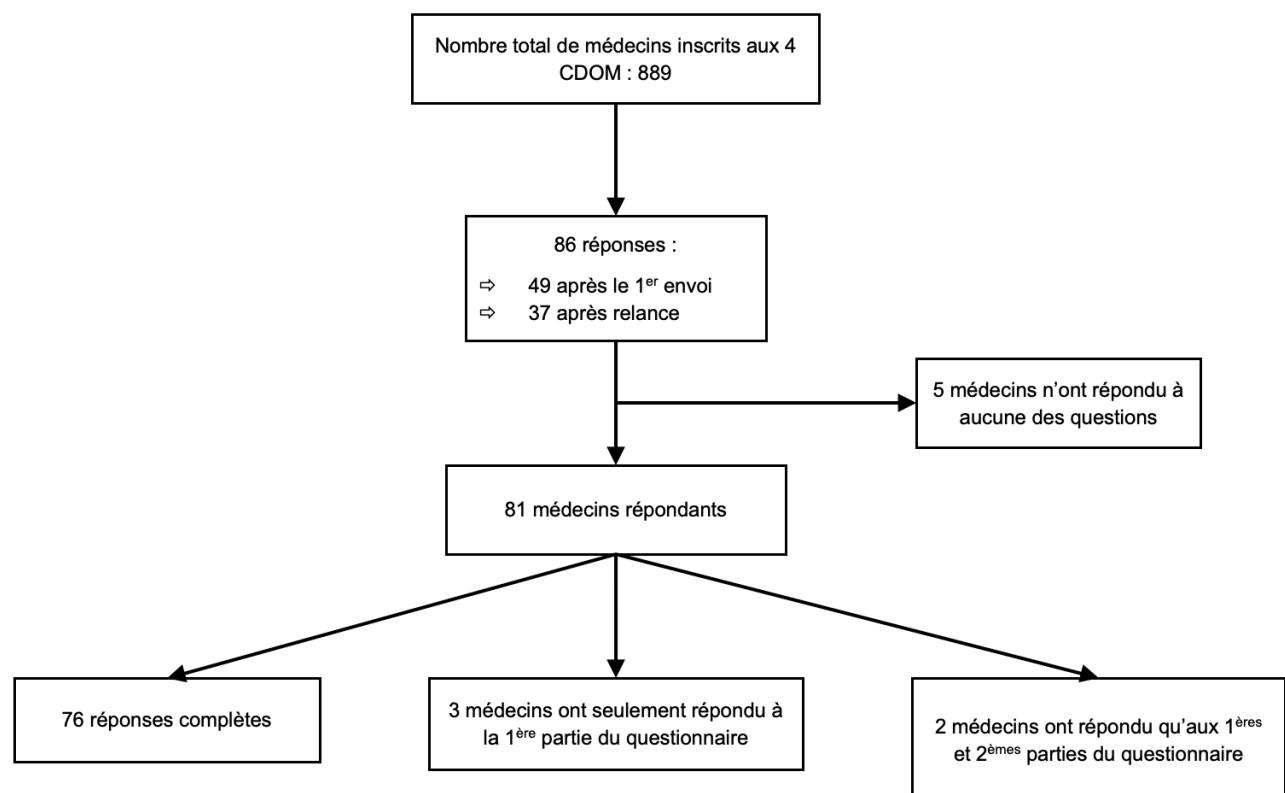


Figure 1 : Diagramme de flux

III.1.2. Caractéristiques des praticiens répondants

Les femmes sont majoritaires, elles représentent 65,4% de l'échantillon contre 34,6% d'hommes.

La catégorie d'âge la plus représentée est celle des plus de 50 ans soit 34,6% des participants. Les participants âgés de 30-39 ans représentent 32,1% de l'échantillon tandis que les 40-49 ans représentent 23,4% des participants. Une minorité d'entre eux sont âgés de moins de 30 ans dans 9,9% des cas.

La majorité des médecins interrogés soit 55,5% de l'effectif sont installés depuis moins de 10 ans. Les médecins installés depuis plus de 31 ans représentent une faible minorité des participants soit 11,1% de l'effectif.

Les médecins interrogés exercent principalement en milieu rural dans 46,9% des cas.

Il y a pratiquement autant de médecins MSU et non MSU dans notre échantillon soit respectivement 45,7% et 48,1%. Une faible proportion de médecins interrogés (N = 5) sont MSU avec une orientation gynécologique.

Les praticiens ayant suivi les enseignements d'un diplôme universitaire de « formation complémentaire en gynécologie médicale » sont au nombre de 15 contre 66 médecins n'ayant pas suivi ces enseignements.

Tableau 1 : Caractéristiques des médecins généralistes répondants

PROFIL DES PARTICIPANTS	Population de l'échantillon (N = 81)	
	Effectif (N)	Pourcentage (%)
GENRE		
Homme	28	34,6%
Femme	53	65,4%
ÂGE		
< 30 ans	8	9,9%
30-39 ans	26	32,1%
40-49 ans	19	23,4%
>50 ans	28	34,6%
DURÉE D'INSTALLATION		
Depuis moins de 10 ans	45	55,5%
Entre 11 et 20 ans	16	19,8%
Entre 21 et 30 ans	11	13,6%
Depuis plus de 30 ans	9	11,1%
LIEU D'EXERCICE		
Urbain	24	29,6%
Semi-rural	19	23,5%
Rural	38	46,9%
STATUT		
MSU (Maitre de Stage Universitaire)	37	45,7%
MSU orienté gynécologie	5	6,2%
Non MSU	39	48,1%
Participation au diplôme universitaire de « formation complémentaire en gynécologie médicale »		
Oui	15	18,5%
Non	66	81,5%

III.2. Connaissance de la consultation postnatale

La majorité des médecins interrogés soit 55 d'entre eux avaient connaissance de l'existence de la consultation postnatale à réaliser entre la 6^{ème} et 8^{ème} semaine après l'accouchement, tandis que 26 n'en avaient pas connaissance.

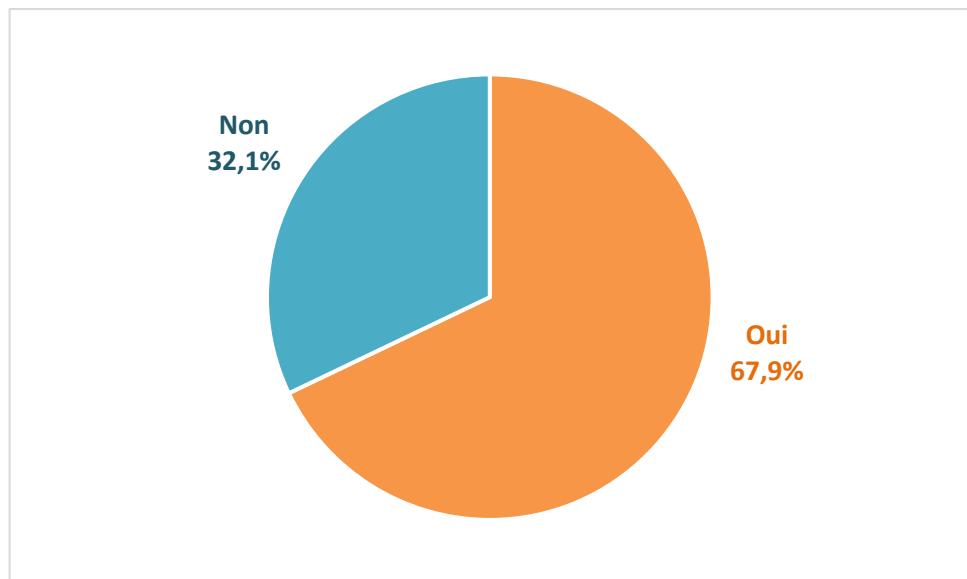


Figure 2 : Connaissance de l'existence de la consultation de suivi postnatal

III.2.1. En fonction du profil des praticiens

Nous avons recherché s'il existait des différences significatives concernant la connaissance de l'existence de la consultation postnatale selon le profil des médecins interrogés.

On remarque de façon significative que la connaissance de la consultation de suivi postnatale à réaliser entre la 6^{ème} et 8^{ème} semaine suivant l'accouchement est majoritaire chez les médecins généralistes de sexe féminin avec $p = 0,002$.

Aucune différence significative n'est retrouvée selon : l'âge ($p = 0,28$), la durée d'installation ($p = 0,084$), le lieu d'exercice ($p = 0,509$), le statut universitaire ($p = 0,5$) et la formation complémentaire en gynécologie médicale ($p = 0,4$).

Tableau 2 : Connaissance de la consultation postnatale en fonction du genre du praticien

	Connaissance de la consultation postnatale		Non connaissance de la consultation postnatale		p value
	N = 55	%	N = 26	%	
Hommes	13	23,6%	15	57,7%	0,002
Femmes	42	76,4%	11	42,3%	

III.2.2. En fonction du genre et de l'âge des praticiens

Parmi les femmes médecins ayant connaissance de la consultation postnatale, la majorité d'entre elles avaient entre 31-39 ans et plus de 50 ans, avec comme pourcentage respectifs 45,2% et 23,8%. Une minorité d'entre elles avaient entre 40-49 ans dans 21,5% des cas. La tranche d'âge la moins représentée avec 9,5% des participants concerne les moins de 30 ans.

Parmi les hommes médecins ayant connaissance de la consultation postnatale, les catégories d'âges les plus représentées concernent les 40-49 ans et les plus de 50 ans de manière égalitaire soit 38,45% de l'échantillon.

Cependant, il n'existe pas de différence significative concernant la connaissance de la consultation post-natale en fonction du genre et de l'âge des médecins interrogés.

Tableau 3 : Connaissance de la consultation post natale en fonction du genre et de l'âge des praticiens

VARIABLES	HOMMES		FEMMES		<i>p value</i>
	N = 13	%	N = 42	%	
< 30 ans	2	15,4%	4	9,5%	0,07
31 – 39 ans	1	7,7%	19	45,2%	
40 – 49 ans	5	38,45%	9	21,5%	
>50 ans	5	38,45%	10	23,8%	

III.2.3. En fonction du genre et du lieu d'exercice des praticiens

Parmi les femmes médecins ayant connaissances de la consultation postnatale, la majorité d'entre elles exercent en milieu semi-rural et urbain avec des pourcentages respectifs de 40,4% et 35,7%.

Il existe une différence significative concernant la connaissance de la consultation postnatale par les médecins de sexe masculin exerçant en milieu rural (*p = 0,006*).

Tableau 4 : Connaissance de la consultation postnatale en fonction du genre et du lieu d'exercice des praticiens

VARIABLES	HOMMES		FEMMES		<i>p value</i>
	N = 13	%	N = 42	%	
Urbain	0	0 %	15	35,7%	0,006
Semi-rural	5	38,4%	17	40,4%	
Rural	8	61,5%	10	23,8%	

III.3. Recherche spontanée des maux et/ou questionnements pouvant apparaître au cours du post-partum, lors d'un entretien avec une patiente dans les deux mois suivants l'accouchement, par les médecins généralistes

Parmi les médecins interrogés, 46,2% déclarent rechercher « pratiquement toujours » des symptômes évocateurs d'endométrite et 48,8% accordent la même attention à la persistance de saignements. À l'inverse, une minorité de 11,5% des praticiens déclarent ne rechercher que « très rarement » ces deux symptômes de manière équivalente.

Les symptômes évocateurs d'une infection mammaire sont recherchés « pratiquement toujours » par 51,3 % des participants.

La majorité des participants, soit 61,6 %, rapportent rechercher des symptômes évocateurs de pathologies thrombo-emboliques dans au moins la moitié des cas ou davantage. En revanche, 19,2 % adoptent une répartition équivalente entre les fréquences « souvent » et « très rarement ».

Les symptômes d'incontinence urinaire sont « pratiquement toujours » recherchés dans plus de la moitié des cas, soit 56,4%, tandis que ceux concernant l'incontinence anale ne sont que « très rarement » recherchés par les participants (37,1%).

Les pathologies hémorroïdaires sont recherchées de manière plus ou moins égalitaire dans chacune des options possibles.

La majorité des médecins interrogés recherchent « pratiquement toujours » des anomalies de cicatrisation dans 61,6% des cas. Une minorité d'entre eux, soit 11,5% ne s'en préoccupent que « très rarement ».

Aucun des répondants n'a omis de rechercher des symptômes évocateurs de dépression du post-partum. Celle-ci est « pratiquement toujours » recherchée dans 73,1% des consultations.

La douleur fait partie des symptômes « pratiquement toujours » recherchée au cours des consultations (67,9%). Aucun médecin n'a déclaré ne pas l'avoir dépisté.

Les thèmes concernant l'allaitement maternel et la contraception sont « pratiquement toujours » abordés avec des pourcentages respectifs de 85,9% et 73%. Quant à lui, celui abordant la sexualité n'est que « très rarement » abordé dans 33,3% des cas.

Aucun des médecins interrogés ne signale aborder le thème de l'allaitement que « très rarement ».

La reprise des rapports sexuels et les éventuelles difficultés rencontrées font partie des symptômes que « très rarement » recherchés au cours des consultations (34,6%).

Dans 57,7% des cas, les symptômes évocateurs d'un retour de couche sont « pratiquement toujours » recherchés.

Sur le plan psycho-social, le lien avec l'enfant (mère-enfant et parent-enfant) et le soutien dont bénéficie la mère sont « pratiquement toujours » recherchés dans plus de la moitié des cas, soit respectivement 59% et 53,8%.

Tableau 5 : Recherche spontanée des maux et/ou questionnements pouvant apparaître au cours du post-partum lors d'un entretien avec une patiente dans les 2 mois suivant l'accouchement par les médecins généralistes

Au cours d'une consultation dans les 2 mois suivant l'accouchement, recherche spontanée de la part des médecins généralistes de :	PRATIQUEMMENT TOUJOURS		SOUVENT		PARFOIS		TRÈS RAREMENT	
	N= 78	%	N=78	%	N=78	%	N=78	%
Symptômes évocateurs d'endométrite	36	46,2%	21	26,9%	12	15,4%	9	11,5%
Persistante de saignements (lochies...)	38	48,8%	20	25,6%	11	14,1%	9	11,5%
Symptômes évocateurs d'infection mammaire	40	51,3%	21	26,9%	11	14,1%	6	7,7%
Symptômes en faveur de pathologies thrombo-emboliques	23	29,5%	25	32,1%	15	19,2%	15	19,2%
Symptômes d'incontinence urinaire	44	56,4%	13	16,7%	14	18%	7	8,9%
Symptômes d'incontinence anale	14	18%	14	18%	21	26,9%	29	37,1%
Symptômes en rapport avec une pathologie hémorroïdaire	17	21,8%	20	25,7%	23	29,5%	18	23%
Anomalie de cicatrisation	48	61,6%	10	12,8%	11	14,1%	9	11,5%
Symptômes de dépression du post-partum	57	73,1%	16	20,5%	5	6,4%	0	0%
Présence de douleur	53	67,9%	17	21,8%	8	10,3%	0	0%
Thème de l'allaitement maternel	67	85,9%	10	12,8%	1	1,3%	0	0%
Thème de la sexualité	17	21,8%	14	18%	21	26,9%	26	33,3%
Reprise des rapports sexuels et difficultés rencontrées	18	23,1%	10	12,8%	23	29,5%	27	34,6%
Symptômes évocateurs d'un retour de couche	45	57,7%	13	16,7%	9	11,5%	11	14,1%
Thème de la contraception	57	73,1%	13	16,7%	6	7,6%	2	2,6%
Lien mère-enfant et parent-enfant	46	59%	16	20,5%	11	14,1%	5	6,4%
Soutien dont bénéficie la mère	42	53,8%	25	32%	8	10,3%	3	3,9%

Compte tenu d'un échantillon assez faible, un regroupement a été effectué afin de pouvoir réaliser les différents tests statistiques dans le « tableau 6 ». Les différentes catégories de notre échelle de Likert ont été regroupées de la manière suivante : « pratiquement toujours » avec « souvent » et « parfois » avec « très rarement ».

Il existe un dépistage plus fréquent par les praticiens ayant réalisés une formation complémentaire en gynécologie médicale concernant le thème de la sexualité ($p = 0,0018$), la reprise des rapports sexuels et les éventuelles difficultés rencontrées ($p < 0,05$) et le retour de couche ($p = 0,015$).

Concernant les autres maux et thèmes, il n'existe pas de différence statistiquement significative entre les deux groupes.

Tableau 6 : Influence de la participation à un DU de gynécologie médicale sur la recherche des maux et/ou thèmes au cours d'une consultation dans les 2 mois suivant l'accouchement

Maux/thèmes	Dépistage	DIU oui		DIU non		p value
		N=14	%	N=64	%	
Thème de la sexualité	Toujours à souvent	11	78,6%	20	31,25%	0,0018
	Parfois à très rarement	3	21,4%	44	68,75%	
Reprise des rapports sexuels et difficultés associées	Toujours à souvent	12	85,7%	16	25%	< 0,05
	Parfois à très rarement	2	14,3%	48	75%	
Retour de couche	Toujours à souvent	14	100%	44	68,75%	0,015
	Parfois à très rarement	0	0%	20	31,25%	

III.4. L'étude des freins à la recherche des maux et/ou questionnements pouvant apparaître au cours du post-partum lors d'un entretien avec une patiente dans les deux mois suivant l'accouchement par les médecins généralistes

Chaque médecin interrogé devait sélectionner 3 principaux freins parmi 9 possibilités de réponses. Ce qui se traduit par un effectif total de 228 réponses pour cette dernière partie du questionnaire avec 76 répondants.

Le principal frein à la recherche des symptômes et/ou thème au cours du post-partum lors d'un entretien retrouvé chez 56,6% des participants est le manque de temps.

D'autre part, près de 48,7% des praticiens considèrent qu'ils manquent de connaissances à ce sujet.

Parmi les médecins interrogés, 40,8% confient ne pas aborder ces sujets par pudeur.

Il y a autant de participants, soit 31,6%, qui estiment avoir une prise de conscience insuffisante des médecins mais également qu'il n'existe pas de frein à ce sujet.

Certains craignent d'être confrontés à une impasse thérapeutique face aux patientes dans 29% des cas.

On note que 27,6% des praticiens considèrent l'existence d'autres freins mais sans précision de ceux-ci.

18,4% des médecins avouent rencontrer des difficultés liées au sexe opposé.

Par ailleurs, 15,6% des participants estiment n'avoir peu d'intérêt à poser ces questions spontanément aux patientes si elles n'en parlent pas d'elles-mêmes.

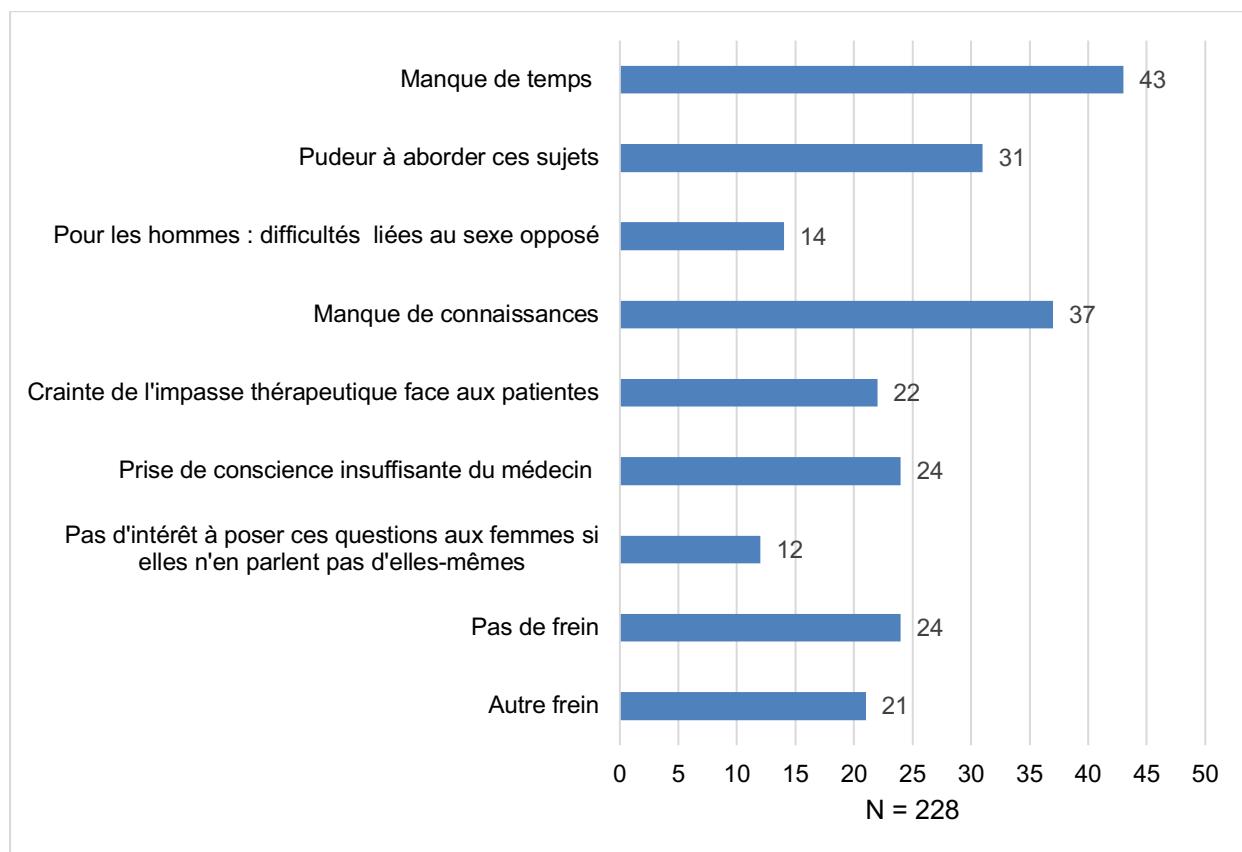


Figure 3 : Principaux freins à la recherche des maux et/ou thèmes au cours d'une consultation avec une patiente dans les deux mois suivant l'accouchement par les médecins généralistes

III.4.1. En fonction du genre des médecins interrogés

Pour les praticiens hommes, le principal frein semble être le manque de connaissance (17,9%) suivi par le manque de temps (16,7%).

Tandis que le principal frein pour les médecins femmes semble être le manque de temps (20,1%) suivi par le manque de connaissance et la pudeur à aborder ces sujets de manière égalitaire (14,6%).

Les difficultés liées au sexe opposé sont particulièrement marquantes chez les hommes dans 14,3% des cas contre 2,1% chez les femmes.

La crainte d'une impasse thérapeutique est plus fréquente chez les femmes (11,1 %) que chez les hommes (7,1 %).

L'absence de prise de conscience suffisante est rapportée de manière similaire entre les deux genres (10,7 % pour les médecins hommes et 10,4 % pour les médecins femmes).

Les hommes (11,9%) semblent être moins pudiques que leurs homologues féminins (14,6%) à aborder certains sujets.

Tableau 7 : Étude des freins en fonction du genre des médecins interrogés

VARIABLES	HOMMES		FEMMES	
	N = 84	%	N = 144	%
Manque de temps	14	16,7%	29	20,1%
Pudeur à aborder ces sujets	10	11,9%	21	14,6%
Pour les hommes : difficultés liées au sexe opposé	12	14,3%	3	2,1%
Manque de connaissances	15	17,9%	21	14,6%
Crain de l'impasse thérapeutique face aux patientes	6	7,1%	16	11,1%
Prise de conscience insuffisante du médecin	9	10,7%	15	10,4%
Pas d'intérêt à poser ces questions aux femmes si elles n'en parlent pas d'elles-mêmes	7	8,3%	5	3,5%
Pas de frein	6	7,1%	18	12,5%
Autre frein	5	6%	16	11,1%

III.4.2. En fonction de l'âge des médecins interrogés

Parmi les médecins interrogés, ceux de moins de 30 ans considèrent le manque de connaissance comme principal frein (28,5%), tandis que les médecins de 30-39 ans considèrent qu'il s'agit du manque de temps (21,4%).

La crainte de l'impasse thérapeutique est particulièrement marquée chez les médecins de moins de 30 ans, représentant 23,8 % des réponses dans cette tranche d'âge. Parmi eux, une minorité (4,8 %) a également mentionné, de manière équivalente, les difficultés liées au sexe opposé, un manque de prise de conscience, d'autres freins, ainsi que l'absence de freins. Notamment, aucun médecin de cette catégorie d'âge n'a indiqué un désintérêt pour poser des questions aux femmes si elles n'abordent pas elles-mêmes ces sujets.

Chez les médecins âgés de 30 à 39 ans, la pudeur à aborder ces sujets représente un frein majeur, touchant 18,7 % d'entre eux. Le manque de connaissances reste également un frein notable, mentionné par 17,3 % des praticiens de cette tranche d'âge. Pour les hommes de cette catégorie, les difficultés liées au sexe opposé sont plus fréquentes que dans les autres tranches d'âge, atteignant 8 % des cas.

Dans le groupe âgé de 40 à 49 ans, une proportion importante (19,3 %) n'identifie aucun frein à aborder les thématiques liées au post-partum. En revanche, 17,5 % mentionnent d'autres

freins non précisés. Des freins tels que le manque de temps (17,5 %) et le manque de connaissances (14,1 %) sont signalés moins fréquemment que dans les catégories d'âge plus jeunes.

Parmi les médecins de plus de 50 ans, les principaux freins sont le manque de temps et une prise de conscience insuffisante, chacun étant mentionné par 17,3 % des praticiens. La pudeur à aborder ces sujets demeure également un frein notable, cité dans 16 % des cas. Cette tranche d'âge est celle qui mentionne le plus fréquemment une prise de conscience insuffisante comme frein, comparativement aux autres groupes d'âge.

Tableau 8 : Étude des freins en fonction de l'âge des médecins interrogés

VARIABLES	< 30 ans		30-39 ans		40-49 ans		>50 ans	
	N=21	%	N=75	%	N=57	%	N=75	%
Manque de temps	4	19%	16	21,4%	10	17,5%	13	17,3%
Pudeur à aborder ces sujets	2	9,5%	14	18,7%	3	5,3%	12	16%
Pour les hommes : difficultés liées au sexe opposé	1	4,8%	6	8%	3	5,3%	5	6,7%
Manque de connaissances	6	28,5%	13	17,3%	8	14,1%	9	12%
Crainte de l'impasse thérapeutique face aux patientes	5	23,8%	6	8%	2	3,5%	9	12%
Prise de conscience insuffisante du médecin	1	4,8%	4	5,3%	6	10,5%	13	17,3%
Pas d'intérêt à poser ces questions aux femmes si elles n'en parlent pas d'elles-mêmes	0	0%	4	5,3%	4	7%	4	5,3%
Pas de frein	1	4,8%	7	9,3%	11	19,3%	5	6,7%
Autre frein	1	4,8%	5	6,7%	10	17,5%	5	6,7%

III.4.3. En fonction de la durée d'installation des médecins interrogés

Les participants installés depuis moins de 10 ans considèrent le manque de temps comme principal frein (22,5%). Ce pourcentage diminue globalement avec la durée d'installation : 14,6% pour 11-20 ans, 14,8% pour 21-30 ans et 12,5% pour plus de 31 ans.

Pour les médecins installés depuis 11 à 20 ans, le principal frein semble être la prise de conscience insuffisante de la part du médecin (16,7%) au même titre qu'il n'identifie pas de frein (16,7%).

Parmi le groupe dont la durée d'installation est de 21-30 ans, la prise de conscience insuffisante de la part du médecin semble être le frein principal (22,3%).

Concernant le groupe installé depuis plus de 31 ans, les freins majoritaires sont la difficulté liée au sexe opposé pour les hommes (16,7%) ainsi que la prise de conscience insuffisante du médecin (16,7%).

Tableau 9 : Étude des freins en fonction de la durée d'installation des médecins interrogés

VARIABLES	< 10 ans		11-20 ans		21-30 ans		>31 ans	
	N=129	%	N=48	%	N=27	%	N=24	%
Manque de temps	29	22,5%	7	14,6%	4	14,8%	3	12,5%
Pudeur à aborder ces sujets	17	13,2%	6	12,5%	5	18,5%	3	12,5%
Pour les hommes : difficultés liées au sexe opposé	10	7,7%	0	0%	1	3,7%	4	16,7%
Manque de connaissances	25	19,4%	5	10,4%	4	14,8%	2	8,3%
Crainte de l'impasse thérapeutique face aux patientes	13	10,1%	3	6,2%	5	18,5%	1	4,2%
Prise de conscience insuffisante du médecin	6	4,6%	8	16,7%	6	22,3%	4	16,7%
Pas d'intérêt à poser ces questions aux femmes si elles n'en parlent pas d'elles-mêmes	5	3,9%	4	8,3%	1	3,7%	2	8,3%
Pas de frein	13	10,1%	8	16,7%	1	3,7%	2	8,3%
Autre frein	11	8,5%	7	14,6%	0	0%	3	12,5%

III.4.4. En fonction du lieu d'exercice des médecins interrogés

Le manque de temps est majoritairement le principal frein rapporté par les médecins exerçant dans les milieux urbains (19%), semi-ruraux (17,5%) et ruraux (19,4%).

Les médecins interrogés exerçant en milieu urbain et semi-rural mentionnent de manière plus marquée une pudeur à aborder les sujets du post-partum, avec des pourcentages respectifs de 17,5% et 15,8% comparé à ceux exerçant en milieu rural (10,2%).

Le manque de connaissance est un frein plus marqué en zone rurale (18,5%) et semi-rurale (17,5%) qu'en milieu urbain (9,5%).

Les pourcentages s'avèrent relativement uniformes concernant la crainte d'une impasse thérapeutique face aux patientes, avec une légère prévalence en zones semi-rurales (10,6%) par rapport aux zones rurales (9,3%) et urbaines (9,5%).

Les praticiens exerçant en zone semi-rurale rapportent une prise de conscience insuffisante dans 14 % des cas, un taux plus élevé comparé à ceux exerçant en zone urbaine (9,5 %) et rurale (9,3%).

Dans 14,3% des cas, les praticiens exerçant en zone urbaine ont indiqué être confrontés à d'autres freins sans précision de ceux-ci.

Tableau 10 : Étude des freins en fonction du lieu d'exercice des médecins interrogés

VARIABLES	Urbain		Semi-rural		Rural	
	N = 63	%	N = 57	%	N=108	%
Manque de temps	12	19%	10	17,5%	21	19,4%
Pudeur à aborder ces sujets	11	17,5%	9	15,8%	11	10,2%
Pour les hommes : difficultés liées au sexe opposé	3	4,8%	5	8,8%	7	6,5%
Manque de connaissances	6	9,5%	10	17,5%	20	18,5%
Crainte de l'impasse thérapeutique face aux patientes	6	9,5%	6	10,6%	10	9,3%
Prise de conscience insuffisante du médecin	6	9,5%	8	14%	10	9,3%
Pas d'intérêt à poser ces questions aux femmes si elles n'en parlent pas d'elles-mêmes	3	4,8%	2	3,5%	7	6,5%
Pas de frein	7	11,1%	4	7%	13	12%
Autre frein	9	14,3%	3	5,3%	9	8,3%

III.4.5. En fonction du statut universitaire des médecins interrogés

Les MSU sans orientation spécifique signalent la pudeur à aborder certains sujets comme frein principal (16,7%). Ce frein est moins souvent évoqué par les médecins des autres groupes, où il est rapporté dans 11,1 % des cas de manière égale.

Les MSU avec une orientation gynécologique mettent davantage en avant le manque de temps (27,8%) et la prise de conscience insuffisante (22,2%) comme freins principaux comparés à leurs confrères.

En ce qui concerne la crainte de l'impasse thérapeutique, les pourcentages sont relativement comparables entre les groupes. Légèrement plus élevés chez les MSU, avec 11,1 % pour les MSU à orientation gynécologique et 10,8 % pour les MSU généralistes, contre 8,3 % chez les non MSU.

Aucun MSU à orientation gynécologiques n'a déclaré rencontrer des difficultés spécifiques liées à l'interaction avec le sexe opposé. Ils n'ont pas non plus signalé un manque d'intérêt à aborder ces sujets avec les femmes si elles ne les évoquent pas spontanément, contrairement à leurs confrères des autres groupes.

Un pourcentage légèrement plus élevé de MSU déclare ne pas percevoir de frein, avec 11,8% de MSU et 11,1% de MSU orientés gynécologie, contre 9,3% chez les non MSU.

Tableau 11 : Étude des freins en fonction du statut universitaire des médecins interrogés

VARIABLES	MSU		MSU gynéco		Non MSU	
	N = 102	%	N = 18	%	N = 108	%
Manque de temps	15	14,7%	5	27,8%	23	21,3%
Pudeur à aborder ces sujets	17	16,7%	2	11,1%	12	11,1%
Pour les hommes : difficultés liées au sexe opposé	9	8,8%	0	0%	6	5,6%
Manque de connaissances	14	13,7%	2	11,1%	20	18,5%
Crainte de l'impasse thérapeutique face aux patientes	11	10,8%	2	11,1%	9	8,3%
Prise de conscience insuffisante du médecin	10	9,8%	4	22,2%	9	8,3%
Pas d'intérêt à poser ces questions aux femmes si elles n'en parlent pas d'elles-mêmes	4	3,9%	0	0%	9	8,3%
Pas de frein	12	11,8%	2	11,1%	10	9,3%
Autre frein	10	9,8%	1	5,6%	10	9,3%

III.4.6. En fonction de la réalisation d'une formation en gynécologie médicale des médecins interrogés

Le manque de temps est perçu comme un frein par 20,5% des médecins ayant suivi un DU en gynécologie, contre 18,5% de ceux n'ayant pas bénéficié de cette formation.

La pudeur est signalée pratiquement deux fois plus souvent par les médecins sans DU (14,8%) que par ceux ayant suivi une formation en gynécologie (7,7%).

Le manque de connaissances est perçu comme un frein par 16,9% des médecins sans DU, contre 10,3% de ceux ayant suivi cette formation.

Un plus grand nombre de médecins ayant suivi un DU, soit 20,5%, rapportent une crainte d'impasse thérapeutique, comparé à seulement 7,4% des médecins sans formation.

Parmi les médecins interrogés, 11,6% de ceux sans DU de gynécologie déclarent une prise de conscience insuffisante, contre 5,1% de ceux ayant suivi cette formation complémentaire.

17,9% des médecins ayant suivi un DU déclarent ne rencontrer aucun frein, contre seulement 9% de ceux sans DU.

Tableau 12 : Étude des freins en fonction de la réalisation d'une formation en gynécologie médicale des médecins interrogés

VARIABLES	DIU oui		DIU non	
	N = 39	%	N = 189	%
Manque de temps	8	20,5%	35	18,5%
Pudeur à aborder ces sujets	3	7,7%	28	14,8%
Pour les hommes : difficultés liées au sexe opposé	1	2,6%	14	7,4%
Manque de connaissances	4	10,3%	32	16,9%
Crainte de l'impasse thérapeutique face aux patientes	8	20,5%	14	7,4%
Prise de conscience insuffisante du médecin	2	5,1%	22	11,6%
Pas d'intérêt à poser ces questions aux femmes si elles n'en parlent pas d'elles-mêmes	3	7,7%	9	4,8%
Pas de frein	7	17,9%	17	9%
Autre frein	3	7,7%	18	9,6%

IV. Discussion

IV.1. Justifications, forces et limites de l'étude

IV.1.1. Justification de l'étude

Le thème de notre étude est original et particulièrement d'actualité en France. Ces dernières années, la période post-partum a été mise en lumière pour les bouleversements physiques et psychologiques qu'elle implique. Longtemps reléguée au second plan par rapport aux soins prénataux, qui ont bénéficié d'une attention soutenue, la période postnatale reste encore sous-évaluée, malgré son rôle essentiel pour la santé des mères et des nouveau-nés.

Sujet important mais peu évoqué, les femmes expriment un besoin croissant de parler de cette période et souhaitent être davantage préparées aux changements qu'elles y rencontreront. Anaïs Le Brun-Berry, psychanalyste et consultante parentalité, explique que les femmes sont peu informées sur cette période pourtant très importante. Elle souligne le « manque de transmission » et le « défaut d'information dans la sphère publique » dédié à ce sujet.

La dépression du post-partum est un symptôme extrêmement documenté et majoritairement recherché par les professionnels de santé notamment lors de l'entretien postnatal précoce qui est intégré au suivi du post-partum depuis le mois de juillet 2022. (49) Seulement celle-ci ne représente qu'une infime partie de ceux pouvant apparaître au cours du post-partum.

Actuellement, peu d'études ont été menées afin d'évaluer les pratiques des médecins généralistes quant à la recherche des maux globaux et/ou questionnements pouvant apparaître au cours du post partum lors d'un entretien avec une patiente dans les deux mois suivant l'accouchement.

IV.1.2. Forces de l'étude

Notre étude permet donc d'étudier les comportements des médecins généralistes interrogés vis-à-vis des différents maux et/ou questionnements tout en les sensibilisant à ce sujet et peut-être en découler une modification de leurs pratiques.

Le test de faisabilité du questionnaire a permis d'estimer une durée moyenne de 3 minutes pour le compléter. En indiquant cette estimation dans le courriel de diffusion, nous avons probablement favorisé l'adhésion des médecins sollicités.

Le questionnaire a été diffusé par courriel via les conseils départementaux de l'Ordre des médecins de la Haute-Vienne, de la Creuse et de la Corrèze. Cette méthode a permis de contacter l'ensemble de la population cible, dans le but d'améliorer la représentativité des résultats.

Également, dans cette étude, une échelle de Likert à 4 niveaux a été privilégiée, afin d'éviter le biais de réponses neutres comme cela pourrait être le cas avec un nombre impair de critères d'évaluation par exemple. (50) Les possibilités de réponses étaient identiques pour la plupart des questions afin de ne pas perdre l'attention des médecins répondants. Ce choix méthodologique a permis de renforcer la fiabilité des réponses et d'augmenter la précision de l'évaluation.

IV.1.3. Limites de l'étude

Une des limites de notre étude réside dans son approche quantitative. En effet, la méthode de recherche descriptive ne permet pas d'expliquer les raisons sous-jacentes des réponses obtenues, contrairement à la méthode qualitative, qui permet d'approfondir les réponses et d'obtenir des données plus nuancées et détaillées.

En raison de l'absence de mention du département d'origine des médecins interrogés dans le questionnaire, il n'a pas été possible d'effectuer de comparaisons territoriales entre les praticiens.

Pour l'analyse statistique, nous avons choisi de regrouper certains éléments de l'échelle de Likert à une étape des résultats, dans le but d'augmenter la taille des effectifs et de parvenir à des résultats significatifs.

L'ajout d'une question ouverte sur les freins aurait pu permettre d'analyser l'opinion des médecins interrogés de manière plus exhaustive. Également, il aurait été intéressant d'inviter les participants à classer les trois principaux freins par ordre d'importance, ce qui aurait permis d'obtenir des réponses d'autant plus précises.

Le nombre de réponses, limité à 81, se traduit par un faible taux de réponse de 10,97%, ce qui réduit la puissance de l'étude.

Biais de sélection :

Un biais de sélection est présent dans notre étude, puisque le questionnaire a été diffusé par voie numérique, ce qui a pu exclure les praticiens moins familiarisés avec les outils informatiques. De plus, le questionnaire n'a pas été envoyé directement par courriel aux médecins généralistes de la Dordogne. Il était uniquement accessible via leur site internet ce qui a probablement réduit le taux de réponses des praticiens de ce département. Par ailleurs, face au faible taux de réponse initial des médecins généralistes, nous avons également adopté une démarche de contact direct en sollicitant personnellement certains confrères et consœurs. Bien que cette approche ait permis d'augmenter le taux de participation, elle pourrait avoir introduit un biais supplémentaire en favorisant les réponses des praticiens appartenant à notre réseau professionnel ou ayant un intérêt spécifique pour le sujet, limitant ainsi la représentativité de l'échantillon.

Biais de participation :

Il existe également un biais de participation. En effet, les médecins ayant un intérêt marqué pour la thématique de l'étude étant plus susceptibles de participer, ce qui pourrait avoir affecté la représentativité des résultats et introduire un biais d'auto-sélection.

Biais déclaratif :

Le choix de l'auto-questionnaire nous est apparu comme le moyen le plus approprié pour collecter les informations nécessaires. Bien que couramment utilisé dans de nombreuses études scientifiques, ce type d'outil présente certains biais inhérents. Parmi eux, on peut mentionner un biais déclaratif potentiel, lié en partie aux questions qui, parfois trop générales, peuvent ne pas permettre une évaluation précise des paramètres visés, ainsi qu'à une éventuelle incompréhension de certaines formulations. De plus, il existe un risque de sous-estimation ou de surestimation des réponses, notamment lorsque les médecins évaluent leurs propres pratiques ou connaissances sur les sujets abordés. L'anonymisation du questionnaire a néanmoins été intégrée comme stratégie visant à limiter ce biais déclaratif.

Biais de désirabilité sociale :

Un biais de désirabilité sociale est également présent. Les médecins interrogés ont pu manquer d'objectivité dans certaines de leurs réponses, par crainte d'être jugés, bien que le questionnaire soit anonymisé.

IV.2. Questionnaire de l'étude

Le choix des items du questionnaire a été effectué dans le but de couvrir les différents domaines de la médecine générale applicables au post-partum : les aspects biomédicaux (comme l'endométrite, les infections mammaires, ou les pathologies thromboemboliques veineuses), les dimensions psychosociales (tel que l'allaitement maternel) et les facteurs environnementaux (notamment le soutien dont bénéficie la mère).

Nous avons donc choisi de privilégier les items les plus pertinents pour la pratique de la médecine générale. Cela permet de limiter le nombre de questions posées aux médecins généralistes. L'objectif était d'éviter un questionnaire trop long pour augmenter les chances d'obtenir un taux de réponse élevé.

Néanmoins, il aurait été pertinent d'interroger les médecins généralistes sur leurs pratiques concernant la rééducation périnéale, ainsi que d'aborder la question des violences conjugales. En effet, la période périnatale est reconnue comme une phase de grande vulnérabilité pour certains couples. Selon une enquête québécoise menée en 2006-2007, environ une femme sur dix aurait subi au moins un acte de violence au cours des deux années entourant la période périnatale (pré-grossesse au post-partum). (51) D'après le rapport de 2022 du réseau de périnatalité d'Occitanie, la grossesse est souvent liée à l'apparition ou à l'aggravation des violences conjugales, avec 40 % des cas débutant à ce moment-là. (52)

IV.3. La population de l'étude

L'échantillon témoigne d'une féminisation marquée, avec 65,4 % de médecins généralistes femmes parmi les répondants, contre 34,6 % d'hommes. Cette évolution s'inscrit dans une dynamique nationale où, selon l'Atlas de la démographie médicale de 2024 publiée par le CNOM, la féminisation de la profession chez les médecins en activité se poursuit au fil du temps, et ce pour l'ensemble des départements. Le taux de féminisation passe ainsi de 40,0% en 2010 à 51,8% en 2024.

Dans notre étude, nous avons une proportion de femmes un peu plus importante qu'au niveau national. Cela pourrait s'expliquer par l'intérêt accru de celles-ci pour ce sujet, possiblement lié à leur expérience personnelle ou de leur proche de la maternité.

Concernant l'âge des participants, on remarque que les deux catégories d'âge les plus représentées sont les 30-39 ans et les plus de 50 ans avec comme pourcentages respectifs, 32,1% et 34,6%. Cela peut s'expliquer par le fait que les médecins âgés de 30 à 39 ans, ayant une pratique plus récente, ont pu être formés avec des approches qui accordent davantage d'attention aux problématiques du post-partum. Cette formation, combinée à leur propre expérience de la parentalité, peut renforcer leur intérêt personnel et professionnel pour le sujet. Une autre explication possible du taux de réponses élevé dans cette tranche d'âge pourrait être une plus grande sensibilisation à l'importance de répondre aux travaux de thèse de leurs collègues, ayant eux-mêmes probablement rencontré des difficultés pour obtenir des réponses à leurs propres études. Les médecins ayant plus de 50 ans, en raison de leur expérience clinique étendue et de leur suivi à long terme de nombreuses patientes, notamment pendant

la grossesse, ont probablement développé une sensibilisation accrue aux enjeux de la santé féminine, et plus spécifiquement aux problématiques du post-partum. La proportion de médecins de moins de 30 ans dans l'échantillon est très faible soit 9,9% de l'échantillon, ce qui peut s'expliquer par le fait que les jeunes médecins généralistes diplômés choisissent souvent de ne pas s'installer immédiatement après l'obtention de leur diplôme. En effet, nombreux sont ceux qui privilégient d'abord les remplacements avant de s'installer en cabinet libéral afin de pouvoir établir leur projet professionnel.

La majorité des praticiens répondants, soit 55,5 %, sont installés depuis moins de 10 ans. Ce résultat est en cohérence avec la tranche d'âge des 30-39 ans, bien qu'il soit surprenant compte tenu de la part également importante des réponses provenant de médecins de plus de 50 ans.

Les médecins exerçant en milieu rural ont répondu au questionnaire dans une proportion de 46,9 %, ce qui peut s'expliquer par leur implication directe dans le suivi des grossesses et du post-partum. En milieu rural, ces médecins assurent fréquemment la prise en charge complète de leurs patientes et de leurs proches en incluant le suivi des nourrissons du fait d'un accès limité aux spécialistes (sage-femmes, gynécologues, pédiatres). Cette situation est moins fréquente en milieu urbain ou semi-rural, où l'accessibilité à ces professionnels est facilitée, ce qui peut réduire l'implication des médecins généralistes dans ces domaines.

On remarque une répartition relativement homogène entre les médecins MSU et non MSU. Les MSU orientés gynécologie ne représentent qu'une faible minorité.

IV.4. La consultation postnatale

Dans notre étude, près d'un tiers des praticiens, soit 32,1 %, ignoraient l'existence de la consultation de suivi postnatale. Cette méconnaissance pourrait s'expliquer par une sensibilisation insuffisante, tant lors de la formation initiale que pendant la formation continue, où les soins du post-partum dédiés à la mère occupent une place secondaire par rapport à ceux destinés au nouveau-né. En parallèle, il est important de noter que 81% des femmes priorisent la santé de leurs proches et 77% retardent le moment de consulter. (53) Ces comportements peuvent également avoir un impact sur la qualité du suivi après l'accouchement.

Szerment dans son étude montre qu'une bonne partie des médecins généralistes normands interrogés avaient connaissance de la date de réalisation de la consultation postnatale, néanmoins plus de la moitié d'entre eux soit 53,19% ignoraient le caractère obligatoire de celle-ci.(47) D'après une enquête nationale, seulement 5 à 7% des médecins généralistes réalisent la consultation postnatale. (34)

On constate que les femmes médecins sont significativement mieux informées de l'existence de la consultation postnatale. Parmi elles, la majorité a entre 31 et 39 ans. Cette meilleure connaissance pourrait s'expliquer premièrement par leur propre expérience personnelle et celle de leur entourage, mais également par une pratique plus fréquente de la gynécologie. Concernant les hommes, cette connaissance est plus fréquente chez ceux de plus de 40 ans, probablement en raison de leur expérience professionnelle plus longue, qui leur a permis de suivre davantage de patientes en post-partum et de se familiariser avec leurs besoins spécifiques.

Quant à elles, les femmes médecins de moins de 30 ans, qui ne représentent que 9,5% des répondants informés de cette consultation, pourraient ne pas avoir acquis une expérience

significative en pratique postnatale ou ne pas avoir été suffisamment exposées à cette thématique durant leur formation.

Dans notre étude, nous avons constaté que les médecins généralistes hommes exerçant en milieu rural ont une connaissance significativement plus élevée de la consultation postnatale. Cela peut s'expliquer par le fait que, dans ces zones géographiques où les spécialistes sont moins présents, les médecins généralistes doivent couvrir un large éventail de soins. Par conséquent, ils sont plus impliqués dans les soins maternels et infantiles, y compris les consultations postnatales, ce qui augmente leur connaissance dans ce domaine.

Pour les femmes médecins, l'effet est contraire. Elles ont davantage de connaissance de l'existence de celle-ci lorsqu'elles se situent dans des zones géographiques urbaines et semi-rurales. En effet, dans ces milieux, il est souvent plus facile d'accéder à des formations continues (séminaires, ateliers etc..) et des réseaux professionnels, ce qui favorise la connaissance des pratiques et de rester à jour sur les protocoles de suivi des patientes après l'accouchement.

Les médecins ayant suivi un DU de gynécologie ne semblent pas démontrer une connaissance significativement supérieure de la consultation postnatale, contrairement à ce que l'on pourrait supposer.

IV.5. L'objectif principal

L'objectif principal de notre étude était d'identifier les pratiques des médecins généralistes du Limousin et de la Dordogne concernant la recherche des maux et questionnements pouvant survenir au cours du post-partum lors d'un entretien avec une patiente dans les deux mois suivant l'accouchement.

Près de la moitié des médecins interrogés déclarent rechercher quasiment toujours des symptômes évocateurs d'endométrites et la persistance de saignements au cours des consultations. Ce résultat met en avant que ces symptômes, bien qu'associés à des complications potentielles du post-partum, sont relativement bien identifiés et connus par les médecins généralistes, ce qui les incite à les inclure spontanément dans leur démarche clinique.

Parmi les médecins participants, 61,6% semblent accorder une importance particulière à la détection des pathologies thromboemboliques. Le médecin généraliste joue un rôle clé dans la détection précoce des pathologies thromboemboliques. Cette vigilance est particulièrement importante en période postnatale, reconnue pour son risque élevé de complications.

Les symptômes d'incontinence urinaire du post-partum sont bien connus des médecins et sont pratiquement toujours recherchés contrairement à ceux de l'incontinence anale. En effet l'incontinence anale peut paraître comme « tabou ». En 2014, dans un article rédigé par le Abramowitz L., celui-ci l'explique par le fait qu'il s'agisse de patientes jeunes et dont les symptômes induisent un retentissement psychique avec un sentiment de handicap dégradant, de honte et non avouable ce qui se traduit par une absence de verbalisation si les médecins n'abordent pas spontanément le sujet. Au regard de nos résultats, nous pouvons constater que 10 ans après, l'incontinence anale n'est quasiment jamais recherchée, confirmant ainsi les propos du docteur Abramowitz L. qui s'avèrent être toujours pleinement d'actualité. (54) Dans le même domaine, la recherche de pathologies hémorroïdaires obtient des résultats similaires pour probablement une raison identique.

Les médecins interrogés accordent une attention particulière aux anomalies de cicatrisation, plus de 70 % d'entre eux les recherchent dans au moins la moitié des cas. Cette vigilance s'explique par le fait des interventions obstétricales fréquentes. En effet, comme cité précédemment, environ une femme sur cinq accouche par césarienne et un peu moins d'une sur dix subit une épisiotomie. En tant que professionnels de santé de premier recours, les médecins généralistes sont en première ligne pour évaluer et détecter les anomalies de cicatrisation et éviter les complications.

Le dépistage de la dépression du post-partum par les médecins généralistes est désormais bien intégré dans les pratiques. Depuis juillet 2022, l'entretien postnatal précoce a été mis en place pour identifier ces troubles. (49) Dans notre étude, 93,6 % des médecins interrogés recherchent dans au moins la moitié des cas des symptômes associés, et 73,1 % le font pratiquement toujours. Cette implication s'explique par les campagnes de sensibilisation et par le rôle central du médecin généraliste, souvent perçu comme un médecin de famille. Connaissant les patientes sur le long terme, il est en mesure de repérer les changements subtils liés à leur santé mentale. Par ailleurs, la consultation postnatale permet aussi de réaborder ce dépistage si l'entretien précoce n'a pas été réalisé.

La prise en charge de la douleur fait partie des motifs les plus fréquemment rencontrés en consultation de médecine générale. Il convient d'y prêter davantage d'attention en période postnatale dans le but d'un meilleur vécu du post-partum mais également d'éviter une chronicisation de celle-ci, d'où le rôle essentiel du médecin traitant dans le dépistage et la gestion de la douleur. Dans notre étude, 67,9% des médecins interrogés dépistaient pratiquement toujours la présence de douleur, témoignant ainsi de leur pleine conscience à ce sujet.

Le thème de la sexualité et la reprise des rapports sexuels apparaissent comme les items les moins fréquemment abordés par les médecins généralistes de notre étude. Cela peut s'expliquer par la difficulté d'aborder un sujet intime et délicat avec les patientes. La pudeur, tant du côté du médecin que de la patiente, peut constituer un frein à l'ouverture de ce dialogue. Ces résultats concordent également avec ceux observés dans d'autres études. (55) De plus, ces sujets peuvent être perçus comme moins prioritaires par rapport à d'autres problématiques du post-partum, telles que les douleurs persistantes, les anomalies de cicatrisation ou d'autres symptômes ayant un impact plus direct sur le quotidien des patientes. Néanmoins, la reprise de la sexualité constitue une dimension importante de la santé globale des femmes en post-partum, et négliger ce sujet peut laisser persister des difficultés, comme des dyspareunies, une baisse de libido ou des tensions dans le couple. Il paraît donc nécessaire de sensibiliser davantage et de former les médecins généralistes pour intégrer ces problématiques dans une prise en charge globale du post-partum. Dans leur étude, Juttet et Saint-Supéry ont interrogé les femmes quant à leurs attentes par leur médecin généraliste au sujet des troubles de la sexualité au cours du post-partum. Il a été mis en évidence que généralement, les femmes ne recherchent pas des informations très techniques, mais plutôt des explications simples. Souvent, elles n'osent pas aborder le sujet d'elles-mêmes. Cependant, si le médecin ouvre la discussion, celle-ci est généralement bien accueillie par la majorité des patientes. (55)

Dans notre étude, 85,9% des médecins interrogés abordent pratiquement toujours le thème de l'allaitement maternel au cours des consultations. Ce chiffre témoigne de l'importance accordée par les médecins généralistes à l'allaitement maternel en tant qu'élément clé de la santé préventive, bénéfique à la fois pour la mère (réduction des risques de maladies...) que

pour le nouveau-né (renforcement de l'immunité...). En abordant le sujet de manière régulière, les médecins jouent un rôle central en offrant un soutien non seulement médical, mais également psychologique et éducatif. Cela permet de prévenir des complications tels que les engorgements ou les mastites, et de renforcer les mères dans leur démarche d'allaitement. On constate que parmi les médecins participants une grande majorité en ont pleinement conscience car 78,2% des participants recherchent dans au moins la moitié des cas voir pratiquement toujours des symptômes d'infections mammaires. Ce résultat souligne leur vigilance vis-à-vis des complications pouvant survenir en lien avec l'allaitement. Ces deux résultats mettent en évidence le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement des mères allaitantes, en garantissant un suivi de qualité pour prévenir les complications, encourager l'allaitement et soutenir la santé globale de la mère et de l'enfant.

Une majorité des médecins interrogés, soit plus de 7 médecins sur 10 abordent pratiquement toujours au cours d'une consultation avec une patiente, le thème de la contraception. Ce résultat met en lumière la prise de conscience de la part des médecins généralistes de l'importance de la contraception durant le post-partum et du rôle préventif concernant la prévention des grossesses rapprochées. Seulement une minorité d'entre eux ne le font pas systématiquement, cela pourrait s'expliquer par le fait qu'ils estiment qu'il est davantage du rôle de la sage-femme ou du gynécologue d'assurer cette discussion, ou bien tout simplement parce qu'ils se sentent moins compétents ou informés sur les spécificités des méthodes contraceptives du post-partum. Un plus faible taux de pourcentage, soit 57,7% des médecins interrogés recherchent pratiquement toujours des symptômes évocateurs d'un retour de couche. Cela peut indiquer que certains médecins considèrent la contraception comme prioritaire sans explorer systématiquement l'état physiologique de la patiente pour évaluer la reprise des cycles et donc d'une reprise de la fertilité.

Les résultats montrent que 59 % des participants recherchent pratiquement toujours le lien mère-enfant et parent-enfant, ce qui révèle une attention notable portée à cette dimension relationnelle essentielle dans le suivi du post-partum.

Dans notre étude, il apparaît qu'une part significative des médecins généralistes interrogés reconnaît l'importance du soutien en post partum et l'intègrent dans leur démarche. En effet, 53,8% d'entre eux recherchent pratiquement toujours le soutien dont bénéficie la mère. Soutien paraissant comme indispensable dans cette période de vulnérabilité, afin de prévenir des troubles psychiques, un isolement social et par effet boule de neige la santé de l'enfant et la dynamique du couple.

Nous avons également mis en évidence, de manière statistiquement significative, que les médecins généralistes participants ayant suivi une formation complémentaire en gynécologie médicale abordent plus fréquemment les thématiques de la sexualité, de la reprise des rapports sexuels et des éventuelles difficultés associées, ainsi que du retour de couche. Ces résultats montrent le rôle déterminant de la formation complémentaire dans le développement des compétences et la confiance des médecins généralistes pour traiter des sujets spécifiques liés à la santé reproductive et sexuelle.

IV.6. L'objectif secondaire

Rappelons que l'objectif secondaire de notre étude était d'identifier les potentiels freins rencontrés par les médecins généralistes à la recherche des maux, thèmes et questionnements au cours d'une consultation dans les deux mois suivant l'accouchement.

IV.6.1. Comparaison dans la population interrogée globale

Dans notre étude, le principal frein retrouvé chez la majorité des praticiens s'avère être le manque de temps en consultation. En effet, le manque de temps en consultation est un sujet de préoccupation pour les médecins généralistes, qui expriment parfois le sentiment de ne pas pouvoir explorer l'ensemble des dimensions de la santé de leurs patients. Une enquête menée au Royaume-Uni et publiée récemment révèle qu'entre 2005 et 2019, la durée des consultations en médecine générale a augmenté, en grande partie en raison du doublement de la charge administrative et de la hausse des cas de multimorbidités. (56) Dans d'autres études, notamment celle de Veinand en 2023, celui-ci a également mis en évidence que 33,7% des médecins généralistes de Picardie citaient le manque de temps comme frein à la pratique de gynécologie et de suivi obstétrical. (57)

Dans un contexte où le temps médical est compté, la recherche proactive de symptômes non spontanément rapportés par la patiente semble devenir une tâche sans intérêt pour 15,6% des participants.

Un autre frein majeur identifié est le manque de connaissance rapporté par 48,7% des participants. Ce constat est cohérent avec l'étude de Veinand, où 40,2% des médecins interrogés ont souligné leur manque de compétence en gynécologie-obstétrique et 34,5% ont mentionné une formation insuffisante. (57)

Dans notre étude, près de 40,8 % des médecins interrogés ont indiqué ne pas aborder certains sujets en raison de la pudeur. Parallèlement, l'étude de Veinand a révélé que 16,9 % des médecins généralistes perçoivent une réticence de la part de leurs patientes à ce que l'examen gynécologique soit réalisé par eux, attribuée à des sentiments de pudeur. (57)

Dans son étude de 2018, Loyer M. a mis en évidence trois freins principaux à la pratique de la gynéco-obstétrique par les médecins généralistes de la Manche. Tout d'abord, les patientes perçoivent souvent leur généraliste comme moins compétent qu'un gynécologue pour assurer le suivi gynéco-obstétrical. Ensuite, un manque de formation dans cette discipline limite les compétences et la confiance des généralistes dans ce domaine. Enfin, de nombreuses patientes méconnaissent la capacité de leur médecin généraliste à effectuer ce type de suivi, ce qui contribue à orienter leur préférence vers des spécialistes. (58) Il apparaît donc essentiel, lorsque le médecin généraliste dispose de compétences en gynécologie, qu'il puisse en informer sa patientèle. Cependant, en l'absence d'un DU en gynécologie, cette information ne peut être affichée de manière officielle. Dans la majorité des cas, c'est le bouche-à-oreille qui joue un rôle clé dans la diffusion de cette information.

IV.6.2. Comparaison des freins en fonction du genre des praticiens

Pour les hommes le principal frein semble être le manque de connaissance suivi par le manque de temps. Le manque de connaissance peut s'expliquer en partie par un intérêt globalement moindre pour cette spécialité et par l'absence d'un stage obligatoire en gynécologie durant l'internat de médecine générale jusqu'en 2017. En effet, la réforme de 2017 en rendant obligatoire ce terrain de stage a constitué une avancée significative pour améliorer les connaissances des futurs médecins généralistes, y compris les hommes.

Le manque de temps semble affecter les deux genres avec une prédominance pour le sexe féminin. Cela pourrait se traduire par le fait que les femmes médecins pourraient davantage consacrer de temps à ces consultations globalement plus longues ou à des discussions approfondies ce qui les exposent d'autant plus au ressenti d'un manque de temps.

Étonnamment les femmes ont plus de pudeur à aborder certains sujets comparativement aux hommes. On pourrait penser qu'elles peuvent se sentir plus investies, dans une approche empathique et holistique, ce qui pourrait les rendre plus conscientes des sujets délicats et par extension plus hésitantes à les aborder.

Les hommes médecins semblent être en difficulté du fait du sexe opposé. Cela pourrait être lié à un manque de formation pour aborder ces thèmes avec aisance et surtout un manque de compréhension liées aux différences naturelles. À l'inverse, les femmes médecins, partageant la même expérience de genre que leurs patientes pourraient être perçues comme des interlocutrices privilégiées pour aborder les problématiques spécifiques au post-partum.

Les femmes médecins craignent plus que leurs homologues masculins d'être face à une impasse thérapeutique. Dans la continuité des propos évoqués précédemment du fait de leur genre, elles pourraient avoir une perception accrue des attentes des patientes et, par conséquent, ressentir davantage de pression pour apporter des solutions concrètes.

Les femmes médecins déclarent plus souvent ne rencontrer aucun frein, ce qui peut refléter une plus grande aisance ou familiarité avec les problématiques du post-partum.

La prise de conscience insuffisante est une problématique commune aux deux genres, probablement liée à un manque global de sensibilisation au post-partum dans la pratique médicale.

IV.6.3. Comparaison des freins en fonction de l'âge des praticiens

Chez les médecins de moins de 30 ans, le manque de connaissances et la crainte de l'impasse thérapeutique face aux patientes sont les freins les plus fréquemment mentionnés. Cela peut s'expliquer par le fait qu'ils sont souvent en début de carrière, avec une expérience clinique encore limitée. Le post-partum, souvent peu approfondi dans la formation initiale, peut représenter un domaine méconnu ou mal maîtrisé, perçu comme une zone grise. Par ailleurs, ce manque de confiance en eux, associé à leur jeune âge et à leur faible expérience professionnelle, peut renforcer leur appréhension à aborder ces thématiques, de peur de ne pas être en mesure de proposer des solutions adéquates aux problématiques spécifiques du post-partum.

Le manque de temps est le principal frein des médecins de 30 à 39 ans. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'une période charnière où ils cumulent une charge de travail importante et des responsabilités familiales croissantes. Ce contexte peut limiter leur disponibilité pour aborder des sujets complexes comme le post-partum. Le manque de connaissances est également mentionné. Bien qu'ils aient une certaine expérience ils peuvent ne pas être à jour sur les avancées récentes liées au post-partum, faute de temps pour se former. Cette tranche d'âge est également celle où les hommes mentionnent le plus fréquemment des difficultés liées à l'interaction avec le sexe opposé. Bien qu'ayant une expérience clinique plus solide que leurs cadets, ils peuvent encore ressentir une gêne ou une maladresse dans l'approche des patientes sur des sujets intimes, souvent perçus comme plus délicats à traiter.

Les médecins âgés de 40 à 49 ans mentionnent moins le manque de temps et le manque de connaissance comparativement aux tranches d'âges plus jeunes, ce qui pourrait refléter une meilleure maîtrise globale ou une routine bien établie dans leurs pratiques professionnelles. Ce qui peut également expliquer le fait qu'une bonne partie d'entre eux n'identifient pas de freins, probablement dû à une expérience et une confiance professionnelle suffisante pour gérer la plupart des cas du post-partum.

Les médecins de plus de 50 ans mentionnent le manque de temps et la prise de conscience insuffisante de manière égalitaire. On pourrait supposer que ces médecins, proches de la retraite ou en fin de carrière, peuvent être moins enclins à modifier leur approche ou à se mettre à jour. Une charge administrative et des priorités différentes peuvent également limiter leur implication dans les thématiques du post-partum.

IV.6.4. Comparaison des freins en fonction de la durée d'installation des praticiens

Le manque de temps est le principal frein identifié par les médecins installés depuis moins de 10 ans, pourcentage diminuant avec l'ancienneté. Ce frein étant également signalé par 21,4% des médecins âgés de 30 à 39 ans, ce qui correspond souvent aux praticiens récemment installés. Cela pourrait refléter une meilleure gestion ou priorisation du temps chez les praticiens plus expérimentés.

Le manque de connaissances constitue le deuxième frein le plus fréquemment mentionné par les praticiens installés depuis moins de 10 ans (19,4%). Parallèlement, ce sont également les médecins de moins de 30 ans qui rapportent le plus souvent cette difficulté (28,5%). Ces deux groupes semblent étroitement liés, et ce constat pourrait s'expliquer par un manque d'expérience pratique.

IV.6.5. Comparaison des freins en fonction du lieu d'exercice des praticiens

Le manque de temps, identifié comme le principal frein par les médecins des trois zones, cela reflète une contrainte de gestion du temps universellement partagée dans tous les environnements d'exercice.

Les médecins exerçant en zone rurale semblent plus enclins à aborder certains sujets du post-partum que leurs homologues des zones semi-rurales et urbaines. Cela pourrait s'expliquer par leur polyvalence souvent nécessaire en raison du faible accès aux spécialistes les incitant à couvrir un éventail plus large de thématiques dans leur pratique.

Le manque de connaissances est moins mentionné par les médecins en milieu urbain qu'en zone rurale et semi-rurale, suggérant une disparité possible dans l'accès aux formations ou aux ressources spécifiques dans ces zones.

L'uniformité suggère que la crainte de ne pas pouvoir répondre efficacement aux problématiques des patientes au cours du post-partum est partagée par les médecins interrogés, indépendamment de leur lieu d'exercice.

Les médecins exerçant en zone urbaine ont plus fréquemment signalé être confrontés à d'autres freins, sans toutefois pouvoir les préciser, par rapport à leurs confrères en zones semi-rurales et rurales. Cela illustre d'autant plus les différences significatives dans la pratique professionnelle entre les zones urbaines et rurales. Il aurait été intéressant d'avoir une précision des freins perçus par les médecins de ville.

IV.6.6. Comparaison des freins en fonction du statut universitaire des praticiens

Les médecins MSU gynécologiques perçoivent le manque de temps comme un frein beaucoup plus important que les autres groupes. Cela peut s'expliquer par leur implication plus spécialisée dans les consultations postnatales.

Les non-MSU signalent un déficit de connaissances plus prononcé que dans les autres groupes. Cela pourrait s'expliquer par le fait que le statut universitaire incite davantage les praticiens à approfondir leurs connaissances pour mieux encadrer et former les étudiants qu'ils

supervisent. Dans la même dynamique, on peut s'apercevoir qu'il existe un pourcentage légèrement plus élevé de MSU tous groupes confondus, déclarant ne pas percevoir de frein, ce qui peut refléter une meilleure aisance dans leur pratique.

La crainte de l'impasse thérapeutique est répartie de manière relativement homogène entre les groupes ce qui indique une perception uniforme de ce frein.

Les MSU à orientation gynécologique expriment un besoin plus marqué d'amélioration dans la prise de conscience des enjeux en post-partum. Cela pourrait refléter une autocritique liée à des standards plus élevés dans leur spécialisation. Par ailleurs, dans ce groupe, aucun n'a signalé de difficultés liées au sexe opposé ni exprimé un manque d'intérêt à aborder ces questions spontanément. Cela pourrait s'expliquer par leur formation plus approfondie en gynécologie, qui les rend probablement plus à l'aise avec ces sujets et les encourage à les aborder de manière proactive. En revanche, les autres groupes, moins spécialisés, pourraient éprouver plus de retenue ou d'incertitude dans ces interactions.

Les MSU sans orientation spécifique, montrent une prévalence plus élevée de pudeur à aborder certains sujets, ce qui peut nécessiter des efforts accrus de formation en communication et en gestion des consultations sensibles.

IV.6.7. Comparaison des freins en fonction de la réalisation d'une formation en gynécologie médicale par les praticiens

Il existe une différence modérée concernant le manque de temps entre les deux groupes, ce qui pourrait indiquer une charge de travail relativement similaire pour les médecins ayant suivi un DU et ceux ne l'ayant pas fait.

Les résultats montrent que la pudeur à aborder ces sujets et les difficultés en lien avec le sexe opposé sont moins rapportées par les médecins ayant suivi un DU en gynécologie. Cela pourrait témoigner d'une plus grande aisance acquise grâce à cette formation. De manière cohérente, le manque de connaissances est plus souvent identifié comme un frein par les médecins sans DU, ce qui souligne l'impact positif de la formation sur leur confiance et leurs compétences professionnelles.

Parallèlement, la crainte d'impasse thérapeutique est mentionnée davantage de fois par les médecins ayant suivi un DU de gynécologie. Cela pourrait refléter une conscience plus fine des limites des traitements disponibles ou solution chez les praticiens formés.

L'absence de prise de conscience est deux fois moins fréquente chez les médecins ayant suivi un DU ce qui témoigne d'une sensibilisation accrue au post-partum grâce à la formation.

Les médecins ayant réalisé un DU rapportent plus fréquemment ne rencontrer aucun frein ce qui pourrait refléter une confiance plus affirmée dans leur pratique.

Globalement, ces résultats témoignent que les médecins ayant suivi un DU en gynécologie semblent mieux préparés et moins limités dans leur pratique que leurs homologues n'ayant pas suivi de formation.

IV.7. Perspectives envisageables

Les résultats de cette étude soulignent des lacunes dans la prise en charge du post-partum par les médecins généralistes, mais ouvrent également des pistes prometteuses pour transformer cette période cruciale de la vie des femmes en une opportunité d'amélioration de la santé globale. Depuis la crise du Covid-19, la santé périnatale notamment mentale, a

bénéficié d'un coup de projecteur important, avec des avancées notables telles que l'allongement du congé paternité ou de coparentalité en 2021 et la mise en place d'un entretien postnatal précoce obligatoire en 2022. (59) Cependant, face à l'ampleur des problèmes identifiés et leur impact durable, ces mesures, bien que salutaires, restent insuffisantes. Elles appellent à des actions supplémentaires pour renforcer la prévention, le dépistage et l'accompagnement durant cette période clé.

IV.7.1. Renforcer la sensibilisation et la formation des professionnels de santé

Une première étape essentielle consiste à sensibiliser davantage les médecins généralistes à l'importance du post-partum et aux spécificités des maux qui peuvent survenir. Notre étude révèle que près d'un tiers des médecins interrogés méconnaissent l'existence même de la consultation postnatale, une situation qui peut s'expliquer en grande partie par la pratique irrégulière de cette consultation dans leur activité.

Actuellement, les formations initiales et continues ne couvrent pas suffisamment cette période cruciale, limitant ainsi les connaissances et compétences des praticiens. Pour pallier cette insuffisance, il serait nécessaire d'intégrer des modules spécifiques dédiés au post-partum dans les cursus universitaires, tout en rendant les formations continues plus accessibles. Ces initiatives permettraient non seulement d'outiller les médecins avec des pratiques adaptées, mais aussi de réduire les disparités dans la qualité des soins.

Dans un premier temps, il est donc primordial de rappeler aux médecins généralistes leurs compétences en matière de suivi postnatal et de les encourager à intégrer systématiquement ces consultations dans leur pratique quotidienne. Ces efforts, combinés à une meilleure structuration de la formation, contribueraient à repositionner le post-partum comme une étape clé du parcours de soins.

IV.7.2. Encourager une approche interprofessionnelle

Pour garantir une prise en charge globale et cohérente des patientes, il est impératif de renforcer la collaboration entre les différents acteurs de la périnatalité, tels que les sage-femmes, gynécologues et pédiatres. Le Programme de Retour à Domicile (PRADO), qui accompagne les femmes dans leur retour à domicile après l'accouchement, constitue une base précieuse pour favoriser cette coordination. Ce suivi, assuré par des sage-femmes intervenant à domicile en lien étroit avec les médecins généralistes, permet une continuité des soins essentielle à cette période critique. (60)

Toutefois, ce programme pourrait être enrichi en intégrant des consultations systématiques avec les médecins généralistes dans les semaines suivant l'accouchement. Cette initiative renforcerait encore la continuité des soins, en assurant une prise en charge complète des dimensions physiques, psychologiques et sociales du post-partum. En optimisant ainsi les parcours de soins coordonnés, les médecins généralistes seraient mieux équipés pour répondre aux besoins globaux des femmes, tout en valorisant et en maximisant les ressources existantes.

IV.7.3. Valoriser les dispositifs existants

Dans cette perspective, des structures comme le Réseau Périnat Nouvelle-Aquitaine (RPNA) offrent un cadre structurant pour accompagner les professionnels de santé. Ce réseau fédère les acteurs de la périnatalité à l'échelle régionale et propose des formations, des outils pratiques ainsi que des espaces de réflexion communs. En adhérant au RPNA, les médecins

généralistes pourraient bénéficier d'un soutien précieux pour actualiser leurs connaissances et harmoniser leurs pratiques. Par ailleurs, le RPNA pourrait impulser des recommandations spécifiques au post-partum, adaptées aux particularités des zones rurales comme le Limousin et la Dordogne. (61) Associé au Programme de Retour à Domicile (PRADO), ce type de collaboration renforcerait les synergies entre ville et hôpital, contribuant à une continuité des soins optimale pour les patientes.

En parallèle, la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) propose un service souvent méconnu : l'intervention d'une travailleuse familiale pour soutenir les familles à domicile. Ce dispositif intervient en cas de situations susceptibles de fragiliser la vie familiale, telles qu'une maladie, une grossesse compliquée, une naissance, une adoption ou la gestion d'une famille nombreuse. (62) Ces initiatives apportent un soutien adapté aux besoins spécifiques des familles, en complément de l'accompagnement médical, et pourraient jouer un rôle crucial dans le renforcement du bien-être des patientes en période post-partum.

IV.7.4. Informer et responsabiliser les patientes

Cependant, une prise en charge optimale ne peut se concevoir sans une meilleure implication des patientes elles-mêmes. Dès la grossesse, il est crucial de les sensibiliser à l'importance du suivi post-partum. (47) En développant des campagnes de communication ciblées, soutenues par des professionnels de santé, des dispositifs comme le PRADO et des réseaux tels que le RPNA, les femmes pourraient être mieux informées sur les enjeux de cette période. Cela favoriserait leur engagement dans leur propre suivi médical et encouragerait une prise en charge proactive des maux et questionnements post-partum.

IV.7.5. Repenser l'organisation des consultations du post-partum

Enfin, pour intégrer pleinement la prise en charge du post-partum dans le parcours de soins, il est nécessaire de repenser l'organisation des consultations médicales postnatales. En complément des initiatives existantes, plusieurs pistes méritent d'être explorées pour mieux répondre aux besoins des patientes. Traditionnellement, les soins post-partum se concentrent sur les six premières semaines suivant l'accouchement, conformément à la définition officielle de l'OMS qui limite cette période à 42 jours après l'accouchement. Cependant, cette limite s'avère insuffisante, car les risques liés à l'accouchement et les besoins des femmes peuvent persister bien au-delà, parfois jusqu'à un an voire plus. Une augmentation et un espacement des consultations du post-partum permettraient d'aborder ces problématiques de manière prolongée et globale, tout en prenant en compte des troubles émergents, qu'ils soient physiques ou psychiques. (63)

Toutes ces perspectives offrent un cadre réaliste et encourageant pour transformer la prise en charge du post-partum. En combinant une meilleure formation des professionnels, une collaboration interprofessionnelle renforcée et l'implication active des patientes, il est possible de réduire les inégalités et d'améliorer significativement le bien-être des femmes et de leurs familles. Les réseaux tels que le RPNA et des dispositifs comme le PRADO, par leur rôle structurant et fédérateur, seront des alliés précieux dans la mise en œuvre de ces changements.

Conclusion

Le post-partum, bien que fondamental pour la santé et le bien-être des femmes et de leur famille, demeure encore trop souvent négligé dans les pratiques médicales. Notre étude, centrée sur les médecins généralistes du Limousin et de la Dordogne, met en lumière des lacunes significatives dans la recherche des maux et questionnements pouvant survenir au cours des deux mois suivant l'accouchement.

L'étude révèle que, bien que conscients de l'importance de cette période, de nombreux praticiens manquent de formation et de ressources spécifiques pour identifier les maux du post-partum et répondre aux attentes des patientes. À cela s'ajoutent des freins tels que la charge de travail élevée et le manque de temps, qui peuvent rendre difficile une prise en charge approfondie. Ces constats illustrent la nécessité de revoir les pratiques actuelles pour mieux répondre aux besoins globaux des femmes en post-partum.

Pourtant, le potentiel d'amélioration est à portée de main. En renforçant la formation des professionnels, en valorisant les dispositifs existants et en repensant l'organisation des consultations, il est possible de transformer cette période souvent négligée en une opportunité unique de promouvoir la santé et le bien-être des femmes et de leurs familles. L'implication active des patientes elles-mêmes, soutenue par des campagnes de sensibilisation adaptées, s'avère également essentielle.

En conclusion, cette étude appelle à une mobilisation collective pour transformer une période souvent sous-estimée en une opportunité d'améliorer la santé des femmes et de leur entourage. Les médecins généralistes, acteurs de première ligne, ont un rôle clé à jouer, à condition qu'ils soient accompagnés et soutenus dans cette mission. Comme le démontre cette recherche, investir dans le post-partum, c'est investir dans l'avenir des familles et, plus largement, de notre système de santé.

Références bibliographiques

1. Organisation mondiale de la santé [Internet]. Organisation mondiale de la Santé; 1998 [cité 5 sept 2024]. Soins à la mère et au nouveau-né dans le post-partum : guide pratique. Disponible sur: <https://iris.who.int/handle/10665/66396>
2. Delgado-Pérez E, Rodríguez-Costa I, Vergara-Pérez F, Blanco-Morales M, Torres-Lacomba M. Recovering sexuality after childbirth. What strategies do women adopt? A qualitative study. International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022;19(2):950.
3. Suhl J. Épidémiologie de la maladie thromboembolique veineuse chez les femmes enceintes. JMV-Journal de Médecine Vasculaire. 2023;48:S5.
4. Institut national de santé publique du Québec [Internet]. 2024 [cité 26 sept 2024]. Le corps après l'accouchement. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/mieux-vivre/accouchement/premiers-jours/corps-apres-l'accouchement>
5. Fouedjio JH, Mbu RE, Fandom Fezeu C, Fouélifack Ymélé F, Wandji Nana JC. Prise en charge des tranchées utérines : Efficacité du tramadol versus paracétamol-codéine à la Maternité Principale de l'Hôpital Central de Yaoundé. HSD. 2014;15(4):1-4.
6. Robin G, Massart P, Graizeau F, Masgenet BG du. La contraception du post-partum : état des connaissances. La Revue Sage-Femme. 2010;9(1):31-43.
7. Faure K, Dessein R, Vanderstichele S, Subtil D. Endométrites du post-partum. RPC infections génitales hautes CNGOF et SPILF. Gynécologie Obstétrique Fertilité & Sénologie. 2019;47(5):442-50.
8. Legouez A. Douleur du postpartum : un symptôme souvent oublié ? Le Praticien en Anesthésie Réanimation. 2023;27(5):257-62.
9. Salakos E, Deffieux X. Dyspareunie, prolapsus génital et béance du post-partum. La Presse Médicale Formation. 2023;4(1):57-62.
10. Santé Publique France [Internet]. 2023 [cité 30 sept 2024]. Enquête nationale périnatale : résultats de l'édition 2021. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/etudes-et-enquetes/enquete-nationale-perinatale-2021>
11. Sabatino G. Les douleurs post-césariennes. La Revue Sage-Femme. 2019;18(3):135-44.
12. Favreau C. Pathologies proctologiques au cours de la grossesse et en post-partum (hors MICI). La Presse Médicale Formation. 2024;5(1):62-6.
13. Paladine HL, Blenning CE, Strangas Y. Les soins du post partum : une approche du quatrième trimestre. afp. 2019;100(8):485-91.
14. Turawa EB, Musekiwa A, Rohwer AC. Interventions for preventing postpartum constipation. Cochrane Pregnancy and Childbirth Group, éditeur. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2020;2020(8).
15. Marpeau L, Senat MV, Sentilhes L. Post-partum: recommandations CNGOF. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2018. 384 p. (Recommandations pour la pratique clinique).

16. Deffieux X, Vieillefosse S, Billecocq S, Battut A, Nizard J, Coulm B, et al. Rééducation périnéale et abdominale dans le post-partum : recommandations. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2015;44(10):1141-6.
17. Ohlmann Ey H. Outil d'aide pour les médecins généralistes à la prise en charge des femmes éprouvant des douleurs mammaires pendant l'allaitement [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Lorraine; 2022.
18. Bruneau de la Salle J, Paquié C. Douleur et allaitement, une fatalité ? *La Revue Sage-Femme*. 2018;17(4):153-9.
19. Gelbert N. Pas à Pas en Pédiatrie. 2017 [cité 30 sept 2024]. Allaitement en consultation de pédiatrie ambulatoire. Disponible sur: <https://pap-pediatrie.fr/nutrition/allaitement-en-consultation-de-pediatrie-ambulatoire>
20. RecoMédicales [Internet]. 2024 [cité 30 sept 2024]. Allaitement. Disponible sur: <https://recomedicales.fr/recommandations/allaitement/>
21. Rigourd V, Jacquemain K, Mari S, De Villepin B, Bellanger C, Serror JY, et al. Allaitement maternel : difficultés et complications. *Perfectionnement en Pédiatrie*. 2019;2(1):62-71.
22. Office de la naissance et de l'enfance, Groupement des gynécologues de langue française de Belgique. Guide du post-partum. Louvain-la-Neuve, Belgique: De Boeck Supérieur; 2016. 726 p.
23. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2013 [cité 4 sept 2024]. La compression médicale en prévention de la thrombose veineuse. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/r_1437992/fr/la-compression-medicale-en-prevention-de-la-thrombose-veineuse-fiche-buts
24. Tosto V, Ceccobelli M, Lucarini E, Tortorella A, Gerli S, Parazzini F, et al. Maternity blues: a narrative review. *Journal of Personalized Medicine*. 2023;13(1):154.
25. Landman A, Tebeka S. Le blues du post-partum, est-ce un problème ? *La Presse Médicale Formation*. 2024;5(5):347-52.
26. Balaram K, Marwaha R. StatPearls. 2023 [cité 4 sept 2024]. Postpartum Blues. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK554546/>
27. Baldy C, Piffault E, Chabbert Chopin M, Wendland J. Postpartum blues in fathers: prevalence, associated factors, and impact on father-to-infant bond. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2023;20(10):5899.
28. Norazman CW, Lee LK. The influence of social support in the prevention and treatment of postpartum depression: An intervention-based narrative review. *Womens Health (Lond Engl)*. 2024;20:17455057241275587.
29. Santé Publique France [Internet]. 2023 [cité 3 déc 2024]. Prévalence de la dépression, de l'anxiété et des idées suicidaires à deux mois postpartum : données de l'Enquête nationale périnatale 2021 en France hexagonale. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/import/prevalence-de-la-depression-de-l-anxiete-et-des-idees-suicidaires-a-deux-mois-postpartum-donnees-de-l-enquete-nationale-perinatale-2021-en-franc>
30. Tebeka S, Dubertret C. Dépression du post-partum. *La Presse Médicale Formation*. 2021;2(5):439-41.

31. Aubry P. La sexualité de la femme après un premier enfant [Mémoire : Maïeutique]. Université de Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines; 2017.
32. Bouchoucha L. Vécu des changements corporels du post-partum : étude qualitative auprès de neuf primipares [Mémoire : Maïeutique]. Sorbonne Université; 2022.
33. CNGOF [Internet]. 2015 [cité 30 sept 2024]. Recommandations pour la pratique clinique - postpartum. Disponible sur: <https://cngof.fr/app/uploads/2023/06/2015-RPC-POSTPARTUM.pdf?x29325>
34. Desnoyers M. Etat des lieux sur le retour au poids pré-conceptionnel des femmes à 6 mois de l'accouchement [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Limoges. Faculté de médecine et de pharmacie; 2024.
35. Michelan V. DermoMedicalCenter. 2023 [cité 30 sept 2024]. Perte de cheveux après la grossesse : est-ce normal ? Disponible sur: <https://dermomedicalcenter.com/blog/perte-de-cheveux-grossesse/>
36. Adiantum International [Internet]. 2021 [cité 30 sept 2024]. La chute de cheveux Postpartum (après la grossesse). Disponible sur: <https://adiantum.com/chute-de-cheveux/chute-cheveux-postpartum-apres-grossesse>
37. Ministère des Solidarités et de la Santé [Internet]. [cité 30 sept 2024]. 1000 premiers jours : là où tout commence. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport-1000-premiers-jours.pdf>
38. Haute Autorité de Santé [Internet]. 2019 [cité 30 sept 2024]. Contraception chez la femme en post-partum. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1369193/fr/contraception-chez-la-femme-en-post-partum
39. Grandi G, Del Savio MC, Tassi A, Facchinetti F. Postpartum contraception : a matter of guidelines. International Journal of Gynecology & Obstetrics. 2024;164(1):56-65.
40. de Pierrepont C, Polomeno V, Bouchard L, Reissing E. Que savons-nous sur la sexualité périnatale ? Un examen de la portée sur la sexopérinatalité – Partie 2. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 2016;45(8):809-20.
41. Bleuzen E, Benjilany S, Gantois A, Kheniche M, Baunot N, Guillaume S, et al. Entretien postnatal précoce : préconisations pour la pratique clinique. Sages-Femmes. 2023;22(5):39-41.
42. Meyer L. Quelle est la place des médecins généralistes dans la prise en charge des femmes en post-partum ? : une étude qualitative auprès de 10 femmes dans le Bas-Rhin [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Strasbourg - Faculté de Médecine, Maïeutique et Sciences de la Santé; 2022.
43. Assurance Maladie [Internet]. 2024 [cité 5 sept 2024]. Après l'accouchement : le retour à la maison. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/haute-vienne/assure/sante/devenir-parent/accouchement-et-nouveau-ne/suivi-domicile>
44. Matis R. Post-partum. In: Mémento de la Sage-Femme. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2023. p. 263-70.
45. Alexanian C. Quelle est l'activité du médecin généraliste au cours de la grossesse et du post-partum ? [Thèse d'exercice : Médecine]. UFR de Médecine de Rouen; 2013.

46. Laude T. La visite postnatale : chez le médecin généraliste ou chez un autre spécialiste ? Étude transversale recherchant des raisons motivant le choix des patientes dans une maternité de niveau 1 [Thèse d'exercice : Médecine]. UFR de Médecine de Rouen; 2013.
47. Szerment J. Prise en charge de la consultation post-natale par les médecins généralistes de Normandie [Thèse d'exercice : Médecine]. UFR de Médecine de Rouen; 2018.
48. Le parcours post-partum [Internet]. 2024 [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: <https://www.bretagne.ars.sante.fr/le-parcours-post-partum>
49. Légifrance [Internet]. 2023 [cité 23 nov 2024]. Arrêté du 27 février 2023 modifiant l'arrêté du 27 juillet 2021 relatif à l'expérimentation « RéPAP : Référent Parcours Périnatalité ». Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000047254705
50. Zanardi L. Dépistage des sujets tabous en consultation de suivi gynécologique par le médecin généraliste [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Montpellier; 2021.
51. Institut national de santé publique du Québec [Internet]. 2019 [cité 17 nov 2024]. Violence conjugale et grossesse. Disponible sur: <https://www.inspq.qc.ca/information-perinatale/fiches/violence-conjugale>
52. Réseau de Périnatalité Occitanie [Internet]. 2022 [cité 23 nov 2024]. Violences conjugales pendant la grossesse. Disponible sur: https://www.google.com/search?q=Violences+conjugales+pendant+la+grossesse+bourat&rlz=1C1GCEA_enFR923FR925&oq=Violences+conjugales+pendant+la+grossesse+bo urat&gs_lcrp=EgZjaHJvbWUyBggAEEUYOTIHCAEQIRigATIHCAIQIRigATIHCAMQIRigAdIBCTM5NDIqMGoxNagCCLACAQ&sourceid=chrome&ie=UTF-8
53. AXA [Internet]. 2022 [cité 23 nov 2024]. AXA Prévention réaffirme son engagement pour la santé des femmes et alerte sur l'impact du niveau de vie sur leur santé. Disponible sur: <https://axalive.fr/article/axa-sante-femmes-2022>
54. Abramowitz L. FMC-HGE. 2014 [cité 17 nov 2024]. Complications anales durant la grossesse et le post-partum : 1re partie – Incontinence anale. Disponible sur: https://www.fmchgastro.org/textes-postus/no-postu_year/complications-anales-durant-la-grossesse-et-le-post-partum-1re-partie-incontinence-anale/
55. Juttet L, Saint-Supéry J. D'après les femmes, quelle est la place du médecin généraliste dans le dépistage et la prise en charge des troubles de la sexualité du post-partum ? Étude qualitative réalisée en Rhône-Alpes entre mars et septembre 2019 [Thèse d'exercice : Médecine]. Université de Médecine Grenoble Alpes; 2019.
56. Dumast L de, Moore P, Snell KI, Marshall T. Trends in clinical workload in UK primary care 2005–2019: a retrospective cohort study. Br J Gen Pract. 2024;74(747):e659-65.
57. Veinand A. Facteurs influençant la pratique d'une activité gynécologique en médecine générale : étude quantitative auprès des médecins généralistes de Picardie [Thèse d'exercice : Médecine]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2023.
58. Loyer M. Les freins à la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes de la Manche [Thèse d'exercice : Médecine]. Faculté de Médecine Caen - Normandie; 2018.

59. info.gouv.fr [Internet]. 2021 [cité 3 déc 2024]. La durée du congé paternité passe de 14 à 28 jours. Disponible sur: <https://www.info.gouv.fr/actualite/la-duree-du-conge-paternite-passe-de-14-a-28-jours>
60. Bonnay C. Etat des lieux des pratiques des médecins généralistes des Hauts-de-France et évaluation de l'acceptabilité d'un outil de repérage de la dépression post partum en médecine générale [Thèse d'exercice : Médecine]. [Amiens]: Université de Picardie Jules Verne; 2022.
61. RPNA - Reseau Perinat Nouvelle-Aquitaine [Internet]. 2022 [cité 3 déc 2024]. Sortie de maternité. Disponible sur: <https://rpna.fr/thematiques/sorties-de-maternite/>
62. Anne J. Prise en charge du post-partum : étude comparative entre la France, la Belgique et les Pays-Bas [Mémoire : Maïeutique]. Université de Caen; 2016.
63. Vogel JP, Jung J, Lavin T, Simpson G, Kluwgant D, Abalos E, et al. Neglected medium-term and long-term consequences of labour and childbirth: a systematic analysis of the burden, recommended practices, and a way forward. *The Lancet Global Health*. 2024;12(2):e317-30.

Annexes

Annexe 1. EPDS	77
Annexe 2. Les étapes clés du suivi médical après la grossesse	78
Annexe 3. Questionnaire de thèse	79
Annexe 4. Courriel de diffusion du questionnaire	82

Annexe 1. EPDS



Edinburgh-Postnatal-Depression-Scale EPDS (Français)

Vous venez d'avoir un bébé. Nous aimerions savoir comment vous vous sentez. Nous vous demandons de bien vouloir remplir ce questionnaire en soulignant la réponse qui vous semble le mieux décrire comment vous vous êtes sentie durant la semaine (c'est-à-dire sur les 7 jours qui viennent de s'écouler) et pas seulement au jour d'aujourd'hui:

Pendant la semaine qui vient de s'écouler ...	points
1. ... j'ai pu rire et prendre les choses du bon côté	
<input type="checkbox"/> Aussi souvent que d'habitude.....	0
<input type="checkbox"/> Pas tout-à-fait autant.....	1
<input type="checkbox"/> vraiment beaucoup moins souvent ces jours-ci.....	2
<input type="checkbox"/> absolument pas.....	3
2. ... je me suis sentie confiante et joyeuse, en pensant à l'avenir	
<input type="checkbox"/> autant que d'habitude.....	0
<input type="checkbox"/> plutôt moins que d'habitude.....	1
<input type="checkbox"/> vraiment moins que d'habitude.....	2
<input type="checkbox"/> pratiquement pas.....	3
3. ... je me suis reprochée, sans raisons, d'être responsable quand les choses allaient mal	
<input type="checkbox"/> oui, la plupart du temps.....	3
<input type="checkbox"/> oui, parfois.....	2
<input type="checkbox"/> pas très souvent.....	1
<input type="checkbox"/> non, jamais.....	0
4. ... je me suis sentie inquiète ou soucieuse sans motifs	
<input type="checkbox"/> non, pas du tout.....	0
<input type="checkbox"/> presque jamais.....	1
<input type="checkbox"/> oui, parfois.....	2
<input type="checkbox"/> oui, très souvent.....	3
5. ... je me suis sentie effrayée ou paniquée sans vraiment de raisons	
<input type="checkbox"/> oui, vraiment souvent.....	3
<input type="checkbox"/> oui, parfois.....	2
<input type="checkbox"/> non, pas très souvent.....	1
<input type="checkbox"/> non, pas du tout.....	0
6. ... j'ai eu tendance à me sentir dépassée par les événements	
<input type="checkbox"/> oui, la plupart du temps, je me suis sentie incapable de faire face aux situations.....	3
<input type="checkbox"/> oui, parfois, je ne me suis pas sentie aussi capable de faire face que d'habitude.....	2
<input type="checkbox"/> non, j'ai pu faire face à la plupart des situations.....	1
<input type="checkbox"/> non, je me suis sentie aussi efficace que d'habitude.....	0
7. ... je me suis sentie si malheureuse que j'ai eu des problèmes de sommeil	
<input type="checkbox"/> oui, la plupart du temps.....	3
<input type="checkbox"/> oui, parfois.....	2
<input type="checkbox"/> pas très souvent.....	1
<input type="checkbox"/> non, pas du tout.....	0
8. ... je me suis sentie triste ou peu heureuse	
<input type="checkbox"/> Oui, la plupart du temps.....	3
<input type="checkbox"/> Oui, très souvent.....	2
<input type="checkbox"/> Pas très souvent.....	1
<input type="checkbox"/> Non, pas du tout.....	0
9. ... je me suis sentie si malheureuse que j'en ai pleuré	
<input type="checkbox"/> oui, la plupart du temps.....	3
<input type="checkbox"/> oui, très souvent.....	2
<input type="checkbox"/> seulement de temps en temps.....	1
<input type="checkbox"/> Non, jamais.....	0
10. ... il m'est arrivé de penser à me faire du mal	
<input type="checkbox"/> oui, très souvent.....	3
<input type="checkbox"/> parfois.....	2
<input type="checkbox"/> presque jamais.....	1
<input type="checkbox"/> jamais.....	0

Comptez les points. Si vous avez un total de 10 points ou plus, contactez un/une spécialiste pour poser un diagnostic.

© The Royal College of Psychiatrists 1987. Cox, J.L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. British Journal of

Association Dépression Postpartale Suisse
Case postale 41 | 1096 Cully | Tél. 021 525 77 51
info@depression-postpartale.ch | www.depression-postpartale.ch
PC: 60-606252-7 | IBAN: CH82 0900 0000 6060 6252 7

Annexe 2. Les étapes clés du suivi médical après la grossesse

L'essentiel

Les étapes clés du suivi médical après la grossesse

Consultations systématiques

L'entretien postnatal

- Avec qui ?



Médecin traitant



Sage-femme

- Quand ?

Entre la 4^e et 8^e semaine après l'accouchement. Un 2^e entretien si besoin entre la 10^e et 14^e semaine après l'accouchement.

- Avec qui ?



Gynécologue



Prise en charge de l'Assurance Maladie
70 %

La consultation médicale postnatale

- Pour faire le point sur votre état de santé, sur l'allaitement et les relations avec l'enfant, effectuer un examen clinique de contrôle et prescrire des séances de rééducation périnéale et abdominale si besoin.
- Avec qui ?



Médecin traitant



Sage-femme

- Quand ?

Dans les 6 à 8 semaines après l'accouchement.

- Avec qui ?



Gynécologue



Prise en charge de l'Assurance Maladie
100 %

Annexe 3. Questionnaire de thèse

PARTIE 1 – VOTRE PROFIL

Quel est votre sexe ?

- Femme
- Homme

Quel est votre âge ?

- < 30 ans
- 30 à 39 ans
- 40 à 49 ans
- > 50 ans

Votre date d'installation :

- Installé(e) depuis moins de 10 ans
- Installé(e) entre 11 et 20 ans
- Installé(e) entre 21 et 30 ans
- Installé(e) depuis plus de 31 ans

Votre lieu d'exercice :

- Urbain
- Semi-rural
- Rural

Êtes-vous :

- MSU (Maitre de Stage Universitaire)
- MSU orienté(e) gynécologie
- Non MSU

Avez-vous suivi les enseignements du diplôme universitaire de « formation complémentaire en gynécologie médicale » ?

- Oui
- Non

Connaissez-vous l'existence de la consultation de suivi post-natal concernant la femme, à réaliser entre la 6^{ème} et la 8^{ème} semaine après l'accouchement :

- Oui
- Non

PARTIE 2 – ENTRETIEN

Lors de votre entretien à l'occasion d'une consultation avec une patiente durant les deux premiers mois de son post-partum, et si la patiente ne vous en parle pas d'elle-même :

Recherchez-vous spontanément des symptômes d'endométrite (douleurs pelviennes, fièvre, leucorrhées pathologiques...) :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Recherchez-vous spontanément la persistance de saignements tels que les lochies :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Recherchez-vous spontanément des symptômes évocateurs d'infection mammaire :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Recherchez-vous spontanément des symptômes en faveur de pathologies thrombo-emboliques :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Recherchez-vous spontanément des symptômes d'incontinence urinaire :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Recherchez-vous spontanément des symptômes d'incontinence anale :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Recherchez-vous spontanément des symptômes en rapport avec une pathologie hémorroïdaire :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Recherchez-vous spontanément une anomalie de cicatrisation (périnéale ou de césarienne) :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Recherchez-vous spontanément des symptômes de dépression du post-partum (asthénie, anxiété, état dépressif, humeur instable...) :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Recherchez-vous spontanément la présence de douleur :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Abordez-vous spontanément le thème de l'allaitement maternel :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Abordez-vous spontanément le thème de la sexualité :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Recherchez-vous spontanément une reprise des rapports sexuels et d'éventuelles difficultés rencontrées (dyspareunie, appréhension...) :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Recherchez-vous spontanément des symptômes évocateurs d'un retour de couche :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Abordez-vous spontanément le thème de la contraception (accompagnement, informations...) :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Abordez-vous spontanément le lien mère-enfant et le lien parent-enfant :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

Abordez-vous spontanément le soutien dont bénéficie la mère (conjoint, famille, entourage élargi...) :

- Pratiquement toujours
- Souvent (dans au moins la moitié des cas)
- Parfois (dans moins de la moitié des cas)
- Très rarement

PARTIE 3 – POUR L'AVENIR

Quels sont pour vous les **3 principaux freins** qui vous limitent dans la recherche des symptômes et/ ou thèmes au cours du post-partum lors de votre entretien ?

- Manque de temps
- Pudeur à aborder ces sujets
- Pour les hommes : difficultés liées au sexe opposé
- Manque de connaissances
- Crainte de l'impasse thérapeutique face aux patientes
- Prise de conscience insuffisante du médecin
- Pas d'intérêt à poser ces questions aux femmes si elles n'en parlent pas d'elles-mêmes
- Pas de frein
- Autre frein

Annexe 4. Courriel de diffusion du questionnaire

« Chère consœur, cher confrère,

Actuellement interne de médecine générale à la Faculté de Limoges, je souhaiterais vous adresser mon questionnaire de thèse qui a pour objectif d'évaluer les connaissances et la pratique des médecins généralistes lors d'une consultation dans les deux mois suivant l'accouchement et d'observer s'ils abordent d'eux-mêmes les maux, les thèmes et questionnements pouvant apparaître au cours de cette période.

Ce questionnaire, conçu pour pouvoir y répondre en 3 minutes, me sera d'une grande utilité afin de réaliser ma thèse qui a pour intitulée **« Une surveillance étroite de la femme avant et pendant la grossesse. Qu'en-est-il de l'après ? »**.

Je vous remercie toutes et tous par avance pour l'attention que vous porterez à mon projet qui me tient particulièrement à cœur.

Maëlys BOURGOIN

Thèse dirigée par le Pr HOUDARD Gaëtan

* Veuillez trouver ci-joint mon questionnaire :

<https://limesurvey.unilim.fr/index.php/433323?newtest=Y> »

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Étude des pratiques des médecins généralistes du Limousin et de Dordogne concernant la recherche des maux et/ou questionnements apparaissant au cours du post-partum lors d'un entretien dans les deux mois suivant l'accouchement.

Introduction : Le post-partum, période cruciale suivant l'accouchement, est souvent négligée par rapport au suivi rigoureux durant la grossesse. Néanmoins, il s'agit d'une étape de transition marquée par des bouleversements physiques, psychologiques et sociaux nécessitant une attention particulière. **Matériels et méthodes :** L'objectif principal de notre étude était d'identifier les pratiques des médecins généralistes du Limousin et de la Dordogne concernant la recherche des maux et questionnements pouvant survenir au cours du post-partum dans les deux mois suivant l'accouchement. Nous avons mené une étude quantitative descriptive observationnelle et multicentrique par des questionnaires informatisés et anonymes entre décembre 2023 et septembre 2024. **Résultats :** Nous avons obtenu 81 réponses soit un taux de réponses de 10,97%. Les femmes médecins sont significativement plus informées de l'existence de la consultation postnatale que leurs homologues masculins. Les médecins interrogés abordent les maux et sujets mentionnés précédemment avec leurs patientes de manière variable selon les thématiques. Parmi eux, 56,6 % identifient le manque de temps et 48,7 % signalent un manque de connaissances comme freins principaux.

Conclusion : Cette étude analyse le rôle du médecin généraliste dans le suivi du post-partum. Le médecin généraliste occupe une position essentielle dans ce suivi, cependant, sa mise en œuvre reste limitée dans la pratique courante. Cela pourrait être lié en partie au manque de sensibilisation à la thématique du post-partum.

Mots-clés : post-partum, maux du post-partum, médecins généralistes post-partum

Study of the practices of general practitioners in Limousin and Dordogne regarding the investigation of issues and/or concerns arising in the two months following childbirth

Introduction: The postpartum period, a crucial stage following childbirth, is often neglected compared to the rigorous care during pregnancy. However, it is a transitional phase marked by physical, psychological, and social upheavals that require particular attention. **Materials and methods:** The primary objective of this study was to identify the practices of general practitioners in Limousin and Dordogne regarding the investigation of issues and concerns that may arise during the postpartum period within two months after childbirth. We conducted a quantitative, descriptive, observational, and multicentric study using computerized, anonymous questionnaires between December 2023 and September 2024. **Results:** We received 81 responses, representing a response rate of 10.97%. Female doctors were significantly more aware of the existence of the postnatal consultation than their male counterparts. The doctors surveyed address the aforementioned issues with their patients in different ways, depending on the topic. Among them, 56.6% identified lack of time, and 48.7% reported lack of knowledge as the main obstacles. **Conclusion:** This study examines the role of general practitioners in postpartum care. General practitioners play a key role in this care, but its implementation remains limited in current practice. This may be partly due to insufficient awareness of the postpartum period.

Keywords: postpartum, postpartum disorders, general practitioner postpartum

