UNIVERSITÉ DE LORRAINE

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10
http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php
http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm

Université Henri Poincaré, Nancy I

École de Sages-femmes de Metz

LA CONSULTATION POSTNATALE : UN CRENEAU A PRENDRE

Mémoire présenté et soutenu par

Sandrine FRANKE

Promotion 2005-2009

SOMMAIRE

Sommaire **2**

Introduction **6**

Partie 1 : **7**

1. LA CONSULTATION POSTNATALE **8**

1.1. Intérêts de la consultation postnatale 8
1.2. L'examen médical 9
1.2.1. L'interrogatoire 9
1.2.2. L'examen clinique général 10
1.2.3. L'examen gynécologique 10
1.2.4. Les prescriptions 11
1.3. Dialogue et dépistage 11

2. L'APPROCHE PSYCHOLOGIQUE ET LA CONSULTATION POSTNATALE **12**

2.1. Introduction 12
2.2. Les troubles psychiques du post-partum 13
2.2.1. Le post-partum blues 13
2.2.2. La dépression du post-partum 13
2.2.3. Les états régressifs 14
2.2.4. Les psychoses puerpérales 14
2.3. Le rôle de prévention de la sage-femme dans les psychoses du post-partum 16

3. LA CONSULTATION POSTNATALE ET LA CONTRACEPTION **18**

3.1. Rappel législatif 18
3.2. Pourquoi utiliser une contraception dans le post-partum ? 18
3.3. Les différentes méthodes contraceptives envisageables au moment de la visite postnatale 19
3.3.1. Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA) 19
3.3.2. Les préservatifs masculins et féminins 20
3.3.3. Les spermicides 20
3.3.4. Les diaphragmes et capes vaginales 20
3.3.5. La pilule microprogestative 20
3.3.6. L'implant 21
3.3.7. La pilule oestroprogestative 21
3.3.8. Le patch contraceptif et l'anneau vaginal 21
3.3.9. Le Dispositif Intra-Utérin (DIU) 22
3.4. La prescription d'une contraception au moment de la consultation postnatale 22

4. LA CONSULTATION POSTNATALE ET LA SEXUALITE **24**

4.1. Introduction 24
4.2. Les troubles sexuels pouvant être rencontrés 24
4.2.1. Les dyspareunies 24
4.2.2. L'anorgasmie 25
4.2.3. Le vaginisme 25
4.2.4. La frigidité 25

4.3. Etiologies des troubles sexuels du post-partum 25
4.3.1. Les modifications physiologiques 25
4.3.2. Les modifications hormonales 26
4.3.3. Les modifications corporelles 26
4.3.4. Les modifications psychiques 27
4.4. Prévention et propositions 27
5. LA REEDUCATION DANS LE CADRE DU POST-PARTUM 29
5.1. Introduction 29
5.2. Prescription de la rééducation au cours de la visite postnatale 30
5.3. La pratique et les différentes techniques de rééducation 31
5.3.1. L'abord périnéo-sphinctérien 31
5.3.2. L'abord de la sangle abdominale 32
5.4. Prévention 32

Partie2:……34

1. PRESENTATION DE L'ENQUETE 35
1.1. Objectifs et hypothèses 35
1.2. Méthodologie 36
1.2.1. La population étudiée 36
1.2.2. Le recueil des données 36
2. LES RESULTATS 38
2.1. Résultats du questionnaire destiné aux sages-femmes libérales 38
2.1.1. La consultation postnatale et l'activité des sages-femmes libérales 39
2.1.2. Les sages-femmes qui ne réalisent pas de consultations postnatales 42
2.1.3. Les sages-femmes qui réalisent la consultation postnatale 44
2.2. Résultats du questionnaire destiné aux accouchées 54
2.2.1. Information des patientes 54
2.2.2. Choix du professionnel de santé 55
2.2.3. Déroulement de la consultation postnatale 56
2.2.4. Attentes des patientes 59

Partie3:……61

1. LIMITES DE L'ETUDE 62
1.1. Concernant l'étude auprès des sages-femmes 62
1.2. Concernant l'étude auprès des accouchées 62
2. ANALYSE DES RESULTATS 64
2.1. La pratique de la consultation postnatale par les sages-femmes 64
2.1.1. Etat des lieux 64
2.1.2. Le manque de connaissance des sages-femmes 65
2.1.3. Le manque d'information des patientes 67
2.2. Intégration de la consultation postnatale dans un suivi global des patientes 67
2.3. Les attentes des patientes vis-à-vis de la consultation postnatale 69
2.4. Le devenir de la consultation postnatale au sein de la profession de sage-femme 71
3. PROPOSITIONS 74

3.1. L’information des patientes....74
3.2. Les formations professionnelles agréées....75
3.3. La formation à l’école de sages-femmes....76
3.4. La revalorisation tarifaire....77
Conclusion....78

Bibliographie 80

Annexes……83

Introduction

La consultation postnatale est un moment essentiel qui permet de clôturer l'épisode de la naissance et de faire un bilan complet huit semaines après l'accouchement.

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique autorise les sages-femmes à pratiquer la consultation postnatale « si la grossesse a été normale et l'accouchement a été eutocique » (article L.4151-1).

Nous nous sommes donc interrogés sur la pratique de cet examen par les sages-femmes libérales et son évolution depuis la loi de 2004.

Ce sujet présente avant tout un intérêt personnel. Soucieuse du devenir des accouchées et des difficultés qu'elles peuvent ressentir une fois sorties de la maternité, je me suis donc questionnée sur la réalisation de la consultation postnatale en prenant comme hypothèse de départ que peu de sages-femmes la pratiquent actuellement.
De plus, les pouvoirs publics tendent actuellement à vouloir accroître davantage les compétences des sages-femmes. Il me semble donc intéressant de savoir comment ces dernières exploitent déjà les compétences qui ont pu leur être données jusqu'à maintenant.

Ainsi, après avoir évoqué dans une première partie les données de la littérature concernant la consultation postnatale et les divers thèmes qui y sont abordés (aspect psychologique, contraception, sexualité et rééducation périnéale), j'ai réalisé deux études :

- L'une auprès de 114 sages-femmes libérales de Lorraine
- L'autre auprès de 60 accouchées

Les objectifs sont de cerner les difficultés éprouvées par les sages-femmes et les attentes des patientes concernant cet examen.
Les éléments apportés par cette étude m'ont permis d'identifier les freins à la pratique de cet acte par les sages-femmes et de réfléchir à des propositions concrètes.

Partie 1 :

Les données de la littérature

1. LA CONSULTATION POSTNATALE

1.1. Intérêts de la consultation postnatale

L'examen postnatal est **règlementé** et doit se dérouler obligatoirement dans les huit semaines qui suivent l'accouchement. Il est pris en charge à 100% par la Sécurité Sociale dans le cadre de l'Assurance Maternité.

La nouveauté concernant cette consultation réside dans le fait que les sages-femmes sont désormais habilitées depuis la **loi du 9 août 2004** à pratiquer l'examen postnatal « si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique ». Les sages-femmes peuvent également, entre autres, pratiquer le « frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse et lors de l'examen postnatal » (article L.4151-1 annexe 3).

La consultation postnatale apparaît comme une dernière possibilité de rencontre avec un professionnel de santé avant une éventuelle prochaine grossesse. Elle permet donc de faire un **bilan à la fois médical et psychologique**. En effet, le professionnel de santé va devoir au moment de l'examen postnatal aider la patiente à assumer une transition difficile, de femme elle est devenue mère, à travers un dialogue et une écoute attentive.

En avril 2005, la Haute Autorité de Santé émet dans son rapport « Comment mieux informer les femmes enceintes ? » un certain nombre de recommandations concernant les objectifs de la consultation postnatale [25].
Ainsi, cet examen doit être l'occasion d'évoquer avec la patiente **le vécu** de l'accouchement et des suites de couches, ainsi que les éventuelles **complications** qui ont pu survenir en période postnatale.
L'état de santé du **nouveau-né** et la qualité de la relation mère-enfant doivent être abordés.
Le professionnel de santé doit s'attacher à vérifier l'absence de **troubles psychologiques** du postpartum en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse.
Un **examen clinique et gynécologique** permet de vérifier la physiologie des suites de couches et l'intégrité de l'organisme maternel ; dans le même temps un frottis cervico-vaginal de dépistage peut être réalisé si le dernier date de plus de trois ans.

La consultation postnatale comprend également une **recherche d'incontinence sphinctérienne** et va ainsi permettre la prescription de matériel et de séances de rééducation périnéale.
Le professionnel de santé doit également aborder le sujet de la **contraception** en l'adaptant selon les contre-indications éventuelles et le projet ultérieur d'enfant.
Enfin, la consultation postnatale doit être avant toutes choses un moment d'**écoute et d'échange** destiné à répondre aux interrogations des patientes et à les conseiller.

1.2. L'examen médical

1.2.1. L'interrogatoire

L'interrogatoire doit être **complet** et porter sur :

- Le déroulement de la grossesse en s'assurant de l'absence de pathologie, si tel était le cas la patiente doit être orientée vers son gynécologue obstétricien
- Le déroulement de l'accouchement (le mode d'accouchement, péridurale, épisiotomie et poids de naissance de l'enfant)
- Le vécu des suites de couches et le retour à domicile avec d'éventuelles difficultés
- L'alimentation du nouveau-né (allaitement au sein ou artificiel) et l'évolution du poids
- La persistance de saignements et le retour de couches
- La reprise d'une activité sexuelle et préciser l'utilisation d'une contraception
- L'existence d'incontinence urinaire ou anale ou autres problèmes urinaires (dysurie)
- L'existence de douleurs
- Le sommeil, l'alimentation
- Toutes autres difficultés perçues par la patiente

1.2.2. L’examen clinique général

L’examen général comprend :

- Le poids
- La prise de la tension artérielle
- Une palpation des seins à la recherche d’une complication de l’allaitement maternel ou de nodules
- Un examen de la paroi abdominale (persistance du diastasis des grands droits par exemple)
- Un examen des membres inférieurs à la recherche d’une insuffisance veineuse (varices, œdèmes persistants, troubles circulatoires)

1.2.3. L’examen gynécologique

Il comporte :

- Un examen de la vulve pour apprécier la cicatrisation d’une déchirure ou d’une épisiotomie et son retentissement sur la vie sexuelle
- Un contrôle de l’intégrité des mouvements de contraction volontaire des muscles périnéaux. On recherche ainsi un prolapsus ou une béance vulvaire à l’effort de poussée.
- Une recherche d’une incontinence urinaire ou anale d’effort
- Une recherche d’hémorroïdes
- Un examen au speculum pour explorer le vagin et le col à la recherche de pathologies ou de prolapsus et vérifier l’absence de pertes. Un frottis cervico-vaginal de dépistage peut être réalisé à ce moment là.
- Un toucher vaginal pour apprécier la bonne involution du corps utérin (de taille normale et non douloureux) ainsi que l’état du col et des annexes.
- L’appréciation du testing périnéal

L’examen gynécologique doit se terminer en s’assurant du suivi gynécologique de la patiente et le recommander fortement.

1.2.4. Les prescriptions

La sage-femme est habilitée à prescrire un certain nombre de médicaments figurant sur une liste fixée par le ministère de la santé (annexe 3). Au moment de la consultation postnatale, elle devra donc s'attacher à traiter les **divers troubles** consécutifs à la grossesse comme les hémorroïdes, l'anémie ou encore la constipation.

La sage-femme devra également aborder le sujet de la **contraception** en informant la patiente des différentes techniques qui peuvent lui être proposées en fonction de son désir et en tenant compte des contre-indications.

Enfin, la sage-femme pourra également prescrire des séances de **rééducation périnéale** et le matériel nécessaire.

1.3. Dialogue et dépistage

La consultation doit **dépister** les troubles psychiques du post-partum et aborder un certain nombre de thèmes tels que la contraception, la rééducation périnéale ou encore la reprise de la sexualité. La liste est loin d'être exhaustive mais ce sont les principaux sujets qui ressortent.

Les chapitres suivants ont ainsi pour objectif de reprendre les points essentiels propres à chaque thème, de manière à faire quelques rappels. Ceci pourra aider les sages-femmes dans leur pratique de la consultation postnatale en apportant éventuellement des éléments nouveaux.

2. L'APPROCHE PSYCHOLOGIQUE ET LA CONSULTATION POSTNATALE

2.1. Introduction

Lors de la naissance d'un enfant, la mère doit faire le double deuil de la grossesse et de l'enfant imaginé pendant neuf fois (enfant fantasmatique) tout en investissant l'enfant réel. Devenir mère exige donc un **remaniement psychique inconscient** et une réorganisation de l'identité féminine. Ce remaniement peut cependant parfois être entravé et généré une **souffrance maternelle** qui s'exprime à travers de ce qu'on appelle les troubles du post-partum.

Le plus souvent muette et transitoire, la souffrance maternelle peut devenir omniprésente, toucher la triade père mère bébé et **perturber les interactions mère-enfant** précoces (au niveau du portage, du regard, des soins etc.). Le développement de l'enfant est alors en jeu. Ce dernier peut par la suite présenter des troubles cognitifs (retard des acquisitions) et affectifs, des troubles du langage voire des troubles de la personnalité.

Il apparait donc primordial de **dépister et prévenir** les troubles psychiques du post-partum. Or, la consultation postnatale semble être un moment d'écoute privilégiée où la femme peut exprimer librement ses difficultés, ses craintes, ses peurs et où le consultant doit aider la patiente à assumer cette transition difficile : de femme enceinte, elle est devenue mère.

Cependant, un grand nombre de sages-femmes disent se sentir démunies face au dépistage des troubles psychiques du post-partum et quant à leur prise en charge. Ce chapitre explore donc les principaux troubles psychiques du post-partum qui peuvent être rencontrés au cours d'un examen postnatal ainsi que les différents signes évocateurs qui permettent de les dépister. Enfin il aborde le rôle de la sage-femme dans la prévention de ces troubles du post-partum.

2.2. Les troubles psychiques du post-partum

2.2.1. Le post-partum blues

Appelé encore « baby-blues », le post-partum-blues survient entre le troisième et le cinquième jour du post-partum, sa durée n'excédant pas une dizaine de jours, il ne sera pas développé dans ce chapitre.

2.2.2. La dépression du post-partum

La dépression du post-partum débute généralement entre la quatrième et la sixième semaine après l'accouchement. Sa fréquence est estimée à 15%. Souvent **polymorphe**, elle se manifeste essentiellement par une souffrance d'allure névrotique, qui mêle des sentiments de tristesse, de culpabilité, de découragement, une asthénie, une perte de la libido, une irritabilité, et qui est associée à des signes spécifiques tels que :

- Un sentiment d'incapacité à répondre totalement aux besoins de l'enfant
- L'absence de plaisir à pratiquer les soins
- L'agressivité, souvent dirigée vers le conjoint ou les autres enfants
- La transposition de la souffrance vers l'expression de doléances concernant le bébé (troubles du sommeil, difficultés alimentaires, pleurs etc.)

Le dépistage de la dépression du post-partum est difficile car les éléments évoqués ci-dessus sont souvent mis sur le compte de la fatigue et des contraintes nouvelles de la maternité.

Ainsi, **certains signes** peuvent également être repérés au niveau des interactions mère-enfant:

- Une réduction des contacts corps à corps, avec un portage non sécurisant, discontinu.
- Les interactions visuelles de la mère sont rares et le regard de l'enfant évitant, cherchant des appuis dans le regard de personnes environnantes.
- Les propos formulés par la mère sur le bébé sont souvent négatifs, en rapport avec la mauvaise estime qu'elle a d'elle-même et qu'elle reporte sur son enfant.
- Le langage utilisé par la mère pour parler à son enfant comprend des intonations inadaptées, elle ne parvient pas à le calmer.
- Les vocalises de l'enfant sont pauvres, il s'agit d'un bébé qui pleure souvent et qui a une attitude de prostration.

L'étiologie des dépressions du post-partum est mal connue. Des facteurs sociaux, tels que le faible niveau d'éducation et des bas revenus, ainsi que des facteurs familiaux (isolement affectif, conflits conjugaux, absence de soutien moral) semblent intervenir. Il faut également prendre en compte les antécédents familiaux de dépression et les antécédents psychiques préexistants à la grossesse.

La **durée** habituelle de la dépression varie de quelques semaines à quelques mois. Son évolution peut être soit favorable avec une résolution spontanée, soit défavorable avec une chronicisation de la souffrance et un risque de répétition lors d'une grossesse ultérieure.
Le **traitement** de la dépression du post-partum repose essentiellement sur la chimiothérapie par antidépresseurs. Associée à une psychothérapie, elle va permettre de réduire les sentiments de découragement et de réassurer la femme dans son rôle de mère. L'hospitalisation n'est indiquée qu'en cas de dépression délirante ou mélancolique (avec risque suicidaire). Dans tous les cas, le lien mère-enfant doit être préservé, dans les limites du possible.

2.2.3. Les états régressifs

Les états régressifs qualifient le comportement de certaines femmes qui se complaisent à s'enfermer dans leur **rôle exclusif de mère**, délaissant ainsi le conjoint, les affaires familiales et sociales.
Elles portent moins d'attention aux investissements extérieurs, ont tendance à se négliger (notamment au niveau vestimentaire), mais l'enfant reste toujours propre et l'investissement affectif ne se porte que sur lui.

Cette attitude atteste souvent une fragilité ou une immaturité de la structure du Moi qui est trop vulnérable pour affronter la communication avec les adultes jugée complexe.

Le **traitement** consiste en une psychothérapie associée à une chimiothérapie par anxiolytiques pendant quelques semaines voire quelques mois.

2.2.4. Les psychoses puerpérales

Les psychoses puerpérales regroupent un **ensemble de troubles paroxystiques** du post-partum : les épisodes maniaques, les épisodes mélancoliques et la psychose puerpérale aigüe.

La manie puerpérale représente 35 à 40% des troubles psychotiques du post-partum. Elle est de début brutal et précoce (les deux premières semaines qui suivent l'accouchement) et se manifeste par une agitation intense, une désorientation, des idées délirantes voire des hallucinations, une accélération de la pensée et du débit verbal et une diminution des besoins de sommeil. Le traitement consiste en une psychothérapie pour aider la mère à retrouver ses capacités maternantes et intervenir sur les interactions précoces. Un traitement antidépresseur sera associé, voire une hospitalisation, de préférence en unité mère-enfant. Dans la moitié des cas, la manie puerpérale évolue secondairement vers une phase mélancolique.

La mélancolie puerpérale est une dépression très sévère, qui apparaît dans les premiers mois du post-partum : apathie, indifférence ou excitation, agressivité, avec une anxiété majeure, des sentiments d'incapacité, de culpabilité, un appauvrissement des échanges mère-enfant, et parfois des idées délirantes pouvant aller jusqu'à la négation de la maternité ou encore la conviction délirante d'une substitution d'enfant. L'angoisse de mort est omniprésente ; **l'infanticide et/ou le risque suicidaire** est particulièrement à redouter. Dans ce cas, la surveillance et les mesures thérapeutiques appropriées ne peuvent être réalisées qu'en milieu hospitalier, en essayant de garder dans la mesure du possible un contact mère-enfant.

La psychose puerpérale aiguë survient entre le cinquième et le vingt-cinquième jour du post-partum. Son incidence est d'environ deux accouchements pour 1000 naissances. Les antécédents psychiatriques représentent un tiers des facteurs de risque. Cette psychose aiguë débute par une phase pré-délirante qui se caractérise par une angoisse croissante avec des crises de larme, un désintérêt croissant pour le bébé, une asthénie, des bizarreries du comportement, une confusion mentale, des ruminations anxieuses et des troubles du sommeil avec agitation nocturne. Cette première étape se poursuit par la phase d'état où l'anxiété est toujours présente. D'autres symptômes apparaissent tels que une confusion mentale, des variations intenses et rapides de l'humeur, des délires oniroïdes, des hallucinations auditives et visuelles ou encore une désorientation temporelle. D'un point de vue psychopathologique, la psychose puerpérale est le résultat de l'échec du processus de maternalité ; l'expérience de la maternité fait ressurgir certaines représentations et affects insupportables qui étaient jusque là refoulés.

De plus, la femme est incapable de supporter le traumatisme de la séparation avec son bébé ; si elle réussit à considérer l'enfant en gestation comme partie intégrante d'elle-même, elle ne tolère pas sa naissance qui pour elle, est un éclatement de sa personne. Le **risque de suicide et/ou d'infanticide** impose une hospitalisation psychiatrique, dans une unité mère-enfant si possible, avec un traitement médicamenteux par neuroleptiques. Une psychothérapie incluant la triade père mère bébé doit y être associée. L'évolution à court terme est généralement favorable, accélérée par le maintien de la relation mère-enfant, mais il existe cependant un risque de récidive de 25% lors d'une grossesse ultérieure.

2.3. Le rôle de prévention de la sage-femme dans les psychoses du post-partum

Le principal rôle de tous les professionnels, et en particulier de la sage-femme, consiste essentiellement à rétablir la confiance de la nouvelle maman et à **soutenir la fonction maternelle**. La prévention doit être axée sur l'expression de la femme et du couple ainsi que sur leur écoute. La consultation postnatale doit donc répondre à ces objectifs.

Le premier temps de la prévention consiste à **dépister les femmes à risque** pendant la période du post-partum. Pour se faire, la sage-femme réalise une **anamnèse** complète à la recherche d'antécédents psychiatriques ou d'antécédents dans l'histoire gynécologique et obstétricale qui pourraient être des éléments de compréhension des difficultés actuelles. Il faut également évaluer et tenir compte des facteurs de risque, tels que le contexte psycho-social et affectif.

Dans le même temps, il faut **repérer les femmes dépressives** dans la période du post-partum en recherchant les signes évocateurs et en évaluant les difficultés d'établissement de la relation mère-enfant. Pour se faire, différents **outils** peuvent être utilisés : L'échelle EDPS (Edinburg Postnatal Depression Scale) est un auto-questionnaire que les patientes doivent remplir et qui devrait être proposé systématiquement pour aider au dépistage de la dépression du post-partum ; de même le test de Mary Ainsworth permet d'apprécier la relation mère-enfant (voir les annexes 4 et 5).

Un des objectifs primordiaux au moment de la consultation postnatale est d'organiser un **soutien psychologique protecteur** en encourageant l'expression de la patiente et son estime de soi. Il faut rassurer, déculpabiliser, relativiser, valoriser le positif, observer sans juger, en respectant les croyances et la culture de la femme.

Par la suite, il faut organiser un **relais thérapeutique** en prenant contact avec un psychiatre pour entreprendre un suivi, en transmettant les information nécessaires aux autres acteurs de la naissance (gynécologue et pédiatre) et en organisant un suivi à domicile par une sage-femme libérale. Il faut éviter, dans la mesure du possible, les séparations mère-enfant.

Enfin, il faut organiser un **relais de soutien** pour ces femmes en difficulté avec l'instauration d'une aide à domicile, après avoir évalué la présence et les possibilités d'aide de la famille et de l'entourage proche. Une information portant sur l'existence de services de quartiers (donner numéros de téléphone et adresses d'associations de parents par exemple) doit aussi être donnée.

3. LA CONSULTATION POSTNATALE ET LA CONTRACEPTION

3.1. Rappel législatif

L'article L5134-1 du **Code de la santé publique** rappelle que les sages-femmes sont autorisées à prescrire les diaphragmes, les capes et les contraceptifs locaux. De plus, la sage-femme peut réaliser la première pose du diaphragme ou de la cape.

La loi du 9 août 2004 complète cet article en précisant que « les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse » (annexe 3).

Il est cependant important de rappeler que si les sages-femmes sont autorisées à prescrire une contraception oestroprogestative, elles ne peuvent effectuer son renouvellement.

La consultation post-natale est le moment choisi pour **faire le point** sur la contraception et permet donc aux sages-femmes d'exercer pleinement leurs compétences en ce domaine.

3.2. Pourquoi utiliser une contraception dans le post-partum ?

L'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES) rappelle dans un rapport paru en 2002 que le retour de couches chez les femmes qui n'allaitent pas et placées sous inhibiteur de la prolactine survient dans 75% des cas entre le 21ème et le 32ème jour après l'accouchement.
De plus, ce retour est précédé d'une ovulation dans moins de 6% des cas. Par conséquent, les femmes qui n'allaitent pas peuvent être rapidement à nouveau fertiles et devraient débuter une contraception au plus tard un mois après l'accouchement.

Dans le cas des femmes qui allaitent, s'il n'existe aucun risque d'ovulation avant le 25ème jour suivant l'accouchement, on admet qu'à six semaines, 5% d'entre elles ont ovulé.

Ainsi, **quel que soit le mode d'allaitement**, la date de la première ovulation reste imprévisible, pouvant être parfois très précoce. Il apparaît donc nécessaire d'informer les femmes, qui n'ont pas un désir d'enfant immédiat de ce **risque de grossesse** et de leur exposer les différentes méthodes contraceptives qui peuvent être envisagées.

3.3. Les différentes méthodes contraceptives envisageables au moment de la visite postnatale

Lorsqu'on prescrit une contraception dans le post-partum, il faut prendre en compte **deux risques principaux** : le risque thromboembolique et celui inhérent au passage hormonal dans le lait.

Le paragraphe suivant a ainsi pour but de rappeler succinctement les différentes méthodes contraceptives pouvant être envisagées par la sage-femme au moment de la consultation postnatale. L'annexe 6 liste les contre-indications à la contraception oestroprogestative, la contraception progestative et au dispositif intra-utérin.

3.3.1. Méthode de l'Allaitement Maternel et de l'Aménorrhée (MAMA)

Sans contre-indication, cette méthode se base sur l'infertilité physiologique due à la sécrétion de prolactine tout au long de la période d'allaitement.

Pour être efficace, la méthode MAMA doit remplir un certain nombre de **conditions** : l'allaitement maternel doit être exclusif, les tétées ne doivent pas être espacées de plus de quatre heures le jour et six heures la nuit, l'enfant ne doit pas avoir plus de six mois et la femme doit être en aménorrhée (on ne tient pas compte des lochies physiologiques après l'accouchement).

Si tous ces paramètres sont réunis, la méthode MAMA est efficace, puisque moins de 2% des femmes seraient enceintes dans les six premiers mois du post-partum selon l'OMS [26]. Néanmoins, dès que l'une des conditions n'est plus respectée, une autre méthode contraceptive doit être envisagée.

3.3.2. Les préservatifs masculins et féminins

Unique moyen de protection contre les infections sexuellement transmissibles, le préservatif peut être utilisé. Cependant, il est utile de rappeler que la pose du préservatif féminin nécessite un apprentissage préalable et une certaine pratique pour une meilleure efficacité.

3.3.3. Les spermicides

Ils peuvent être utilisés mais seuls les **spermicides au chlorure de Benzalkonium** seraient autorisés en cas d'allaitement pour une innocuité totale. Les spermicides ont une efficacité correcte, majorée par l'utilisation concomitante d'autres moyens de contraception comme les préservatifs.

3.3.4. Les diaphragmes et capes vaginales

Non recommandés dans les six semaines qui suivent l'accouchement, ces dispositifs peuvent être utilisés si la femme le souhaite et si elle a été informée au préalable des **risques importants d'échec**, notamment liés à la pose.

3.3.5. La pilule microprogestative

Déconseillée par l'OMS pendant les six semaines qui suivent l'accouchement du fait du risque thromboembolique [26], il s'agit pourtant de la principale méthode contraceptive prescrite à la sortie de la maternité. La pilule microprogestative peut être envisagée au cours de la visite postnatale sans craindre d'effets délétères sur l'allaitement, en l'absence de contre-indication. La femme devra néanmoins être informée des effets secondaires éventuels tels que les spottings ou l'aménorrhée, ainsi

que des **conditions strictes d'utilisation** (délai d'oubli de trois heures pour Microval par exemple).

3.3.6. L'implant

L'Organisation Mondiale de la Santé indique que les données concernant l'autorisation de mise sur le marché de l'implant sont actuellement insuffisantes et que cette méthode devrait de préférence ne **pas être utilisée pendant l'allaitement maternel** [26]. A ce sujet, les propos divergent. Le laboratoire Organon assure de son côté que l'implant peut être utilisé sans crainte en cas d'allaitement maternel…

Quel qu'il soit, la pose se fait d'ordinaire deux à trois semaines après l'accouchement par un médecin ou ultérieurement. Il faut préciser à la patiente d'utiliser un autre moyen de contraception type préservatif dans les sept jours qui suivent l'insertion.

3.3.7. La pilule oestroprogestative

Il est reconnu que les oestroprogestatifs diminuent la quantité et la qualité du lait. De plus, le passage hormonal dans le lait a pu expliquer certains cas rapportés de féminisation du petit garçon. La maturité hépatique de l'enfant n'ayant lieu qu'à partir de sa sixième semaine de vie, l'OMS recommande formellement de ne **pas utiliser les oestroprogestatifs avant six semaines après l'accouchement en cas d'allaitement maternel** [26]. De manière plus générale, leur utilisation reste déconseillées jusqu'à six mois.

En l'absence d'allaitement, la pilule oestroprogestative peut être prescrite au moment de la consultation postnatale après s'être assurée de l'absence de contre-indication à leur utilisation, notamment concernant le risque thromboembolique.

3.3.8. Le patch contraceptif et l'anneau vaginal

Comme pour la pilule oestroprogestative, leur utilisation est **déconseillée au moins jusqu'à six semaines après l'accouchement**, voire six mois en cas d'allaitement maternel.

Dans le cas contraire, ces méthodes contraceptives peuvent être envisagées au moment de la visite postnatale après s'être assurée de l'absence de contre-indication à leur utilisation.

3.3.9. Le Dispositif Intra-Utérin (DIU)

L'insertion du DIU peut être réalisée quatre à six semaines après un accouchement normal et huit semaines après une césarienne (au moment de la visite postnatale) quel que soit le type d'allaitement et en l'absence de contre-indication. Si les sages-femmes ont dans leur compétence le suivi des dispositifs intra-utérins, la pose doit être effectuée par un médecin.

3.4. La prescription d'une contraception au moment de la consultation postnatale

L'enquête d'un mémoire réalisée sur la contraception du post-partum dans le service d'obstétrique du CHU de Grenoble a permis de montrer que 92% des femmes quittaient la maternité avec une contraception [13]. Une autre étude réalisée auprès de 104 accouchées de la maternité du Mans en septembre 2004 a montré que 75 % d'entre elles retournaient à domicile avec une prescription de contraception [21]. Les femmes n'attendent donc pas la visite postnatale pour reprendre une méthode contraceptive. Cependant, cette consultation permet de faire le point sur la contraception utilisée dans le post-partum immédiat, de réajuster la méthode si besoin est, et d'apporter des informations complémentaires.

Outre **l'examen clinique général et gynécologique** qui doit accompagner toute prescription d'une contraception, envisager une méthode contraceptive, c'est avant tout réaliser un entretien et instaurer un **dialogue** dans un climat de confiance. Cet entretien comporte en premier lieu un interrogatoire qui va permettre de rechercher d'éventuelles contre-indications aux différents moyens de contraception envisageables.

Mais cet entretien comporte également une autre dimension à ne pas oublier : il s'agit d'envisager **avec la patiente** (ou le couple) la méthode contraceptive qui lui serait la

plus adaptée tout en tenant compte de ses (leurs) souhaits, ses craintes, sa situation sociale, économique, ses croyances religieuses ou encore de sa propre expérience en matière de contraception.

En effet, une étude publiée en 2007 par S.Fanello dans le Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction montre le « hiatus » qui existe entre le mode de contraception souhaité par les femmes et la contraception qui leur est finalement prescrite [15]. Or, l'H.A.S. rappelle dans son rapport *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme* paru en 2004 que « laisser les personnes choisir une méthode contraceptive est associée à une plus grande satisfaction des personnes ainsi qu'à une utilisation plus élevée des méthodes (niveau de preuve 3) [26]. L'H.A.S. propose donc différents modèles pouvant aider la sage-femme à mener un entretien sur la contraception, comme l'exemple du modèle Bercer de l'OMS.

De manière générale, le **modèle Bercer** comporte six étapes : bienvenue, entretien, renseignement, choix, explication et retour. On insiste ici sur le fait qu'il s'agit d'un entretien interactif basé en priorité sur les besoins de la femme et au cours duquel on délivre une information compréhensible et adaptée à la patiente (annexe 7).

Pour conclure, envisager une contraception au cours de la visite postnatale ne consiste pas simplement à réaliser une prescription en tenant compte de critères médicaux. Il s'agit également de dialoguer avec les femmes de manière à explorer leurs motivations et à les **accompagner** dans leur réflexion et leur choix d'une méthode contraceptive qui leur serait la plus adaptée.

4. LA CONSULTATION POSTNATALE ET LA SEXUALITE

4.1. Introduction

Selon les études, la reprise des rapports sexuels survient en moyenne entre six et huit semaines après l'accouchement. On note également que 30 % de dyspareunies sont observées six semaines après l'accouchement [18].

Le post-partum est associé à une **diminution du désir et de la fréquence des rapports sexuels**. Différents troubles sexuels peuvent apparaître. En effet, l'accouchement et le post-partum occasionnent de grands bouleversements d'ordre physiologiques, hormonaux, corporels et psychologiques chez la femme, mais aussi chez l'homme et par conséquent dans le couple.

A distance de la grossesse et l'accouchement, la consultation postnatale permet une véritable intimité avec la patiente et apparaît donc comme un moment privilégié pour aborder d'éventuelles difficultés concernant la **reprise de la sexualité**. Ce sujet est trop souvent passé sous silence par simple pudeur. De plus, on rappelle que le programme national des études de sage-femme prévoit un enseignement en sexologie de quinze heures de cours en quatrième année. La sage-femme semble donc être une interlocutrice de choix.

4.2. Les troubles sexuels pouvant être rencontrés

4.2.1. Les dyspareunies

Les dyspareunies sont des douleurs génitales déclenchées par le coït, au moment de la pénétration et/ou lors des mouvements coïtaux. Elles sont fréquentes et sont souvent incriminées à l'épisiotomie ou à une déchirure, mais elles sont en réalité une manifestation psychosomatique d'autodéfense. Dans la majeure partie des cas, c'est un **symptôme de transition** et va évoluer vers une régression puis une disparition. Mais les dyspareunies peuvent également s'aggraver à l'extrême vers un vaginisme ou une anorgasmie.

4.2.2. L'anorgasmie

Il s'agit de l'incapacité d'obtenir un orgasme par une stimulation sexuelle quelle qu'elle soit. Elle est souvent associée à une difficulté de réaménagement des rôles dans le couple face à l'enfant.

4.2.3. Le vaginisme

C'est une complication possible des dyspareunies, caractérisée par une contracture douloureuse et incontrôlable de la musculature vaginale aboutissant à une impossibilité de pénétration. Il s'agit d'une **phobie de la perforation** conséquente à un trouble du schéma corporel qu'il faudra alors reconstruire.

4.2.4. La frigidité

Il s'agit d'une **diminution ou d'une absence totale de motivations érotiques** et de désir. Certains auteurs l'expliquent par le fait que la libido de la femme est dans les premiers temps captée par l'enfant, son corps est donc comblé sexuellement. Il s'agirait alors d'une phase normale dans la création du lien mère-enfant. D'autres expliquent que ce sont des femmes qui gardent un souvenir douloureux et traumatisant de leur accouchement et qui projettent donc leur agressivité sur leur partenaire.

Ces différents troubles ne surviennent pas sans raison. Diverses explications peuvent être données et apparaissent imbriquées les unes avec les autres.

4.3. Etiologies des troubles sexuels du post-partum

4.3.1. Les modifications physiologiques

Le vagin présente une **hyperlaxicité** due au passage de l'enfant dans la filière génitale.

Sa muqueuse est également atrophiée et présente une **inflammation résiduelle**, même en cas de césarienne, qui est à l'origine d'une diminution de la lubrification vaginale et d'une modification de la trophicité.

La **cicatrisation** spontanée de lésions peut également être observée et se fera au dépend de la souplesse et l'eupareunie vaginale.

La **section de vaisseaux sanguins** qui alimentent le vagin peut également entraîner une diminution de la congestion vasculaire et une diminution de la réponse à la stimulation sexuelle.

La région périnéale perd donc son caractère érogène et devient sensible, voire douloureux. Généralement cet état est transitoire mais peut parfois persister.

4.3.2. Les modifications hormonales

La diminution du taux d'**œstrogènes** entraîne une sécheresse et une rigidité vaginale. De même, la diminution du taux de **progestérone** a pour conséquence une diminution de la libido.
Ces effets sont majorés par l'allaitement maternel et peuvent alors être assimilés à un état de pseudo-ménopause.

4.3.3. Les modifications corporelles

La grossesse et l'accouchement peuvent être à l'origine de **préjudices esthétiques**. En effet, une déchirure ou une épisiotomie mal réparées peuvent être à l'origine d'une déformation vulvaire au moment de la cicatrisation des tissus.
Le ventre apparaît mou, distendu et peut présenter des séquelles cutanées définitives: les vergetures. D'autres stigmates cutanés peuvent être cités comme l'acné ou encore les varices.
L'haptose mammaire secondaire à un allaitement maternel peut aussi être très disgracieux pour certaines femmes.

La question du **poids** est primordiale pour les patientes qui souhaitent avant tout retrouver leur poids antérieur à la grossesse et pouvoir porter à nouveau leurs vêtements d'avant la grossesse.

4.3.4. Les modifications psychiques

La femme doit désormais assumer un **double rôle** : celui de mère et d'épouse. Elle change de statut, enceinte elle était le centre d'attention de son entourage, après l'accouchement elle redevient une femme ordinaire. **Inconsciemment**, les rapports sexuels peuvent également être synonymes pour certaines femmes de crainte d'une nouvelle grossesse.

L'homme, de son côté, peut également ressentir des modifications au moment du rapport sexuel comme une baisse de la tonicité vaginale. De plus, il peut également éprouvé inconsciemment du dégoût vis-à-vis de sa partenaire avec le souvenir d'une béance vaginale sanglante qui pourra être à l'origine d'une impuissance temporaire ou d'une diminution du désir.
Enfin, l'homme peut lui aussi avoir des difficultés à trouver sa place en tant que père et en tant que mari au sein du couple symbiotique mère-enfant. Il peut alors se sentir exclu.

4.4. Prévention et propositions

La sage-femme rencontre les femmes tout au long de leur grossesse aussi bien au moment des consultations postnatales qu'au moment des séances de préparation à la naissance. La sage-femme peut alors les **informer** des modifications de la sexualité tout au long de la grossesse et après l'accouchement et favoriser l'expression verbale de la patiente sur ce sujet encore quelquefois « tabou ».

Au moment de la consultation postnatale, c'est à la sage-femme d'ouvrir le dialogue grâce à ses connaissances. L'**écoute** des femmes est primordiale. La sage-femme doit tenir un discours positif, insistant sur le caractère transitoire de la plupart de ces troubles.

Concernant la question du poids, les **conseils diététiques** habituels pourront être donnés, en tenant compte de certains éléments : le statut pondéral antérieur, la prise de poids pendant la grossesse, le type d'allaitement et les éventuelles carences.

Les règles générales consistent à conserver trois repas en essayant petit à petit de supprimer d'éventuelles collations.
L'équilibre des repas doit être respecté en privilégiant le repas du matin alors que le repas du soir doit être léger. La consommation en sucres et en graisses doit être diminuée au profit de sucres lents. Il est également recommandé de boire beaucoup et de surveiller les apports en sel de manière à favoriser l'élimination hydrique.

La sage-femme doit apprendre à la patiente à **prendre conscience de sa musculature périnéale** et à se réhabituer au contact périnéal. Pour se faire, de petits moyens peuvent être conseillés par la sage-femme au moment de la consultation postnatale. On peut en effet proposer des massages périnéaux des zones sensibles avec des pommades cicatrisantes ou huiles de massage.

Ce travail de « réconciliation » avec son corps sera poursuivi plus concrètement par la **rééducation périnéale** qui va permettre de restructurer le plancher pelvien en tonifiant les muscles périnéaux. L'électrostimulation peut alors être utilisée et donne de bons résultats.

En cas de **sécheresse vaginale**, des lubrifiants ou des ovules d'œstrogènes peuvent être prescrits en l'absence d'allaitement.

Si une lésion profonde est grave est suspectée ou si la sage-femme estime qu'une reprise de la suture est nécessaire, elle doit orienter la patiente vers un gynécologue et une consultation chirurgicale.

Enfin, si l'inhibition du désir sexuel est supérieure à six mois, le couple doit être orienté vers un spécialiste en **sexologie.** Il est à noter que certaines sages-femmes possèdent un diplôme universitaire en sexologie.

5. LA REEDUCATION DANS LE CADRE DU POST-PARTUM

5.1. Introduction

Le plancher pelvien est un ensemble musculo-aponévrotique qui ferme en bas l'excavation pelvienne. C'est une **unité de soutien** mise à rude épreuve aussi bien tout au long de la grossesse qu'au moment de l'accouchement qui peut être responsable d'un certain nombre de traumatismes. La consultation postnatale doit s'attacher à les **dépister** systématiquement.

Des douleurs périnéales sont ainsi retrouvées chez plus de 20% des femmes dans les deux premiers mois du post-partum, une incontinence urinaire dans 15 à 40% et une incontinence fécale dans 1 à 5% des cas [27].

Mais d'autres troubles, moins fréquents, de la statique pelvienne peuvent également être rencontrés, comme les émissions d'air par le vagin (ou aérocolpos) qui sont une évacuation incontrôlable d'air emmagasiné dans la cavité vaginale lors de certains mouvements ou au cours de rapports sexuels. Cependant, la verbalisation de ces différents troubles est souvent entravée par la **pudeur** et souligne donc par ailleurs l'importance d'un interrogatoire et d'un examen clinique complet du périnée au moment de la consultation postnatale, avant la prescription de séances de rééducation.

La rééducation du post-partum doit être envisagée dans les suites de **tous les types d'accouchement** : accouchement voie basse avec ou sans intervention (forceps, ventouse) et césarienne.

La rééducation postnatale ne doit pas se limiter à une rééducation simple de la paroi abdominale sans tenir compte du périnée ; il s'agit d'une **prise en charge globale**.

Enfin, le **Code de santé publique** permet aux sages-femmes de pratiquer « la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement » (article R4127-318) et selon l'arrêté du 27 juin 2006, elles peuvent prescrire une « sonde ou électrode cutanée périnéale » ainsi qu'un « électrostimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale » (annexe 3).
La sage-femme va donc pouvoir au moment de la consultation postnatale dépister les déficiences périnéales, prescrire les séances et le matériel, en accord avec la loi.

5.2. Prescription de la rééducation au cours de la visite postnatale

La rééducation du post-partum est envisagée au moment de la consultation postnatale, soit six à huit semaines après l'accouchement et nécessite au préalable un bilan complet et minutieux.
Dans un premier temps, un **interrogatoire** est réalisé à la recherche de symptômes, éventuellement verbalisés spontanément par la patiente.

Si une **incontinence**, urinaire ou fécale, est mise en évidence, il est important d'en évaluer les mécanismes (à l'effort ou à type d'impériosités) ainsi que le retentissement sur la vie quotidienne (annexe 8 « Echelle_CONTILIFE : Questionnaire d'évaluation de la Qualité de Vie liée à l'incontinence urinaire »). Il faut également rechercher si cette incontinence était préexistante à la grossesse ou présente pendant la grossesse, ce qui est un facteur aggravant dans le post-partum.

L'interrogatoire doit aussi rechercher une éventuelle **douleur** pelvi-périnéale et la qualifier (siège, fréquence, facteurs déclenchants etc.). Enfin, on doit évaluer les **attentes de la femme** vis-à-vis de la rééducation abdominale, de manière à ce qu'elle ne soit pas réalisée au détriment d'autres déficiences, périnéales par exemple.

Un **examen clinique** sera ensuite pratiqué dans un second temps. Il comprend un examen loco-régional de manière à apprécier la trophicité des tissus et une éventuelle cicatrisation et une évaluation manuelle de la force musculaire périnéale, encore appelée **testing**. Ce dernier évalue la force et l'endurance des muscles du plancher pelvien, en introduisant deux doigts en crochet vers la paroi postérieure du vagin au contact du

faisceau pubo-rectal. A l'ordre de serrer sur les doigts, la patiente doit répondre en contractant les muscles releveurs. Au cours des séances de rééducation, le testing sera réévalué et permettra de mesurer l'amélioration de la force musculaire.

Un calendrier mictionnel et un examen neurologique à la recherche d'une éventuelle atteinte périphérique du plancher pelvien peuvent également être réalisés de manière à compléter le diagnostic.

La **prescription de séances** de rééducation au cours de la consultation postnatale n'est pas systématique ; elle dépend des symptômes décrits ou décelés au cours de l'examen clinique.
Le nombre de séances à prescrire est fonction du tableau clinique, en général dix à vingt séances maximum peuvent être prescrites au départ et des séances supplémentaires pourront être envisagées par la suite.
Cette prescription doit être précédée d'une **information** complète auprès de la patiente concernant les causes des différents troubles, à l'aide de schémas anatomiques, ainsi que les différentes techniques pratiquées.

5.3. La pratique et les différentes techniques de rééducation

5.3.1. L'abord périnéo-sphinctérien

Les **objectifs principaux** sont de redonner un périnée indolore, de retrouver une motricité volontaire sphinctérienne correcte (urétrale et anale) et de développer le réflexe de verrouillage périnéal à l'effort.

Selon la Haute Autorité de Santé, il n'existe **pas de protocole précis** concernant la technique à utiliser. Cependant, l'association de plusieurs techniques semble être supérieure à l'utilisation d'une technique isolée. Habituellement ce sont le biofeedback et l'électrostimulation fonctionnelle qui sont utilisés.

Concernant le **biofeedback** (ou rétrocontrôle biologique), une sonde intra vaginale munie d'électrodes capte le signal électrique du travail musculaire et le traduit sur un graphique. Il permet donc une prise de conscience instantanée de la qualité du travail musculaire effectué par la patiente, ainsi que son autocorrection. Il existe également des

sondes qui permettent d'enregistrer l'activité sphinctérienne dans le cadre d'un biofeedback anal.

L'électrostimulation fonctionnelle (ou ESF) est une électrostimulation des muscles striés volontaires du plancher pelvien et /ou des sphincters à l'aide de la même sonde utilisés en biofeedback. Les infections urinaires, vaginales et les lésions nerveuses récentes (risques de retarder la régénération nerveuse) sont des contre-indications à l'électrostimulation.

5.3.2. L'abord de la sangle abdominale

La récupération de la sangle abdominale est la **première préoccupation** évoquée par les patientes au moment de la consultation postnatale, bien avant la rééducation du périnée.
Cependant, il ne faut pas utiliser des exercices qui augmentent la pression intra-abdominale sous peine de majorer les contraintes périnéales.

L'HAS rappelle que l'électrostimulation antalgique est efficace en traitement postopératoire immédiat pour les douleurs cicatricielles abdominales après césarienne sous anesthésie générale (grade C) mais pas sous analgésie péridurale [27].

5.4. Prévention

La **prise de conscience du périnée** est un préalable indispensable pour le succès de la rééducation postnatale. Pour se faire, des conseils tels que le « stop test », qui consiste à arrêter quelques secondes le jet d'urine au cours d'une miction, peuvent être donnés durant le séjour en maternité.

L'**incontinence anale** dans le post-partum est une réalité mais reste encore actuellement un tabou dans notre société.
Dans un mémoire réalisé en 2006 intitulé L'incontinence anale dans le post-partum, 11 sages-femmes en service de suites de couches sur 28 interrogées disaient avoir des difficultés à aborder le sujet de l'incontinence anale, 16 sages-femmes avouaient ne poser aucune question attendant que les patientes abordent spontanément le sujet [17].

Cependant, les difficultés des patientes à s'exprimer face à ce sujet sont également conséquentes. De plus, la détection de troubles anaux nécessite de proposer des explorations fonctionnelles spécifiques comme la manométrie anorectale, l'électrophysiologie périnéale postérieure et l'échographie endoanale à la recherche de lésions.

Il apparaît donc primordial d'**informer** les femmes dans les services de suites de couches de l'évolution spontanée des déficiences périnéales entre autres et de leur faire prendre conscience de la contraction périnéale.

Il est également nécessaire d'insister sur l'importance de la rééducation dans la prévention de l'incontinence urinaire et fécale. Ce même discours sera tenu au moment de la consultation postnatale.

L'enquête du mémoire cité précédemment rappelle également que seulement 6 des 9 femmes incontinentes interrogées s'étaient confiées à une personne ; aucune n'avait osé en parler à leur gynécologue [17].

Les sages-femmes qui font des consultations postnatales semblent donc occuper une place privilégiée dans le **dépistage et la prévention** de l'incontinence.

Partie 2 :

Les enquêtes

1. PRESENTATION DE L'ENQUETE

1.1. Objectifs et hypothèses

Les objectifs de cette enquête ont été :

- D'établir un bilan de la pratique de la consultation postnatale par les sages-femmes libérales de Lorraine et de réaliser un état des lieux sur les changements qui auraient pu survenir depuis la loi de 2004.
- De recueillir l'opinion des sages-femmes sur cette nouvelle compétence.
- D'évaluer le niveau d'information et l'opinion des patientes quant à cette nouvelle pratique autorisée.

Ces objectifs amènent à émettre plusieurs hypothèses de départ que l'enquête réalisée va confirmer ou infirmer :

- Peu de sages-femmes libérales réalisent actuellement de consultation postnatale de part un manque de connaissances sur leurs propres compétences et un manque d'information des patientes.
- La consultation postnatale ne peut avoir un avenir dans l'activité des sages-femmes libérales uniquement si ces dernières occupent une place en anténatal et assurent un suivi global des patientes.
- La pratique actuelle de la visite postnatale est insuffisante par rapport aux attentes et demandes des femmes.
- La consultation postnatale est un point important pour la reconnaissance des compétences médicales de la sage-femme et de l'ensemble de la profession.

1.2. Méthodologie

1.2.1. La population étudiée

Pour répondre aux objectifs et hypothèses de départ, deux types de population ont été étudiés.

La première concernait les sages-femmes libérales de Lorraine. La recherche des noms des sages-femmes libérales a été réalisée par l'intermédiaire du site Internet des pages jaunes puis complétée à l'aide du site Internet de l'ordre national des sages-femmes.

La deuxième population étudiée concernait les accouchées. Pour cela, les deux services de suites de couches de la maternité publique de Bel Air à Thionville a été retenue. Le recrutement des accouchées n'a pu être effectué que dans la maternité où j'effectuais un stage pour des raisons d'ordre déontologique et de respect du secret médical ; il en résulte par conséquent un biais important dans l'exploitation des résultats avec une impossibilité de comparer des pratiques professionnelles.
Pour effectuer l'enquête, une autorisation écrite a été recueillie auprès du gynécologue obstétricien chef de service ainsi qu'auprès des sages-femmes cadres des suites de couches. Les patientes qui ne maîtrisaient pas la langue française ont été écartées de l'enquête. Il en a été de même pour les patientes qui avaient présenté une pathologie pendant la grossesse et/ou dont l'accouchement n'avait pas été eutocique de manière à ne pas avoir de biais dans le choix du professionnel de santé qui réalise la consultation postnatale.

1.2.2. Le recueil des données

Le recueil de données a été fait au travers de deux questionnaires, un pour chaque population étudiée.

Un premier questionnaire, présenté en annexe 1, était adressé à toutes les sages-femmes libérales de Lorraine par voie postale. Il était accompagné d'une enveloppe timbrée et adressée à mon domicile de façon à favoriser le retour du questionnaire. Une relance téléphonique des questionnaires a été nécessaire pour avoir davantage de retours.

Le second questionnaire, exposé en annexe 2, était destiné aux accouchées de la maternité de Bel Air. Les patientes ont été dans un premier temps recrutées pendant leur séjour en maternité au mois de juillet et au mois d'octobre avec leur autorisation de les appeler dans un second temps huit semaines après leur accouchement pour réaliser l'enquête téléphonique. Les patientes ont ainsi été interrogées du 22 septembre 2008 au 12 octobre 2008 et du 15 décembre 2008 au 4 janvier 2009.

2. LES RESULTATS

2.1. Résultats du questionnaire destiné aux sages-femmes libérales

Un nombre de 114 questionnaires ont été envoyés par voie postale.

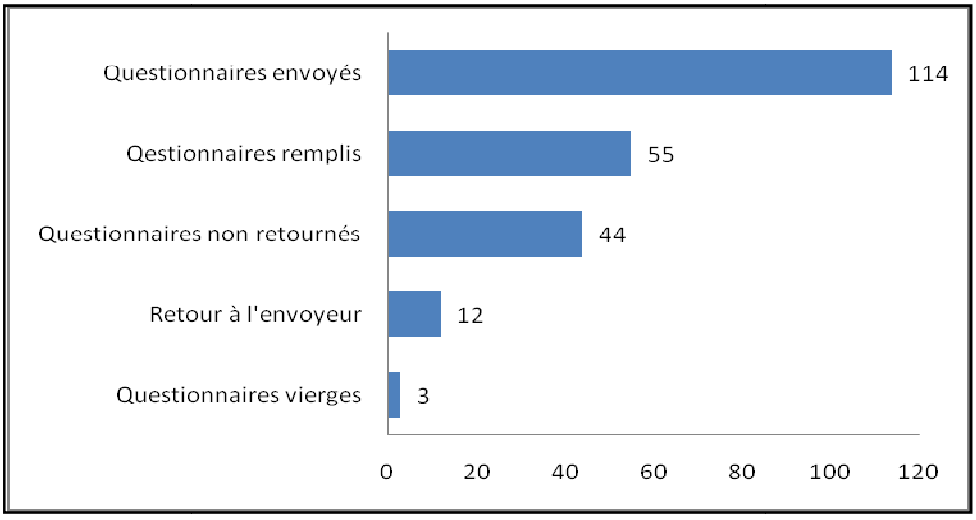


Figure 1 : Devenir des questionnaires envoyés aux sages-femmes libérales de Lorraine

Parmi les 3 sages-femmes qui ont renvoyé les questionnaires vierges, 2 sont infirmières et 1 est à la retraite.

Les résultats de cette enquête sont donc basés sur **55** questionnaires.

2.1.1. La consultation postnatale et l'activité des sages-femmes libérales

« Avez-vous eu connaissance de la loi du 9 août 2004 relative à l'élargissement des compétences des sages-femmes, donnant ainsi le droit aux sages-femmes de pratiquer l'examen postnatal dans le cadre d'une grossesse physiologique et d'un accouchement eutocique ? »

La **totalité** des sages-femmes qui ont répondu aux questionnaires disent avoir eu connaissance de la loi du 09 août 2004 autorisant les sages-femmes à pratiquer l'examen postnatal dans le cadre d'une grossesse physiologique et d'un accouchement eutocique.

« Depuis cette loi, avez-vous réalisé des examens postnatals ? »

Sur les 55 sages-femmes qui ont participé :

- **26** sages-femmes ont déjà réalisé un examen postnatal
- **29** n'en ont jamais pratiqué

« Quelles activités pratiquez-vous actuellement ? »

	CONSULTATION POSTNATALE (N=55)	
PRATIQUES	**NON (n=29)**	**OUI (n=26)**
PPO	28	26
Consultations (CS) prénatales	8	23
Rééducation périnéale	25	24
Grossesses pathologiques	13	19
Visites postnatales (post-partum)	10	26
Suites de couches à domicile	7	6
Plateaux techniques	0	3

Tableau I : Activités réalisées par les sages-femmes en fonction de la pratique ou non de consultation postnatale.

De plus, 13 sages-femmes assurent également un suivi des suites de couches à domicile, 5 sages-femmes réalisent des consultations d'allaitement, 3 sages-femmes pratiquent les massages bébés et 2 sages-femmes exercent à mi-temps à l'hôpital.

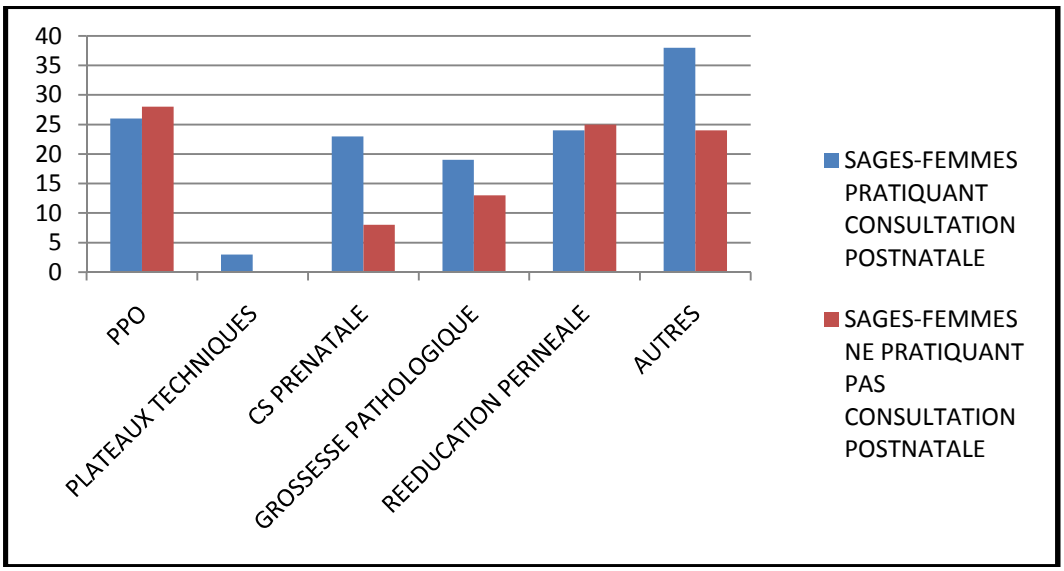


Figure 2 : Illustration des activités réalisées par les sages-femmes en fonction de la pratique ou non de consultation postnatale.

Les sages-femmes qui réalisent les consultations anténatales font plus de consultations postnatales ; ces dernières réalisent également plus de visites postnatales dans le post-partum. Concernant les autres activités, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les sages-femmes qui font des consultations postnatales et celles qui n'en font pas.

« En quelle année avez-vous eu votre diplôme ? »

Trois intervalles d'années ont ainsi été retenus : 1973 à 1984 où la formation de sage-femme se faisait en 3 ans, 1985 à 2001 qui correspond à la formation de sage-femme en 4 ans et 2002 à 2007 où la formation de sage-femme se fait en 5 ans

	Font consultation postnatale	Ne font pas de consultation postnatale
[1973-1984]	8	12
[1985-2001]	15	14
[2002-2007]	3	3

Tableau II : Nombre de sage-femme réalisant ou pas la consultation postnatale en fonction de l'année d'obtention de leur diplôme.

Il n'existe pas de différence statistiquement significative entre la pratique de la consultation postnatale et la durée de formation des études de sage-femme.

2.1.2. Les sages-femmes qui ne réalisent pas de consultations postnatales

Elles sont au nombre de 29 sur les 55 sages-femmes qui ont participé à l'enquête.

« Pourquoi n'avez-vous pas fait d'examens postnatals jusqu'à maintenant?»

RAISONS	EFFECTIF (n=29)
Pas de suivi prénatal	21
Pas le désir	6
Pas de demande	4
Sentiment d'incompétence	4
Installation récente en libéral	4
Manque de temps	2
Exercice libéral en tant que remplaçante	1
Pas de suivi postnatal	1

Tableau III : Les raisons de non pratique d'examen postnatal évoquées par les sages-femmes

« Comptez-vous réaliser des examens postnatals par la suite dans le cadre de votre exercice professionnel ? Pourquoi ?»

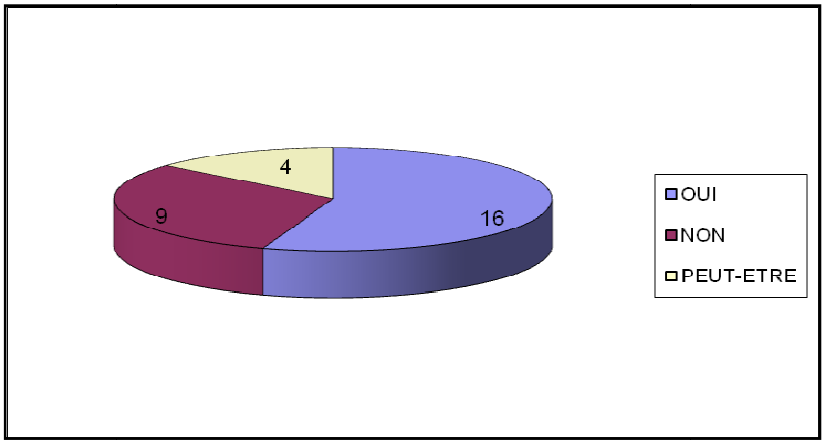


Figure 3 : Pratique de la consultation postnatale dans l'avenir

Sur les **16** sages-femmes qui comptent réaliser des consultations postnatales par la suite, 3 d'entre elles n'ont pas justifié leur choix. Les autres sages-femmes évoquent comme raison :

- La logique d'un suivi global (cité **11** fois)
- L'exploitation d'une nouvelle compétence (cité **1** fois)
- L'importance de cet examen (cité **1** fois)

Seules 2 des **9** sages-femmes qui ne comptent pas pratiquer de consultation postnatale ont expliqué leur réponse en citant un sentiment d'incompétence et une absence de suivi prénatal.

Enfin, pour les **4** sages-femmes qui sont encore indécises, les raisons invoquées sont les suivantes :

- En fonction de la demande des patientes (cité **2** fois)
- En fonction de la pratique ou non dans l'avenir de suivi prénatal (cité **1** fois)
- Est intéressée mais ne souhaite pas étendre ses heures de travail (cité **1** fois)

2.1.3. Les sages-femmes qui réalisent la consultation postnatale

- ***Pratique de la consultation postnatale***

Sur les 55 sages-femmes qui ont répondu au questionnaire, **26** disent avoir déjà pratiqué cette consultation.

« Combien d'examens postnatals réalisez-vous par an ? »

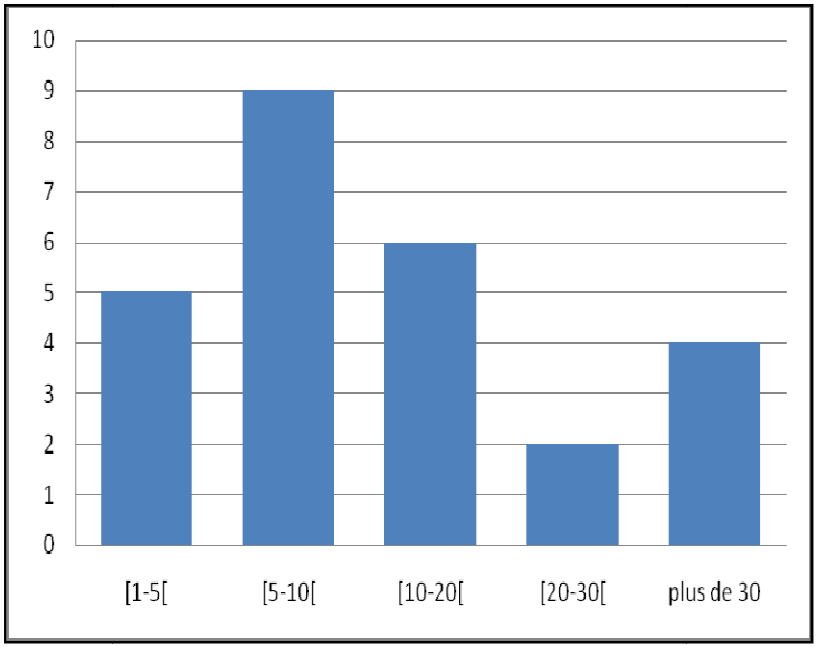


Figure 4 : Nombre d'examens postnatals réalisés par an

« Quelle(s) est (sont) la (les) raison(s) qui a (ont) motivé votre choix d'effectuer des visites postnatales ? »

RAISONS	EFFECTIF (N=26)
Suivi global	26
Demande des patientes	8
Plus de disponibilité que les gynécologues, avec la volonté d'offrir le maximum aux patientes	2
Bilan de l'accouchement et de ses suites	1
Soutien de l'allaitement maternel	1

Tableau IV : Raisons pour lesquelles les sages-femmes font des examens postnatals

« Quelle est la raison principale, selon vous, qui motive les patientes à venir vous voir pour cette consultation ? »

On note qu'une sage-femme n'a pas répondu à cette question.

Pour les autres sages-femmes, plusieurs réponses ont parfois été données.

RAISON	EFFECTIF (N=26)
Suivie pendant la grossesse par la sage-femme (consultation prénatale ou PPO)	25
Renseignée par une sage-femme à la sortie de la maternité	5
Renseignée par un proche (" bouche à oreille")	3
Renseignée par le médecin traitant	1
Convention des hôpitaux et cliniques avec la sage-femme	1
Lien de proximité avec la sage-femme	1
Disponibilité et capacité d'écoute de la sage-femme	1
Ne sait pas	1
Connaissance de la loi du 9 août 2004	0

Tableau V : Raisons motivant les patientes à faire leur consultation postnatale chez des sages-femmes, selon ces dernières.

Déroulement d'une consultation postnatale

« Combien de temps en moyenne prenez-vous pour réaliser un examen postnatal ? »

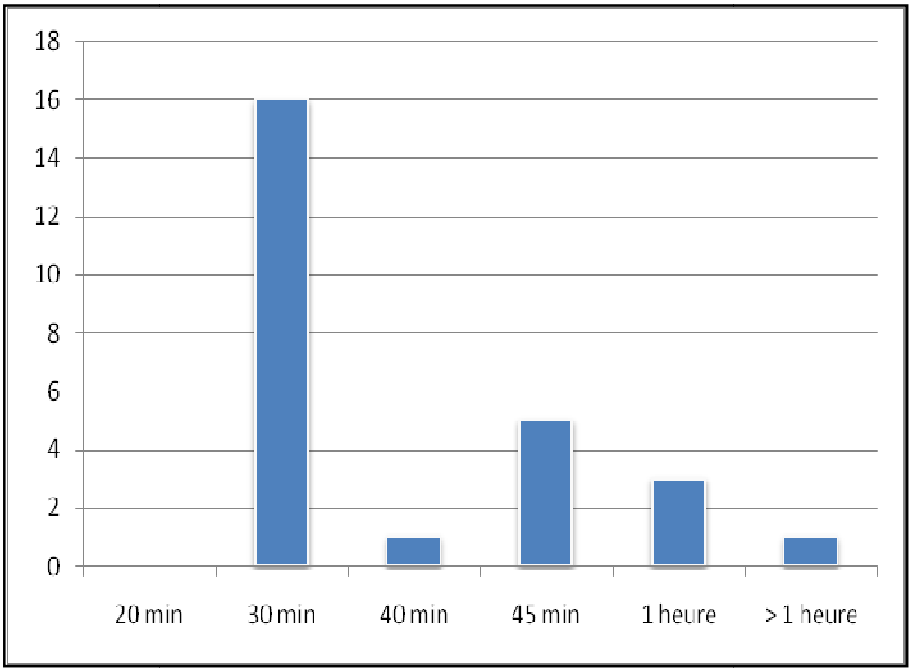


Figure 5 : Durée d'une consultation postnatale

En moyenne, les sages-femmes prennent **36** minutes pour réaliser cet examen.

Il faut cependant noter qu'une sage-femme précise ne prendre que 30 minutes lorsqu'elle connaît la patiente alors qu'elle peut volontiers dépasser une heure lorsqu'elle n'a jamais vu la patiente ; il ne s'agit donc que d'une moyenne statistique qui n'est pas figée.

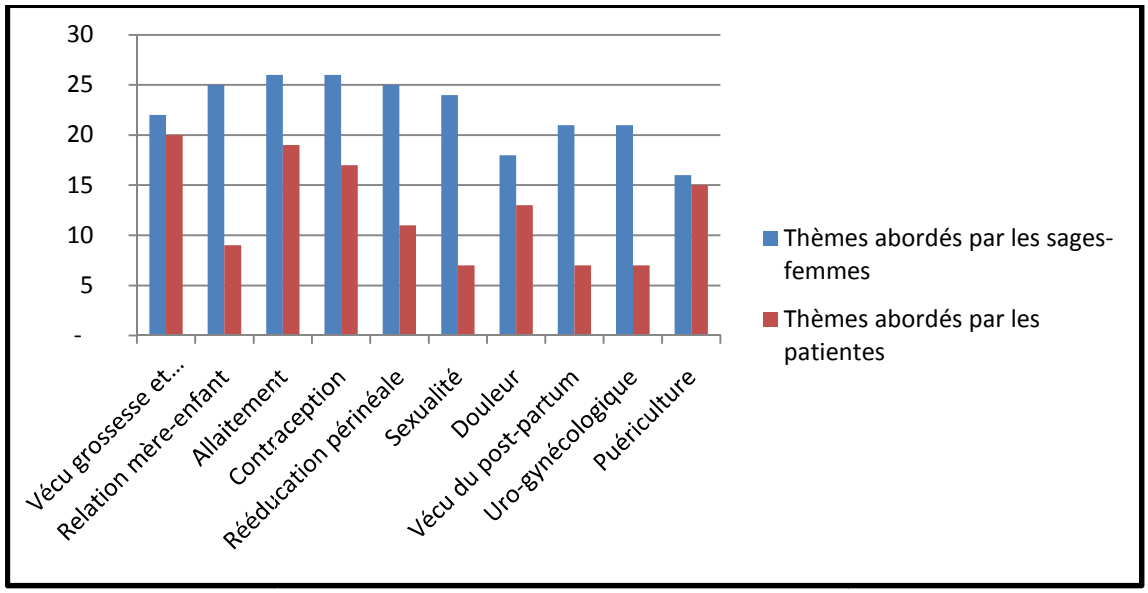
« Selon vous, quels sont les grands objectifs de cette consultation ? »

OBJECTIFS DE LA CONSULTATION	EFFECTIF (n=26)
Parler de contraception	16
Vécu de la grossesse et de l'accouchement	14
Parler de l'allaitement/sevrage	13
Envisager la rééducation périnéale	11
Aspect psychologique	11
Examen clinique	9
Aborder la sexualité	6
Vérifier le retour à la physiologie	5
Relation mère-enfant	5
Dépistage	4
Information sur l'enfant	2
Esthétique, schéma corporel	2
Relation de couple	1
Prévention	1
Conseils	1
Relationnel	1
Clore l'épisode de la naissance	1
Education des femmes	1
Continuer le lien entre l'hospitalier et les examens obligatoires	1
Evoquer une cicatrice douloureuse	1
Evoquer la reprise du sport	1
Evoquer la reprise du travail	1
Evoquer les modes de garde de l'enfant	1

Tableau VI : Objectifs de la consultation postnatale selon les sages-femmes

« Quels sont les principaux thèmes que <u>vous</u> abordez au cours de la visite postnatale ? »,

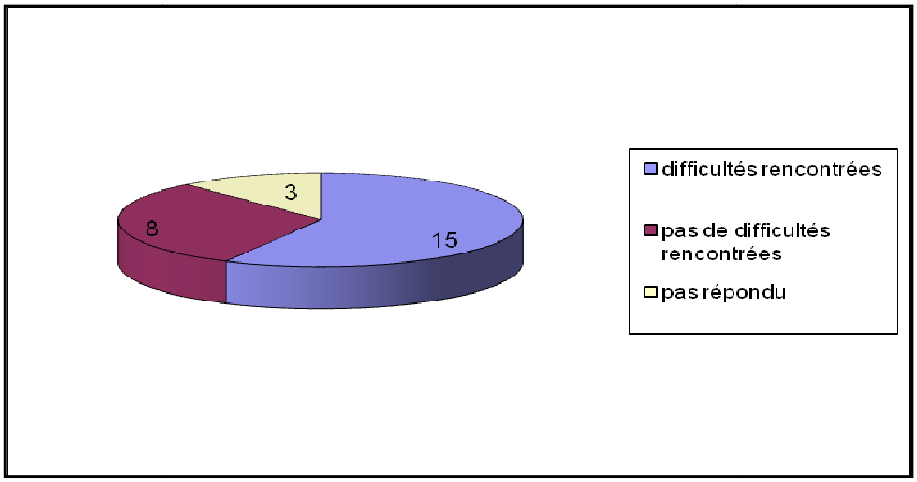
« Quels sont les principaux sujets abordés <u>spontanément par les patientes</u> ? »



<u>Figure 6</u> : Thèmes abordés par les sages-femmes et les patientes lors de la consultation postnatale.

- ***<u>Difficultés rencontrées par les professionnelles</u>***

« Avez-vous rencontré des difficultés au cours d'examens postnatals ? »



<u>Figure 7</u> : Nombre de sages-femmes ayant rencontré des difficultés lors de la pratique de consultations postnatales.

On note que 3 sages-femmes n'ont pas répondu à cette question.

Les difficultés rencontrées par certaines sages-femmes peuvent être classées en trois grands groupes illustrés par la figure 9: défaut de connaissances concernant les thèmes abordés au cours de la consultation, défaut de connaissances concernant les droits de prescription et la loi et difficultés à dépister des pathologies.

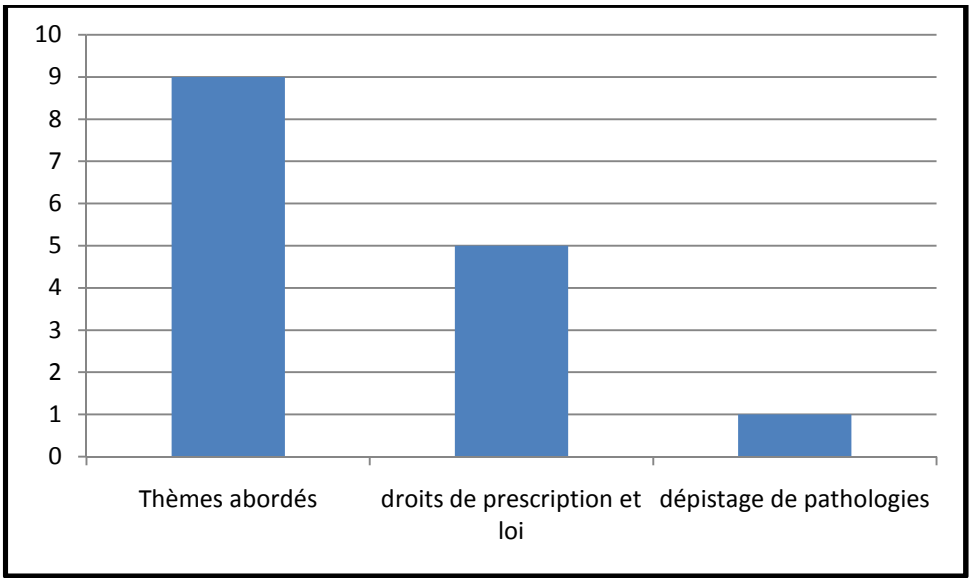


Figure 8 : Répartition des difficultés rencontrées par les sages-femmes

Plus précisément concernant les différents thèmes évoqués au cours d'une consultation, les sages-femmes disent ne pas se sentir compétentes pour aborder la contraception et en particulier les contre-indications de la pilule qui a été citée deux fois, la sexualité citée deux fois, la rééducation périnéale (déterminer le nombre de séances nécessaires), l'allaitement, les séquelles après l'accouchement (dyspareunie non organique, phlébologie, neurologie, cancérologie).

Deux sages-femmes semblent également manquer de connaissances concernant les droits de prescription de la contraception et une sage-femme a précisé ne pas savoir si elle avait le droit de réaliser les frottis cervicaux-vaginaux et se sentait incompétente vis-à-vis de leur interprétation.

Enfin, une sage-femme exprime des difficultés à dépister la dépression du post-partum.

Consultation postnatale et formation continue

« Connaissez-vous l'existence de formations professionnelles destinées aux sages-femmes concernant l'examen postnatal ? »

21 sages-femmes connaissent des formations professionnelles concernant la consultation postnatale dont 18 précisent le nom.

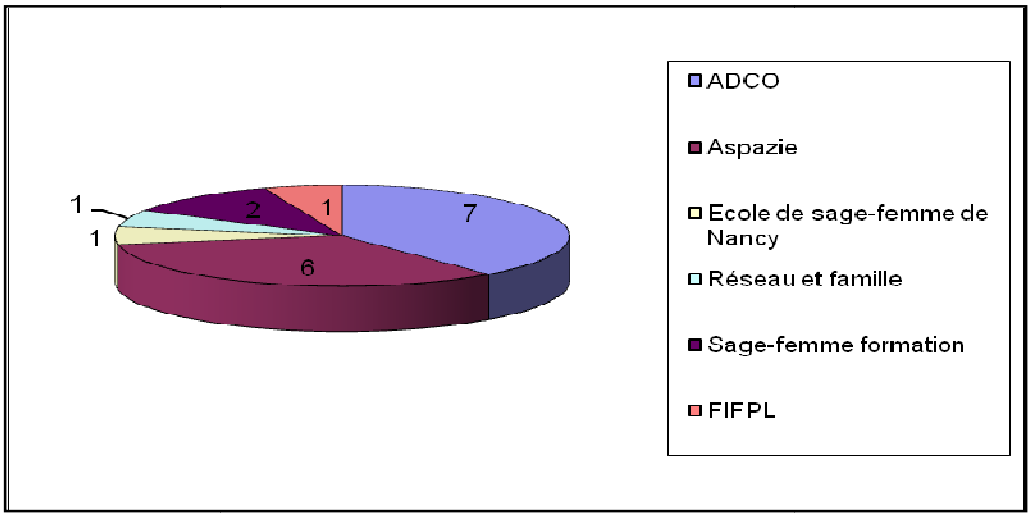


Figure 9 : Organismes de formations professionnelles

On note que FIFPL est en réalité un organisme de prise en charge.

« Avez-vous suivi une (des) formation(s) spécifique(s) pour effectuer des visites post-natales ? »

Sur l'ensemble des sages-femmes qui pratiquent des consultations postnatales :

- **9** ont suivi des formations spécifiques avec les organismes de formation cités précédemment
- **16** sages-femmes n'ont réalisé aucune formation complémentaire dont 6 évoquent cependant des difficultés concernant les droits de prescription ou encore un manque de connaissances sur la contraception et la sexualité du post-partum
- **1** sage-femme n'a pas répondu

« Pensez-vous avoir été suffisamment sensibilisée au cours de votre formation à l'école de sages-femmes quant aux différents thèmes abordés durant une visite postnatale ? »

- **17** sages-femmes pensent ne pas avoir été assez sensibilisée à cette consultation et à ses différents aspects (clinique, relationnel, psychologique) au cours de leur formation à l'école de sage-femme.

6 d'entre elles expliquent que la consultation postnatale ne faisait pas partie des compétences des sages-femmes au moment de leurs études, 2 sages-femmes précisent également que la formation de sage-femme en 3 ans était surtout ciblée sur l'hospitalier et la salle d'accouchement et ne préparait pas à l'exercice libéral et une sage-femme rappelle que l'école ne pourra jamais nous apporter l'expérience que l'on acquiert en pratiquant.

- Parmi les **9** sages-femmes qui disent avoir été sensibilisées à cette pratique au cours de leurs études, une professionnelle met en avant l'importance des stages de consultation anténatale et postnatale réalisés dans le cadre de la formation à l'école.

- ***Opinion des sages-femmes sur le devenir de la consultation postnatale***

« Pensez-vous que la consultation postnatale a un véritable avenir dans la profession de sage-femme ? »

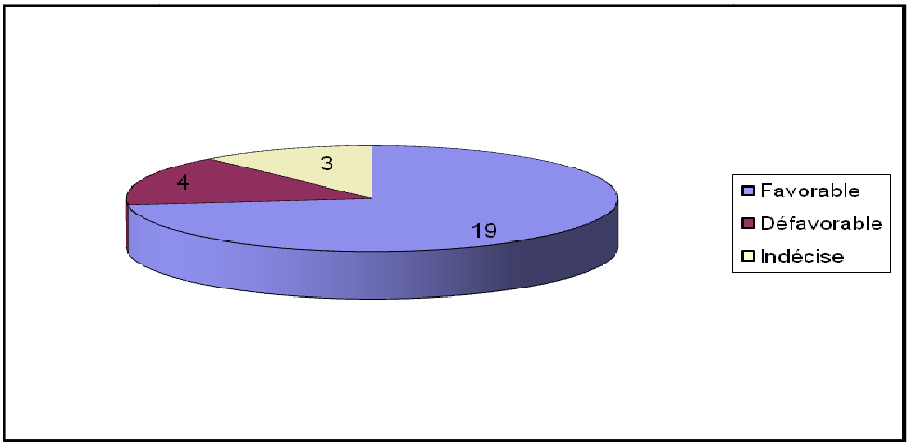


Figure 10 : Devenir de la consultation postnatale selon les sages-femmes qui en font

Ainsi, 19 d'entre elles sont favorables à cette pratique et pensent que l'examen postnatal a un véritable avenir dans la profession de sage-femme ; elles évoquent les raisons suivantes (certaines sages-femmes ont donné plusieurs réponses et 1 sage-femme n'a pas donné de raisons) :

- Le suivi global de la patiente (citée **9** fois)
- Une meilleure qualité d'écoute et une plus grande disponibilité de la sage-femme pour les patientes (citée **5** fois)
- Les compétences de la sage-femme (citée **2** fois)
- La pénurie des gynécologues obstétriciens (citée **2** fois)
- La revalorisation et la crédibilité de la profession (citée **1** fois)
- Le relationnel (citée **1** fois)
- L'intérêt de cette consultation (citée **1** fois)
- Un accompagnement (citée **1** fois)
- L'information donnée et la prévention réalisée au cours de cette consultation qui fait partie intégrante de notre profession (citée **1** fois)
- Un relais indispensable entre l'hospitalier et l'installation de la parentalité (cité 1 fois)
- Permettre aux femmes de s'exprimer (citée **1** fois)
- Clore le processus d'accouchement : « boucler la boucle » (citée **1** fois)

De même, les raisons données par les 4 sages-femmes qui sont en défaveur d'un avenir pour la consultation postnatale sont :

- Des consultations prénatales non faites par les sages-femmes, donc peu intéressant (citée **2** fois)
- Les femmes attendent de cette consultation un examen purement médical (citée **1** fois)
- La non possibilité de prescrire et poser les dispositifs intra-utérins (citée **1** fois)
- Une consultation qui n'intéresse pas les sages-femmes (citée **1** fois)

2.2. Résultats du questionnaire destiné aux accouchées

60 patientes avaient été recrutées dans les deux services de suites de couches de la maternité Bel Air de Thionville ; 51 d'entre elles ont pu être jointes par téléphone huit semaines après leur accouchement pour réaliser l'enquête.

Les résultats de cette enquête sont donc basés sur **51** entretiens téléphoniques.

2.2.1. Information des patientes

« Saviez-vous que depuis une loi de 2004 les sages-femmes pouvaient réaliser la visite post-natale dans le cadre d'une grossesse et d'un accouchement normaux ? »

Parmi les 51 femmes questionnées :

- **34** patientes n'ont pas eu connaissance de la loi
- Et **17** disent être au courant de cette nouvelle compétence

Sur les 17 patientes ayant connaissance de la loi de 2004, 4 d'entre elles avaient été informées par le biais des cours de préparation à la naissance et 4 avaient été avisées par des connaissances.

« Avez-vous été informée de cette nouvelle compétence pour les sages-femmes à votre sortie de la maternité ? »

- **42** patientes interrogées disent ne pas avoir été informées à la sortie de la maternité
- Et **9** femmes ont répondu avoir été avisées de cette nouvelle compétence à la fin de leur séjour, dont une précise que l'information avait été donnée pour une grossesse antérieure.

2.2.2. Choix du professionnel de santé

- ***Patientes ayant fait leurs consultations postnatales***

« Chez qui avez-vous choisi de réaliser votre examen postnatal ? »

- **41** patientes ont réalisé la consultation postnatale chez un gynécologue-obstétricien
- **2** chez une sage-femme

« Quelle(s) est (sont) la (les) raison(s) qui a (ont) motivé votre choix ? »

La raison principale évoquée par 42 patientes est la **continuité du suivi** qui a permis d'instaurer une relation de confiance; elles ont ainsi réalisé l'examen postnatal chez le professionnel de santé qui avait fait le suivi anténatal (sage-femme ou gynécologue-obstétricien).
Une patiente dit avoir réalisé cette consultation chez un gynécologue parce que la sage-femme qui l'avait suivi en anténatal ne fait pas de consultation postnatale.

- ***Patientes n'ayant pas fait leurs consultations postnatales***

« Si vous n'avez pas encore effectué cette visite et que vous êtes en attente d'un rendez-vous, chez qui allez-vous la faire ? »

Sur les 8 patientes qui n'ont pas encore réalisé cette visite :

- **6** ont choisi d'aller chez un gynécologue-obstétricien
- Et **2** femmes ne comptent pas la faire

- ***Cas des multipares***

« En ce qui concerne votre (vos) grossesse(s) antérieure(s), chez qui aviez-vous réalisé votre (vos) visite(s) postnatale(s) précédente(s) ? »

Les 25 multipares interrogées ont réalisé leurs consultations postnatales antérieures chez le gynécologue-obstétricien qui avait suivi la grossesse.

« Avez-vous vu le même interlocuteur lors de vos consultations postnatales précédentes ? »

- **22** patientes ont revu le même gynécologue-obstétricien pour l'examen postnatal actuel
- **3** ont changé d'interlocuteur à la suite de déménagements (cité 2 fois) et 1 d'entre elles a choisi d'être suivi par une sage-femme.

2.2.3. Déroulement de la consultation postnatale

« Avez-vous réalisé la visite postnatale dans les six à huit semaines qui ont suivi votre accouchement ? »

43 patientes ont déclaré avoir fait la consultation postnatale dans les huit semaines qui ont suivi leur accouchement.

Par conséquent, **8** femmes n'avaient pas encore réalisé cet examen au moment où je les ai contactées. Plusieurs raisons m'ont été données :

- Des délais trop longs pour obtenir un rendez-vous (citée **3** fois)
- Un manque de temps, évoquée **3** fois par une quatrième pare, une troisième pare et une seconde pare
- L' « inutilité » de la consultation postnatale, explication donnée par **3** patientes dont une primipare

« Combien de temps a duré votre visite post-natale ? »

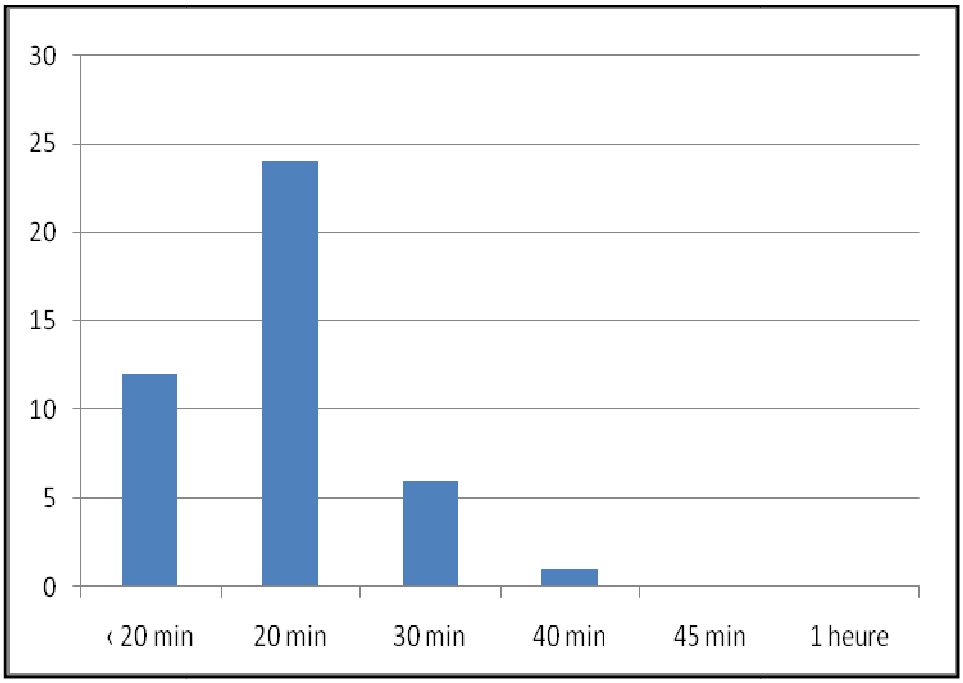


Figure 11 : Durée d'une consultation postnatale

La moyenne statistique est ici de **19** minutes environ, ce qui est bien inférieur au temps pris par une sage-femme pour réaliser une consultation postnatale (cf. la figure 6 du paragraphe Résultats du questionnaire destinés aux sages-femmes libérales).

« Quels sont les principaux thèmes qui ont été abordé au cours de cette consultation ? »

THEMES ABORDES	EFFECTIFS (N= 43)
La contraception	43
La rééducation périnéale	38
L'allaitement	27
Les problèmes uro-gynécologiques	21
La sexualité	18
Le vécu de la grossesse et de l'accouchement	14
La relation mère-enfant	13
Le vécu du post-partum	13
La douleur	12
Autres	3
Les problèmes de puériculture, les soins de l'enfant	1

Tableau VII : Thèmes abordés lors de la consultation postnatale

Dans la catégorie « Autres », deux patientes ont cité l'aspect psychologique avec le baby-blues et une femme a évoqué la question de la perte de poids.

Une patiente a précisé avoir été suivie par une sage-femme dans le post-partum immédiat, par conséquent quelques thèmes avaient été abordés à ce moment là et non au moment de la consultation postnatale.

Selon les propos de trois patientes, il est à noter que le sujet de la rééducation périnéale n'est pas toujours abordé spontanément par le professionnel de santé ; deux femmes se sont même vues refuser une prescription de séances de rééducation périnéale.

2.2.4. Attentes des patientes

« Qu'attendiez-vous de cette visite ? »

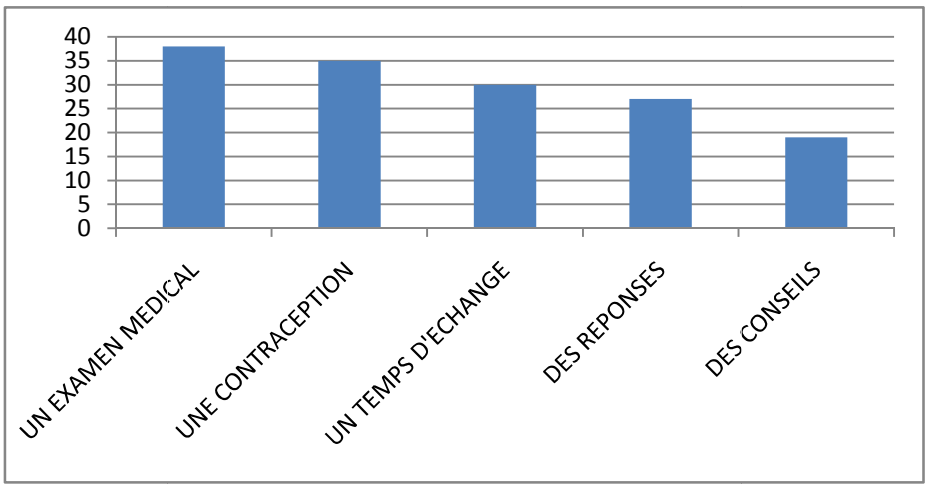


Figure 12 : Attentes des patientes

« Vos attentes ont-elles été satisfaites ? »

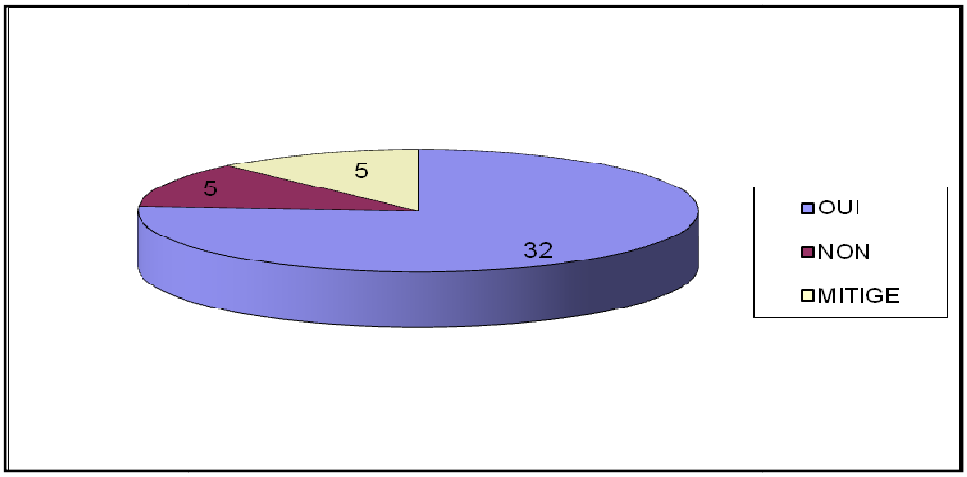


Figure 13 : Satisfaction des patientes

N’ayant aucune attente particulière, une femme n’a pas répondu.

Parmi les patientes qui ont été satisfaites de leurs consultations postnatales, 2 précisent qu’elles avaient bénéficié d’un suivi à domicile dans les suites de couches par une sage-femme et qu’elles avaient eu ainsi les réponses aux questions qu’elles se posaient avant de réaliser l’examen postnatal.

Les 5 patientes dont les attentes n’ont pas été satisfaites évoquent les raisons suivantes :

- Un manque de relationnel et de dialogue (cité **4** fois)
- Une durée de consultation trop brève (cité **1** fois)

Les raisons données par les 5 femmes qui ont un avis mitigé sont :

- Un manque de dialogue et d’informations concernant l’allaitement, les soins du bébé, la rééducation périnéale (cité **3** fois)
- Un manque de disponibilité (cité **2** fois)
- Un manque d’écoute et de soutien psychologie (cité **1** fois)

Cas particulier : Une des patientes questionnées a fait ses consultations de grossesse et l’examen postnatal chez une sage-femme ; pour sa grossesse antérieure elle était suivie par un gynécologue obstétricien. Elle souligne la plus grande disponibilité et capacité d’écoute de la sage-femme et met en avant de l’autre côté les compétences médicales du gynécologue obstétricien.

Partie 3 :

Analyse et discussion

1. LIMITES DE L'ETUDE

1.1. Concernant l'étude auprès des sages-femmes

Le choix de la voie postale était le plus simple pour adresser les questionnaires à l'ensemble des sages-femmes libérales de la Lorraine mais il a aussi entraîné la perte d'un bon nombre de questionnaires et a donc réduit l'effectif de la population. Cependant, la perte postale ne peut, à elle seule, expliquer le nombre important de questionnaires non retournés (44, soit un peu plus d'un tiers du nombre total de questionnaires envoyés). Il semble ainsi intéressant de s'interroger sur l'intérêt porté par les sages-femmes à cette enquête et donc à la consultation postnatale.

De plus, il a été constaté, au cours du dépouillement des résultats, que le questionnaire présentait un défaut. Concernant les différentes activités pratiquées, certaines sages-femmes ont assimilé le terme de « visite » postnatale à celui de « consultation » postnatale. Or ces deux mots devaient être perçus différemment, la « visite » comprenant les rencontres qui pouvaient éventuellement avoir lieu dans les sorties précoces de suites de couches par exemple et la « consultation » étant l'examen postnatal proprement dit, soit huit semaines après l'accouchement.

1.2. Concernant l'étude auprès des accouchées

Il existe un biais de recrutement étant donné que je n'ai pas eu l'autorisation d'accéder à d'autres sites en dehors de mes stages pour des questions de respect du secret professionnel. Ainsi seules les patientes de la maternité de Bel Air ont pu être recrutées pour participer à l'enquête et l'exploitation des questionnaires s'en est donc trouvée limitée.

De plus, un biais de sélection peut être mis en évidence. Lors du recrutement des patientes à la maternité, les accouchées ne parlant et/ou ne comprenant pas bien le français ont été écartées de l'enquête.

Enfin, le choix d'avoir réalisé l'enquête en deux étapes, c'est-à-dire un recrutement à la maternité puis un rappel téléphonique, a entraîné une perte de patientes et donc une réduction de l'effectif de la population.

2. ANALYSE DES RESULTATS

2.1. La pratique de la consultation postnatale par les sages-femmes

2.1.1. Etat des lieux

La pratique de cet examen reste très insuffisante : depuis la loi de 2004 **moins de la moitié des sages-femmes libérales en ont réalisé** (26 sur 55). En outre, plus de la moitié d'entre elles en font moins de dix par an, soit statistiquement moins d'une consultation postnatale par mois.

L'expérience professionnelle de ces sages-femmes est variable. Les sages-femmes récemment diplômées semblent réaliser moins de consultations postnatales, ce qui peut être expliqué par le manque de recul dans le temps, mais il n'existe globalement pas de différence significative. Ainsi, la durée de formation des études de sage-femme n'influence pas la pratique de la consultation postnatale.

La consultation postnatale semble être axée principalement sur l'allaitement et la contraception (cf. Figure 6). D'autres sujets tels que la relation mère-enfant, la rééducation périnéale, la sexualité et le vécu de la grossesse et de l'accouchement sont également majoritairement abordés. Les sages-femmes semblent accorder autant d'importance aux **aspects cliniques que relationnels** ce qui correspond parfaitement à notre profession qui exige à la fois des compétences médicales et des capacités d'écoute. La consultation postnatale constitue ainsi un grand avantage pour les patientes qui peuvent alors être examinées et écoutées par une personne compétente.

La **durée moyenne** d'une consultation postnatale faite par une sage-femme est de trente-six minutes (cf. Figure 5). Cette durée peut paraître insuffisante pour aborder les différents thèmes, écouter la patiente et répondre à ses questions. Cependant, cette durée est nettement supérieure au temps moyen d'un examen postnatal réalisé chez un gynécologue-obstétricien (dix-neuf minutes), ce qui met en avant une plus grande disponibilité des sages-femmes.

De plus, la durée de cet examen semble être un point important. En effet, la figure 6 souligne que si la sage-femme ne prend pas le temps d'aborder certains thèmes, ces difficultés peuvent être occultées. En effet, certains sujets ne sont pas abordés spontanément par les patientes.

La sage-femme ne peut donc pas se contenter de répondre simplement aux demandes des femmes mais doit également instaurer un véritable dialogue avec les patientes, ce qui nécessite un minimum de temps.

Une des hypothèses de départ avait été de mettre en relation la pratique insuffisante de la consultation postnatale avec le manque de connaissances des sages-femmes sur leurs propres compétences et un défaut d'information des patientes sur cette nouvelle possibilité. Les enquêtes réalisées ont permis d'apporter des éléments de réponse.

2.1.2. Le manque de connaissance des sages-femmes

La totalité des sages-femmes interrogées ont connaissance de la loi du 9 août 2004 leur permettant de réaliser la consultation postnatale dans le cadre d'une grossesse normale et d'un accouchement eutocique (annexe3).

Informées de cette nouvelle compétence, le problème semble donc provenir des **difficultés éprouvées par les sages-femmes** quant à la pratique même de l'examen postnatal (cf. figures 7 et 8).

En effet, la plupart d'entre elles se sentent incompétentes pour **aborder certains thèmes** au cours de cet examen dont le plus fréquent semble être la contraception (contre-indications des contraceptifs oraux).

Cependant, de nombreux **organismes de formation** destinés aux sages-femmes concernant la contraception et la consultation postnatale existent. Il est à ce propos important de rappeler que la formation continue est obligatoire pour les sages-femmes (article L.4153-1 annexe 3). Mais il est vrai que ça nécessite du temps et demande un apport financier ce qui peut freiner certaines sages-femmes.

De plus, l'étude de l'examen postnatal est prévue dans le programme national de physiologie obstétricale de première phase des **études de sage-femme**. Des stages en secteur libéral sont également proposés aux étudiants permettant de leur offrir un aperçu du déroulement de cette consultation et de les sensibiliser à une continuité dans le suivi des patientes. En ce qui concerne l'étude de la contraception, elle est intégrée dans le programme de gynécologie en première et deuxième phases.
Ainsi, les écoles de sages-femmes tentent de promouvoir l'examen postnatal et l'exercice libéral de la profession en apportant des connaissances solides nécessaires à une bonne pratique.

Les sages-femmes évoquent également des **difficultés en rapport avec leurs droits de prescription**. Là encore, la législation professionnelle intégrée actuellement dans le programme des écoles de sages-femmes impose aux étudiants une parfaite connaissance de la loi, de leurs droits et de leurs devoirs. De plus, certaines formations continues peuvent aider les sages-femmes à pallier leurs difficultés.

Enfin, certaines sages-femmes semblent avoir des **difficultés à dépister** et prendre en charge des pathologies relevant du domaine de la phlébologie, la neurologie ou encore de la cancérologie. Il s'agit d'un constat assez surprenant dans le sens où une sage-femme est habilitée à réaliser la consultation postnatale uniquement si la grossesse a été normale et l'accouchement eutocique. De plus, la sage-femme doit proposer la consultation d'un médecin en cas de pathologie maternelle et néonatale dans les suites de couches et quand les circonstances l'exigent (article 4151-3 annexe 3). Cette observation peut amener à se questionner sur la connaissance des sages-femmes concernant les limites de leurs compétences.

En ce qui concerne le **dépistage**, il semble important de rappeler qu'il fait **partie intégrante de la profession**. La sage-femme a en effet pour mission de s'occuper de la physiologie et de pratiquer « tous les actes nécessaires au diagnostic », sous-entendu les actes nécessaires au dépistage de la pathologie. Cet aspect de la profession semble donc être oublié (ou volontairement occulté) par un bon nombre de sages-femmes libérales. Le tableau VI le prouve en montrant que seules quatre sages-femmes ont cité le dépistage comme un objectif essentiel de la consultation postnatale.

2.1.3. Le manque d'information des patientes

L'enquête réalisée auprès des accouchées montre que les **deux tiers des patientes n'étaient pas informées** de la possibilité de faire leur consultation postnatale chez une sage-femme. Les résultats doivent cependant être nuancés puisque l'étude n'a pu être réalisée que dans une seule maternité et ne permet donc pas d'établir de comparaisons entre différentes pratiques de service ou encore entre le secteur public et le secteur privé.

L'information des patientes sur cette nouvelle compétence reste donc faible, en particulier dans les services de maternité. Mais, en raison du nombre croissant de retours précoces à domicile, le séjour en suites de couches n'apparaît pas toujours adapté à une bonne transmission des nombreuses informations à fournir aux patientes.

L'enquête met également en évidence un certain **désintérêt des femmes** vis-à-vis de cet examen qualifié, à tort, d' « inutile ». Les sages-femmes doivent donc insister sur l'importance de la consultation post-natale et doivent rappeler que la réaliser est une obligation d'ordre législative (article R.2122-3 annexe 3).

D'autres éléments peuvent encore étayer le constat d'une pratique insuffisante de la consultation postnatale.

2.2. Intégration de la consultation postnatale dans un suivi global des patientes

Si l'enquête a montré que certaines patientes considéraient la consultation postnatale comme « inutile », c'est peut-être parce que les sages-femmes elles-mêmes semblent **sous-estimer l'importance de cette visite.** La consultation postnatale est un moment essentiel pour clôturer le processus de la naissance, et pourtant son importance n'apparaît pas être une raison motivant les sages-femmes à la pratiquer (cf. tableau IV).

Ainsi, trop souvent considéré comme une simple visite de routine voire même oublié par les sages-femmes, l'examen postnatal peut difficilement s'intégrer dans l'activité des sages-femmes libérales et occuper toute la place qui devrait lui être donnée.

Le devenir de la consultation postnatale est également en lien avec les activités pratiquées par les sages-femmes libérales.
En effet, les sages-femmes qui font des **examens prénatals** réalisent également en majorité des consultations prénatales (différence statistiquement significative, cf. Tableau I et Figure 2). Ceci leur permet au final d'assurer un suivi global de la patiente jusque dans le post-partum et de prolonger la relation de confiance qui s'est installée.

Toutes les sages-femmes font de la **préparation psychoprophylactique obstétricale** (PPO), des visites postnatales et plus de la moitié réalisent des suivis de grossesses pathologiques. Cette activité très variée permet donc aux sages-femmes d'assurer une continuité du suivi.

Les sages-femmes qui réalisent des **accouchements en plateaux techniques** font également des consultations prénatales. Pratiquer l'examen postnatal est, là encore, pour ces sages-femmes une occasion de poursuivre la continuité de leur accompagnement global.

Plus de la moitié des sages-femmes pratiquent la **rééducation périnéale**, ce qui leur permet au moment de l'examen postnatal d'apprécier directement les problèmes périnéaux de la patiente. La sage-femme peut ainsi informer la femme des difficultés mises en évidence, lui expliquer le déroulement et l'intérêt de la rééducation du périnée, planifier avec elle l'organisation des séances à venir. De plus, ceci permet également à la patiente de réaliser sa rééducation périnéale chez une sage-femme qu'elle a déjà vue auparavant ; un avantage non négligeable quand on sait que les femmes recherchent avant tout une continuité des soins.

Le tableau IV montre que les sages-femmes réalisent cet examen uniquement dans le **cadre d'un suivi global**. La principale raison évoquée par les sages-femmes qui ne pratiquent pas de consultation postnatale est l'absence de suivi anténatal.

Pratiquer isolément, l'examen postnatal ne semble donc pas présenter d'intérêt particulier. A l'inverse, si ce dernier est pratiqué par la même personne qui a fait les consultations de grossesse, cela permet de ne pas multiplier les intervenants. De plus, connaissant déjà la patiente et ses antécédents, la sage-femme peut réaliser une meilleure prise en charge.

Pour que l'examen postnatal puisse parfaitement s'intégrer dans l'exercice de la profession, il faudrait que les sages-femmes occupent dans le **suivi anténatal**, une place bien plus importante qu'elle ne l'est actuellement.
Cette dernière hypothèse est également confirmée par les demandes des patientes.

2.3. Les attentes des patientes vis-à-vis de la consultation postnatale

Dans mon étude, une grande majorité des patientes ont choisi de réaliser leurs consultations postnatales auprès d'un gynécologue-obstétricien. La principale raison évoquée est la **continuité du suivi.**

Ce constat est en adéquation avec la raison principale qui motive les sages-femmes à faire des consultations postnatales, c'est-à-dire le suivi global (cf. Tableau IV). L'hypothèse posée précédemment est également rappelée : la majorité des femmes feraient donc leurs consultations postnatales chez un gynécologue-obstétricien parce que peu de sages-femmes libérales réalisent actuellement de consultations prénatales.

L'étude réalisée auprès des accouchées montre que les principaux **thèmes** abordés au cours de la consultation postnatale sont **d'ordre médical**, comme la contraception ou la rééducation périnéale. Peu d'aspects relationnels tels que le vécu de la grossesse, de l'accouchement ou du post-partum semblent être évoqués (cf. Tableau VII).

De même, concernant leurs attentes vis-à-vis de la consultation postnatale, les femmes citent plus d'**aspects cliniques** (examen médical, contraception) que d'aspects relationnels (dialogue, conseils) ; la différence est peu importante mais tout de même présente.

En outre, les patientes qui ont réalisé leurs examens postnatals chez un gynécologue-obstétricien et dont les attentes semblent ne pas avoir été satisfaites citent un manque de disponibilité, d'écoute et de dialogue.

Ainsi, les femmes auraient plutôt tendance à se tourner vers un médecin pour leurs compétences médicales et vers une sage-femme pour ses capacités relationnelles.

Ces constats sont très intéressants dans le sens où ils semblent confirmer « un courant de pensée » déjà évoqué dans un mémoire en 1996 intitulé « Le médecin ou la sage-femme ? Histoire d'un choix » [16].

Cet ouvrage montre que les patientes assimilent les sages-femmes aux termes de « disponibilité à écouter et à entendre, écoute attentive, assistante du médecin, aide, accompagnatrice ». La sage-femme perd alors tout son rôle de clinicienne responsable de ses actes et de profession médicale. A l'inverse, les qualificatifs utilisés pour décrire les médecins sont « compétence, sécurité, études prestigieuses, confiance et image du savant ».

Ainsi, les femmes préfèrent s'adresser aux gynécologues-obstétriciens dont elles reconnaissent les capacités médicales globales plutôt qu'à une sage-femme dont les compétences sont limitées à l'obstétrique physiologique. Cette « tendance » semble encore être valable actuellement et amène à se demander si les patientes remettent en cause les compétences des sages-femmes ou s'il s'agit d'une simple **méconnaissance de la profession.**

2.4. Le devenir de la consultation postnatale au sein de la profession de sage-femme

Bien avant la loi de 2004, les sages-femmes étaient fréquemment amenées à suivre des patientes à domicile dans les suites de couches, notamment pour des suivis d'allaitement ou des sorties précoces de la maternité. Le développement de l'enfant et la clinique de la mère étaient des sujets abordés par la sage-femme au cours du suivi à domicile. La sage-femme réalisait donc déjà une partie de la consultation postnatale tout en établissant une relation de confiance et en connaissant les points essentiels qui seraient à relever au cours de l'examen postnatal. La loi de 2004 n'a fait donc que **reconnaître officiellement** une compétence déjà largement utilisée par les sages-femmes depuis des années.

La majorité des sages-femmes libérales qui pratiquent la consultation postnatale semblent **optimistes pour le devenir** de cette nouvelle compétence dans la profession (cf. figure 10).
L'intégration de cet examen dans le **cadre d'un suivi global** des patientes est l'argument le plus fréquemment cité par ces professionnelles.
La pratique du suivi prénatal par un plus grand nombre de sages-femmes apparaît donc comme une condition indispensable pour que la consultation postnatale soit plus largement réalisée.

La **pénurie des gynécologues-obstétriciens**, qui ne cesse de s'accroître, est un autre argument avancé par les sages-femmes pour encourager l'avenir de cet examen. Les départs massifs en retraite de ces médecins et le blocage durant de nombreuses années du numérus clausus font que les délais d'attente pour un rendez-vous chez un gynécologue-obstétricien s'allongent. C'est ainsi que certaines patientes de l'enquête n'avaient pas encore réalisé leurs consultations postnatales huit semaines après l'accouchement.

Ainsi, ce manque de médecins pourrait en réalité redonner la place aux sages-femmes.

Les sages-femmes pourraient alors exploiter pleinement leurs compétences médicales et leur rôle de clinicienne dans la prise en charge des grossesses, des accouchements et des post-partum physiologiques, tandis que les gynécologues-obstétriciens se consacreraient principalement à la pathologie. Les sages-femmes apparaissent donc indispensables pour pallier à cette pénurie, sans que cette « répartition des rôles » ne menace l'activité des gynécologues-obstétriciens. La méconnaissance de la profession médicale de sage-femme et de ses compétences va dans ce sens.

Les **revalorisations tarifaires** des années 1980 à 1991 ont fait que les sages-femmes libérales se sont tournées vers les **activités les plus lucratives** telles que la préparation psychoprophylactique au détriment des consultations prénatales. Cette tendance prévaut encore actuellement.

Par rapport au travail fourni et au temps investi, la rémunération d'un examen postnatal reste faible [32]. Il me semble préjudiciable à long terme de favoriser cette démarche de rentabilité dans l'exercice libéral de la profession au détriment d'un suivi de qualité des patientes.

De plus, une consultation postnatale réalisée par une sage-femme présente un intérêt économique pour la sécurité sociale. En effet, bien que le prix de la consultation ait été revalorisé dernièrement, la rémunération de l'examen postnatal est actuellement de 19 euros, ce qui reste inférieur au prix d'une consultation chez un gynécologue-obstétricien (28 euros) ou encore d'un médecin traitant (22 euros) [33,34]. Ainsi, en favorisant la pratique de l'examen postnatal par les sages-femmes, la sécurité sociale pourrait réaliser des **économies**.

Mon sentiment personnel est qu'une plus grande pratique de la consultation postnatale permettrait au final de favoriser la connaissance de la profession de sage-femme et la reconnaissance de ses compétences auprès des patientes. Cet examen reflète en effet toute la complexité de notre profession, en mêlant à la fois des aspects cliniques et relationnels. Or, en mettant systématiquement en avant de manière excessive leurs capacités relationnelles sans exploiter les nouvelles compétences médicales qui leur sont données, les sages-femmes participent à la méconnaissance de la profession.

Je pense que **la sage-femme libérale peut faire évoluer la profession** pour une plus grande reconnaissance de ses compétences par le public, à condition d'exploiter celles qui lui ont été données jusqu'à présent.

3. PROPOSITIONS

A la suite des différents constats qui ont pu être faits sur la pratique de la consultation postnatale par les sages-femmes libérales, nous pouvons terminer par exposer quelques propositions afin d'améliorer la mise en œuvre de cet examen et de permettre aux sages-femmes d'exploiter pleinement cette compétence.

3.1. L'information des patientes

Les patientes doivent davantage être informées sur la profession et les compétences des sages-femmes. L'information doit porter sur l'importance de cet examen et la possibilité pour les femmes de le faire chez une sage-femme.
L'information doit être donnée par les différents professionnels de santé : en anténatal et au cours du séjour en suites de couches.
Pour se faire, différents moyens pourrait être utilisés : une plaquette explicative sur la consultation postnatale, une liste des sages-femmes libérales qui pratiquent cet examen.
La maternité de Bel-Air a également établi une fiche de liaison adressée au professionnel de santé qui réalise l'examen postnatal concernant le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du séjour de suites de couches à la maternité. Il serait alors intéressant de généraliser cette pratique pour faciliter la réalisation de l'examen postnatal.

Je reste cependant sceptique sur l'impact que pourrait avoir une plus grande diffusion de l'information des patientes. En effet, pour que l'information auprès des femmes puisse prétendre à favoriser l'examen postnatal, il faudrait encore qu'elle soit donnée par des sages-femmes motivées et intimement convaincues de l'importance de cette consultation.

En Gironde, une plaquette explicative consacrée à la profession de sage-femme et de ses compétences (y compris la consultation postnatale) a été envoyée dès janvier 2007 avec le carnet de maternité par la sécurité sociale à toutes les femmes enceintes.

Elaboré par l'Assurance Maladie et l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes, ce document avait pour but de mieux faire connaître la profession aux patientes. Il serait alors intéressant de voir avec le recul si ce genre de plaquettes a eu un réel impact sur l'exercice libéral de la profession, et en particulier sur une éventuelle augmentation de la pratique de la consultation postnatale.

3.2. Les formations professionnelles agréées

La formation continue est une solution envisageable mais impose aux sages-femmes une interruption de leur activité libérale et par conséquent une perte de salaire. Pour éviter cet inconvénient, il faudrait favoriser le développement des Formations Continues Conventionnelles (F.C.C).

En participant à une formation agréée F.C.C., les sages-femmes libérales bénéficient d'une prise en charge des frais de la formation par l'Assurance Maladie et du versement d'une indemnité pour perte de ressources. Diverses conditions doivent cependant être remplies pour bénéficier de cette prise en charge.

La liste des organismes de formation dont les actions de formation sont agréées F.C.C sont facilement accessibles par tous sur Internet ; A.D.C.O, Aspazie, Globalis formation et l'A.N.S.F.L en sont quelques exemples. On retrouve sur le site internet de l'Assurance Maladie les coordonnées de ces différents organismes ainsi qu'une liste des thèmes abordés au cours des formations de l'année 2009 [29,30,31].
Au total, soixante-neuf formations sont proposées sur l'année à venir, dont quatre d'entre elles sont à proprement parler sur l'examen postnatal. Certes, le sujet de la consultation postnatale n'est pas prépondérant et aucune action de formation n'est prévue dans la région Lorraine. Mais si les sages-femmes libérales se donnent les moyens, elles peuvent donc trouver des solutions aux difficultés qu'elles verbalisent.

Augmenter le nombre de formations agrées, en particulier dans des régions où elles sont actuellement absentes, permettrait de réassurer les sages-femmes dans leur exercice et de promouvoir la pratique de la consultation postnatale.

3.3. La formation à l'école de sages-femmes

La formation à l'école de sages-femmes assure déjà de manière complète l'enseignement sur l'examen postnatal.
Cependant, à l'école de sages-femmes de Metz-Thionville, un cours nous a été donné sur l'exercice libéral de la profession en quatrième année. Mais il n'a abordé que les aspects législatifs et n'avait pas pour but de promouvoir réellement cette activité.
De plus, un seul stage en libéral de deux semaines est proposé à quelques élèves au cours de la deuxième phase des études, mais tous les étudiants n'en bénéficient pas.

L'activité libérale de la profession semble être donc un peu écartée de la formation au profit du secteur hospitalier dans lequel « baignent » les étudiants durant quatre années. Or, en tant que sages-femmes hospitalières, nous n'assurons qu'un suivi ponctuel des patientes, de quelques heures en salles de naissances ou de quelques jours en services de suites de couches.

Ainsi, en insistant sur le suivi global de qualité que peut apporter aux patientes une sage-femme libérale et en systématisant les stages en secteur libéral, on pourrait sensibiliser les étudiants sages-femmes à cet aspect de la profession. Ils auraient ainsi une meilleure vision d'ensemble de la profession, et ceci pourrait éventuellement susciter des vocations ultérieures.

3.4. La revalorisation tarifaire

Une revalorisation tarifaire pourrait apparaître comme une motivation supplémentaire pour les sages-femmes et permettrait ainsi de favoriser la pratique de l'examen postnatal. Cette augmentation paraît cependant peu probable compte tenu du contexte économique actuel.

Conclusion

Deux enquêtes ont été réalisées dans le but de faire un état des lieux de la pratique de la consultation postnatale par les sages-femmes libérales, quatre ans après la loi les y autorisant. Les résultats ont permis de montrer, qu'encore actuellement, cet examen s'inscrit difficilement dans l'activité des sages-femmes.

Ce travail a permis de mettre en évidence plusieurs raisons qui peuvent expliquer cette faible pratique :

- Un défaut d'information des patientes sur la profession de sage-femme et ses compétences
- Les difficultés éprouvées par certaines sages-femmes quant à la pratique même de cet examen
- Le faible intérêt que portent réellement les sages-femmes sur la consultation postnatale

L'examen postnatal permet aux sages-femmes libérales d'assurer un suivi global des patientes. Il s'inscrit dans la définition même de notre profession en portant essentiellement sur la prévention le dépistage, ce qui est du rôle de la sage-femme. Cependant, certaines semblent l'oublier.

La pénurie de gynécologues-obstétriciens devrait contribuer à une plus grande pratique de la consultation postnatale par les sages-femmes, et par conséquent à une reconnaissance de la profession autant dans le milieu médical qu'au sein de la société. Cet examen permet effectivement, en même temps que les autres compétences, de faire reconnaître la sage-femme en tant que profession médicale autonome et indépendante, un aspect trop souvent ignoré des patientes qui ne remarque que l'aspect relationnel de la profession.

Au final, la pratique de la consultation postnatale ne semble guère avoir évolué depuis la loi de 2004. Cependant, les patientes ont de plus en plus tendance actuellement à rejeter l'hyper-médicalisation du milieu hospitalier, elles réclament une plus grande écoute et une disponibilité dont elles se sentent lésées.

Certains projets en cours d'élaboration comme l'ouverture de maisons de naissances viennent confirmer ces propos. Nous assistons donc à une demande grandissante de leur part à un retour à la physiologie avec une place plus importante du relationnel, ce qui caractérise parfaitement notre profession. Reste à savoir si les sages-femmes libérales sauront saisir cette opportunité et occuper pleinement leur rôle de clinicienne en exploitant toutes les compétences qui lui ont été données pour se faire.

A l'avenir, nous pourrions également envisager la mise en place de consultations postnatales pratiquées par les sages-femmes hospitalières. Cette mesure permettrait de mieux faire connaître aux femmes la profession de sage-femme et ses compétences, et donc de promouvoir indirectement la pratique de cet examen par les sages-femmes libérales.

BIBLIOGRAPHIE

OUVRAGES :

1. CRIMAIL Ph., HAINAUT F., POULLAIN J-Ch.

La consultation postnatale
Paris : Editions Masson, 1995, 145 pages

2. Entretien de Bichat des sages-femmes 2005

ARCHEN A., JEAN C. *La consultation postnatale : histoire d'un rendez-vous*
ALLARD D. *Stratégie de choix de contraception*
SEGUIN C. *L'évolution de la profession de sage-femme : réalités et perspectives de la loi du 9 août 2004*

3. Docteur WAYNBERG Jacques/ JAROUSSE Noëlla

La sexualité
Paris : Editions Hachette, 1993

COURS :

4. Cours de deuxième année de Madame VIET sur la contraception.

5. Cours de troisième année de Madame MONFORT sur le système hormonal sexuel.

6. Cours de deuxième année de Madame VELLA en sciences humaines et sociales sur la naissance et son environnement.

7. Cours de troisième année de Madame LENY, psychologue clinicienne, en sciences humaines et sociales sur la psychopathologie de la périnatalité.

ARTICLES DE PERIODIQUES :

8. LOISEL Christian

L'importance de la réhabilitation de la sexualité dans le post-partum
Les dossiers de l'obstétrique, février 1994, n°214, pp 23-30

9. JAROUSSE Noëlla

La sexualité et post-partum
Profession sage-femme, mars 1994, n°3, pp 30-32

10. QUEREUX Christian, DRON SERUZIER A., FUCHET D.

Post-partum : quelle contraception ?
Gyn.Obs., février 1995, n°327, pp 24-25

11. BOURGEOIS Marc, SUTTER Anne

Les troubles psychiatriques du post-partum
Gyn.Obs., février 1996, n°346, pp 11-12

12. PICHON Michelle

La dépression du post-partum, le travail de prévention de la sage-femme
Les dossiers de l'obstétrique, décembre 2000, n°289, pp 3-13

13. DUMAS Marlène

La contraception du post-partum
Les dossiers de l'obstétrique, avril 2003, n°315, pp 22-24

14. CROUZET Charlotte

Réflexion concernant la place de la sage-femme dans la sexualité du couple
Les dossiers de l'obstétrique, mars 2006, n°347, pp 6-8

15. Docteur PLOIN Michel

Post-partum : optimiser la méthode contraceptive en tenant compte des besoins réels de la femme
Abstract Gynécologie, février 2008, n°322

MEMOIRES :

16. CLAUDEL Isabelle

Le médecin ou la sage-femme ? Histoire d'un choix
Ecole de sages-femmes de Nancy, 1996

17. FLATRES Natacha

L'incontinence anale dans le post-partum : quelle place pour la sage-femme ?
Ecole de sages-femmes de Metz, 2006

18. FLOQUET Aline

Sexualité du post-partum, être mère et rester femme…
Ecole de sages-femmes de Nancy, 2003

19. GIOVANNONI Célia

Les psychoses du post-partum. La maternité : une période psychologique à risque
Ecole de sages-femmes de Nantes, 2006

20. GOSSOIN Virginie

La consultation postnatale pratiquée par la sage-femme : Etat des lieux 2006 en Gironde (depuis la loi du 9 août 2004)
Ecole de sages-femmes de Bordeaux, 2007

21. MALOT Marilyne

Le point de vue des patientes…sur la contraception du post-partum
Ecole de sages-femmes de Nancy, 2006

SITES INTERNET :

22. Ordre des sages-femmes : *Annuaire des sages-femmes libérales* (consulté le 20 mai 2008). Disponible sur :

http://www.ordre-sages-femmes.fr/bases/annuaire/lib/annuairelib.htm

23. Annuaire pages jaunes : *Liste des sages-femmes libérales* (consulté le 20 mai 2008). Disponible sur :

http://www.pagesjaunes.fr/trouverlesprofessionnels/index.do?portail=google

24. Le code de déontologie de la profession de sage-femme (consulté le 18 mars 2008). Disponible sur :

http://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=B310FD8763127D0C773F3F42D491FDC6.tpdjo12v_1?cidTexte=LEGITEXT000006072635&dateTexte=20040808

25. H.A.S. : *Comment mieux informer les femmes enceintes ?* (consulté le 5 juin 2008). Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes

26. H.A.S. : *Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme* (consulté le 29 juillet 2008). Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272385/strategies-de-choix-des-methodes-contraceptives-chez-la-femme

27. H.A.S. : *Rééducation dans le cadre du post-partum* (consulté le 29 juillet 2008). Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272241/reeducation-dans-le-cadre-du-post-partum

28. Sage-femme formation : *Liste des formations 2009* (consulté le 9 septembre 2008). Disponible sur :

http://www.sagesfemmesformation.com/2009%20LISTE%20DES%20FORMATIONS%202009.pdf

29. L'assurance maladie : *Liste des organismes de formation agréés dans le cadre de la F.C.C. 2009 des sages-femmes* (consulté le 15 février 2009). Disponible sur :

http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/vous-former-et-vous-informer/votre-formation-continue-conventionnelle/les-formations-agreees-f.c.c.-pour-2008-et-2007.php

30. L'assurance maladie : *Les tarifs conventionnels des sages-femmes* (consulté le 2 janvier 2009). Disponible sur :

http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/sages-femmes/votre-convention/les-tarifs-conventionnels.php

ANNEXE 1

QUESTIONNAIRE SAGE FEMME

LA VISITE POSTNATALE ET LES SAGES-FEMMES : UNE ACTIVITE A DEVELOPPER

Je m'appelle FRANKE Sandrine, je suis étudiante sage-femme en fin de troisième année.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude j'étudie auprès des sages-femmes libérales de la Lorraine leur activité en rapport avec l'examen postnatal dont la pratique est autorisée depuis la loi du 9 août 2004 pour les sages-femmes.

Mon objectif est d'établir un état des lieux de cette pratique en découvrant comment et dans quelles conditions les sages-femmes pratiquent cette visite postnatale.

Pour cela, pourriez-vous répondre au questionnaire ci-joint et me le renvoyer, pour faciliter l'exploitation des résultats, dans les trois semaines qui suivent sa réception.
Ce questionnaire comporte sept pages et l'anonymat sera respecté lors de la publication.

Pour toutes les sages-femmes libérales :

1. En quelle année avez-vous eu votre diplôme ? ……

2. Quelles activités pratiquez-vous actuellement ? (plusieurs réponses sont possibles)

- ❑ Préparation à la naissance
- ❑ Consultations prénatales
- ❑ Rééducation périnéale
- ❑ Visites postnatales
- ❑ Plateaux techniques
- ❑ Suivi de grossesses pathologiques
- ❑ Autres :…….

3. Avez-vous eu connaissance de la loi du 9 août 2004 relative à l'élargissement des compétences des sages-femmes, donnant ainsi le droit aux sages-femmes de pratiquer l'examen postnatal dans le cadre d'une grossesse physiologique et d'un accouchement eutocique ?

❑ Oui ❑ Non

4. Depuis cette loi, avez-vous réalisé des examens postnatals ?

❑ Oui ❑ Non

SI NON :

- Pourquoi n'avez-vous pas fait d'examens postnatals jusqu'à maintenant? (plusieurs réponses sont possibles)

- ❑ Vous n'en avez pas éprouvé le désir
- ❑ Vous ne vous sentez pas compétente pour ce type d'examen
- ❑ Vous ne pratiquez pas de suivi prénatal et/ou vous n'avez pas eu de patientes
- ❑ Autres raisons : …….

- Comptez-vous réaliser des examens postnatals par la suite dans le cadre de votre exercice professionnel ?

❑ Oui ❑ Non

Pourquoi ?:
…….....
.....

Pour les sages-femmes libérales qui réalisent des examens postnatals :

5. Depuis combien de temps effectuez- vous des visites postnatales ?.....

6. Combien d'examens postnatals réalisez-vous par an ?

- ❑ Moins de 5
- ❑ Entre 5 et 10
- ❑ Entre 10 et 20
- ❑ Entre 20 et 30
- ❑ Plus :…….

7. Quelle(s) est (sont) la (les) raison(s) qui a(ont) motivé votre choix d'effectuer des visites postnatales ?

……
……

8. Combien de temps en moyenne prenez-vous pour réaliser un examen postnatal ?

- ❑ 20 minutes
- ❑ 30 minutes
- ❑ 45 minutes
- ❑ 1 heure
- ❑ Autres :……...

9. Selon vous, quels sont les grands objectifs de cette consultation ?

……
……
……

10. Quels sont les principaux thèmes que **vous** abordez au cours de la visite postnatale ? (plusieurs réponses sont possibles)

- ❑ Le vécu de la grossesse et de l'accouchement
- ❑ La relation mère-enfant
- ❑ L'allaitement
- ❑ La contraception
- ❑ La rééducation périnéale
- ❑ La sexualité
- ❑ La douleur
- ❑ Le vécu du post-partum
- ❑ Les problèmes uro-gynécologiques
- ❑ Les problèmes de puériculture, soins de l'enfant
- ❑ Autres :…….....
  ……..

11. Quels sont les principaux sujets abordés **spontanément par les patientes** ? (plusieurs réponses sont possibles)

- ❑ Le vécu de la grossesse et de l'accouchement
- ❑ La relation mère-enfant
- ❑ L'allaitement
- ❑ La contraception
- ❑ La rééducation périnéale
- ❑ La sexualité
- ❑ La douleur
- ❑ Le vécu du post-partum
- ❑ Les problèmes uro-gynécologiques
- ❑ Les problèmes de puériculture, soins de l'enfant
- ❑ Autres : …….
  ……...

12. Avez-vous rencontré des difficultés au cours d'examens postnatals ? (plusieurs réponses sont possibles)

- ❑ Défaut de connaissances concernant les différents thèmes abordés

Lesquels :……

- ❑ Défaut de connaissances concernant la loi et les droits de prescription

Lesquels :……

- ❑ Difficultés à dépister certaines pathologies

Lesquelles :…….....

- ❑ Autres :……

13. Connaissez-vous l'existence de formations professionnelles destinées aux sages-femmes concernant l'examen postnatal ?

❑ Oui ❑ Non

Lesquelles :……
……..

14. Avez-vous suivi une(des) formation(s) spécifique(s) pour effectuer des visites post-natales ?

❑ Oui ; précisez : ……..
❑ Non

15. Pensez-vous avoir été suffisamment sensibilisée au cours de votre formation à l'école de sages-femmes quant aux différents thèmes abordés durant une visite postnatale ?

❑ Oui ❑ Non

Précisez :……
…….. ……

16. Quelle est la raison principale, selon vous, qui motive les patientes à venir vous voir pour cette consultation ?

❑ Elles ont été suivies par vous pendant leur grossesse
❑ Elles ont été renseignées par une sage-femme de la maternité
❑ Elles ont été renseignées par un proche
❑ Elles ont eu connaissance de la loi du 9 août 2004
❑ Vous ne savez pas
❑ Autres :……..

17. Pensez-vous que la consultation postnatale a un véritable avenir dans la profession de sage-femme ?

❑ Oui ❑ Non

Pourquoi ?:……
……
……

Je vous remercie pour votre participation et pour avoir rempli avec soin ce questionnaire.

Remarques :……
……

Franke Sandrine

ANNEXE 2

QUESTIONNAIRE ACCOUCHEE

1. Quand avez-vous accouché ?:……

2. Vous venez d'accoucher de votre :

❒ premier enfant ❒ deuxième enfant (et plus)

3. Saviez-vous que depuis une loi de 2004 les sages-femmes pouvaient réaliser la visite post-natale dans le cadre d'une grossesse et d'un accouchement normaux ?

❑ Oui ❑ Non

4. Avez-vous été informée de cette nouvelle compétence pour les sages-femmes à votre sortie de la maternité ?

❑ Oui ❑ Non

5. Avez-vous réalisé la visite postnatale dans les six à huit semaines qui ont suivi votre accouchement ?

❑ Oui
❑ Non ; pourquoi ?:…….
……

6. Si vous n'avez pas encore effectué cette visite et que vous êtes en attente d'un rendez-vous, vous allez réaliser l'examen postnatal chez :

❑ Une sage femme ❑ Un gynécologue

<u>Pour les multipares :</u>

7. En ce qui concerne votre(vos) grossesse(s) antérieure(s), vous aviez réalisé votre(vos) visite(s) postnatale(s) précédente(s) chez :

❒ Une sage-femme ❒ Un gynécologue

8. Avez-vous vu le même interlocuteur lors de vos consultations postnatales précédentes ?

❑ Oui ❑ Non

Si NON, quelle(s) est (sont) la(les) raison(s) qui vous a(ont) fait changée ?
……
……

Pour les femmes qui ont réalisé leur visite postnatale :

9. Vous avez choisi de réaliser votre examen postnatal chez :

- ❑ Une sage-femme
- ❑ Un gynécologue

10. Quelle(s) est(sont) la(les) raison(s) qui a(ont) motivé votre choix ?

……
……

11. Combien de temps a duré votre visite post-natale ?

- ❑ Moins de 20 minutes
- ❑ 30 minutes
- ❑ 45 minutes
- ❑ 1 heure
- ❑ Plus :……..

12. Quels sont les principaux thèmes qui ont été abordé au cours de cette consultation ? (plusieurs réponses sont possibles)

- ❑ Votre vécu de la grossesse et de l'accouchement
- ❑ La relation avec votre enfant
- ❑ L'allaitement
- ❑ La contraception
- ❑ La rééducation périnéale
- ❑ La sexualité
- ❑ La douleur
- ❑ Votre vécu « d'après l'accouchement »
- ❑ Les problèmes uro-gynécologiques (incontinence urinaire et anale entre autres)
- ❑ Les problèmes de puériculture, les soins de l'enfant
- ❑ Autres :…….

13. Qu'attendiez-vous de cette visite ? (plusieurs réponses sont possibles)

- ❑ Un examen médical
- ❑ Un temps d'échange, de dialogue
- ❑ Un moyen de contraception
- ❑ Des conseils
- ❑ Des réponses
- ❑ Autres :……..

14. Vos attentes ont-elles été satisfaites ?

- ❑ Oui
- ❑ Non ;

pourquoi ?:……...
…….....

ANNEXE 3

Article L.4151-1

(Loi n°2004-806 du 9 août 2004, art.101 Journal Officiel du 11 août 2004)

« L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.4151-2 à L.4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie des sages-femmes. »

« L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et l'accouchement a été eutocique. »

Article R.2122-3

« Un examen médical postnatal doit être obligatoirement effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement ».

Article L.2122-1 du Code de la santé publique :

(Loi n°2004-806 du 9 août 2004, art.101 Journal Officiel du 11 août 2004)

« Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme.»

« La déclaration de grossesse peut être effectuée par une sage-femme. Lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin. »

Article L.4151-3 du Code de la

santé publique

(Loi n°2004-806 du 9 août 2004, art.101 Journal Officiel du 11 août 2004)

« En cas de pathologie maternelle, fœtale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques. »

Article R.4127-312 du Code de la santé publique

« La sage-femme est libre dans ses prescriptions dans les limites fixées par l'article L.4151-4 du code de la santé publique. Elle doit dans ses actes et ses prescriptions observer la plus stricte économie compatible avec l'efficacité des soins et l'intérêt de sa patiente. »

Article L.4151-4 du Code de la santé publique :

(Loi n°2004-806 du 9 août 2004, art.104 II Journal Officiel du 11 août 2004)

(Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005, art. 37 IV Journal Officiel du 20 décembre 2005)

« Les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. »

« Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurants sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »

Article L.5134-1 du code de la santé publique

(Loi n°2004-806 du 9 août 2004, art.102 I Journal Officiel du 11 août 2004)

« II. (…) Les sages-femmes sont habilitées à prescrire les diaphragmes, les capes, ainsi que les contraceptifs locaux. La première pose du diaphragme ou de la cape doit être faite par un médecin ou une sage-femme. »

« III. Les sages-femmes sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen postnatal et après une interruption volontaire de grossesse. »

Article R4127-318
(Décret nº 2006-1268 du 17 octobre 2006 art. 3 Journal Officiel du 18 octobre 2006)

I. - Pour l'exercice des compétences qui lui sont dévolues par l'article L. 4151-1, la sage-femme est autorisée à pratiquer notamment :

1º L'échographie dans le cadre de la surveillance de la grossesse ;
2º Le frottis cervico-vaginal au cours de la grossesse et lors de l'examen postnatal mentionné à l'article L. 2122-1 ;
3º L'amnioscopie de fin de grossesse ;
4º La surveillance électronique de l'état du foetus et de la contraction utérine pendant la grossesse et au cours du travail ;
5º Le prélèvement de sang foetal par scarification cutanée et la mesure du pH du sang ;
6º L'oxymétrie du pouls foetal ;
7º L'anesthésie locale au cours de l'accouchement ;
8º L'épisiotomie, la réfection de l'épisiotomie non compliquée et la restauration immédiate des déchirures superficielles du périnée ;
9º La réanimation du nouveau-né dans l'attente du médecin ;

10º La délivrance artificielle et la révision utérine, à l'exclusion des cas d'utérus cicatriciels ; en cas de besoin, la demande d'anesthésie auprès du médecin anesthésiste-réanimateur peut être faite par la sage-femme ;
11º Le dépistage des troubles neuro-sensoriels du nouveau-né ;
12º La surveillance des dispositifs intra-utérins ;
13º La rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement.

Arrêté du 27 juin 2006 fixant la liste des dispositifs médicaux que les sages-femmes sont autorisées à prescrire

Le ministre de la santé et des solidarités et le ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille,

Vu le code de la santé publique, et notamment l'article L. 4151-4,

Arrêtent :

Article 1

A l'exclusion des produits et matériels utilisés pendant la séance, les sages-femmes sont autorisées, dans le cadre de l'exercice de leur compétence, à prescrire à leurs patients les dispositifs médicaux suivants :

1. Ceinture de grossesse de série ;

2. Orthèse élastique de contention des membres inférieurs ;

3. Sonde ou électrode cutanée périnéale ;

4. Electrostimulateur neuromusculaire pour rééducation périnéale ;

5. Pèse-bébé ;

6. Tire-lait ;

7. Diaphragme ;

8. Cape cervicale ;

9. Compresses, coton, bandes de crêpe, filet tubulaire de maintien, suture adhésive et sparadrap.

Article L. 4153-1

« La formation continue a pour finalité le perfectionnement des connaissances et l'amélioration de la qualité des soins. »
« La formation continue est obligatoire pour toutes les sages-femmes en exercice. (…) »

Article R4127-304

(Décret nº 2006-1268 du 17 octobre 2006 art. 2 Journal Officiel du 18 octobre 2006)

« La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances dans les conditions prévues par l'article L. 4153-1. »

ANNEXE 4

Echelle EPDS
(Edinburg Postnatal Depression Scale)

Auto-questionnaire de dépistage de la dépression post-partum A utiliser 6-8 semaines après l'accouchement		
1. Dans les sept derniers jours, j'ai été capable de rire et de voir le bon côté des choses	Autant que d'habitude	0
	Pas tout à fait autant que d'habitude	1
	Moins souvent que d'habitude	2
	Pas du tout	3
2. J'ai été dans l'attente heureuse des événements à venir	Plus que jamais	0
	Un peu moins qu'avant	1
	Vraiment moins souvent qu'avant	2
	Presque jamais	3
3. Je me suis adressée des reproches inutiles quand les choses allaient mal	Oui, presque toujours	3
	Oui, parfois	2
	Pas souvent	1
	Non, jamais	0
4. J'ai été anxieuse ou préoccupée sans raison valable	Non, pas du tout	0
	Presque jamais	1
	Oui, parfois	2
	Oui, très souvent	3
5. J'ai été effrayée ou paniquée sans raison valable	Oui, souvent	3
	Oui, parfois	2
	Non, pas très souvent	1
	Non, pas du tout	0
6. Je suis dépassée par les événements	Oui, la plupart du temps	3
	Oui, parfois	2
	Non, presque jamais	1
	Non, pas du tout	0

7. J’ai été si malheureuse que cela m’empêche de dormir	Oui, la plupart du temps	3
	Oui, parfois	2
	Pas trop souvent	1
	Jamais	0
8. Je me suis sentie triste ou malheureuse	Oui, la plupart du temps	3
	Oui, assez souvent	2
	Parfois	1
	Jamais	0
9. Je me suis sentie si malheureuse que j’en ai pleuré	Oui, la plupart du temps	3
	Oui, assez souvent	2
	Parfois	1
	Jamais	0
10. J’ai eu l’idée de me faire du mal	Oui, assez souvent	3
	Parfois	2
	Presque jamais	1
	Jamais	0
TOTAL		

Résultats:
La personne doit remplir selon ce qu'elle ressentait pendait les sept derniers jours et non uniquement aujourd'hui
Un score > 12 signifie une dépression post-partum probable
Il conviendra alors de la confirmer par d'autres échelles d'évaluation

ANNEXE 5

Le test de la situation étrange de Mary Ainsworth ou le testing de l'attachement

Il s'agit d'une procédure expérimentale qui consiste à placer un bébé dans une pièce inconnue avec une étrangère et à le confronter au départ, puis au retour de sa mère. Il s'agit d'une procédure expérimentale qui consiste à placer un bébé dans une pièce inconnue avec une étrangère et à le confronter au départ, puis au retour de sa mère et de définir son type d'attachement.
On distingue ainsi quatre grands types d'attachement :

- Sécure (B) : Face à l'étranger il va être timide et va s'adapter lentement, il pleure quand la maman part mais l'étranger peut le calmer, quand la maman revient il va l'embrasser et retourne à ses jouets. Quand il est seul, il est inquiet mais il sait que sa mère va revenir.

L'enfant sait qu'il est aimé et aura une bonne image de soi-même. Il aura la base pour une bonne relation. 50-60% des enfants sont dans cette tranche.

- Insécure évitant (A) : La personne maternante est rejetante ou hostile de façon prévisible. Elle n'aime pas l'enfant, ne lui montre pas d'affection. L'enfant es insensible au départ de la mère. L'enfant ne fait pas de différence entre sa mère et d'autres personnes. L'enfant ne cherche pas son contact et se retire dans son monde. Ce sont des enfants souvent seuls et qui n'ont donc pas confiance en qui que se soit. Inhibés et méfiants, ils favorisent le cognitif, négligent l'affectif.

- Attachement ambivalent (C) : La personne maternante est rejetante de façon imprévisible. L'enfant n'est sûr de rien. L'enfant cherche le contact avec la mère, pleure lorsqu'elle part, mais ne se calme pas à son retour. L'enfant reste anxieux, il ne sera jamais rassuré. Il se méfie aussi des étrangers. L'enfant se protège en s'adaptant. Il anticipe la réaction des autres, favorise l'affectif et néglige le cognitif. Le risque est une évolution vers la dépression et les troubles du comportement.

- Insécure désorganisé (A/C) : L'enfant vit dans une instabilité sur tous les plans. Il ne peut en aucune façon faire confiance aux adultes. La personne maternante est imprévisible et abusive. Elle est rejetante et aimante à la fois, de façon tout à fait incompréhensible. L'enfant est désorienté, il perd toute confiance en soi. Ses réactions sont imprévisibles, violentes et démontrent une grande détresse (reflet de sa mère). Il cherchera alternativement à subir et à manipuler ses relations.

ANNEXE 6

LISTE DES CONTRE-INDICATIONS A LA CONTRACEPTION OESTROPROGESTATIVE

Contre-indications absolues :

- Maladie thrombo-embolique, accident vasculaire cérébral, hypertension artérielle
- Cardiopathie
- Insuffisance hépatique active, insuffisance rénale sévère
- Cancer du sein, cancer de l'utérus
- Tumeur hypophysaire
- Saignement vaginal de cause non identifiée
- Grossesse suspectée ou confirmée
- Porphyrie, lupus
- Tabagisme chez la femme âgée de plus de 35 ans

Contre-indications relatives

- Tabac
- Hyperlipidémie
- Diabète
- Obésité
- Epilepsie
- Varices
- Fibrome
- Femme âgée de plus de 40 ans

LISTE DES CONTRE-INDICATIONS A LA CONTRACEPTION PROGESTATIVE

- Cancer du sein, cancer de l'utérus
- Insuffisance hépatique
- Saignement gynécologique non identifié
- Grossesse suspectée ou confirmée

LISTE DES CONTRE-INDICATIONS AU DISPOSITIF INTRA-UTERIN

- Infection génitale évolutive
- Femme à haut risque d'infection sexuellement transmissible
- Saignement gynécologique non identifié
- Troubles de l'hémostase et traitement anticoagulant
- Stérilet non adaptable à la cavité utérine (béance, sténose, malformation utérine)
- Cardiopathie valvulaire
- Utérus cicatriciel autre que césarienne
- Allergie au cuivre
- Grossesse

ANNEXE 7 : MODELE BERCER

Bienvenue. En pratique, en dehors de l'accueil en lui-même de la consultante et de la présentation du soignant, la première phase vise essentiellement à favoriser une relation d'équivalence et à rassurer la consultante. Le soignant l'assure de la confidentialité des entretiens et présente le rôle, les objectifs et le déroulement possibles de la ou des consultations.

Entretien. La phase d'entretien se veut interactive. Elle a pour objectif prioritaire le recueil d'informations sur la femme, son état de santé, ses besoins propres et ses éventuels problèmes. Elle donne lieu à un « entretien » et à un examen clinique. Au cours de cet entretien, le soignant explore en complément de la clinique le contexte de vie de la consultante, son expérience en matière de contraception, sa vision des choses. Cette phase est propice au développement d'un diagnostic éducatif.

Renseignement. La phase de renseignement est également individualisée, elle vise à la délivrance par le soignant d'une information hiérarchisée et sur mesure, compréhensible et adaptée au rythme et aux connaissances de la consultante. Il est essentiel que le soignant s'assure de la compréhension de l'information qu'il aura fournie. Celle-ci concerne en particulier les méthodes qui intéressent la consultante ou qu'elle préfère (leurs bénéfices, leurs CI, les risques graves, même exceptionnels, leur intérêt, leurs inconvénients, leurs coûts). Le soignant l'informe des options et alternatives qu'il juge adaptées à sa situation personnelle. Il est possible de fournir un document écrit en complément de l'information orale.

Choix. Le soignant souligne que la décision finale appartient à la consultante seule. Pour l'aider à la décision, son attention et sa réflexion peuvent être attirées sur des projets personnels, sa situation de famille, ses préférences et les préférences éventuelles de son partenaire, les bénéfices et les risques des différentes méthodes, les conséquences de son choix. Le soignant s'attache également à faire réfléchir la femme sur la possibilité qu'elle a, compte tenu de sa trajectoire personnelle, de respecter la méthode. Il s'assure au final de son plein accord et de l'absence de réticences vis-à-vis de la méthode choisie.

Explication. La phase d'explication est orientée sur l'explication de la méthode et de son emploi et vise, s'il y a lieu, à l'établissement d'une prise en routine (par ex. des conseils sur la prise à heure régulière d'une pilule, le soir après un repas). En pratique, elle comprend si possible une démonstration de son usage et peut avantageusement même donner lieu à un apprentissage avec manipulation par la consultante elle-même. Le soignant renseigne la consultante sur les possibilités de rattrapage en cas de problème et lui indique où et dans quelles conditions elle peut se procurer ces différentes méthodes. Sont enfin abordées les raisons médicales qui peuvent justifier son retour ainsi que la programmation et la planification de la consultation suivante.

Retour. Les consultations de suivi sont l'occasion de réévaluer la méthode et de vérifier qu'elle est adaptée à la personne (au besoin de corriger son emploi) et que celle-ci en est satisfaite. Ces consultations sont également l'opportunité de compléter la contraception ou éventuellement de changer de méthode si la méthode choisie se révèle inadaptée (en raison par ex. d'effets indésirables) ou insuffisante (en raison par ex. d'une exposition aux IST). Le cas échéant sont notamment abordés les points qui n'auront pu être évoqués lors de la ou des précédentes consultations. Le soignant s'intéresse également aux questions que se pose la consultante et s'attache à résoudre les problèmes, cliniques ou d'emploi, qu'elle a pu rencontrer dans l'intervalle des 2 consultations. Il prend en compte les modifications de sa trajectoire individuelle et sociale. L'entretien se termine par la programmation et la planification de la consultation suivante.

ANNEXE 8 : ECHELLE CONTILIFE

Echelle MHU : mesure quantitative des différents symptômes urinaires.

Score	0	1	2	3	4	Scores
Impériosité mictionnelle	Absente	Délai de sécurité entre 10 et 15 min. ou caractère immédiatement pressant du besoin d 'uriner sans fuite	Délai de sécurité entre 5 et 10 minutes	Délai de sécurité entre 2 et 5 minutes	Délai de sécurité <2 minutes	Score impériosité
Fuite urinaire par impériosité	Absente	Moins d'une fois/mois	Plusieurs fois/mois	Plusieurs fois/semaine	Plusieurs fois/jour	fuite =
Fréquence mictionnelle diurne	Intervalle mictionnel >2h	Intervalle mictionnel De 1 h 30 a2 heures	Intervalle mictionnel de 1 heure	Intervalle mictionnel de 1/2 heure	Intervalle mictionnel <1/2 heure	Score pollakiurie =
Fréquence mictionnelle nocturne	0 ou 1 miction/nuit	2 mictions/nuit	3-4 mictions/nuit	5-6 mictions/nuit	Plus de 6 mictions/nuit	
Incontinence urinaire a l'effort	Absente	Lors des efforts violents (sport, course)	Lors des efforts moyens (quinte de toux, éternuement, soulèvement, rire)	Lors des efforts faibles (toux isolée, marche, accroupissement mouvement brusque)	Au moindre changement de position	Score fuite effort =
Autre incontinence	0	en gouttes post-mictionnelles énurésie (> 1/mois)	- paroxysme émotionnel - énurésie (1/semaine)	- énurésie (plusieurs/ semaine)	- fuites permanentes goutte a goutte - énurésie (1/jour)	Score autre
Dysurie rétention	0	- dysurie d'attente, dysurie terminale	- poussées abdominales - jet hache	- poussées manuelles - miction prolongée, sensation résidu	- cathétérisme	Score dysurie =

RESUME

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique autorise les sages-femmes à pratiquer la consultation postnatale « si la grossesse a été normale et l'accouchement a été eutocique ». L'objectif de ce mémoire était donc d'établir un état des lieux sur la réalisation de cet examen par les sages-femmes libérales de Lorraine.

Pour se faire deux études ont été réalisées : l'une auprès des sages-femmes afin d'évaluer leur pratique et leurs difficultés, l'autre auprès d'accouchées pour connaître leur niveau d'information et leurs attentes concernant cet examen.

Nous avons ainsi pu constater que la consultation postnatale s'inscrit difficilement dans l'activité des sages-femmes en raison d'une pratique insuffisante de suivi prénatal et d'un manque d'information des patientes.

Dans l'avenir, la pénurie de gynécologues-obstétriciens et la critique de l'hyper-médicalisation par les patientes devrait contribuer à une plus grande pratique de la consultation postnatale par les sages-femmes. Ceci permettrait par conséquent d'obtenir une plus grande reconnaissance de la profession de sage-femme autant dans le milieu médical qu'au sein de la société.

Des pré-requis semblent cependant indispensables : une meilleure information des patientes sur nos compétences médicales et une plus grande motivation des sages-femmes elles-mêmes concernant cet examen.