

La visite postnatale

Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF

Date de création du document 01/03/11

Table des matières

SPECIFIQUE :	3
I Définition	5
II Objectifs de la consultation	6
III Déroulement de la consultation	7
III.1 L'interrogatoire	7
III.1.1 Interrogatoire et analyse du dossier médical obstétrical	7
III.1.2 Psychopathologie périnatale	8
III.1.2.1 Psychoses aiguës du post-partum	8
III.1.2.2 Dépression maternelle du post-partum	8
III.1.3 Évaluation de l'existence d'une incontinence urinaire d'effort et anale	10
III.1.4 Évaluation de la sexualité et de la qualité de vie	10
III.2 L'examen clinique	10
III.2.1 L'état général	10
III.2.2 L'examen sénologique	10
III.2.3 L'examen gynécologique	11
III.2.3.1 Le périnée	11
III.2.3.2 L'examen au spéculum et la réalisation du frottis cervico-vaginal	11
III.2.3.3 Le toucher vaginal	11
III.3 Les prescriptions	12
III.4 La prévention	12
IV Bibliographie	14
V Annexes	16

PRÉ-REQUIS

- Les modifications physiologiques de l'organisme maternel pendant la grossesse et du post-partum
- L'accouchement (déroulement du travail, expulsion, délivrance)
- Les suites de couches
- Alimentation du nouveau-né (maternel et artificiel)
- Développement psychomoteur du nourrisson, surveillance du nouveau-né dans les 30 premiers jours, compétences sensorielles du nouveau-né, rythmes de vie
- Psychologie de la naissance (psychologie et grossesse, la naissance et son environnement, fonction maternelle, fonction paternelle, psychologie du post-partum)
- Contraception et régulation des naissances
- Dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens

OBJECTIFS

SPECIFIQUE :

- Savoir réaliser la consultation postnatale d'un point de vue médical et psychologique

Le cadre législatif de l'examen postnatal est inscrit dans l'Article R 2122-3 : (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072665&idArticle=LEGIARTI000006911200&dateTexte=vig>) du Code de la Santé Publique (Code de la Santé Publique) du 27 mai 2003 : « **Un examen médical postnatal doit être obligatoirement effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement** ».

L'examen postnatal est réalisé lors d'une consultation médicale effectuée par un médecin ou une sage-femme. Art. L-4151-1 (<http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006688927&cidTexte=>) du CSP (modifié par la loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, titre VI, article 101) : « L'examen

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

La réalisation de la consultation postnatale est prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale, au tarif conventionnel, dans le cadre de l'Assurance maternité.

I DÉFINITION

La période du post-partum s'étend de la fin de l'accouchement jusqu'au retour de couches (6 à 8 semaines après l'accouchement). L'OMS parle de morbidité et mortalité postnatale jusqu'au 42ème jour après l'accouchement.

C'est une période de bouleversements physiques, psychiques et familiaux (période clef pour la mise en place de la relation mère-enfant, de la découverte du nouveau-né, de mutations familiales). Le post-partum est donc une période à risque de difficultés, parfois de complications médicales et aussi de complications liées aux bouleversements de tous les repères, en particulier lorsqu'il s'agit d'un premier enfant. Pour ces raisons, cette période mérite un suivi et une attention particulière.

II OBJECTIFS DE LA CONSULTATION

- Affirmer le retour à un état de santé physiologique de la mère sur le plan médical et psychologique.
- Évaluer brièvement l'état de santé de l'enfant.
- Évaluer l'établissement du lien mère-enfant.
- Réaliser un bilan de l'évolution clinique et paraclinique d'une ou plusieurs pathologies gravidiques ou préexistantes à la grossesse (compétence du médecin généraliste ou spécialiste).
- Réaliser un bilan gynécologique.
- Évaluer la nécessité d'une rééducation périnéale et si besoin la prescrire.
- Adapter la contraception aux besoins et souhaits de la patiente et/ou du couple et si besoin la prescrire.

La consultation postnatale permet de discuter avec la femme du vécu de l'accouchement et des suites de couches et des éventuelles complications en période postnatale.

La femme doit être encouragée à parler de la qualité des relations avec l'enfant et de toutes les questions qui la préoccupent comme le sommeil, l'alimentation, les pleurs de l'enfant, etc.

Les signes évocateurs d'une dépression du post-partum, en particulier chez les femmes ayant présenté une dépression pendant la grossesse ou lors d'une grossesse précédente (utiliser l'échelle Edinburgh Postnatal Depression Scale), doivent être recherchés. Dans ce cas, la qualité de l'environnement affectif doit être appréciée, ainsi que l'existence d'aides pour les soins quotidiens auprès de l'enfant (conjoint, grands-parents, etc.).

Des questions sur l'intimité du couple comme la reprise des rapports sexuels doivent être abordées ainsi que les difficultés éventuelles.

La consultation doit être l'occasion de faire un examen gynécologique, de réaliser un frottis de dépistage s'il date de plus de 3 ans, d'aborder le mode de contraception souhaité par la femme ou le couple, les vaccinations nécessaires, la rééducation du post-partum (prises en charge périnéo-sphinctérienne, pelvi-rachidienne et de la sangle abdominale) après évaluation du plancher pelvien, de la ceinture abdominale et du rachis et évaluation de la douleur dans chacun de ces domaines. Cette consultation médicale a aussi un rôle éducatif et préventif.

III DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION

La Visite Postnatale (VP) est un temps d'échange primordial. Lors de celle-ci, le praticien effectue un bilan de l'état de santé physique et psychologique de la mère afin de s'assurer du retour à l'état physiologique. C'est aussi le moment de réaliser un bilan de l'état de santé de l'enfant, de donner des conseils adaptés sur son rythme de vie (état veille-sommeil).

III.1 L'INTERROGATOIRE

Les éléments recherchés sont :

- l'appréciation de l'état général de la mère et de son enfant depuis la sortie de la maternité ;
- l'évaluation du psychisme. La fatigue est normale, mais pas la tristesse ni les pleurs. C'est à cette consultation qu'on peut déceler des signes évocateurs de dépression postnatale ;
- le bilan de l'allaitement ;
- l'évaluation de l'existence d'une incontinence urinaire d'effort et anale ;
- l'évaluation de la contraception en cours et à venir.

III.1.1 Interrogatoire et analyse du dossier médical obstétrical

- Antécédents familiaux : cancer du sein, de l'utérus, de l'ovaire.
- Antécédents gynécologiques : cycles réguliers, contraception, infection, date du dernier frottis cervico-vaginal.
- Antécédents obstétricaux : parité, pathologies gravidiques, terme d'accouchement, naissance avec extraction instrumentale, hémorragie de la délivrance, périnée cicatriciel, poids du nouveau-né, déroulement des suites de couches (hyperthermie ? phlébite ?...).
- Récupérer les bilans biologiques, radiologiques ou anatomo-pathologiques éventuels.
- Conditions socio-économiques et addictions.
- Indice de masse corporelle et prise poids pendant la grossesse.
- Traitement de sortie et/ou traitement en cours.
- Surveillance néonatale : ictère, poids de sortie, mode d'alimentation à la sortie de la maternité.

- État général actuel du nourrisson : sommeil, développement psychomoteur, alimentation actuelle (la prise de poids est de 15 à 30 g/j soit 200 g/semaine les 3 premiers mois. Voir courbes (poids garçon/fille : <http://solidarilait-idf.over-blog.com/article-25039997.html>) et (taille garçon/fille : http://audipog.inserm.fr/pdf/courbes_taille.pdf)
- Observation du comportement du nourrisson s'il est présent.
- Évaluer la relation mère-enfant et l'état psychologique de la patiente (interaction mère-enfant, entourage, aide, place du père, conditions générales de la vie de famille, conditions sociales, reprise du travail, mode de garde) à la recherche d'une pathologie dépressive du post-partum.

III.1.2 Psychopathologie périnatale

III.1.2.1 Psychoses aiguës du post-partum

- Fréquence : 2/5000.
- Débutent dans les 2 à 3 premières semaines après l'accouchement.
- Les signes cliniques sont : agitation maniaque, physique et psychique, les états mélancoliques profonds ou les bouffées délirantes.
- Il existe un risque de suicide ou infanticide.
- Nécessite une hospitalisation en milieu psychiatrique.

III.1.2.2 Dépression maternelle du post-partum

- Fréquence : 10 à 15 %.
- Débutent dans les 6 à 8 semaines du post-partum.
- Les signes cliniques sont : la tristesse, l'anxiété, le désintérêt, le sentiment d'incapacité.
- Les symptômes sont souvent cachés par la culpabilité à ne pas être dans le bonheur.

L'utilisation du Questionnaire d'Évaluation d'un État Dépressif (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*) est un outil adapté. En fonction des résultats, une prise en charge adaptée sera proposée.

Edinburgh Postnatal Depression Scale ou échelle de Cox

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

Edinburgh Postnatal Depression Scale ou échelle de Cox (Partie 2)

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

Edinburgh Postnatal Depression Scale ou échelle de Cox (Partie 3)

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 pendant 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		

III.1.3 Évaluation de l'existence d'une incontinence urinaire d'effort et anale

- **Présence d'une incontinence d'urines** au repos ou à l'effort, impériosité mictionnelle, urgences mictionnelles ou **pollakiurie** (cf *Glossaire*) diurne (> 6 mictions) ou nocturne (> 2), dysurie, incontinence par regorgement ; en cas d'Incontinence Urinaire d'effort (IUE) on devra quantifier l'importance de l'IUE.
- **Présence d'une incontinence anale** au gaz ou au fèces, troubles de la défécation. En savoir plus : Le dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/troublesperineo/site/html/> .

III.1.4 Évaluation de la sexualité et de la qualité de vie

- **Troubles sexuels** : impression de béance vulvaire, gaz intravaginaux, perte de sensibilité vulvovaginale, dyspareunie d'intromission par obstacle, saignements postcoïtaux, gêne liée à l'organe prolabé.
- **Altération de la qualité de vie** : appréciée par des échelles spécifiques (*Ditrovie*) qui comportent des questions sur l'activité physique, sportive, le travail, l'anxiété...

III.2 L'EXAMEN CLINIQUE

III.2.1 L'état général

L'état général de la patiente doit être rapidement apprécié, notamment sa morphologie (poids, taille), la mesure de la tension artérielle, l'éventuelle anémie, l'examen clinique des membres inférieurs, la disparition ou la persistance d'une pathologie gravidique.

III.2.2 L'examen sénologique

En absence d'allaitement en cours, on doit retrouver à l'examen, des seins souples sans perception de nodule ou de signe évocateur de cancer.

La palpation doit être accompagnée de celle des aires ganglionnaires axillaires et sus-claviculaires.

En savoir plus : l'examen clinique en gynécologie : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html> (Actuellement non disponible)

En cas d'allaitement en cours, l'examen des seins recherchera l'absence de complications mammaires liées à celui-ci.

(En savoir plus : L'allaitement : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/liste-1.html>) (Actuellement non disponible)

III.2.3 L'examen gynécologique

III.2.3.1 Le périnée

L'inspection permet de mettre en évidence une éventuelle béance vulvaire, une mauvaise cicatrisation de la suture d'épisiotomie ou d'une déchirure périnéale.

Lors du toucher vaginal, la qualité des muscles releveurs de l'anوس est appréciée par le testing des releveurs.

En savoir plus : Le dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/liste-1.html> (Actuellement non disponible)

Si nécessaire, la prescription de séances de rééducation périnéale pourra limiter les risques d'apparition de problèmes urinaires.

III.2.3.2 L'examen au spéculum et la réalisation du frottis cervico-vaginal

L'examen du col au spéculum permet de vérifier son aspect sain ou non, l'existence ou non de leucorrhées pathologiques.

Un frottis cervico-vaginal sera effectué, s'il date de plus de 3 ans (recommandation Haute Autorité de Santé (HAS)).

Le vagin est examiné en retirant le spéculum à la recherche de leucorrhées, de lésions. On note sa trophicité et la bonne cicatrisation d'éventuelles cicatrices obstétricales. L'étude du vagin est également capitale dans la classification des prolapsus.

III.2.3.3 Le toucher vaginal

Il est combiné au palper abdominal.

La main abdominale « ramène » vers les doigts vaginaux l'utérus et les annexes.

Le Toucher Vaginal permet d'apprécier les éléments suivants :

- La face postérieure de la vessie et l'urètre terminal,
- Le col utérin dans sa consistance, son volume, sa forme, sa mobilité, sa longueur, son ouverture,
- Le vagin et son cul-de-sac postérieur,
- Le corps utérin dans sa taille, sa position, sa forme, sa consistance, sa mobilité et sa sensibilité,
- Les annexes et notamment les ovaires sont palpables à travers les culs-de-sac vaginaux latéraux.

*En savoir plus : l'examen clinique en gynécologie : <http://www.uvmaf.org/liste-1.html>
(Actuellement non disponible)*

III.3 LES PRESCRIPTIONS

La prescription de la contraception constitue, avec celle de la rééducation périnéale, un temps fort de la visite postnatale.

Le choix de la contraception se fera en fonction du désir et de l'acceptabilité de la patiente et/ou du couple, de contre-indications et de la poursuite éventuelle de l'allaitement.

À la sortie de la maternité, la contraception choisie est souvent temporaire et la visite postnatale permet de faire le point sur les contraceptions antérieures utilisées, les éventuelles difficultés rencontrées et les besoins actuels.

Il faut tenir compte du fait qu'aucune méthode n'est idéale pour tous et pour toute la vie. Certains critères peuvent entrer en ligne de compte pour le choix d'une méthode contraceptive, soit : l'efficacité théorique et pratique, l'acceptabilité, l'accessibilité, la fréquence des relations sexuelles, le nombre de partenaires et la réversibilité. De plus, il est important de se rappeler le principe suivant : l'efficacité de chaque méthode est proportionnelle au degré de motivation des partenaires, au respect des conditions d'utilisation, ainsi qu'au niveau de participation des conjoints.

(En savoir plus : La régulation de naissances : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/liste-1.html> (Actuellement non disponible).

III.4 LA PRÉVENTION

La visite postnatale constitue un moment privilégié pour la prévention de la santé des mères et des enfants et pour les grossesses ultérieures.

- Mise à jour des vaccinations de la mère :
 - rubéole (prévention de la transmission materno-fœtale),
 - coqueluche : vaccin coquelucheux acellulaire associé à la diphtérie, poliomyélite et tétanos (prévention de la transmission chez le nourrisson),
 - varicelle (hors compétence sage-femme et hors calendrier vaccinal obligatoire) (prévention de la transmission chez le nourrisson) ;
- Dépistage des conséquences de la pathologie gravidique ;
- Évaluation du risque de récurrence lors de grossesse ultérieure, de pathologies : vasculaire, thrombophilie, pré-éclampsie, HTA gravidique, diabète gestationnel, accouchement prématuré, cholestase gravidique, HRP... ;
- Informer sur les mesures préventives (consultation préconceptionnelle, conseil génétique...).

=> Conclusion d'une grossesse... Préambule à la suivante : information des patientes, avis spécialisés, anticiper la prise en charge.

IV BIBLIOGRAPHIE

ANAES / Service recommandations et références professionnelles / Février 2000 ; (Bilans et techniques de rééducation périnéo-sphinctérienne pour le traitement de l'incontinence urinaire chez la femme à l'exclusion des affections neurologiques ; : http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_271901/bilans-et-techniques-de-reeducation-perineo-sphincterienne-pour-le-traitement-de-lincontinence-urinaire-chez-la-femme-a-l'exclusion-des-affections-neurologiques)

BYDLOWSKI Monique, (Psychopathologie périnatale : du blues à la dépression maternelle postnatale (DPN), : <http://www.gyneweb.fr/Sources/obstetrique/blues.htm>)

Avis du Haut conseil de la santé publique, BEH 31-32 / 24 juillet 2007, p.271-275 Avis du Haut conseil de la santé publique, BEH 31-32 / 24 juillet 2007, p.271-275

Contraception après la naissance : <http://www.sicsq.org/contraception/contrApresNaiss.htm> , Service d'Information en Contraception et Sexualité de Québec,

« Detection of postnatal depression. Development of the 10 item Edinburgh Postnatal Depression Scale », British Journal of Psychiatry, 1987; 150: 782-786

Nombre de consultations pré et postnatales. Recommandations professionnelles: « Comment mieux informer les femmes enceintes ? », 2005, avril, p.10

JARDRI Renaud Le dépistage de la dépression postnatale: revue qualitative des études de validation de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale, Devenir 2004/4 (Vol. 16)

KELLER, Marie Josée. La consultation post-natale : modalités de la consultation physiologique. 34èmes Assises Nationales des sages-femmes, 17ème session européenne, 2006, mai, p. 65-67

PONTE, Carène ; NGUYEN, Françoise ; POULAIN, Marie-Agnès. Quel est le rôle de la sage-femme dans le cadre de la consultation post-natale ? 40 questions sur le métier de sage-femme, 2007, avril, p. 109- 111

Recommandations pour la pratique clinique, Rééducation dans le cadre du post-partum, Synthèse des recommandations, ANAES / Service des recommandations professionnelles / Décembre 2002

CONCLUSION

La visite postnatale est un temps important qui a pour objectif d'évaluer l'état de santé physique et mental de la mère après l'accouchement, de proposer une contraception adaptée aux besoins de celle-ci et/ou du couple et de prescrire d'éventuelles séances de

rééducation périnéo-sphinctérienne. Cette consultation, réalisée dans les 6 à 8 semaines du post-partum et prise en charge à 100 % par la Sécurité Sociale, doit aussi permettre le diagnostic de troubles de la parentalité et la mise en place d'une prise en charge adaptée à la situation par l'orientation de la patiente vers des professionnels de santé et/ou des réseaux d'aide compétents.

V ANNEXES

GLOSSAIRE

- pollakiurie : Fréquence excessive des mictions. Ces mictions ont lieu à intervalles fréquents et sont liées à une sensation de plénitude vésicale (impression de vessie pleine) qui n'est pas due à une vessie pleine mais à une vessie présentant une irritation. Cette sensation s'accompagne d'une impression de plénitude même quand la vessie n'est pas pleine. Le nombre normal de mictions est habituellement de 0 à 1 pendant la nuit et de 4 à 5 environ dans la journée. Elles peuvent soit résulter d'une hyperactivité du détrusor (le muscle de la vessie), soit d'un obstacle à l'écoulement des urines.

EN SAVOIR PLUS

- L'allaitement : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/liste-1.html>
- La régulation de naissances : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/liste-1.html>
- Le dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/liste-1.html>
- Le dépistage et prévention des troubles périnéo-sphinctériens : <http://www.uvmaf.org/UE-obstetrique/liste-1.html>

ABRÉVIATIONS

- CSP : Code de la Santé Publique
- EPDS : Edinburgh Postnatal Depression Scale
- HAS : Haute Autorité de Santé
- IUE : Incontinence Urinaire d'Effort
- TV : Toucher Vaginal
- VPN : Visite PostNatale