

Recommandations pour la pratique clinique

Post-partum (texte court)

Élaborées par le Collège national des gynécologues
et obstétriciens français

Promoteur

CNGOF (Collège national des gynécologues et obstétriciens français)
91 boulevard de Sébastopol - 75002 Paris

Comité d'organisation

L. MARPEAU, président (gynécologue obstétricien, CHU, Rouen, CNGOF), M.V. SENAT, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre, CNGOF), L. SENTILHES, coordonnateur (gynécologue obstétricien, CHU, Angers, CNGOF), G. BREART méthodologiste (Inserm), A. BATTUT (sage-femme secteur privé, Paris, CNSF, Collège national des sages-femmes), F. DIERS (CIANE, Collectif interassociatif autour de la naissance), C. DUCROUX-SCHOUWEY (CIANE), C. LE BOT (Direction des ressources humaines et des écoles, CHU Tours)

Experts du groupe de travail

D. BENHAMOU (anesthésie-réanimation, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), S. BYDLOWSKI (psychiatre secteur public, Paris), A. CHANTRY (sage-femme épidémiologiste, Inserm, Paris), X. DEFFIEUX (gynécologue obstétricien, CHU, Clamart), M. DORET (gynécologue obstétricien,

CHU, Lyon), F. FUCHS (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), G. GASCOIN (pédiatre, CHU, Angers), L. MARCELLIN (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), G. PLU-BUREAU (gynécologue médicale, CHU, Paris), B. RACCAH-TEBEKA (gynécologue médicale et endocrinologue, CHU, Paris), E. SIMON (gynécologue obstétricien, CHU, Tours)

Lecteurs

S. ALOUINI (gynécologue obstétricien, CH, Orléans), G. AMARENCO (médecine physique et de réadaptation, CHU, Paris), N. ANQUETIL-DELARUE (gynécologue obstétricien, CH, Lillebonne), O. ANSELEM (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), N. BAUNOT (sage-femme coordonnatrice, réseau de santé périnatal parisien, Paris), E. BEAUFILS (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), A. BENACHI (gynécologue obstétricien, CHU, Clamart), S. BENJILANY (sage-femme secteur privé, Enghien-les-Bains), G. BENOIST (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), M. BERNARD (kinésithérapeute secteur privé, Evry), G. BEUCHER (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), N. BOGUSZ (sage-femme, CHU, Nancy), M.P. BONNET (anesthésie réanimation, CHU, Paris), M. BONNIN (anesthésie réanimation, CHU, Clermont-Ferrand), V. BOULINGUEZ (sage-femme, CHU, Paris), P. BOULOT (gynécologue obstétricien, CHU, Montpellier), F. BRETELLE (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), C. BRICAIRE (gynécologue endocrinologue secteur privé, Paris), X. CARCOPINO (gynécologue obstétricien, CHU, Marseille), N. CHABBERT-BUFFET, gynécologue obstétricien, CHU, Paris), Z. CHAKHTOURA (gynécologue médicale, CHU, Paris), C. CHARLIER-WOERTHER (infectiologue, CHU, Paris), D. CHASSARD (anesthésie réanimation, CHU, Lyon), A.L. CHUILON (sage-femme enseignante, CHU, Paris), E. CLOUQUEUR (gynécologue obstétricien, CHU, Lille), R. COLLIN (sage-femme, réseau sécurité naissance, CHU, Nantes), C. COLMANT (gynécologue obstétricien, CHU, Le Kremlin-Bicêtre), I. DERRENDINGER (sage-femme enseignante, CHU, Nantes), R. de TAYRAC (gynécologue obstétricien, CHU, Nîmes), S. de TAYRAC (sage-femme secteur privé, Nîmes), P. DOLLEY (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), C. DRAN (sage-femme enseignante, UFR, Montigny-le-Bretonneux), M. DREYFUS (gynécologue obstétricien, CHU, Caen), N. DUTRIAUX (sage-femme secteur privé, Herblay, CNSF), W. EL HAGE (psychiatre, CHU, Tours), S. EPIVENT (sage-femme territoriale, PMI, Mantes-la-Jolie), M.P. FAURE-THOUVENIN (sage-femme secteur privé, Viroflay), D. FERNANDEZ (sage-femme secteur privé, Le Plessis-Robinson), C. FISCHER (anesthésie réanimation, CHU, Clamart), X. FRITEL (gynécologue obstétricien, CHU,

Poitiers), D. GALLOT (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), A. GAUDINEAU (gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), M. JULIEN (sage-femme attachée de recherche clinique, CHU, Clermont-Ferrand), M. LACHOWSKI (gynécologue et psychosomatienne secteur privé, Paris), M. LAMBERT (gynécologue médicale CHU, Bordeaux), B. LANGER (gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), S. LASOCKI (anesthésie réanimation, CHU, Angers), O. LAUNY (infectiologue, CHU, Paris), C. LAURENT (coordonnatrice médicale et administrative de l'IHAB, Initiative hôpital ami des bébés), C. LECONTE (sage-femme territoriale, Conseil départemental de Haute-Savoie, Thonon-les-Bains), C. LE RAY (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), M. LOOBUYCK (kinésithérapeute secteur privé, Paris, SIREPP, Société internationale de rééducation en pelvi-périnéologie), P. LUCIDARME (sage-femme, ESPIC, Paris), E. MACHEVIN (gynécologue obstétricien, CH, Evreux), L. MANDELBROT (gynécologue obstétricien, CHU, Colombes), A. MARCHALOT (pédiatre secteur privé, Vire), P. MARES (gynécologue obstétricien, CHU, Nîmes), F. MOUSTEUO (gynécologue médicale secteur privé, Cagnes-sur-Mer), S. NICITA (sage-femme, HP à but non lucratif, Marseille), I. NISAND (gynécologue obstétricien, CHU, Strasbourg), J. NIZARD (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), O. PARANT (gynécologue obstétricien, CHU, Toulouse), S. PARAT (pédiatre, CHU, Paris), S. PAUTHIER (gynécologue obstétricien, CH, Mont-Saint-Aignan), F. PIERRE (gynécologue obstétricien, CHU, Poitiers), F. PIZZAGALLI (sage-femme, CHU, Rouen), P. POULAIN (gynécologue obstétricien, CHU, Rennes), E. PROT (sage-femme enseignante, UFR, Montigny-le-Bretonneux), D. PROVOST (anesthésiste, CHU, Rouen), F. PUECH (gynécologue obstétricien, Lille), P. RAYNAL (gynécologue obstétricien, CH, Le Chesnay), A. RICBOURG (gynécologue obstétricien, CHI, Neuilly-sur-Seine), D. RICROS (sage-femme enseignante, CHU, Bordeaux), E. RODIER (sage-femme, CHU, Angers), S. ROSENCHER (anesthésie réanimation, CHU, Paris), R.C. RUDIGOZ (gynécologue obstétricien, CHU, Lyon), T. SIMONET (anesthésie réanimation, CHU, Caen), D. SOUDAN (coloproctologue, ESPIC, Paris), M. TERRIERES (sage-femme, CH, Euabonne), C. THUILLIER (gynécologue obstétricien, CHI, Poissy), J. TORT (sage-femme épidémiologiste, coordonnatrice d'un réseau de santé périnatale secteur privé, Paris), P. TOURNEUX (médecine néonatale, CHU, Amiens), V. TSATSARIS (gynécologue obstétricien, CHU, Paris), D. TURPIN (gynécologue obstétricien, CH, Blois), G. VALANCOGNE (kinésithérapeute secteur privé, Lyon), F. VENDITTELLI (gynécologue obstétricien, CHU, Clermont-Ferrand), M.L. VILLARS (sage-femme coordonnatrice de la filière régionale de psychiatrie périnatale, CH, Limoges), N. WINER (gynécologue obstétricien, CHU, Nantes)

Résumé

Objectif - Déterminer la prise en charge des femmes et des nouveau-nés en post-partum, que l'accouchement ait eu lieu par voie basse ou par césarienne.

Matériel et méthodes - Consultation de la base de données Medline, de la Cochrane Library et des recommandations des sociétés savantes françaises et étrangères. Ce texte court ne met en exergue que les éléments nouveaux et/ou jugés fondamentaux par le groupe de travail.

Résultats - Parce qu'il est associé à une diminution de la morbidité néonatale (moindre fréquence de pathologies cardio-vasculaires, infectieuses, atopiques et d'obésité infantile) (NP2) ainsi qu' à un meilleur développement cognitif (NP2), un allaitement maternel exclusif et prolongé est recommandé (grade B) entre 4 et 6 mois (accord professionnel). Dans le but d'augmenter le taux d'initiation de l'allaitement maternel ainsi que sa durée, il est recommandé que les professionnels de santé accompagnent les mères dans leur projet (grade A) et de promouvoir un allaitement maternel à la demande (grade B). Il n'existe pas d'argument scientifique pour recommander des mesures non pharmacologiques pour l'inhibition de la lactation (accord professionnel). Les traitements pharmacologiques de l'inhibition de la lactation ne doivent pas être prescrits de façon systématique aux femmes qui ne souhaitent pas allaiter (accord professionnel). La bromocriptine n'a plus sa place dans l'inhibition de la lactation en raison des effets secondaires potentiellement graves (accord professionnel). Pour les femmes informées des risques, qui souhaitent cependant un traitement pharmacologique de l'inhibition de la lactation, le lisuride et la cabergoline sont les médicaments à privilégier (accord professionnel).

Quel que soit le mode d'accouchement, la réalisation d'une numération formule sanguine n'est pas systématique (accord professionnel). Une supplémentation martiale orale n'est réalisée que dans les cas d'anémie biologiquement prouvée (accord professionnel). Le seul traitement étiologique des céphalées en rapport avec une brèche méningée est le blood-patch (NP2), celui-ci ne devant pas être réalisé avant 48 h (accord professionnel). Le statut vaccinal des femmes et de leur entourage est à évaluer (accord professionnel).

La surveillance postopératoire immédiate après césarienne (sous anesthésie loco-régionale ou générale), doit se dérouler en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) à proximité de la salle de naissance (accord professionnel). Un protocole antalgique multimodal doit être élaboré par l'équipe médicale (accord professionnel). L'administration par voie orale des antalgiques doit être privilégiée et utilisée de façon systématique pendant les premiers jours postopératoires (accord professionnel). Pour toute césarienne, une thromboprophylaxie par bas anti-thrombose (BAT) systématique mis le jour de l'intervention et à garder pour une durée d'au moins 7 jours est recommandée (accord professionnel) avec ou sans l'adjonction d'HBPM selon la présence ou non de

facteurs de risque supplémentaires, et selon le type de facteur de risque (majeur, mineur). La réhabilitation postopératoire précoce est encouragée (accord professionnel).

La consultation postnatale est recommandée et est à réaliser dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement (accord professionnel).

La stratégie contraceptive en post-partum immédiat (dans les 6 semaines) est la même que la femme allaite ou non (accord professionnel).

Il est recommandé de débiter une contraception efficace au plus tard 21 jours après l'accouchement chez les femmes ne souhaitant pas de grossesse rapprochée (grade B), et de la prescrire à la sortie de la maternité (accord professionnel). Compte tenu de l'augmentation du risque thromboembolique veineux après l'accouchement, il est recommandé de ne pas utiliser une contraception estroprogestative avant 6 semaines en post-partum (grade B).

La rééducation périnéale chez les femmes asymptomatiques à 3 mois n'est pas recommandée (accord professionnel). Elle est recommandée pour traiter une incontinence urinaire persistant à 3 mois du post-partum (grade A), quel que soit le type d'incontinence. La rééducation périnéale du post-partum est recommandée pour traiter une incontinence anale du post-partum (grade C). La rééducation périnéale du post-partum n'est pas recommandée pour traiter ou prévenir un prolapsus (grade C) ou des dyspareunies (grade C).

La durée optimale de séjour à la maternité pour le nouveau-né est fonction de l'organisation à la sortie, du suivi médical et de l'accompagnement ultérieur (accord professionnel).

Les mois qui suivent la naissance d'un enfant constituent une période de transition et de remaniements psychologiques pour tous les parents (NP2). Elle est plus difficile à traverser en cas de facteurs de risque psychosociaux (NP2). Dans les situations de difficultés psychiques avérées, l'impact sur le développement psychoaffectif de l'enfant peut être important (NP3).

Parmi ces difficultés, la dépression postnatale est la situation la plus courante. Cependant, le risque est globalement accru en période périnatale pour l'ensemble des troubles psychiques (NP3).

Conclusion - Le post-partum constitue, pour les cliniciens, une occasion unique et privilégiée d'aborder la santé physique, psychique et sociale des femmes et de leur enfant.

Mots clés : allaitement, post-partum, contraception, rééducation périnéale, dépression postnatale, césarienne, nouveau-né

1. ALLAITEMENT MATERNEL : FRÉQUENCE, BÉNÉFICES ET INCONVÉNIENTS, DURÉE OPTIMALE ET FACTEURS INFLUENÇANT SON INITIATION ET SA PROLONGATION

L'allaitement maternel concerne en France près de 70 % des enfants à la naissance (NP2). Sa durée médiane est de 15 semaines et de 3 semaines $\frac{1}{2}$ pour l'allaitement exclusif. À 3 mois, seul un tiers des enfants allaités à la naissance le sont encore (NP2). Que cela s'explique par la composition du lait maternel ou par le comportement des mères avec leur enfant ou encore par leur niveau socio-culturel, voire même par toutes ces composantes à la fois, l'allaitement maternel est associé à un meilleur développement cognitif des enfants (NP2). Cet effet est d'autant plus renforcé que les mères allaitent de façon exclusive et prolongée (NP2). Dans le cadre de la prévention d'un grand nombre de maladies à plus ou moins long terme (otites, infections gastro-intestinales, maladies atopiques, obésité et maladies cardio-vasculaires...), un allaitement maternel exclusif et prolongé (grade B) de 4 à 6 mois est recommandé (accord professionnel). L'allaitement maternel n'est pas un moyen de prévention de la dépression du post-partum (accord professionnel). Pour réduire l'incidence du cancer du sein, un allaitement maternel prolongé est recommandé (grade B). Dans le but d'augmenter le taux d'initiation de l'allaitement maternel ainsi que sa durée, il est recommandé que les professionnels de santé accompagnent les mères dans leur projet (grade A), que les messages de promotion de l'allaitement intègrent des messages à destination des conjoints (grade B), ainsi que de promouvoir un allaitement maternel à la demande sans intervalle fixe entre les tétées (grade B). En revanche, on ne dispose pas de suffisamment de données pour recommander d'employer une position particulière lors des tétées, d'utiliser un sein ou deux lors des tétées ou encore de les débiter précocement (accord professionnel).

2. ALLAITEMENT MATERNEL : MÉTHODES D'INHIBITION DE LA LACTATION

Il n'existe pas de données sur l'histoire naturelle de la montée laiteuse, mais il est communément admis, en l'absence de stimulation mamelonnaire, que l'arrêt survient spontanément dans les 15 jours qui suivent la naissance dans la grande majorité des cas (accord professionnel).

Il n'y a pas de données scientifiques démontrant une efficacité des mesures non pharmacologiques (le bandage des seins, le port de brassières, la restriction hydrique ou alimentaire, des manœuvres de tire-lait manuelles ou mécaniques, l'application de packs de glace, la pratique de douches chaudes, l'évitement de la stimulation tactile des seins ou l'homéopathie) pour l'inhibition de la lactation (accord professionnel). Il n'existe donc pas d'argument scientifique pour recommander des mesures non pharmacologiques pour l'inhibition de la lactation (accord professionnel).

En raison de leurs potentiels effets secondaires (dérivés de l'ergot de seigle), les traitements pharmacologiques de l'inhibition de la lactation ne devraient pas être proposés de façon systématique aux femmes qui ne souhaitent pas allaiter (accord professionnel). Pour les femmes informées des risques, qui souhaitent cependant un traitement pharmacologique de l'inhibition de la lactation, le lisuride et la cabergoline sont à privilégier (accord professionnel). La bromocriptine n'a plus sa place dans l'inhibition de la lactation en raison des effets secondaires potentiellement graves (accord professionnel). Les données disponibles sur la gestion de fin de la lactation ne permettent pas d'émettre de recommandation et aucun traitement n'est recommandé (accord professionnel).

Comme pour toute patiente ne souhaitant pas allaiter les non-indications formelles à un allaitement telles que la perte fœtale, un décès néonatal et une sérologie VIH-1 positive doivent faire l'objet d'une discussion avec la patiente sur les bénéfices et risques d'un traitement pharmacologique de l'inhibition de la lactation (accord professionnel).

La séropositivité pour les hépatites B ne constitue pas en soi une contre-indication à l'allaitement maternel dès lors que l'enfant reçoit une immunoprophylaxie et une sérovaccination (grade C). L'infection maternelle par l'hépatite C n'est pas une contre-indication à l'allaitement en cas de charge virale faible ou indétectable (grade C). En cas de charge virale élevée une discussion collégiale est nécessaire pour évaluer la balance bénéfices-risques de l'allaitement (accord professionnel).

3. ALLAITEMENT MATERNEL : COMPLICATIONS DE L'ALLAITEMENT

Il n'est pas recommandé de respecter un espacement strict des tétées toutes les 4 h (grade B) car cette attitude est associée à plus de difficultés de l'allaitement et des arrêts précoces (NP2). Il ne semble pas exister d'argument pour favoriser l'allaitement d'un ou des deux seins au cours de chaque tétée (grade C). Les techniques de préparation de stimulation du mamelon ou de correction d'une variation anatomique du mamelon avant la naissance ne sont pas recommandées pour diminuer les pathologies mamelonnaires, ou améliorer le succès de l'allaitement (grade B). Il semblerait que l'utilisation de lanoline et l'application de lait maternel aient un intérêt dans les affections du mamelon (NP4). Les données de la littérature actuelle sont insuffisantes pour conclure à l'efficacité des écrans mamelonnaires à court, moyen et long terme (accord professionnel). L'expression du sein de façon manuelle ou à l'aide d'un tire-lait semble avoir un intérêt dans la prévention de l'engorgement mammaire (accord professionnel). Aucune étude n'a démontré l'efficacité de traitements topiques, pack de glace, acupuncture, physiothérapie par ultrasons, ocytocine dans le traitement de l'engorgement mammaire initial, et ils ne peuvent en conséquence être recommandés (grade C). La restriction hydrique et les traitements par diurétiques ne sont pas recommandés dans le traitement de l'engorgement mammaire (accord professionnel).

Il n'est pas recommandé de donner de l'aspirine ou des AINS dans le traitement des mastites (accord professionnel). Un prélèvement bactériologique du lait en cas de mastite est nécessaire ainsi que l'administration immédiate d'une antibiothérapie probabiliste antistaphylococcique en attendant les résultats du prélèvement bactériologique (grade C) ainsi que l'interruption de l'allaitement par le sein infecté tout en poursuivant sa vidange par un tire-lait (accord professionnel). L'incision et le drainage d'un abcès du sein sont recommandés (accord professionnel). Il n'est pas recommandé un traitement antibiotique associé (accord professionnel). La réalisation de ponctions itératives à l'aiguille est une alternative au drainage chirurgical dans les formes modérées (accord professionnel).

En cas d'antécédent de cancer du sein quelle que soit la durée de la rémission l'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué (accord professionnel).

4. ALLAITEMENT MATERNEL : USAGE DES MÉDICAMENTS, DIÉTÉTIQUE ET ADDICTIONS

La précaution d'interrompre l'allaitement maternel en cas de prise médicamenteuse n'est pas justifiée dans de nombreuses situations (accord professionnel). Parmi les antalgiques de palier 1, le paracétamol est l'antalgique de première intention en cours d'allaitement (grade B). La prise ponctuelle d'aspirine ou de façon répétée à dose antiagrégante n'est pas contre-indiquée en cours d'allaitement (grade B). Une prise répétée à dose antalgique ou anti-inflammatoire d'aspirine est contre-indiquée (grade B). Les AINS ayant une demi-vie courte peuvent être utilisés pendant la période de l'allaitement, et l'exposition peut être minimisée si la prise maternelle a lieu au moment de la tétée (grade B). Le néfopam (Acupan®) peut être utilisé dans les 48 premières heures du post-partum (accord professionnel). Parmi des antalgiques de palier 2, l'utilisation de tramadol est possible en cours d'allaitement (accord professionnel), et doit être préférée à l'utilisation de codéine et d'oxycodone en raison de cas de complications néonatales graves rapportés avec ces derniers (grade C). La prescription d'antalgiques de palier 2 doit être ponctuelle afin d'éviter les accumulations des métabolites de ces traitements dans le lait (accord professionnel). Parmi les antalgiques de palier 3, le traitement par morphine en cas d'allaitement maternel est possible dans les 24 à 72 heures qui suivent l'accouchement (accord professionnel). Il n'est pas justifié de différer la mise en route de l'allaitement en cas d'analgésie locorégionale ou générale. La majorité des traitements antibiotiques ne justifie pas d'interrompre l'allaitement (accord professionnel). Les anxiolytiques de la classe des antihistaminiques H1 sédatifs tels que l'hydroxyzine ne doivent pas être prescrits en cas d'allaitement maternel (accord professionnel). Aucun examen d'imagerie ne justifie d'interrompre l'allaitement (accord professionnel). La consommation de tabac est déconseillée mais elle ne constitue pas une contre-indication à l'allaitement maternel (accord professionnel). Il est recommandé d'éviter la consommation de boissons alcoolisées (accord professionnel). La prise de cocaïne contre-indique l'allaitement maternel (accord professionnel) et l'allaitement maternel est déconseillé en cas de prise de cannabis (accord professionnel).

5. SOINS MATERNELS APRÈS ACCOUCHEMENT VOIE BASSE ET PRISE EN CHARGE DES COMPLICATIONS DU POST-PARTUM IMMÉDIAT

Pour des raisons pragmatiques, dans ce chapitre nous avons consensuellement choisi de définir le post-partum immédiat comme étant le temps de séjour à la maternité. Après un accouchement par voie basse, il est recommandé de surveiller la pression artérielle, la fréquence cardiaque, les saignements, l'involution utérine, les douleurs génitales, les mictions spontanées, la température, et la reprise du transit, l'absence de signes de phlébite des membres inférieurs (accord professionnel). L'anémie du post-partum est définie par une hémoglobine < 11 g/dl à 48 h de l'accouchement (grade C). Elle ne doit être recherchée que chez les femmes ayant saigné ou en cas de symptôme d'anémie, idéalement à 48 h (accord professionnel). Une supplémentation martiale orale n'est réalisée que dans les cas d'anémie biologiquement prouvée (accord professionnel). Le traitement martial oral reste le traitement de première intention dans la majorité des cas (accord professionnel). Le fer injectable est réservé aux anémies sévères (taux d'Hb inférieur à 8 ou 9 g/dl, ou mauvaise tolérance avec asthénie importante) (accord professionnel). Lorsque le taux d'Hb est inférieur à 7 g/dl, une transfusion sanguine doit être discutée selon la tolérance maternelle (accord professionnel). En cas d'HTA du post-partum ou de prééclampsie de novo, les règles de prescription des antihypertenseurs et du sulfate de magnésium sont les mêmes qu'en prénatal (accord professionnel). La corticothérapie ne doit pas être prescrite en post-partum (comme en prépartum) pour traiter un HELLP syndrome (accord professionnel). Les AINS oraux sont efficaces sur les douleurs périnéales et sur les tranchées (NP2). En cas de désunion périnéale, il n'existe pas d'argument pour privilégier la cicatrisation dirigée ou la reprise chirurgicale, sauf en cas de désunion importante où la chirurgie est à envisager (accord professionnel). L'infection de cicatrice périnéale justifie une antibiothérapie orale à large spectre, en plus des soins locaux (accord professionnel). Les techniques de réparation « termino-terminales » devraient être réalisées pour les déchirures partielles du sphincter anal externe (toutes les déchirures de degré 3a et quelques déchirures de degré 3b) (grade C). Pour les déchirures complètes du sphincter anal externe, les techniques de réparation par chevauchement et les techniques « termino-terminales » semblent équivalentes sur les symptômes à 36 mois (NP2). De façon générale, les points en X

doivent être évités sur le sphincter anal (accord professionnel). En fin de réparation, un toucher rectal doit être réalisé pour vérifier qu'il n'existe pas de point transfixiant la muqueuse (accord professionnel). Une antibioprophyllaxie (céphalosporine de 2^e génération) per-opératoire par voie intra-veineuse est recommandée (grade B). Il n'y a pas de données dans la littérature évaluant l'intérêt de sa prolongation (accord professionnel). Il est recommandé de prévenir la constipation chez ces patientes par l'instauration de règles hygiéno-diététiques et si besoin de laxatifs et en évitant si possible les opiacés (grade C). Il n'y a pas d'étude évaluant l'impact d'un régime sans résidu chez ces patientes. Aucun examen complémentaire ni de rééducation périnéale en systématique n'est recommandé (accord professionnel). L'hématome puerpéral (HP) (ancien thrombus vaginal) est un diagnostic clinique (accord professionnel). En cas de doute clinique, ou en cas de suspicion d'HP sous-péritonéal, une imagerie doit être réalisée pour confirmer le diagnostic et établir le bilan d'extension, idéalement par un scanner ou une IRM (grade C). L'embolisation première doit également être privilégiée en cas d'anomalies de l'hémostase ou lorsque le diagnostic d'HP sous-péritonéal a été établi (accord professionnel). Le seul traitement des céphalées en rapport avec une brèche méningée est le *blood-patch* (NP2), celui-ci ne devant pas être réalisé avant 48 h (accord professionnel). Le risque thrombo-embolique après un accouchement par voie basse est d'environ 1 ‰ (NP2) et la prescription d'une thromboprophylaxie par bas anti-thrombose et ou HBPM doit être réalisée en fonction des facteurs de risque (accord professionnel).

6. CÉSARIENNE ET POST-PARTUM

La période postopératoire après césarienne associe les problématiques des premiers jours après la naissance et celles de la phase postopératoire immédiate qui comporte à la fois des particularités de la césarienne et celles générales d'une intervention chirurgicale.

La surveillance postopératoire immédiate après césarienne (sous anesthésie locorégionale ou générale), doit se dérouler en salle de surveillance post-interventionnelle (SSPI) à proximité de la salle de naissance (accord professionnel). Dans le cas où les difficultés organisationnelles locales apparaîtraient insurmontables pour assurer cette surveillance en SSPI, il conviendrait que la commission médicale

de l'établissement en soit saisie et que la direction informe l'Agence régionale de santé des solutions envisagées, dès lors qu'elles contreviendraient au Code de la santé publique (accord professionnel). Une procédure de surveillance spécifique comportant les modalités d'appel en urgence de l'équipe médicale doit être mise en place (accord professionnel). La réalisation d'une numération formule sanguine (NFS) de façon systématique dans la période post-césarienne immédiate n'est pas recommandée en population générale (accord professionnel). En revanche, en cas de facteur(s) de risque et/ou de signes cliniques (anémie pré-partum et/ou hémorragie péri-partum), une NFS doit être réalisée au cours des 48 premières heures (accord professionnel). Un protocole antalgique élaboré par l'équipe médicale doit être disponible dans chaque établissement (accord professionnel). L'emploi combiné de plusieurs antalgiques de palier 1, selon les principes de l'analgésie multimodale, représente une base thérapeutique efficace (grade B). L'analgésie multimodale inclut généralement du paracétamol, un AINS et du néfopam (grade B). Il est recommandé d'administrer ces produits par voie orale et de façon systématique pendant les premiers jours postopératoires (accord professionnel). De préférence par voie orale et en secours, la morphine peut être administrée dès lors que la douleur n'est plus soulagée par l'effet combiné de la morphine péri-médullaire et des antalgiques de palier 1, y compris dans les 24 premières heures (accord professionnel).

Une prévention anti-émétique systématique en cours de césarienne par une bithérapie médicamenteuse est recommandée (grade B). Le sondage vésical à demeure avant la réalisation de la césarienne reste la prise en charge de référence (accord professionnel). On privilégiera son retrait avant la 12^e heure (accord professionnel). Il est recommandé de vérifier la reprise mictionnelle dans les 4 à 6 heures suivant l'ablation de la sonde vésicale. Le médecin doit être averti en cas de rétention urinaire de plus de 6 heures (grade C). Un lever précoce dès J1 (voire plus précocement dès la 6^e-8^e heure) postopératoire avec aide de l'équipe soignante est conseillé et encouragé (accord professionnel). La réalimentation doit être précoce après césarienne programmée ou en urgence que celle-ci ait été réalisée sous anesthésie locorégionale ou anesthésie générale (grade B). Il est recommandé de maintenir une voie veineuse périphérique pendant 24 h comme élément de sécurité (accord professionnel). Pour toute césarienne, une thromboprophylaxie par bas anti-thrombose (BAT) systématique mis le jour de l'intervention et à garder pour une durée d'au moins 7 jours est recommandée (accord professionnel) avec ou

sans l'adjonction d'HBPM selon la présence ou non de facteurs de risque supplémentaires, et selon le type de facteur de risque (majeur, mineur). Considérant que le risque basal thromboembolique lors d'une césarienne électorale est de l'ordre de 3 pour 1 000, et que l'indication de traitement anticoagulant sera posée pour tout risque $> 3 \%$, il est donc important de connaître le facteur multiplicatif de risque (odds ratio (OR)) que représentent toutes les causes de risque surajouté. On considèrera donc la nécessité d'un traitement quand l'OR combiné des facteurs de risques surajoutés est > 10 faisant passer un risque basal de 3 pour 1 000 pour une césarienne électorale, à plus de 3 %. Dans le cadre de l'obstétrique ces facteurs de risque surajouté et l'évaluation de leur OR ont été bien étudiés. Ils sont présentés dans le tableau 1. En cas de plusieurs facteurs de risque surajouté, leurs ORs sont multiplicatifs. La durée du traitement anticoagulant dépend du nombre et surtout du type (mineur ou majeur) de facteur de risque associé : 1) en cas de césarienne en urgence sans facteur de risque mineur additionnel, une thromboprophylaxie par BAT seule est recommandée pour 7 à 14 jours (accord professionnel) ; 2) en cas de césarienne en urgence avec présence d'un facteur de risque mineur supplémentaire (conduisant à un OR cumulé > 10), une thromboprophylaxie par BAT + HBPM à dose préventive pour une durée de 7-14 jours est recommandée (accord professionnel) ; 3) en cas de césarienne électorale sans ou avec un facteur de risque mineur supplémentaire, une thromboprophylaxie par BAT pour une durée de 7-14 jours est recommandée (accord professionnel) ; 4) en cas de césarienne électorale avec présence de deux facteurs de risque mineurs supplémentaires (conduisant à un OR cumulé > 10), une thromboprophylaxie par BAT + HBPM à dose préventive pour une durée de 7-14 jours est recommandée (accord professionnel) ; 5) dans toutes les situations, la présence de facteurs de risque supplémentaires peut conduire à une prolongation de durée de cette prophylaxie pharmacologique jusqu'à 6 semaines (accord professionnel).

Ces propositions de thromboprophylaxie n'ont pu être validées conjointement avec la Société française d'anesthésie et de réanimation pour des raisons de délais et d'organisation.

Une adaptation des doses d'HBPM préventive selon le poids est recommandée chez les patientes obèses (grade C).

Tableau 1 - Tableau simplifié décrivant les odds ratio (rapport des cotes) pour les principaux facteurs de risque rencontrés lors de la césarienne (modifié d'après les recommandations de l'ACCP de 2012, du RCOG 2015, de la SOGC 2014 et de la SFAR 2005) [1, 2-4]

Facteur de risque	Odds ratio ajusté
Facteurs de risque majeurs (OR > 10)	
Antécédent thromboembolique avec ou sans thrombophilie sous-jacente	> 20
Thrombophilie asymptomatique à haut risque *	> 20
Syndrome des antiphospholipides symptomatique	> 20
Immobilité prolongée et complète	11
Hémorragie du post-partum nécessitant un acte chirurgical	12
Facteurs de risque mineurs (OR < 10)	
Âge > 35 ans	1,4
Obésité (IMC > 30) ou poids > 120 kg	4
Parité > 3	2
Tabagisme (> 10 cigarettes/jour avant la grossesse ou tabagisme persistant pendant la grossesse)	3
Varices importantes	2
Drépanocytose	4
Cardiopathie majeure	7
Lupus érythémateux disséminé	8
Maladie inflammatoire de l'intestin	4
Thrombophilie asymptomatique à bas risque **	3
Anémie pendant la grossesse ou hémorragie pendant grossesse	3
Grossesse obtenue par PMA	4
Prééclampsie	3
Prééclampsie grave ou avec RCIU	4
Grossesse multiple	4
Accouchement prématuré < 37 SA	3
Césarienne urgente	3
Hémorragie grave du post-partum (saignement > 1 litre et/ou transfusion)	3
Infection du post-partum	4

* : déficit en antithrombine, mutation du facteur V Leiden homozygote, mutation de la prothrombine G20210A homozygote déficit combiné.

** : du facteur V Leiden hétérozygote, mutation de la prothrombine G20210A hétérozygote, déficit en protéine C, déficit en protéine S.

7. MODALITÉS DE LA CONSULTATION POSTNATALE ET SPÉCIFICITÉS EN CAS DE PATHOLOGIE DE LA GROSSESSE

La consultation postnatale clôture le suivi de grossesse. Elle a un rôle de synthèse, d'information de la patiente et de ses médecins habituels. Elle a pour objectif d'identifier les séquelles et conséquences de la grossesse afin de proposer à la patiente une prise en charge adaptée. Elle doit également permettre de rechercher les facteurs de risque pour une prochaine grossesse, notamment ceux qui seraient accessibles à un traitement en dehors de la grossesse qui permettrait d'améliorer le pronostic d'une grossesse ultérieure.

La consultation postnatale doit être systématiquement proposée (article R2122-3 du Code de la santé publique). Elle est réalisée dans les 6 à 8 semaines qui suivent l'accouchement par un médecin gynécologue obstétricien, gynécologue médical, généraliste ou une sage-femme en cas de grossesse normale et d'accouchement eutocique (accord professionnel). En cas de complications obstétricales, elle est assurée par un gynécologue obstétricien (accord professionnel). L'examen clinique est ciblé sur les symptômes décrits par la patiente et les complications survenues (accord professionnel). L'examen gynécologique n'est pas systématique (accord professionnel). Le frottis cervico-vaginal est réalisé si le précédent date de plus de 2 ans ou en cas de frottis antérieur pathologique (accord professionnel). Le poids est mesuré pour encourager la perte de poids (accord professionnel) avec pour objectif le retour au poids pré-conceptionnel dans les 6 mois (grade C). L'arrêt du tabac, alcool, drogues est conseillé (grade B) et favorisé par le soutien d'un professionnel (grade A). Les risques des grossesses rapprochées (< 6 mois) doivent être expliqués (NP3) et la contraception discutée en fonction du projet familial (accord professionnel). Le dépistage des troubles psychiques maternels, des difficultés de la relation mère-enfant et de l'allaitement est nécessaire (accord professionnel). La sérologie de la toxoplasmose (grade B) et la numération formule sanguine systématique ne sont pas recommandées (grade C).

En cas d'accouchement prématuré spontané, une malformation utérine doit être recherchée et le traitement discuté (grade C). Il n'y a pas d'argument scientifique pour recommander un examen paraclinique à la recherche d'une béance cervicale après un accouchement prématuré spontané (accord professionnel). Si un examen paraclinique est réalisé, il n'y a pas d'argument pour en recommander un plutôt qu'un autre (accord professionnel). En cas de RCIU, de MFIU ou de prééclampsie sévère et/ou précoce, un SAPL

est à rechercher (accord professionnel) mais la recherche d'une thrombophilie héréditaire n'est pas recommandée (grade B). En cas de prééclampsie, la consultation de néphrologie est réservée aux patientes avec une protéinurie ou une hypertension persistant à 3 mois (accord professionnel). Après une cholestase gravidique, la normalisation du bilan hépatique 8 à 12 semaines après l'accouchement doit être vérifiée (accord professionnel).

Un courrier de synthèse sera adressé aux médecins correspondants indiqués par la patiente (accord professionnel). La consultation pré-conceptionnelle est conseillée, en particulier en cas de grossesse à haut risque (accord professionnel).

8. CONTRACEPTION DU POST-PARTUM

Les données françaises les plus récentes montrent qu'environ 2 % des femmes ayant eu recours à une IVG ont eu une naissance vivante dans les 6 mois précédant l'IVG et 4 % ont eu un enfant six à douze mois auparavant (NP3). Chez les femmes qui allaitent la reprise d'activité ovarienne est dépendante des caractéristiques de l'allaitement. Seul l'allaitement exclusif avec des conditions très précises, peut être utilisé à visée contraceptive sur une durée de 6 mois (méthode MAMA) (NP2).

Il est recommandé pour les femmes qui allaitent ou non et qui souhaitent une contraception :

- de donner un conseil contraceptif après l'accouchement afin d'éviter les grossesses non désirées ou rapprochées et leurs risques obstétricaux et néonataux (grade C) ;
- de débiter une contraception efficace au plus tard 21 jours après l'accouchement (grade B) ;
- de prescrire une contraception efficace à la sortie de la maternité (accord professionnel) ;
- de ne pas utiliser de contraception estroprogestative avant 6 semaines (grade B) ;
- d'évaluer la balance bénéfices/risques de cette utilisation entre la 6^e et la 12^e semaine du post-partum en cas de facteur de risque vasculaire (accord professionnel) ;
- de proposer une contraception progestative (orale, implant) dès le postpartum immédiat (grade B), sauf à la phase aiguë d'un accident thromboembolique sévère (accord professionnel) ;

- de prescrire un DIU à la sortie de la maternité, si cette contraception est choisie, afin qu'il soit posé lors de la consultation postnatale (grade B) ;
- de préférer les contraceptions dites de longue durée type implant ou DIU, en évaluant la balance bénéfices/risques de chaque méthode, chez les patientes à risque d'être perdues de vue et de discuter leur insertion avant la sortie de la maternité (grade B) ;
- d'éviter l'utilisation des méthodes naturelles et méthodes barrière (diaphragme et cape cervicale) en dehors du préservatif dans la période du post-partum (accord professionnel).

Dans tous les cas, la mise en route d'une contraception en post-partum impose, comme en dehors de cette période spécifique, le respect de toutes les règles de prescription et des contre-indications inhérentes à la méthode envisagée (grade A).

En l'absence de données dans la population générale en post-partum, il n'y a pas d'argument pour recommander systématiquement la délivrance d'une contraception d'urgence à la sortie de la maternité (accord professionnel).

9. LES VACCINATIONS DANS LE POST-PARTUM IMMÉDIAT

La vaccination en post-partum immédiat peut revêtir plusieurs objectifs : prévenir la contamination de l'enfant en période postnatale en protégeant sa mère de l'infection, protéger la femme d'une primo-infection potentiellement grave ou, dans l'éventualité d'une future grossesse, prévenir une primo-infection maternelle qui pourrait conduire à une infection fœtale ou néonatale. Le vaccin contre la coqueluche est recommandé en post-partum immédiat chez la mère, et chez les proches du nouveau-né qui n'auraient pas été vaccinés pendant la grossesse (stratégie de cocooning), par une dose de vaccin diphtérie-tétanos-coqueluche-poliomyélite, lorsque la précédente vaccination pour la coqueluche date de plus de 10 ans, et si la dernière vaccination DTP date de plus de 1 mois (accord professionnel). En période d'épidémie de grippe saisonnière, il est recommandé de proposer la vaccination en post-partum aux femmes non vaccinées pendant la grossesse lorsque l'enfant est vulnérable, en particulier en cas de prématurité (accord professionnel). Chez les autres femmes, la vaccination peut être discutée au cas par cas (accord professionnel). Concernant la vaccination contre la varicelle dans le but de réduire

l'incidence de la varicelle congénitale et néonatale lors d'une future grossesse, il n'y a pas actuellement d'arguments scientifiques très forts pour recommander une politique de vaccination systématique dans le post-partum immédiat chez les femmes sans antécédent de varicelle, avec ou sans contrôle sérologique, à l'exception des femmes d'origine africaine, d'Europe centrale et de l'Est, plus souvent séronégatives pour le VZV (accord professionnel). Néanmoins, au regard des recommandations du Haut Conseil de la santé publique qui visent à réduire l'incidence des formes graves de varicelle à l'âge adulte, cette vaccination pourra être discutée avec les femmes potentiellement séronégatives (accord professionnel). Le vaccin contre la rubéole est recommandé dans le post-partum immédiat chez les femmes séronégatives, avec une dose de vaccin trivalent rougeole-oreillons-rubéole (accord professionnel). Une grossesse doit être évitée dans le mois qui suit une injection de vaccin contre la rubéole et la varicelle mais la prescription d'une contraception n'est pas obligatoire (accord professionnel). L'allaitement maternel, une injection d'immunoglobulines anti-D ou une transfusion sanguine récente ne sont pas des contre-indications à la vaccination dans le post-partum immédiat (accord professionnel).

10. RÉÉDUCATION PÉRINÉALE ET ABDOMINALE DANS LE POST-PARTUM

La rééducation du post-partum est largement répandue en France, mais il existe de très nombreuses « techniques » et des pratiques très disparates tant sur l'indication que les modalités pratiques de réalisation.

Aucun essai randomisé n'a évalué la rééducation périnéale chez des femmes asymptomatiques dans le but de prévenir une incontinence urinaire ou anale à moyen ou long terme. Elle n'est donc pas recommandée (accord professionnel).

La rééducation périnéale par des exercices de contraction des muscles du plancher pelvien est recommandée pour traiter une incontinence urinaire persistant à 3 mois du post-partum (grade A), quel que soit le type d'incontinence. Au moins 3 séances guidées par un thérapeute sont recommandées, associées à des exercices réalisés au domicile. Cette rééducation du post-partum améliore l'incontinence urinaire à court terme (1 an), mais pas à long terme (6-12 ans). La

rééducation périnéale précoce (dans les deux mois suivant l'accouchement) n'est pas recommandée (grade C). La rééducation périnéale du post-partum chez les femmes présentant une incontinence anale est associée à une prévalence moindre de symptômes d'incontinence anale à court (1 an) (NP3) mais pas à long terme (6 et 12 ans) (NP3). La rééducation périnéale du post-partum est recommandée pour traiter une incontinence anale du post-partum (grade C) mais ses résultats ne sont pas maintenus à moyen ou long terme. La rééducation périnéale guidée par un thérapeute n'est pas plus efficace (tant sur le plan anatomique que symptomatique) que de simples conseils de contraction volontaire des muscles du plancher pelvien pour prévenir/corriger à court terme (6 mois) un prolapsus persistant à 6 semaines du post-partum (NP2), qu'il existe ou non un défaut du levator ani (NP3). La rééducation périnéale du post-partum n'est pas associée à une diminution de la prévalence des dyspareunies à un an (NP3). La rééducation périnéale du post-partum guidée par un thérapeute n'est donc pas recommandée pour traiter ou prévenir un prolapsus (grade C) ou des dyspareunies (grade C). Aucun essai randomisé n'a évalué l'effet de la rééducation périnéale après un épisode de rétention ou dysurie du post-partum, ni dans la prévention primaire de l'incontinence anale en cas de périnée complet, ni chez des patientes présentant une incontinence anale dans les suites d'un périnée complet. La rééducation n'est donc pas recommandée dans ces situations (accord professionnel).

11. LE NOUVEAU-NÉ EN MATERNITÉ ET DURANT LE PREMIER MOIS DE VIE

Ce chapitre ne concerne pas les nouveau-nés prématurés proches du terme (35-37 SA), les nouveau-nés issus de grossesses multiples, les nouveau-nés avec un RCIU et/ou petits pour l'âge gestationnel, les nouveau-nés issus de dossiers présentés en CPDPN ou suivis pour difficultés psychosociales, les nouveau-nés issus de grossesses pathologiques ainsi que ceux nés de mères avec une sérologie positive pour hépatite B et/ou hépatite C et/ou VIH car ils doivent bénéficier d'un suivi médical et/ou social spécifique. Sont également exclus les nouveau-nés ayant présenté des difficultés d'adaptation à la vie extra-utérine ou une anomalie notable à l'examen clinique initial en salle de naissance.

La littérature ne permet pas de définir une durée de séjour optimale pour les nouveau-nés à bas risque. La durée optimale serait plutôt fonction de l'organisation de la sortie de la maternité, du suivi médical et de l'accompagnement ultérieur (accord professionnel). L'hyperbilirubinémie sévère expose à un risque d'ictère nucléaire (NP1) et doit être dépistée le plus tôt possible en cas de facteur de risque. La bilirubine transcutanée est corrélée à la bilirubine veineuse et permet le dépistage d'une hyperbilirubinémie (NP2). En cas de sortie précoce ($< H72$), une évaluation paraclinique de la bilirubine (transcutanée, capillaire ou veineuse) doit être réalisée à H24 de la sortie (accord professionnel). Les professionnels en charge du suivi à domicile doivent donc faire l'acquisition d'un bilirubinomètre ou alors la « mesure » doit être organisée dans un centre équipé ; sinon, la sortie doit être différée ($> H72$) (accord professionnel). Les nouveau-nés asymptomatiques, avec des facteurs de risque d'infection, doivent être surveillés attentivement en maternité pendant les 48 premières heures de vie (accord professionnel). L'examen clinique avec auscultation cardiaque et palpation des pouls fémoraux fait partie du dépistage systématique en maternité et doit être renouvelé à 24 h de vie en cas de sortie précoce et à chaque examen clinique de l'enfant durant le premier mois en raison du délai de fermeture du canal artériel (accord professionnel). L'examen clinique répété par un clinicien entraîné (pédiatre, médecin, sage-femme) de tout enfant jusqu'à l'acquisition de la marche est recommandé pour dépister et traiter précocement une dysplasie congénitale de hanches (accord professionnel). Toutes les autres stratégies de dépistage (échographie, radiographie) n'ont pas montré leur efficacité en termes de dépistage primaire (NP1). Le dépistage néonatal sanguin sur carton buvard (phénylcétonurie, l'hypothyroïdie congénitale, drépanocytose chez les enfants à risque, hyperplasie congénitale des surrénales et mucoviscidose) doit être réalisé entre H60 et H84 de vie. Ce test peut être avancé si besoin entre H48 et H60, mais en aucun cas avant H48 (accord professionnel). Le dépistage de la surdité permanente néonatale doit être proposé systématiquement avant la sortie de maternité (grade C) et les potentiels évoqués auditifs sont à privilégier (accord professionnel). Toutes ces informations doivent être reportées sur le carnet de santé de l'enfant (accord professionnel).

12. LES TROUBLES PSYCHIQUES DU POST-PARTUM : DÉPISTAGE ET PRÉVENTION APRÈS LA NAISSANCE

L'adaptation au nouveau rôle de mère, ses importantes responsabilités conduisent à un certain déséquilibre psychologique qui est un phénomène tout à fait habituel en post-partum, notamment en cas de première grossesse. Cependant, la santé mentale maternelle peut s'altérer à la naissance d'un enfant et certaines femmes rencontrent à cette période des troubles psychiatriques importants.

Les mois qui suivent la naissance d'un enfant constituent une période de transition et de remaniements psychologiques pour tous les parents (NP2). Elle est plus difficile à traverser en cas de facteurs de risque psychosociaux (NP2). Le blues du post-partum est extrêmement fréquent (50 à 80 % des naissances), survenant dans les premiers jours suivant l'accouchement. Il est transitoire et spontanément résolutif dans les dix premiers jours (NP2). Un blues sévère est à risque de se poursuivre sous forme de dépression postnatale (NP2).

Parmi ces difficultés, la dépression postnatale est la situation la plus courante. Compte tenu de sa prévalence (environ 13 %) et du fait de ses conséquences pour l'ensemble de la famille, elle constitue un véritable enjeu de santé (NP2). Cependant, le risque est globalement accru en période périnatale pour l'ensemble des troubles psychiques (NP3). Les facteurs de risque de la dépression du post-partum sont les facteurs de risque psychosociaux (NP2), toutes les interventions chirurgicales autour de la naissance, un épuisement et une mauvaise santé physique maternelle (NP3), la prématurité, le handicap, les grossesses multiples, un bébé inconsolable, agité, et présentant des difficultés d'alimentation et du sommeil (NP3). L'*Edinburgh Postnatal Depression Scale* (EPDS) est l'outil de dépistage de la dépression du post-partum le plus fréquemment utilisé. Cependant, son utilisation systématique n'est pas recommandée, la rencontre clinique restant à privilégier, afin de faciliter l'identification et la recherche de facteurs de risque des femmes pour lesquelles une attention particulière sur le plan psychosocial et clinique doit être portée (accord professionnel).

La consultation des premières semaines du post-partum avec les professionnels de terrain (pédiatres, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens, médecins généralistes, etc.) doit être l'occasion de repérer l'éventuel malaise psychique maternel (accord professionnel). La dépression du post-partum récidive dans la majorité des cas lors de la grossesse suivante (NP2). Dans les situations de difficultés psychiques avérées, l'impact sur le développement psychoaffectif de l'enfant peut

être important (NP3). Les interventions psychosociales et psychologiques pour les femmes à risque (visites à domicile, soutien téléphonique et psychothérapie ; interventions individuelles et groupales) ont montré leur efficacité préventive sur le risque de développement de la dépression du post-partum (NP2). Des visites à domicile auprès de mères déprimées ont montré leur efficacité sur l'amélioration de la qualité des interactions mère-bébé et le développement de l'enfant (NP3).

Les troubles anxieux sont fréquents, environ 13 % des naissances, et de nature diverse telle que le trouble de stress post-traumatique. Ils sont très souvent associés aux troubles dépressifs (NP3). La grossesse et le post-partum sont des périodes propices aux liens avec les professionnels de santé. Les nouveaux parents sont souvent à la recherche de soutien pour faire face aux bouleversements associés à l'arrivée du nouveau-né. Le post-partum constitue ainsi, pour les cliniciens, une occasion unique d'aborder la santé psychique, sociale et somatique des femmes et de leurs enfants (accord professionnel). Le dépistage précoce et le traitement des troubles psychiques sont essentiels pour le fonctionnement familial et la relation parents-enfant (accord professionnel).

Bibliographie

[1] Royal College of Obstetricians and Gynaecologists (RCOG). Reducing the Risk of Venous Thromboembolism during Pregnancy and the Puerperium. (Green-top Guideline No. 37a). 2015; Available from: <https://www.rcog.org.uk/en/guidelines-research-services/guidelines/gtg37a/>.

[2] Chan WS, Rey E, Kent NE, VTE in Pregnancy Guideline Working Group, Chan WS, *et al.* Venous thromboembolism and antithrombotic therapy in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Can* 2014 Jun;36(6):527-53.

[3] Samama CM, Albaladejo P, Laversin S, and Marret E. Prevention of venous thromboembolism in surgery and obstetrics]. *Ann Fr Anesth Reanim* 2005;24(8):853-61.

[4] Bates SM, Greer IA, Middeldorp S, Veenstra DL, Prabulos AM, *et al.* VTE, thrombophilia, antithrombotic therapy, and pregnancy: Antithrombotic Therapy and Prevention of Thrombosis, 9th ed: American College of Chest Physicians Evidence-Based Clinical Practice Guidelines. *Chest* 2012;141(2 Suppl):e691S-736S.