



HAL
open science

Consultation prénatale du premier trimestre : évaluation des pratiques professionnelles à la maternité Port-Royal

Sandrine Brandin

► To cite this version:

Sandrine Brandin. Consultation prénatale du premier trimestre : évaluation des pratiques professionnelles à la maternité Port-Royal. Gynécologie et obstétrique. 2011. <dumas-00617821>

HAL Id: dumas-00617821

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00617821v1>

Submitted on 31 Aug 2011

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un 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 toute poursuite pénale

.

.

Liens

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4
Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES



Faculté de Médecine de Paris

ECOLE DE SAGES-FEMMES DE BAUDELOCQUE

Groupe Hospitalier Cochin – Saint-Vincent de Paul

Mémoire pour obtenir le **Diplôme d'Etat de Sage-femme**

Présenté et soutenu publiquement

Le 7 Avril 2011

Par

Sandrine BRANDIN

Née le 25/09/1986

Consultation prénatale du premier trimestre : évaluation des pratiques professionnelles à la maternité Port-Royal

DIRECTEUR DU MEMOIRE :

Mme ANSELEM Olivia Gynécologue Obstétricien, maternité Port-Royal

JURY :

Mr le Pr CABROL

Mme COLLIOT-THELENE

Mme DRAN

Mme DUQUENOIS

Mr le Pr TSATSARIS

Chef de service, maternité Port-Royal

Sage-femme cadre, maternité Bichat

Sage-femme enseignante, école Baudelocque

Sage-femme enseignante, école Baudelocque

Gynécologue Obstétricien, maternité Port-Royal

N° de mémoire : 2011PA05MA07

Remerciements

Je tiens à remercier

Mme ANSELEM, ma directrice de mémoire, pour m'avoir conseillé et guidé dans ce projet.

Mme DRAN, ma guidante, pour m'avoir aidée dans cette démarche.

Mes amis, ma famille pour m'avoir encouragée et soutenue tout au long de ces cinq années d'étude.

Table des matières

Liste des tableaux et figures	3
Liste des annexes	4
Introduction	5
1. Première partie : Le cadre conceptuel.....	7
1.1. <u>Le suivi de grossesse</u>	7
1.1.1. <u>La législation</u>	7
1.1.2. <u>Orientation des patientes en fonction des niveaux de risque</u>	8
1.1.3. <u>Les objectifs de la première consultation</u>	10
1.2. <u>Les recommandations de la Haute Autorité de Santé</u>.....	10
1.2.1. <u>Sur le plan médical</u>	11
1.2.1.1. <u>Les facteurs de risque à identifier</u>	11
1.2.1.2. <u>L'examen clinique obstétrical</u>	13
1.2.1.3. <u>Les examens complémentaires systématiques</u>	15
1.2.1.4. <u>Les dépistages facultatifs selon les situations</u>	18
1.2.2. <u>Sur le plan psychologique</u>	19
1.2.3. <u>Sur le plan social</u>	21
2. Deuxième partie : Méthodologie et résultats de l'étude.....	23
2.1. <u>Méthode d'étude</u>.....	23
2.1.1. <u>La problématique</u>	23
2.1.2. <u>Les hypothèses</u>	25
2.1.3. <u>Les objectifs</u>	25
2.1.4. <u>Les critères d'étude</u>	25
2.2. <u>Présentation des résultats de l'étude</u>.....	28
2.2.1. <u>Descriptif de la population</u>	28
2.2.1.1. <u>L'âge maternel</u>	28
2.2.1.2. <u>La gestité et la parité</u>	28
2.2.1.3. <u>La grossesse</u>	29
2.2.2. <u>Les données sur le plan médical</u>	29
2.2.2.1. <u>La consultation du jour</u>	29
2.2.2.2. <u>La déclaration de grossesse</u>	29
2.2.2.3. <u>L'âge gestationnel</u>	30
2.2.2.4. <u>Les habitudes de vie</u>	31

2.2.2.5. <u>La recherche d'antécédents</u>	33
2.2.2.6. <u>Indice de Masse corporelle (IMC), prise de poids pendant la grossesse et diabète gestationnel</u>	36
2.2.2.7. <u>Les conseils de prévention</u>	38
2.2.2.8. <u>L'examen clinique général et obstétrical</u>	39
2.2.2.9. <u>Les examens complémentaires</u>	40
2.2.3. <u>Les données sur le plan psycho-social</u>	44
2.2.3.1. <u>Les facteurs de risques psychologiques</u>	44
2.2.3.2. <u>Les facteurs de risques sociaux</u>	45
3. Troisième partie : Analyse et discussion des résultats	46
3.1. Analyse des résultats	46
3.1.1. <u>Critique de la méthodologie</u>	46
3.1.2. <u>Sur le plan médical</u>	47
3.1.2. <u>Sur le plan psychologique</u>	59
3.1.3. <u>Sur le plan social</u>	62
3.2. Explications et propositions	64
3.2.1. <u>La consultation préconceptionnelle</u>	66
3.2.2. <u>L'entretien du 4ème mois</u>	68
Conclusion	70
Bibliographie	72
Annexes	76

Liste des tableaux et figures

Figure 1 : Age maternel	28
Figure 2 : Parité de la population étudiée	28
Figure 3 : Déclarations de grossesses réalisées.....	30
Figure 4 : Âge gestationnel le jour de la consultation.....	31
Figure 5 : Informations données sur les risques liés au tabac pendant la grossesse	31
Figure 6 : Informations données sur les risques liés au tabac pendant la grossesse	32
Figure 7: Consommation d'alcool pendant la grossesse.....	32
Figure 8 : Prévention des risques de l'alcool pendant la grossesse	33
Figure 9 : Antécédents gynécologiques retrouvés dans la population étudiée	35
Figure 10 : Antécédents notables dans la population étudiée.....	35
Figure 11 : Indice de masse corporelle	36
Figure 12 : Prise de poids totale pendant la grossesse	37
Figure 13 : Facteurs de risque de diabète gestationnel	37
Figure 14 : Information donnée aux patientes non immunisées contre la toxoplasmose.....	39
Figure 15 : Examens cliniques et obstétricaux réalisés lors de la première consultation	40
Figure 16 : Dépistage de la trisomie 21	41
Figure 17 : Frottis cervico-vaginal antérieur à la grossesse	43
Figure 18 : Frottis cervico-vaginal réalisé en début de grossesse	43
Figure 19 : Facteurs psychologiques dépistés lors de la première consultation	44

Liste des annexes

Annexe 1 : Règles hygiéno-diététiques préventives en cas de non immunisation contre la toxoplasmose.....	76
Annexe 2 : Recueil des données.....	77
Annexe 3 : Conduite pratique de la consultation préconceptionnelle. Recommandation de la Haute Autorité de la Santé de 2009.....	79

Introduction

La grossesse est un phénomène physiologique. Cependant, c'est également une situation où les risques sont accrus pour la santé de la femme et de l'enfant à naître, tant en terme de morbidité, qu'en terme de mortalité. Le suivi de grossesse a pour objectifs de favoriser le développement des grossesses normales, d'identifier et de prévenir les éventuelles complications ou aggravations pouvant survenir pendant la grossesse. Il permet également à la femme d'accoucher dans de bonnes conditions physique et psychologique, et accompagne la patiente ou le couple dans leur projet de naissance. La surveillance de la grossesse est réglementée par le décret n° 92-143 du 14 février 1992 (1) et par les recommandations de la Haute Autorité de Santé et doit être réalisée avec rigueur. Elle s'inscrit dans une démarche de prévention et de dépistage et doit se faire en continu et de manière évolutive au fur et à mesure, et ce jusqu'à l'accouchement. Cependant, il est nécessaire d'apprécier les risques le plus tôt possible, idéalement lors du suivi gynécologique lorsque la femme exprime son désir de grossesse, ou à défaut lors de la 1^{ère} consultation avant 15 SA.

La consultation prénatale du premier trimestre est fondamentale et déterminante pour le suivi. Ses objectifs sont de confirmer la grossesse, de réaliser ou de prescrire les examens biologiques nécessaires ainsi que la première échographie. Mais également de donner des conseils d'hygiène de vie et de prévention contre la toxoplasmose, le tabac et l'alcool. Cependant, elle consiste avant tout à identifier et à évaluer les facteurs de risque, généralement présents avant la grossesse, qui peuvent être d'ordre médical, psychologique et social. Il s'agit, par la suite de mettre en place un plan de surveillance adapté au contexte.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a ainsi mis en place des recommandations de bonne pratique destinées aux médecins généralistes, aux sages-femmes et aux obstétriciens. Dans « *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* », publié en 2007, la HAS définit les recommandations professionnelles comme étant « des propositions développées selon une méthode explicite pour aider le praticien et le patient à rechercher les soins les plus appropriés dans des circonstances cliniques données ». Ces recommandations reposent sur

l'analyse et la synthèse critiques de la littérature médicale disponible, et sur l'avis d'un groupe multidisciplinaire de professionnels concernés par le thème de celles-ci. Cependant, selon les protocoles de service, certaines pratiques diffèrent. Nous pouvons alors nous demander si les praticiens exerçant dans les établissements de santé suivent les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Et si ces écarts par rapport aux recommandations entraînent des conséquences sur le bon déroulement de la grossesse ou sur la santé de l'enfant à naître.

Pour cela, nous avons réalisé une étude rétrospective et descriptive sur dossiers à la maternité Port-Royal.

Dans un premier temps, nous avons décrit les réglementations et les recommandations qui régissent le suivi de grossesse et la première consultation prénatale. Puis nous avons détaillé les résultats observés lors de notre étude et nous les avons expliqués dans une troisième partie.

1. Première partie : Le cadre conceptuel

1.1. Le suivi de grossesse

1.1.1. La législation

Le suivi de grossesse est règlementé par l'article R2122-1 du code de santé publique et par les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2005 « *Comment mieux informer les femmes enceintes ?* » et de 2007 « *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées* ». Sept consultations prénatales sont obligatoires pour une grossesse d'évolution normale. Toutes les patientes doivent recevoir une information sur le nombre probable de consultations, le moment et leur contenu ainsi que sur l'offre de soins pour le suivi de la grossesse (2). La première consultation doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse, soit avant 15 semaines d'aménorrhée (SA) (2). Un suivi mensuel est ensuite prévu à partir du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement. Durant la grossesse, une consultation pré anesthésique est obligatoire et trois échographies obstétricales sont systématiquement proposées (1).

Le décret n° 92-143 du 14 février 1992 (1) relatif aux examens prénataux obligatoires stipule que lors de chaque consultation, un examen clinique doit être pratiqué ainsi qu'une recherche de l'albuminurie et de la glycosurie. Au cours de la première consultation, il est obligatoire de déterminer le groupe sanguin, les phénotypes Rhésus et Kell de la patiente en cas de première grossesse ou si elle ne possède pas de carte de groupe sanguin complète avec deux déterminations, ainsi que la recherche d'anticorps irréguliers. De même, le dépistage de la rubéole, de la toxoplasmose et de la syphilis doit être effectué en l'absence de résultats écrits considérant l'immunité comme acquise (1) (3) (4). Un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) sera obligatoirement proposé et effectué avec l'accord de la patiente (1) (3) (4). La déclaration de grossesse doit être réalisée avant 15 SA par un médecin ou une sage-femme (1) (3) (5).

Au début de la grossesse, toute femme enceinte doit être informée du bénéfice d'un suivi régulier pour elle et pour l'enfant à naître. Chaque consultation prénatale nécessite un certain cadre ou climat afin que les femmes puissent parler des problèmes qui touchent l'intimité de leur couple, de leur fragilité affective et *a fortiori* de problèmes délicats comme les violences domestiques, les abus sexuels, les maladies psychiatriques et la consommation de toxiques (alcool, tabac, médicaments, drogues, etc.) (6). Il est donc indispensable d'être à l'écoute et de consacrer du temps lors de chaque entretien. Toute information délivrée à la patiente doit être compréhensible, un langage adapté à chaque personne et à chaque situation est donc nécessaire (6).

Le premier examen prénatal et le suivi de grossesse peuvent être réalisés par un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue obstétricien (2) (5) (7). A l'issue de ce premier entretien, si la sage-femme ou le médecin généraliste constate une situation ou des antécédents pathologiques ou si, au cours de la grossesse, des complications ou des facteurs de risque apparaissent, ils doivent réorienter la patiente vers un spécialiste (5) (7).

1.1.2. Orientation des patientes en fonction des niveaux de risque

Actuellement, en France, le taux de mortalité maternelle est estimé à 9.6 pour 100 000 naissances. Cette donnée publiée le 19 Janvier 2010, résulte d'une étude menée par le Comité National d'Expert sur la Mortalité Maternelle (CNEMM), l'Institut National de Veille Sanitaire (INVS) et l'Inserm (8). En 2006, selon l'INSEE, le taux de mortalité périnatale en France était de 11.2 pour 1000 naissances. D'après leurs prévisions, en 2007 le taux a atteint 11 pour 1000 naissances et en 2008, 12.3 pour 1000 naissances. Ces taux augmentent fortement depuis l'année 2002 en raison de l'augmentation des déclarations des naissances sans vie et liées aux changements législatifs de 2008 (9).

- Les niveaux de risques

Le profil de risque se définit par la présence ou non de facteurs ou de situations qui pourraient compromettre l'état de santé de la mère et de l'enfant à naître. Les facteurs de risque au cours de la grossesse sont en lien avec les

antécédents médicaux, familiaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux, psycho-sociaux et environnementaux de la patiente. Nous pouvons a priori définir deux catégories : les grossesses à bas et à haut risque (2) (6). Les grossesses à bas risques sont les grossesses pour lesquelles aucune complication n'est avérée chez la femme en début de grossesse et tout au long de celle-ci. Dès la première consultation prénatale, il est essentiel d'identifier les facteurs et le niveau de risque correspondant. Cependant, au cours de la grossesse un niveau de risque peut évoluer ou de nouveaux facteurs peuvent apparaître. Ainsi au cours de chaque examen prénatal, il est nécessaire de réévaluer la situation et d'adapter le suivi en conséquence pour une prise en charge optimale (2) (6).

- Type de suivi et d'orientation selon chaque situation à risque

La Haute Autorité de Santé a mis en place un type de suivi et d'orientation pour chaque situation à risque :

Suivi A : lorsque la grossesse se déroule en dehors de toute situation à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme (2).

Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé (2).

Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire (2).

Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien (2).

Le niveau de risque implique plusieurs finalités : le choix du professionnel qui assurera le suivi, le lieu du suivi et de l'accouchement, les intervenants spécialisés et le soutien après l'accouchement (2) (6). Le suivi de grossesse doit donc être adapté à chaque femme et à chaque situation afin de limiter l'apparition de tels risques et par conséquent de réduire la mortalité et la morbidité maternelle et périnatale actuels.

1.1.3. Les objectifs de la première consultation

La consultation du premier trimestre est déterminante pour le suivi de la grossesse. Elle doit avoir lieu le plus tôt possible. Les principaux objectifs de cet entretien sont avant tout de confirmer la grossesse et de déterminer l'âge gestationnel. Celui-ci est défini à partir de la date des dernières règles de la patiente. Une première échographie peut confirmer cette date ou la modifier s'il existe une différence d'une semaine entre la date théorique et la date échographique. La déclaration de grossesse doit être réalisée avant 15 SA et après la première échographie (4) (5) (6) (7).

Identifier et évaluer les facteurs de risque obstétricaux par un interrogatoire précis de la femme, à partir des antécédents médicaux, familiaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux, font également parti des objectifs d'un premier entretien (5) (6) (7). Des examens biologiques tels que la détermination du groupe sanguin et du Rhésus, la recherche d'agglutinines irrégulières, les sérologies de la rubéole, de la toxoplasmose, du VIH, de la syphilis ainsi que d'autres examens en fonction des facteurs de risque doivent systématiquement être prescrits, ainsi que la première échographie si celle-ci n'a pas déjà été réalisée (4) (5) (6) (7).

Des conseils d'hygiène de vie et de prévention contre la toxoplasmose, le tabac et l'alcool doivent être donnés ainsi que le plan de surveillance adapté et optimal établit en fonction des facteurs de risque (5) (6) (7).

1.2. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé

La Haute Autorité de Santé a mis en place en 2005 (6) et en 2007 (2), des recommandations pour les professionnels de la santé afin de minimiser l'apparition de complications au cours de la grossesse et d'adapter le suivi en conséquence. Ces risques peuvent être d'ordres médicaux, psychologiques et sociaux.

1.2.1. Sur le plan médical

Lors de la première consultation, il est nécessaire de rechercher ces différents facteurs ou de réaliser ces différents examens pour évaluer le niveau de risque de la grossesse et adapter le suivi.

1.2.1.1. Les facteurs de risque à identifier

- Les antécédents

La recherche des antécédents médicaux, familiaux, gynécologiques, chirurgicaux et obstétricaux est systématique, et permet d'estimer le niveau de risque de la grossesse. Ces informations vont être recueillies par un interrogatoire précis et directif, en utilisant un langage clair et compréhensible par la patiente (5) (6) (7).

La présence de pathologies maternelles préexistantes à la grossesse peut entraîner un risque d'aggravation en terme de morbidité et de mortalité périnatale et /ou maternelle : allergies, troubles vasculaires, trouble de l'hémostase, pathologies endocriniennes, cardiopathies, infection urinaire ou néphropathie, troubles neurologiques... Il s'agit avant tout de situer le début de la maladie, son évolution, ses effets sur la grossesse et inversement si la grossesse risque d'aggraver ou non la maladie. Il faut s'assurer d'un suivi et avoir toute connaissance de traitement pris par la patiente afin d'évaluer les éventuels risques tératogènes pour le fœtus (5) (6) (7).

De même que la présence d'antécédents familiaux : hypertension artérielle, diabète, maladies génétiques, pathologies malformatives peut avoir une influence sur la prise en charge de la grossesse (5) (6) (7).

Des interventions gynécologiques ou autres pourraient modifier la voie d'accouchement ou constituer des facteurs de risque d'accouchement prématuré (5) (6) (7).

La recherche d'antécédents gynécologiques et obstétricaux est indispensable dans la prise en charge de la grossesse. Des détails précis doivent être obtenus notamment pour éviter la récurrence de certaines affections (5) (6) (7).

- Poids, taille et Indice de Masse Corporelle (IMC)

L'indice de masse corporelle correspond au rapport du poids sur la taille au carré. Nous pouvons alors identifier si une patiente est en sous-poids ($IMC < 18$), en surpoids ($IMC \geq 25$), en obésité ($IMC \geq 30$) ou en obésité morbide ($IMC \geq 35$) (6) (10) (11). Des études ont pu mettre en évidence une corrélation entre l'IMC et le pronostic néonatal. En effet, certaines complications materno-fœtales telles que la pré-éclampsie, le diabète gestationnel, des malformations et une macrosomie fœtale sont liées au surpoids, et à l'obésité (10) (11). Le poids et la taille vont donc être relevés dès la première consultation. Puis à chaque entretien, la patiente sera pesée. Au cours de la grossesse, la prise de poids moyenne est de 1 kg par mois et de 1,5 kg par mois en fin de grossesse (5) (6) (7). Cependant, elle dépend de l'IMC pré-gestationnel. Par exemple, une patiente en surpoids ou en obésité devra restreindre le plus possible sa prise de poids compte tenu des risques que peuvent encourir la mère et l'enfant à naître. Il est donc fondamental d'informer les femmes sur l'alimentation et de les orienter vers une diététicienne si nécessaire (5) (6) (10) (11).

- Les habitudes de vies

- Le tabac

Il existe des risques pendant la grossesse spécifiquement liés au tabac, tels que le risque d'hypotrophie néonatale mais aussi une augmentation du risque de prématurité. Cesser de fumer constitue un intérêt majeur pour le bon développement et la vitalité de l'enfant à naître, quel que soit le stade de la grossesse. Des conseils et des informations sur les conséquences d'une consommation régulière ou occasionnelle doivent être prodigués. Si une aide est nécessaire au sevrage tabagique, les femmes peuvent être orientées vers un tabacologue et un traitement substitutif nicotinique peut être proposé (5) (6) (12) (13).

- L'alcool

L'alcool est toxique pour l'embryon et le fœtus. Il doit être recommandé aux femmes de ne pas consommer de boissons alcoolisées pendant toute la grossesse sachant que les effets d'une consommation occasionnelle ou modérée sont insuffisamment déterminés et qu'il n'est pas possible de définir une dose minimale d'alcoolisation sans conséquence (5) (6) (14).

- Le cannabis et autres substances toxiques

La consommation importante et répétée de cannabis durant la grossesse doit être déconseillée, d'autant plus que la composition exacte n'est pas connue. La consommation de cannabis a des conséquences prénatales telles que la diminution du poids de naissance, mais aussi néonatales telles que le syndrome de sevrage qui altère le comportement du nouveau-né. La consommation de tous les autres toxiques est également déconseillée (5) (6) (14).

- Les infections alimentaires

- La salmonellose

La salmonellose est une infection bactérienne dont la contamination s'effectue par voie digestive, en consommant des aliments contaminés crus ou peu cuits tels que les œufs et toute préparation à base d'œuf, le lait, la viande et les crustacés. Pour éviter la contamination des femmes enceintes, des conseils doivent être donnés par rapport à la conservation et à la cuisson de ces divers aliments (5) (6).

- La listériose

Pour éviter une contamination, les informations suivantes doivent être données : éviter les fromages à pâte molle au lait cru ainsi que les croûtes de fromage, les poissons fumés et les graines germées crues. Pour les charcuteries consommées en l'état (pâtés, rillettes, produits en gelée, jambon, etc.), préférer les produits préemballés et les consommer rapidement après leur achat. Nettoyer le réfrigérateur régulièrement ainsi que les ustensiles de cuisine (5) (6).

1.2.1.2. L'examen clinique obstétrical

- L'examen clinique général

A chaque consultation, un certain nombre d'examens doit être réalisé systématiquement notamment la prise des constantes (tension artérielle, pouls, température) afin de surveiller l'état général de la patiente. En cas de résultats anormaux, des examens complémentaires devront être prescrits (5) (6) (7).

Un dépistage de l'albuminurie et de la glycosurie doit être réalisé avant chaque entretien. L'apparition de protéines et de sucre dans les urines doit faire l'objet d'investigations plus approfondies telles que une protéinurie des 24 heures ou un test selon l'OMS (5) (6) (7).

Surveiller la prise de poids mensuelle et l'apparition de signes fonctionnels urinaire fait également partie de l'examen clinique général (5) (6) (7).

- L'auscultation cardio-pulmonaire

Cet examen permet de dépister des pathologies cardiaques, pulmonaires ou une éventuelle anémie. Si des anomalies sont décelées, des examens complémentaires devront être réalisés (6).

- L'examen des seins

Un examen des seins et des aires ganglionnaires sus-claviculaires et axillaires doit être réalisé en début de grossesse chez les femmes qui n'ont pas de suivi gynécologique régulier avant la grossesse afin de dépister la présence d'une masse ou d'une adénopathie (6).

- L'examen gynécologique

Cet examen permet de diagnostiquer des anomalies de la filière génitale. Il consiste, dans un premier temps, à inspecter la vulve afin de dépister des lésions (herpès génital, condylomes...), des varices vulvaires mais aussi la présence de mutilations sexuelles. Dans un second temps, il faudra réaliser un examen au spéculum afin de visualiser le vagin, les leucorrhées et le col utérin. Ces dépistages permettront d'évaluer une conduite à tenir durant la grossesse mais aussi à l'accouchement (6).

- Le frottis cervico-vaginal

La réalisation d'un frottis cervical doit être effectuée lors de la première consultation chez les femmes si le précédent date de plus de 2 ans (6). Le frottis peut également être réalisé lors de la consultation postnatale s'il n'a pu être pratiqué au cours du premier trimestre de la grossesse.

- Le toucher vaginal

Il n'est pas nécessaire d'effectuer un toucher vaginal à chaque consultation (6).

1.2.1.3. Les examens complémentaires systématiques

- Les dépistages des infections systématiques

La patiente peut contracter des maladies infectieuses au cours de la grossesse qui peuvent avoir un impact sur le développement et la vitalité fœtale. Ces infections peuvent être diagnostiquées par l'apparition de signes cliniques ou lors d'une surveillance sérologique systématique (4) (5) (6) (7).

Des informations sur les mesures d'hygiène doivent être données à chaque femme enceinte. En particulier sur l'alimentation, l'hygiène corporelle, et plus spécifiquement sur le lavage fréquent des mains (5) (6).

- La rubéole

Dès la 1^{ère} consultation, la recherche de l'immunité de la patiente contre la rubéole est obligatoire. Si la femme n'est pas immunisée ou si aucun résultat écrit considérant l'immunité comme acquise n'est présenté une sérologie de contrôle sera effectuée à 20SA. En cas de notion de contage, d'apparition de signes cliniques ou échographiques ou si les taux d'immunoglobuline G (IgG) sont très élevés, il faut rechercher la présence d'immunoglobuline M (IgM) (4) (5) (6) (7) (15). Une vaccination pourra être proposée après l'accouchement, en l'absence d'immunité, pour assurer une protection lors de futures grossesses. Elle doit être associée à une contraception (15).

- La syphilis

Elle doit être dépistée au début de la grossesse. En cas d'infection, un traitement devra être instauré afin de diminuer le risque de complications fœtales (4) (5) (6) (7) (16).

- La toxoplasmose

Si la patiente n'est pas immunisée ou en l'absence de résultats écrits considérant l'immunité comme acquise, la surveillance sérologique mensuelle est

systematique durant la grossesse et dans les jours qui suivent l'accouchement (4) (5) (6) (7) (15) selon les protocoles hospitaliers.

Les femmes qui ne sont pas immunisées doivent également recevoir des informations sur les risques que peut comporter une séroconversion. Tout professionnel doit donc prodiguer des conseils préventifs chez les femmes non immunisées (Annexe 1) (5) (6) (15).

- Le VIH

Une sérologie doit être proposée en début de grossesse car une prise en charge conjointe par des infectiologues et la mise en place d'un traitement antirétroviral au cours de la grossesse et pendant l'accouchement peut réduire le risque de transmission de la mère à l'enfant en cas de séropositivité. Le consentement de la femme est obligatoire (4) (5) (6) (7).

- Groupe sanguin et recherche d'agglutinines irrégulières

Le groupe sanguin et le phénotypage Rhésus et Kell doivent être déterminés dès le début de la grossesse (4) (5) (6) (7). Dans le cas où la patiente est de Rhésus négatif, il faut connaître le groupe sanguin et le Rhésus du père.

La recherche d'agglutinines irrégulières (RAI) doit être systématiquement effectuée dès le début de la grossesse et à 28 SA quel que soit le Rhésus maternel. En cas de présence d'agglutinines irrégulières, une identification et un titrage sont obligatoires (4) (5) (6) (7).

- Le diabète

Le diabète gestationnel est un trouble de la tolérance glucidique conduisant à une hyperglycémie de sévérité variable, débutant ou diagnostiqué pour la première fois pendant la grossesse, quels que soient le traitement nécessaire et l'évolution dans le *post-partum* (OMS) (17) (18). Il se dépiste entre 24 et 28 SA et a pour objectif de prévenir les complications materno-fœtales. Cependant, certaines patientes peuvent avoir un diabète de type 2, non insulino-dépendant, méconnu avant la grossesse. Il est recommandé de le rechercher, dès la première consultation, s'il existe des facteurs de risque tels que : un âge \geq 40 ans, un IMC \geq 25kg/m²,

l'appartenance à une ethnie à risque (Asie, Antilles, Afrique du Nord), des antécédents familiaux de diabète de type 2 au 1^{er} degré ou des antécédents personnels de diabète gestationnel, de macrosomie ou d'hyperinsulinisme (4) (5) (6) (7) (17) (18).

Le diabète gestationnel est diagnostiqué à partir de tests de charge orale en glucose (HGPO). Les méthodes dites alternatives (dosages de la glycémie à jeun et postprandiales ou non, de la glycosurie, de l'hémoglobine glyquée) ne sont pas recommandées (18). Il existe 2 types de tests : soit en un temps (test de l'OMS), c'est une stratégie de dépistage et de diagnostic. La patiente effectue une glycémie à jeun et 2 heures après ingestion de 75g de sucre (le seuil étant de 1.40g/l). La stratégie en deux temps consiste à réaliser un test de dépistage dit « O'sullivan » (HGPO après 50g de sucre) puis un test diagnostique (HGPO à 75 ou 100g de sucre) chez les femmes dépistées positives et dont la valeur seuil est respectivement de 1.30 à 1.40g/l (18). Si les résultats sont pathologiques, la patiente devra être adressée à un diabétologue. Le premier traitement est le régime avec une auto surveillance quotidienne des glycémies à jeun (seuil : 0.95g/l) et postprandiales (seuil : 1.20g/l). En l'absence de normalisation des glycémies après 8-10j de régime bien conduit, l'insulinothérapie sera donc indiquée (17) (18).

- Les échographies

La femme enceinte doit être informée qu'une échographie obstétricale lui sera proposée aux 1ers, 2e et 3e trimestres. Dater la grossesse afin de diminuer le nombre de déclenchements artificiels pour dépassement de terme, identifier les grossesses multiples, et mesurer la clarté nucale font partie des principaux objectifs pour l'échographie du 1^{er} trimestre. La 2^{ème} échographie permet de dépister les anomalies morphologiques fœtales, de définir la localisation du placenta et d'évaluer la croissance et le bien-être fœtal. Lors de la dernière échographie, il est important de diagnostiquer les malformations tardives et d'évaluer la croissance fœtale afin de permettre, soit une meilleure prise en charge périnatale et une amélioration du pronostic à long terme (4) (5) (6) (7).

- Le dépistage de la trisomie 21

Avant les arrêtés de juin 2009 (19), le dépistage reposait sur deux examens : l'échographie du premier trimestre avec la mesure de la clarté nucale et l'analyse d'au moins deux marqueurs sériques maternels spécifiques du deuxième trimestre (entre 14 et 17SA + 6j) : l'hormone chorionique gonadotrope (hCG) et l'alpha foeto protéine (AFP) ou l'oestriol. Si l'estimation du risque est supérieure ou égale au seuil fixé à 1/250, un prélèvement à visée diagnostique peut être réalisé : une amniocentèse. Ces examens étaient remboursés par la Sécurité Sociale chez les femmes âgées de 38 ans ou plus ou en cas d'anomalies échographiques (4) (19) (20) (21).

Depuis les arrêtés du 23 juin 2009 de nouvelles règles ont été instituées (19). En effet, le dépistage est proposé systématiquement à toutes les femmes, quel que soit leur âge, et à différents stades de la grossesse. Au premier trimestre, entre 11 SA et 13SA + 6j, le test associe le dosage des marqueurs sériques maternels spécifiques : la Protéine Plasmatique Placentaire de type A (PAPP-A) et la β -hCG, avec la mesure échographique de la clarté nucale rapportée à la longueur crânio-caudale. Néanmoins si ce test n'a pu être réalisé au 1^{er} trimestre, un dosage des marqueurs sérique du deuxième trimestre peut être effectué et mis en corrélation avec les mesures du premier trimestre. Le consentement écrit de la patiente est nécessaire à la réalisation de ces examens (4) (19) (20) (21).

1.2.1.4. Les dépistages facultatifs selon les situations

- La bactériurie asymptomatique

Elle peut être suspectée par un examen des urines grâce à la bandelette urinaire lors de chaque consultation. Son diagnostic, par un examen cytbactériologique des urines, et son traitement diminuent le risque de naissance prématurée (4) (5) (6).

- L'hépatite C

La sérologie n'est pas systématique sauf chez les populations à risque telles que les femmes toxicomanes ou celles qui ont déjà été transfusées (4) (5) (6).

- L'herpès génital

Le diagnostic et le traitement sont urgents en raison de la gravité du pronostic néonatal. L'interrogatoire doit être systématique ainsi que la recherche d'antécédents de lésions génitales (4) (5) (6).

- Anémie, drépanocytose et thalassémie

Le dépistage de l'anémie est obligatoirement réalisé au cours du 6^{ème} mois. Cependant, il peut se faire lors de la première consultation, en cas de facteurs de risque. Une éventuelle anémie doit être explorée et traitée sans retard (4) (5) (6).

La drépanocytose et la thalassémie sont des maladies entraînant la formation d'une hémoglobine anormale. Leur recherche est systématique dans les populations à risque telles que l'Afrique, le bassin méditerranéen, les Antilles et/ou chez les patientes qui ont des antécédents familiaux (6).

1.2.2. Sur le plan psychologique

Devenir mère est source d'espoir, mais aussi de craintes, d'inquiétudes et parfois de doutes. La maternité est une expérience complexe qui bouleverse la femme dans son psychisme, dans ses émotions et dans son identité. C'est un parcours d'adaptation et de réorganisation de soi qui implique à la fois la patiente mais aussi le couple et la famille. Au cours de la grossesse, ces remaniements psychiques peuvent être la cause de pathologies, nuire au bon déroulement de la grossesse et à la santé de la mère et perturber l'instauration du lien entre les parents et l'enfant (22). Certaines difficultés psychiques peuvent donc être dépistées, telles que des troubles mineurs : troubles du sommeil, anxiété avec des manifestations somatiques, un antécédent dépressif... ou des troubles majeurs : dépression avec ou sans traitement médicamenteux et des troubles psychiques importants... Le dépistage de ces troubles permet d'envisager précocement une orientation adaptée vers des spécialistes. Une collaboration étroite entre les psychologues ou les psychiatres et les acteurs du suivi obstétrical est indispensable pour une prise en charge thérapeutique optimale (6).

Les troubles du sommeil doivent être dépistés systématiquement car ils peuvent être un signe précurseur d'anxiété ou de dépression. En effet, l'anxiété est un processus de blocage cognitif avec des manifestations somatiques, à différencier de la peur, pouvant entraîner une grave dépression. Il est fondamental d'encourager la femme à exprimer librement ces craintes et ces problèmes. Un entretien avec un psychologue doit être systématiquement proposé à toutes femmes présentant le moindre signe d'anxiété ou de dépression. Actuellement, aucun outil ne permet le dépistage des symptômes dépressifs. Les troubles psychiatriques graves, nécessitent une consultation psychiatrique voire un traitement (6).

La prévention repose donc sur l'écoute et le dialogue entre la patiente et le professionnel de santé afin de ne pas aggraver la situation. L'entretien du 4^{ème} mois, proposé systématiquement à toutes les femmes, a pour objectif de favoriser l'expression des attentes, des besoins, des projets du couple ou de la femme et de leur donner les informations utiles (6) (23). C'est également l'occasion pour les futures mères ou pour le couple d'évoquer les questions mal ou peu abordées au cours des consultations prénatales : « *questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille...* » (22). Il sera réalisé par une sage-femme ou un autre professionnel de la naissance au sein de la maternité ou en libéral. Cet entretien permet également de repérer les situations de vulnérabilité et de proposer la réponse la mieux adaptée aux difficultés. Cependant, étant donné l'origine complexe de ces troubles et la difficulté de leur dépistage, ils ne peuvent être détectés lors d'un seul et unique entretien. Il est donc nécessaire d'évaluer la santé psychologique de la patiente et d'être alerté au moindre signe tout au long de la grossesse, soit, à chaque consultation prénatale (6).

1.2.3. Sur le plan social

Selon l'INSEE, en 2008, 13% de la population française vivait en dessous du seuil de pauvreté (24). Il a également été démontré que des difficultés socio-économiques entraînent des inégalités sociales de santé. En effet, que ce soit en termes de mortalité, de morbidité, de recours aux soins et à la prévention ou de qualité de vie, il existe des gradients selon les milieux sociaux, les origines, la profession et le sexe. Cette inégalité s'exprime également par une différence, face aux expositions à des facteurs de risque, mais aussi par rapport à l'accessibilité à des réseaux de prévention, de dépistage et de soin (25).

Certaines femmes enceintes peuvent se retrouver dans des situations de précarité complexes et difficiles à vivre. D'après l'Enquête Nationale Périnatale, effectuée en 2003, 6,4 % des femmes avaient comme unique ressource, pendant leur grossesse, une aide publique telle que le RMI, l'API et l'allocation chômage (26) (27). Cependant, 1,3 % des femmes n'avaient eu aucun revenu provenant d'une activité professionnelle ou d'une aide publique et la surveillance prénatale était beaucoup moins soutenue (26) (27). Pour la majorité de ces femmes, la prise en charge en début de grossesse, au moment de la déclaration, avait été effectuée par un médecin généraliste. Il a également été démontré qu'il existe une corrélation entre la situation socio-économique de la patiente et l'issue de la grossesse. En effet, les accouchements prématurés (7.9 à 10.5%) et l'hypotrophie foétale (12.9 à 13.2%) sont plus fréquents chez ces femmes (26). Ces risques ne sont pas seulement intrinsèques à la situation matérielle de la patiente. D'autres facteurs rentrent en compte tels que : le tabac, dont la consommation est beaucoup plus importante, la fatigue, le stress, l'anxiété, les conditions de logement, les problèmes de nutrition... (26).

Chaque praticien doit donc s'informer, dès le début de la grossesse, de la situation socio-économique de la patiente ou du couple et dépister les situations précaires. Il est important de prévenir les risques obstétricaux par une prise en charge médicale et sociale adaptée mais aussi d'évaluer les conditions de vie pour l'enfant à naître (26). Pour cela il leur est nécessaire de travailler en collaboration avec tous les acteurs internes (médecins, personnel soignant et paramédical,

administration,...) et externes à l'hôpital (médecins traitants, services d'aide à domicile, organismes officiels,...).

Au total, le professionnel soignant a le devoir d'assurer une sécurité, pour la femme et pour l'enfant à naître, d'un point de vue médical, psychologique et social. L'anamnèse est primordiale afin d'évaluer les risques, d'émettre des hypothèses diagnostiques, de les vérifier en corrélation avec l'examen clinique et les examens complémentaires et de mettre en place une prise en charge adaptée.

2. Deuxième partie : Méthodologie et résultats de l'étude

2.1. Méthode d'étude

2.1.1. La problématique

La grossesse peut être une période à risque en termes de morbidité et de mortalité périnatales et/ou maternelles. Afin de diminuer l'apparition de ces risques au cours d'une grossesse, un suivi régulier, par un médecin ou une sage-femme au sein d'un groupe hospitalier ou en consultation externe, est nécessaire et doit être mis en place le plus tôt possible.

Le suivi de grossesse passe par une démarche de prévention et de dépistage. La surveillance doit se faire de façon continue et évolutive au fur et à mesure, et ce jusqu'à l'accouchement. L'identification du niveau de risque en début de grossesse, devrait permettre une adaptation du suivi, avec une orientation précoce et adaptée qui constituera le point de départ d'actions de prévention primaires ou secondaires de ces complications. Il est donc nécessaire d'apprécier les facteurs de risque le plus tôt possible, idéalement en préconceptionnel lors du suivi gynécologique lorsque la femme exprime son désir de grossesse, ou lors de la première consultation avant 15 semaines d'aménorrhée.

De nombreux décrets et réglementations ont été mis en place par la Haute Autorité de la Santé en ce qui concerne la surveillance de la grossesse. Cette institution a donc édité des recommandations destinées aux professionnels de santé concernant le suivi de la grossesse et le déroulement des consultations prénatales. Les objectifs étant d'améliorer l'identification des situations à risque pouvant compliquer la santé de la mère et de l'enfant à naître et d'adapter le suivi en conséquence.

La Maternité Port-Royal est une maternité de type III. Elle dispose donc d'une unité de néonatalogie, de soins intensifs et d'une unité de réanimation néonatale qui prend en charge les nouveau-nés prématurés quel que soit le terme ou nécessitant des soins de réanimation lourds. Cet établissement compte un peu plus de 3000 accouchements par an, soit approximativement autant de suivi de femmes enceintes et donc un très grand nombre de grossesses à haut risque materno-fœtal.

Nous pouvons alors nous demander si les recommandations publiées par la Haute Autorité de Santé, concernant le suivi prénatal du 1^{er} trimestre de la grossesse, sont appliquées par les professionnels de santé exerçant à Port Royal.

Nous avons été amenés à traiter ce sujet après avoir constaté des pratiques médicales différentes suivant les centres hospitaliers, probablement dues à des protocoles différents. Malgré tout, il faut savoir que la validation des protocoles et l'évaluation des pratiques professionnelles permettent une amélioration de la prise en charge. En effet selon le décret n° 2005-346 du 14 avril 2005, l'évaluation des pratiques professionnelles permet *« l'amélioration continue de la qualité des soins et du service rendu aux patients par les professionnels de santé. Elle vise à promouvoir la qualité, la sécurité, l'efficacité et l'efficience des soins et de la prévention... Elle consiste en l'analyse de la pratique professionnelle en référence à des recommandations... et inclut la mise en œuvre et le suivi d'actions d'amélioration des pratiques. L'évaluation des pratiques professionnelles, avec le perfectionnement des connaissances, fait partie intégrante de la formation médicale continue. »* (28) (29) (30).

Il est donc du ressort médical de s'assurer du bon déroulement de la grossesse, de dépister les facteurs de risque ou l'apparition de pathologies, de les diagnostiquer le plus rapidement possible, et de mettre en place une prise en charge adéquate et optimale. Mais, il est également indispensable que tous professionnels s'assurent d'une formation continue afin de ne pas mettre en péril la santé de la femme et de l'enfant à naître.

L'enjeu de ce mémoire est d'évaluer les pratiques professionnelles concernant le bon déroulement de la première consultation prénatale (avant 15SA), et ainsi de s'assurer que les outils utilisés respectent les recommandations de la Haute Autorité de Santé et les protocoles du service.

2.1.2. Les hypothèses

1. Sur le plan médical, la majorité des professionnels de santé respectent les recommandations et les protocoles, ce qui permet un dépistage précoce des facteurs de risque et par conséquent une orientation adaptée de la patiente vers un spécialiste.

2. Sur le plan psychologique, il est difficile de détecter les situations à risque lors de la première consultation prénatale malgré les recommandations.

3. Sur le plan social, les sages-femmes et les obstétriciens détectent dès le début de la grossesse les situations à risque. Cependant, la mise en place d'une prise en charge adéquate de la patiente est tardive.

2.1.3. Les objectifs

Cette étude a pour objectifs :

D'évaluer l'application des recommandations de la Haute Autorité de la Santé par les professionnels de santé de la maternité Port-Royal.

De mettre en évidence les éventuelles conséquences des écarts entre la prise en charge et les recommandations de la Haute Autorité de Santé.

D'analyser les éventuelles raisons et de proposer des solutions adaptées.

2.1.4. Les critères d'étude

Il s'agit d'une étude rétrospective et descriptive. Elle porte sur l'analyse de dossiers (AUDIPOG) de toutes les patientes qui ont accouché en mai 2010 à Port-Royal, c'est-à-dire les femmes ayant consulté pour la première fois avant 15 semaines d'aménorrhée en octobre et novembre 2009. La liste obtenue répertoriait 235 femmes.

Ont été exclus :

- Les femmes ayant eu un premier entretien à la maternité après 15 semaines d'aménorrhée.
- Les transferts in utero.
- Les Interruptions Médicales de Grossesse (IMG) ou les Mort Fœtale In Utero (MFIU).
- Les patientes venues aux urgences ou au Diagnostic Anténatal (DAN) et dont le dossier de grossesse a été ouvert à cette occasion.

L'étude des résultats a été réalisée sur un total de 130 patientes. En effet, nous avons exclu :

- 66 femmes venues consulter au-delà des 15 semaines d'aménorrhée
- 6 interruptions médicale de grossesse.
- 15 transferts in utero.
- 8 patientes venues aux urgences.
- 3 femmes vues au Diagnostic Anténatal (DAN).
- 1 Mort Fœtal In Utero (MFIU).
- 6 patientes ayant des problèmes sociaux et suivies tardivement.

Les données concernant les patientes ont été obtenues à partir du dossier obstétrical. A la maternité de Port-Royal, les professionnels soignants utilisent des dossiers AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers Informatisés en Périnatalogie, Obstétrique et Gynécologie.

Les dossiers ont fait l'objet d'une analyse à partir d'une grille de recueil préétablie présentant 58 items (Annexe 2). Parmi les données recueillies, certaines sont d'ordre général, tels que l'âge maternel, la parité, la grossesse (s'il elle est unique ou multiple) et le professionnel soignant (sage-femme ou gynécologue-obstétricien) vu par la patiente le jour de la consultation. Les autres ont été séparées en trois catégories : médicales, psychologiques et sociales. Elles prennent en compte, pour chacune d'elles, l'anamnèse (avec la recherche de tous les antécédents de la patiente et de facteurs de risques), les actes réalisés ou prescrits par le praticien, les informations données à la patientes, le déroulement de la grossesse. Ceci nous a

permis d'évaluer, pour chaque dossier, le respect ou non des protocoles du service et des critères de recommandation définis par la Haute Autorité de Santé.

Pour chaque grossesse, l'apparition de facteurs de risques ou de pathologies a été relevée afin de les mettre en lien avec les éléments obtenus ou les actes réalisés lors de la première consultation. Leur prise en charge par le service ou par un spécialiste ainsi que l'évolution ont été également recueillies.

2.2. Présentation des résultats de l'étude

2.2.1. Descriptif de la population

2.2.1.1. L'âge maternel

La population de l'étude regroupe 130 patientes dont l'âge moyen est de 34 ans. Elle est constituée de trois patientes âgées de 20-24 ans (2%), dix-neuf sont âgées de 25-34 ans (15%), quarante-quatre de 30-34 ans (34%) et cinquante de 35-39 ans (38%). Enfin, quatorze patientes ont 40 ans et plus (11%), dont une est âgée de 46 ans.



Figure 1 : Age maternel

2.2.1.2. La gestité et la parité

La population est majoritairement constituée de patientes nullipares (38%) et primipares (42%). Le reste de la population est constitué de deuxième parité (17%), troisième (1.5%) et quatrième (1.5%) parité.

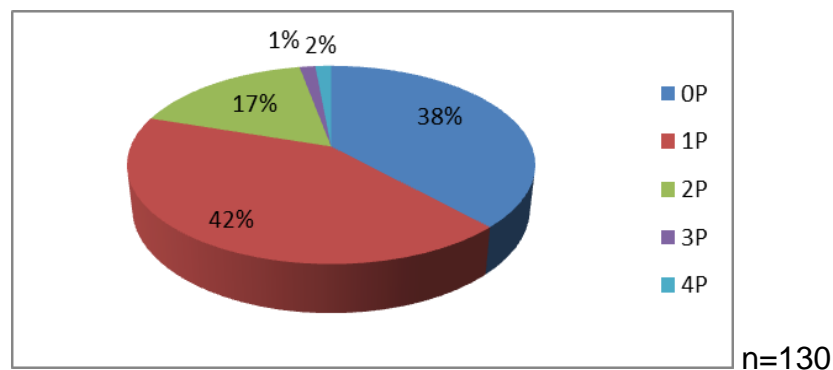


Figure 2 : Parité de la population étudiée

2.2.1.3. La grossesse

Parmi les 130 dossiers étudiés, 125 grossesses suivies à Port-Royal étaient des grossesses uniques (96%). Parmi les grossesses multiples, on dénombre quatre grossesses gémellaires (3%) et une grossesse triple (1%).

Pour la grossesse triple, obtenue par fécondation in vitro, les parents ont fait la demande d'une réduction embryonnaire permettant de passer d'une grossesse triple à une grossesse gémellaire. La demande a été acceptée par le CPDPN Saint-Vincent-De-Paul-Port-Royal et réalisée à 15 SA.

Parmi les grossesses singletons, 94% ont été obtenues de façon spontanée. Quatre femmes ont eu recours à la fécondation in vitro (FIV) (3%) pour infertilité féminine ou masculine, expliquée ou non, et 2% ont été obtenues par insémination artificielle (ICSI). Une femme a eu une stimulation ovarienne pour sa grossesse.

Les grossesses gémellaires ont toutes été obtenues par fécondation in vitro (50%) et par insémination artificielle (50%).

2.2.2. Les données sur le plan médical

2.2.2.1. La consultation du jour

A la première consultation, soixante-six patientes ont vu une sage-femme (51%), et 64 ont vu un obstétricien (49%).

La plupart des femmes ont vu un professionnel soignant, médecin généraliste ou gynécologue-obstétricien de ville, avant le premier entretien à la maternité. Soixante patientes avaient un suivi antérieur (49%) contre douze (9%) qui n'en avaient pas. Quarante deux pourcent des dossiers n'étaient pas renseigné par rapport à cet item.

2.2.2.2. La déclaration de grossesse

Pour dix-huit pourcent des femmes, la déclaration avait déjà été faite soit par leur médecin généraliste, soit par leur gynécologue. Six dossiers ne sont pas renseignés (25%).

Pour 46% des femmes de l'étude, la déclaration de grossesse a été effectuée le jour de la consultation par une sage-femme dans 55% des cas et par un obstétricien dans 45% des cas. Pour quinze pourcent de la population d'étude, la déclaration de grossesse a été réalisée après la première consultation prénatale. Les causes sont les suivantes : dix-sept (90%) femmes n'avaient pas encore eu d'échographie précoce ou du premier trimestre et une patiente (5%) avait une échographie mais a été dirigée vers le diagnostic anténatal pour une hyperclarté nucale. La déclaration a été réalisée après l'amniocentèse qui s'est révélée normale. Les cinq pourcent restant correspondent à un oubli : la patiente avait déjà fait son échographie du premier trimestre mais la déclaration a été réalisée lors de la deuxième consultation prénatale.

Vingt et un pourcent des dossiers ne sont pas renseignés sur cet item.

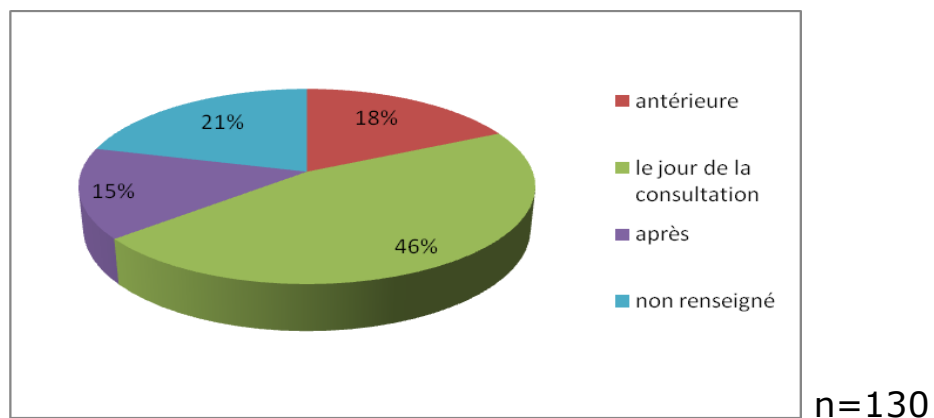


Figure 3 : Déclarations de grossesses réalisées

2.2.2.3. L'âge gestationnel

Les patientes ont consulté, pour la première fois à la maternité, entre 8 et 15 semaines d'aménorrhée. Le terme moyen est de 12 semaines d'aménorrhée. Dix pourcent des femmes sont venues entre 8 et 9 SA+6 jours, 38% entre 10 et 11 SA+6 jours, 47% entre 12 et 13 SA+6 jours et 5% ont consultées entre 14 et 15 SA.

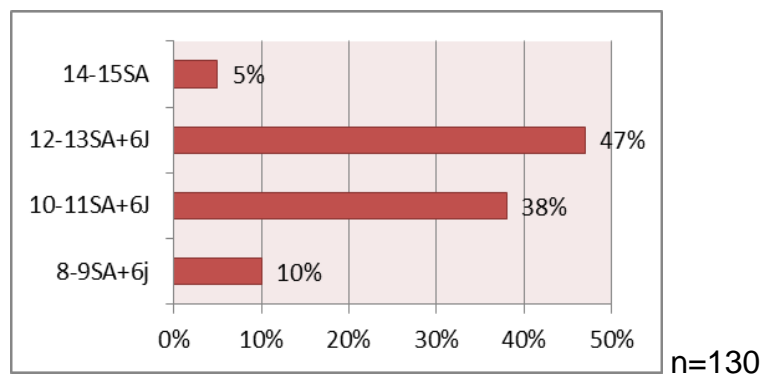


Figure 4 : Âge gestationnel le jour de la consultation

2.2.2.4. Les habitudes de vie

- Le tabac

Au cours de l'anamnèse réalisée à la première consultation, 25 patientes (16%) ont indiqué fumer avant la grossesse. Douze pourcent avaient une consommation occasionnelle (moins de 5 cigarettes par jour), 48% fumaient de façon modérée (entre 5 et 10 cigarettes par jour), 36% fumaient quasiment un paquet par jour (entre 10 et 20 par jour) et 4% plus d'un paquet. La moyenne d'âge des patientes fumeuses est de 34 ans.

Parmi les vingt-cinq patientes consommant du tabac en début de grossesse, quatorze (56%) ont arrêtés spontanément de fumer en début de grossesse. Seulement quatre (36%) ont reçues une information sur les risques liés au tabac pendant la grossesse. Aucune n'a exprimé le besoin d'une aide de la part d'un tabacologue.

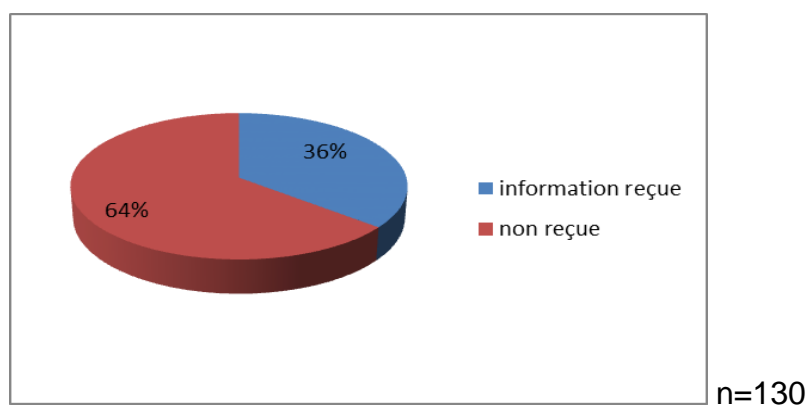


Figure 5 : Informations données sur les risques liés au tabac pendant la grossesse

Onze patientes (44%) n'ont pas arrêté de fumer ou ont réduit leur consommation (allant de 5 à 10 cigarettes par jour). Parmi elles, cinq (45%) ont reçues les informations nécessaires : quatre ont eues de l'aide régulièrement par un tabacologue ou des conseils par la sage-femme, dont deux ont eu un traitement substitutif nicotinique : pastille ou patch. Pour les six autres (55%), aucune information n'est mentionnée dans le dossier par rapport aux messages de prévention ou par rapport à une quelconque aide.

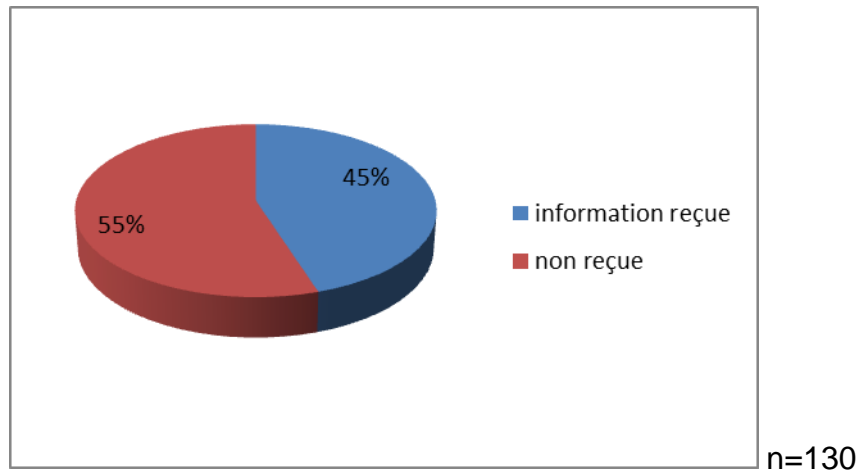


Figure 6 : Informations données sur les risques liés au tabac pendant la grossesse

Parmi les patientes qui ont continuées de fumer pendant la grossesse, deux ont donnée naissance à des enfants hypotrophes sévères (< 3^{ème} percentile).

• L'alcool

Il a été découvert que deux femmes (2%), sur les 130 dossiers étudiés, buvaient de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière. Cependant, seize dossiers (12%) ne mentionnent pas la recherche d'une quelconque consommation.

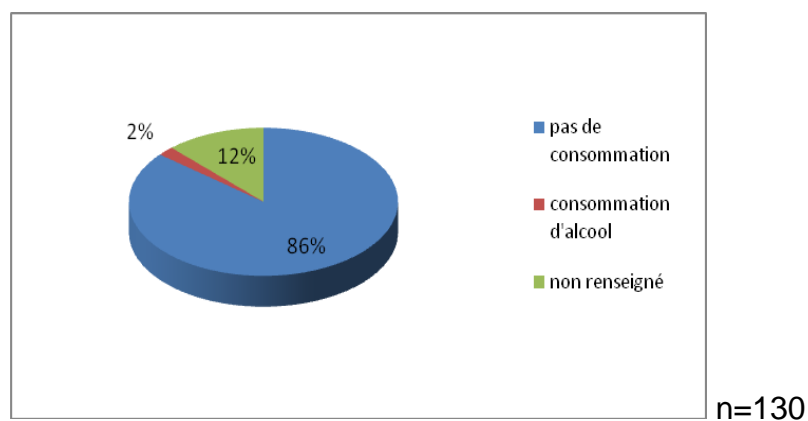


Figure 7: Consommation d'alcool pendant la grossesse

Pour 107 patientes (82%) aucun message préventif n'a été prodigué. Parmi elles, une des deux femmes ayant révélé avoir bu de l'alcool pendant la grossesse.

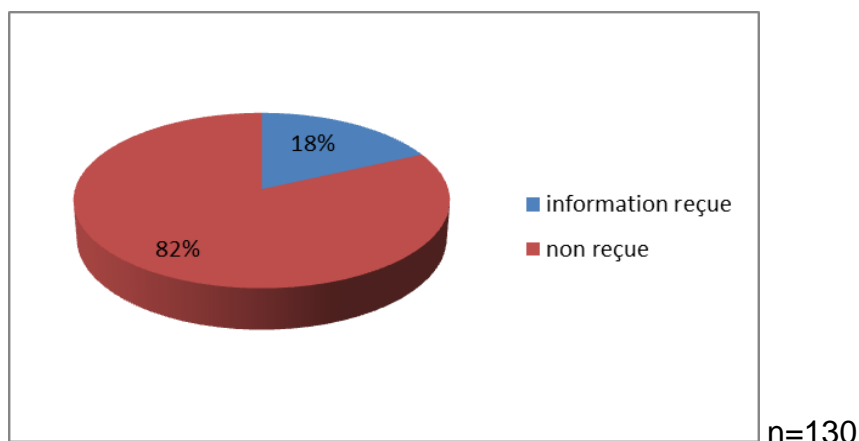


Figure 8 : Prévention des risques de l'alcool pendant la grossesse

- Les toxiques

Aucune des patientes de l'étude ne consommait de substance toxique. Cependant, quatorze dossiers (10%) sur les 130 indiquent qu'aucune question ou qu'aucune recherche n'a été effectuée et seulement vingt femmes (15%) ont reçu une information des risques encourus de façon certaine.

2.2.2.5. La recherche d'antécédents

- Médicaux

Parmi les patientes vues par une sage-femme, treize (20%) ont des antécédents médicaux notables mais dont l'impact sur la grossesse est généralement faible. Il s'agit d'antécédents hématologiques (paludisme, thalassémie), rénaux (colique néphrétique), cardiaques bénins (extrasystole), pulmonaires (tuberculose ou infection), digestifs (hernie), oculaires (myopie) et des antécédents suite à leurs premiers accouchements de périnée complet. Pour le reste des patientes vues par une sage-femme, six avaient des antécédents plus importants (9%) et ont été redirigé vers un obstétricien. Soixante et onze pourcent n'avaient pas d'antécédent.

Seize des patientes (25%), vues par un obstétricien, avaient des pathologies ou des antécédents médicaux plus importants : antécédent de phlébite et d'embolie pulmonaire, épilepsie, maladie de Basedow, thyroïdite de Hashimoto, maladie de

Crohn, cardiopathie, hépatite B chronique, mutation du facteur V Leiden, asthme traité, diabète de type 1 sous insuline, hypertension artérielle et maladie de système.

- Familiaux

Trente-quatre femmes (38%) avaient des antécédents familiaux notables tels que : diabète de type 1 ou 2, l'hypertension artérielle, pathologies cardiaques, maladies héréditaires, retard mental, et pathologies vasculaires.

Dix-neuf patientes (56%) déclaraient avoir des antécédents familiaux de diabète (père et mère). Cependant, il n'était pas fait mention du type de diabète (insulinodépendant ou non insulinodépendant) et d'un éventuel traitement par insuline. Onze de ces femmes ont été vues par une sage-femme (58%).

Treize femmes (38%) avaient des antécédents familiaux d'hypertension artérielle (père et mère). Il n'était majoritairement pas indiqué dans le dossier si les parents étaient traités ou non. Neuf de ces femmes ont été vues par une sage-femme (47%).

Pour ce qui est des autres pathologies : quatre femmes (11%) avaient des antécédents familiaux de problèmes cardiaques (père et oncle), cinq (14%) de retard mental ou de maladies héréditaire (trisomie 21, autisme, maladie de Duchenne, cancer du sein), deux (6%) de phlébite (grands-parents et mère), et deux (6%) AVC (père).

- Gynécologiques

Vingt-sept femmes (21.5%) avaient des antécédents gynécologiques tels que : une infertilité féminine ou masculine (26%), des dysplasies cervicales ayant nécessité une biopsie, un traitement par laser ou une conisation (18.5%), de l'herpès génital (15%), des kystes ovariens traités sous cœlioscopie ou laparotomie (11%), et des infections (bartholinite) (11%). Mais aussi des antécédents de pathologies mammaires (tumorectomie, ablation d'adénofibrome) (11%), de pathologies génitales (7%) et de fibromes ou de polypes utérin (7%).

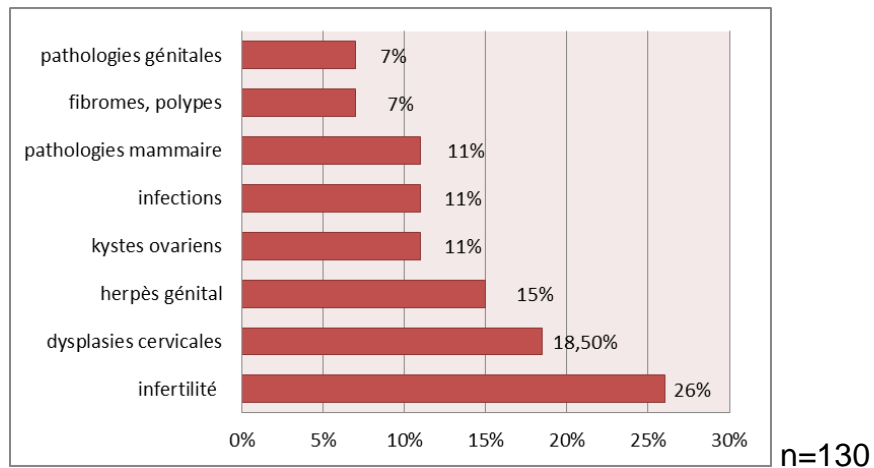


Figure 9 : Antécédents gynécologiques retrouvés dans la population étudiée

- Chirurgicaux

Vingt patientes (15%) avaient des antécédents chirurgicaux notables d'origine osseuse, génitale, mammaire, oculaire et digestive.

Au total, le nombre de patientes vues en consultation présentant des antécédents notables est représenté dans la figure suivante :

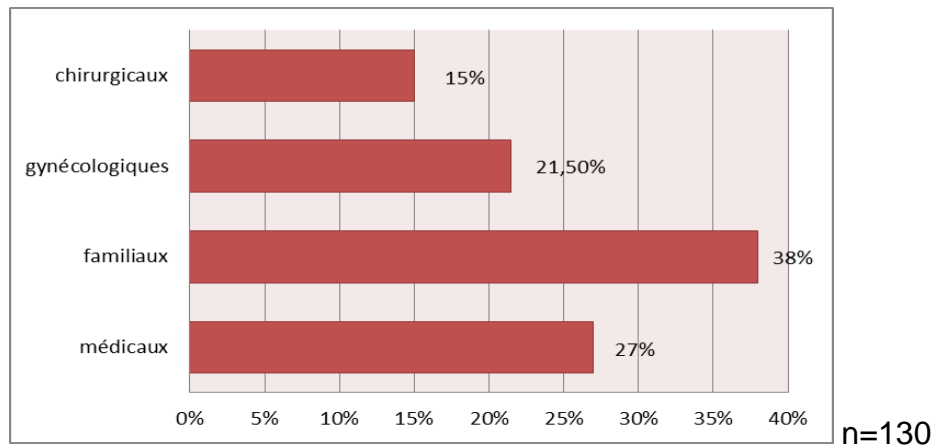


Figure 10 : Antécédents notables dans la population étudiée

2.2.2.6. Indice de Masse corporelle (IMC), prise de poids pendant la grossesse et diabète gestationnel

- L'indice de masse corporelle

Parmi les 130 dossiers, deux ne sont pas renseignés sur la taille et un dossier n'est renseigné ni sur la taille ni sur le poids. Une seule patiente a eu un calcul d'indice de masse corporelle. Cependant, vingt-huit patientes avaient un IMC limite ou excessif : vingt-deux ont un IMC compris entre 25 et 29 (79%), cinq entre 30 et 34 (18%), et une à 39 (3%). Une patiente avait un poids excessif (99.5 kg) mais la taille n'étant pas indiquée l'IMC ne peut être calculé. Cependant, nous pouvons supposer que cette patiente avait un IMC au-delà de la normal.

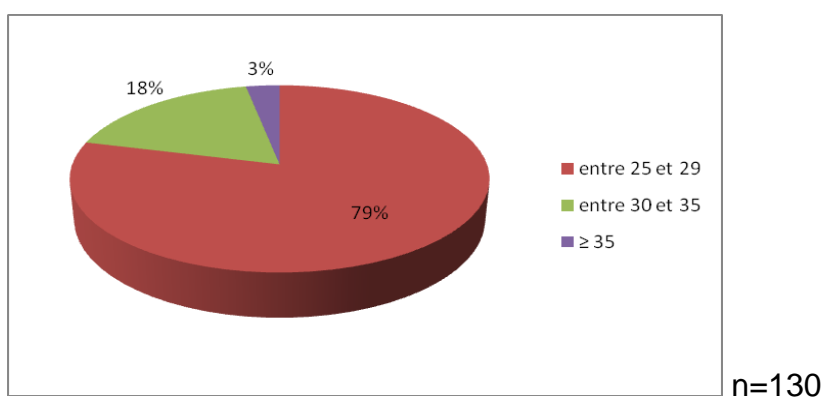


Figure 11 : Indice de masse corporelle

- Prise de poids au premier trimestre

Au cours de la grossesse, la prise de poids doit être harmonieuse, de 1 à 1.5kg par mois, soit une prise totale de 9 à 12kg. Cependant parmi les 130 dossiers étudiés, le poids moyen est de 14kg et la moitié des femmes ont eu une prise de poids mensuelle non harmonieuse et excessive pour la grande majorité.

Douze patientes (19%) ont eu une prise de poids importante jusqu'à la première consultation ou au premier trimestre, de 5 à 8kg, mais une prise de poids totale à la fin de la grossesse normale. Seulement cinq (42%) ont vu une diététicienne ou ont reçues des conseils alimentaires.

Vingt-neuf patientes (45%) ont eu une prise de poids totale excessive pendant la grossesse : entre 14 et 19kg dont onze (38%) ont vu une diététicienne ou ont reçu des conseils alimentaires.

Vingt-neuf patientes (36%) ont pris au total plus de 20kg (entre 20 et 26kg). Parmi elles, 16 (70%) ont été dirigées vers la diététicienne.

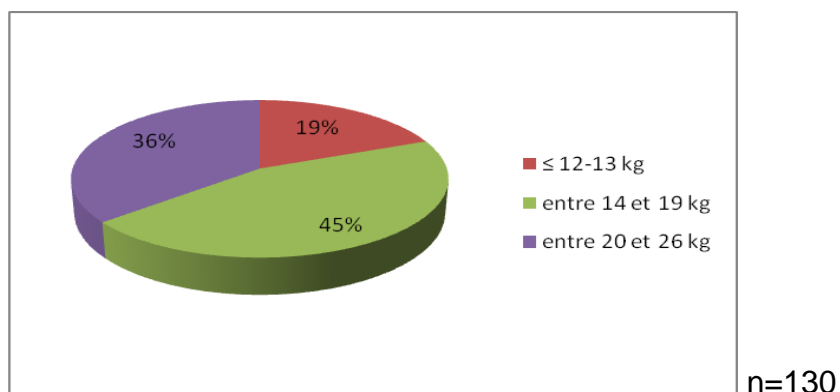


Figure 12 : Prise de poids totale pendant la grossesse

Une patiente a vu la diététicienne pour une restriction de prise de poids pendant la grossesse : elle a pris au totale 4kg.

- Le diabète gestationnel

Dans la population d'étude, quarante-quatre patientes (34%) présentaient des facteurs de risque de développer un diabète gestationnel (Figure 13).

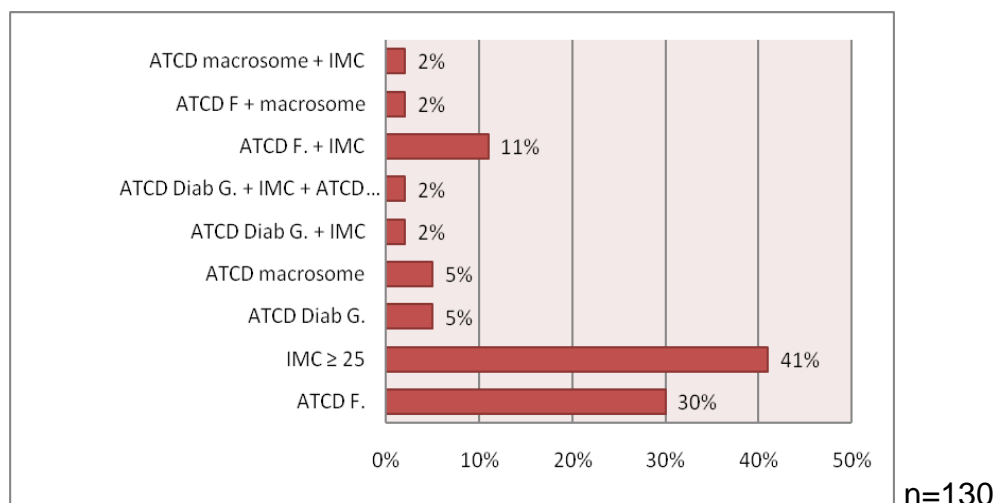


Figure 13 : Facteurs de risque de diabète gestationnel

Parmi ces patientes, seules quatre (9%) ont eu un dépistage précoce. Trois ont été recontrôlées par la suite et diagnostiquées comme présentant un diabète gestationnel. Elles ont été mises sous régime après leur consultation chez le diabétologue, et ont toutes donné naissance à un enfant macrosome. La dernière patiente avait une glycémie à jeun limite en début de grossesse. Cependant, aucun

contrôle n'a été effectué par la suite. De plus, une glycosurie a été dépistée à 29, 33 et 38 SA. A la fin de la grossesse, au cours de son rendez-vous aux explorations fonctionnelles à 39SA et 5jours, des anomalies du rythme cardiaque fœtal sont apparues et une césarienne a été réalisée en urgence. La patiente sera diagnostiquée diabétique dans le post-partum par un test de dépistage et un dosage de l'hémoglobine glyquée. L'enfant décèdera, dans les 3 jours qui suivent sa naissance, des complications du diabète maternel.

Quarante patientes (91%) n'ont pas eu de dépistage précoce malgré la présence de facteurs de risque. Parmi elle, une développera un diabète qui sera découvert à 28SA lors du dépistage systématique.

Deux patientes (1.5%) étaient diabétiques avant la grossesse et avaient un traitement par insuline : une était diabétique de type 1 et l'autre de type 2. Chacune de ces femmes étaient régulièrement suivies par un diabétologue et la surveillance de la grossesse a été effectuée par un gynécologue-obstétricien.

2.2.2.7. Les conseils de prévention

- La salmonellose et la listeria

Cependant, sur les 130 dossiers analysés, seulement trente-huit femmes (29%) ont reçu de façon certaine des conseils préventifs.

- La toxoplasmose

Sur les 130 dossiers étudiés, cinquante-neuf femmes (45%) n'étaient pas immunisées contre la toxoplasmose. Ces patientes doivent donc recevoir des conseils hygiéno-diététiques préventifs afin d'éviter toute contamination pendant la grossesse. Seulement, treize (22%) ont reçu cette information. Quarante-six dossiers (78%) n'étaient donc pas renseignés pour cet item. Aucun cas de séroconversion n'a été dépisté au cours de l'étude.

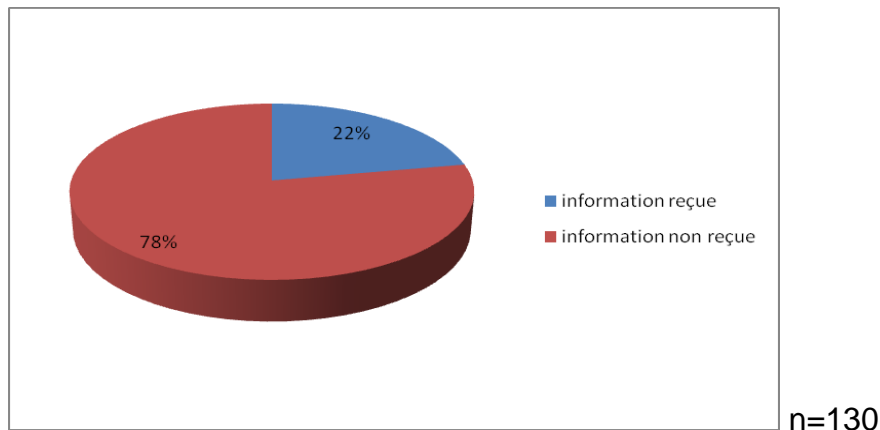


Figure 14 : Information donnée aux patientes non immunisées contre la toxoplasmose

2.2.2.8. L'examen clinique général et obstétrical

- Les constantes

A la maternité Port-Royal, chaque professionnel soignant doit vérifier que la tension artérielle, le pouls, la pesée de la patiente et une bandelette urinaire ont été réalisés par les infirmières du service. Cependant, dans quatorze dossiers (11%) rien n'est indiqué.

- L'auscultation cardio-pulmonaire

Cet examen doit être réalisé pour dépister une éventuelle pathologie cardiaque, pulmonaire ou une anémie. Seulement trente auscultations cardio-pulmonaires (23%) ont été réalisées de façon certaine au cours de l'étude. Vingt neuf ont été effectuées par des obstétriciens et une par une sage-femme. Une a été réalisée lors de la deuxième consultation prénatale.

- L'examen des seins

Soixante six examens (51%) ont été effectués par autant de sage-femme que d'obstétricien. Cependant, parmi les soixante-quatre patientes (49%) qui n'ont pas eu d'examen des seins, une (1.5%) n'avait pas de suivi gynécologique et quarante-quatre dossiers (67%) n'étaient pas renseignés sur un éventuel suivi.

- Le toucher vaginal

Cet examen n'est pas obligatoire selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Dans l'étude, il a été réalisé pour la majorité des femmes (80%).

- L'examen gynécologique

Cet examen a été effectué chez quatre-vingt-douze femmes (71%) sur les 130 de l'étude. Trente huit praticiens (29%) n'ont pas effectué cet examen. Pourtant parmi ces patientes, trente-deux (84%) n'avaient pas de mention de suivi gynécologique dans leur dossier.

- Examen des membres inférieurs

Seulement trente deux dossiers (25%) mentionnent que cet examen a été effectué. Quatre femmes avaient des problèmes veineux (12.5%) : elles ont toutes consulté un phlébologue et ont porté des bas de contention durant leur grossesse. Parmi les quatre-vingt-dix huit femmes restantes (75%), une avait un antécédent de phlébite et cinq (5%) ont eu une aggravation mineure de leur état veineux et ont dû voir un phlébologue et porter des bas de contention.

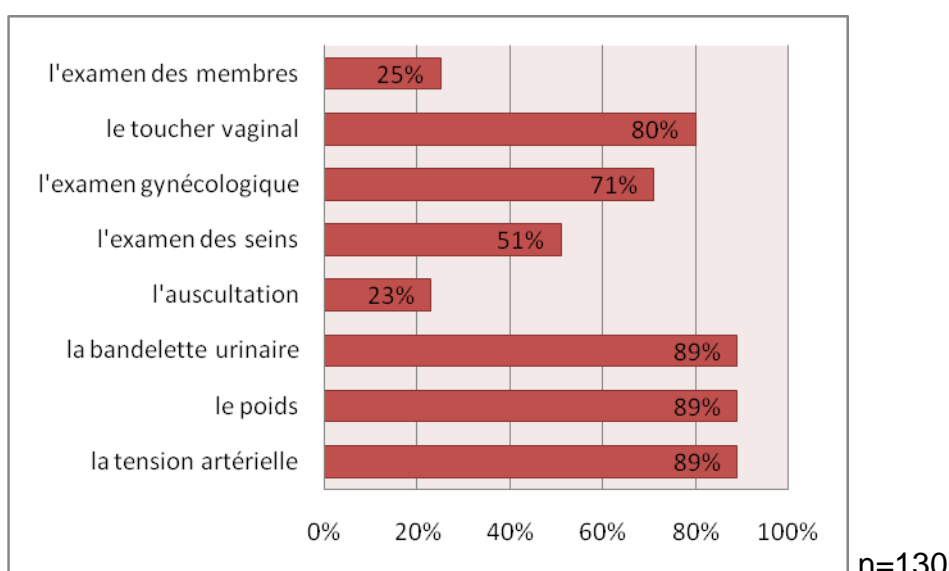


Figure 15 : Examens cliniques et obstétricaux réalisés lors de la première consultation

2.2.2.9. Les examens complémentaires

- Les sérologies, le groupe sanguin et la recherche d'agglutinines irrégulières

Dans tous les dossiers de l'étude, ces examens ont été effectués, sauf trois qui ont été fait à la deuxième consultation prénatale. Il en est de même pour le groupe sanguin qui a été recherché ou recontrôlé ainsi que les agglutinines irrégulières.

En ce qui concerne le dépistage du VIH, il y a eu un oubli, le praticien ne l'a prescrit qu'en fin de grossesse.

La recherche de l'hépatite C peut se faire en début de grossesse ou vers 26 SA selon les protocoles de la maternité. Au cours de l'étude, chez une patiente la recherche de l'hépatite C à 26SA s'est révélée être positive. Une PCR a donc été réalisée et a confirmé la séropositivité. La patiente a donc été dirigée vers un hépatologue pour faire un bilan hépatique. Il s'avère que la patiente ne parlait pas bien français et qu'elle était au courant de son hépatite, diagnostiquée en 2008 lors de sa précédente interruption de grossesse. Il est donc possible de penser que l'interrogatoire n'a pas été bien mené.

- Dépistage de la trisomie 21

Quatre-vingt-treize femmes (71.5%) ont réalisé ce test au cours du premier trimestre. Parmi ces dossiers, un seul ne mentionne pas si l'information concernant l'objectif de cet examen a été délivrée à la patiente. Vingt-huit femmes (21.5%) l'ont effectué au cours du deuxième trimestre. Cependant, quatorze avaient déjà effectué leur première échographie et seulement quatre sont venues consulter à la maternité après 14 SA. Donc dix de ces patientes auraient pu avoir cet examen avant le deuxième trimestre.

Cinq patientes (4%) ont refusé le dosage des marqueurs sériques de la trisomie 21. Il a été proposé à une de ces femmes de réaliser directement une amniocentèse pour une hyperclarté nucale à 3.3mm.

En raison de grossesse multiple, ce test n'était pas indiqué chez quatre femmes (3%) et n'a pas été réalisé.

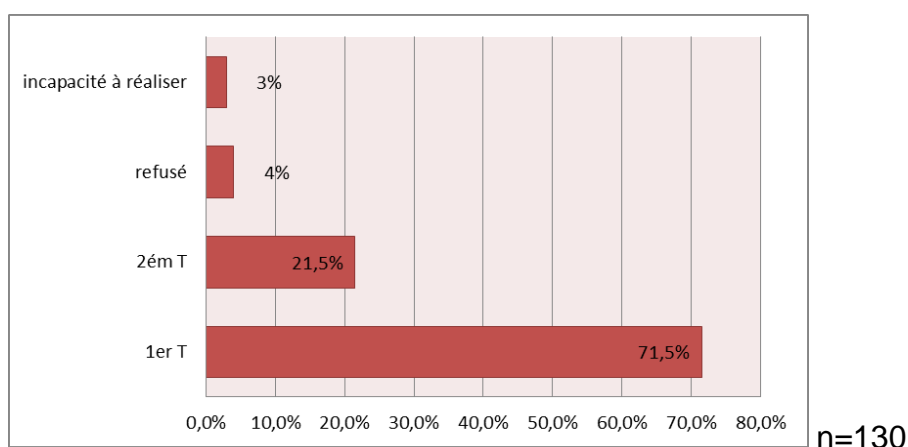


Figure 16 : Dépistage de la trisomie 21

Dix amniocentèses (7.6%) ont été pratiquées : deux pour hyperclarté nucale et huit pour une estimation de risque supérieure ou égale à 1/250. Tous les caryotypes étaient normaux.

Sept femmes (5%) ont refusé cet examen : l'amniocentèse avait été proposée pour âge maternel supérieur ou égal à 40 ans et pour une estimation de risque supérieur au seuil fixé.

Un seul cas de trisomie 21 a été diagnostiqué chez une femme de 46 ans dont la grossesse a été obtenue spontanément. Le dosage des marqueurs sériques intégrait la patiente dans un groupe à risque accru (1/19). L'amniocentèse n'a été acceptée par la patiente que lors de la découverte échographique d'une malformation digestive et d'un hydramnios à 28SA.

- Le frottis cervico-vaginal (FCV)

Soixante et onze pourcent des femmes avaient un frottis cervico-vaginal qui datait de moins de deux ans. Onze frottis cervico-vaginaux (8%) dataient de deux ans ou plus (entre 2005 et 2007). Chez ces femmes, seulement cinq praticiens (45%) ont réalisé cet examen ou l'ont prescrit (dont quatre sages-femmes (80%)). Pour le reste, aucun dossier ne mentionne que ces femmes avaient un suivi gynécologique.

Trois praticiens (2%) ont indiqué dans le dossier qu'un frottis antérieur avait été réalisé mais la date n'est pas mentionnée. Aucun examen n'a été prescrit et aucun suivi n'est précisé.

Sept femmes (5%) n'ont jamais eu de frottis cervico-vaginal, ni de suivi gynécologique. Quatre obstétriciens (57%) et une sage-femme (14%) ont réalisé l'examen ou l'ont prescrit.

Dix-sept dossiers (13%) ne mentionnent pas de frottis antérieur, ni de suivi gynécologique (sauf un). Et seulement cinq examens (29%) ont été réalisés, dont deux à la deuxième consultation, par trois sages-femmes (60%) et deux obstétriciens (40%).

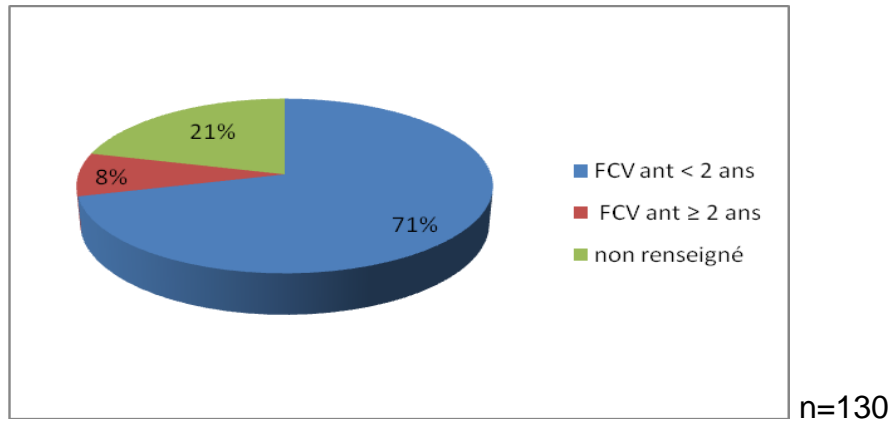


Figure 17 : Frottis cervico-vaginal antérieur à la grossesse

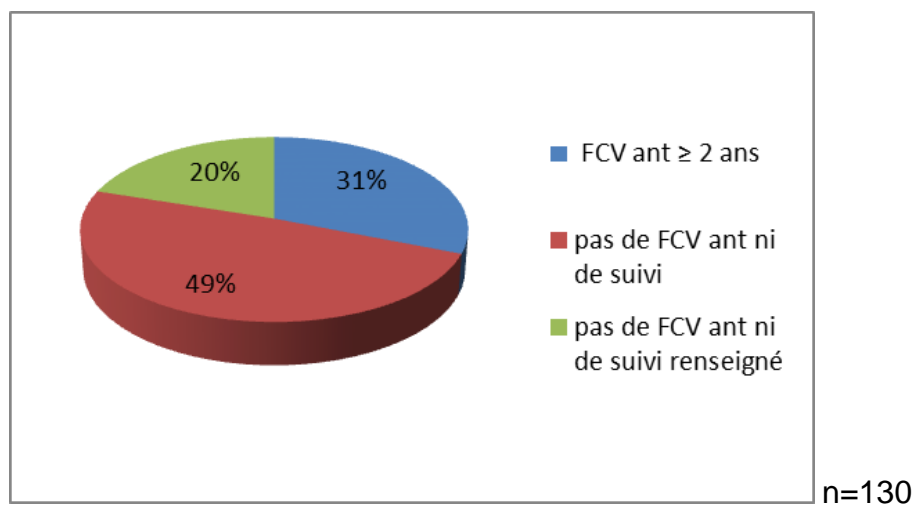


Figure 18 : Frottis cervico-vaginal réalisé en début de grossesse

- L'échographie du premier trimestre

Soixante-douze femmes (55%) ont présenté l'échographie du premier trimestre à la première consultation prénatale. Pour les cinquante-huit autres patientes (45%), une prescription a été délivrée pour pratiquer cet examen. Sur chaque échographie, la clarté nucale a été mesurée.

2.2.3. Les données sur le plan psycho-social

2.2.3.1. Les facteurs de risques psychologiques

Sur les 130 dossiers étudiés, soixante-deux praticiens (48%) leur ont posé ces questions et recherché ces facteurs de risque. Pour les autres, aucune recherche n'est mentionnée dans le dossier.

Parmi ces soixante-deux femmes, treize patientes (21%) ont été dépistées à risque de dépression anténatale.

Trois (5%) ont exprimé des craintes et des angoisses, par rapport à l'accouchement, durant la première consultation. Il leur a été proposé de voir la psychologue du service et une seule a accepté.

Cinq (8%) ont indiqué avoir fait une dépression suite à un décès (mari, parent, grands-parents ou enfant) et deux (3%) ont mentionné une dépression durant le post-partum ou suite à des problèmes conjugaux et au travail. Parmi ces femmes, deux (29%) ont eu recours à la psychologue du service suite au premier entretien, et l'ont régulièrement consultée durant la grossesse. Deux autres (29%) ont été vues pendant leur séjour en suites de couches par rapport à un manque d'assurance face aux soins et aux pleurs de leur enfant.

Trois patientes (5%) ont indiqué un antécédent de troubles du comportement alimentaire pendant l'adolescence, d'abus sexuels, de troubles obsessionnels compulsifs, de trouble bipolaire, de tentative de suicide et de bouffées délirantes. Ces femmes avaient un suivi extérieur par un psychiatre. Elles ont continué leur traitement pendant la grossesse, ainsi que leur suivi par un psychologue et un psychiatre.

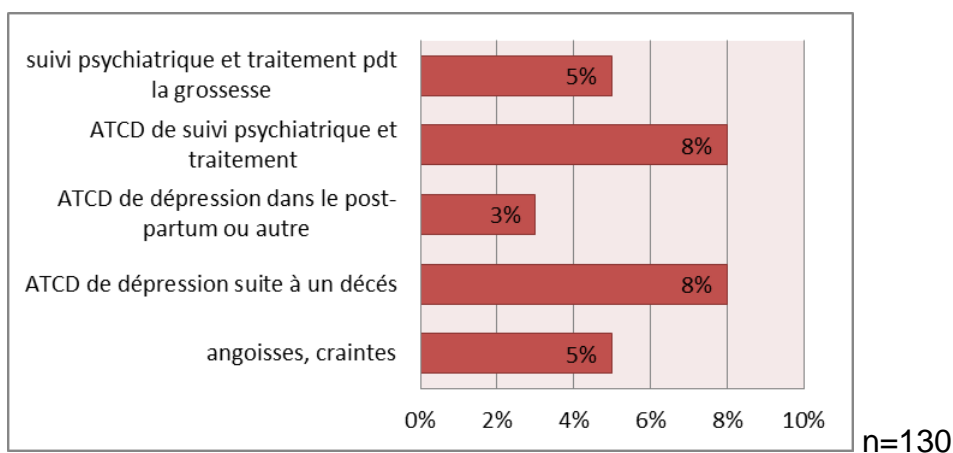


Figure 19 : Facteurs psychologiques dépistés lors de la première consultation

Parmi les 130 dossiers analysés, trois (2%) femmes étaient suivies en ville par un psychologue pour dépression suite à une mort fœtal in utero, suite à la perte d'un enfant par un accident de la voie publique et pour une séparation difficile avec le conjoint actuel. Ces trois dossiers ne mentionnaient aucune recherche de facteur de risque de pathologie psychologique ou psychiatrique. Ces patientes n'ont indiqué ces éléments que tard pendant la grossesse mais ont continué leur suivi en ville.

2.2.3.2. Les facteurs de risques sociaux

Cent cinq professionnels soignants ont recherché tous les éléments nécessaires afin de dépister des situations à risque. Toutes les patientes sont mariées ou en couple, sauf six (6%) qui vivent seules ou chez leurs parents, et majoritairement toutes ont un travail.

Sur les 105 grossesses suivies par des praticiens, quatre (4%) ont dépisté des situations à risques qui ont nécessité l'aide d'une assistante sociale : conditions de logement précaire (le couple vit chez des amis, sont en attente d'un logement ou vivent dans un foyer), conjoint ou patiente au chômage et en situation irrégulière ou couple réfugié politique.

De plus, l'assistante sociale a également été consultée pour mettre en place des puéricultrices de secteur pendant la grossesse chez les femmes qui en ont le besoin : fragilité psychique, naissance de jumeaux, conjoint au chômage.

Sur les 130 dossiers étudiés, vingt-cinq (19%) n'étaient pas complets : l'origine ethnique, la nationalité et l'affiliation de la patiente à la sécurité sociale ou à un autre type d'aide financière n'étaient pas mentionnés. Un dossier ne comportait aucune information sur la situation socio-économique de la patiente.

3. Troisième partie : Analyse et discussion des résultats

3.1. Analyse des résultats

3.1.1. Critique de la méthodologie

L'étude est une analyse descriptive et rétrospective sur dossiers. Le recueil des données a été réalisé à partir des informations écrites par les professionnels soignants concernant les items décrits dans l'annexe 2. Il est possible que nous ayons un biais de transcription : certaines données ont pu être données à l'oral mais non restituées dans le dossier.

De plus, sachant que la population étudiée appartient en majeure partie à une classe sociale non défavorisée, il est possible que nous ayons un biais de recrutement : nous aurons peu de femmes avec des problèmes sociaux compliqués.

L'étude porte sur l'analyse de 130 dossiers. Cet échantillon est trop restreint pour permettre une généralisation. L'objectif de ce travail n'est pas d'évaluer l'intérêt de la première consultation mais de voir si les recommandations de la Haute Autorité de Santé sont appliquées ou non. Dans le cas contraire, d'évaluer partiellement les conséquences, les causes des écarts par rapport aux recommandations et de proposer des solutions. Il s'agit d'une démarche descriptive permettant d'amener à élaborer des réflexions afin d'améliorer les pratiques des professionnels : gynécologue-obstétriciens et sages-femmes.

3.1.2. Sur le plan médical

Nous avons émis comme première hypothèse que la majorité des professionnels de santé respectaient les recommandations et les protocoles, ce qui permettait un dépistage précoce des facteurs de risque et par conséquent une orientation adaptée de la patiente vers un spécialiste.

- Les antécédents

La recherche de pathologies, préexistantes à la grossesse, doit être systématiquement réalisée, par un interrogatoire précis et compréhensible par la patiente. Il permet de dépister des facteurs de risque pouvant influencer le déroulement de la grossesse, la santé de la mère et de l'enfant à naître. Dans notre étude la recherche des antécédents médicaux, familiaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux a été systématiquement faite. Il a été trouvé que 27% des patientes de l'étude avaient des antécédents médicaux notables, 38% des antécédents familiaux, 21.5% gynécologiques et 15% chirurgicaux. Les femmes qui avaient des antécédents dont l'impact était faible sur le déroulement de la grossesse ont été vues par une sage-femme. Pour celles qui ont des antécédents plus importants, elles ont été directement orientées vers un gynécologue-obstétricien. Cependant, au cours de l'étude, une patiente a été diagnostiquée séropositive pour l'hépatite C à 26 SA. La patiente ne parlait pas bien le français et avait connaissance de son hépatite. Nous pouvons donc penser que l'interrogatoire n'a pas été bien mené. La bonne conduite d'une consultation repose sur l'échange entre le patient et le praticien. Cependant pour que des échanges se fassent il faut qu'une communication s'établisse entre les deux parties, et quand la barrière de la langue s'installe, l'anamnèse ou l'interprétation de symptôme devient alors difficile et relève de suppositions (31). La barrière de la langue ne doit pas être un obstacle et il est possible de contourner cette difficulté : conjoint, famille ou voisin peuvent traduire. De plus, les hôpitaux mettent également des traducteurs à la disposition des consultants.

En conclusion, selon nos résultats, le dépistage d'antécédents pouvant éventuellement nuire au bon déroulement de la grossesse, à la santé de la mère ou de l'enfant à naître ainsi que l'orientation des femmes en fonction de ces situations à

risque, a majoritairement été bien effectué par les sages-femmes et les gynécologue-obstétriciens. Les recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant l'orientation des femmes selon les situations à risque ont été bien respectées par les professionnels.

- Les conduites addictives

Le tabac, l'alcool et les drogues constituent encore aujourd'hui un problème de santé publique majeur. En France, il est estimé que 20 à 30% des femmes consomment du tabac, environ 15% de l'alcool de façon régulière et 3 à 10% des substances toxiques (cannabis et cocaïne) (32). La consommation de ces substances psychoactives pendant la grossesse est liée à une morbidité et une mortalité materno-fœtale supérieure à la population générale (14). Un certain nombre de complications obstétricales est lié à ces comportements addictifs, notamment le risque de prématurité et de retard de croissance chez les patientes fumeuses et le risque accru de syndrome d'alcoolisme fœtal en ce qui concerne la consommation d'alcool pendant la grossesse (32). L'impact propre à chaque substance toxique est difficile à évaluer en raison des poly consommations (14).

En ce qui concerne la consommation de tabac, dans notre étude, 16% des femmes ont indiqué fumer avant la grossesse. Douze patientes, soit 57%, ont arrêté spontanément de fumer à l'annonce de leur grossesse. En ce qui concerne les neuf autres (43%), huit ont réduit leur consommation de moitié. Seule une de ces femmes n'a pas cessé de fumer au cours de sa grossesse ni réduit sa consommation. Parmi elles, deux ont donné naissance à des enfants hypotrophes sévères (< 3^{ème} percentile). Malgré la faible proportion de femmes fumeuses au cours de l'étude, comparé à celles retrouvées dans les enquêtes françaises, le nombre de femmes consommant du tabac pendant la grossesse reste important : de 10 à 24% selon les études (14) (33). L'intérêt de la première consultation est de réduire les complications liées à la consommation de tabac pendant la grossesse. Pour cela, des messages de prévention doivent être délivrés et il est nécessaire de soutenir tout arrêt partiel ou total. Il est important de préciser aux femmes enceintes que l'arrêt du tabac a des effets bénéfiques immédiats pour la santé de la mère et de l'enfant à naître. Idéalement, cet arrêt doit avoir lieu le plus précocement possible mais reste bénéfique tout au long de la grossesse et pendant l'allaitement. Cependant, dans

notre étude, parmi les patientes qui ont arrêté de fumer spontanément, seulement quatre, soit 36%, ont reçu de façon certaine des informations sur les risques liés au tabac et sur les risques de rechute qui sont plus élevés notamment si le conjoint est également fumeur. Pour celles qui ont réduit leur consommation, 45% ont reçu les informations nécessaires. Au total, seulement 36% des patientes sont informées des risques liés au tabagisme actif.

De plus, selon le consensus « Grossesse et tabac » de l'ANAES en 2004, beaucoup de femmes enceintes désirent arrêter de fumer. La grossesse représente donc un moment propice à l'arrêt de la consommation du tabac. Elle permet d'amener les femmes à rencontrer un tabacologue. La connaissance d'un risque n'ayant jamais permis de modifier seule un comportement, il est donc important de les aider dans leur démarche et de les aider à maintenir cet arrêt. Selon cette même étude, 70 % ont été aidées à l'arrêt du tabac par leur entourage, 20% par les professionnels de santé et 3,5 % ont reçu un traitement substitutif nicotinique (TSN) (13). Selon nos résultats, parmi les femmes fumeuses, quatre patientes (16%) ont eu recours à un tabacologue ou ont bénéficié des conseils d'une sage-femme : la moitié de ces femmes a eu besoin de substitutifs nicotiniques. Une aide spécifique est donc parfois nécessaire et ne peut qu'améliorer le déroulement de la grossesse, la santé de la mère et de l'enfant à naître. Il faut également savoir si le conjoint est fumeur et prévenir des risques du tabagisme passif surtout dans le post-partum : risque de rechute pour la femme et risque accru de mort subite du nourrisson (13).

Pour ce qui est de la consommation d'alcool, dans notre étude, deux patientes (2%) ont indiqué boire de l'alcool de façon occasionnelle ou régulière en début de grossesse. Cependant, seize dossiers ne font aucune mention d'une recherche quelconque de consommation d'alcool. Le syndrome d'alcoolisme fœtal est la première cause de déficit intellectuel d'origine non génétique. L'alcool est tératogène pour le fœtus et peut donc entraîner de nombreuses malformations avec des séquelles irréversibles. Bien entendu, l'effet de l'alcool varie en fonction de plusieurs facteurs : la quantité consommée, l'ancienneté de la consommation, la période d'exposition pendant la grossesse...(34). Cependant, la dose-seuil à partir de laquelle il existe un danger pour le fœtus reste méconnue. Il est donc recommandé de ne consommer aucun alcool durant toute la grossesse. Selon une étude menée en 2007, 86,9% de la population savent qu'il est dangereux de boire de l'alcool

pendant la grossesse. Cependant, 30.8% des patientes pensent qu'il peut être conseillé de boire un verre de vin de temps en temps pendant la grossesse. En ce qui concerne la question sur la dose-seuil, 29.9% ont répondu que le danger pouvait survenir dès le premier verre mais 35% à citer une consommation hebdomadaire ou mensuelle, et 32,1 % une consommation quotidienne. De plus, concernant les connaissances sur les équivalences entre les boissons alcoolisées, encore beaucoup de personnes considèrent que boire un verre de vin ou une bière est moins ou pas aussi dangereux que de boire un verre d'alcool fort (respectivement 27.1% et 15.7%). Ces résultats ont été comparés avec ceux obtenus sur les mêmes items en 2004 et il apparaît une nette amélioration même si de nombreuses idées fausses restent encore très présentes (35). Prévenir et dépister a donc toute son importance. Pourtant, dans notre étude, 82% des dossiers n'indiquent pas qu'une information préventive a été prodiguée. Parmi ces patientes non informées, une avait indiqué consommer de l'alcool avant la consultation. Même si la majeure partie de la population a connaissance des risques liés à la consommation de l'alcool pendant la grossesse, il reste important de préciser que tout alcool quel qu'il soit, ainsi que la quantité ingérée à n'importe quel terme de la grossesse, peut entraîner des effets néfastes et irréversibles sur le développement du fœtus.

En ce qui concerne les substances toxiques, aucune femme n'a mentionné en consommer. Cependant, il est également important pour les praticiens de rechercher toutes addictions, sachant que la consommation de tabac et d'alcool y est souvent associée. Dans une étude de 2006 sur la consommation de substances psychoactives durant la grossesse, 3.7% des femmes consommaient un ou plusieurs médicaments psychotropes. Pour un tiers d'entre elles, la prise de médicament était associée à de l'alcool. Deux pourcent ont consommé seulement du cannabis, 0.6% associait cette consommation avec du tabac et les poly usages de tabac, d'alcool et de cannabis concernaient 1.6% des femmes (14).

Les résultats obtenus, par rapport à la consommation d'alcool et de toxiques, sont probablement sous-estimés du fait que peu de femmes vont admettre boire de l'alcool ou consommer des substances toxiques de peur d'être jugées, même si elles ont conscience des conséquences sur le déroulement de la grossesse et sur le développement du fœtus.

Dans notre étude, le dépistage de conduites addictives, au cours de la première consultation a été en grande partie bien réalisé. Cependant, les messages de prévention vis-à-vis de ces situations à risque sont peu délivrés et les femmes sont peu soutenues dans leurs démarches de sevrage. Ce défaut de prévention peut avoir pour conséquence l'apparition de complications, notamment la naissance d'enfant hypotrophe chez les femmes fumeuses. En ce qui concerne la consommation d'alcool, aucun cas de syndrome d'alcoolisme fœtal n'a été retrouvé au cours de l'étude.

- Les messages de prévention

- La toxoplasmose

En ce qui concerne la toxoplasmose, dans notre étude 45% des femmes enceintes n'étaient pas immunisées contre la toxoplasmose. Chez les patientes non immunisées, une sérologie mensuelle doit être effectuée afin de diagnostiquer une potentielle séroconversion et de la dater. Tous les praticiens de la maternité Port-Royal ont respecté ces recommandations et le protocole. Cette infection est bénigne pour la femme et dans 80% des cas asymptomatique (15). Le caractère de gravité de cette infection repose sur les risques encourus par le fœtus. En effet, une primo-infection peut entraîner une toxoplasmose congénitale dont les conséquences pour le fœtus sont majoritairement les suivantes : chorioretinite, hydrocéphalie et calcifications intracrâniennes (15). La séroconversion au cours de la grossesse est estimé à 1 et 2% et le risque de transmission materno-fœtal à environ 30%. Entre 2007 et 2008, 272 cas de toxoplasmose congénitale ont été notifiés. Sur ce total, 234 enfants nés vivants, 6 IMG et 5 morts fœtales in utero ou morts nés ont été recensées (36). Cependant, le risque transmission dépend du terme de la grossesse : il augmente avec l'âge gestationnel mais la gravité de l'atteinte fœtale diminue. Ainsi au premier trimestre, le risque de transmission est faible mais les conséquences sur le fœtus sont importantes.

Pour éviter toute contamination des conseils hygiéno-diététiques préventifs doivent être prodigués en début de grossesse. Seulement 22% des patientes de l'étude ont reçu ces informations de façon certaine mais le reste des dossiers n'était pas renseigné sur cet item. En France, la prévalence actuelle de la toxoplasmose est estimée à 30% (37). Même si celle-ci a diminué durant ces vingt dernières années,

elle reste plus élevé que dans les pays d'Europe du Nord (pays scandinave, Grande Bretagne) (37). Il est donc important que les femmes connaissent les risques encourus et que les praticiens transmettent les conseils de prévention afin de diminuer ce taux. Aucun cas de séroconversion n'a été dépisté au cours de l'étude.

- La listéria et la salmonellose

Les femmes enceintes sont également plus vulnérables aux infections comparées à la population générale. La listériose et la salmonellose sont les deux infections bactériennes les plus néfastes pour le bon déroulement de la grossesse et pour le fœtus. Il est possible d'éviter ces contaminations en prodiguant des conseils d'hygiène au cours de la première consultation. Cependant, au cours de notre étude, seulement 29% des femmes ont reçu ces messages de prévention.

En France, la prévalence de la listériose chez la femme enceinte était estimée à 24% entre 2001 et 2003. En ce qui concerne la salmonellose, depuis 2007 le nombre d'infections à salmonelles a diminué de 30%, grâce à la mise en place de mesures de contrôle dans les élevages de volailles. Cependant, le risque d'infection persiste et des épidémies importantes peuvent survenir en cas de contamination de produits alimentaires distribués à grande échelle. De plus certain type de salmonelles résistent de plus en plus aux antibiotiques.

Selon les résultats obtenus, nous pouvons donc constater que les messages de prévention concernant la toxoplasmose, la listeria et la salmonellose, sont peu délivrés. Malgré le fait qu'il n'y a eu aucun cas d'infection au cours de l'étude, le risque n'est pas nul et les complications fœtales peuvent être importantes.

• La préparation à la naissance

Les séances de préparation à la naissance ont pour principal objectif de contribuer à l'amélioration de l'état de santé de la mère et des nouveau-nés par une prévention active et une éducation à la santé. Ces séances constituent un outil de prévention médicale, psychologique et sociale. Dans notre étude, seulement 40% des patientes ont désiré faire une préparation à la naissance. Trente-quatre pourcent de ces femmes étaient des primipares et 66% étaient des multipares. Nos résultats sont très différents de ceux retrouvés lors de l'Enquête Périnatale de 2003. En effet, 66.6% des primipares et 24.9% des multipares ont suivies une préparation à la

naissance. De plus, 20% des primipares déclarent n'avoir eu aucune proposition de préparation. Ces données ont été comparées avec celles de l'enquête périnatale de 1998 et il apparaît une diminution du taux de participation des patientes à ces consultations, ce qui peut être délétère dans une certaine mesure en termes de prévention de santé.

La maternité Port-Royal propose au sein de l'établissement des séances de préparation à la naissance classique, de relaxation et de yoga. Elles sont réalisées par des sages-femmes de la maternité. Cependant, la préparation à la naissance se pratique en groupe de 10 ou plus. Dans un tel contexte, il est difficile de réaliser les objectifs mis en place par la Haute Autorité de Santé concernant la préparation à la naissance. Lors de la première consultation, il est important d'informer la patiente de l'intérêt de ces séances et de connaître les objectifs de la femme afin de la guider vers le type de préparation qui lui sera le plus adapté.

- IMC et prise de poids au cours du premier trimestre

Dans notre étude, 21.5% des patientes étaient en surpoids ou obèses : 79% ont un IMC compris entre 25 et 29, 18% entre 30 et 34 et 3% à 39. Cependant, ces indices de masse corporelle n'ont pas été notés dans le dossier, nous les avons tous calculés. Parmi ces femmes, 32% ont eu une prise de poids excessive au cours du premier trimestre de 5 à 8kg. Et plus de la moitié ont eu une prise de poids totale pendant la grossesse entre 17 et 25kg. Deux de ces patientes ont développées un diabète gestationnel.

Il a été mis en évidence que l'obésité chez la femme enceinte est responsable de certaines complications materno-fœtales: pré éclampsie, diabète gestationnel, malformation et macrosomie fœtale. Compte tenu des risques que peuvent encourir la mère et l'enfant à naître, ces patientes devront restreindre le plus possible leur prise de poids au cours de la grossesse. L'obésité représente donc un problème de santé publique majeur et la grossesse peut être considérée comme une période propice à une éducation diététique. Les changements alimentaires peuvent être bénéfiques pour la santé de la femme et limiter les complications, mais aussi pour la santé de son enfant à long terme. Malgré le faible effectif de notre étude, il est important de limiter la prise de poids chez ces patientes en les dirigeant plus particulièrement vers un spécialiste. La moitié des patientes en surpoids ou obèses a

vu une diététicienne après la première consultation et après une prise de poids excessive au premier trimestre. Il existe donc un défaut de dépistage mais aussi de prise en charge.

- Le diabète gestationnel

La prévalence du diabète gestationnel est de 2 à 6 % mais peut-être beaucoup plus élevée. Ces différents résultats s'expliquent par les variations ethniques et génétiques de la population, mais aussi par la diversité des méthodes de dépistage utilisées. En effet, il n'existe pas de consensus international sur les stratégies de dépistage, les outils diagnostiques à mettre en œuvre et les seuils à utiliser (18) (38). Selon les recommandations du Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) et de l'OMS un dépistage systématique doit être réalisé entre 24 et 28SA (39). Cependant, un dépistage ciblé peut être effectué à la première consultation prénatale.

En ce qui concerne le dépistage systématique, selon le protocole de la maternité Port-Royal, les femmes doivent réaliser une glycémie à jeun et postprandiale à 24-28SA. Si la ou les valeurs sont élevées, la patiente est dirigée vers un diabétologue. Dans le cas contraire, il est possible de réitérer cet examen durant la grossesse, notamment si la patiente présente une prise pondérale excessive ou si une glycosurie apparaît.

Dans notre étude, 44 patientes (34%) présentaient des facteurs de risque de développer un diabète gestationnel. Parmi elles, seules 9% ont eu un dépistage précoce. Un tiers de ces patientes ont présenté un diabète gestationnel. Parmi les femmes qui n'ont pas eu de dépistage précoce, soit 91%, une seule développera un diabète et sera découverte à 28SA lors du dépistage systématique.

D'après ces résultats, nous pouvons constater qu'il existe un défaut de dépistage et notamment de prise en charge. En effet, une des patientes de notre étude, qui a eu un dépistage précoce, n'a eu aucun contrôle glycémique à 26-28SA. Cette patiente sera diagnostiquée diabétique seulement dans le post-partum par un test de dépistage et la mesure d'hémoglobine glyquée. Son enfant décèdera, dans les 3 jours qui suivent sa naissance, des complications du diabète maternel selon l'autopsie.

Le but d'un dépistage et d'un diagnostic précoce est de réduire les risques et l'apparition de complications materno-fœtaux (hypertension gravidique, pré éclampsie, macrosomie) à court et long terme pour la mère et l'enfant (38). Ce dépistage en début de grossesse permet également de mettre en place une prise en charge précoce et adapté.

- L'examen clinique général et obstétrical

Selon les recommandations de la Haute Autorité de la santé, un certain nombre d'examens cliniques sont obligatoires et doivent être réalisés systématiquement au cours de toute consultation prénatale, notamment lors de la première consultation, afin de confirmer la grossesse. Ces examens permettent également de prévenir, de dépister ou de diagnostiquer certaines pathologies.

La prise des constantes, avant chaque consultation, ainsi que le dépistage de l'albuminurie et de la glycosurie, et la mesure du poids permettent de vérifier l'état général de la patiente. A la maternité Port-Royal, ce sont les infirmières qui effectuent ces examens et chaque professionnel soignant doit vérifier leur l'intégrité. Au cours de notre étude, 11% des dossiers ne mentionnent aucune information concernant ces items.

L'auscultation permet de dépister une éventuelle pathologie cardiaque, pulmonaire ou une anémie. Seulement 23% des praticiens ont réalisé cet examen au cours de l'étude. Majoritairement, l'auscultation cardio-pulmonaire a été effectuée par des obstétriciens. Aucune pathologie n'a été retrouvée au cours de l'étude chez les femmes qui n'ont pas eu d'auscultation.

L'examen des seins a été réalisé chez 51% des femmes enceintes de l'étude et a été effectué par autant de sages-femmes que d'obstétriciens. Cependant, pour les femmes qui n'ont pas eu d'examen des seins, 1.5% d'entre elles n'avaient pas de suivi gynécologique et 67% des dossiers n'étaient pas renseignés sur un éventuel suivi. Or cet examen doit surtout être réalisé chez les femmes qui n'ont pas de suivi gynécologique.

Le toucher vaginal n'est pas obligatoire selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Dans notre étude, il a été réalisé pour la majorité des femmes (80%).

L'examen gynécologique doit être réalisé chez toutes les femmes lors du premier entretien à la maternité et surtout chez les patientes non suivies par un gynécologue. L'examen gynécologique a été effectué chez 71% femmes de l'étude. En ce qui concerne le reste des femmes non dépistées, 84% n'avaient pas de mention de suivi gynécologique dans leur dossier.

L'examen des membres inférieurs permet de dépister la présence de varices qui peuvent signifier un mauvais état veineux et qui peuvent s'aggraver pendant la grossesse. Seulement, 25% des dossiers mentionnent que cet examen a été effectué. Parmi ces femmes, 12.5% avaient des problèmes veineux : elles ont toutes consulté un phlébologue et ont porté des bas de contention durant leur grossesse. Parmi les quatre-vingt-dix-huit femmes restantes (75%), une avait un antécédent de phlébite et cinq (5%) ont eu une aggravation mineure de leur état veineux et ont dû voir un phlébologue et porter des bas de contention.

Ces résultats reflètent un défaut de dépistage et de recueil d'information. Il est important de souligner que ces examens sont essentiels et qu'ils constituent la base de l'entretien du premier trimestre. Ils peuvent permettre un dépistage précoce de pathologies pouvant altérer la santé de la femme et nuire au bon déroulement de la grossesse.

- Les examens complémentaires

- Sérologies, groupe sanguin, rhésus et recherche d'agglutinines irrégulières

Les examens biologiques jouent un rôle crucial dans la surveillance de la grossesse en dépistant des pathologies ou en délivrant des informations à visée diagnostique ou pronostique (4). Ces examens sont régis par le décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens prénataux obligatoires en ce qui concerne le dépistage de la rubéole, de la toxoplasmose, de la syphilis et le VIH. Dans notre étude, toutes les patientes ont réalisé ces examens. La Haute Autorité de Santé recommande de ne pas effectuer de dépistage du cytomégalovirus (CMV) et de réaliser un dépistage de l'hépatite C, au cours du premier entretien prénatal, pour les femmes à risque : toxicomanie, hémophilie, transfusion avant 1995, infection à HIV ou HBV. Les protocoles de la maternité Port-Royal respectent ces recommandations. Cependant, la recherche de l'hépatite C est systématiquement réalisée avec le dépistage de l'hépatite B.

- Le frottis cervico-vaginal

Dans notre étude, 8% des femmes avaient un frottis cervico-vaginal qui datait de plus de deux ans. Cependant, seulement cinq praticiens (45%) ont réalisés cet examen ou l'on prescrit. Chez les patientes qui n'en ont jamais eu ou qui n'avaient pas de suivi gynécologique (5%), plus de la moitié des praticiens ont effectué un frottis. Cependant, vingt-sept dossiers, soit 21%, ne mentionnent pas de suivi gynécologique, d'ancien frottis ou la date de ce dernier. Parmi ces femmes, seulement 26% ont eu un frottis. D'après ces résultats, il existe un défaut de recueil de données mais aussi de dépistage.

Il est important de réaliser un frottis cervico-vaginal afin de dépister des lésions intra-épithéliales qui sont des lésions précancéreuses. Le cancer du col de l'utérus est le 2^{ème} cancer de la femme dans le monde. Le principal facteur de risque est l'infection à l'Human Papilloma Virus (HPV). Mais il y a également : le tabac, les premiers rapports sexuels précoces et les multiples partenaires sexuels. Il est recommandé actuellement d'effectuer un dépistage systématique chez les femmes de 25 à 70ans. La grossesse peut être un moment propice pour réaliser un dépistage et pour informer les femmes de la nécessité du frottis cervico-vaginal et du suivi gynécologique.

- Dépistage T21

La trisomie 21 est la première cause de retard mental avec une prévalence de 1/700 (20). Depuis les arrêtés du 23 juin 2009 de nouvelles recommandations ont été mises en place. Ce test est proposé systématiquement à toutes les femmes, quel que soit leur âge. Cet examen est avant tout réalisé au premier trimestre, entre 11 SA et 13SA + 6j. Néanmoins si celui-ci n'a pu être réalisé au 1^{er} trimestre, un dosage des marqueurs sériques du deuxième trimestre peut être effectué et mis en corrélation avec les mesures du premier trimestre. Dans une étude et selon le rapport de la Haute Autorité de Santé, il a été démontré que cette stratégie de dépistage précoce augmentait le taux de détection (entre 73 et 100%) et diminuait le taux de faux positif (entre 2.1 à 9.4%) (21)(40).

Dans notre étude, 71.5% des patientes ont réalisé ce test au cours du premier trimestre. Pour le reste, l'examen a été effectué au deuxième trimestre. Pourtant, un tiers de ces femmes auraient pu avoir un dépistage de la trisomie 21 au cours du premier trimestre. Ces femmes avaient déjà réalisé leur échographie du premier trimestre et ont consulté avant 14 SA. Le consentement écrit de la patiente est nécessaire afin de réaliser ces examens. Quatre pourcent des patientes ont refusé le dosage des marqueurs sériques. De plus, en raison de grossesse multiple, ce test n'était pas indiqué chez 3% des femmes et n'a pas été réalisé. Sept amniocentèses ont été effectuées suite à des résultats de marqueurs sériques du premier trimestre supérieurs au seuil : 1/250. Un seul cas de trisomie 21 a été décelé au cours de l'étude. La maternité de Port-Royal respecte donc ces nouvelles recommandations et il n'a pas été décelé de défaut de dépistage et de prévention. Toutes les femmes de l'étude ont reçu les informations nécessaires concernant les objectifs de ce test.

- L'échographie du premier trimestre

Au cours de notre étude, 55% des patientes ont présenté leur échographie du premier trimestre lors du premier entretien prénatal. Pour les 45% des femmes restantes, une prescription leur a été délivrée. La mesure de la clarté nucale a été effectuée sur toutes les échographies. De plus, la femme enceinte doit être informée qu'une échographie obstétricale lui sera proposée aux 1ers, 2e et 3e trimestres ainsi que de leurs objectifs. Cependant, seulement 20% des patientes de l'étude ont reçues cette information de façon certaine.

En conclusion, la surveillance de la grossesse passe par une démarche de dépistage et de prévention. La Haute Autorité de Santé a mis en place des recommandations afin d'assurer un suivi de grossesse de qualité. Cependant, nos résultats démontrent que ces critères ne sont pas entièrement respectés par les professionnels de la naissance. Certains examens cliniques ne sont pas réalisés et les messages de prévention ne sont pas entièrement délivrés à toutes les femmes enceintes malgré la présence de facteurs de risque. Il existe également un défaut de recueil de données entraînant par la suite la non réalisation de certains examens. Pour ce qui est des examens biologiques et échographiques, ainsi que le recueil des antécédents, tous les obstétriciens et les sages-femmes respectent les recommandations. Notre première hypothèse est donc partiellement validée.

3.1.2. Sur le plan psychologique

Notre deuxième hypothèse était que sur le plan psychologique, il était difficile de détecter les situations à risque lors de la première consultation prénatale malgré les recommandations.

Les remaniements psychiques durant la grossesse sont normaux, dans une certaine mesure, et permettent à la femme de s'engager dans le processus de maternité. Lorsqu'ils deviennent trop présents et qu'ils constituent une trop grande source d'angoisse, ils peuvent être la cause de pathologies notamment dépressive et ainsi nuire au bon déroulement de la grossesse, à la santé de la mère et perturber l'instauration du lien mère-enfant.

La dépression anténatale est fréquente et est à distinguer de la dépression du post-partum même si les facteurs de risque sont identiques : primiparité, antécédent d'interruption médicale de grossesse, antécédent de dépression et de dépression post-natale, antécédents obstétricaux lourds... L'absence de désir de grossesse, une ambivalence vis-à-vis de celle-ci, une addiction à des substances psychoactives ainsi que des conditions socio-économiques défavorables et des difficultés dans le couple augmentent le risque de dépression (41). Suivant les études, la prévalence de la dépression anténatale varie de 2 à 12% (41). Majoritairement, il s'agit de dépressions d'intensité légère ou moyenne qui apparaissent au premier trimestre et disparaissent par la suite.

La dépression anténatale peut entraîner des complications aussi bien pour la mère que pour l'enfant. Les troubles dépressifs de la grossesse sont également prédictifs d'un baby-blues du post-partum et d'une dépression dans l'année qui suit l'accouchement : 20 à 40% des cas (42). Ces conséquences peuvent être délétères pour la mise en place de la relation mère-enfant. Les complications majeures sur l'enfant sont la prématurité, l'hypotrophie, un risque majoré de mort subite du nourrisson et des troubles émotionnels et psychiques lors du développement à long terme (43).

Le dépistage de ces femmes à risque fait partie intégrante de l'anamnèse et permet d'envisager précocement des interventions adaptées afin de limiter l'apparition de complications. Au cours de notre étude, il a été relevé que 48% des

praticiens : sages-femmes et obstétriciens, recherchaient la présence de facteurs de risque psycho-affectifs. Parmi ces patientes, 21% ont été dépistées à risque de dépression anténatale : 5% des femmes ont exprimé des angoisses, des craintes ; 8% ont déclaré avoir fait une dépression (majoritairement suite à un décès) et 3% une dépression dans le post-partum. De plus, 5% des femmes dépistées à risque ont mentionnée un antécédent de troubles du comportement alimentaire pendant l'adolescence, d'abus sexuels, de troubles obsessionnels compulsifs, de trouble bipolaire, de tentative de suicide et de bouffées délirantes.

Dans notre étude, 29 % des femmes à risque de dépression ont bénéficié de l'aide du psychologue du service au cours de la grossesse ou dans le post-partum. En ce qui concerne le reste des patientes à risque, il leur a été proposé de voir la psychologue du service. Cependant, celles-ci ont toutes refusé. En ce qui concerne les femmes ayant des troubles du comportement, elles ont été suivies régulièrement par un psychiatre et avaient un traitement pendant leur grossesse. Aucune dépression anténatale ou du post-partum n'a été diagnostiquée au cours de l'étude. Par contre, parmi les patientes pour lesquelles aucune recherche d'antécédent n'avait été effectuée au cours du premier entretien, 4% avaient un suivi à l'extérieur qui n'a pas été recherché ou signalé par la patiente, 7% ont été vu par un psychologue pendant leur hospitalisation et 6% en suites de couches pour un « baby-blues ». Ces résultats reflètent un défaut de dépistage puisque 52% des praticiens n'ont pas recherché la présence ou non de facteurs de risque. De plus, nous pouvons observer qu'en ce qui concerne les femmes dépistées à risque, il y a également un défaut d'orientation et de prise en charge, puisque seulement 1/3 d'entre elles ont vu la psychologue du service. Le reste de ces femmes a été orienté vers un spécialiste mais celles-ci ont refusé.

Il faut également savoir que le diagnostic peut être difficile surtout au cours du premier trimestre lorsque les préoccupations ou les modifications corporelles inhérentes à l'état de grossesse peuvent se confondre avec des manifestations dépressives. Nous pouvons également émettre l'hypothèse que les femmes ne se confient pas de suite lors de la première consultation et que les questions posées peuvent être considérées comme intrusives dans la vie intime de la patiente et du couple. Cependant, chaque praticien se doit de poser ces questions à un moment donné au cours de la grossesse afin d'assurer la sécurité émotionnelle de la

patiente. De plus, le dépistage de la dépression anténatale a été peu étudié et aucun instrument spécifique n'existe à ce jour contrairement à la dépression du post-partum où des échelles telles que l'Edinburgh Postnatal Depression Scale (auto-questionnaire de 10 items) ont été validées comme outil de dépistage. Au cours de l'enquête périnatale de 2003, des femmes ont été interrogées sur leur « bien-être psychologique » pendant la grossesse et 6,7 % des femmes ont déclaré s'être « senties assez mal » et 2,4 % « être mal ». Parmi ces deux groupes de femmes, seulement 12,4 % disent avoir reçu l'aide d'un professionnel, psychiatre ou psychologue.

Développer des troubles psychiques pendant la grossesse augmente le risque de dépression du post-partum. C'est le cas dans 20 à 40% des cas. De plus, la prévalence de la dépression du post-partum est de 20% (44) et le risque de récurrence est de 25% (41). De ce fait, la dépression anténatale et postnatale peut être considérée comme étant un problème majeur de santé publique. Il est donc important de souligner la nécessité d'un dépistage précoce des facteurs de risque mais aussi l'importance d'un suivi et d'un soutien de qualité permettant ainsi de réduire le risque de dépression pré et postnatale mais aussi les complications obstétricales. L'évaluation de la santé psychologique de la patiente doit être une préoccupation au cours de chaque consultation prénatale, l'ensemble des difficultés ne pouvant pas être détecté uniquement au cours d'un seul entretien (6).

La grossesse constitue donc une période de vulnérabilité. Les bouleversements que peuvent engendrer les remaniements psychiques affectent aussi bien la femme que le couple. Ils doivent être informés que leur sécurité émotionnelle fait partie du suivi. Notre 2^{ème} hypothèse est donc partiellement validée puisque 52% des praticiens n'ont pas recherché de facteurs de risque.

3.1.3. Sur le plan social

En ce qui concerne la troisième hypothèse, nous avons supposé que les sages-femmes et les obstétriciens détectent dès le début de la grossesse les situations à risque socio-économiques. Cependant, la mise en place d'une prise en charge adéquate de la patiente est tardive.

D'après l'Enquête Nationale Périnatale, 2,7 % des femmes n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse. L'absence de couverture sociale représente un frein à l'accès des services de soins. En 2003, 2,3 % des femmes ont déclaré avoir renoncé à des consultations ou des examens pour des raisons financières. De plus, 6,4 % des femmes avaient comme unique ressource, pendant leur grossesse, une aide publique telle que le RMI, l'API et l'allocation chômage. Cependant, 1,3 % des femmes n'avaient eu aucun revenu provenant d'une activité professionnelle ou d'une aide publique et la surveillance prénatale était beaucoup moins soutenue (26) (27).

Ces inégalités s'expriment par une différence, face aux expositions à des facteurs de risque, mais aussi par rapport à l'accessibilité à des réseaux de prévention, de dépistage et de soins (25). Une étude réalisée en 2005, a démontré que dans 29.3% et 11.6% des cas, le suivi de grossesse était respectivement tardif ou irrégulier. Cependant, le suivi par les assistantes sociales est considéré, dans 74.2% des cas, comme régulier. Il a également été montré que le retard dans la prise en charge médicale de la grossesse est lié à des difficultés d'accès aux soins dus à un défaut de couverture sociale pour des raisons administratives en cours de régularisation (4%), à l'antériorité de la grossesse à l'immigration (2%) ou à des problèmes psycho-sociaux graves (8%). Il est donc important qu'une prise en charge sociale et médicale précoce soit mise en place pendant la grossesse.

Dans notre étude, peu de femmes ayant des difficultés socio-économiques ont été retrouvées. En effet, sur les 130 dossiers étudiés, seulement 10% ont été dépistés à risque : femmes vivants seules, conditions de logement précaire (le couple vit chez des amis, sont en attente d'un logement ou vivent dans un foyer), femme ou conjoint au chômage et en situation irrégulière. Ces patientes ont toutes eu recours à l'assistante sociale du service. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que la

population de la maternité n'appartient pas en majeure partie à une classe sociale défavorisée. Dans le rapport d'activité de la maternité Port-Royal, en 2009, la population provenait en grande partie de France (47%), puis d'Afrique (16.6%), d'Afrique du Nord (11.4%), de pays d'Europe du Nord et du Sud (5.9%) et d'Asie (5.1%). Le taux de femmes ayant bénéficié de l'Aide Médicale d'Etat est faible (3.5%) ainsi que le taux de femmes qui ont été hébergées par le SAMU social (1.2%). De plus, il faut savoir que la maternité Port-Royal a mis en place, depuis quelques années, un staff dit « médico-psycho-social » (staff MPS). Il est constitué d'assistantes sociales, de psychologues, de sages-femmes et de pédiatres. Ensemble, ils discutent de patientes dont la situation médicale, psychologique ou sociale est complexe et entraîne ou peut entraîner des complications pour la santé de la mère ou du fœtus. A la suite de ce staff, une prise en charge adaptée au besoin de la patiente et en fonction de leur pathologie est mise en place.

Cependant, il faut ajouter que nos résultats sont peut-être sous-estimés étant donné que 19% des dossiers n'étaient pas complets : l'origine ethnique, la nationalité et l'affiliation de la patiente à la sécurité sociale ou à un autre type d'aide financière n'étaient pas mentionnés et qu'un dossier ne comportait aucune information sur la situation socio-économique de la patiente. Aucun retentissement sur le déroulement de la grossesse ou sur le développement fœtal n'a été retrouvé. Il faut également prendre en compte que nous avons exclu six patientes de l'étude car elles étaient venues consulter pour la première fois à la maternité au-delà de 15 SA. Ces femmes avaient des difficultés socio-économiques importantes et ont eu un suivi de grossesse insuffisant.

Au vu de ces résultats, nous pouvons conclure qu'il n'existe pas de défaut de dépistage et que les professionnels soignants respectent les recommandations. De plus, il n'y a pas non plus de défaut de prise en charge ou d'orientation vers une assistante sociale. Cependant, nous avons observé qu'un certain nombre de patientes en grande précarité ne viennent pas consulter dès le premier trimestre et que leur suivi de grossesse est par la suite insuffisant entraînant ainsi une prise en charge tardive. Ainsi notre 3^{ème} hypothèse est invalidée.

3.2. Explications et propositions

Etant donné les résultats obtenus lors de notre étude, il a été observé qu'il existe majoritairement un défaut de dépistage et de prévention de la part des obstétriciens et des sages-femmes. Un certain nombre d'examen sont insuffisamment réalisés notamment le dépistage précoce du diabète, l'auscultation cardio-pulmonaire, l'examen des seins, le frottis cervico-vaginal... Cependant, du fait d'une augmentation du nombre de naissances et donc de consultations, nous pouvons supposer que la gestion du planning et du temps de consultation est devenue difficile pour les professionnels de la naissance, notamment en ce qui concerne la première consultation prénatale car son contenu est relativement important. De plus, le temps consacré à l'information concernant l'objectif de certains examens tels que le dépistage de la trisomie 21, et les messages de prévention peuvent occulter la réalisation d'examen de dépistage ou la délivrance de certaines données. Il semble donc difficile de réaliser tous les examens de dépistage et de délivrer toutes les informations nécessaires à la prévention ou de répondre à toutes les questions posées par la patiente ou le couple. Le facteur temps peut donc être considéré comme une potentielle cause à ces résultats obtenus. Néanmoins ce dernier n'est pas le seul facteur responsable.

En effet, nos résultats sont peut être sous-estimés étant donné que nous avons un biais de transcription. Certaines informations ont pu être données à l'oral et non retranscrites dans le dossier. Cependant, il faut savoir que le dossier d'un patient est un outil de communication, de coordination et d'information entre les professionnels de santé et le patient. Il permet de favoriser la coordination des soins et constitue un élément primordial de la qualité des soins en permettant leur continuité dans le cadre d'une prise en charge pluridisciplinaire. Il est important de préciser que sa bonne tenue contribue à la continuité, la sécurité et l'efficacité des soins. Il est le reflet de la qualité de la pratique des professionnels et permet des actions d'évaluation et d'amélioration. Selon la loi Kouchner, du 4 mars 2002 (45), « Toute personne a le droit d'être informé sur son état de santé, et plus précisément sur les différents traitements, actes et investigations proposés, leur utilité, leur nécessité, leurs conséquences directes et celles en cas de refus, leurs risques fréquents ou graves normalement prévisibles et l'existence d'alternatives ». Le défaut

d'information remet donc en cause la responsabilité des établissements et des professionnels de santé.

De plus, la maternité de Port-Royal utilise des dossiers AUDIPOG. La création de ces dossiers avait pour principal but de permettre une meilleure coordination entre les professionnels dans la prise en charge des femmes. Mais aussi afin d'harmoniser la tenue du dossier obstétrical au sein des services et d'améliorer la qualité de sa tenue et sa gestion telles qu'attendues par les recommandations nationales (29). Ce sont donc des dossiers très détaillés par rapport aux questions à poser pour recueillir des informations, aux examens cliniques et biologiques à prescrire.

Il est également essentiel d'insister sur l'importance de la formation continue et de réactualiser ses connaissances notamment en ce qui concerne les recommandations de bonne pratique de la Haute Autorité de Santé.

Le dépistage des facteurs de risque doit se faire le plus précocement possible, idéalement avant la grossesse, lors d'un suivi gynécologique ou lors d'une consultation préconceptionnelle. Et l'entretien du 4^{ème} mois peut être un outil de dépistage et de prévention. De plus, étant donné que la première consultation prénatale est conséquente dans son contenu, nous pourrions émettre l'hypothèse de la scinder en deux. Si les patientes consultent tôt en début de grossesse, le premier entretien permettrait d'installer la relation de confiance et le second à réaliser tous les examens nécessaires.

Ces solutions peuvent être à proposer pour réduire les écarts entre la pratique des professionnels et les recommandations de l'HAS observé lors de cette étude.

3.2.1. La consultation préconceptionnelle

Depuis la loi du 9 octobre 2007, le certificat prénuptial a été supprimé et la visite médicale n'est donc plus obligatoire. Elle a été remplacée par une consultation dite « préconceptionnelle » et a pour objectif d'anticiper les risques obstétricaux ainsi que les risques pour le développement de l'enfant à naître, de permettre leurs préventions, d'organiser une prise en charge de la grossesse adaptée aux besoins de la femme et, dans une approche plus globale, d'améliorer la santé des femmes en âge de procréer (46) (47) (48). En effet, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé de 2007 (2), il est souhaitable que les risques (problèmes médicaux ou comportements à risque), pouvant éventuellement nuire au bon déroulement d'une grossesse et/ou au développement du fœtus, soient dépistés en amont et le plus précocement possible. Idéalement, ils doivent être appréciés avant la grossesse quand la femme exprime son désir d'enfant au cours d'un suivi gynécologique ou autre (46) (47).

Pendant la période qui précède la grossesse, les femmes sont beaucoup plus réceptives aux messages de prévention et d'éducation pour leur santé et celle de l'enfant à naître. C'est donc le moment le plus favorable dans la mise en œuvre de changements de mode de vie. De plus, lorsque la femme consulte pour la première fois en début de grossesse, l'organogenèse (formation des organes) est déjà en cours ou terminée. Or c'est pendant cette période que certaines patientes sont exposées à des facteurs tératogènes (alcool, médicaments...) ou infectieux. Le risque de complications ou de malformations pour le fœtus est alors majoré dans ces différentes situations. Cette consultation est d'autant plus nécessaire si la patiente a une affection chronique ou des antécédents de pathologies obstétricales. Une seule consultation n'est parfois pas suffisante et nécessite un avis multidisciplinaire (2) (6) (48) (49).

Cette consultation doit être proposée à toutes les femmes qui envisagent une grossesse et peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue de ville ou un gynécologue-obstétricien, une sage-femme, mais aussi dans un centre de PMI ou au planning familial. La Haute Autorité de Santé propose en 2009 des recommandations de bonne conduite d'une consultation préconceptionnelle (Annexe 3) (49). Celle-ci comporte cinq éléments : l'évaluation de la mère (âge, antécédents,

traitements en cours, contexte psychosocial), l'examen clinique général (tension artérielle, poids, taille, IMC) et gynécologique et les dépistages sériques (le VIH, le groupe sanguin, la rubéole et la toxoplasmose). Les vaccinations sont actualisées, des conseils préventifs concernant les risques liés au mode de vie et à l'environnement vont être prodigués (concernant la toxoplasmose, le tabac, l'alcool, l'alimentation) et de l'acide folique sera prescrit au moins 1 mois avant la conception (46) (47) (48) (49) (50).

La visite préconceptionnelle est une réelle opportunité d'améliorer la morbidité et la mortalité materno-fœtale. Son importance est notamment démontrée dans le cas particuliers des femmes diabétiques. En effet, en 2001, une étude a été menée sur le diabète et la grossesse. Il a été démontré que la prévalence des anomalies congénitales liées au diabète gestationnel est bien plus faible chez les patientes qui ont eu une consultation préconceptionnelle (51). Cependant, des limites dans sa mise en œuvre existent. Tout d'abord, la majorité des femmes programment leur grossesse en prenant la décision seule d'arrêter leur contraception et seulement une minorité de patiente consulte pour préparer leur grossesse. Peu de jeunes femmes bien portantes vont consulter pour un désir de grossesse et peu ont connaissance de l'existence de cette consultation et de son importance. Il existe également un certain nombre de grossesses inopinées. Autre problème à soulever : il est difficile de déterminer dans quel intervalle de temps s'entretenir avec le couple ou la femme, à partir du moment où un désir de grossesse est exprimé. De plus, nous pouvons nous demander s'il est nécessaire de réitérer les entretiens si le projet de grossesse n'aboutit pas ou si elle survient tardivement. Il faut savoir également que dans la population générale, l'accès aux informations et aux messages de prévention de la part des professionnels de santé est inégal. Les patientes qui ont des difficultés financières matérielles ne pourront donc pas accéder à cet entretien (48) (49) (50).

En conclusion, malgré les limites que peut avoir cette consultation préconceptionnelle, il est important que des actions d'information collective se créent: en milieu scolaire (dans le cursus de science de la vie et de la terre ou au cours d'éducation sexuelle), dans les médias, des prospectus dans les salles d'attente ou autre milieu publique (47).

3.2.2. L'entretien du 4^{ème} mois

Avant 2006, le suivi de grossesse était axé sur un bilan général et obstétrical, complété par des séances collectives de préparation à la naissance dont l'objectif était d'améliorer l'état de santé des femmes pendant la grossesse, dans le post-partum et du nouveau-né par une approche éducative et préventive (52). Cependant, il faut savoir que la grossesse est une période de bouleversements psychiques et que la médicalisation de celle-ci ne permettait pas d'être suffisamment attentif à l'insécurité émotionnelle que pouvait éprouver une femme ou un couple. Actuellement, il est admis que la grossesse est une période de fragilité et de labilité psychique. Ainsi depuis le mois de janvier 2006, une consultation individuelle ou en couple, également nommée « entretien du 4^{ème} mois », est systématiquement proposé à toutes femmes enceintes ou couple et des modifications sur les objectifs des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) ont été effectuées (22) (52) (53). En effet, la Haute Autorité de la Santé, le plan périnatal 2005-2007 et le Circulaire DHOS/DGS/O2/6 C n° 2005-300 du 4 juillet 2005 ont mis en place des recommandations de bonne pratique (52).

Cet entretien fait partie intégrante des séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Il précède la mise en œuvre de celles-ci et est peut être réalisé à la maternité ou en secteur libéral, par une sage-femme ou un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel il appartient (22). Cette consultation n'est pas un entretien médical et ne substitue pas aux consultations prénatales du suivi de la grossesse. Les objectifs principaux de l'entretien du 4^{ème} mois sont les suivants : présenter le dispositif de suivi de la grossesse, anticiper les difficultés somatiques, psychologiques et sociales qui pourraient survenir, compléter ou donner des informations sur les facteurs de risque, les comportements à risque et des conseils d'hygiène de vie et encourager la femme ou le couple à participer aux séances de PNP (53). Le professionnel qui réalise l'entretien peut ainsi : apprécier le vécu de la grossesse par la femme et le couple, évaluer la santé globale de la femme, réaliser un dépistage des facteurs de risque et de comportement à risque et donner des informations de prévention. Il peut également déceler des situations de vulnérabilité (somatique, sociale et psycho-affective) susceptible de nuire à la santé de la femme, de l'enfant à naître et de

perturber l'instauration du lien mère-enfant et de proposer une aide adaptée aux besoins.

A la maternité Port-Royal, l'entretien du 4^{ème} mois n'est pas proposé, en revanche divers type de préparation à la naissance et à la parentalité ont été mis en place. Le recours à l'entretien du 4^{ème} mois pourrait être une alternative à ce « manque de temps ». Il pourrait également être réservé à certaines patientes jugées plus à risque. De plus, dans notre étude, seulement 41% des patientes ont déclaré vouloir réaliser une préparation à la naissance. Dans la même idée que pour l'entretien du 4^{ème} mois, il est essentiel de revaloriser cette pratique, que le corps médical délivre une information systématique et complète sur les objectifs de cette consultation.

Conclusion

La consultation du premier trimestre a pour principal objectif de confirmer et de dater la grossesse, d'identifier et d'évaluer les facteurs de risque d'ordre médico-psycho-sociaux déjà préexistant. Cette consultation doit avoir lieu le plus précocement possible, soit avant 15SA, et est déterminante pour le suivi. Elle permet de mettre en place une surveillance adaptée en fonction des situations pour la santé de la mère et de l'enfant à naître. Afin d'assurer un suivi de qualité, la Haute Autorité de santé a édité des recommandations de bonne pratique, destiné aux professionnels de la naissance. Chaque examen clinique et para clinique de dépistage et les messages de prévention ont un intérêt aussi bien pendant la grossesse que dans le post-partum.

D'après notre étude, il semblerait qu'il existe des écarts entre les pratiques des professionnels et les recommandations. Des défauts de dépistage et de prévention ont été observés que ce soit sur le plan médical, psychologique ou social. Certains examens sont insuffisamment réalisés tels que le dépistage précoce du diabète, l'auscultation cardio-pulmonaire, l'examen des seins... Cependant, nos résultats sont surement sous-estimés étant donné que nous avons des biais de transcription, et de recrutement. En effet des données auraient pu être prodiguées à l'oral et non transcrites dans le dossier. De plus, la population de la maternité ne fait pas partie d'une population défavorisée, ainsi peu de cas de femmes en grande précarité ont pu être étudiés. La difficulté de gestion du temps imparti à la première consultation, peut expliquer ces résultats. Ce premier entretien prénatal comporte beaucoup d'item à traiter et le temps d'information pour le dépistage de la trisomie 21 est conséquent, occultant ainsi la réalisation d'examens ou de message de prévention « basiques ».

Le dossier d'un patient constitue un outil de communication entre les professionnels de santé quel qu'ils soient : sages-femmes, obstétriciens, psychologues, assistantes sociales... et le patient. De plus, c'est un document qui fait l'objet d'obligations et de protections prévu par la loi. Le contenu d'un dossier est défini par le décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique. Il reflète

la qualité du suivi et de la prise en charge du patient. Nous pouvons alors nous demander si la bonne tenue d'un dossier pourrait diminuer les écarts observés entre la pratique des professionnels et les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Une étude pourrait être proposée afin de répondre à cette question. Et des solutions telles que la consultation préconceptionnelle et l'entretien du 4^{ème} mois peuvent être proposés afin de palier à ces défauts de dépistage et de prévention.

Bibliographie

- (1) **Décret n°92-143 du 14 février 1992** relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal.
- (2) **Haute Autorité de la Santé (HAS)**, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*, Recommandations pour les professionnels de santé, Mai 2007.
- (3) **Code de santé publique**, article R2122-1, section 1 : examens médicaux obligatoires.
- (4) **Huissoud C., Boisson C., Rudigoz R.-C., Du Mesnildot P.**, *Surveillance biologique de la grossesse : le point de vue du clinicien*, Revue Francophone des laboratoires, EMC Elsevier Masson SAS, N°402, Avril 2008.
- (5) **Flori M., Le Goaziou M-F**, *Suivez-vous les grossesses ?*, La revue du praticien-Médecine générale, Tome 20, N°740/741, Septembre 2006.
- (6) **Haute Autorité de la Santé (HAS)**, *Comment mieux informer les femmes enceintes ?*, Recommandations pour les professionnels de santé, Avril 2005.
- (7) **Madelbrot L., Ceccaldi P.-F.**, *Surveillance de la grossesse normale*, EMC Elsevier Masson SAS, Gynécologie/Obstétrique, 5-007-M-10,2006.
- (8) **Institut de veille sanitaire (INVS)**, *Rapport du Comité national d'experts sur la mortalité maternelle (CNEMM) 2001-2006*, janvier 2010.
- (9) **Institut National de la Statistique et des Etudes Economique (INSEE)**, *Bilan démographique de 2009*, estimations de population et statistiques de l'état civil, 2009.
- (10) **Y. Aubard, E. Decroisette**, *Epidémiologie et complications*, dossier obésité et grossesse, Réalités en Gynécologie-Obstétrique, N° 131, Juin 2008.
- (11) **G. Ducarme, A. Rodrigues, F.Aissaoui, C. Davitian, I. Pharasien, M. Uzan**, *Grossesse des patientes obèses : quels risques faut-il craindre ?*, Elsevier Masson SAS, 2006.
- (12) **Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé**, *Les stratégies thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses de l'aide à l'arrêt du tabac : principaux messages*, Recommandation de Bonne Pratique, Mai 2003.
- (13) **Haute Autorité de la Santé (HAS)**, *Grossesse et tabac*, Conférence de consensus, Texte des recommandations, 7 et 8 octobre 2004.

- (14) **A. Dumas, C. Lejeune, L. Simmat-Durand, C. Crenn-Hebert, L. Mandelbrot**, *Grossesse et substances psycho actives : étude de la consommation déclarée*, Elsevier Masson SAS, 2008.
- (15) **Haute Autorité de la Santé (HAS)**, *Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse*, Recommandations en santé publique, Octobre 2009.
- (16) **Haute Autorité de la Santé (HAS)**, service évaluation médico-économique et santé publique, *Évaluation a priori du dépistage de la syphilis en France*, Recommandations en santé publique, Mai 2007.
- (17) **Deruelle P., Clay J.-C., Cazaubiel M., Subtil D., Fontaine P., Vambergue A.**, *Diabète gestationnel*, EMC Elsevier Masson SAS, Gynécologie/Obstétrique, 5-042-C-20, 2009.
- (18) **Haute Autorité de la Santé (HAS)**, *Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel*, Service des recommandations professionnelles, juillet 2005.
- (19) **Dibie-Krajcman D.**, *Trisomie 21 : les nouvelles règles instituées par les arrêtés du 23 juin 2009*, EMC Elsevier Masson SAS, Revue de la sage-femme, 2009.
- (20) **Bernard B., Muller F.**, *Dépistage prénatal de la trisomie 21 : les nouvelles recommandations*, Elsevier Masson SAS, Revues générales et analyses prospectives, Immuno-analyse et biologie spécialisée, 24, 235-239, 2009.
- (21) **Haute Autorité de la Santé (HAS)**, service évaluation économique et santé publique, *Evaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21*, Recommandations en santé publique, Juin 2007.
- (22) **PLAN « périnatalité » 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité**, novembre 2007.
- (23) **M. Gayral-Taminh, L. Daubisse-Marliac, M. Baron, G. Maurel, J.-M. Rème, H. Grandjean**, *Caractéristiques socio-démographiques et risques périnataux des mères en situation de précarité*, J Gynecol Obstet Reprod, 34 (cahier 1) : 23-32, 2005.
- (24) **Philippe Lombardo et Jérôme Pujol** division Revenus et patrimoine des ménages Insee, *Les niveaux de vie en 2008*, Octobre 2010.
- (25) **Pierre Strobel**, *Programme IVRSP Inégalités sociales de santé*, Janvier 2006.
- (26) **B. Blondel**, *Déroulement de la grossesse et santé périnatale chez les femmes en situation précaire*, réalités en gynécologie-obstétrique N° 149, Novembre 2010.

- (27) **B. Blondel, K. Supernant, C. du Mazaubrun, G. Breart**, *Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003, évolution depuis 1998*, Février 2005.
- (28) **Décret n° 2005-346 du 14 avril 2005** relatif à l'évaluation des pratiques professionnelles.
- (29) **Centre de coordination INSERM**, *FRANCE-PÉRINAT Réseau National d'Information sur la Naissance La Santé Périnatale en 2002-2003 : Évaluation des pratiques médicales*, Avril 2004, www.audipog.inserm.fr, consulté le 14/01/2011.
- (30) www.audipog.inserm.fr, consulté le 30/11/2010
- (31) **Cerruti F-R.**, *Pratique médicale et identité culturelle*, Conseils National de l'ordre des médecins, Juin 2005.
- (32) **Lamy S., Thibaut F.**, *Etat des lieux de la consommation de substances psychoactives par les femmes enceintes*, L'Encéphale, 36 : 33-38, 2010.
- (33) **Houdebine E., Guillaumin C., Rouquette A., Dagorne C., Madzou S., Fournie A., Urban T., Fanello S.**, *Tabagisme gravidique. Etude descriptive et facteurs pronostique d'arrêt du tabac pendant la grossesse*, Journal de Gynécologie obstétrique et Biologique de la Reproduction, 38 : 155-160, Octobre 2008.
- (34) **Teixeira C.**, *Le syndrome d'alcoolisme foetal*, La revue sage-femme (2006), 5 : 54-63, 2006.
- (35) **GuilleMont J., Léon C.**, Direction des affaires scientifiques Inpes, *Alcool et grossesse : connaissances du grand public en 2007 et évolutions en trois ans*, Évolutions N° 15 / Juin.
- (36) **Berger F., Goulet V., Le Strat Y., de Valk H., Désenclos JC.**, *La toxoplasmose en France chez la femme enceinte en 2003 : séroprévalence et facteurs associés*, Institut de veille sanitaire, 2007.
- (37) **Cabrol D., Goffinet F.**, *Protocoles cliniques en obstétrique*, Abrégés de périnatalité, Elsevier Masson, 3^{ème} édition, 2009.
- (38) Texte des recommandations guidelines, *le diabète gestationnel*, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 39, S338–S342, 2010.
- (39) **Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF)**, *Diabète et grossesse*, recommandations pour la pratique clinique, décembre 1996.
- (40) **Weingertner A.-S., Trieu N.-T., Kohler M., Viville B., Levy G., Montaya Y., Kutnahorsky R., Tissier I., Kohler A., Tanghe M., Mager C., Benassi E., Cancelier M., Neuman M., Bouffet N., Hunsinger M.C., Hornecker F., Langer B., Nisand I., Favre R.**, *Dépistage combiné de la trisomie 21 au premier trimestre : à*

propos de cinq ans d'expérience prospective multicentrique, Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, Volume 39, numéro 5, pages 353-36, septembre 2010

(41) Dayan J., *Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse*, Journal de Gynécologie et Biologie de la Reproduction 36 ; 549-561, 2007.

(42) Chardeau P., *Dépression pré et post-natales : importance de leur dépistage et de leur prise en charge*, J Gynecol Obstet Biol Reprod 2000 ; 29 : 52-56.

(43) Chatillon O., Even C., *La dépression de l'antepartum : prévalence, diagnostic et traitement*, L'encéphale 2010 ; 36 : 443-451.

(44) Benhaijoub S., Ladenburger A., Lighezzolo J., De Tychev C., *Dépression maternelle et prévention : approche clinique et projective*, L'évolution psychiatrique Volume 73, numéro 2 ; 331-352, avril-juin 2008

(45) Loi Kouchner : loi du 4 mars 2002 relatif aux droits des malades et la qualité du système de soin

(46) Haute Autorité de la Santé (HAS), *Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer*, Document d'information pour les professionnels de santé, Septembre 2009.

(47) Mandelbrot L., *Consultations préconceptionnelles*, EMC Elsevier Masson SAS, Gynécologie/Obstétrique, 5-007-M-15, 2009.

(48) Poujade O., Luton D., *Intérêts de la consultation préconceptionnelle*, Revues générales, Réalité en Gynécologie-Obstétrique, N°133, Octobre 2008.

(49) Haute Autorité de la Santé (HAS), *Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer*, document d'information pour les professionnels, septembre 2009.

(50) Recommandations Nationale de l'Académie de Médecine, *Prévention avant la grossesse*, 2006.

(51) RAY JG, O'BRIEN TE, CHAN WS., *Preconception care and the risk of congenital anomalies in the offspring of women with diabetes mellitus: a meta-analysis*, QJM, 2001; 94: 435-44.

(52) DHOS/DGS/O2/6 C no 2005-300 du 4 juillet 2005 relative à la promotion de la collaboration médico-psychologique en périnatalité.

(53) Haute Autorité de la Santé (HAS), *Préparation à la naissance et à la parentalité*, Recommandations professionnelles, Novembre 2005.

Annexes

Annexe 1 : Règles hygiéno-diététiques préventives en cas de non immunisation contre la toxoplasmose.

Les conseils préventifs délivrés aux femmes non immunisées contre la toxoplasmose sont les suivants :

- bien cuire la viande (bœuf, mouton, porc, cheval), c'est-à-dire une cuisson d'au moins 65 °C dans toute l'épaisseur de la viande. Éviter la consommation de viande fumée, grillée ou marinée;
- congeler la viande, le froid détruit le parasite
- lors de la préparation des repas : laver soigneusement les légumes et les plantes aromatiques surtout s'ils sont terreux et consommés crus. Laver soigneusement les ustensiles de cuisine, ainsi que le plan de travail. Se laver les mains après contact avec des légumes, des fruits ou de la viande crue et avant de passer à table. Une bonne hygiène des mains et des ustensiles de cuisine est importante pour éviter la transmission de la toxoplasmose pendant la grossesse ;
- lors des repas pris en dehors du domicile : éviter la consommation de crudités et préférer les légumes cuits. Privilégier la consommation de volaille et de poisson ou bien, consommer de la viande rouge bien cuite;
- nettoyer et désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée le réfrigérateur 2 fois par mois ;
- éviter les contacts directs avec les objets qui pourraient être contaminés par les excréments de chats (comme les bacs des litières, la terre) et porter chaque fois des gants en cas de manipulations de ces objets. Désinfecter les bacs des litières de chat avec de l'eau de Javel ;
- éviter le contact direct avec la terre et porter des gants pour jardiner. Se laver les mains après des activités de jardinage même si elles sont protégées par des gants (3).

Annexe 2 : Recueil des données

Les critères d'étude sont les suivants :

• sur le plan médical

Lors de 1^{ère} consultation

- Age
- Grossesse unique ou gémellaire
- Grossesse spontanée ou induite
- Déclaration de la grossesse
- Datation de la grossesse, DDR, DG, TP
- Recherche ATCD médicaux
- Recherche ATCD familiaux
- Recherche ATCD gynécologiques
- Recherche ATCD chirurgicaux
- Recherche ATCD obstétricaux
- Addiction : tabac, alcool, toxiques
- Suivi gynécologique ou non ? FCV < 2ans ou non ? FCV prescrit dans le cas contraire ?
- Poids, Taille, IMC
- Examens obligatoires : Groupe, RH, RAI
Toxoplasmose, rubéole, syphilis, hépatite B
- Examens systématiques ou orientés : HIV, HCV, CMV
Glycémie
PV, ECBU
NFS
- Information sur la prévention de la toxoplasmose, de la listériose et de la salmonellose
- projet de naissance
- Examens généraux : TA, pouls, glycosurie, protéinurie, poids
Auscultation cardio-pulmonaire, examen des seins, état veineux, œdèmes des membres inférieurs
- Examens obstétricaux : palpation utérine, TV
- Examen gynécologique

- Marqueurs sériques T21 : premier trimestre ou deuxième trimestre

Au cours de la grossesse

- Pathologies au cours de la grossesse
- Evolution - Prise en charge - Spécialistes
- terme de l'accouchement
- Prise en charge et suivi par un spécialiste après l'accouchement

• **sur le plan psychologique**

Lors de la 1^{ère} consultation

- ATCD de dépression, fragilité individuelle, violences...
- Maladie psychiatrique - Traitement

Au cours de la grossesse

- Apparition de facteurs de risque
- Prise en charge par un spécialiste
- Traitement
- En suite de couche : lien mère enfant, dépression du post partum, isolement...
- Prise en charge par un spécialiste après l'accouchement ou à la sortie de la maternité

• **sur le plan social**

Lors de la 1^{ère} consultation

- Situation matrimoniale
- Logement
- Nationalité
- Origine ethnique
- Profession
- Nombre d'enfant à charge

Au cours de la grossesse

- Prise en charge par un spécialiste
- Evolution
- Prise en charge après l'accouchement

Annexe 3 : Conduite pratique de la consultation préconceptionnelle.

Recommandation de la Haute Autorité de la Santé de 2009.

1. Recueil de données

- **Facteurs de risque individuels*** : par exemple l'âge et son impact sur la fertilité et la survenue de complications obstétricales ; un surpoids ; des antécédents familiaux tels qu'une maladie ou un problème de santé chronique ; des maladies génétiques; des anomalies liées à la prise de Distilbène® par la mère
- **Antécédents chirurgicaux ou gynécologiques*** : par exemple des pathologies ou malformations utéro vaginales
- **Antécédents obstétricaux*** en rapport avec une grossesse précédente ou un accouchement, ou chez le nouveau-né (en particulier les défauts de fermeture du tube neural)
- **Facteurs de risque médicaux* en rapport avec une grossesse précédente** : par exemple un diabète gestationnel, une hypertension artérielle gravidique, des troubles de l'hémostase

2. L'examen clinique

- **Mesure de la pression artérielle**
- **Mesures du poids, de la taille et calcul de l'indice de masse corporelle**
- **Examen gynécologique**, en particulier examen clinique des seins, frottis cervical de dépistage (s'il date de plus de 2 à 3 ans), recherche de mutilations de l'appareil génital, etc.

3. Les examens biologiques

- **Détermination du groupe sanguin** (A, B O, phénotypes rhésus complet et Kell) si la femme ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (2 déterminations sont nécessaires) ; en cas de rhésus négatif, il est proposé d'informer la femme de l'intérêt de la détermination du groupe sanguin du futur père.

- **Examens sérologiques de la toxoplasmose** (en l'absence de preuve écrite de l'immunité) **et de la rubéole** (sauf si deux vaccinations documentées ont été antérieurement réalisées, quel que soit le résultat de la sérologie).
- **Sérologie VIH 1 et 2 à proposer à la femme ou au couple.**
- **Autres dépistages à proposer à la femme ou au couple** (selon facteurs de risque professionnels, addictions, antécédents transfusionnel) **après information sur les risques de contamination verticale :**
 - taux d'anticorps anti-Hbs chez une femme vaccinée, sinon antigène Hbs
 - sérologie VHC
 - sérologie de la syphilis

4. Les traitements médicamenteux

- **Dans tous les cas, le rapport bénéfice/risque de toute prescription médicamenteuse doit être attentivement évalué** chez une femme qui exprime un désir de grossesse.
- **En cas de maladie chronique ou de traitement au long cours**, anticiper les éventuels ajustements thérapeutiques à effectuer, si besoin avec le spécialiste de la maladie concernée (par exemple : antiépileptiques, antidiabétiques, antihypertenseurs, anticoagulants, psychotropes, etc.).
- **Prévention des anomalies de fermeture du tube neural par un apport de folates** : à partir du moment où la femme a un souhait de grossesse, prescrire des folates lors de la consultation préconceptionnelle et prolonger la prise jusqu'à la 12e semaine d'aménorrhée à la dose de 400 microgrammes par jour.

5. La vaccination

- **Dans tous les cas, vérifier le carnet de vaccination de la femme** et envisager avec elle les rappels ou vaccinations indispensables, en particulier tétanos-diphtérie-poliomyélite-coqueluche.
- **Coqueluche** : proposer un rattrapage ou vacciner les adultes susceptibles de devenir parents dans les mois ou années à venir

- **Rubéole** : vacciner les femmes dont la sérologie est négative (pour les femmes nées après 1980 : vaccin trivalent - rougeole, rubéole, oreillons - au lieu d'un vaccin rubéoleux seul). Il n'y a pas lieu de vacciner des femmes ayant reçu deux vaccinations préalables, quel que soit le résultat de la sérologie si elle a été pratiquée. En raison du risque tératogène, il est nécessaire de s'assurer de l'absence d'une grossesse débutante et d'éviter toute grossesse dans les 2 mois qui suivent la vaccination.
- **Varicelle** : vacciner les femmes en âge de procréer, notamment celles qui ont un projet de grossesse et pas d'antécédent clinique de varicelle (en cas de doute, un contrôle sérologique préalable peut être pratiqué). La vaccination est possible si le test de grossesse est négatif, et selon les données de l'AMM, une contraception efficace de 3 mois est recommandée après chaque dose de vaccin.

5. Les conseils de prévention pour les risques liés au mode de vie et à l'environnement

- **Alimentation et activité physique** : proposer une alimentation variée et équilibrée associée à une activité physique régulière
 - Des conseils visant à prévenir la listériose et, le cas échéant, la toxoplasmose doivent être donnés en cas de projet de grossesse à court terme.
 - En cas de surpoids, augmenter le niveau d'activité physique associé au suivi de conseils diététiques.
 - En cas d'obésité, de grande maigreur, voire d'anorexie, compléter le recueil d'informations et l'examen clinique et proposer une prise en charge adaptée.
- **Automédication** : souligner les risques de l'automédication et expliquer à la femme que la prise de médicaments sans prescription est déconseillée dès qu'un projet de grossesse existe. S'informer des médicaments dangereux auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé sur <http://afssaps.fr> ou du centre de renseignements sur les agents tératogènes <http://www.lecrat.org>.
- **Alcool** : en cas de consommation régulière compléter le recueil d'informations et proposer des modalités de sevrage si besoin. En cas de consommation arrêter la prise d'alcool dès le début de la grossesse.

- **Tabac** (consommation active et passive) : proposer une aide au sevrage tabagique si besoin. Souligner les effets du tabac sur le développement de l'enfant durant la grossesse et expliquer à la femme et au couple l'intérêt de cesser de fumer avant la grossesse.
- **Cannabis et autres substances psycho-actives** : identifier l'ensemble des consommations (produits, doses, etc.), compléter le recueil d'informations et l'examen clinique et proposer une aide au sevrage si besoin.
- **Pénibilité du travail, risques professionnels** : connaître le métier et le poste de travail de la femme, la distance entre le domicile et le travail. Déterminer l'exposition éventuelle à des produits tératogènes en prenant contact avec le médecin de la santé au travail si besoin.
- **Recherche des situations de précarité** : identifier des difficultés d'accès aux soins, un isolement social, un emploi précaire, un risque d'exposition au plomb, etc. Compléter le recueil d'informations et proposer à la femme ou au couple de les orienter vers des dispositifs visant à améliorer l'accès aux soins et l'accompagnement psychosocial.
- **Recherche des situations de maltraitance, de violence domestique ou d'autres facteurs de vulnérabilité pouvant être source de difficultés ultérieures** : mettre la femme en confiance afin qu'elle puisse s'exprimer en toute liberté lors d'un entretien singulier si possible.

Résumé

La grossesse peut être une situation où les risques sont accrus aussi bien en terme de morbidité que de mortalité materno-fœtale. Afin d'assurer un suivi de qualité, de favoriser le développement de grossesse physiologique et de limiter l'apparition d'éventuelles complications ou d'aggravation de pathologie, la Haute Autorité de Santé a mis en place des recommandations de bonne pratique. La consultation du premier trimestre est déterminante pour le suivi de grossesse. Elle permet d'identifier ou d'évaluer les facteurs de risque qui peuvent être d'ordre médico-psycho-social et ainsi de mettre en place un « plan » de surveillance en fonction de la situation. Ce mémoire propose donc d'évaluer les pratiques des professionnels de la maternité Port-Royal en ce qui concerne la consultation du premier trimestre et de déterminer s'il existe ou non des écarts avec les recommandations de la Haute Autorité de Santé. Pour cela, nous avons effectué une étude rétrospective et descriptive sur un total de 130 dossiers. Après avoir analysé nos résultats, nous avons pu mettre en évidence des défauts de dépistage et de prévention pouvant être à l'origine de complications materno-fœtales. Il est essentiel de souligner l'intérêt de chaque examen clinique et para clinique de dépistage ainsi que les messages de prévention pour assurer un suivi de grossesse de qualité.

Mots-clés : consultation prénatale, suivi de grossesse, dépistage, prévention.

Abstract

Pregnancy can be a situation where the risks are increased both in terms of morbidity than maternal-fetal. To monitor quality, foster the development of physiological pregnancy and minimize the occurrence of complications or worsening of disease, the High Authority of Health has established guidelines for good practice. The consultation of the first quarter is critical for monitoring pregnancy. It helps identify or evaluate risk factors that may be medico-psycho-social and so develop a "plan" based on monitoring the situation. This thesis proposes to assess the professional practices of the Port-Royal maternity as regards the consultation of the first quarter and whether or not there are differences with the recommendations of the High Authority of Health. For this, we conducted a retrospective descriptive study on a total of 130 cases. After analyzing our results, we could highlight flaws detection and prevention could be the cause of maternal and fetal complications. It is essential to stress the importance of each clinical and para clinical screening and prevention messages to monitor quality of pregnancy.

Keywords : prenatal care, pregnancy care, screening, prevention.