



HAL
open science

Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse : intérêts et difficultés

Capucine Babinet-Boulnois

► **To cite this version:**

Capucine Babinet-Boulnois. Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse : intérêts et difficultés. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00845720

HAL Id: dumas-00845720

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00845720>

Submitted on 17 Jul 2013

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.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN

ANNEE 2013

N°

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

BABINET-BOULNOIS Capucine

NEE LE 5 NOVEMBRE 1981 A PARIS

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 4 JUIN 2013

LE RESSENTI DU MEDECIN GENERALISTE AU COURS DU SUIVI DE
LA GROSSESSE: INTERETS ET DIFFICULTES

Jury

Président :	Monsieur le Professeur Eric VERSPYCK
Assesseurs:	Madame le Professeur Agnès LIARD-ZMUDA Monsieur le Professeur Jean-Loup HERMIL
Directeur de thèse:	Monsieur le Docteur Michel CINGOTTI

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013
U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Pierre FREGER**

ASSESEURS : **Professeur Michel GUERBET**
Professeur Benoit VEBER
Professeur Pascal JOLY
Professeur Bernard PROUST

DOYENS HONORAIRES :
Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET - C. THUILLEZ

PROFESSEURS HONORAIRES :
MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT
M.BENOZIO-
J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - M^{le} MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF - .TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno BACHY	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques BENICHOU	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul BESSOU	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme Françoise BEURET-BLANQUART	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy BONMARCHAND	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier BOYER	UFR	Immunologie
M. Jean-François CAILLARD (Surnombre)	HCN	Médecine et santé au Travail

M. François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe CHASSAGNE	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain CRIBIER (Surnombre)	HCN	Cardiologie
M. Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
M. Pierre CZERNICHOW	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan DARMONI	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mme Danièle DEHESDIN	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean DOUCET	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard DUBRAY	CB	Radiothérapie
M. Philippe DUKROTTE	HCN	Hépat – Gastro - Entérologie
M. Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie -Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mlle Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
M. Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
M. Pierre FREGER	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel GODIN	HB	Néphrologie
M. Philippe GRISE	HCN	Urologie
M. Didier HANNEQUIN	HCN	Neurologie
M. Fabrice JARDIN	CB	Hématologie
M. Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal JOLY	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc KUHN	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie cytologie pathologiquesM. Vincent
LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël LECHEVALLIER	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry LEQUERRE	HB	Rhumatologie
M. Eric LEREBOURS	HCN	Nutrition
Mlle Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
M. Hervé LEVESQUE	HB	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand MACE	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique

M. Eric MALLET (<i>Surnombre</i>)	HCN	Pédiatrie
M. Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mlle Isabelle MARIE	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul MARIE	HCN	ORL
M. Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
M. Pierre MICHEL	HCN	Hépatologie - Gastro - Entérologie
M. Francis MICHOT	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno MIHOUT (<i>Surnombre</i>)	HCN	Neurologie
M. Jean-François MUIR	HB	Pneumologie
M. Marc MURAINÉ	HCN	Ophthalmologie
M. Philippe MUSETTE	HCN	Dermatologie - Vénérologie
M. Christophe PEILLON	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc PERON	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian PFISTER	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard PROUST	HCN	Médecine légale
M. François PROUST	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. J.-Christophe RICHARD (<i>Mise en dispo</i>)	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace ROMAN	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatologie – Gastro
Mme Céline SAVOYE – COLLET	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mlle Florence THIBAUT	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
M. Christian THUILLEZ	HB	Pharmacologie
M. Hervé TILLY	CB	Hématologie et transfusion
M. François TRON (<i>Surnombre</i>)	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre VANNIER	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale
M. Pierre VERA	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric VERIN	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier VITTECOQ	HB	Rhumatologie

M. Jacques **WEBER** HCN Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG** HCN Bactériologie – Virologie
M. Jeremy **BELLIEN** HCN Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL** HCN Biochimie
Mme Mireille **CASTANET** HCN Pédiatrie
M. Gérard **BUCHONNET** HCN Hématologie
Mme Nathalie **CHASTAN** HCN Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS** HCN Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse **COEFFIER** HCN Nutrition
M. Manuel **ETIENNE** HCN Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume **GOURCEROL** HCN Physiologie
Mme Catherine **HAAS-HUBSCHER** HCN Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge **JACQUOT** UFR Immunologie
M. Joël **LADNER** HCN Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste **LATOUCHE** UFR Biologie Cellulaire
Mme Lucie **MARECHAL-GUYANT** HCN Neurologie
M. Thomas **MOUREZ** HCN Bactériologie
M. Jean-François **MENARD** HCN Biophysique
Mme Muriel **QUILLARD** HCN Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent **RICHARD** UFR Pharmacologie
M. Francis **ROUSSEL** HCN Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER** HCN Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN** HCN Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ** UFR Anglais
Mme Cristina **BADULESCU** UFR Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacologie
M. Roland CAPRON (PU-PH)	Biophysique
M. Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre GOULLE	Toxicologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX	Physiologie
M. Paul MULDER	Sciences du médicament
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M Jean-Marie VAUGEUIS	Pharmacologie
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mlle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique BOUCHER	Pharmacologie
M. Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie
M. Jean CHASTANG	Biomathématiques
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB santé	Législation pharmaceutique et économie de la
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mlle Cécile CORBIERE	Biochimie
M. Eric DITTMAR	Biophysique
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mlle Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Roseline DUCLOS	Pharmacie Galénique
M. Abdelhakim ELOMRI	Pharmacognosie
M. François ESTOUR	Chimie Organique
M. Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla GHARBI	Chimie analytique

Mlle Marie-Laure **GROULT**
M. Hervé **HUE**
Mme Laetitia **LE GOFF**
Mme Hong **LU**
Mme Sabine **MENAGER**
Mme Christelle **MONTEIL**
M. Mohamed **SKIBA**
Mme Malika **SKIBA**
Mme Christine **THARASSE**
M. Rémi **VARIN** (MCU-PH)
M. Frédéric **ZIEGLER**

Botanique
Biophysique et Mathématiques
Parasitologie Immunologie
Biologie
Chimie organique
Toxicologie
Pharmacie Galénique
Pharmacie Galénique
Chimie thérapeutique
Pharmacie Hospitalière
Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine **PANCHOU**

Pharmacie Officinale

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**

Anglais

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim **MEKAOUI**
Mlle Virginie **OXARAN**
M. Romy **RAZAKANDRAINIBE**

Chimie Analytique
Microbiologie
Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL** UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER** UFR Médecine générale

M. Alain **MERCIER** UFR Médecine générale

M. Philippe **NGUYEN THANH** UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE** UFR Médecine générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD** UFR Médecine générale

Mme Marie Thérèse **THUEUX** UFR Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

CB - Centre HENRI BECQUEREL

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry BESSON	Chimie thérapeutique
M. Roland CAPRON	Biophysique
M Jean CHASTANG	Mathématiques
Mme Marie-Catherine CONCE-CHEMTOB	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth CHOSSON	Botanique
M. Jean-Jacques BONNET	Pharmacodynamie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
M. Loïc FAVENNEC	Parasitologie
M. Michel GUERBET	Toxicologie
M. Olivier LAFONT	Chimie organique
Mme Isabelle LEROUX-NICOLLET	Physiologie
Mme Martine PESTEL-CARON	Microbiologie
Mme Elisabeth SEGUIN	Pharmacognosie
M. Mohamed SKIBA	Pharmacie Galénique
M. Philippe VERITE	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil ADRIOUCH	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079)
Mme Carine CLEREN	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline GAILDRAT	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine OUVRARD-PASCAUD	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle TOURNIER	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei FETISSOV	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su RUAN	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

Remerciements:

A monsieur le Professeur Eric Verspyck, président du jury

Vous me faites aujourd'hui l'honneur de présider ce jury,

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et ma profonde estime.

A monsieur le Docteur Michel Cingotti, directeur de thèse

Vous m'avez accueillie dans votre service où j'ai été très heureuse et où j'ai eu l'occasion d'apprendre, avec beaucoup d'intérêt, la gynécologie obstétrique.

Vous m'avez accompagnée depuis le début de cette thèse avec beaucoup de gentillesse et de patience, vous m'avez témoigné l'intérêt que vous portiez à mon travail,

Veillez trouvez ici l'expression de toute ma reconnaissance et de mon profond respect.

A madame le Professeur Agnès Liard-Zmuda,

Vous avez accepté de prendre part au jury de cette thèse,

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de ma profonde estime.

A monsieur le Professeur Jean-Loup Hermil,

Vous avez accepté de prendre part au jury de cette thèse,

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

A Estelle Houivet pour ses conseils dans la réalisation des tests statistiques,

Aux médecins généralistes qui m'ont accordé un peu de leur temps pour répondre à ce questionnaire, et sans lesquels ce travail n'aurait pas été possible.

A tous les membres du service de gynécologie obstétrique de l'Hôpital de Dieppe, médecins, sages-femmes, auxiliaires de puéricultures, secrétaires, avec qui j'ai passé un excellent semestre d'internat.

A mes maîtres de stage de médecine générale, et tout particulièrement le **Docteur Jacques Basuyau**, qui m'ont transmis leur passion pour cette belle discipline et qui m'ont donné confiance en moi pour me lancer dans cette grande aventure...

A mon amie, le Docteur Anne Plessis, pour ton soutien sans faille pour la rédaction de cette thèse et ta bonne humeur qui m'ont donné tout le courage nécessaire à sa réalisation. Reçois ici l'expression de mes plus grands remerciements.

A Claire, avec qui nous avons décidé de nous lancer ensemble dans l'aventure de la thèse, grâce à ta motivation et ton enthousiasme, nous avons partagé de bons moments et nous y sommes arrivées!

A mon mari, Amaury, merci pour ton indéfectible soutien tout au long de ce long parcours qui me mène aujourd'hui à faire un métier que j'aime,

A mes enfants chéris, Tristan, Olivier et Constance, pour votre joie de vivre,

A mes parents, qui ont toujours cru en moi, merci pour votre soutien sans faille tout au long de mes études,

A mes frères qui m'ont accompagnée dans les hauts et les bas de mes études ,

A mes beaux-parents, beaux-frères et belles-soeurs pour l'affection qu'ils me témoignent,

A toute ma famille à laquelle je suis si fière d'appartenir,

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	17
1. Généralités	17
2. Contexte	18
2.1 Cadre théorique: compétences et responsabilités des professionnels de santé	18
2.2 Cadre de l'étude: démographie et offre de soins	20
3. Problématique	20
4. Objectifs de l'étude	20
MATÉRIEL ET MÉTHODE	22
1. Base méthodologique	22
2. Critères d'inclusion et de non inclusion	22
3. Elaboration des questionnaires	22
4. Modalités de recueil des coordonnées des médecins	23
5. Constitution de l'échantillon	25
6. Contacts téléphoniques	25
7. Modalités d'envoi du questionnaire	25
RESULTATS	26
1. Réponses	26
2. Description	26
2.1 Profil du médecin	26
2.2 Activité gynécologie	28
2.3 Ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse	30
2.4. Le carnet de maternité	33
2.5. Suivi des grossesses compliquées	35
2.6. Dépistage de la Trisomie 21: nouveau décret de janvier 2010	37
2.7. Ressenti de la patiente d'après le médecin généraliste	38
3. Analyse statistique des résultats	40
3.1. Le test de Chi 2, ou le test exact de Fischer	40
3.2. Le test de Kruskal Wallis	40
3.3. Regroupements des facteurs d'études et des variables réponses	41
3.4. Hypothèses étudiées	42
DISCUSSION	47
1. Réflexion autour de notre étude	47
2. Une faible pratique du suivi de la grossesse par les médecins généralistes	48
2.1. Nombre de grossesses suivies par an	48
2.2. Evolution du nombre de grossesses suivies par an	48
2.3. Proportion de patientes enceintes suivies par leur médecin généraliste	49
2.4. Hypothèses pour comprendre pourquoi de nombreux suivis de grossesses échappent aux médecins généralistes	49
2.5. Pourquoi un manque de demande de la part des patientes?	50
3. Une activité globalement appréciée par les médecins.	53
3.1. Le médecin de famille	53
3.2. Aspect psychologique et relation privilégiée avec la patiente ou le couple	54
3.3. Une part importante de médecine préventive	54
3.4. Accompagner la venue au monde d'un nouveau citoyen	55

4. Un suivi apprécié des femmes qui ont fait le choix de confier le suivi de leur grossesse à leur médecin traitant.	56
4.1. Disponibilité du médecin généraliste et relation privilégiée.	56
4.2. Connaissance antérieure de la femme et suivi gynécologique antérieur	58
4.3. Proximité	58
4.4. Une approche moins technique	58
5. Des obstacles	59
5.1. Un sentiment de manque de formation	59
5.2. Un risque professionnel et médico-légal	63
5.3. Une place inconfortable au sein d'une multitude d'intervenants	73
5.4. Un outil de suivi peu apprécié: le carnet de maternité	74
5.5. Des contraintes matérielles: manque de temps	77
5.6. Des difficultés de prescription	77
6. Des améliorations à apporter	78
6.1. Un travail en réseau à développer	78
6.2. Un carnet de maternité à améliorer	82
6.3. Développer les protocoles de prise en charge	85
6.4. Une revalorisation de l'activité d'obstétrique en médecine générale?	86
6.5. Une évolution naturelle: la féminisation de la population des médecins généralistes: une réponse à la pudeur des femmes?	86
ELEMENTS DE SYNTHESE DE LA DISCUSSION	87
1. Une faible pratique du suivi de la grossesse par les médecins généralistes	87
2. Une activité globalement appréciée par les médecins	87
3. Un suivi apprécié des femmes qui ont fait le choix de confier le suivi de leur grossesse à leur médecin traitant.	88
4. Des obstacles	88
4.1. Une formation jugée insuffisante	88
4.2. Un risque professionnel et médico-légal	89
4.3. Comment trouver sa place parmi tous les intervenants?	90
4.4. Le carnet de maternité, peu apprécié et très peu utilisé	90
4.5. Des contraintes matérielles: le manque de temps	90
4.6. Des difficultés de prescription	90
5. Des améliorations à apporter	91
5.1. Un travail en réseau à développer	91
5.2. Un carnet de maternité à améliorer	91
5.3. Développer des protocoles de prise en charge	92
CONCLUSION	93
DEFINITIONS	94
LISTE DES ABREVIATIONS	94
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	95
ANNEXES	98
ANNEXE 1: Questionnaire du médecin traitant (version courrier)	98
ANNEXE 2: Courrier explicatif joint au questionnaire mail ou courrier	102
ANNEXE 3: Formulaire de consentement éclairé du dépistage de la trisomie 21	103
ANNEXE 4: Stratégie de dépistage de la Trisomie 21	104

INTRODUCTION

1. Généralités

En 2010, la France se place en deuxième position après l'Irlande dans le classement des taux de natalités dans l'Union Européenne avec 12,8 naissances vivantes pour 1000 habitants.

Depuis 2001 c'est aussi avec l'Irlande que la France rivalise pour être à la deuxième ou troisième place dans l'Union Européenne en ce qui concerne l'indicateur conjoncturel de fécondité, après l'Islande. Cet indicateur de fécondité a tendance à croître d'année en année en France. Il est passé de 1,89 enfants nés vivants par femme en 2001 à 2,01 en 2010 (source de données: Eurostat). La moyenne dans l'Union Européenne est de 1,61 en 2010.

L'offre de soins répondant aux besoins d'encadrement des suivis de grossesses et des naissances est donc un enjeu majeur en France. L'ensemble des professionnels de santé compétent (médecins généralistes, gynécologues obstétriciens et médicaux et sages-femmes) se répartit donc la responsabilité de cette activité afin de satisfaire la demande. La répartition de cette offre de soins n'est cependant pas homogène dans tout le territoire français.

La Haute Normandie fait partie des régions les plus pauvres en médecins généralistes. Elle compte 136 médecins généralistes pour 100 000 habitants en 2011, densité inférieure de 16 % à celle du niveau national. L'Eure compte 106 000 médecins généralistes pour 100 000 habitants tandis que la Seine Maritime en compte 149 pour 100 000.

Cette région est également pauvre en spécialistes, toutes spécialités confondues, avec 131 spécialistes pour 100 000 habitants en 2011, densité inférieure de 25% à celle du niveau national. Ici encore on retrouve des disparités au sein de la région puisque la Seine-Maritime compte 160 spécialistes pour 100 000 habitants alors que l'Eure n'en compte que 67 pour 100 000.

Les gynécologues médicaux ou obstétriciens représentent 5479 praticiens en France dont 74 en Haute Normandie exerçant en mode libéral ou mixte. Au niveau national leur densité est de 9 pour 100 000 femmes, la Haute Normandie en compte 8 pour 100 000.

De 1986 à 2006, la spécialité de gynécologie médicale avait été supprimée ce qui a contribué au manque actuel de professionnels dans ce domaine. Il s'agissait à l'époque de faire des économies, les autorités estimant que leur activité pouvait être assurée par les gynécologues-obstétriciens et les médecins généralistes. Mais devant la levée de boucliers des syndicats de gynécologues médicaux, la spécialité a été restaurée. Cependant, le nombre de postes à l'internat reste très limité.

Dans notre région, 486 sages-femmes exercent en milieu hospitalier ou en libéral. Leur densité est de 115 sages-femmes pour 100 000 habitants ce qui est inférieur de 8% aux chiffres nationaux.

Alors que l'indice conjoncturel de fécondité en Haute Normandie est supérieur à la moyenne française: 2,05 pour une moyenne nationale à 1,98 en 2009 (source Insee), le nombre de professionnels de santé compétents pour suivre des grossesses est inférieur aux chiffres nationaux, quelque soit la profession.

2. Contexte

2.1 Cadre théorique: compétences et responsabilités des professionnels de santé

2.1.1 Cadre théorique

La Haute Autorité de santé a rédigé des recommandations de bonnes pratiques intitulées: “suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées” [12] afin d’aider à orienter la patiente vers le professionnel de santé qualifié pour suivre sa grossesse.

Dans ce document, issu d’un accord professionnel, chaque situation à risque est identifiée et pour chacune d’elle un suivi et/ou un avis est recommandé.

Suivi A: lorsque la grossesse se déroule sans 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.

Avis A1: l’avis d’un gynécologue-obstétricien et/ou d’un autre spécialiste est conseillé.

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

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.

Quelles sont les situations à risque?

Il est recommandé de rechercher :

Des facteurs de risque généraux (notamment des facteurs individuels et sociaux, un risque professionnel, des antécédents familiaux)

Des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non (notamment des antécédents chirurgicaux, des pathologies utéro-vaginales)

Des antécédents personnels liés à une grossesse précédente (notamment des antécédents obstétricaux ou liés à l’enfant à la naissance)

Une exposition à des toxiques (notamment à l’alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes)

Des facteurs de risque médicaux (notamment diabète gestationnel, HTA gravidique, troubles de la coagulation)

Des maladies infectieuses (notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis)

Des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux (notamment cancer du sein, hématome rétroplacentaire, incompatibilité foeto-maternelle).

2.1.2. Compétences et responsabilités

- Le médecin généraliste

Dans le cadre d'une grossesse physiologique ou à bas risque, il peut assurer seul les consultations jusqu'au 7^{ème} mois inclus puis passe la main à la maternité pour les consultations du 8^{ème} et 9^{ème} mois.

Dans les autres cas, il est invité à évaluer les situations à risque, à adapter le suivi en conséquence et à demander des avis spécialisés si cela s'avère nécessaire.

Dans l'urgence, il peut être amené à réaliser des accouchements.

- La sage femme

La sage-femme assure la surveillance clinique et paraclinique de la grossesse physiologique. Dans ce cadre, elle réalise la déclaration de grossesse (depuis la loi n°2004-8006 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique) et les consultations de suivi de grossesse. Elle peut prescrire les examens nécessaires et les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé.

Sur prescription d'un médecin, elle est habilitée à assurer le suivi des femmes présentant une grossesse à risque, afin d'éviter ou de réduire l'hospitalisation des femmes enceintes.

Elle assure les séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

La sage-femme peut assurer la surveillance du travail, l'accouchement normal et sa délivrance à domicile ou en plateau technique. Elle assure les premiers soins au nouveau-né, la surveillance clinique et paraclinique des suites de couches.

- Le gynécologue obstétricien

L'obstétricien a toutes les compétences requises pour le suivi des grossesses normales et pathologiques, la réalisation des échographies, des accouchements par voie basse avec ou sans instrument et des césariennes.

- Le gynécologue médical

La gynécologie médicale est une spécialité bien différente de la gynécologie obstétrique. Elle consiste en la prise en charge de tous les problèmes gynécologiques médicaux pendant la vie d'une femme, en particulier: contraception, prévention, dépistage et traitement des maladies sexuellement transmissibles, prévention et dépistage précoces des cancers génitaux et mammaires, traitements hormonaux tout au long de la vie de la femme et questions liées à la sexualité.

Le suivi des grossesses ne représente qu'une petite partie de l'activité du gynécologue médical. Son rôle est comparable à celui du médecin généraliste: suivi des grossesses physiologiques et dépistage des grossesses à risque. Lui aussi passe la main à la maternité pour les examens du huitième et neuvième mois.

2.2 Cadre de l'étude: démographie et offre de soins

Notre étude porte sur le suivi des grossesses dans la région de Dieppe.

A l'échelle du territoire de santé de proximité de Dieppe, la densité de gynécologues est de 8,9 à 11,9 pour 100 000 femmes âgées de plus de 15 ans en 2008 ce qui est supérieur aux chiffres régionaux et nationaux (qui sont, eux, de 2011).

On compte deux établissements de santé au sein desquels l'activité "gynécologie obstétrique" est pratiquée, il s'agit du Centre Hospitalier de Dieppe et de La Clinique des Aubépinés à Saint Aubin sur Scie.

3. Problématique

Depuis la suppression transitoire de la spécialité de gynécologie médicale de 1984 à 2006, un déficit en gynécologues médicaux a évidemment commencé à se dessiner. Même si cette spécialité a été restaurée, le nombre de postes ouverts à l'internat reste très faible: alors qu'il aurait fallu former, selon le Comité de Défense de la Gynécologie Médicale, 120 gynécologues médicaux par an depuis 2003 pour assurer le maintien des effectifs, seuls 24 postes étaient proposés à l'internat en 2010, 30 en 2012 et 35 postes sont prévus en 2013.

Devant la décroissance de la démographie des gynécologues médicaux, on peut se demander si les médecins généralistes ne vont pas être amenés à suivre de plus en plus de grossesses.

En Haute Normandie, trois problématiques existent: une densité moyenne faible de gynécologues (médicaux et obstétricaux confondus) qui est de 0,4 praticiens pour 5000 femmes, un vieillissement de la population des gynécologues dont l'âge moyen est de 59 ans ainsi qu'une répartition inhomogène de ceux-ci: les gynécologues se concentrent dans les grandes villes laissant 53 bassins de vie sans spécialiste. En particulier, dans la zone géographique que nous étudions qui est le bassin dieppois, ils exercent tous à Dieppe ou Saint-Aubin-sur-Scie, ville qui jouxte Dieppe. En dehors de ces villes, ce sont vers les médecins généralistes et quelques sages-femmes libérales que les femmes sont amenées se tourner.

4. Objectifs de l'étude

Cette étude a pour but de faire un état des lieux du ressenti des médecins généralistes au cours des consultations de suivi de grossesse.

Nous allons nous intéresser à l'activité de chacun dans ce domaine, à la part qu'elle représente dans leur activité en général. Cela nous permettra aussi d'évaluer si la diminution des effectifs des gynécologues médicaux semble avoir un impact réel sur l'activité obstétricale des médecins généralistes.

Puis nous étudierons leur vécu, l'intérêt qu'ils y portent et le plaisir qu'ils y trouvent mais aussi les contraintes et les difficultés rencontrées.

Enfin, nous croiserons nos résultats avec ceux d'une étude réalisée en parallèle, durant la même période, menée, elle, sur les patientes des médecins généralistes que nous avons interrogés. Nous confronterons les idées des médecins et des patientes sur ce que les patientes attendent des différents professionnels de santé pouvant intervenir lors du suivi de leur grossesse. L'objectif est de voir si la perception des médecins de ce que pensent les patientes est conforme à la réalité.

Pour finir nous discuterons des améliorations et des outils supplémentaires que l'on pourrait imaginer pour faciliter cette activité et optimiser encore la qualité des soins.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Base méthodologique

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive réalisée à partir de questionnaires individuels à réponses fermées sous forme de QCM. L'objectif était de faire un état des lieux d'une population de médecins généralistes, c'est pour cela que nous avons choisi la forme quantitative, afin de limiter les biais au niveau individuel dans les réponses.

2. Critères d'inclusion et de non inclusion

La cible de ce questionnaire était constituée par les médecins généralistes déclarés comme médecins traitants des patientes qui avaient accouché à la maternité de l'hôpital de Dieppe ou à la Clinique des Aubépines de Saint Aubin sur Scie au cours de la période du 1er juin au 1er novembre 2010.

Les critères de non inclusion étaient les médecins généralistes installés en dehors du bassin Dieppois.

3. Elaboration des questionnaires

Le questionnaire a été organisé en 5 parties distinctes:

- Identité / formation
- Activité gynécologie
- Ressenti du médecin généraliste au cours du suivi d'une grossesse
- Dépistage de la trisomie 21: nouveau décret de janvier 2010, la place du médecin traitant.
- Ressenti de la patiente d'après le médecin généraliste

Pour certains items, plusieurs réponses étaient possibles, pour les autres, une réponse unique était attendue.

L'élaboration du questionnaire, aussi bien dans le contenu, le nombre de questions que la présentation, a été faite dans le souci permanent d'être le moins chronophage possible, agréable à lire et facile d'usage.

Il a été rédigé sous 2 formes: une version numérique pour un envoi par courriel et une version papier pour un envoi par courrier quand l'envoi par courriel n'était pas possible ou pas souhaité par le médecin.

Le contenu était bien sûr exactement similaire. Le temps de réponse moyen, quelque soit la version, était de 8 minutes. Cinq médecins avaient testé la version mail et cinq médecins la version papier.

4. Modalités de recueil des coordonnées des médecins

Chaque médecin a été appelé individuellement.

L'objectif était de 2 ordres:

1. Se présenter et présenter l'étude afin de donner envie d'y participer.
2. Recueillir son adresse mail s'il en avait une et dans le cas contraire lui proposer un envoi postal.

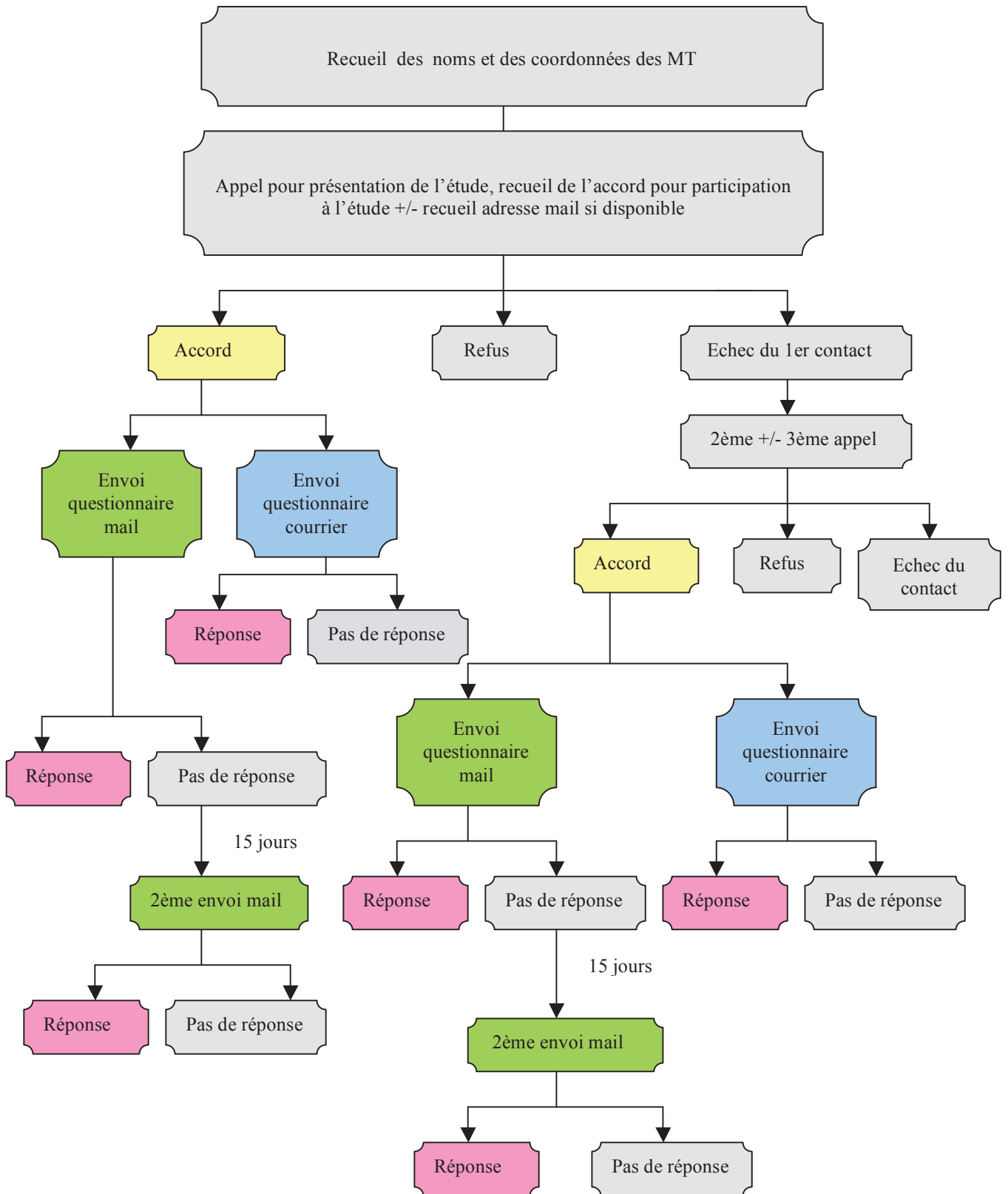
L'interlocuteur téléphonique était principalement le médecin généraliste lui même, mais parfois la secrétaire. Il a souvent été nécessaire d'appeler plusieurs fois en raison du manque de temps du médecin pour répondre ou pour donner sa réponse à la secrétaire.

Il y avait 2 types de réponses:

1. Accord pour participer à l'étude
 - par mail s'il avait une adresse mail
 - par courrier dans le cas contraire
2. Refus de participer à l'étude
 - par manque de temps
 - par refus de partager son expérience personnelle dans le domaine

Lorsque la voie postale était choisie, une enveloppe préimbrée était jointe au questionnaire afin d'éviter le frein financier et faciliter l'envoi de la réponse.

La période pendant laquelle les questionnaires ont été envoyés était du 1er mai au 20 septembre 2011.



5. Constitution de l'échantillon

Nombre de médecins étant MT des patientes sélectionnées	103
Nombre de médecins exclus de l'étude *	1
Nombre de médecins inclus dans l'étude	102

*motif de non inclusion : exercice en dehors du bassin Dieppois (Deville les Rouen)

6. Contacts téléphoniques

Nombre de contacts téléphoniques réussis *	90
Nombre de médecins ayant accepté de participer à l'étude	83
Nombre de médecins ayant refusé de participer à l'étude	7

*motif d'échec du contact téléphonique :

- manque de temps: 10 médecins

- médecin injoignable: 2 médecins (absence prolongée? changement de coordonnées?)

L'échec du contact par manque de temps est différent du refus de participer à l'étude par manque de temps:

-dans le 1er cas le médecin **ne refuse pas de participer** mais n'a jamais le temps de nous répondre au téléphone et nous invite à le rappeler plus tard, cela à plusieurs reprises ce qui fait que l'on cesse d'appeler,

-dans le 2 eme cas il **refuse de participer** car il manque de temps.

7. Modalités d'envoi du questionnaire

Nombre d'adresses mail et de mails envoyés	54
Nombre de courriers envoyés	29
Total	83

RESULTATS

1. Réponses

Nombre de réponses mail	47
Nombre de réponses courrier	12
Total	59

Le taux global de réponse est de 71,10 %.

87 % de réponses mail

41,4 % de réponses courrier

2. Description

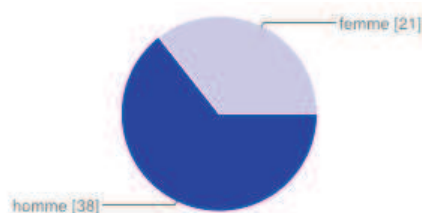
2.1 Profil du médecin

1/ Age

40 41 38 45 42 55 61 59 57 48 32 58 31 63 62 57 50 60 32 57 30 45 52 61 53 39 56 45 61
35 32 50 65 57 41 34 45 57 32 61 50 34 54 60 60 53 53 58 67 58 63 56 55 54 38 47 59 53

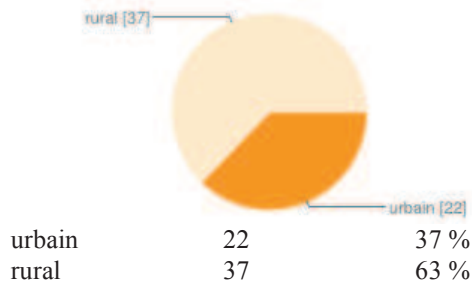
Inférieur ou égal à 45 ans	19	33 %
Supérieur à 45 ans	39	67 %

2/ Sexe

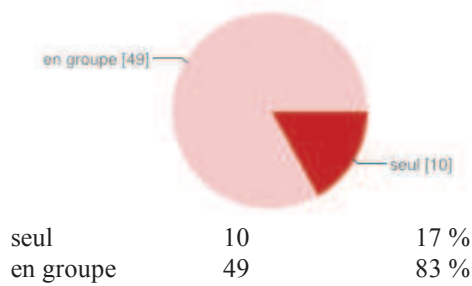


homme	38	64 %
femme	21	36 %

3/ Exercice



4/ Cabinet

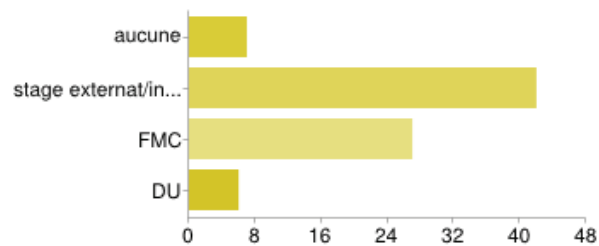


5/ Distance de la 1ère maternité (en km)

30-30-40-2-20-20-20-3-35-25-50-3-35-2-35-30-36-40-30-45-6-45-1-30-50-1-1-25-2 0,2-22-5-20-30-15-30-5-15-40-30-25-10-25-15-2-25-2-2-10-25-30-35-6-5-14-7-40

Inférieure ou égale à 15 km	23	39 %
Supérieure à 15 km	36	61 %

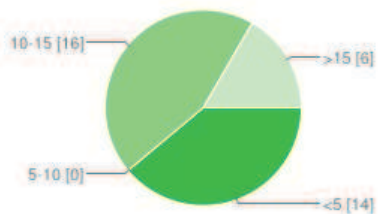
6/ Formation en gynécologie (plusieurs réponses possibles)



aucune	7	12 %
stage externat/internat	42	72 %
FMC	27	47 %
DU	6	10 %

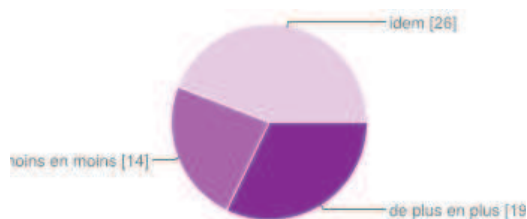
2.2 Activité gynécologie

7/ Nombre de grossesses suivies par an



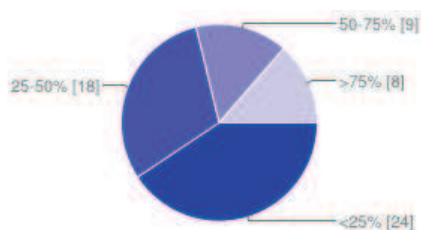
< 5 grossesses suivies par an	14	24 %
5-10 grossesses suivies par an	0	0 %
10-15 grossesses suivies par an	16	27 %
>15 grossesses suivies par an	6	10 %

8/ Evolution du nombre de grossesses suivies par an



de plus en plus	19	32 %
de moins en moins	14	24 %
idem	26	44 %

9/ Quel est le pourcentage de vos patientes enceintes pour lesquelles vous êtes le médecin qui suit la grossesse ?



< 25 %	24	41 %
25-50%	18	31 %
50-75%	9	15 %
>75 %	8	14 %

Dans 72% des cas, le médecin traitant suit moins d'une de ses patientes enceintes sur 2 et dans 41% des cas, il suit moins d'une de ses patientes enceintes sur 4.

10/ Quand une patiente vous apprend qu'elle est enceinte, l'informez vous des différentes possibilités de suivi (vous-même, sages-femmes, obstétricien)?

Sans avis	3	5%
Oui	55	93%
Non	1	2%

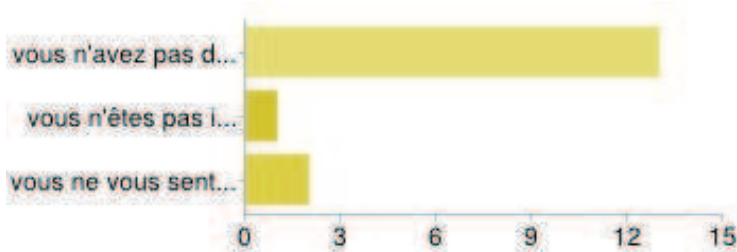
11/ Proposez-vous de suivre la grossesse?

Sans avis	7	12%
Oui	48	81%
Non	4	7%

Comme le montrent les résultats de la question 9, beaucoup de suivis de grossesses échappent aux médecins traitants, et pourtant, dans 81% des cas, ils proposent à leurs patientes de suivre leur grossesse.

12/ Si vous ne suivez que très peu ou pas de grossesse, est-ce parce que:

n'étaient invités à répondre à la question que les médecins qui suivaient moins de 5 grossesses par an (plusieurs réponses possibles)



Vous n'avez pas de patiente qui vous le demande	13	81 %
Vous n'êtes pas intéressé par le suivi des grossesses	1	6 %
Vous ne vous sentez pas capable de suivre une grossesse	2	13 %

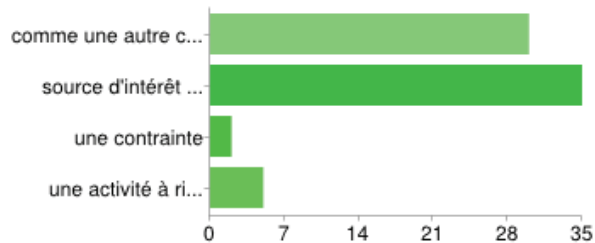
Presque ¼ des médecins interrogés (24%) sont concernés par cette question.

Dans 81% des cas, le fait de ne suivre que très peu ou pas de grossesse ne semble pas relever du choix du médecin mais plutôt de celui des patientes.

2.3 Ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse

13/ Pour vous une consultation de suivi de grossesse c'est:

(plusieurs réponses possibles)



Comme une autre consultation	30	52 %
Source d'intérêt et de réjouissance	35	60 %
Une contrainte	2	3 %
Une activité à risque	5	9 %

La réponse “ comme une autre consultation” peut être comprise de 2 façons, soit “sans plus de difficulté” soit “ sans intérêt supplémentaire “, cela en gêne donc l’interprétation et constitue un biais.

Sur les cinq personnes ayant répondu que ces consultations représentent une activité à risque, deux d’entre elles ont également répondu qu’elles étaient “source d’intérêt et de réjouissances”, les trois autres ont également répondu qu’elles étaient “comme une autre consultation”. Le fait de considérer ces consultations comme activité à risque ne semble donc pas enlever l’intérêt qu’elles représentent.

Sur les 2 médecins trouvant que cela représente une contrainte, seule une personne n’avait pas sélectionné d’autre réponse, l’autre avait également sélectionné les deux premières réponses.

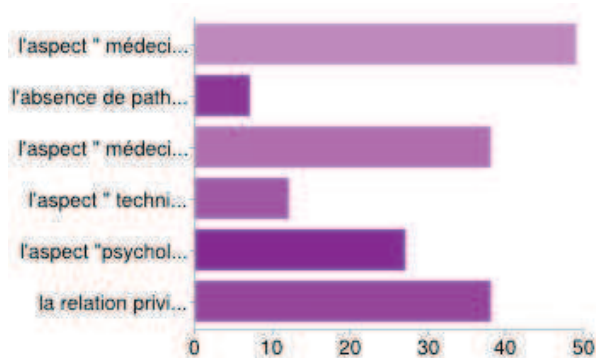
On retient de ces réponses que cette activité représente beaucoup plus d’intérêt que de contraintes ou de craintes.

60% des personnes interrogées y trouvent du plaisir et considèrent ces consultations comme source d’intérêt et de réjouissance.

Une seule personne n’y voit que la contrainte.

14/ Qu'est ce qui vous plaît dans le suivi d'une grossesse normale?

(plusieurs réponses possibles)



l'aspect "médecin de famille" : suivre une grossesse puis l'enfant une fois né	49	84%
l'absence de pathologie	7	12%
l'aspect "médecine préventive" : conseils d'hygiène de vie, dépistage systématique de pathologie	38	66%
l'aspect "technique" du suivi : examen clinique et examens complémentaires	12	21%
l'aspect "psychologique" : la notion d'écoute attentive de la femme, du couple, des angoisses exprimées	27	47%
la relation privilégiée qui peut s'établir entre une patiente et son médecin pendant ce moment si particulier de sa vie	38	66%

On peut remarquer que les participants à l'étude ont répondu nombreux à chaque item.

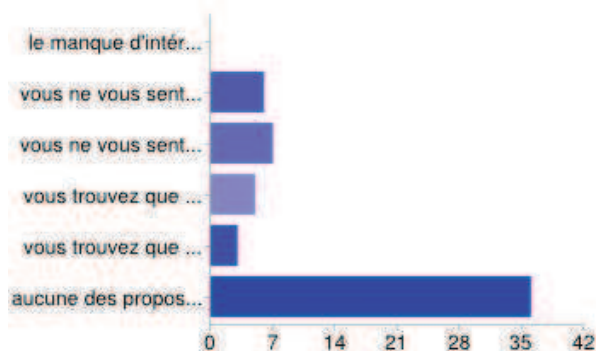
Le plaisir qu'ils prennent dans ces consultations est donc multifactoriel.

Ce qui ressort dans ces résultats, c'est que dans cette activité, le rôle du médecin de famille trouve tout son sens.

Les autres réponses citées par plus de la moitié des médecins sont bien spécifiques de la médecine générale, il s'agit de la médecine préventive et de la relation privilégiée du médecin avec sa patiente.

15/ Qu'est ce qui vous déplaît dans le suivi d'une grossesse normale?

(plusieurs réponses possibles)



le manque d'intérêt pour la discipline "gynécologie"	0	0%
vous ne vous sentez pas capable techniquement de suivre une grossesse	6	12%
vous ne vous sentez pas à jour dans les nouvelles recommandations	7	13%
vous trouvez que ce suivi est trop contraignant en terme de temps	5	10%
vous trouvez que ce suivi est trop médicalisé, trop d'examens complémentaires	3	6%
aucune de ces propositions	36	69%

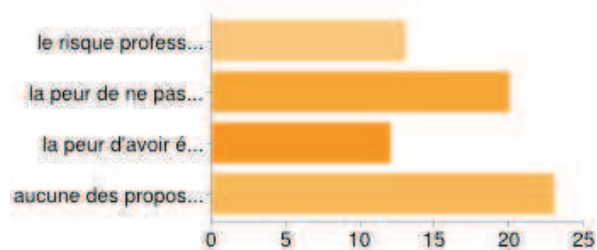
Cette fois-ci, les participants ont répondu peu nombreux à chaque item ce qui va dans le sens de l'intérêt de cette activité. 36 médecins soit 69 % d'entre eux n'ont même retenu aucune proposition.

C'est essentiellement un problème de **sentiment de manque de compétence** qui ressort dans les réponses: 12% des médecins ne se sentent pas capables techniquement de suivre une grossesse et 13 % ne se sentent pas à jour dans les nouvelles recommandations.

Alors que les consultations d'obstétrique prennent nécessairement du temps, seulement 5 médecins soit 10 % d'entre eux trouvent que cela représente une contrainte.

16/ Qu'est ce qui est éventuellement source d'inquiétude dans le suivi d'une grossesse normale ?

(plusieurs réponses possibles)



nombre de réponses : 57

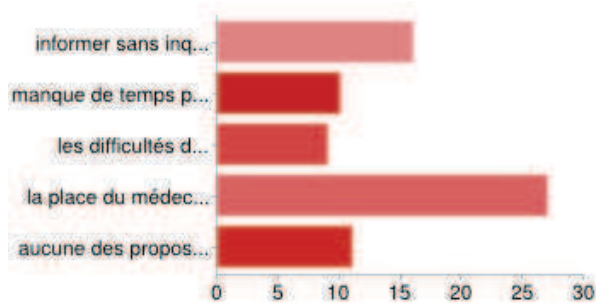
le risque professionnel et médico-légal	13	23 %
la peur de ne pas déceler une pathologie	20	35 %
la peur d'avoir éventuellement à annoncer une mauvaise nouvelle aux parents	12	21 %
aucune de ces propositions	23	40 %

On retrouve cependant **chez 60% des médecins des éléments source d'inquiétudes**. C'est encore la peur d'un **manque de compétence** qui ressort principalement (chez 35% des 57 médecins qui ont répondu à cette question) .

Le **risque médico-légal** inquiète presque un quart des participants. Ce résultat est un peu discordant avec les réponses à la question 13 où seules cinq personnes (soit 9%) avaient répondu qu'elles trouvaient cette activité à risque.

17/ Quels sont les obstacles que vous rencontrez?

(plusieurs réponses possibles)



nombre de réponses: 58

informer sans inquiéter	16	28%
le manque de temps pour délivrer les informations	10	17 %
les difficultés de prescription pendant la grossesse	9	16 %
la place du médecin traitant au sein d'une multitude d'intervenants	27	47 %
aucune de ces propositions	11	19 %

2.4. Le carnet de maternité

18/ Trouvez vous utile de remplir le carnet de maternité?

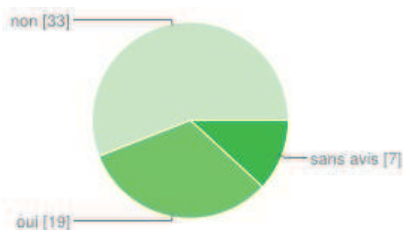
nombre de réponses: 59



sans avis	7	12 %
oui	40	68 %
non	12	20 %

19/ Le trouvez-vous satisfaisant ?

nombre de réponses: 59



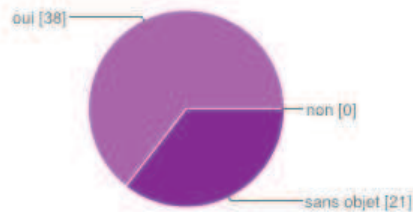
sans avis	7	12 %
oui	19	32 %
non	33	56 %

Plus de la moitié des médecins interrogés ne trouve pas le carnet de maternité proposé satisfaisant alors que 2/3 trouvent utile de le remplir.

20/ Si non, trouvez-vous qu'il serait utile de reconcevoir un dossier de grossesse unique?

seuls les médecins ayant répondu "non" à la question précédente étaient invités à répondre, les autres devaient cocher "sans objet".

nombre de réponses: 59



sans objet	26	44 %
oui	33	56 %
non	0	0 %

La totalité des médecins qui ne sont pas satisfaits du carnet de suivi de grossesse actuel trouverait utile de reconcevoir un dossier de suivi de grossesse unique.

21/ Sous quelle forme?

seuls les médecins ayant répondu "oui" à la question précédente étaient invités à répondre, les autres devaient cocher "sans objet".

nombre de réponses: 58*

sans objet	26
remis à la patiente en fin de consultation	19
partagé par informatique avec les autres intervenants	10
autre	3

*Sur 33 personnes trouvant utile de reconcevoir un dossier, 32 ont choisi une proposition de nouvelle forme de carnet de maternité.

Parmi celles-ci:

- **59 % préfèrent que le dossier soit remis à la patiente en fin de consultation**
- 31 % préfèrent un dossier informatique partagé
- 10 % choisissent une autre forme

2.5. Suivi des grossesses compliquées

22/ Pour le suivi des grossesses compliquées, travaillez-vous en collaboration avec un centre obstétrical de rattachement ou un réseau formel ou informel de spécialistes ou bien passez-vous complètement la main au spécialiste?

nombre de réponses: 59

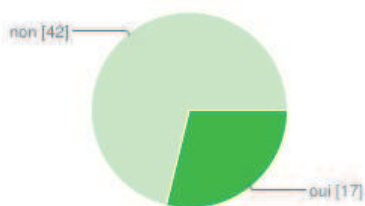
Réseau	15	25,4%
Passé la main au spécialiste	44	74,6%

25,4% des médecins travaillent en collaboration avec un réseau formel ou informel de spécialistes pour le suivi des grossesses compliquées.

74,6% des médecins interrogés passent complètement la main au spécialiste dès lors qu'il s'agit d'une grossesse compliquée.

23/ Vous sentez-vous isolé?

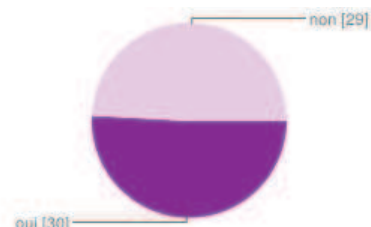
nombre de réponses: 59



oui	17	29 %
non	42	71 %

24/ Vous sentez-vous à l'aise dans le diagnostic des pathologies de la grossesse?

nombre de réponses: 59



oui	30	51 %
non	29	49 %

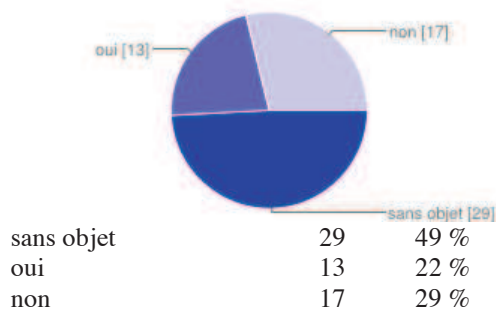
Une des principales explications au fait qu'une grande majorité des médecins interrogés ne suivent pas de grossesse compliquée est que presque la moitié d'entre eux ne se sent pas à l'aise dans le diagnostic des pathologies de la grossesse.

Une fois encore, c'est l'impression de compétences limitées dans le domaine des pathologies de la grossesse qui fait obstacle.

25/ Si vous prenez en charge des pathologies de la grossesse, travaillez-vous avec des protocoles de prise en charge?

Les médecins qui ne prennent pas en charge de pathologie de la grossesse étaient invités à cocher "sans objet".

nombre de réponses: 59

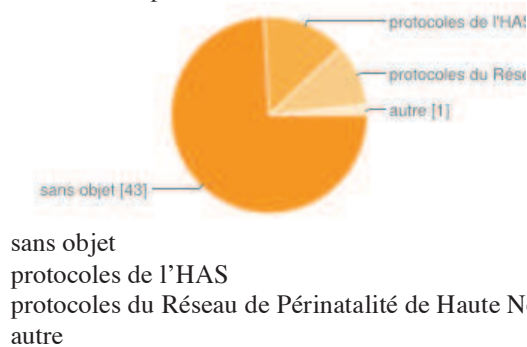


Moins de la moitié des médecins qui prennent en charge des pathologies de la grossesse s'aident de protocoles de prise en charge.

26/ Si oui, quels protocoles?

une seule réponse attendue

nombre de réponses: 58



Alors que l'on attendait que seuls les médecins ayant répondu qu'ils utilisaient des protocoles de prise en charge des pathologies de la grossesse sélectionnent une des trois propositions de protocoles (HAS, Réseau de Périnatalité de Haute Normandie ou autre), nous avons 15 réponses au lieu de 13 attendues.

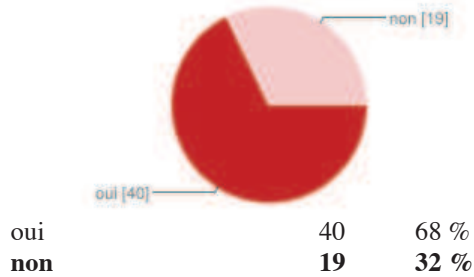
Les protocoles utilisés sont:

- dans 53,3 % des cas ceux de l'HAS
- dans 40 % des cas ceux du Réseau de Périnatalité de Haute Normandie
- dans 6,7% des cas d'autres protocoles.

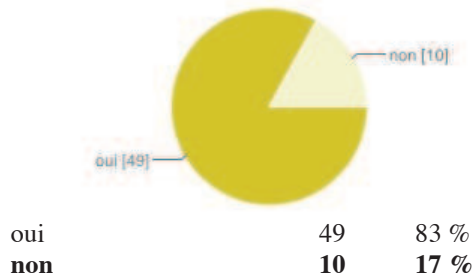
2.6. Dépistage de la Trisomie 21: nouveau décret de janvier 2010

27/ Êtes-vous suffisamment informé?

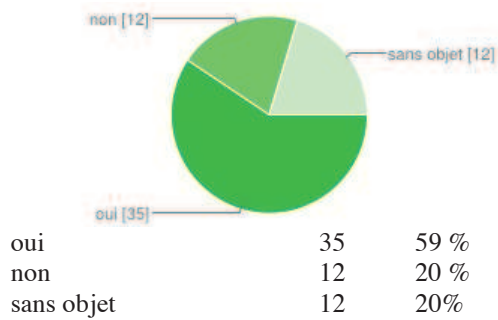
nombre de réponses: 59



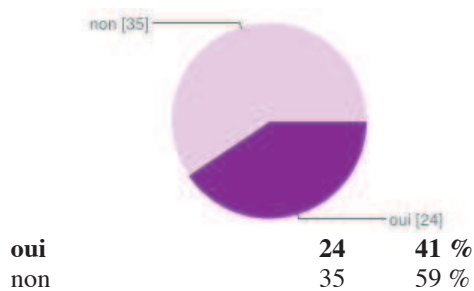
28/ Quand cela est possible, appliquez-vous ce nouveau dépistage du 1er trimestre?



29/ Si oui, travaillez-vous en équipe (correspondant échographiste ...)?



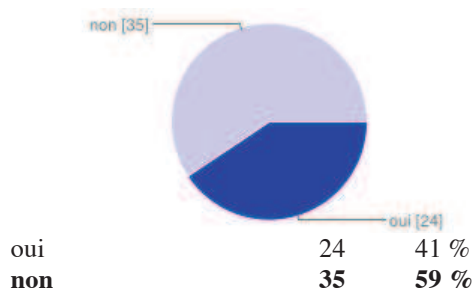
30/ Trouvez-vous la place du MT à risque? (coordonnateur responsable)



Sur les 24 médecins trouvant cette place de coordonnateur responsable à risque, la moitié avait trouvé que la place du médecin traitant au sein d'une multitude d'intervenants représentait un obstacle.

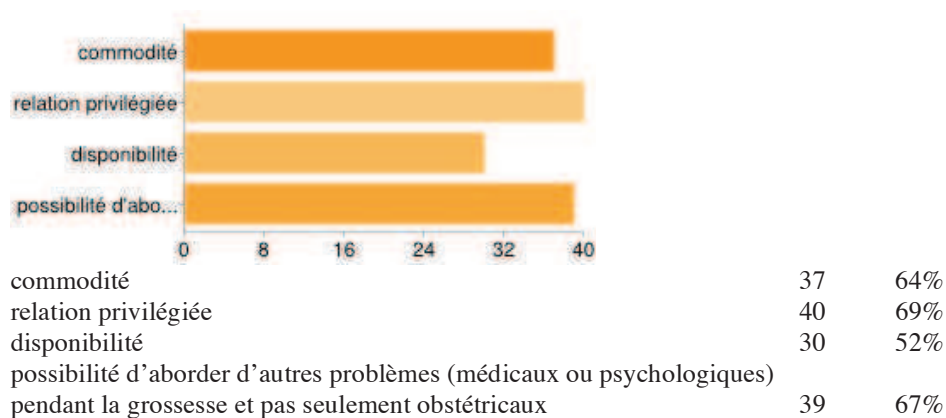
2.7. Ressenti de la patiente d'après le médecin généraliste

31/ Pensez-vous que la plupart des patientes savent qu'un médecin généraliste peut suivre une grossesse normale?



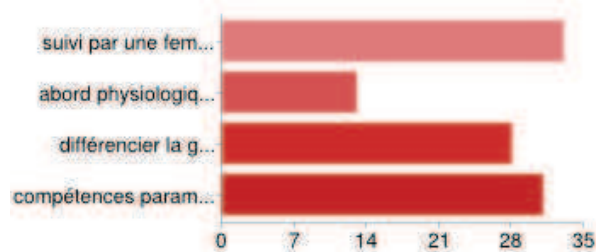
32/ Pourquoi pensez-vous que la patiente préfèrerait être suivie par son médecin généraliste?

(plusieurs réponses possibles)



33/ Pourquoi pensez-vous que la patiente préfèrerait être suivie par une sage-femme (si grossesse normale)?

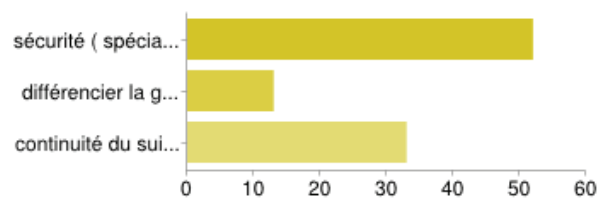
(plusieurs réponses possibles)



suivi par une femme (si le MT est un homme)	33	60 %
abord physiologique de la grossesse	13	24%
différencier la grossesse du suivi médical classique	28	51 %
compétences paramédicales (acupuncture, préparation à la naissance ...)	31	56 %

34/ Pourquoi pensez-vous que la patiente préfèrerait être suivie par un obstétricien?

(plusieurs réponses possibles)



sécurité (spécialiste de la grossesse)	52	90 %
différencier la grossesse du reste du suivi médical du médecin traitant	13	22 %
continuité du suivi de grossesse/accouchement (même lieu de suivi)	33	57 %

3. Analyse statistique des résultats

Les résultats ont été exploités afin de voir si l'on mettait en évidence une corrélation entre les résultats aux différentes questions.

Pour cela nous avons utilisé deux types de tests statistiques.

3.1. Le test de Chi 2, ou le test exact de Fischer lorsque les effectifs étaient insuffisants pour utiliser le test de Chi 2

Ces tests ont été utilisés lorsque:

- la variable réponse était qualitative et nominale et que les effectifs se répartissaient en 2 groupes
- le facteur d'étude était une variable qualitative dont les effectifs se répartissaient en 2 groupes.

Par exemple: *“Est-ce que le sexe du médecin influence le nombre de grossesses qu'il suit par an?”*

Pour se faire, il fallait réaliser des tableaux de contingence à 4 cases:

2 facteurs d'étude:

dans notre exemple: **nombre de grossesses suivies par an**

et 2 variables réponses:

dans notre exemple : **sexe du médecin.**

		Variable réponse		Total
		Groupe 1	Groupe 2	
Facteur D'étude	Groupe 1			
	Groupe 2			
Total				

Nous avons donc été amenés à regrouper les réponses en 2 groupes à chaque fois.

dans notre exemple :

nombre de grossesses suivies par an :

- groupe 1 : “très peu ou pas “ : < 5 / an
- groupe 2 : “activité plus régulière” : 5-10, 10-15 et >15/an

sexe du médecin :

- groupe 1: homme
- groupe 2: femme

3.2. Le test de Kruskal Wallis

Ce test a été utilisé lorsque:

- la variable réponse était qualitative, ordinale et indépendante et que les effectifs se répartissaient en 2 groupes

- le facteur d'étude était une variable indépendante et qualitative et que les effectifs se répartissaient en plus de 2 groupes.

Exemple: “*Est-ce que la nature de la formation en gynécologie influence le nombre de grossesses qu’il suit par an?*”

Nous avons là aussi réalisé des tableaux de contingence.

		Variable réponse		
				total
Facteur d'étude	Groupe 1			
	Groupe 2			
	Groupe 3			
	Groupe 4			
	Total			

3.3. Regroupements des facteurs d'études et des variables réponses

- Facteurs d'étude:

Formation en gynécologie:

Groupe 1: “aucune formation”

Groupe 2: “stage externat ou internat, uniquement”

Groupe 3: “stage + FMC et/ou DU”

Groupe 4: “FMC ou DU, uniquement”

Proximité de la 1ère maternité:

Groupe 1: inférieur ou égal à 15 km

Groupe 2: > 15 km

Age:

Groupe 1: inférieur ou égal à 45 ans

Groupe 2: > 45 ans

- Variables réponse:

Nombre de grossesses suivies par an:

Groupe 1: “très peu ou pas”: < 5/an

Groupe 2: “activité plus régulière”: 5-10, 10-15, >15/an

Intérêt pour le suivi des grossesses:

Groupe 1: un ou plusieurs éléments déplaisants à la question: “Qu’est ce qui vous déplaît dans le suivi d’une grossesse normale?” .

Groupe 2: réponse “aucune de ces propositions” à cette même question.

3.4. Hypothèses étudiées

1/ Est-ce que le sexe du médecin influence le nombre de grossesses qu’il suit par an?

	très peu ou pas	activité + régulière	total
homme	10	28	38
femme	4	17	21
total	14	45	59

Test de Fischer:

$p= 0,75056$ ($p>0,05$)

Pas de différence significative.

Dans notre échantillon, le sexe du médecin n’influence pas le nombre de grossesses qu’il suit par an.

2/ Est-ce que la nature de la formation en gynécologie influence le nombre de grossesses suivies par an?

	très peu ou pas	activité + régulière	total
Aucune	2	5	7
Stage seul	7	15	22
Stage + FMC et/ou DU	3	17	20
FMC et/ou DU seul	2	7	9
total	14	44	58

*1 personne n’a pas répondu à la question concernant la formation en gynécologie.

Test de Kruskal Wallis:

$p= 0,6404$ ($p>0,05$)

Dans notre échantillon, on ne met pas en évidence de différence significative dans le nombre de grossesses suivies par an par rapport à la nature de la formation.

3/ Est-ce que la proximité de la maternité influence le nombre de grossesses suivies par an?

	très peu ou pas	activité + régulière	total
≤ 15 km	6	17	23
> 15 km	8	28	36
total	14	45	59

Test de Fischer

p=0,7618 (p>0,05)

Pas de différence significative.

Dans notre échantillon, il n'y a pas de différence significative dans le nombre de grossesses suivies par an en fonction de la distance de la première maternité.

4/ Est-ce que l'âge du médecin généraliste influence le nombre de grossesses qu'il suit par an?

	très peu ou pas	activité + régulière	total
≤ 45 ans	5	14	19
> 45 ans	9	30	39
total	14	44	58 *

*1 personne n'a pas répondu à la question de l'âge.

Test de Fischer

p=1 (p>0,05)

Pas de différence significative.

Dans notre échantillon, il n'y a pas de différence significative dans le nombre de grossesses suivies par an en fonction de l'âge du médecin généraliste.

5/ Est-ce que la proximité de la maternité a une influence sur le sentiment d'isolement du médecin?

	oui	non	total
≤ 15 km	8	15	23
> 15 km	9	27	36
total	17	42	59

Test de Fischer

p=0,5569 (p>0,05)

Pas de différence significative.

Dans notre échantillon, la distance de la première maternité n'influence pas le sentiment d'isolement du médecin.

6/ Est-ce que la nature de la formation en gynécologie influence le fait que le suivi des grossesses plaît ou non au médecin?

Réponse à la question “Qu’est ce qui vous déplaît dans le suivi des grossesses normales?”

	Au moins 1 réponse	Aucune réponse ou réponse “aucune de ces propositions”	total
Aucune	4	3	7
Stage seul	7	10	17
Stage + FMC et/ou DU	4	16	20
FMC et/ou DU seul	0	8	8
total	15	37	52

*7 personnes n’ont pas répondu aux questions sur la formation et/ou sur ce qui déplaît dans le suivi des grossesses.

Test de Kruskal Wallis:

$p=0,049$ ($p<0,05$)

Il existe une différence significative.

Dans notre échantillon, la nature de la formation en gynécologie influence le fait que le suivi des grossesses plaît ou non au médecin.

7/ Parmi les médecins qui ont eu une formation en gynécologie, est ce que le fait de faire une formation complémentaire post-études (DU et/ou FMC) influence le fait d’être à l’aise dans le diagnostic des pathologies de la grossesse?

A l’aise dans le diagnostic des pathologies

	oui	non	total
Stage externat/internat seul	12	10	22
Stage + formation complémentaire ou formation complémentaire seule	16	13	29
total	28	23	51

Test de Chi 2

$p=0,9644$ ($p>0,05$)

Pas de différence significative.

Dans notre échantillon, parmi les médecins qui ont eu une formation en gynécologie, le fait de faire une formation complémentaire post-études n’influence pas le fait que le médecin se sente à l’aise ou non dans le diagnostic des pathologies de la grossesse.

8/ Parmi les médecins qui ont eu une formation en gynécologie, est ce que le fait de faire une formation complémentaire post-études (DU et/ou FMC) influence le fait de passer complètement la main au spécialiste pour le suivi des grossesses compliquées?

Passe complètement la main au spécialiste			
	oui	non	total
Stage externat/internat seul	15	5	20
Stage + formation complémentaire ou formation complémentaire seule	19	8	27
total	34	13	47

Test de Chi 2:

$p=0,7257$ (p>0,05)

Pas de différence significative.

Dans notre échantillon, parmi les médecins qui ont eu une formation en gynécologie, le fait de faire une formation complémentaire post-études n'influence pas le fait de passer complètement la main au spécialiste pour le suivi des grossesses compliquées.

En analysant les réponses au cas par cas il en ressort que sept médecins (tous âgés de plus de 45 ans) n'ont eu aucune formation en gynécologie. Mais ce n'est pas pour cela qu'ils ne suivent pas de grossesse.

Deux d'entre eux suivent plus de 15 grossesses par an, un en suit entre 10 et 15 par an, et deux en suivent entre 5 et 10 par an.

Cependant un seul d'entre eux se sent à l'aise dans le diagnostic des pathologies de la grossesse et un autre seulement ne passe pas complètement la main au spécialiste pour le suivi des grossesses compliquées.

Les réponses d'un médecin en particulier sont intéressantes car il est âgé de 45 ans, n'a bénéficié d'aucune formation, il suit entre 10 et 15 grossesses par an. Cette activité semble lui plaire puisqu'il aime les aspects "médecin de famille", "médecine préventive", "psychologique" et "relationnels" qu'apporte le suivi des grossesses. Il se sent à l'aise dans le diagnostic des pathologies de la grossesse et ne confie pas entièrement sa patiente au spécialiste en cas de grossesse compliquée. Il travaille en réseau. Il semble donc qu'il se soit formé par la force des choses, au contact de ses patientes et de ses confrères dans le cadre d'un réseau formel ou informel.

9/ Est ce que le fait que le médecin se sente à l'aise ou non dans le diagnostic des pathologies de la grossesse influence le fait qu'il passe ou non complètement la main au spécialiste pour le suivi des grossesses compliquées?

Passe la main au spécialiste

	oui	non	total
oui	17	10	27
non	23	5	28
total	40	15	55*

*4 personnes n'ont pas répondu à la question sur le fait de passer ou non complètement la main au spécialiste pour le suivi des grossesses compliquées.

Test de Chi 2:

$p = 0,8422$ ($p > 0,05$)

Pas de différence significative.

Dans notre échantillon, le fait que le médecin se sente à l'aise, ou non, dans le diagnostic des pathologies de la grossesse n'influence pas le fait qu'il passe, ou non, complètement la main au spécialiste pour le suivi des grossesses compliquées.

DISCUSSION

1. Réflexion autour de notre étude

L'effectif de l'échantillon n'est pas suffisant pour avoir des résultats vraiment significatifs. Les tests statistiques que nous avons réalisés nous permettent donc d'observer des tendances, mais l'on ne peut pas en tirer de conclusions générales.

L'obtention d'adresses mails a été limitée en raison de contraintes matérielles d'organisation. En effet, elle ne pouvait se réaliser que par téléphone auprès de chaque cabinet médical, les listes existantes au Conseil de l'Ordre ne pouvant être diffusées dans un souci de confidentialité. Malgré les relances de demande d'adresses mail et la proposition de deux supports de questionnaire (mail ou courrier), nous n'avons eu l'accord que de 83 médecins pour l'envoi du questionnaire, alors que notre échantillon en comptait 102.

Une période de recrutement plus étendue aurait probablement permis de solliciter plus de médecins.

Une des hypothèses est que les médecins qui ont répondu à l'étude sont ceux qui sont les plus intéressés par la gynécologie obstétrique. Cela peut être un biais de recrutement dû au fait même de la méthodologie par questionnaire.

Nous posons l'hypothèse que la longueur du questionnaire a peut-être découragé certains médecins et participé au faible nombre de réponses.

Nous avons observé que la question 12: "Pour vous, une consultation de suivi de grossesse est: ..." peut être comprise de deux façons:

- sans plus de difficulté
- ou sans intérêt supplémentaire.

Par conséquent, les réponses étaient ambivalentes et donc difficiles à exploiter.

Dans notre questionnaire, nous avons utilisé deux types de questions: des questions fermées et des questions pré-formées ou pré-codées.

Les questions fermées offrent l'avantage d'un dépouillement facile et d'une réalisation plus facile de tests statistiques. En revanche elles sont limitatives et ne permettent pas les nuances.

Les questions pré-formées ou pré-codées proposent une série de réponses parmi lesquelles l'enquêté choisit celle ou celles qui répond(ent) le mieux à son opinion. Elles permettent des réponses plus précises et un dépouillement simple mais peuvent susciter des réponses auxquelles l'enquêté n'avait pas pensé et orienter sa pensée.

Une richesse de notre étude est d'avoir été menée en parallèle d'une autre étude, celle de C. PASCAL-HOULE, sur une même période de recrutement, qui s'adressait, elle, aux patientes des médecins que nous avons interrogés. Cette enquête, réalisée à partir d'entretiens semi-dirigés, avait pour but de faire le point sur ce qui poussait les femmes à faire suivre ou non leur grossesse par leur généraliste. Nous avons donc pu exploiter ces résultats et faire un parallèle avec les réponses des médecins.

2. Une faible pratique du suivi de la grossesse par les médecins généralistes

2.1. Nombre de grossesses suivies par an

- dans notre étude:

Dans notre étude, presque un quart des médecins généralistes suivent moins de 5 grossesses par an.

27% en suivent entre 10 et 15 et seulement 10 % en suivent plus de 15 par an.

Dans la littérature, nous n'avons pas trouvé de résultats exprimant l'activité obstétricale des médecins généralistes en "nombre de grossesses suivies par an". Il est donc difficile de comparer de manière fiable nos résultats aux chiffres des autres études.

- dans d'autres études:

Une étude menée entre septembre 2002 et janvier 2003 auprès de 68 médecins généralistes du Rhône [1] a mis en évidence que seulement 15 % des consultations d'obstétrique concernaient le suivi régulier des grossesses. Les motifs de consultations les plus fréquents pour les femmes enceintes sont:

- les déclarations de grossesse: 23 % des consultations
- et les consultations pour des pathologies intercurrentes (respiratoires, digestives, ostéoarticulaires...): 47,5 %

Une étude menée par S.DIAS en Ile de France en octobre 2009 auprès de 170 médecins généralistes [4] montrait que pour 101 médecins interrogés (soit 62,7%), la gynécologie-obstétrique représentait moins de 10% de leur activité médicale totale. 66% des médecins interrogés suivent des grossesses.

Les consultations concernant la grossesse représentent 28,4% des consultations de gynécologie-obstétrique, sans distinction entre la déclaration de grossesse et le suivi régulier.

Au niveau national, les médecins généralistes font ¼ des déclarations de grossesse, ¼ des consultations du premier trimestre mais ne font que 12% des suivis réguliers. [2]

Tant dans notre étude qu'au niveau national, **le suivi des grossesses, à pr` prement parlé, représente une faible part de l'activité `bstétricale des médecins généralistes.**

2.2. Evolution du nombre de grossesses suivies par an

- dans notre étude :

Dans notre étude, pour presque la moitié (44%) des médecins interrogés, le nombre de grossesses suivies par an **n'a pas év` lué** ces dernières années.

- dans une autre étude:

Dans une étude menée par C. NICOLLE auprès de praticiens du Midi-Pyrénées en 2003 [3], la majorité (52,9%) des médecins estimait que leur activité en gynécologie obstétrique était stable. Cependant, lorsque l'on affinait l'analyse, il s'avérait que les médecins les plus jeunes avaient augmenté leur activité et les plus âgés l'avaient diminuée. La diminution d'actes de gynécologie obstétrique était plus importante chez les hommes et l'augmentation plus importante chez les femmes.

2.3. Proportion de patientes enceintes suivies par leur médecin généraliste

Dans notre étude, 41 % des médecins suivent moins d'un quart de leurs patientes enceintes. Dans 72 % (soit $\frac{3}{4}$) des cas, ils suivent moins d'une de leurs patientes enceintes sur deux.

Beaucoup de suivis de grossesse semblent donc échapper aux médecins généralistes, pourtant, dans notre étude, dans 81% des cas ils proposent à leurs patientes de suivre leur grossesse.

2.4. Hypothèses pour comprendre pourquoi de nombreux suivis de grossesses échappent aux médecins généralistes

- dans notre étude

Seuls les médecins suivant moins de cinq grossesses par an étaient invités à répondre à la question: "*Si vous ne suivez que très peu ou pas de grossesse, est-ce parce que: (...)*"

Cela représente $\frac{1}{4}$ des médecins interrogés.

Seul un médecin (6%) a répondu qu'il n'était pas intéressé par le suivi des grossesses et deux (13%) ont répondu qu'ils ne se sentaient pas capables.

Dans 81% des cas, c'est parce qu'ils n'ont pas de patientes qui le leur demandent.

Cette faible activité obstétricale semble donc relever dans la grande majorité des cas du choix de la patiente et non du médecin.

- dans l'étude menée par C. PASCAL-HOULE auprès des patientes des médecins que nous avons interrogés [30]

Seize femmes sur les dix-huit interrogées (soit 89 % des femmes) déclarent que leur médecin ne leur a pas proposé de suivre leur grossesse.

"*Je ne sais même pas s'il suit des grossesses, je ne lui ai jamais posé la question, il ne m'a pas proposé non plus*". Il semble donc que **les femmes n'entendent pas la proposition de leur médecin.**

- Plusieurs hypothèses peuvent être formulées:
- manque de clarté dans le discours du médecin
 - décision préétablie par la patiente qui n'écoute donc pas la proposition de son médecin.

- dans d'autres études

Dans l'étude menée par C. NICOLLE [3], **le manque de demande** est également la première cause mais dans des proportions moindres (65% des praticiens interrogés).

La deuxième raison invoquée est le sentiment de manque de compétences pour 13,8% d'entre eux, puis le manque de temps (7,5% des médecins).

Le manque d'intérêt personnel est cité par 6,2% des praticiens, et le risque médicolegal par 3,8% des praticiens.

Un médecin (soit 1,2%) cite le manque d'équipement comme première raison.

Dans l'étude menée par S. DIAS [4], c'est **la présence de gynécologie à proximité** qui est la première raison citée par les médecins généralistes ayant une faible activité en gynécologie-obstétrique, le manque de temps vient en deuxième position, puis le manque de formation et enfin le manque de demande.

2.5. Pourquoi un manque de demande de la part des patientes?

2.5.1. Défaut d'information

Il semblerait que beaucoup de patientes ne sont pas informées qu'un médecin généraliste a les compétences requises pour suivre une grossesse normale.

- dans notre étude:

59% des médecins interrogés pensent que la plupart des patientes ne sait pas qu'un médecin généraliste peut suivre une grossesse normale.

- dans l'étude menée par C. PASCAL-HOULE auprès des patientes des médecins que nous avons interrogés [30]:

Certaines patientes expriment leur méconnaissance des compétences de leur médecin généraliste en ce qui concerne l'obstétrique: *“Je ne sais même pas s'il suit des grossesses, je n'ai jamais posé la question et il ne m'a pas proposé non plus.”*

“ Il est plutôt généraliste, il n'est pas gynéco. Donc c'est vrai que ça lui arrive de faire des frottis, des ordonnances pour la pillule mais ça s'arrête là, je ne crois pas qu'il suive des grossesses.”

- dans d'autres études:

Dans l'étude menée par C. NICOLLE [3], il ressort aussi ce **sentiment de manque d'information des patientes quant aux compétences des médecins généralistes en matière de suivi de grossesse**.

Un médecin (homme de 35 ans) cite: *“Les femmes ne savent pas que nous sommes (ou que nous pourrions être) compétents en gynécologie-obstétrique. Une information grand public serait nécessaire.”*

Un autre (homme de 53 ans) cite: *“ Il y a un gros travail sur les mentalités à faire! Le généraliste n'est plus considéré comme compétent [...]. On nous sollicite souvent comme “roue de secours” quand le gynécologue est débordé. Dans ce cas, à quoi bon se former pour ce que l'on nous demande plus?”*

Un dernier (homme de 59 ans): *“ Il n'y a qu'une volonté politique qui pourra redonner au médecin généraliste la place qu'il n'a pas beaucoup défendu à partir des années 80 ...”.*

Dans une autre étude menée en 2010 dans la région Midi-Pyrénées auprès de 37 médecins généralistes et 334 patientes par V.MEGRET [5], il ressort que **43% des patientes seulement savent que leur médecin généraliste réalise des consultations de gynécologie dans son cabinet** et que 12% pensent que ce n'est pas le cas, et cela alors que tous les médecins ayant participé à l'étude ont signifié prendre en charge ce type de consultation.

44% des patientes interrogées ne se sont jamais posé la question de savoir si leur médecin généraliste pouvait répondre à une demande de consultation de gynécologie.

4,4% des patientes seulement déclarent consulter leur médecin traitant pour le suivi de leur grossesse.

Dans une étude menée par S. HUREAU [10] dans la région de Bordeaux en 2008, une des raisons du non-choix du médecin généraliste est **le manque de communication entre les patientes et leur médecin**: la moitié des femmes enceintes interrogées méconnaissent les pratiques de leur médecin généraliste en gynécologie obstétrique et seulement une femme sur cinq a pu affirmer que son médecin généraliste réalise des suivis gynécologiques et obstétricaux.

2.5.2. Manque de confiance

- dans notre étude:

90 % des médecins interrogés pensent que si la patiente préfère être suivie par un gynécologue-obstétricien c'est pour des raisons de **sécurité**.

- dans l'étude menée par C. PASCAL-HOULE auprès des patientes des médecins interrogés [30]:

Certaines patientes expriment **leurs doutes quant aux compétences de leur médecin généraliste dans ce domaine**: *“Je ne la sentais pas vraiment au point au niveau gynéco, elle hésite souvent, elle regarde ses bouquins, elle disait qu'elle ne s'y connaissait pas trop au niveau de la grossesse”.*

- dans une autre étude :

Dans une étude menée par C.BURBAN en 2008 [6], les résultats montrent que les femmes seraient majoritairement d'accord pour être suivies par leur médecin généraliste pour le premier trimestre de la grossesse mais pas pour la suite en raison d'un **manque de compétence**: 50% des femmes estiment que le suivi du deuxième trimestre doit être effectué par le gynécologue et 75,2% que celui du troisième trimestre doit être réalisé par l'obstétricien du lieu prévu d'accouchement.

Elles déclarent facilement leur déclaration de grossesse à leur médecin traitant, mais pour le suivi régulier de la grossesse, la place du médecin traitant n'est plus forcément évidente.

Il semblerait que les femmes estiment que plus on avance dans la grossesse, plus le suivi doit être spécialisé.

2.5.3. Une forme de pudeur

Ce terme "pudeur" regroupe en réalité deux sentiments différents: pudeur quand au sexe du médecin, l'appréhension à se retrouver face à un homme lors d'un examen gynécologique, mais aussi réticence à se retrouver face au médecin que l'on connaît depuis des années, avec qui l'on partage beaucoup d'autres choses et à qui on ne se voit donc pas demander un suivi gynécologique.

Le sexe masculin du médecin semble gênant principalement lorsqu'il s'agit du médecin généraliste, mais paraît avoir beaucoup moins d'importance lorsqu'il s'agit du gynécologue obstétricien.

- dans notre étude :

Selon 60% des médecins interrogés, le fait que leur médecin soit un homme peut pousser les femmes à choisir d'être suivie par une sage-femme (femme).

- dans l'étude menée par C. PASCAL-HOULE auprès des patientes des médecins que nous avons interrogés [30]:

"J'aurais été gênée parce que c'est un homme, mon généraliste. Mon gynécologue, c'est un homme mais bon, c'est mon gynéco. Je le connais mais c'est sa fonction".

"Le gynéco, il voit ça toute la journée."

- dans une autre étude:

Dans l'étude de V. MEGRET [5], 11% des femmes interrogées ressentent une forme de pudeur qui entrave leur disposition à demander de telles consultations à leur médecin de famille connu depuis de nombreuses années.

2.5.4. L'absence d'appareil d'échographie au cabinet de médecine générale.

- dans l'étude menée par C. PASCAL-HOULE auprès des patientes des médecins que nous avons interrogés:

Certaines patientes expriment le fait qu'avoir une échographie chaque mois, ce qu'elles imaginent avoir chez un obstétricien, est rassurant: *“Le gynécologue au moins, il a l'appareillage pour les échographies (...). On entendait bien le coeur du bébé, il avait le truc bien, adéquat. Je pense que c'est important, on voyait bien, il y avait de belles photos. Là au moins, j'avais plus que trois échographies. Et puis on veut tellement que tout se passe bien qu'on choisit ce qu'il y a de mieux, enfin, ce qu'on pense être le mieux.”*

- dans d'autres études :

Dans l'étude menée par S. HUREAU [10], elle explique le choix du professionnel de santé par sa **capacité à réaliser des actes complémentaires**. En effet, les femmes savent d'emblée que leur médecin généraliste ne réalisera pas d'échographie alors qu'elles pensent que leur spécialiste l'effectuera.

L'acte échographique symbolise pour ces femmes les compétences de l'intervenant et permet ainsi d'atténuer leur anxiété vis-à-vis de ce fœtus à naître.

3. Une activité globalement appréciée par les médecins.

3.1. Le médecin de famille

L'accompagnement régulier de sa patiente, permet au médecin généraliste d'être souvent bien renseigné sur son contexte familial. La proximité qu'il peut avoir avec plusieurs membres de sa famille ou de son réseau relationnel social lui permet d'approfondir la connaissance de sa patiente. Il peut ainsi intégrer, en plus des informations qu'il a sur son état de santé physique, des informations sur son état de santé moral et social.

Dans certains cas, il a été, ou est encore, le médecin de ses parents et/ou de ses frères et sœurs. Il peut avoir suivi la grossesse de la mère puis soigné sa patiente depuis sa petite enfance. Il est donc le mieux placé pour connaître ses antécédents personnels et familiaux.

Après avoir suivi une grossesse, dans la majorité des cas il suit l'enfant une fois né. Cette continuité des soins d'une génération à l'autre, propre à la médecine générale, en fait une de ses richesses.

La gynécologie aborde un domaine intime, et la connaissance approfondie qu'a le généraliste de sa patiente peut l'aider à aborder ce thème. Pour certaines populations, discuter de la sexualité et de la contraception ne peut se faire qu'après une longue période d'“approche”.

Dans notre étude, **84% des médecins apprécient ce rôle de médecin de famille** qui trouve toute sa place dans le suivi des grossesses.

3.2. Aspect psychologique et relation privilégiée avec la patiente ou le couple

Au delà de la relation de “service” qui s’instaure entre le médecin et sa patiente, c’est aussi la rencontre entre deux êtres humains qui est en jeu.

Le médecin semble avoir hérité, malgré lui, d’une fonction de conseiller psychologique de la femme et du couple depuis l’avènement de la médicalisation du contrôle des naissances. La découverte de la contraception a placé le médecin dans l’intimité du couple.

L’objectif de ce suivi pourrait être aussi d’éveiller la femme aux interactions précoces avec son bébé pour favoriser l’épanouissement de la relation mère-enfant.

Dans notre étude, 66% des médecins apprécient la relation privilégiée qui peut s’établir avec sa patiente dans ce moment si particulier de sa vie.

Comme nous l’avons vu plus haut, les femmes ont des attentes importantes vis à vis du médecin qui suit leur grossesse. Elles ont besoin d’être écoutées et rassurées.

3.3. Une part importante de médecine préventive

La grossesse et l’accouchement sont des phénomènes naturels qui dans la majorité des cas ne demandent qu’une surveillance reposant sur une médecine préventive. Rares sont les grossesses et les accouchements qui nécessitent une médecine interventionnelle. En France, 90% des grossesses sont considérées comme normales et pourraient donc théoriquement être suivies par un médecin généraliste [11].

Tout l’enjeu est de **sav`ir déceler les signes év`cateurs d`une c`mplicati`n** de la grossesse sans tomber dans la surmédicalisation de celle-ci.

Un interrogatoire et un examen clinique rigoureux sont les piliers d’un bon suivi de grossesse. Une information claire et précise de la femme, et de son conjoint s’il assiste aux consultations, est capitale. Elle doit porter, entre autres, sur les **règles hygién`diététiques** qui sont un élément clé d’une grossesse bien menée (tabac, alcool, drogues, alimentation équilibrée, recommandations concernant la listériose et la toxoplasmose, médicaments tératogènes, activité sportive adaptée, signes cliniques qui doivent faire consulter...). Nous développerons plus précisément la notion d’information de la patiente et du couple dans un autre chapitre.

Le suivi de la grossesse repose sur un **examen clinique systématique** et sur la prescription **d’examens c`mplémentaires** dont le contenu est détaillé dans un document rédigé par l’HAS [12]. Ce **suivi est d`nc très c`diffié**, et même **règlementé** puisque certains examens sont obligatoires, d’autres fortement conseillés.

Il s’agit de **dépister** à temps les éventuelles pathologies qui pourraient se développer au cours de la grossesse: entre autres le diabète gestationnel, l’hypertension artérielle gravidique avec ses éventuelles répercussions sur le fœtus et/ou la mère, une séroconversion toxoplasmose, le diagnostic de trisomie 21 chez le fœtus, ou le portage de Streptocoque B par la mère nécessitant une antibiothérapie perpartum.

Dans notre étude, l’aspect “médecine préventive”: conseils d’hygiène de vie, dépistage de pathologies...” est apprécié par 66% des médecins interrogés.

3.4. Accompagner la venue au monde d'un nouveau citoyen

3.4.1. La naissance d'un nouveau citoyen

La naissance est la première étape du processus d'intégration du nouveau-né dans sa famille et dans la société. L'objectif est de mettre au monde un nouveau-né sain, en bonne santé, bien intégré dans sa famille et son milieu.

La société, par l'intermédiaire du médecin doit montrer à la future mère qu'elle y a une place et que son enfant y sera accueilli.

3.4.2. Dépister les souffrances maternelles pour lutter contre les dérives vers la maltraitance.

Le rôle d'accompagnement psychologique de la mère pendant sa grossesse est primordial pour le bien-être du bébé à venir. Une grossesse et une naissance psychiquement mal assumées, par la mère notamment, peut avoir des conséquences graves allant jusqu'à la maltraitance de l'enfant.

3.4.3. Informer sur les aides sociales existantes

Le médecin généraliste est le médecin de premier recours. Il doit savoir orienter les patientes vers les professionnels compétents en matière sociale lorsque cela s'avère nécessaire.

Pendant la grossesse et la période post-natale la femme enceinte est protégée juridiquement par un certain nombre d'articles contenus dans différents codes juridiques:

- le code de la famille,
- le code du travail,
- le code de la santé publique,
- et le code de la Sécurité sociale.

Ces articles définissent les conditions des prestations sociales relatives à la grossesse, les mesures de protection tant sociale que médicale de la femme enceinte et de l'enfant. Le médecin doit pouvoir en informer la patiente.

Sur un plan pratique cela se traduit par une surveillance gratuite de la grossesse (*Code de la santé publique, Art. L. 2122-1 à 5*) (7 consultations, examens biologiques obligatoires et 3 échographies), possibilité d'aménager les conditions de travail et les conditions de vie à domicile (travailleuses sociales).

L'entretien individuel du quatrième mois de grossesse a pour but, entre autres, de déceler les situations de vulnérabilité, de proposer une aide et d'adapter le suivi en fonction des besoins et des difficultés de la femme et du couple. Il est mené habituellement par une sage-femme, qui s'appuie sur un questionnaire standardisé.

Ses différents objectifs sont [37]:

- Apprécier la santé globale de la femme enceinte (aspects somatique, psychologique et social)
 - Informer sur les ressources de proximité et le rôle des professionnels autour de la femme enceinte
 - Informer précocément sur la prévention des facteurs de risque et comportements à risque
 - Identifier les besoins d'information et les compétences parentales
 - Repérer les facteurs de vulnérabilité (somatique, sociale et psycho-affective)
 - Créer un premier lien avec des professionnels de santé autour de la femme, de sa famille, de la période anténatale à la période postnatale.

Comme son nom l'indique, c'est au quatrième mois que cet entretien intervient. Le médecin généraliste, lui, de par les connaissances qu'il a déjà de sa patiente, rassemble **de façon plus précise et moins standardisée** une grande partie de ces informations.

Au cours du suivi de la grossesse, le médecin généraliste est un véritable acteur de santé publique.

4. Un suivi apprécié des femmes qui ont fait le choix de confier le suivi de leur grossesse à leur médecin traitant.

4.1. Disponibilité du médecin généraliste et relation privilégiée.

La grossesse, l'accouchement et les premières semaines de vie de l'enfant constituent dans la vie d'un couple une période très particulière, durant laquelle se produisent d'importants phénomènes émotionnels, relationnels, culturels qui conditionnent:

- le souvenir qu'en garderont les parents, et leur attitude ultérieure face à de nouvelles grossesses;
- le retentissement psycho-affectif sur la fratrie, les ascendants, l'environnement de l'enfant;
- la situation de l'enfant au sein de l'ensemble familial, son développement affectif et psychosomatique à court et à long terme [7].

Cette période, riche de fantasmes, d'espoirs et d'angoisses, renvoie souvent à des événements vécus dans le passé par chacun des futurs parents, à l'image de la famille qu'ils ont connu en tant qu'enfant. Les expériences difficiles vécues pendant l'enfance peuvent se réveiller. Au cours de cette période, les futurs parents de construisent une image de la famille qu'ils veulent fonder.

Le savoir être du médecin est un élément très important pour la sérénité du couple.

Il faut savoir informer sans inquiéter. Lorsque la grossesse se déroule sans encombre, il faut savoir rassurer les parents tout en restant parfaitement rigoureux. Lorsque celle-ci devient plus compliquée ou pathologique, l'attitude du médecin lors de l'annonce du diagnostic est fondamentale pour le déroulement de la suite de la grossesse. Il faut s'assurer que les parents comprennent les enjeux et adhèrent au projet de soins.

La disponibilité du médecin et sa relation privilégiée avec la patiente, voire avec le couple, dans cette période si particulière est un élément très apprécié des patientes.

- dans notre étude:

Dans notre étude, 52% des médecins estiment que la **disponibilité** est un facteur important de choix de la patiente en faveur de son médecin généraliste et 69% estiment que la relation privilégiée qu'ils partagent avec leurs patientes motive leur choix d'être suivi par leur médecin généraliste.

- dans l'étude menée par C. PASCAL-HOULE auprès des patientes des médecins généralistes que nous avons interrogés [30]:

Certaines patientes expliquent leur choix d'être suivi par leur généraliste notamment pour sa disponibilité, les horaires de consultations plus larges qu'à l'hôpital permettant une meilleure compatibilité avec leur vie professionnelle *"Elle m'a donné un rendez-vous beaucoup plus facilement que ce que je pouvais avoir à l'hôpital, surtout par rapport à mes horaires"*.

- dans d'autres études:

L'étude menée par C. BURBAN [6] révèle que sur 202 femmes enceintes interrogées, **61% jugent leur médecin généraliste très disponible** contre 14% pour les obstétriciens. Même si elles expliquent la non disponibilité du gynécologue obstétricien par les contraintes hospitalières (gardes, urgences...), il en ressort que la disponibilité est un élément évalué comme très corrélé à la satisfaction des patientes.

Dans l'étude de I. PREVOT-STIMEC [8], les femmes affirment que la qualité de la relation est constituée par une **relation de proximité, presque familiale**. Le spécialiste est ressenti comme moins disponible avec des consultations plus courtes et essentiellement centrées sur les aspects techniques, des délais de rendez-vous trop longs entraînant une insatisfaction dans la prise en compte des angoisses qui ne pourraient attendre.

Dans l'étude de S. MOREAU-JAMIER [9], le choix du médecin généraliste pour le suivi de la grossesse est la suite logique de la relation pour 56,9% des femmes et **79,2% des femmes affirment l'avoir consulté car elles le connaissent et étaient à l'aise avec lui**. 21% des femmes attribuent au médecin généraliste le rôle de conseiller et de guide.

C'est donc bien la capacité à délivrer des soins personnalisés adaptés à chaque femme, à chaque couple, qui fait du médecin généraliste un interlocuteur privilégié.

4.2. Connaissance antérieure de la femme et suivi gynécologique antérieur

Grâce à son rôle d'omnipraticien, le médecin généraliste est le professionnel de santé le mieux renseigné sur l'histoire de sa patiente, ses antécédents familiaux, médico-chirurgicaux, gynécologiques voire obstétricaux. Sa place de médecin coordinateur lui confère un rôle de centralisation des informations médicales, le dossier médical qu'il tient pour chaque patient comporte non seulement ses notes personnelles mais également l'ensemble des comptes-rendus des éventuelles consultations chez les spécialistes, interventions chirurgicales, résultats d'examens complémentaires et de dépistage (frottis, sérologies antérieures ...).

4.3. Proximité

Sachant que le suivi d'une grossesse est rythmé par une consultation chaque mois, le critère de proximité du professionnel de santé peut être un élément important, surtout en zone rurale où il n'y a pas forcément de transport en commun et où les spécialistes et les sages-femmes sont souvent regroupés dans une grande ville.

- dans notre étude:

64% des praticiens interrogés dans notre étude pensent que le critère **“c` mm` dité”** intervient dans le choix des patientes de se faire suivre par leur généraliste.

- dans l'étude menée par C. PASCAL-HOULE auprès des patientes des médecins interrogés [30]:

La proximité peut même être parfois le premier critère de choix: *“ C'est à proximité de chez moi, au départ c'était juste ça”. “Je l'ai choisie pour une question de distance car c'est contraignant d'aller chaque mois à l'hôpital, je voulais éviter les allers-retours”.*

4.4. Une approche moins technique

- dans l'étude menée par C. PASCAL-HOULE auprès des patientes des médecins interrogés [30]:

Certaines femmes expliquent qu'elles choisissent volontairement un suivi moins invasif: *“ Le généraliste a uniquement ses appareils pour savoir si tout va bien donc il entend les bruits du coeur, il m'examine, il me prend la tension et tout, finalement je ne vois pas l'échographie mais ça se passe sans que je vois et ça me donne un peu de distance (...) finalement ça m'a aidé qu'il y ait moins d'examens.*

- dans d'autres études :

Dans l'étude de PREVOT-STIMEC I. [8], les femmes se sont déclarées positivement surprises par la découverte d'un médecin qui avait une approche moins technique.

5. Des obstacles

5.1. Un sentiment de manque de formation

5.1.1. Histoire de la gynécologie

Le 10 mars 1803, une loi proclame que “l’art de guérir n’est plus une profession libre. A la suite de cette loi sont créés les Concours de l’Externat et de l’Internat permettant de former des Docteurs en Médecine ou en Chirurgie.

En 1901, le Professeur Pozzi, chef de service du premier service de gynécologie, est nommé Professeur à la première Chaire de Gynécologie.

En 1911, La gynécologie devient un stage obligatoire. Pourtant la spécialité de gynécologie n’existe pas encore.

C’est à partir de la création de l’Ordre, en 1945, et de l’enregistrement des titres que les spécialités sont reconnues. [33]

En 1947, les Certificats d’Etudes Spéciales (CES) sont créés, permettant à des médecins exerçant une spécialité de valider leur diplôme.

Jusqu’à ce que la gynécologie figure à l’Internat, c’est uniquement par l’obtention d’un CES qu’un médecin devient soit gynécologue médical soit gynécologue obstétricien.

Le 30 Septembre 1958, les Centre Hospitaliers Universitaires (CHU) sont créés. Ils ont trois missions: soins, recherche et enseignement [34]. Cette réorganisation permet à la discipline de Gynécologie-Obstétrique de s’individualiser et de figurer comme une des spécialités chirurgicales proposées à l’Internat.

Du fait des progrès médicaux, les spécialités connaissent un essor important et deviennent une voie privilégiée pour les médecins. Mais les instances politiques craignent une diminution des effectifs de médecins généralistes en faveur de ceux des spécialités. Pour éviter ce déséquilibre ils limitent l’accès aux spécialités en supprimant les CES (dès 1979) et en réformant le concours de l’Internat. La suppression des CES permet aussi l’harmonisation des diplômes à l’échelle européenne.

5.1.2. La formation en gynécologie des médecins généralistes

- L’Externat

Il est commun à tous les étudiants, de la quatrième à la sixième année de médecine. Parmi les stages hospitaliers, quatre sont obligatoires dont la gynécologie obstétrique, la pédiatrie, la chirurgie, la médecine interne ou la gériatrie.

Le Certificat de Synthèse Clinique et Thérapeutique (CSCT) clos l’Externat.

- Le Résidanat (avant la réforme de l’Internat de 2004)

Jusqu’en 2001, le Résidanat comportait cinq semestres de formation hospitalière sans maquette préétablie, à l’exception du semestre chez le praticien. A partir de novembre 2001, le Résidanat est prolongé d’un semestre supplémentaire.

Parallèlement une maquette de stage est créée avec l’obligation d’effectuer six stages de six mois: en gynécologie et/ou pédiatrie, aux urgences, en médecine polyvalente, chez le praticien, un autre en ambulatoire et le dernier étant libre [35].

- L'Internat spécialisé de médecine générale

A partir de 2004, la discipline de médecine générale (MG) devient une filière de spécialisation au concours de l'Internat. Celui-ci est réformé et devient l'Examen National Classant (ENC).

La spécialisation en médecine générale dure trois ans et aboutit au DES de médecine générale. La maquette est la même que celle du Résidanat hormis le stage ambulatoire devenant Stage Autonome en Soins Primaires en Ambulatoire (SASPA).

Concernant la gynécologie obstétrique, l'interne en médecine générale peut bénéficier d'une formation multiple:

- le terrain de stage hospitalier, (*obligatoire dans la mesure des places disponibles*)
- le stage chez le praticien qui met l'interne face à la gynécologie et l'obstétrique de ville, (*obligatoire*)
- le SASPA dont une partie peut être réalisée dans un Centre de Protection Maternelle et Infantile par exemple, (*obligatoire dans la mesure des places disponibles*)
- les cours universitaires au cours du DES de médecine générale. (*obligatoires*)
- le Diplôme Universitaire (DU) (*facultatif*).

5.1.3. Point de vue des médecins généralistes sur leur formation en gynécologie.

A. Enquête auprès d'anciens résidents Hauts Normands–2004 [36]

- Evaluation des compétences en obstétrique et les relations avec les spécialistes

Une enquête réalisée en 2004 auprès d'une promotion d'anciens résidents (début du premier semestre au 01/11/1999) de Haute Normandie avait pour but d'évaluer leur pratique en gynécologie-obstétrique. 47 médecins ont participé à cette étude. Les résultats de cette enquête mettaient en évidence que 31 % des anciens résidents n'avaient jamais fait de stage en gynécologie-obstétrique (Externat+/-Résidanat).

A la fin de leur cursus universitaire, **55% des personnes interrogées jugeaient leur formation en gynécologie-obstétrique insuffisante.**

Trois ans après la fin de leur cursus, 26 % avaient suivi une formation complémentaire. Près de la moitié de ceux n'ayant jamais suivi de formation complémentaire souhaitent améliorer leur formation en gynécologie.

Il ressort de cette étude que même si 55% des anciens résidents trouvent leur formation en gynécologie-obstétrique insuffisante, 100 % se sentent capables de suivre une grossesse non pathologique.

77% des personnes interrogées ne travaillent pas avec un gynécologue référent, le travail en réseau ne fait donc pas partie de leur pratique courante.

- Inadéquation entre la formation hospitalière et la pratique de ville

La même enquête auprès des résidents Hauts Normands [36] met en évidence un sentiment d'inadéquation entre la formation hospitalière et la pratique courante de ville des médecins généralistes.

Sur le contenu de la formation hospitalière, ce sont souvent les lacunes persistantes au terme du stage qui marquent les esprits. *“Un stage en gynécologie obstétrique est indispensable pour la pratique de la gynécologie obstétrique, mais je n’ai malheureusement pas eu accès à certains domaines de la gynécologie obstétrique pourtant indispensables.”*

Ces “lacunes” ont double cause: d’une part, les patientes d’un service de gynécologie présentent des pathologies différentes de celles constatées en ville. D’autre part, les obligations des résidents (présence au bloc opératoire, visite en salle, urgences ...) ne leur ont pas toujours permis d’assister aux consultations des gynécologues, eux-mêmes débordés.

Certaines demandes ont même été refusées: *“Malgré un stage de 6 mois d’interne en gynécologie obstétrique, ma formation est insuffisante puisqu’il m’a été refusé de participer aux consultations de gynécologie obstétrique, et qu’on a refusé de nous apprendre à poser un dispositif intra-utérin (DIU), malgré notre demande car les gynécologues ont estimé que cela n’était pas de la compétence des médecins généralistes.”*

B. Enquête auprès de praticiens de Midi-Pyrénées – 2003

L’enquête menée par C. NICOLLE dans la région Midi-Pyrénées en 2003 [3] avait pour but de répondre à la question: “Quel type de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique est souhaitée par les médecins?”.

Sur 457 questionnaires envoyés, 284 ont fait l’objet d’une réponse ce qui représente 9,6 % des médecins de Midi-Pyrénées.

Dans cette étude, **42,5 % des médecins interrogés jugeaient insuffisante leur formation en gynécologie-obstétrique et 26,7 % la jugeaient très insuffisante.**

Lors du recueil des réponses au questionnaire, 55,4 % des médecins avaient participé à une FMC en gynécologie-obstétrique et pour 83,4% d’entre eux elle avait répondu à leurs attentes.

Pour ceux qui n’avaient pas participé à une FMC, pour 46,9 % d’entre eux c’est en raison d’un manque d’offre de FMC adaptée.

Parmi les sujets que les médecins souhaiteraient aborder au cours des FMC, ce sont les pathologies de la grossesse qui apparaissent en premier (39,5% des médecins) et le thème “grossesse et médicaments” au deuxième rang (22,9% des médecins).

C. Comparaison avec les résultats de notre enquête

Dans notre enquête, 12% des médecins n’ont bénéficié d’aucune formation en gynécologie.

72% des médecins interrogés ont bénéficié d’une formation en gynécologie lors de leurs études au cours d’un stage effectué pendant leur externat ou leur internat.

Seulement 51% des médecins interrogés se sentent à l’aise dans le diagnostic des pathologies de la grossesse.

Dans notre questionnaire, il aurait été plus précis de séparer les réponses “stage d’externat” et “stage d’internat”, la formation lors d’un stage d’internat étant théoriquement plus riche car plus tardive dans les études et donc plus exigeante en terme de connaissances.

Certains médecins généralistes, les plus âgés, n’ont naturellement pas pu effectuer un stage d’internat, celui-ci n’existant pas au moment de leurs études.

Dans l'analyse statistique des résultats de notre enquête, il apparaît que la nature de la formation en gynécologie influence le fait que le suivi des grossesses plaît ou non au médecin. Cependant, on peut imaginer que le raisonnement est inverse et que c'est parce que c'est une activité appréciée du médecin qu'il va décider de se former plus spécifiquement en obstétrique.

Néanmoins, cette analyse statistique montre également que le nombre de grossesses que les médecins suivent par an n'est pas influencé par la nature de sa formation en gynécologie. Parmi les médecins qui ont bénéficié d'une formation en gynécologie, le fait de faire une formation complémentaire n'influence pas le sentiment d'être à l'aise ou non dans le diagnostic des pathologies de la grossesse, ni de passer complètement la main au spécialiste pour le suivi des grossesses compliquées.

On peut émettre l'hypothèse que le nombre de médecins ayant répondu à notre questionnaire n'est probablement pas suffisant pour obtenir des résultats significatifs et que cela représente un biais dans notre étude.

D. Les formations complémentaires semblent mieux répondre aux besoins des médecins généralistes que leur formation initiale

La formation initiale en gynécologie-obstétrique semble ne pas satisfaire une grande partie des médecins généralistes.

Plusieurs explications sont possibles:

- certains n'ont pas pu bénéficier d'un stage en gynécologie-obstétrique lors de leurs études.
- les pathologies rencontrées lors des stages hospitaliers sont différentes de celles traitées en pratique de ville. Il existerait une inadéquation entre la formation hospitalière et la pratique de ville.
- l'organisation matérielle de certains services de gynécologie obstétrique accueillant des étudiants ne leur permet pas d'accéder aux consultations des gynécologues obstétriciens ou des sages femmes dont le contenu s'approche plus de ce que l'on peut rencontrer dans un cabinet de médecine générale.
- la réticence de certains spécialistes à former des futurs généralistes à certains actes techniques estimant que cette pratique n'entre pas dans leur domaine de compétences. (exemple: pose de stérilet).

La formation complémentaire semble mieux répondre aux attentes des médecins généralistes.

Plusieurs explications sont possibles:

- les médecins connaissent les domaines dans lesquels ils ont des lacunes et choisissent une formation complémentaire adaptée à leurs attentes.
- les médecins ont une meilleure connaissance du terrain, des situations complexes qu'ils peuvent rencontrer et viennent donc en formation avec des questions concrètes, des exemples de problématiques pour lesquelles ils attendent une réponse précise.

5.2. Un risque professionnel et médico-légal

5.2.1. Le risque médico-légal: un enjeu important de la gynécologie obstétrique

A. Evolution des relations médecin-malade

Le risque médico-légal, naguère pratiquement absent des préoccupations professionnelles, fait désormais partie intégrante de la pratique médicale, tout particulièrement en gynécologie-obstétrique. Il s'agit de la première spécialité régie par des textes juridiques.

Cette évolution importante traduit la modification fondamentale du lien unissant le médecin à son patient. Il s'agissait autrefois d'un contrat moral basé sur la confiance réciproque, le médecin s'engageant à œuvrer du mieux qu'il pouvait dans l'intérêt du patient, le malade faisant a priori toute confiance au praticien en étant conscient des limites de la médecine; les litiges étaient, de ce fait, fort rares.

Actuellement, d'après le Professeur RUDIGOZ, gynécologue-obstétricien, expert à la Cour d'Appel de Lyon [19], pour des raisons diverses et notamment à cause des progrès réels ou supposés de la médecine, d'une plus grande matérialisation de la société, d'une plus grande vulnérabilité vis-à-vis des aléas de l'existence, les malades ne se comportent plus en patients mais en clients ou consommateurs de soins, établissant avec le médecin un rapport analogue à celui qui unit consommateur et prestataire de services. Le patient lui-même ou sa compagnie d'assurance paye le médecin pour résoudre un problème et a tendance à estimer que le résultat doit être garanti. Il n'y a plus de place pour l'accident, pour l'incident, et tout préjudice même minime est prétexte à réparation.

Tout ceci fait que les médecins, et notamment les obstétriciens, sont de plus en plus mis en cause et leur responsabilité engagée. Cette évolution est dans une certaine mesure tout à fait naturelle, les médecins étant des citoyens comme les autres, responsables de leurs actes, susceptibles de commettre des erreurs; cependant les conséquences personnelles et professionnelles sont aujourd'hui telles pour les praticiens: préjudice moral, perturbations dans l'exercice professionnel, augmentation des cotisations d'assurance, que tout doit être mis en œuvre pour limiter les procédures médico-légales.

Même si la médiatisation importante des problèmes de responsabilité médicale fait que l'on en parle plus et plus souvent, il est difficile d'évaluer avec précision la fréquence des poursuites médico-légales dans la mesure où il n'y a pas de chiffre officiel disponible.

B. Savoir identifier les situations à risque médico-légal

Ceci n'est pas toujours facile. En effet:

- ce ne sont pas toujours les erreurs les plus lourdes et les plus évidentes à nos yeux qui vont susciter une poursuite;
- des préjudices importants peuvent n'apparaître ou se confirmer qu'à distance de l'incident initial (retard psychomoteur).

D'après le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) [19], les situations à risque médico-légal en obstétrique sont:

Préjudice maternel

- Décès maternel quelle qu'en soit la cause, le préjudice est alors certain, important et définitif, les suites judiciaires sont fréquentes,
- Lésions périnéales sévères, ces lésions sont le plus souvent liées à des extractions instrumentales plus ou moins bien réalisées,
- Complications liées à l'opération césarienne: suites infectées mais surtout oubli de compresses,

Préjudice fœtal

- Elles sont avant tout représentées par les asphyxies périnatales avec décès et surtout séquelles cérébrales anoxo-ischémiques,
- Paralysie obstétricale du plexus brachial liée à une dystocie des épaules,
- Lésions traumatiques du fœtus lors d'extractions instrumentales,

Diagnostic prénatal

Les dossiers ne sont pas encore très nombreux mais augmentent de façon très rapide. Il convient de distinguer le diagnostic prénatal classique et l'échographie.

- *En ce qui concerne le diagnostic prénatal classique*, il s'agit surtout de complications liées aux prélèvements (amniocentèse notamment) posant le problème de l'information préalable et de la réalisation technique des gestes.

- Un chapitre nouveau et probablement amené à se développer dans l'avenir est apparu depuis quelques années. Il est représenté par l'inflation de plaintes pour *non-diagnostic de malformations fœtales lors d'échographies de surveillance*.

Même si leur reconnaissance n'est pas toujours aisée, il n'est pas douteux qu'à l'avenir le nombre de plaintes pour manquement à l'information préalable va augmenter dans tous les domaines de notre exercice, ce qui va poser des problèmes quotidiens considérables.

On voit donc que les motifs de plaintes relèvent essentiellement de situations autour de l'accouchement et des échographies et concernent donc essentiellement les gynécologues-obstétriciens ou les radiologues.

Les situations dans lesquelles un médecin généraliste peut être mis en cause sont essentiellement des cas de défaut ou d'erreur d'information ou de défaut de récupération de résultats d'exams ou de leur transmission à la patiente. Le test diagnostique de la Trisomie 21 peut représenter une situation à risque pour le médecin généraliste. Nous l'aborderons plus loin en détail.

5.2.2. Une demande de sécurité accrue

Pour certains parents, la grossesse est source d'anxiété: peur de la fausse-couche, peur d'une malformation, d'une pathologie, de l'accouchement, peur de la confrontation entre le rêve de l'enfant tant désiré et la réalité. Ils ont alors besoin d'être rassurés.

La demande de sécurité de notre société est bien présente et semble être considérée comme un pré-requis par beaucoup de couples [13]. Les plaintes au sens juridique du terme, même si elles restent peu fréquentes, portent sur la sécurité et influent sur la prise en charge que nous leurs offrons avec une réponse faisant majoritairement appel à la technique et plus secondairement au dialogue et à l'information. Le médecin peut avoir tendance à multiplier les

examens complémentaires dans le but de se protéger juridiquement, les résultats servant de preuve à l'obligation de moyens à laquelle les professionnels de santé sont soumis.

5.2.3. Le développement de l'idée du droit à l'enfant parfait

Avec le développement des PMA et les progrès considérables dans la qualité et la sécurité du suivi de la grossesse, la médecine défie les lois de la nature. Des couples infertiles qui n'auraient jamais imaginé pouvoir donner naissance à un enfant peuvent maintenant bénéficier des nouvelles techniques de PMA. L'accès à ces techniques est considéré comme un droit, de là naît une tendance au "droit à l'enfant".

Les progrès dans la qualité et la sécurité du suivi de la grossesse peuvent eux aussi être à l'origine de déviance de la part des parents. Le "droit à l'enfant" devient facilement le droit à l'enfant parfait et est vécu comme un "devoir" des autres (des médecins notamment, pour qui cette exigence peut être une source forte d'angoisse).

Une enquête a été menée au printemps 2009 auprès de 26 gynécologues-obstétriciens dans une grande ville de Suisse romande [14] dans le but d'examiner de quelle façon la communication avec la patiente interagissait avec le contexte médico-légal dans lequel les gynécologues-obstétriciens exercent.

Plusieurs médecins ont ainsi relevé comme phénomène nouveau chez quelques unes de leurs patientes, des attentes élevées vis-à-vis de la prise en charge professionnelle. Ces patientes expriment **de fortes attentes de "succès" par rapport au suivi médical**. Elles sont "*plus exigeantes*", elles souhaiteraient recevoir des garanties sur le fait que leur grossesse soit synonyme d'un enfant d'une part, et d'un enfant en bonne santé d'autre part. Plusieurs médecins relient ces exigences au désir – illusoire – de planifier et de contrôler la fécondité, de la même manière qu'on gère la contraception.

Ce désir que la grossesse et son terme se passe parfaitement n'est évidemment en rien inédit. Ce qui est moins ordinaire, en revanche, c'est que cela soit adressé au professionnel comme si la satisfaction de ce désir était complètement de son ressort.

Ce qui ressort en filigrane du discours de certains professionnels, c'est le sentiment que le niveau de technicité atteint aujourd'hui dans le suivi médical est de plus en plus assés à une obligation de résultat.

Dans notre étude, 21 % des médecins expriment la peur d'avoir à annoncer une mauvaise nouvelle aux parents. Dans ce contexte émotionnel particulier que représente la grossesse, et étant donné les exigences croissantes des parents envers "les techniques scientifiques" et les médecins, les éventuelles mauvaises nouvelles peuvent être difficiles à annoncer.

La tendance à la juridiciarisation des relations médecin-malade qui se développe depuis quelques années laisse de moins en moins la place à l'erreur médicale. 35% des médecins interrogés dans notre étude ressentent la peur de ne pas déceler une pathologie, peur d'une erreur de moins en moins tolérée.

5.2.4. Un devoir d'information

A. Les sources juridiques

Les sources originelles du devoir d'information se trouvent à la fois dans le Code de Déontologie médicale et dans la jurisprudence.

“Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension.”

(Article R4127-35 du Code de Déontologie Médicale).

La réforme de l'Assurance Maladie du 13 Août 2004 portant sur le statut du médecin traitant implique des obligations accrues ou nouvelles pour celui-ci: devoir d'information, de conseil, de vigilance et de coordination des soins. En conséquence, si l'obligation de moyens reste le principe en matière de responsabilité médicale, le devoir d'information est désormais un thème central du droit médical.

Les compétences médicales sont bien évidemment toujours capitales, mais ne suffisent plus: le médecin traitant doit informer son patient, vérifier que celui-ci a pris conscience de la gravité de l'affection et de l'importance qu'il y a à la traiter, vérifier qu'une suite est donnée à ses recommandations et à ses prescriptions.

L'information doit porter sur le diagnostic, le traitement, les soins envisagés ainsi que sur les risques qui lui sont attachés.

En matière de suivi de grossesse, **le point sensible du devoir d'information réside dans la notion de risque liée aux analyses prénatales**. Il est en effet nécessaire, préalablement à la réalisation d'un dépistage prénatal d'obtenir **un consentement éclairé** de la femme enceinte. L'information qui doit alors être délivrée par le praticien est délicate, tant dans son contenu, la femme devant appréhender la notion délicate de survenue potentielle d'un risque, que dans sa forme, la signature d'un formulaire d'information pouvant être perçue comme un moyen de défense du corps médical.

B. Les attentes des femmes en matière d'information

Une enquête a été menée en Suisse romande entre mai 2008 et juin 2009 auprès de cinquante femmes enceintes menant une grossesse sans risque [14]. Il s'agissait d'étudier les choix de ces femmes enceintes en matière de suivi de grossesse et d'évaluer leurs attentes en matière d'information. Il en ressort des attentes contrastées en matière d'information.

Trois principaux types d'attentes ont été dégagés parmi les répondantes.

-fortes attentes: il est essentiel de tout savoir. Les femmes justifient cette attitude par le besoin d'être rassurées. Certaines patientes estiment que s'informer c'est être une patiente responsable qui s'assure que son gynécologue ne commet pas d'erreur. Pour d'autre ce besoin de savoir est particulièrement accentué par le fait d'être enceinte : *“ C'est une responsabilité de porter la vie en soi ”*. Leur demande révèle combien elles se sentent personnellement impliquées dans les décisions concernant la santé du fœtus.

-réservées dans leurs attentes : certaines considèrent que l'information est source d'anxiété, l'absence de connaissance évite de se préoccuper. Grace à cette prise de distance elles souhaitent bien "*vivre leur grossesse*".

-position intermédiaire: elles aiment savoir mais sont inquiétées par certaines connaissances.

Il faut donc souligner les effets ambivalents de l'information: jugée anxiogène par une partie des femmes interrogées et valorisée par d'autres qui en ont besoin pour être rassurées sur le bon déroulement de la grossesse.

La communication de renseignements implique une prise en considération du niveau de compréhension de la patiente. Il faut également savoir respecter le niveau d'information souhaité par la patiente sans prendre le risque d'un défaut d'information. Elle doit être détaillée mais pas trop technique, il faut viser une optimisation de l'information et non une maximisation. La spécificité du suivi de grossesse incite à une information complète. En effet, les enjeux du manque d'information sont importants: en privant une femme enceinte d'un renseignement sur un diagnostic prénatal, cela l'empêche de faire un choix éclairé sur le fait de faire ou non ce diagnostic ce qui peut ensuite la priver de faire un choix d'interruption médicale de grossesse.

Une autre particularité du devoir d'information lors du suivi de la grossesse réside dans l'encadrement juridique dont les analyses prénatales font l'objet.

En cas de litige, la charge de preuve de la délivrance d'information revient au médecin. En droit français, les juges ne retiennent cependant l'existence d'un préjudice que si le malade pouvait exercer un choix dans les soins et que le défaut d'information l'a privé de ce choix. Il appartient alors au patient de rapporter la preuve du lien de causalité entre le défaut d'information et le préjudice.

C. Les formulaires d'information

La notion de devoir d'information et de recueil du consentement éclairé est à l'origine de la création de formulaires d'information et de recueil de consentement notamment pour le dépistage de la Trisomie 21 dont le formulaire est en annexe. (ANNEXE 3).

Ceux-ci servent à justifier que le médecin a bien rempli sa mission de délivrance des renseignements. Ils servent également à recueillir la signature de la patiente attestant qu'elle a compris les explications et qu'elle donne son accord pour la réalisation du test.

Le risque de ces formulaires est d'engendrer une notion procédurière dans la relation de communication avec la patiente. Cependant, la tendance à devoir se protéger par la formalisation de la communication avec les patientes apparaît comme une contrainte utile ou un mal nécessaire, comme une manière de s'adapter au contexte ambiant.

Un autre risque de ces formulaires, obligatoires dans un nombre limité de cas (HT21 et autres diagnostics prénatals, stérilisation, participation à des études de recherche) est de créer un climat anxiogène pour la patiente à travers un surplus d'explications par crainte de faillir à l'obligation d'une information complète.

Les plaintes les plus fréquentes à ce sujet concernent le défaut d'information.

Celui-ci peut être à plusieurs niveaux:

- défaut d'information sur la nature de la pathologie, les risques encourus par l'enfant et les possibilités de poursuite de la grossesse ou d'IMG.
- défaut d'information concernant l'existence d'un test de dépistage et les modalités de sa réalisation.
- défaut de récupération et/ou de transmission des résultats à la patiente.

5.2.5. Le cas particulier de la trisomie 21

A. Une nouvelle réglementation

L'arrêté du 23 juin 2009 (JO du 3 juillet 2009) a fixé les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals de la trisomie 21. Il prévoit désormais 3 possibilités de dépistage avec dosage des marqueurs sériques maternels au 1er ou au 2e trimestre de la grossesse:

- *le dépistage combiné du 1er trimestre* associant les mesures échographiques (LCC, CN, et date de l'échographie) aux marqueurs sériques maternels du 1er trimestre (Pregnancy-Associated Plasma¹² Protein-A ou PAPP-A et sous-unité β hCG libre). Le prélèvement est effectué entre 11 semaines et 0 jour d'aménorrhée et 13 semaines et 6 jours d'aménorrhée.

- *le dépistage séquentiel intégré au 2e trimestre*

Associant les mesures échographiques du 1er trimestre (idem ci-dessus) aux marqueurs sériques maternels du 2e trimestre (hCG totale ou sous-unité β hCG libre, et AFP \pm estriol). Le prélèvement est effectué entre 14 semaines et 0 jour d'aménorrhée et 17 semaines et 6 jours d'aménorrhée.

- *le dépistage par les seuls marqueurs sériques maternels du 2e trimestre.*

Dans le cadre de ce nouvel arrêté, le médecin propose à toute femme enceinte, sans limite d'âge, un test de dépistage de la trisomie 21 au 1er trimestre.

Si le dépistage combiné du 1er trimestre n'est pas possible, un dépistage séquentiel intégré est réalisé si l'on dispose des données échographiques, sinon le risque est calculé à partir des marqueurs sériques du 2e trimestre comme auparavant.

L'échographiste doit être référencé au sein d'un réseau de périnatalité qui valide son adhésion à un programme d'assurance qualité, dans le cadre de l'EPP, et lui délivre un numéro d'identifiant (13 chiffres). Il est indispensable d'avoir le nom et le numéro d'identifiant de l'échographiste, pour réaliser le dépistage combiné du 1er trimestre ou le dépistage séquentiel intégré au 2e trimestre.

La loi dite "Bioéthique" (JO du 8 juillet 2011) réaffirme l'importance de **l'information et du libre choix des patientes**. "*Toute femme enceinte reçoit, lors d'une consultation médicale, une information loyale, claire et adaptée à sa situation sur la possibilité de recourir, à sa demande, à des examens de biologie médicale et d'imagerie permettant d'évaluer le risque que l'embryon ou le fœtus présente une affection susceptible de modifier le déroulement ou le suivi de sa grossesse*".

B. Un rôle d'information capital

Depuis la publication des deux arrêtés du 23 juin 2009 redéfinissant les modalités du dépistage de trisomie 21 et l'information aux femmes enceintes, dès lors que la grossesse est confirmée, le médecin prescripteur doit préalablement dispenser une information claire, suffisante et explicite concernant ce type de dépistage [15]. Il doit expliquer sa significativité pour obtenir le consentement de la patiente afin de réaliser les examens biologiques ainsi que l'échographie dans les conditions édictées (ANNEXE 4: stratégie de dépistage de la trisomie 21). La loi oblige le médecin à certifier cette information, la patiente de son côté signe un formulaire de consentement éclairé.

Certains auteurs ont toutefois souligné un manque d'informations et une incompréhension du dépistage pour certaines femmes, les examens étant souvent prescrits sans information préalable [16] [17]. D'autres ont relevé les dimensions éthiques de ce diagnostic prénatal (DPN) et le risque d'une éventuelle dérive eugénique puisque, dans notre société, la principale issue proposée devant la confirmation de l'existence d'une trisomie 21 chez le fœtus est celle de l'IMG [17].

Les médecins généralistes peuvent se trouver en première ligne de ce dépistage en raison de sa réalisation précoce au cours de la grossesse. Leur place privilégiée nécessite une appropriation des messages à délivrer aux femmes, au moment-même où ils confirment leur grossesse.

Dans un article de la revue "Le Généraliste" [18], le Professeur Frydman insiste *«le médecin n'a pas à imposer mais à informer. Toute femme a le droit de refuser le dépistage, il s'agit de lui en expliquer les modalités, ce que l'on recherche, ce que l'on peut trouver, les conséquences qui peuvent en découler. Il est inutile pour celles qui, par principe, n'envisagent pas une interruption médicale de grossesse »*.

« Attention, rappelle aussi René Frydman, notez dans vos dossiers les informations délivrées et la décision de la patiente, surtout en cas de refus du dépistage. Il faut garder une trace de qui a été dit en consultation. »

C. Point de vue des médecins généralistes sur ce nouveau dépistage de la Trisomie 21

- dans notre étude

68% des médecins interrogés se sentent suffisamment informés de la nouvelle stratégie de dépistage.

Mais **32% ne se sentent pas suffisamment informés** et pourtant, parmi ces praticiens, certains ont une activité obstétricale relativement importante: cinq médecins suivent entre 10 et 15 grossesses par an et deux en suivent entre 15 et 20 par an.

En quoi peut concerner ce manque d'information? Les modalités et délais de réalisation du test? Où se procurer les formulaires? La liste des correspondants échographistes agréés? Comment récupérer les résultats?

L'information ne doit pas être évidente à trouver sinon comment cela se fait-il qu'un tiers des médecins la trouvent insuffisante?

Quand cela est possible, 83% des médecins interrogés appliquent ce nouveau dépistage.

Sur les dix médecins qui ont répondu qu'ils ne l'appliquaient pas, trois se disent suffisamment informés. Il n'y a donc pas que le manque d'information qui peut représenter un obstacle à l'utilisation de ce nouveau dépistage.

Comment interpréter ce chiffre de 17% des médecins qui n'appliquent pas ce dépistage du premier trimestre quand cela est possible?

A priori ce chiffre est inquiétant. Proposent-ils ce dépistage au deuxième trimestre comme avant le nouveau décret de 2010 où ne proposent-ils pas du tout de dépistage?

S'ils ne proposent pas le dépistage du premier trimestre mais celui du deuxième trimestre est-ce parce que :

- ils ne trouvent pas facilement de correspondant échographiste agréé disponible ou ne savent pas où se procurer leurs coordonnées?
- ils ne voient pas l'intérêt d'avoir avancé ce dépistage au premier trimestre?

S'ils ne proposent pas du tout de dépistage de la trisomie 21 est-ce parce que:

- ils ignorent que ce dépistage est à proposer obligatoirement à une femme enceinte par le médecin qui suit sa grossesse à ce moment là?
- ils refusent de proposer ce dépistage, pour des raisons éthiques: peur de déviences eugéniques en répondant systématiquement par l'IMG lors d'un diagnostic de trisomie 21?
- ils ne trouvent pas ce dépistage utile?

Sont-ils bien conscients du risque médico-légal qu'ils encourent en n'appliquant pas correctement ce nouveau texte de loi qui concerne un sujet très sensible de la grossesse: le dépistage de la Trisomie 21?

Sont-ils bien conscients de la perte de chance qu'ils imposent à leurs patientes quant au choix de la réalisation d'une amniocentèse voire de poursuite ou non d'une grossesse en cas de diagnostic positif?

Il aurait été intéressant de creuser un peu plus la question dans notre questionnaire en faisant préciser pourquoi ils n'appliquaient pas ce nouveau décret.

- dans une autre étude

Dans une étude menée par F.MOULARD à Saint Etienne en 2012 auprès de médecins généralistes participant à une FMC de gynéco-obstétrique [20], la présentation de ce test aux patientes ne paraissait pas évidente pour tous.

Certains praticiens ont rencontré **des difficultés à expliquer le principe de ce dépistage**, il existait souvent une confusion entre dépistage et diagnostic, l'appartenance à un groupe à risque et la confirmation d'une trisomie 21 n'était pas toujours facilement distinguée. Pour d'autres les explications semblaient faciles à donner.

Très peu de praticiens prescrivait ce test de manière systématique au même titre que les examens obligatoires de la grossesse, la plupart s'appuyait sur les recommandations de l'HAS et respectait le **libre arbitre** des femmes enceintes mais argumentaient en faveur de ce dépistage.

Certains préféraient déléguer la signature du document de consentement éclairé à l'échographiste agréé pour ne pas se sentir impliqués en cas d'anomalie et se détacher de **l'aspect médical -légal** qu'il représente.

Dans une étude menée par A.D. d'USSEL [32] à Lyon en 2010 auprès de 15 médecins généralistes, il ressort que ce test n'est pas sans engendrer un certain nombre de difficultés et de questionnements.

Deux médecins pensent que les couples ont souvent **des difficultés à comprendre le fonctionnement du test**, son utilité et ses résultats. *“Souvent les mamans ont du mal à faire la part des choses, je trouve, entre le risque et l'affirmation certaine. Même si elles comprennent bien intellectuellement, c'est difficile.”* *“Il pose un certain nombre de problèmes techniques, car pour faire comprendre ce qu'est un facteur de risque, c'est assez difficile.”* *“Il y a certains patients qui n'ont pas les capacités nécessaires pour comprendre les enjeux.”*

Cinq médecins trouvent ce test **très anxiogène** pour les patientes. *“Ca donne une anxiété en plus, le plus souvent inutile.”* *On déclenche des angoisses invraisemblables sur une période qui devrait être une période d'espoir.”*

Pour neuf des quinze médecins interrogés, ce dépistage leur pose **un vrai problème éthique**. Pour eux, ce test est un **outil d'eugénisme**. *“Parce que ça va faire disparaître des gens anormaux, c'est de l'eugénisme.”* *“Son utilité, c'est bien l'eugénisme. Donc très très utile pour la société pour se débarrasser des poids lourds! ... on élimine le débile, voilà.”*

Un médecin dit qu'il **ne propose pas ce test** de dépistage pendant la grossesse. *“Je refuse d'en parler”* *“jusqu'à présent j'évitais bien consciencieusement d'en parler”*. Il explique son attitude en s'appuyant sur *“l'article 8 du Code de Déontologie: dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime le plus appropriées en la circonstance...”*.

Un médecin exprime un aspect positif de ce test dans la relation médecin-parents, il trouve qu'il entraîne une **discussion importante**. *“Ca nous fait discuter avec la patiente de plein d'aspects qu'on ne discutait pas auparavant. Le côté interruption thérapeutique de grossesse, enfants mal-formés... on ne les envisageait finalement que peu... Avec la Trisomie 21, on est obligé d'aborder ce côté.”*

D. Une situation potentiellement à risque médico-légal.

- dans notre étude

41% des médecins de notre étude trouvent la place du médecin généraliste à risque en tant que coordonnateur responsable dans le dépistage de la trisomie 21.

- l'exemple d'un médecin généraliste assuré par la MACSF [21]

Un médecin généraliste suit jusqu'à son cinquième mois de grossesse une patiente de 36 ans dont la grossesse semble se dérouler sans difficulté particulière, un gynécologue obstétricien prenant le relais par la suite. Malheureusement, cette patiente accouche d'un enfant atteint de trisomie 21. La patiente assigne en justice le médecin généraliste et le gynécologue pour obtenir la désignation d'un médecin expert. Cet expert relève que le médecin généraliste n'a pas informé la patiente des moyens permettant à l'époque des faits de dépister les femmes présentant un risque de trisomie 21. Il n'a pas, notamment, proposé le dépistage par les marqueurs sériques. Le tribunal ayant débouté la patiente de sa demande en indemnisation, elle a interjeté appel de cette décision et l'affaire a donc été soumise à la Cour.

Le médecin faisait valoir qu'on ne peut exiger d'un médecin généraliste qu'il connaisse toute la littérature médicale relative aux différentes spécialités. La Cour n'accepte pas cet argument que pourtant le tribunal avait validé. Elle indique que *"dans la mesure où le test des marqueurs sériques ne peut être effectué qu'entre la 15ème et 17ème semaine de grossesse (à l'époque), c'est-à-dire avant le 5ème mois à une époque où beaucoup de femmes enceintes ne sont pas encore suivies par un gynécologue obstétricien, c'est précisément au médecin généraliste qu'il incombe de fournir l'information à sa patiente..."*.

Il est bien évident que ce n'est pas l'absence d'information qui est la cause de l'handicap de l'enfant. Cependant, la Cour a estimé que l'absence d'information avait privé la mère de la possibilité de faire réaliser une IMG.

- dans d'autres études

Dans une étude menée par M. CREUSOT-LAPENNE et S. HURE-JOUSSON dans le Loiret en 2007 [31], plusieurs médecins se demandent quelles démarches administratives accomplir lorsqu'une patiente refuse le dépistage de la Trisomie 21 par dosage des marqueurs sériques. Un dit le noter dans le dossier médical, un autre dit ne rien faire. Tous se sentent concernés par le problème médico-légal de devoir apporter la preuve qu'ils ont bien informé la patiente.

"Il faut que l'on ait prouvé qu'on avait vraiment insisté. C'est très très dur. Les patientes ont le droit de dire non à des soins médicaux mais on est quand même dans l'obligation d'expliquer et de se justifier sur les efforts qu'on a fait pour convaincre ou tout au moins informer le patient."

Dans l'étude d'A.D. d'USSEL [32], un médecin exprime lui aussi son questionnement sur la bonne attitude à adopter face à une patiente qui refuse ce test *"je me refuse de faire signer un papier... je le note dans le dossier"* *"Si je leur fais signer un papier, ça veut dire que je ne leur fait pas confiance."*

Un autre trouve que ce test complique le suivi des femmes enceintes. *"le suivi des grossesses en a été compliqué et sur le plan pratique et sur la crainte médico-légale."*

E. Une peur du risque médico-légal étonnamment peu exprimée

Les obligations imposées aux médecins généralistes par les réglementations sont lourdes, les attentes des patientes en matière de sécurité sont fortes, et pourtant, étonnamment, lorsque l'on demande aux médecins de notre étude s'ils estiment que le suivi de grossesse est une activité à risque, seuls 9% répondent par l'affirmative.

La question n'avait peut-être pas bien été comprise comme "activité à risque médico-légal" puisque lorsqu'on demande ce qui pourrait être source d'inquiétude pour eux, un quart des participants répondent: "le risque professionnel et médico-légal".

5.3. Une place inconfortable au sein d'une multitude d'intervenants

La place du gynécologue obstétricien est évidente pour tous: il est le spécialiste capable de prendre en charge une grossesse dans sa globalité, de la période pré-conceptionnelle à la consultation post-natale, aussi bien pour une grossesse physiologique que pathologique.

Celle de la sage-femme est elle aussi bien codifiée: les compétences de l'exercice de la profession sont définies par le droit (profession règlementée). Elles apparaissent dans les textes sous forme de lois, décrets, arrêtés et circulaires. Les actes propres à l'exercice de la profession sont codifiés dans le Code de Santé Publique.

Le rôle propre du médecin généraliste n'est pas défini clairement.

L'HAS a émis des recommandations issues d'un accord professionnel indiquant que: *“Lorsque la grossesse se déroule sans 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 patiente”*.

Si le médecin généraliste propose ou accepte de suivre une grossesse, il est tenu de respecter les recommandations qui s'y rapportent. *“Dès lors qu'il a accepté de répondre à une demande, le médecin s'engage à assurer personnellement au patient des soins consciencieux, dévoués et fondés sur les données acquises de la science, en faisant appel, s'il y a lieu, à l'aide de tiers compétents”*. (Article R4127-32 du Code de Déontologie médicale)

Mais rien n'oblige un médecin généraliste à accepter de suivre une grossesse, s'il ne se sent pas capable ou s'il ne souhaite pas exercer l'obstétrique. Il est alors tenu d'en informer la patiente et de l'orienter vers un professionnel compétent.

“Quelles que soient les circonstances, la continuité des soins aux malades doit être assurée. Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser ses soins pour des raisons professionnelles ou personnelles. S'il se dégage de sa mission, il doit alors en avertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins”. (Article R4127-47 du Code de Déontologie Médicale).

Le fait que certains médecins généralistes pratiquent la gynécologie et suivent des grossesses, et que d'autres ne le fassent que très peu ou pas peut contribuer à l'incertitude de la patiente sur les compétences de son médecin dans ce domaine.

Un rôle de coordination

La convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005, approuvée par l'arrêté du 3 février 2005, organisant les rapports entre les médecins et l'assurance maladie fixe aux généralistes une mission de coordination entre les différents professionnels de santé amenés à traiter un même patient.

Cette mission de coordination peut engager sa responsabilité. Le texte de la convention mérite d'être cité: *“Le médecin correspondant ne rend qu'un avis ponctuel de consultant lorsqu'il reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant; il ne donne pas au patient de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions”*.

Dans le cadre d'un suivi de grossesse, ce rôle de coordination est laissé au médecin qui suit la grossesse de manière régulière. Ce peut donc être soit le médecin généraliste, soit le gynécologue-obstétricien.

Le médecin traitant qui a habituellement exclusivement cette mission de coordination peut donc être amené à confier ce rôle à un gynécologue obstétricien, en ce qui concerne la grossesse de sa patiente, le temps de celle-ci.

Là encore, il peut avoir du mal à trouver sa place.

Dans notre étude, alors que la place du médecin traitant était présentée comme une place privilégiée dans les réponses à la question 14, il apparaît que **pour 47% des personnes interrogées cette place au sein d'une multitude d'intervenants représente un obstacle**. Pour ces médecins, elle serait donc considérée comme privilégiée vis-à-vis de la patiente et comme inconfortable au sein de l'équipe soignante lorsqu'un certain nombre de professionnels sont amenés à intervenir.

5.4. Un outil de suivi peu apprécié: le carnet de maternité

5.4.1. Historique du carnet de maternité

A. Protection Maternelle et Infantile et suivi de grossesse

Le premier arrêté employant le terme de « carnet de maternité » date du 4 juillet 1972 [22]. La création de ce carnet intervient après un long processus visant à améliorer la survie pendant et après la grossesse.

C'est en effet suite à la guerre dévastatrice de 1939-1945 qu'est créée la Protection Maternelle et Infantile (PMI) au travers de l'Ordonnance du 2 novembre 1945: elle stipule que « les futures mères doivent bénéficier d'une surveillance sanitaire régulière à un rythme fixé par voie réglementaire » et qui doit par conséquent être gratuite. Son principal objectif était de lutter contre la forte mortalité périnatale et d'aider ainsi à la reconstruction du pays.

Il faut cependant attendre l'action « Périnatalité », menée par Marie-Madeleine Dienesch, Secrétaire d'Etat à la Santé publique au début des années 70, pour réduire de façon significative la prématurité et la mortalité materno-infantile. C'est dans ce but qu'elle décide de rendre obligatoires la consultation prénuptiale, la surveillance médicale de la grossesse (avec un minimum de cinq visites) et la prise en charge de la naissance dans des maternités adaptées techniquement et humainement.

Le Haut Comité de Santé Publique, saisi par B. KOUCHNER alors Ministre de la Santé, établit en janvier 1994 un rapport qui dresse l'état des lieux de la sécurité ainsi que la qualité de la grossesse et de la naissance et plaide pour un nouveau plan de périnatalité.

Le gouvernement, à la suite de ce rapport, adopte en avril 1994 un plan national d'action: Le Plan de Périnatalité 1994-2000 [23] intitulé "*La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance*".

Il fixe quatre objectifs à l'horizon 2000:

- Diminuer la mortalité maternelle de 30%
- Abaisser la mortalité périnatale d'au moins 20%
- Réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25%
- Réduire de moitié le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse.

L'une des mesures concerne **l'amélioration du système d'information sur la périnatalité** par la mise en place à intervalles réguliers d'enquêtes sur la morbidité et les pratiques médicales autour de la grossesse et de l'accouchement.

Les autres principales mesures de ce plan de périnatalité sont:

- **l'optimisation des suivis de grossesse** en renforçant la collaboration des médecins libéraux avec les maternités. Le **carnet de maternité** apparaît comme un outil pertinent au partage de l'information. Le **travail en réseau** est promu ainsi que l'établissement de protocoles de surveillance et de dépistage. Les PMI trouvent alors toute leur place dans ce travail en réseau.

- **la restructuration des maternités**
- **les soins aux nouveau-nés** en donnant leur place aux pédiatres en maternité
- **la sécurité optimale des naissances** en créant des normes de personnel, de locaux et de matériel (notamment une garde sur place des gynécologues-obstétriciens et des sages-femmes).
- **une amélioration quantitative et qualitative des professionnels de santé**
- **une éducation du public à la santé en matière de grossesse**, de naissance et d'éducation d'enfant dont la responsabilité revient aux professionnels de santé, aux travailleurs sociaux ainsi qu'à l'éducation nationale.

B. Le Carnet de Maternité de 1976 à nos jours

C'est à partir de 1976, soit quatre ans après son apparition dans les textes législatifs, qu'est diffusé le carnet de grossesse « rose » (document CERFA n°60.3909), dont l'utilisation conditionne la perception des Allocations Familiales. Ce carnet, facultatif, n'est délivré par la caisse que si les droits de la patiente à l'Assurance Maladie sont ouverts. Ses feuillets devront être alors produits à l'appui de toute demande de prestation.

Le « nouveau carnet de maternité », diffusé par la Direction Générale de la Santé, qui supplantera le « carnet rose » en 1990 deviendra par contre obligatoire dans les textes, mais sans aucune répercussion financière.

Il n'a subi aucune modification entre 1990 et 2007, malgré les bouleversements importants dans le domaine du suivi obstétrical. On envisageait déjà une actualisation de ce carnet en 1999, notamment en ce qui concerne la partie information [24].

Le plan périnatalité 2005-2007 [26], publié en novembre 2004 et entrepris par

Philippe Douste-Blazy alors Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, a été à l'origine du nouveau carnet de maternité mis en place en 2007. Il a été réactualisé en y intégrant les principaux messages de prévention et les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé.

5.4.2. Descriptif du Carnet de maternité actuel:

Il se présente en trois parties:

1- **un livret d'accompagnement** de la grossesse comportant des espaces d'annotations pour la mère et les professionnels qui la suivent;

2- **des fiches d'information pratiques** sur les examens à suivre, les soins, les démarches à entreprendre, assortis de messages de prévention (exemple: conseils alimentaires, de suivi dentaire);

3- **un dossier prénatal** de suivi médical à remplir par les professionnels de santé, qui peut être remplacé par le dossier de suivi médical utilisé dans leur réseau de soins.

5.4.3. Point de vue des médecins généralistes sur le Carnet de Maternité actuel

- dans notre étude

Dans notre étude, 68% des médecins interrogés trouvent utile de remplir le carnet de maternité, cependant seuls 32% le trouvent satisfaisant. 12% n'avaient pas d'idée sur la question.

56% disent ne pas le trouver satisfaisant, ces mêmes médecins trouveraient utile de recevoir un dossier de suivi de grossesse unique.

Aucun médecin ne pense qu'il n'y aurait pas d'intérêt à élaborer un nouveau dossier.

- dans une autre étude

Dans l'étude menée par C. CASALS en 2006 auprès de 80 médecins généralistes à Paris [25], **95.5% des MG recevant des femmes enceintes en consultation n'utilisent jamais le carnet de maternité**, 82% utilisent des courriers ou des photocopies de dossier, et 10.5% des MG disent (parfois) ne pas transférer des informations à leurs confrères.

Ils ne sont que la moitié à connaître l'existence des carnets de maternité. De façon attendue, ils ignorent également auprès de qui ils doivent s'adresser pour se les procurer: 60% disent ne pas le savoir.

Parmi les médecins qui connaissent son existence, **59% le considèrent utile**, alors que seuls **12% le trouvent à jour**.

92% des MG interrogés estiment qu'il favoriserait la communication, la continuité des soins.

Un des premiers obstacles à son utilisation semble être une méconnaissance de son existence par un nombre non négligeable de praticiens, de plus, un certain nombre d'améliorations sont à apporter si l'on veut favoriser l'adhésion des professionnels de santé à cet outil.

Mais il faut s'interroger sur les autres raisons entravant son usage.

Le regroupement dans le même document d'un dossier d'informations générales à l'usage des patientes et du dossier médical déplaît peut-être à certains médecins qui n'apprécient peut-être pas l'amalgame qui peut être créé. La présentation des "pages médicales", réservées aux notes du médecin, ne ressemble pas à celle de dossiers médicaux classiques et semble éloignée des considérations médicales. C'est peut-être une des raisons pour lesquelles ce document est "boudé" par les médecins qui apprécieraient un dossier de connotation plus médicale que sociale.

5.5. Des contraintes matérielles: manque de temps

Une consultation de suivi de grossesse fait partie des consultations qui demandent du temps. En effet, comme nous l'avons vu plus haut, la quantité d'informations à délivrer est importante et certaines d'entre elles ne sont pas anodines et demandent une réflexion de la patiente, une discussion approfondie entre le médecin et sa patiente et parfois de nouvelles explications de la part du praticien.

La future maman arrive souvent en consultation avec un certain nombre de questions qui demandent une écoute attentive, des réponses précises et claires et le temps nécessaire pour la rassurer d'éventuelles inquiétudes.

Mais la gynécologie obstétrique est aussi une médecine de l'intime. Il faut prendre le temps de respecter la pudeur de la patiente, de lui expliquer les gestes de l'examen afin de créer un climat de confiance.

5.6. Des difficultés de prescription

L'évaluation du risque d'effets indésirables des médicaments commence avant leur mise sur le marché lors d'études toxicologiques et au cours d'essais cliniques. Cette surveillance des effets indésirables se poursuit ensuite avec leur recueil par les Centres Régionaux de Pharmacovigilance et la mise en place d'études cliniques et pharmaco-épidémiologiques. Pour des raisons éthiques évidentes il existe peu d'études cliniques concernant les effets des médicaments pendant la grossesse. Les effets indésirables des médicaments lors de la grossesse décrits dans la littérature concernent le plus souvent le fœtus mais peu d'auteurs s'intéressent aux effets sur la mère. Or, les changements physiologiques liés à la grossesse entraînent des modifications des propriétés pharmaco-cinétiques de certains médicaments.

La difficulté de prescription est donc double: il faut prendre en compte le fœtus et la mère dont certains métabolismes sont modifiés.

Dans notre étude, 16% des médecins estiment qu'un des obstacles rencontrés lors du suivi des grossesses est la difficulté de prescription pendant cette période.

Beaucoup de médecins sont réticents à prescrire des médicaments pendant la grossesse. Les sources d'information les plus souvent consultées pour les aider sont: le Vidal et le site internet du CRAT (Centre de Référence des Agents Tératogènes).

6. Des améliorations à apporter

6.1. Un travail en réseau à développer

6.1.1. Les Plans de Périnatalité donnent naissance aux réseaux de périnatalité

La notion de réseau de périnatalité a vu le jour à la suite du Plan de Périnatalité 1994-2000. L'objectif principal de ce Plan de Périnatalité était d'améliorer la sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance, en passant notamment par une **h`m`généisati`n des suivis de gr`ssesse**.

C'est ainsi que **le travail en réseau** est promu afin de renforcer la collaboration des médecins libéraux et des maternités. L'établissement de protocoles de surveillance et de dépistage permettait alors d'homogénéiser les pratiques et de les améliorer en diffusant ainsi des recommandations de bonne pratique.

Ce Plan de Périnatalité préconisait également des enquêtes nationales régulières visant à suivre l'évolution des principaux indicateurs de santé (en particulier les indicateurs de mortalité périnatale et de mortalité maternelle) et de pratiques médicales.

Plusieurs enquêtes nationales ont donc été réalisées. Celle en Janvier 1995 dont les résultats ont été comparés à ceux de la dernière enquête nationale réalisée par l'INSERM en 1981 (Enquête "Naître en France") mettait en évidence une nette amélioration de la qualité des suivis de grossesses et des naissances. En particulier, le nombre de visites prénatales et d'échographies avait augmenté, ce que confirme encore l'enquête de 1998.

Une autre, réalisée en 2003, montrait que la surveillance prénatale continuait de s'améliorer avec une augmentation du nombre de consultations et d'échographies.

Ces enquêtes aboutissent au Plan de Périnatalité 2005-2007 intitulé "*Humanité, proximité, sécurité, qualité*"

Ce plan doit permettre, en 2008, de réduire d'une part la mortalité périnatale de 15% (soit 5,5 pour 1 000 naissances contre 6,5 en 2005), et d'autre part, la mortalité maternelle de plus de 40% (soit de 5 pour 100 000 contre 9 en 2005). Il vise à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en développant une offre plus humaine et plus proche. Il vise également à aménager les conditions d'exercice des professionnels de la naissance.

Les professionnels de santé encadrant la grossesse sont invités à être acteurs d'une nouvelle politique périnatale, à travers la création d'une Commission Nationale de la Naissance, qui fédère les Commissions Régionales de la Naissance.

Le réseau de soin existe alors à différentes échelles: un réseau local formel ou informel entre les professionnels de santé proches géographiquement, un réseau départemental à travers

les PMI, un réseau régional grâce aux Commissions Régionales de la Naissance, tout ceci fédéré au niveau national par une Commission Nationale de la Naissance.

Le réseau a l'avantage de préciser la place de chaque intervenant et de limiter d'éventuelles frustrations que certains pourraient ressentir.

6.1.2. En Haute-Normandie

- Naissance du "Réseau Périnatalité en Région Haute-Normandie"

L'association "Réseau Périnatalité en Région Haute Normandie" est née en mai 2000 grâce à une volonté conjointe des acteurs de terrain chargés d'accompagner la femme enceinte et le nouveau-né et l'administration régionale de la santé chargée d'organiser les structures nécessaires au bon déroulement de la naissance.

- Objectifs du réseau

Le projet global du réseau a pour objectif de mettre en œuvre des actions permettant une coordination des acteurs de la naissance, une meilleure connaissance les uns des autres, un même langage et ceci pour le bien-être des usagers.

Tous les projets ont progressivement débouché sur des actions de formation, communication, confrontation des pratiques, mise en commun des résultats et harmonisation des procédures de suivi.

- Adhésion des professionnels de santé

Depuis 2004, l'adhésion des professionnels se fait par la signature d'une fiche qui implique le respect de la charte et de la convention constitutive du réseau. Cette adhésion se fait sur la base du volontariat.

La liste des membres est validée une fois par an en bureau.

Au 01/01/2012 ils étaient 1183 professionnels de santé membres de l'association.

Les différentes professions représentées sont: les médecins généralistes, les médecins spécialistes d'organe (gynécologues obstétriciens, gynécologues médicaux, radiologues, pédiatres, pédopsychiatres et psychiatres et quelques autres spécialités), pharmaciens, sages-femmes, puéricultrices, infirmières et quelques autres professionnels de santé.

- Adhésion des patients

Le réseau garantit à l'utilisateur le libre choix d'accepter de bénéficier du Réseau ou de s'en retirer (*loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits du malade*).

L'utilisateur s'engage à accepter que les informations médicales le concernant soient partagées entre les différents professionnels du réseau.

- Le Dossier Personnel Partagé (DPP)

Le DPP est un outil de communication entre les professionnels de santé mis gratuitement à leur disposition pour suivre les grossesses et les enfants vulnérables. La patiente (ou les parents de l'enfant concerné) doit avoir donné son accord pour permettre l'ouverture de ce dossier

(signature d'une fiche de consentement) et le professionnel de santé doit être membre du réseau pour pouvoir y accéder (fiche d'adhésion professionnelle).

Ce DPP est accessible par les professionnels de santé ou par la patiente depuis la plateforme internet du Réseau Périnatalité en Région Haute Normandie. La patiente y accède grâce à un identifiant et un mot de passe. Le professionnel de santé y accède de manière sécurisée par un mot de passe ou par sa carte CPS.

En pratique, ce DPP est peu utilisé par les médecins libéraux. On y trouve surtout les comptes-rendus d'hospitalisation ou de consultations hospitalières des patientes. Il sert donc surtout d'outil consultatif pour les médecins généralistes pour qui, remplir ce dossier leur demanderait une double prise de note. Pour des raisons financières, il est encore impossible de rendre compatible ce dossier avec chacun des logiciels des médecins généralistes alors que cela permettrait de n'avoir qu'une seule prise de note.

- Le site internet: support d'informations

Le site internet du réseau (www.reseaux-perinat-hn.org/) sert non seulement à la présentation administrative du réseau mais aussi à la diffusion d'informations à l'usage des futures mères concernant le projet de grossesse, la grossesse (formalités administratives, médicaments, alimentation, vaccins, tabac, voyages...) ainsi que des conseils relatifs à la naissance, aux suites de couches et au nouveau-né.

- Exemple d'actions menées par le réseau

Une des actions importantes de ce réseau est de permettre d'organiser des formations à l'attention des médecins généralistes. Il s'agit essentiellement de formations sur les grandes pathologies de la grossesse. Récemment, l'une d'elle a porté sur les nouvelles modalités de dépistage de la trisomie 21.

Il est également à l'origine de groupes de travail organisés par thématique ou par profession. Actuellement, un des groupes de travail, dirigé par un médecin généraliste, se penche sur le développement d'une démarche préconceptionnelle.

Parmi les autres actions du réseau, on peut citer l'établissement de revues de morbidité, le développement de télémonitoring à domicile pour les patientes des maternités de niveau II et III, une réflexion sur la thématique de la présence du père lors des césariennes.

6.1.3. Des exemples ailleurs en France

A. Le Réseau Périnat Aquitaine

Le Réseau Périnat Aquitaine offre un espace de travail, de partage, de réflexion, de formation et d'information, en lien avec d'autres professionnels de la région, autour d'un objectif commun: assurer des soins de qualité, harmonisés, aux futures mères et aux nouveau-nés.

Il est constitué de médecins (obstétriciens, gynécologues, pédiatres, anesthésistes, psychiatres), de sages-femmes, de puéricultrices, d'infirmières, de psychologues, d'assistantes sociales.... Les groupes de travail, qui existent aujourd'hui au sein du Réseau, s'articulent autour des sujets suivants: transferts périnataux, addictions & grossesse, recommandations en obstétrique, diagnostic ante-natal, entretien prénatal précoce, soins palliatifs en périnatalité ...

Sur l'espace professionnel du site du Réseau Périnat Aquitaine, on peut:

- accéder à des coordonnées de professionnels selon leurs compétences,
- disposer de protocoles et de référentiels communs,
- accéder à l'agenda des congrès nationaux et régionaux, des journées de formation thématiques, des formations du réseau,
- participer à des groupes de travail du réseau ou obtenir les comptes rendus,
- diffuser des informations sur la plateforme (formations, annonces professionnelles, articles,
- Interroger le réseau.

B. Le Réseau Périnatalité du Sud de l'Ile de France

En janvier 2006, les établissements publics et privés de l'Essonne, de l'ouest du Val-de-Marne et du sud de Seine-et-Marne, et les professionnels de santé de ville se sont engagés dans une réflexion sur les thématiques couvrant l'ensemble des phases de la grossesse et du suivi post-natal, pour initier une approche homogène des pratiques professionnelles.

Cet engagement s'est matérialisé d'abord par une réunion mensuelle de différents professionnels, puis en mars 2007 formalisé par une lettre de soutien des établissements à cette démarche de réseau, et enfin par l'adhésion à l'association Périnat IF Sud (loi 1901) porteuse du réseau lors de sa création en juin 2007.

Aujourd'hui, les missions du réseau sont:

- améliorer l'orientation précoce et la prise en charge des femmes enceintes tant pour les grossesses normales que pathologiques vers des structures adaptées en fonction du risque médical, psychologique et social.
- renforcer les communications entre les professionnels de ville et des établissements de santé
- homogénéiser les pratiques: protocoles communs, formations, dossier commun
- créer des liens avec les réseaux existants dans la zone géographique définie: Péri Nat 92 sud, réseau pédiatrique sud et ouest francilien.

En 2010, le réseau comptait 133 membres: 9 généralistes, 40 gynécologues obstétriciens, 39 sages-femmes, des pédiatres, des radiologues ...

Les principales actions menées par le réseau en 2010 ont été:

- quatre EPU: grossesses gémellaires, dépistage de la trisomie 21 au premier trimestre de la grossesse, l'allaitement maternel, l'entretien prénatal précoce.
- deux protocoles validés: hémorragie en post-partum et transfert in utéro
- sept groupes de travail en cours: échographies, entretien prénatal précoce, transferts in utero, hémorragies du post-partum, système d'information, site WEB, dépistage de la surdité.

6.2. Un carnet de maternité à améliorer

6.2.1. Nécessité d'une utilisation systématique du carnet par tous

- Utilisation par les professionnels de santé

Pour que ce carnet soit fonctionnel, c'est-à-dire pour qu'il remplisse efficacement sa fonction d'outil de communication toujours à jour et disponible, il doit être utilisé (et rempli) par tous les intervenants au cours de la grossesse, que ces interventions fassent ou non partie du suivi « systématique ».

Le Réseau ville-hôpital du Haut Nivernais, qui existe depuis 1994, a élaboré un carnet de suivi de la grossesse, adapté à la pratique du Réseau. Ce carnet, distribué par les médecins systématiquement à toutes les femmes enceintes dès le début de la grossesse, sert de lien entre les différents acteurs: chacun doit y noter le résultat de sa consultation, condition de son succès.

Il a été adopté par 92% d'entre eux (selon Mme Capgras Baberon, sage-femme coordinatrice du réseau, aux *Journées Nationales de la Revue du Praticien Médecine Générale 2004*).

- Utilisation par la patiente

Pour garantir sa disponibilité en toute circonstance (urgence obstétricale ou non, consultation sans lien direct avec la grossesse) il est fondamental que le carnet suive la patiente dans tous ses déplacements.

Cela implique deux conditions:

- Le carnet doit avoir un format facile à transporter. C'était le cas du carnet précédent qui était en format A5, mais le carnet actuel, dans son format A4 n'est pas facile à transporter.

- La patiente doit être informée et responsabilisée quant à sa participation à la prise en charge de sa grossesse.

Dans le Réseau du Haut-Nivernais l'usagère s'engage à présenter le carnet de suivi à tous les intervenants *qu'elle rencontrera, afin qu'il puisse être renseigné*: engagement qui doit être signé par la patiente lorsqu'elle accepte d'être prise en charge par le Réseau. A noter que ce carnet a lui aussi un petit format.

6.2.2. Modification du support?

Dans notre étude, c'est bien la forme "papier" du carnet qui est préférée des médecins: 59% des praticiens qui souhaitent que le carnet de maternité soit reconçu préféreraient que celui-ci soit remis à la patiente en fin de consultation, 31% (soit 10 médecins) préféreraient un dossier informatique partagé et 10% un dossier sous une autre forme (non précisée).

Il est suprenant de voir que seulement 10 médecins ne sont séduits par un dossier informatique.

Est-ce parce que les praticiens pensent que cela est trop compliqué à mettre en place au niveau national, à l'image du Dossier Médical Personnalisé (DMP) prévu sur la carte vitale et qui n'est toujours pas en service? Ou parce qu'ils trouvent que ce support n'est pas satisfaisant? En effet, il faudrait un dossier compatible avec les tous logiciels déjà en place dans les cabinets, ce qui paraît compliqué. De plus, un certain nombre de médecins généralistes ne sont pas encore informatisés (essentiellement des médecins installés depuis bien longtemps) ou n'utilisent leur ordinateur que pour la transmission des feuilles de soins électroniques.

6.2.3. Amélioration de son contenu et de sa présentation

Il pourrait être intéressant que ce carnet de maternité soit non seulement un outil de communication interprofessionnel, mais également un guide du suivi des grossesses pour les généralistes.

Le suivi obstétrical est très standardisé [12], d'où l'intérêt d'une check-list regroupant les antécédents et les éléments cliniques à rechercher, ainsi que les bilans systématiques ou systématiquement proposés.

Ce guide pourrait comprendre:

- **Une aide au dépistage des facteurs de risque pour une prise en charge adaptée**
précise: le carnet de maternité doit être un outil permettant au praticien de faire le tri, dès la première consultation, entre grossesses « physiologiques » (à bas risques) et celles à risque plus élevé nécessitant un suivi spécialisé de façon à adapter les soins obstétricaux ou pédiatriques.

Mme Le Goaziou évoque aussi l'utilisation d'une « grille de recueil de données » pour faciliter la détection des facteurs de risque obstétricaux par le médecin généraliste [27].

L'HBMR (Home-Based Maternal Record), sorte de fiche de santé de la femme enceinte créé par L'OMS destiné à l'usage des suivis de grossesses dans les pays en voie de développement, a eu également cette ambition. Grâce à un code de couleurs il permettait l'identification précoce des facteurs de risque pendant et après la grossesse [25]. Sans doute devrions-nous nous inspirer de cette idée simple: le carnet aiderait ainsi de façon très « pratique » le praticien à décider s'il est, ou non, en mesure de suivre (ou de continuer à suivre) la grossesse de sa patiente en fonction des antécédents de celle-ci ou du déroulement de sa grossesse actuelle.

- **Un support d'évaluation du risque psychosocial des patientes**, risque souvent négligé par l'ensemble des professionnels de santé.

- **Un rappel des examens obligatoires recommandés avec mention des dates correspondantes**. Cela pourrait se présenter sous forme d'un **tableau récapitulatif**.

Devraient y figurer: bilans biologiques en fonction de l'âge de la grossesse, échographies.

6.2.4. Nécessité d'une réévaluation et mises à jour régulières du contenu du dossier obstétrical

Le carnet de maternité mis en service en 1990 n'avait fait l'objet d'aucune modification jusqu'en 2007 malgré les évolutions importantes du suivi des grossesses pendant cette période.

Il semble important que les nouvelles réglementations ou modifications de pratiques apparaissent dans le carnet de santé, tant pour l'information de la patiente que pour celle du médecin pour qui cela peut être un support de rappel de ces informations.

6.2.5. Une distribution plus précoce

Le mode de distribution du carnet de maternité varie d'un département à l'autre. En Seine-Maritime, la patiente le reçoit soit par les systèmes de PMI du Conseil Général, soit par son médecin traitant.

Lorsque c'est la PMI qui lui envoie, elle le fait à la suite de la déclaration de grossesse, celle-ci intervenant en général à la suite de la première échographie. Si l'on veut que ce carnet puisse servir de support d'informations aux patientes, en particulier en ce qui concerne les règles hygiéno-diététiques et l'organisation habituelle d'un suivi de grossesse, celui-ci arrive alors un peu tard. Il pourrait être intéressant qu'il serve de support écrit des informations que le médecin délivre lors de la première consultation. Les informations transmises sont tellement nombreuses à cette occasion que cela permettrait à la patiente de les relire dans son carnet de maternité, une fois rentrée chez elle.

Dans l'étude menée par C. CASALS, il ressort que 53% des médecins généralistes interrogés souhaiteraient une distribution de ce carnet à l'occasion de la consultation du diagnostic de la grossesse et 30% au troisième mois.

6.2.6. Autres outils de communication parfois disponibles

Il est important de signaler le développement d'autres moyens d'échange d'information au sein des réseaux « grossesse »:

- Le dossier informatique périnatal partagé

De plus en plus utilisé par les différents réseaux, il s'agit d'un dossier unique sécurisé et partagé via « extranet » et dont la patiente possède la clef [28].

Il permet le partage d'information entre les différents intervenants du réseau. Le logiciel comprend également un guide informatisé, validé par le réseau, avec un calendrier de tâches à effectuer en fonction du terme de la grossesse. Cependant, malgré tous ces avantages, ce moyen de communication paraît avoir deux inconvénients majeurs: celui d'être dépendant de l'utilisation d'un ordinateur, et celui de n'être accessible qu'aux membres du réseau, puisqu'il faut avoir un identifiant et un mot de passe personnels pour être connectés au système « extranet » et consulter le dossier.

- Le futur Dossier Médical Personnalisé (DMP)

C'est un nouveau dispositif institué par la loi du 13 août 2004 de réforme de l'assurance maladie, initialement prévu pour juillet 2007. Ce dossier médical sera personnel, unique et informatisé, destiné à chaque assuré social de plus de 16 ans.

Il comportera tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques reportés par les professionnels de santé en ville et à l'hôpital, ainsi que les éléments du compte-rendu de sortie en cas de séjour dans un établissement de santé. L'imagerie devrait également y figurer.

Le Plan Périnatalité 2005-2007 prévoyait déjà d'intégrer au DMP la partie du Carnet de Maternité destinée aux informations personnelles concernant la patiente.

L'accès au DMP se fera via Internet. Il sera sécurisé par l'utilisation conjointe de la carte du professionnel de santé (CPS) et de la nouvelle carte Vitale (avec photo) du patient. Il pourra lui-même consulter son DMP sur Internet à l'aide d'un code personnel.

Le patient sera le seul à avoir le code d'accès à son DMP et il pourra déterminer qui, en dehors de lui-même, pourra y accéder: les médecins de son choix (libéraux et hospitaliers) et seulement en sa présence.

Cependant on peut imaginer que le DMP aura plusieurs limites:

- Ce système est entièrement dépendant de l'informatisation, qui est loin d'être généralisée en France.

- Il existe déjà un retard important dans le calendrier prévisionnel initial prévu pour sa mise en place.

- Cas particulier de la partie « dossier obstétrical » du carnet de maternité: « le DMP ne sera accessible que pour les bénéficiaires de l'Assurance maladie de plus de 16 ans ». On peut alors s'interroger sur le support du suivi obstétrical chez les patientes en situation de précarité.

6.3. Développer les protocoles de prise en charge

La diffusion à large échelle de protocoles de prise en charge pourrait être un support d'aide à la prise en charge des pathologies de la grossesse pour les médecins généralistes.

Des protocoles existent déjà, que ce soit ceux rédigés par l'HAS ou ceux établis par les différents réseaux de périnatalité régionaux. Cependant, il semble qu'ils ne soient pas forcément utilisés par les médecins.

Dans notre étude, parmi les médecins qui prennent en charge des pathologies de la grossesse, moins de la moitié s'appuie sur des protocoles de prise en charge.

Pourquoi les protocoles existants sont-ils si peu utilisés? Leur existence est-elle méconnue des médecins généralistes? Sont-ils inadaptés à la pratique courante? Les médecins estiment-ils qu'ils ne leur sont pas utiles?

On pourrait imaginer que si les médecins généralistes participaient à leur élaboration, ils en feraient davantage usage dans leur pratique quotidienne.

C'est le raisonnement de beaucoup de réseaux de périnatalité régionaux au sein de qui des groupes de travail, constitués de membres du réseau, y travaillent. Mais encore faut-il que les médecins généralistes, non seulement adhèrent à un réseau, mais aussi participent à son

fonctionnement. Rappelons que dans notre étude seulement 54% des praticiens qui prennent en charge des pathologies de la grossesse travaillent en collaboration avec un réseau.

Toujours dans notre étude, les protocoles utilisés se répartissent quasiment équitablement entre ceux de l'HAS et ceux du Réseau de Périnatalité de Haute Normandie. Seul un médecin utilise d'autres protocoles sans préciser lesquels.

6.4. Une revalorisation de l'activité d'obstétrique en médecine générale?

On peut se demander si une revalorisation de l'activité d'obstétrique en médecine générale, éventuellement sous forme de forfait comme cela existe pour la prise en charge de certaines maladies chroniques, réconcilierait les médecins réticents à suivre des grossesses du fait du temps que ces consultations demandent et des risques médico-légaux qu'elles peuvent faire encourir.

6.5. Une évolution naturelle: la féminisation de la population des médecins généralistes: une réponse à la pudeur des femmes?

Force est de constater que la population des médecins généralistes se féminise fortement depuis une trentaine d'année. En 1984, les femmes représentaient 24% des médecins généralistes, en 2007 38% et en 2012 elles représentaient 42% des médecins généralistes (source Insee).

Dans le domaine de la gynécologie obstétrique, cette évolution est susceptible d'avoir des conséquences positives. En effet, les patientes expriment une certaine réticence à confier leur suivi gynécologique à un médecin généraliste homme (beaucoup plus qu'à une gynécologue femme).

Plusieurs études montrent que les médecins généralistes hommes sont moins intéressés par la gynécologie obstétrique que leurs collègues.

La féminisation de la médecine générale offre donc une population de médecins globalement plus intéressés par la gynécologie obstétrique et vers qui les femmes seront probablement moins réticentes à se tourner pour faire suivre leur grossesse.

ELEMENTS DE SYNTHÈSE DE LA DISCUSSION

1. Une faible pratique du suivi de la grossesse par les médecins généralistes

Contrairement à ce que pourrait laisser penser la baisse de l'évolution démographique des gynécologues obstétriciens et des gynécologues médicaux, il semble que les médecins généralistes n'effectuent pas plus de suivis réguliers de grossesses qu'auparavant.

Ils sont cependant très fréquemment consultés pour les déclarations de grossesse, voire pour les consultations du premier trimestre, mais rarement pour leurs suivis réguliers.

Les moindres compétences supposées du médecin généraliste en obstétrique sont une des explications de ce phénomène. Il semble néanmoins, qu'il s'agisse plus d'un manque de confiance de la patiente, en son généraliste, dans ce domaine.

Ceci est probablement dû à un manque de communication: communication médecin-patient mais aussi, communication à grande échelle, des autorités de santé en direction des patientes au sujet de la formation des médecins généralistes en obstétrique et donc, de leur compétence à mener à bien le suivi d'une grossesse normale.

2. Une activité globalement appréciée par les médecins

Les suivis de grossesses sont des consultations globalement appréciées par les médecins généralistes. Pour une majorité d'entre eux, ils sont source d'intérêt et de réjouissance. L'aspect "médecin de famille" est une véritable motivation pour beaucoup d'entre eux. Cette situation privilégiée leur permet d'aborder le suivi de la grossesse de leur patiente dans divers domaines: médical, psychologique et familial.

Il sera souvent le médecin de l'enfant à naître. Cette continuité des soins, propre à la médecine générale, en fait une de ses richesses.

La relation privilégiée qui peut s'établir entre le médecin et sa patiente au cours de cette période singulière est également souvent citée dans les sources d'intérêt de cette discipline.

Les médecins sont également nombreux à apprécier dans les suivis de grossesses, l'aspect de "médecine préventive" qui repose sur une éducation de la future maman aux règles hygiéno-diététiques qu'il convient de respecter et sur un suivi médical codifié ponctué d'examen de dépistage et d'examen cliniques.

Suivre une grossesse, c'est aussi accompagner la venue au monde d'un nouveau citoyen avec tout ce que cela comporte d'actions de santé publique et d'accompagnement social lorsque cela s'avère nécessaire.

3. Un suivi apprécié des femmes qui ont fait le choix de confier le suivi de leur grossesse à leur médecin traitant.

Au cours de cette période émotionnellement riche, les patientes aiment trouver un interlocuteur à l'écoute de leurs interrogations, de leurs doutes, de leurs éventuelles angoisses. Beaucoup de patientes disent trouver ces réponses chez leur médecin traitant. Il s'agit non seulement d'une disponibilité matérielle facilitant la prise de rendez-vous, mais aussi d'une écoute qui permet d'aborder les différents thèmes, se rapportant directement ou indirectement, à leur grossesse.

Le plus souvent, la patiente connaît son médecin traitant bien avant le début de sa grossesse. La relation médecin-patiente étant tissée depuis longtemps, la confiance existe donc déjà sans qu'il y ait besoin de période d'adaptation. La connaissance antérieure de la femme par le médecin généraliste permet d'alléger les consultations en évitant un interrogatoire inutile.

Les femmes apprécient souvent la proximité géographique du cabinet de leur médecin généraliste qui rend ainsi l'organisation des rendez-vous plus simple et permet de limiter les trajets plus longs et parfois déconseillés au cours de certaines grossesses.

L'absence d'appareil d'échographie au cabinet de médecine générale peut représenter un frein pour certaines patientes, mais d'autres expriment, que cette approche moins technique, leur permet de prendre un peu de distance vis-à-vis de leur grossesse.

4. Des obstacles

4.1. Une formation jugée insuffisante

Lorsque l'on interroge les médecins généralistes sur les difficultés qu'ils rencontrent lorsqu'ils suivent des grossesses, c'est le sentiment de manque de formation qui ressort principalement. Devant ce constat, les études de médecine générale ont été adaptées et une maquette de stages d'internat a été créée en 2001 permettant théoriquement à chaque futur médecin généraliste de réaliser un stage hospitalier en gynécologie obstétrique.

Cependant, le problème n'est pas parfaitement résolu car le nombre d'internes est souvent trop important pour le nombre de places disponibles dans ces services. Certains étudiants n'ont donc pas la possibilité d'en bénéficier. De plus, il ressort de certaines études [4] une inadéquation entre la formation hospitalière et la pratique de ville. Le "stage chez le praticien", compris dans la maquette d'internat, est censé répondre à cette problématique, en permettant d'appréhender les cas de gynécologie obstétrique rencontrés en médecine générale. Mais là encore, la solution n'est pas parfaite, car l'activité gynécologique est très variable d'un médecin à l'autre, et est parfois insuffisante pour offrir à l'étudiant, une formation de qualité dans ce domaine.

Parmi les médecins installés, peu ont bénéficié de cette réforme qui est encore assez récente. Ce n'est donc que dans quelques années que l'on pourra juger de son efficacité.

Dans notre étude, la très grande majorité des praticiens ont été formés, avant ces nouvelles dispositions.

La formation médicale continue semble être une réponse choisie et appréciée par un grand nombre de médecins. Elle permet alors, à chacun, de se perfectionner dans le ou les domaines dans lequel il se sent insuffisamment compétent [5].

4.2. Un risque professionnel et médico-légal

Pour des raisons diverses, et notamment, à cause des progrès de la médecine, le comportement du patient vis-à-vis de son médecin a bien évolué. La relation de confiance réciproque qui existait naguère laisse place à une exigence accrue du patient envers son médecin, principalement, en termes de sécurité. Le devoir de résultat a tendance à prendre le dessus sur le devoir de moyens. Il n'y a plus de place pour l'incertitude et encore moins pour l'erreur. En obstétrique, cela se traduit notamment, par le développement de l'idée du droit à l'enfant parfait. La menace de poursuites médico-légales, crée un climat de méfiance de la part du médecin.

Dans cette discipline, particulièrement encadrée par la réglementation, il faut savoir trouver le juste équilibre entre un discours agréable et détendu adapté à l'évènement heureux qu'est la grossesse et une attitude de prudence qui passe par le respect du cadre juridique imposé dans ce suivi, par une information loyale claire et appropriée, et par une tenue parfaite du dossier médical.

Les formulaires d'information servant à recueillir le consentement éclairé de la patiente pour les dépistages prénataux ont pour but de justifier que le médecin a bien rempli son devoir d'information. Même si leur but premier est de protéger le praticien, il semble que certains médecins ne se sentent pas à l'aise avec cette procédure. En effet, elle crée un climat de juridiarisation qui n'est pas forcément apprécié ni des médecins, ni des patientes [20].

La réforme concernant le dépistage de la Trisomie 21 (arrêté du 23 juin 2009 - JO du 3 juillet 2009) met le médecin généraliste en première ligne. La période propice au prélèvement des marqueurs sériques est maintenant encore plus précoce dans la grossesse (entre 11 SA et 13+6 SA). A cette date, la patiente n'a, souvent pas encore consulté d'autre médecin que son généraliste pour sa grossesse. C'est donc le plus souvent à lui que revient la mission de présenter les modalités du test mais son rôle et, surtout, d'interpréter les résultats et de prendre les éventuelles orientations qui en dépendent. C'est à lui aussi de faire signer par la patiente le formulaire de recueil de consentement éclairé, après avoir délivrer l'ensemble des informations nécessaires.

Ce test de dépistage crée parfois un certain malaise chez les médecins. La finalité de ce test est de permettre aux femmes porteuses d'un fœtus atteint de trisomie 21 de faire une IMG. Certains médecins y voient une forme d'eugénisme qui les dérange beaucoup [32]. Les uns sont mal à l'aise avec le formulaire de recueil de consentement pour les raisons que nous avons développées plus haut [20], d'autres déplorent l'anxiété qu'il peut engendrer chez certaines patientes [32].

Dans notre étude, 17% des médecins ne pratiquent pas ce dépistage du premier trimestre. Nous ne leur avons pas fait préciser les raisons de ce choix, il aurait été intéressant de le faire. Ont-ils gardé les habitudes de dépistage du deuxième trimestre? Ne proposent-ils pas du tout ce test? Les conséquences médico-légales d'un tel choix sont loin d'être négligeables.

4.3. Comment trouver sa place parmi tous les intervenants?

Contrairement au gynécologue obstétricien et à la sage femme, le rôle du médecin généraliste n'est pas défini précisément. Chaque médecin généraliste peut choisir son degré d'implication dans le suivi des grossesses en fonction de son affinité pour cette discipline et de ses compétences. Sa seule obligation est d'orienter sa patiente vers un professionnel compétent s'il ne souhaite pas suivre sa grossesse.

S'il décide de s'impliquer, même partiellement, il est tenu de respecter les réglementations s'y rapportant et notamment de passer la main au spécialiste compétent lorsque la situation le nécessite. Pour cela, l'HAS a émis un guide précisant les cas où l'avis du spécialiste est recommandé ou obligatoire [12].

Ce qui est bien défini, par contre, c'est le rôle de coordination du médecin généraliste fixé par la convention nationale des médecins généralistes et des médecins spécialistes du 12 janvier 2005. Mais cette place n'est pas forcément confortable dans le cadre des suivis de grossesses car il doit parfois la partager avec le gynécologue référent de la patiente lorsque celle-ci a choisi un suivi mixte ou que la situation le demande.

4.4. Le carnet de maternité, peu apprécié et très peu utilisé

Depuis la création du Carnet de Maternité et malgré ses différentes adaptations [22], il ressort de plusieurs études, et notamment de la nôtre, que cet outil est très peu utilisé par l'ensemble des professionnels de santé de la grossesse [25]. Différentes raisons peuvent expliquer cela. Tout d'abord, une méconnaissance de ce document par un grand nombre de médecins, mais aussi, une présentation inadaptée à l'usage des médecins, ou encore, la contrainte d'une double prise de notes (dossier habituel du médecin + carnet de maternité). Certains médecins peuvent également boudier ce carnet qui a pour eux, une connotation plus sociale que médicale.

4.5. Des contraintes matérielles: le manque de temps

Le contenu même d'une consultation d'obstétrique, aussi bien pour la quantité d'informations à délivrer, que pour l'examen clinique, allonge notablement la durée de ces consultations. En plus de ces "aspects matériels", il est nécessaire de prendre le temps de respecter la pudeur de la femme, afin de créer un climat de confiance.

4.6. Des difficultés de prescription

De manière générale, beaucoup de médecins sont réticents à prescrire des médicaments pendant la grossesse. Dans notre étude, 16% estiment que les prescriptions médicamenteuses font partie des difficultés qu'ils rencontrent lors des suivis de grossesse.

5. Des améliorations à apporter

5.1. Un travail en réseau à développer

La notion de réseau de périnatalité a vu le jour à la suite du Plan de périnatalité 1994-2000. Son objectif principal était d'améliorer la sécurité et la qualité de la grossesse ainsi que de la naissance, en passant, notamment, par une homogénéisation des suivis de grossesses. Le travail en réseau est donc promu, afin de renforcer la collaboration des médecins libéraux et des maternités.

Depuis, un grand nombre de réseaux régionaux de périnatalité sont nés et se développent progressivement.

Leur but premier est d'améliorer les pratiques. C'est pour cela que la plupart d'entre eux proposent des formations régulières aux professionnels de santé, principalement sur la prise en charge des pathologies de la grossesse. Cela permet aussi une meilleure connaissance les uns des autres, un même langage, ceci pour le bien être des patientes. Certains réseaux développent, dans ce but, un dossier médical partagé.

Le développement du travail en réseau dans le domaine de la périnatalité est donc en marche depuis une quinzaine d'années mais encore beaucoup de médecins généralistes, suivant des grossesses, ignorent leur existence ou ne font pas la démarche d'y adhérer.

5.2. Un carnet de maternité à améliorer

Comme nous l'avons vu plus haut, le carnet de maternité distribué par le Conseil Général ne semble pas recueillir l'approbation des professionnels de santé impliqués dans le suivi des grossesses.

La question qui se pose est de savoir s'il faudrait modifier le document existant de manière à mieux correspondre aux besoins des médecins. Pour cela on peut discuter d'une révision de son contenu, en y incluant, par exemple, un guide de prise en charge rappelant les différentes étapes du suivi mois par mois, et pourquoi pas un chapitre concernant les antécédents de la patientes présenté de manière à faciliter leur recueil au début de la grossesse et leur exploitation à chaque consultation si nécessaire.

On peut également discuter d'une modification de son format, trop grand pour faciliter son transport permanent par la patiente.

Ou bien faut-il en créer un nouveau répondant aux desiderata, des médecins auprès de qui l'on aurait fait une enquête?

Faut-il modifier le support de ce document pour utiliser un partage des informations par internet? C'est ce que le Dossier Médical Personnalisé devrait permettre de faire à l'avenir, mais qui pour l'instant, est encore loin d'être mis en service.

5.3. Développer des protocoles de prise en charge

La diffusion à large échelle de protocoles de prise en charge pourrait être un support d'aide à la prise en charge des pathologies de la grossesse pour les médecins généralistes.

Des protocoles existent déjà, que ce soit ceux rédigés par l'HAS ou ceux établis par les différents réseaux de périnatalité régionaux. Cependant, il semble qu'ils ne soient pas forcément consultés par les médecins.

On peut imaginer, que faire participer des groupes de médecins à leur élaboration, favoriserait leur utilisation par ceux-ci. C'est le raisonnement d'un certain nombre de réseaux de périnatalité qui ont donc adopté ce fonctionnement.

CONCLUSION

Autrefois, le médecin généraliste avait une place importante dans le suivi des grossesses.

La technique, la juridiction et la réglementation ont énormément évolué et ont engendré une demande de sécurité grandissante. L'obligation de moyen fait désormais partie de la pratique des médecins et l'on voit se dessiner une tendance à l'obligation de résultats. Cette évolution a conduit progressivement à multiplier les intervenants autour de la grossesse, laissant une moindre place au médecin généraliste.

Cependant, même si le médecin généraliste s'est retrouvé marginalisé, il garde une place privilégiée grâce à sa connaissance de la patiente dans sa globalité.

L'opinion de la patiente étant redevenue centrale, c'est elle, le plus souvent, qui choisit le professionnel qui la prendra en charge. Il est donc nécessaire, s'il l'on veut l'inciter à se tourner vers son médecin généraliste, de mieux l'informer sur ses compétences en obstétrique.

Depuis une quinzaine d'années, le travail des professionnels de la grossesse s'organise en réseau. Le médecin généraliste peut y trouver une sécurité technique auprès des différents spécialistes. Le fonctionnement en réseau, en précisant le rôle de chacun, lui redonne toute sa place de médecin coordonateur. La proximité de sa patiente et la connaissance approfondie qu'il a d'elle et de sa famille sont des atouts majeurs du médecin généraliste.

DEFINITIONS

Indicateur conjoncturel de fécondité

L'indicateur conjoncturel de fécondité, ou somme des naissances réduites, mesure le nombre d'enfants qu'aurait une femme tout au long de sa vie, si les **taux de fécondité** observés l'année considérée, à chaque âge, demeuraient inchangés.

LISTE DES ABREVIATIONS

FMC	Formation Médicale Continue
DU	Diplôme Universitaire
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
LCC	Longueur Cranio Caudale
CN	Clarté Nucale
PMA	Assistance Médicale à la Procréation
IMG	Interruption Médicale de Grossesse

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] AGNES A., LE GOAZIOU M.-F. Les motifs de consultation obstétricaux en médecine générale. Etude descriptive réalisée dans le département du Rhône. La revue EXERCER, Mai/Juin 2006; n° 78: 90-97.

[2] FLORI M., LE GOAZIOU M.-F. Savoir suivre une grossesse normale. La revue du praticien. Médecine Générale, 2006; Tome 20, n° 740/741: 873-878.

[3] NICOLLE C. Les besoins de formation des médecins généralistes en gynécologie obstétrique. Enquête auprès des praticiens de Midi-Pyrénées. Thèse: médecine générale: Toulouse: 2004.

[4] DIAS S. Etat des lieux de la pratique de gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile de France. Thèse: médecine générale: Paris 7: 2010.

[5] MEGRET V. Vision de la consultation de gynécologie par les patientes dans le cabinet de médecine générale. Thèse: médecine générale: Toulouse: 2010.

[6] BURBAN C. Le suivi de la grossesse, attitudes et besoins exprimés des patientes. Etude dans la région nantaise. Mémoire de Diplôme Universitaire de Santé Publique. Faculté de médecine de Nancy: 2000.

[7] Avis du Haut Conseil de la Population et de la famille. "Les conditions de la naissance en France" SYNGOF; N°32 décembre 97/janvier 98 p25.

[8] PREVOT-STIMEC I. Les attentes des femmes enceintes envers leur médecin généraliste dans le cadre du suivi de grossesse. Thèse: médecine générale: Nantes: 2005

[9] MOREAU-JAMIER S. Le suivi de la grossesse par le médecin généraliste: son rôle dans la gestion de l'anxiété". Thèse: médecine générale: Angers: 2000.

[10] HUREAU S. Le suivi des femmes enceintes: parcours de soins et raisons du non-choix du médecin généraliste pour la surveillance de la grossesse. Thèse: médecine générale: Bordeaux: 2008.

[11] P.L DRUAIS, B. GAY, M.-F. LE GOAZIOU, MASSON Abrégés. Médecine générale. Collège national des généralistes enseignants.

[12] Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Disponibilité et accès: <http://www.has-sante.fr> [consulté le 20 février 2013].

[13] BRIEX M. De celui qui t'a fait naître tu attendras autre chose que de la sécurité. Les nouvelles politiques d'accompagnement de la grossesse et de la naissance. Disponibilité et accès: <http://www.gyneweb.fr/Sources/obstetrique/accompagnement.htm> [consulté le 20 février 2013].

[14] D. MANAI, C. BURTON-JEANGROS, B. ELGER Risques et informations dans le

suivi de la grossesse: droit, éthique et pratiques sociales. Sämpfli Editions SA Berne.

[15] Arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatal avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21. Disponibilité et accès: www.legifrance.gouv.fr [consulté le : 24/03/2013].

[16] Recommandations de l'HAS 2005: Comment mieux informer les femmes enceintes, Disponibilité et accès: www.has-sante.fr [consulté le 24/03/2013].

[17] Dépistage de la trisomie 21: mieux informer les femmes. La revue Prescrire Avril 2010; 30:305-306

[18] FREYDT C., FRYDMAN R. Le nouveau dépistage de la trisomie 21. Le Généraliste.fr. Disponibilité et accès: http://www.legeneraliste.presse.fr/layout/Rub_FMC.cfm?espace=FMC&id_etiquette=M16&id_article=21796 [consulté le 23/03/2013]

[19] R.-C. RUDIGOZ .Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique, 21 èmes Journées Nationales du Collège National des Obstétriciens Français (CNGOF), Paris, 1997.

[20] F.MOULARD. Regard des médecins généralistes sur le dépistage combiné de la Trisomie 21 au premier trimestre de la grossesse. Thèse: médecine générale: Saint-Etienne: 2012.

[21] E.SAHUN. Le suivi de la grossesse par le médecin traitant. Disponibilité et accès <http://www.macsf.fr/vous-informer/responsabilite-professionnel-sante/responsabilite-par-profession-sante/suivi-grossesse-medecin-traitant.html> . [consulté le 23/03/2013]

[22] Arrêté du 4 juillet 1972, Journal Officiel, Disponibilité et accès: www.legifrance.gouv.fr. [consulté le 25/03/2013]

[23] Le Plan de Périnatalité 1994-2000. Disponibilité et accès: <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/plans-perinatals/plan-perinatal-223-408.html> [consulté le 15/02/2013]

[24] LORDIER-BRAULT A. Les propositions et les recommandations au niveau national , Société Française de Médecine Périnatale, 29èmes journées nationales 1999.

[25] CASALS C. Le carnet de maternité: un outil indispensable pour le suivi des grossesses. Thèse: médecine générale : Paris : 2006.

[26] Le Plan Périnatalité 2005-2007. Disponibilité et accès: <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/plans-perinatals/plan-perinatal-223-408.html>. [consulté le 15/02/2013].

[27] LE GOAZIOU M.-F. Prendre en charge la grossesse avant le centre obstétrical. Comment articuler le réseau praticien/spécialiste? Ou qu'est ce que le médecin généraliste attend de son confrère gynécologue obstétricien? . Contracept Fertil Sex, 1998; 26 (3): 221-224.

[28] BAULT J.-P. Un pas de plus dans le travail en réseau: les communautés périnatales

de suivi de grossesse, J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2004; 33(suppl au n°1): 1552-1553.

[29] Haut Comité de Santé Publique. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance: Pour un nouveau plan de périnatalité. Collection Avis et Rapports, janvier 1994.

[30] PASCAL-HOULE C. "Suivi de la grossesse: critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste: enquête auprès de patientes de la région dieppoise." Thèse: médecine générale: Rouen: 2013.

[31] CREUSOT-LAPENNE M., HURE-JOUSSON S. Difficultés des médecins généralistes du Loiret dans le suivi des grossesses, proposition de trois fiches de suivi. Thèse: médecine générale: Tours: 2007.

[32] d'USSEL A.D. Le ressenti des médecins généralistes concernant la proposition des marqueurs sériques, dans le dépistage de la Trisomie 21, au cours de la grossesse. Thèse: médecine générale: Lyon: 2010.

[33] Historique de l'Ordre des Médecins. Disponibilité et accès: www.conseil-national.medecin.fr. [consulté le 14/02/2013].

[34] POIRIER J, SALAÜN F. La Médecine en France au XIX ème et au XXème siècle. Editions Masson.

[35] La lettre de la pédagogie de la Faculté de Médecine de Rouen. Disponibilité et accès: www.univ-rouen.fr. [consulté le 14/02/2013].

[36] SOUFI N. Pratique de la gynécologie par les jeunes médecins généralistes: enquête auprès d'une ancienne promotion de résidents hauts normands. Thèse: médecine générale: Rouen : 2005.

[37] RAYNAL P. L'entretien individuel du 4ème mois de grossesse. Disponibilité et accès: http://www.medical78.com/nat_e4m.pdf [consulté le 08/04/2013].

ANNEXES

ANNEXE 1: Questionnaire du médecin traitant (version courrier)

REGARD DU MÉDECIN TRAITANT AU COURS DU SUIVI DE LA GROSSESSE: INTÉRÊTS ET DIFFICULTÉS

IDENTITÉ/FORMATION

1/ Âge : ___ ans

2/ Sexe : 0 homme 0 femme

3/ Exercice: 0 urbain 0 rural

4/ Cabinet : 0 seul 0 groupe

5/ Distance de la 1ère maternité : ___ km

6/ Formation en gynécologie:

(plusieurs réponses possibles)

0 aucune 0 stage externat/internat 0 FMC 0 DU

ACTIVITÉ GYNÉCOLOGIE

7/ Nombre de grossesses suivies par an :

0 < 5 0 5 -10 0 10 – 15 0 > 15

8/ Évolution du nombre de grossesses suivies par an :

0 de plus en plus 0 de moins en moins 0 idem

9/ Quel est le pourcentage de vos patientes enceintes pour lesquelles vous êtes le médecin qui suit la grossesse ?

0 < 25 % 0 25 - 50 % 0 50 - 75 % 0 > 75 %

10/ Quand une patiente vous apprend qu'elle est enceinte, l'informez-vous des différentes possibilités de suivi ? (vous-même, sage-femme, obstétricien)

0 sans avis 0 oui 0 non

11/ proposez-vous de suivre la grossesse ?

0 sans avis 0 oui 0 non

12/ Si vous ne suivez que très peu ou pas de grossesse, est-ce parce que :

merci de ne répondre à cette question que si vous avez répondu que vous suivez moins de 5 grossesses par an (plusieurs réponses possibles)

0 vous n'avez pas de patiente qui vous le demande

0 vous n'êtes pas intéressé par le suivi des grossesses

0 vous ne vous sentez pas capable de suivre une grossesse

RESSENTI DU MÉDECIN GÉNÉRALISTE AU COURS DU SUIVI D'UNE GROSSESSE

13/ Pour vous, une consultation de suivi de grossesse est :

(plusieurs réponses possibles)

- comme une autre consultation
- source d'intérêt et de réjouissance
- une contrainte
- une activité à risque

14/ Qu'est ce qui vous plaît dans le suivi d'une grossesse normale?

(plusieurs réponses possibles)

- l'aspect "médecin de famille": suivre une grossesse puis l'enfant une fois né
- l'absence de pathologie
- l'aspect "médecine préventive": conseils d'hygiène de vie, dépistage systématique de pathologie
- l'aspect "technique" du suivi: examen clinique et examens complémentaires
- l'aspect "psychologique": la notion d'écoute attentive de la femme, du couple, des angoisses exprimées
- la relation privilégiée qui peut s'établir entre une patiente et son médecin pendant ce moment si particulier de sa vie

15/ Qu'est ce qui vous déplaît dans le suivi d'une grossesse normale?

(plusieurs réponses possibles)

- le manque d'intérêt pour la discipline "gynécologie"
- vous ne vous sentez pas capable techniquement de suivre une grossesse
- vous ne vous sentez pas à jour dans les nouvelles recommandations
- vous trouvez que ce suivi est trop contraignant en terme de temps
- vous trouvez que ce suivi est trop médicalisé, trop d'examens complémentaires
- aucune de ces propositions

16/ Qu'est ce qui est éventuellement source d'inquiétude pour vous dans le suivi d'une grossesse normale?

(plusieurs réponses possibles)

- le risque professionnel et médico-légal
- la peur de ne pas déceler une pathologie
- la peur d'avoir éventuellement à annoncer une mauvaise nouvelle aux parents
- aucune de ces propositions

17/ Quels sont les obstacles que vous rencontrez?

(plusieurs réponses possibles)

- informer sans inquiéter
- le manque de temps pour délivrer les informations
- les difficultés de prescription pendant la grossesse
- la place du médecin traitant au sein d'une multitude d'intervenants
- aucune de ces propositions

18/ Trouvez-vous utile de remplir le carnet de maternité?

- sans avis
- oui
- non

19/ Le trouvez-vous satisfaisant?

- sans avis
- oui
- non

20/ Si non, trouvez vous qu'il serait utile de reconcevoir un dossier de grossesse unique?

merci de répondre à cette question si vous avez répondu "non" à la question précédente, sinon cochez " sans objet"

- sans objet
- oui
- non

21/ Sous quelle forme?

merci de répondre à cette question si vous avez répondu "oui" à la question précédente, sinon cochez " sans objet"

- sans objet
- remis à la patiente en fin de consultation
- partagé par informatique avec les autres intervenants
- autre

22/ Pour le suivi des grossesses compliquées, travaillez-vous en collaboration avec un centre obstétrical de rattachement ou un réseau formel ou informel de spécialistes ou bien passez-vous complètement la main au spécialiste?

- réseau
- passe la main au spécialiste

25/ Vous sentez-vous isolé?

- oui
- non

26/ Vous sentez-vous à l'aise dans le diagnostique des pathologies de la grossesse?

- oui
- non

27/ Si vous prenez en charge des pathologies de la grossesse, travaillez-vous avec l'aide de 28/ protocoles de pris en charge ?

si vous n'en prenez pas en charge, merci de cocher "sans objet"

- sans objet
- oui
- non

28/ Si oui, quels protocoles ?

- sans objet
- protocoles HAS
- protocoles du Réseau de Périnatalité de Haute Normandie
- autre

DÉPISTAGE DE LA TRISOMIE 21 : NOUVEAU DÉCRET DE JANVIER 2010

29/ Etes-vous suffisamment informé ?

- oui
- non

30/ Quand cela est possible, appliquez-vous ce nouveau dépistage du 1er trimestre ?

- oui
- non

31/ Si oui, travaillez-vous en équipe (correspondant échographiste ...) ?

si non, cochez " sans objet"

sans objet

oui

non

32/ Trouvez-vous la place du médecin traitant à risque ?

oui

non

RESSENTI DE LA PATIENTE D'APRES LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE

33/ Pensez-vous que la plupart des patientes savent qu'un médecin généraliste peut suivre une grossesse normale ?

oui

non

34/ Pourquoi pensez-vous que la patiente préfèrerait être suivie par son médecin généraliste?

plusieurs réponses possibles

commodité

relation privilégiée

disponibilité

possibilité d'aborder d'autres problèmes (médicaux ou psychologiques) pendant la grossesse et pas seulement obstétricaux

35/ Pourquoi pensez-vous que la patiente préfèrerait être suivie par une sage-femme? (si grossesse normale)

plusieurs réponses possibles

suivi par une femme (si le MT est un homme)

abord physiologique de la grossesse

différencier la grossesse du suivi médical classique

compétences paramédicales (acupuncture, préparation à la naissance ...)

36/ Pourquoi pensez-vous que la patiente préfèrerait être suivie par un obstétricien ?

plusieurs réponses possibles

sécurité (spécialiste de la grossesse)

différencier la grossesse du reste du suivi médical du médecin traitant

continuité du suivi de grossesse/accouchement (même lieu de suivi)

3 premières lettres de votre nom

Remarques éventuelles :

ANNEXE 2: COURRIER EXPLICATIF JOINT AU QUESTIONNAIRE
MAIL OU COURRIER

Bonjour,

Je viens de terminer mon internat de médecine générale et je me permets de vous solliciter pour mon travail de thèse. Le sujet de ma thèse est: "Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse: intérêts et difficultés".

Mon questionnaire s'adresse aux médecins généralistes de la région de Dieppe.

Le temps nécessaire pour y répondre est d'environ 8 minutes. Quelque soit votre pratique et votre expérience, vos réponses m'intéressent.

Je vous remercie par avance sincèrement du temps que vous voudrez bien y consacrer car je suis bien consciente que vous êtes beaucoup sollicité(e).

Capucine BOULLNOIS_

ANNEXE 4: Stratégie de dépistage de la Trisomie 21

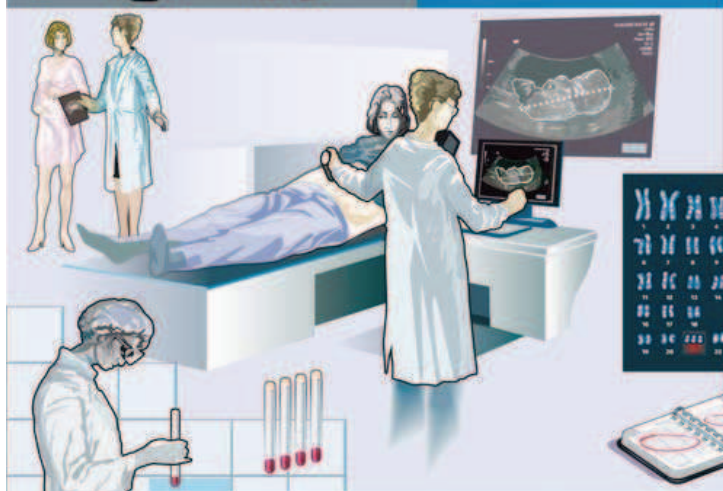
Mise en œuvre des nouvelles stratégies de dépistage de la trisomie 21



L'arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals utilisant des marqueurs sériques maternels de **la trisomie 21**, signé par la ministre de la Santé Mme Roselyne Bachelot, a été publié au Journal officiel du 3 juillet 2009.

Une information claire doit être délivrée aux femmes

Lors de la consultation médicale prévue à l'article R. 2131-2 du code de la Santé publique, toute femme enceinte, quel que soit son âge, est informée de la possibilité de recourir à un dépistage combiné permettant d'évaluer le risque de trisomie 21 pour l'enfant à naître.



Dépistage combiné dès le 1^{er} trimestre de la grossesse

Le gynécologue-obstétricien ou le médecin généraliste propose un dépistage combiné dès le 1^{er} trimestre de la grossesse (à réaliser entre 11^{se} et 13^{se} SA). Dans le cadre du dépistage combiné du 1^{er} trimestre, **les mesures échographiques de la clarté nucale et de la longueur crano-caudale** sont effectuées préalablement aux **analyses de biochimie portant sur les marqueurs sériques**. Ce dépistage combiné du 1^{er} trimestre repose sur un calcul de risque effectué par un logiciel d'évaluation du risque marqué CE spécifiquement adapté aux réactifs utilisés. Le calcul de risque est réalisé par un praticien agréé pour effectuer les analyses.



Mise en place d'un système d'assurance qualité

Le dépistage combiné doit être assorti de la mise en place d'un système d'assurance qualité pour les mesures échographiques et dosages biochimiques.

Le contrôle de qualité des mesures de la clarté nucale et de la longueur crano-caudale, prises en compte dans le calcul de risque, repose sur :

- l'adhésion des échographistes à un programme d'assurance qualité portant sur la mesure de la clarté nucale et de la longueur crano-caudale, dans le cadre de l'EPP ;
- la production d'images documentant la qualité des mesures ;
- un suivi des médianes et de la distribution des mesures de la clarté nucale ;
- l'adhésion des échographistes à un réseau de périnatalité associé à un ou plusieurs CPDPN.

Les laboratoires sont chargés de recueillir des données de suivi en population des résultats des marqueurs biochimiques et échographiques.

Une procédure de transmission de ces données de suivi est mise en place par le réseau de périnatalité.

Dépistage séquentiel intégré du 2^e trimestre

Si les conditions de l'organisation d'un dépistage combiné au 1^{er} trimestre ne peuvent être garanties, la femme enceinte est informée de la possibilité de recourir à un dépistage séquentiel intégré du 2^e trimestre. Ce dépistage associe le dosage des marqueurs sériques du 2^e trimestre, réalisé à partir d'un prélèvement sanguin, et les mesures échographiques de la clarté nucale et de la longueur crano-caudale qui ont été effectuées au 1^{er} trimestre.