



HAL
open science

Orientation des femmes après la consultation de 39SA : étude descriptive à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble

Anne-Charlotte Cannie

► **To cite this version:**

Anne-Charlotte Cannie. Orientation des femmes après la consultation de 39SA : étude descriptive à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00854835

HAL Id: dumas-00854835

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00854835>

Submitted on 28 Aug 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.



SICD1
Bibliothèques
de l'UJF et de Grenoble INP

**Université
Joseph Fourier** 
GRENoble
MEDECINE

AVERTISSEMENT

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

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

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

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

Contact au SICD1 de Grenoble : **thesebum@ujf-grenoble.fr**

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

Orientation des femmes après la consultation de 39SA

Etude descriptive à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble

Mémoire soutenu le 16 Mai 2013

Par Anne-Charlotte CANNIE

Née le 22/01/1990

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2013

UNIVERSITE JOSEPH FOURIER

U.F.R. DE MEDECINE DE GRENOBLE

DEPARTEMENT DE MAIEUTIQUE

Orientation des femmes après la consultation de 39SA

Etude descriptive à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble

Mémoire soutenu le 16 Mai 2013

Par Anne-Charlotte CANNIE

Née le 22/01/1990

En vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de Sage-Femme

2013

Remerciements

Je remercie les membres du jury :

- ◇ Dr Véronique EQUY, PH en Gynécologie-Obstétrique au CHU de Grenoble, Présidente du Jury ;

- ◇ Mme Chantal SEGUIN, Directrice de l'École de Sages-Femmes, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble ;

- ◇ Dr Xavier MORIN, Gynécologue-Obstétricien à la Clinique des Cèdres ;

- ◇ Mme Lucie DE PONTE, Sage-femme libérale et salariée de la Clinique Belledonne ;

- ◇ M. Lionel DI MARCO, Sage-femme Enseignant Cadre, Département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble, Guidant de ce mémoire,
Pour le temps consacré à ce travail.

Je remercie plus particulièrement,

- ◇ Mme Pascale FABBRIZIO, Cadre Sage-Femme en Consultation à l'Hôpital Couple-Enfant de Grenoble, directrice de ce mémoire,

Pour son aide dans l'élaboration de cette étude ;

- ◇ Mme Laurence COMBET-BLANC, Sage-Femme Cadre Enseignante à l'Ecole de Sage-Femme de Grenoble,

Pour sa disponibilité et son soutien tout au long de mon parcours d'étudiante sage-femme ;

- ◇ Ma famille, mes amis et mes collègues de promotion,

Pour leur présence durant ces années d'études et leur accompagnement dans la préparation de ce mémoire.

Table des matières

Abréviations	1
I. Introduction	2
II. Matériel et méthode	4
1. Type d'étude	4
2. Population	4
3. Critère de jugement	4
4. Analyse statistique	4
III. Résultats	6
1. Orientation des patientes après la consultation de 39SA	8
2. Caractéristiques individuelles des patientes selon leur orientation après la consultation	9
3. Motifs d'orientation	11
4. Actes pratiqués pendant la consultation de 39SA	13
IV. Discussion	15
1. Biais et limites	15
2. Comparaison des résultats	16
3. Ouverture	20
V. Conclusion	22
Bibliographie	23
Résumé	24

Abréviations

- SA = Semaines d'Aménorrhée
- HAS = Haute Autorité de Santé
- CNGOF = Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français
- HCE = Hôpital Couple-Enfant
- MFIU = Mort Fœtale In Utero
- ERCF = Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal
- DMO = Dossier Médico-Obstétrical
- RAI = Recherche des Agglutinines Irrégulières
- AUGO = Accueil des Urgences Gynéco-Obstétricales
- CHU = Centre Hospitalier Universitaire
- IMC = Indice de Masse Corporelle
- TA = Tension Artérielle
- HTA = Hypertension Artérielle
- HTAG = Hypertension Artérielle Gravidique
- DG/R = Diabète Gestationnel sous Régime
- DG/I = Diabète Gestationnel sous Insuline
- MTE = Maladie Thromboembolique
- PE = Pré Eclampsie
- RAD = Retour A Domicile
- CAT = Conduite A Tenir
- MAP = Menace d'Accouchement Préaturé
- ARCF = Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal
- CU = Contraction Utérine
- MAF = Mouvements Actifs Fœtaux
- HU = Hauteur Utérine
- BU = Bandelette Urinaire
- SF HTA = Signes Fonctionnels d'Hypertension Artérielle
- SFU = Signes Fonctionnels Urinaires
- TV = Toucher Vaginal
- DSP = Don de Sang Placentaire

I. Introduction

Actuellement en France, une grossesse sans facteur de risque doit être suivie par une sage-femme ou un médecin mensuellement. Depuis mai 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) recommande une première consultation prénatale avant 10 Semaines d'Aménorrhée (SA) et prévoit six consultations (une par mois) à compter du premier jour du quatrième mois de grossesse jusqu'à l'accouchement. Ces consultations ont un but préventif et de dépistage tout au long de la grossesse [1].

Récemment, en décembre 2011, le Collège National des Gynécologues-Obstétriciens Français (CNGOF) a publié de nouvelles recommandations pour la pratique clinique définissant la grossesse prolongée et le terme dépassé [2]. Cette mise à jour a montré que de 37 à 43 SA, le risque de mortalité périnatale augmentait régulièrement, passant de 0,7‰ à 5,8‰, cependant il n'y avait pas de seuil à partir duquel il existait une augmentation franche. Elle a témoigné qu'une surveillance n'était pas nécessaire avant le terme (41+0 SA) (Grade C).

Par ailleurs, il existe des variations dans les modalités de prise en charge de la grossesse en Europe. La Suède, l'Allemagne et l'Italie ont mis en place une surveillance avec davantage de consultations en fin de grossesse [3]. Dans ces pays, la morbi-mortalité fœtale et néonatale, et la mortalité maternelle sont inférieures à celle de notre pays [4] [5].

D'autre part, nous avons pu remarquer, dans les pratiques des sages-femmes de l'Hôpital Couple Enfant (HCE) de Grenoble, une augmentation du nombre de consultations non programmées en urgence en fin de grossesse.

La « consultation de 39 SA » à l'HCE de Grenoble, en complément du suivi de grossesse mensuel, a été instaurée en avril 2011 par l'équipe médicale, sans être formalisée par un protocole. Elle est réalisée par les sages-femmes et a plusieurs objectifs :

- dépister des pathologies obstétricales et fœtales de fin de grossesse telles que la toxémie gravidique, la macrosomie et l'hypotrophie fœtales ainsi que la Mort Fœtale In Utero (MFIU),
- réaliser un Enregistrement du Rythme Cardiaque Fœtal (ERCF) de référence,
- vérifier le Dossier Médico-Obstétrical (DMO) informatisé,

- vérifier la bonne réalisation des examens paracliniques (carte de groupe sanguin avec deux déterminations phénotypées, Recherche des Agglutinines Irrégulières (RAI), dosage des plaquettes, prélèvement vaginal de fin de grossesse) et la consultation d'anesthésie,

- donner une information sur le Don de Sang Placentaire (DSP) et remplir le dossier de consentement.

Cette modalité de surveillance de fin de grossesse n'étant pas recommandée par la HAS et n'ayant jamais été analysée au niveau local, il nous paraissait pertinent de l'évaluer.

L'objectif principal de cette étude était de décrire l'orientation des femmes après la consultation de 39SA (retour à domicile avec ou sans conduite à tenir spécifique, orientation à l'Accueil des Urgences Gynéco-Obstétrique (AUGO)) dans l'hypothèse que la plupart des femmes sont renvoyées à leur domicile sans conduite à tenir spécifique. Les objectifs secondaires étaient de comparer les caractéristiques individuelles des patientes selon l'orientation donnée après la consultation, les motifs d'orientation de ces femmes, et enfin de décrire le contenu de cette consultation.

II. Matériel et méthode

1. Type d'étude

Il s'agissait d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective, monocentrique réalisée à l'HCE de Grenoble. Ce Centre Hospitalier Universitaire (CHU) est un établissement de santé de niveau 3, il prend en charge les grossesses à haut risque et possède un service de néonatalogie et de réanimation néonatale.

2. Population

Cette étude a inclus toutes les femmes ayant bénéficié d'une consultation de 39SA avec une sage-femme. Les patientes ont été issues du tableau de cotation des consultations de sages-femmes d'octobre à décembre 2011 et les données recueillies à partir du DMO informatisé. Le recueil des données a été mutualisé avec Marion SERRA-MORVANT, étudiante sage-femme réalisant un mémoire intitulé « Pathologies suspectées et devenir materno-fœtal suite à la consultation de 39SA à l'HCE de La Tronche ».

3. Critère de jugement

Le critère de jugement principal était l'orientation de la patiente après la consultation qui pouvait être un retour à domicile sans conduite à tenir spécifique, un retour à domicile avec conduite à tenir spécifique ou une orientation vers l'AUGO. La conduite à tenir spécifique découle de la conformité des résultats selon les attentes de cette consultation. Les critères de jugement secondaires étaient : les caractéristiques individuelles des patientes en fonction de l'orientation donnée à l'issue de la consultation, les différents motifs d'orientation et enfin les actes pratiqués pendant cette consultation.

4. Analyse statistique

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage, et les variables quantitatives continues par la moyenne et l'écart-type ou la médiane et les 25^e et 75^e percentiles en cas d'écart à la normalité. En analyse univariée, nous avons utilisé le test du chi-2 pour la comparaison de pourcentage, remplacé par la probabilité exacte de Fischer en cas d'effectif attendu inférieur à cinq et l'analyse de variance pour comparer les variables continues

entre les trois groupes. Le seuil de signification statistique retenu était de 0,05. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel Statview.

III. Résultats

L'échantillon d'analyse était constitué de 238 femmes incluant toutes les patientes ayant bénéficié d'une consultation de 39SA d'octobre à décembre 2011 avec une sage-femme à l'HCE de Grenoble. Le recueil de données a exclu six patientes ; leur dossier informatisé étant inexploitable.

Tableau 1 : Caractéristiques de la population

Caractéristiques des patientes		Population totale
Age en années (m, e.t.)		29,9 (5,3)
Gestité (médiane [25^e ; 75^e centiles])		2 [1 ; 3]
Parité (médiane [25^e ; 75^e centiles])		2 [1 ; 2]
IMC en kg/m ²	<18,5 (n, %)	18 (7,7%)
	18,5 à 25 (n, %)	162 (68,9%)
	25-30 (n, %)	39 (16,5%)
	>30 (n, %)	16 (6,9%)
Grossesses gémeillaires (n, %)		1 (0,4%)
Consommation de tabac pendant la grossesse (n, %)		37 (15,5%)
Consommation d'alcool pendant la grossesse (n, %)		2 (0,8%)
Consommation de drogues pendant la grossesse (n, %)		1 (0,4%)
Rhésus négatif (n, %)		34 (14,3%)
Antécédents familiaux de la patiente	diabète (n, %)	68 (28,6%)
	HTA/PE (n, %)	48 (20,2%)
	maladie thrombo-embolique (n, %)	11 (4,6%)
	maladie de la coagulation (n, %)	6 (2,5%)
	maladie endocrinologique (n, %)	3 (1,3%)
Antécédents personnels de la patiente	diabète (n, %)	0 (0%)
	HTA (n, %)	3 (1,3%)
	maladie thrombo-embolique (n, %)	6 (2,5%)
	maladie de la coagulation (n, %)	2 (0,8%)
	maladie endocrinologique (n, %)	18 (7,7%)
	toxémie gravidique (n, %)	2 (0,8%)
	DG (n, %)	9 (3,8%)
	MFIU (n, %)	5 (2,1%)
autres (n, %)	17 (7,1%)	
Pathologies pendant la grossesse	DG/R (n, %)	17 (7,1%)
	DG/I (n, %)	1 (0,4%)
	HTAG (n, %)	2 (0,8%)
	MAP (n, %)	8 (3,4%)
	anomalie insertion placentaire (n, %)	4 (1,7%)
	pathologie fœtale (n, %)	5 (2,1%)
	autres (n, %)	30 (12,6%)

L'âge moyen de la population était de 29,9 ans. Les médianes de la gestité et de la parité étaient de 2. L'échantillon d'analyse comportait une grossesse gémellaire bi-choriale bi-amniotique (0,4%). Quant aux antécédents des patientes incluses, 2,1% avaient eu une grossesse précédente marquée par une MFIU. Enfin pour la grossesse actuelle, 7,5% des patientes avaient un diabète gestationnel sous régime (DG/R) ou sous insuline (DG/I), 0,8% avaient une Hypertension Artérielle Gravidique (HTAG) connue, il y avait une anomalie d'insertion placentaire pour 1,7% des grossesses et 2,1% de pathologie fœtale. 12,6% de la population présentait une autre pathologie pendant la grossesse (anémie ferriprive, thrombopénie modérée, pyélonéphrite, ...). (*Tableau 1*)

1. Orientation des patientes après la consultation de 39SA

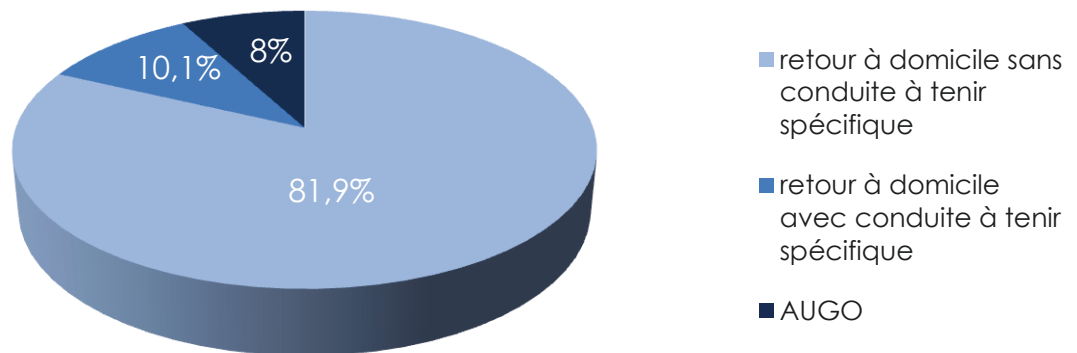


Figure I : Orientation des patientes après la consultation de 39 SA

Dans 195 cas (81,9%), les patientes n'ont pas présenté de signe pathologique lors de cette consultation de surveillance de grossesse à 39SA et ont pu rentrer à leur domicile sans conduite à tenir particulière. Pour 18,1% des femmes à cette consultation, des signes d'appel ont été retrouvés et ont fait l'objet, soit d'une conduite à tenir spécifique à domicile dans 24 cas (10,1%), soit d'une orientation dans le service de l'AUGO dans 19 cas (8,0%). (Figure I)

2. Caractéristiques individuelles des patientes selon leur orientation après la consultation

Tableau 2 : Caractéristiques des patientes selon leur orientation après la consultation

Caractéristiques des patientes		RAD sans CAT	RAD avec CAT	AUGO	P-value
Age en années (m, e.t.)		29,9 (5,0)	30,6 (6,3)	29,9 (6,9)	NS
Gestité (médiane [25 ^e ; 75 ^e centiles])		2 [1 ; 3]	2 [1 ; 3]	2 [1 ; 2,75]	NS
Parité (médiane [25 ^e ; 75 ^e centiles])		2 [1 ; 2]	2 [1 ; 2]	1 [1 ; 2]	NS
IMC en kg/m ²	<18,5 (n, %)	16 (8,2%)	2 (8,7%)	0 (0%)	NS
	18,5 à 25 (n, %)	138 (71,1%)	14 (60,9%)	10 (55,6%)	NS
	25-30 (n, %)	27 (13,9%)	6 (26,1%)	6 (33,3%)	NS
	>30 (n, %)	13 (6,7%)	1 (4,3%)	2 (11,1%)	NS
Grossesses gémeillaires (n, %)		0 (0%)	1 (4,3%)	0 (0%)	NS
Conso tabac pendant la grossesse (n, %)		29 (14,8%)	4 (17,4%)	4 (21,1%)	NS
Conso alcool pendant la grossesse (n, %)		1 (0,5%)	0 (0%)	1 (5,3%)	NS
Conso drogues pendant la grossesse (n, %)		1 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	NS
Rhésus négatif (n, %)		28 (14,3%)	4 (17,4%)	2 (10,5%)	NS
Antécédents familiaux de la patiente	diabète (n, %)	57 (29,1%)	6 (26,1%)	5 (26,3%)	NS
	HTA/PE (n, %)	36 (18,4%)	6 (26,1%)	6 (31,6%)	NS
	MTE (n, %)	9 (4,6%)	2 (8,7%)	0 (0%)	NS
	maladie de la coagulation (n, %)	4 (2,0%)	1 (4,3%)	1 (5,3%)	NS
	maladie endocrinologique (n, %)	3 (1,5%)	0 (0%)	0 (0%)	NS
Antécédents personnels de la patiente	diabète (n, %)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	NS
	HTA (n, %)	2 (1,0%)	0 (0%)	1 (5,3%)	NS
	MTE (n, %)	5 (2,6%)	1 (4,3%)	0 (0%)	NS
	maladie de la coagulation (n, %)	2 (1,0%)	0 (0%)	0 (0%)	NS
	maladie endocrinologique (n, %)	15 (7,7%)	1 (4,3%)	2 (10,5%)	NS
	PE (n, %)	2 (1,0%)	0 (0%)	0 (0%)	NS
	DG (n, %)	7 (3,6%)	1 (4,3%)	1 (5,3%)	NS
	MFIU (n, %)	3 (1,5%)	2 (8,7%)	0 (0%)	NS
	autres (n, %)	15 (7,7%)	2 (8,7%)	0 (0%)	NS
Pendant la grossesse	DG/R (n, %)	14 (7,1%)	2 (8,7%)	1 (5,3%)	NS
	DG/I (n, %)	1 (0,5%)	0 (0%)	0 (0%)	NS
	HTAG (n, %)	1 (0,5%)	0 (0%)	1 (5,3%)	NS
	MAP (n, %)	5 (2,6%)	2 (8,7%)	1 (5,3%)	NS
	anomalie insertion placentaire (n, %)	4 (2,0%)	0 (0%)	0 (0%)	NS
	pathologie fœtale (n, %)	3 (1,5%)	2 (8,7%)	0 (0%)	NS
	autres (n, %)	21 (10,7%)	8 (34,8%)	1 (5,3%)	<0,05

L'étude comparative des caractéristiques des patientes de chaque groupe a montré une différence statistiquement significative dans l'orientation des patientes en ce qui concerne

les « autres pathologies pendant la grossesse » (thrombopénie, anémie ferriprive, pyélonéphrite...). Une proportion plus importante de femmes ayant bénéficié d'un retour à domicile avec une conduite à tenir spécifique avait une pathologie pendant la grossesse (34,8%) par rapport aux femmes ayant eu une autre orientation après la consultation ($p=0,03$) et également par rapport aux femmes orientées à l'AUGO ($p=0,02$).

Pour les autres paramètres, la comparaison des résultats n'a pas montré de différence statistiquement significative.

Le seul cas de grossesse gémellaire a été renvoyé à domicile avec une conduite à tenir spécifique qui était la poursuite d'une surveillance rapprochée en consultation avec une sage-femme toutes les 48 heures et un déclenchement prévue à 40SA.

8,7% de la population du groupe « retour à domicile avec une conduite à tenir » présentait un antécédent de MFIU, on remarque que c'est aussi un peu moins de la moitié de la population des patientes présentant cet antécédent qui fut orienté à domicile avec une conduite à tenir (2/5).

On peut noter que la conduite à tenir est parfois liée à une pathologie fœtale pour 8,7% de la population du groupe « retour à domicile avec une conduite à tenir ». (*Tableau 2*)

3. Motifs d'orientation

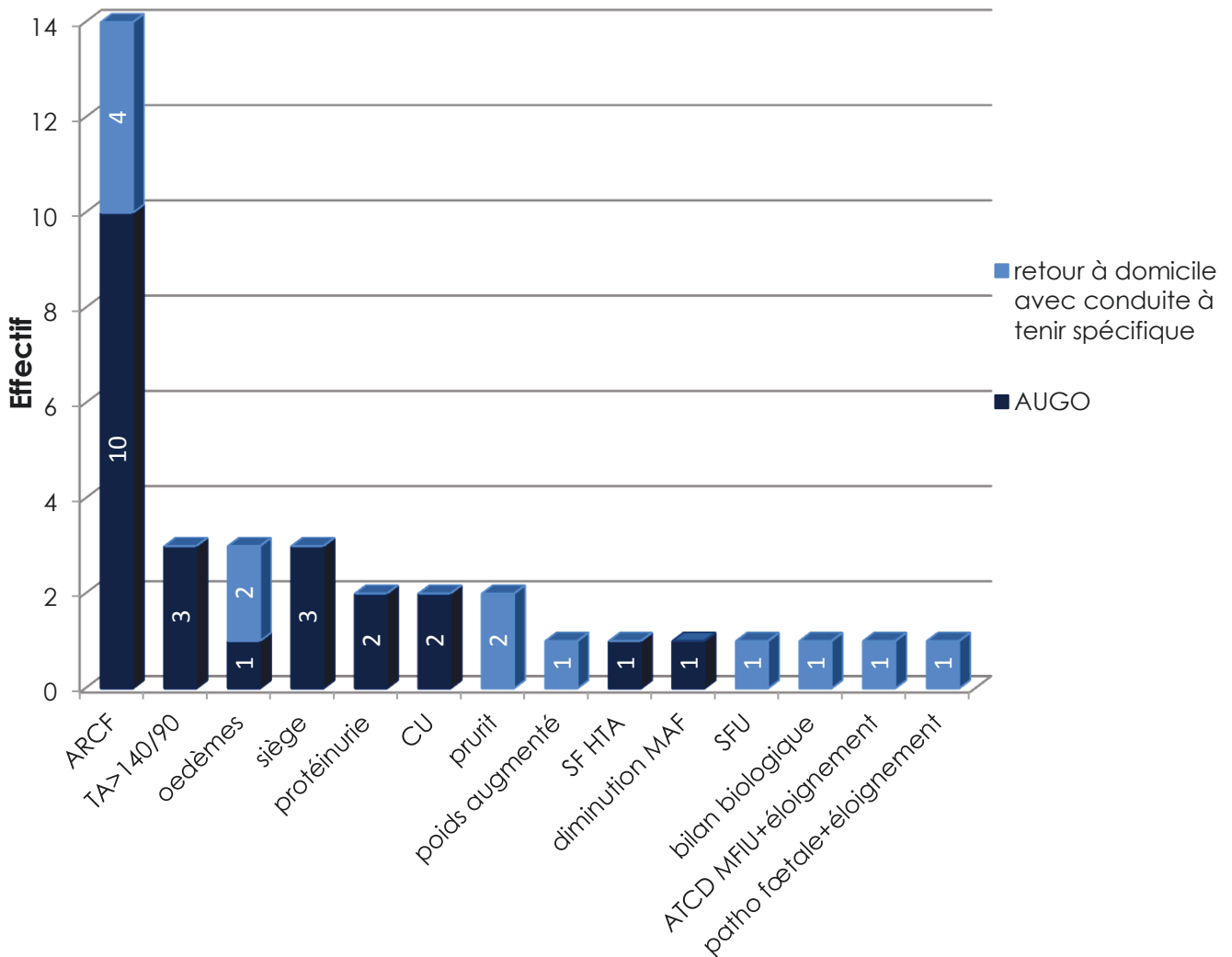


Figure II : Motifs d'orientation

Les patientes étaient orientées à l'AUGO ou rentraient à domicile avec une conduite à tenir spécifique pour un ou plusieurs motifs réunis. Le principal était la présence d'Anomalie du Rythme Cardiaque Fœtal (ARCF) lors du monitoring réalisé pendant la consultation, il concernait 14 consultations (5,9% de la population totale). Cela a donné lieu à un contrôle du rythme cardiaque foetal à l'AUGO (10 patientes) ou à domicile par une sage-femme libérale (4 patientes). C'est aussi 52,6% du groupe AUGO qui était concerné par ces ARCF. Une patiente envoyée à l'AUGO était concernée par ces ARCF associées à une diminution des Mouvements Actifs Fœtaux (MAF) ressentis.

En second lieu, cinq patientes (2,1% de la population totale) ont présenté des signes de toxémie gravidique par la présence d'une Hypertension Artérielle (HTA), d'œdèmes et/ou d'une protéinurie. Une Tension Artérielle (TA) augmentée était la raison pour trois patientes d'orientation à l'AUGO (15,8% du groupe AUGO). Une protéinurie à la Bandelette Urinaire (BU) a été retrouvée chez deux patientes qui ont ensuite été adressées à l'AUGO. En ce qui concerne les trois patientes présentant des œdèmes, une a été orientée à l'AUGO, les deux autres sont rentrées à leur domicile avec une conduite à tenir.

D'autre part, pour trois patientes (1,26%), la présentation podalique du fœtus justifiait une orientation à l'AUGO afin d'ajuster la conduite à tenir pour l'accouchement avec le médecin de garde.

Enfin, des Contractions Utérines (CU) ont fait l'objet d'une orientation à l'AUGO pour deux patientes (0,84%) afin de faire le diagnostic de début de travail. Un prurit était le motif de deux orientations à domicile avec une conduite à tenir (0,84%) qui a été la pratique d'un bilan de cholestase. Les conduites à tenir étaient également dues, dans un cas, à la présence de signes fonctionnels urinaires, à un bilan biologique perturbé ou à un éloignement géographique associé à un antécédent de MFIU ou à une pathologie fœtale. (*Figure II*)

Aucun des motifs d'orientation suivants : métrorragies, Hauteur Utérine (HU) augmentée ou diminuée, utérus moulé, rupture prématurée des membranes n'a été retrouvé dans les consultations étudiées.

Certaines patientes ont bénéficié d'un retour à domicile avec une prescription d'un bilan biologique systématique à refaire (0,84%) et d'un traitement pour une infection dépistée à partir d'un bilan biologique déjà réalisé (0,42%).

4. Actes pratiqués pendant la consultation de 39SA

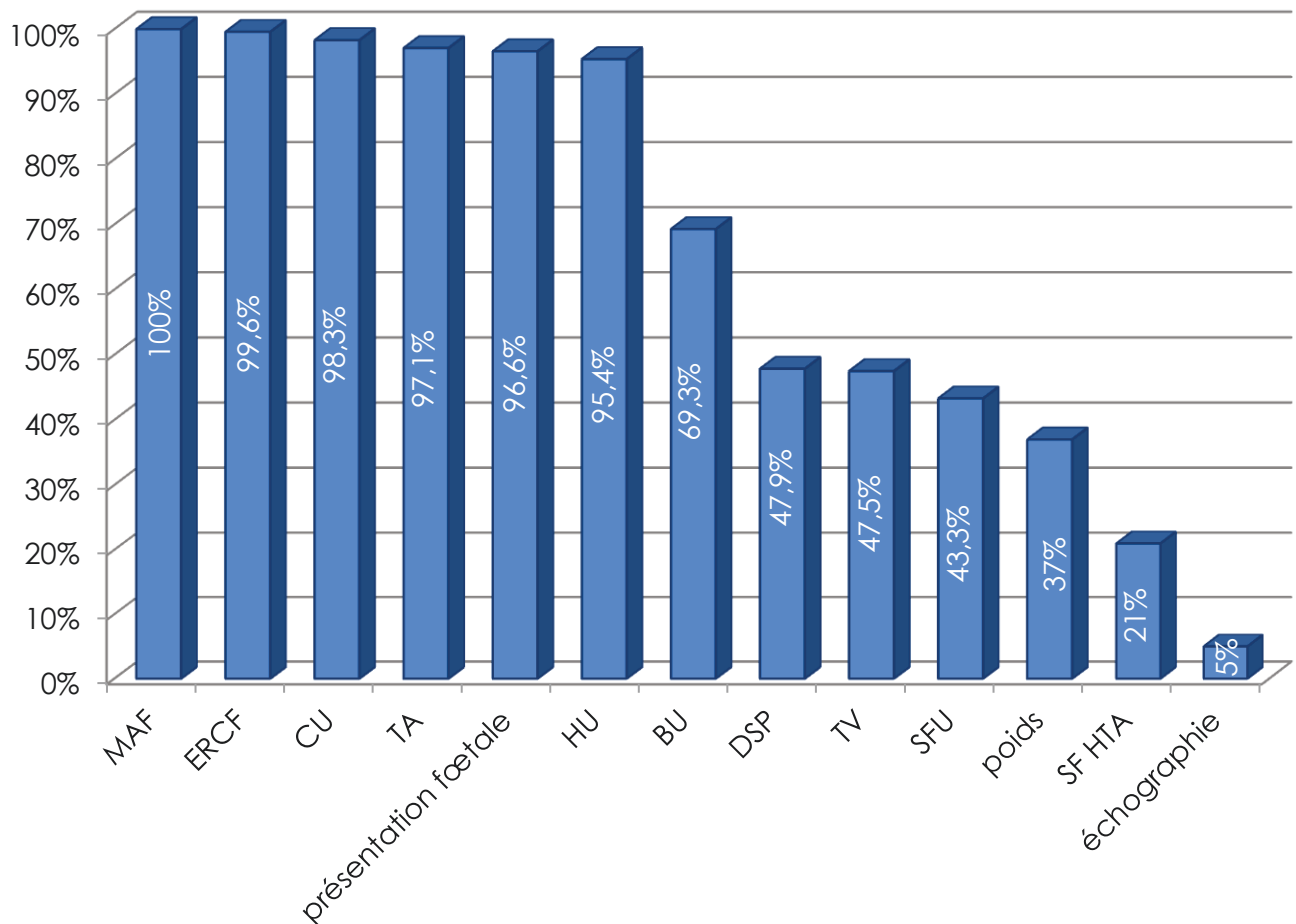


Figure III : Actes pratiqués pendant la consultation de 39 SA

Dans la plupart des consultations, la prise de TA était pratiquée (97,1%), la HU mesurée (95,4%), la présentation fœtale recherchée (96,6%). A partir des dossiers informatisés, l'ERCF était réalisé dans 95,4% des consultations, et à partir de la grille de cotation des actes, utilisée pour le recueil des patientes, 99,6% des consultations étaient cotées avec un monitoring cardio-tocographique. Il n'était pas réalisé dans les cas où les patientes avaient déjà bénéficié d'un contrôle les jours précédents en venant en consultation d'urgence. L'interrogatoire comportait la recherche de la présence de CU à 98,3% et des MAF dans toutes les consultations. De manière moins systématique, la BU était faite à 69,3%. Pour moins de la moitié, la consultation comportait la prise de poids (37%), la recherche des signes fonctionnels d'HTA (SF HTA) (21%) et urinaires (SFU) (43,3%). Un Toucher Vaginal (TV) était pratiqué à 47,5%. Une échographie était demandée dans 12 consultations analysées (5%). (Figure III)

Les motifs de l'échographie étaient :

- Contrôle de la présentation fœtale,
- Surveillance de terme pour les patientes noires-africaines considérées à terme à 39SA,
- Surveillance d'une grossesse gémellaire,
- Surveillance Doppler des Artères Utérines, pathologique pendant la grossesse,
- Contrôle Manning pour ARCF et diminution des MAF,
- Doute sur une perte de liquide amniotique,
- Chute sur le ventre,
- Surveillance d'un hydramnios connu,
- Douleur sur le fond utérin latéralisée à droite.

Enfin, le dossier de DSP était rempli pendant la consultation pour 47,9% d'entre elles, pour les autres consultations, soit le temps imparti pour la consultation était insuffisant pour compléter le dossier, soit les patientes étaient contre-indiquées à ce don, soit il n'était pas renseigné dans le dossier médical des patientes.

IV. Discussion

1. Biais et limites

La taille de l'échantillon de cette étude était satisfaisante pour décrire l'orientation des patientes après la consultation de 39SA. En revanche, dans la comparaison des caractéristiques individuelles des patientes selon leur orientation après la consultation, il aurait été plus judicieux d'analyser des groupes de même taille. Nous aurions pu inclure autant de femmes dans chaque groupe pour cette partie de l'étude. Un minimum de 30 sujets par groupe aurait permis une comparaison plus représentative.

D'autre part, les inclusions ont été réalisées d'après la grille de cotation des actes remplie par les sages-femmes pendant la consultation. Il y avait un risque de perdre des patientes si cette grille n'avait pas été remplie. Nous aurions pu croiser celle-ci avec le planning de consultation des sages-femmes afin de diminuer ce risque. Enfin, parmi toutes les patientes ayant bénéficié de cet examen, six d'entre elles n'ont pu être étudiées car leur dossier médical informatisé était inexploitable. Nous avons ici une perte de 2,5% des patientes.

De plus, concernant ces inclusions, la population de l'étude comprenait également une grossesse gémellaire et des patientes noires-africaines pour qui cette consultation, cotée comme 39SA, faisait partie de leur surveillance de terme. Cet élément vient surestimer les « retours à domicile avec conduite à tenir ».

En ce qui concerne les biais de l'étude, nous n'avons pu éviter les données manquantes dans les DMO consultés pour le recueil. Il existe un risque de sous-estimer les facteurs de risque des patientes et également la proportion des actes pratiqués pendant cette consultation. En effet, nous avons pu remarquer une différence dans la proportion des ERCF réalisés par exemple, 95,4% étaient marqués dans le dossier alors que 99,6% étaient inscrits sur la grille de cotation.

De plus, nous avons mis en évidence une différence significative concernant la présence d'« autres pathologies pendant la grossesse » selon chaque orientation donnée après la consultation. Il s'agit d'un biais de classement qui nous empêche une analyse claire de la réelle

différence entre les trois groupes. Il aurait fallu analyser la proportion pour chaque pathologie incluse dans ce sous-groupe « autres pathologies pendant la grossesse ».

Un autre aspect de cette consultation de fin de grossesse n'a pas été abordé, il s'agit de la vérification du dossier médical et de la bonne réalisation de la carte de groupe sanguin avec deux déterminations phénotypées, de la Recherche des Agglutinines Irrégulières, du prélèvement vaginal de fin de grossesse, de la consultation et du bilan d'anesthésie. Nous avons fait le choix de ne pas étudier cet objectif de la consultation n'étant pas lié directement à un objectif de diminution de morbi-mortalité foetale mais à un versant organisationnel de la surveillance de grossesse à l'HCE.

2. Comparaison des résultats

La consultation de 39SA, destinée à une population à bas risque, en complément des consultations mensuelles de surveillance recommandées, est spécifique au CHU de Grenoble et n'a jamais été évaluée au niveau local.

L'étude a montré que, suite à cette consultation de 39SA, une pathologie était suspectée pour 18,1% des patientes. Nous n'avons pas montré de différence entre les caractéristiques individuelles des patientes des trois différents groupes ; il paraît donc impossible de proposer cette consultation seulement à une population à risque. Son but est de diagnostiquer la toxémie gravidique, la macrosomie, les souffrances foetales à terme ainsi que les MFIU.

En 2001, la consultation de 39SA^{1/2} du Centre Hospitalier Saint-Philibert de Lomme (59) a été évaluée par une étudiante sage-femme [6]. L'ERCF n'y était pas pratiqué. Cette étude réalisée sur trois mois a montré des résultats comparables à notre étude. La consultation avait permis le dépistage de pathologie chez 11 femmes sur 76 (14,5%) : trois HTA isolées, trois HTA accompagnées d'œdèmes et d'albuminurie, quatre infections urinaires et une hyperuricémie. Une présentation du siège a été dépistée. Elle a également permis le dépistage d'anomalies de quantité de liquide chez huit patientes par une échographie réalisée pendant la consultation. De plus, cette consultation a participé à vérifier le dossier médical avant l'accouchement, incomplet pour 27 patientes.

◆ **Toxémie gravidique**

Après les ARCF, les signes de toxémie gravidique (HTA isolée ou associée à des signes fonctionnels, à une protéinurie et/ou à des œdèmes) étaient les plus retrouvés, ils concernaient 2,1% de la population. La toxémie gravidique est la première cause de morbi-mortalité périnatale et maternelle. Au cours de la grossesse, la fréquence de l'HTAG ou HTA isolée est estimée entre 3 et 15% et celle de la prééclampsie entre 1 et 7% [7]. Il est particulièrement nécessaire d'en faire le diagnostic étant donné son importance gravité pour le fœtus (Hématome Rétro Placentaire, Retard de Croissance Intra-Utérin, MFIU) et ses conséquences majeures rénales, hépatiques, neurologiques maternelles [8]. Certaines études ont déjà montré qu'aucun critère clinique ou biologique ne prédit la survenue d'une prééclampsie dans une population de femmes enceintes tout venant et aucun examen ne peut être recommandé dans un but de prédiction de la toxémie gravidique [8]. Nous n'avons pas retrouvé une population plus à risque dans notre échantillon. Parmi ces patientes, orientées à l'AUGO pour un contrôle de la TA et un bilan biologique éventuellement, ou rentrées à domicile avec la conduite à tenir de faire pratiquer ce bilan, nous ne connaissons pas les vraies HTAG ni les vraies prééclampsies diagnostiquées. Nous ne détenons pas la proportion réelle des patientes ayant développé cette pathologie. Il ne s'agit que d'une suspicion pour ces 2,1%. Ce qui semble relativement faible pour réaliser un dépistage généralisé supplémentaire au cours du neuvième mois. De plus cette consultation a pour objectif de dépister les HTAG, mais l'étude des actes pratiqués pendant la consultation a montré que, bien que la TA est prise dans 97,1% des cas, la BU et l'interrogation sur les signes fonctionnels sont pratiqués respectivement dans 69,3% et 21%, ce qui est insuffisant pour répondre à son objectif. Ces chiffres sont à modérer avec le biais de données manquantes. Ces actes ont probablement dû être pratiqués dans la plupart des consultations sans être notés dans les dossiers.

◆ **Souffrance Fœtale Chronique et Mort Fœtale In Utero**

Cette étude a montré que 8,1% des patientes ont été orientées à l'AUGO suite à cette consultation de 39SA. Si l'on compare ce chiffre à celui des autres consultations programmées pendant la grossesse, c'est presque le double ; globalement 4,5% des patientes sont orientées aux urgences à la suite de l'examen. Les motifs sont principalement des ARCF pour 52,6% des orientations à l'AUGO après cet examen de 39SA. Pour une patiente, ces ARCF étaient associées

à une diminution des MAF ressentis, elle fut orientée à l'AUGO afin de réaliser un Manning. Avec la consultation de terme, cette consultation est la seule où l'on prévoit de réaliser un ERCF afin de faire le diagnostic des souffrances fœtales apparaissant au cours du neuvième mois de grossesse. Le CNGOF a évalué la morbi-mortalité fœtale au cours de la grossesse et a montré une augmentation régulière de celle-ci entre 37 et 43SA, passant de 0,7‰ à 5,8‰. La fréquence des MFIU est estimée entre 1,6 et 3,5‰ dans notre pays selon le CNGOF. Il recommande de débuter la surveillance de terme à 41+0SA, ce qui concerne 20% de la population, plutôt qu'à 40+0SA car cela supposerait surveiller près de la moitié des femmes enceintes alors que rien n'indique un impact sur la morbi-mortalité néonatale [2]. Cette étude ne nous permet pas de conclure de l'influence de cette surveillance à 39SA avec un ERCF sur une diminution significative de la morbi-mortalité néonatale. Des anomalies du rythme cardiaque fœtal ont été retrouvées pour 5,9% des patientes incluses dans l'étude et ont nécessité une conduite à tenir à domicile ou un contrôle à l'AUGO. Cependant, aucune MFIU n'a été diagnostiquée pendant cette consultation. Notre étude a été réalisée parallèlement à celle de Marion SERRA-MORVANT. Il serait intéressant de compléter nos chiffres avec celle-ci qui s'intéresse aux pathologies diagnostiquées pendant cette consultation, aux issues d'accouchement et à l'état néonatal et permet de connaître la réelle proportion de souffrance fœtale après le contrôle de l'ERCF [9].

◆ **Macrosomie**

D'autre part, la macrosomie fœtale, conséquent à un diabète gestationnel ou non, est souvent dépistée lors de l'échographie du troisième trimestre ou en consultation de surveillance classique et demande un contrôle par une échographie supplémentaire aux alentours de 36SA avant de décider de la voie d'accouchement. Cette consultation de 39SA ne permet pas de découvrir une macrosomie fœtale si le suivi était rigoureux par ailleurs. Les résultats de l'étude ne montraient pas, comme motifs d'orientation, une HU augmentée relative à une macrosomie fœtale ou à un hydramnios.

◆ **Autres motifs d'orientation**

Bien que cela ne soit pas l'objectif de cette consultation, elle a permis également d'orienter la conduite à tenir pour l'accouchement, avec le médecin de garde à l'AUGO, de trois présentations du siège connues avant la consultation. Il aurait été préférable de préciser le

mode d'accouchement à la précédente consultation afin que la conduite à tenir soit donnée avant le début du neuvième mois.

Cet examen a permis de donner une conduite à tenir suite à des signes fonctionnels urinaires pour une patiente, mais également suite à la découverte d'un bilan biologique perturbé pour une patiente et enfin suite à la découverte d'un prurit pour deux patientes.

Enfin, deux patientes présentant soit un antécédent de MFIU pour l'une, soit une pathologie fœtale pour cette grossesse pour l'autre, associé à un éloignement géographique de la maternité ont également bénéficié d'une conduite à tenir suite à cette consultation. Celle-ci aurait pu être délivrée à la précédente consultation.

Nous pouvons donc penser que parmi les 18,1% de la population qui fut orientée à l'AUGO ou à son domicile avec une conduite à tenir, les trois patientes présentant un siège auraient pu avoir une conduite à tenir avant cette consultation. Le suivi de la grossesse gémellaire toutes les 48 heures (coté comme 39SA pour cette consultation) et ayant été compté parmi les patientes du groupe « retour à domicile avec une conduite à tenir spécifique » ne fait pas tout à fait partie de la population des patientes bénéficiant d'une consultation de 39SA, de même pour les quelques patientes noires-africaines, dont la proportion est inconnue dans cette étude, qui ont bénéficié d'une consultation de terme à 39SA. Nous avons donc moins de 18,1% de la population de l'étude pour qui cette consultation a modifié la conduite à tenir.

◆ **Le Don de Sang Placentaire**

La consultation de 39SA a également une visée organisationnelle concernant le DSP. Elle permet de remplir le dossier de consentement à cet acte réalisé en salle de naissance. Dans certaines maternités, un rendez-vous spécifique est fixé pour toutes les patientes intéressées par ce don et permet de donner une information sur cet acte et de remplir le dossier de consentement. A l'HCE, un temps est imparti pendant la réalisation du monitoring cardiotocographique pour compléter ce dossier. Cette étude a montré que les dossiers avaient été complétés dans 47,9% des consultations. Le DSP concerne environ 25% des accouchements. Nous pouvons également penser que les patientes accouchant entre 37 et 39SA n'ont pas de dossier de consentement rempli avant d'entrer en salle de naissance, de même pour la

vérification du dossier et de la bonne réalisation des bilans sanguins que nous n'avons pas analysé. Il serait donc préférable de préparer le dossier médical et le don de sang placentaire avant le début du neuvième mois.

◆ **Enjeux de cette consultation**

Cette consultation représente un coût financier dans le remboursement des soins par la Sécurité Sociale, en rappelant que chaque consultation de sage-femme avec un ERCF est cotée 33,60€. C'est aussi 8% des patientes bénéficiant de cette consultation orientées à l'AUGO pour un contrôle, ce qui ajoute une masse de travail considérable dans le service des urgences. Cela correspond également à 19% de l'ensemble des consultations de sage-femme, ce qui majore largement la quantité de consultations pour les sages-femmes et a nécessité la création d'un poste supplémentaire. Il arrive parfois que cette consultation dure une heure, la sage-femme est amenée à se dédoubler afin de pratiquer en simultané une autre consultation pendant le monitoring cardio-tocographique.

3. Ouverture

Les résultats ont confirmé l'hypothèse émise avant l'étude : la plupart des femmes (81,9%) sont rentrées à leur domicile sans conduite à tenir particulière à la suite de cette consultation. Nous n'avons pas trouvé de différence significative en ce qui concerne les caractéristiques des patientes des trois groupes.

Une part non négligeable des patientes a nécessité une orientation à l'AUGO (8%), il serait intéressant de connaître les conduites à tenir après la surveillance aux urgences pour ce groupe (retour à domicile avec ou sans conduite à tenir, hospitalisation, déclenchement artificiel du travail, césarienne) afin de pouvoir conclure sur la proportion exacte de patiente pour qui un risque de développer une pathologie a été retrouvé pendant cet examen. L'étude de Marion SERRA-MORVANT, réalisée en parallèle, intitulée « Pathologies suspectées et devenir materno-fœtal suite à la consultation de 39SA à l'HCE de La Tronche », décrit les issues de grossesse pour toutes les patientes ayant eu une consultation de surveillance de grossesse à 39SA et permet de compléter les résultats de cette étude [9]

Afin d'analyser la pertinence de cette consultation, le meilleur moyen serait de réaliser une étude comparative des issues de grossesse entre un groupe qui bénéficierait de cette

consultation et un autre qui n'en bénéficierait pas. Cela permettrait d'analyser l'influence de cette consultation sur la morbi-mortalité maternelle et fœtale en comparant la modalité d'accouchement (déclenchement ou non, voie basse instrumentale ou non, césarienne), l'état néonatal (score d'apgar, pH au cordon, ...) ainsi que les pathologies développées en fin de grossesse. Mais cette étude requerrait une grande échelle de population, deux groupes aux caractéristiques strictement comparables et nécessiterait d'analyser de nombreux facteurs différents, ce qui semble difficilement réalisable.

Il aurait pu être intéressant de décrire la population des patientes non-venues et non adressées par leur médecin ou sage-femme à cette consultation afin d'évaluer leur proportion et la cause de cette absence : oubli du professionnel ou de la patiente, accouchement avant la date de la consultation, manque d'intérêt porté à cette visite.

Enfin, évaluer l'impact de cette consultation sur la fréquence de consultations injustifiées aux urgences pourrait donner lieu à une autre étude. Le mois qui sépare la dernière consultation du terme peut paraître long et cette consultation pourrait permettre de diminuer les craintes des femmes enceintes à l'approche du terme.

V. Conclusion

La consultation de 39SA, instaurée depuis avril 2011, dans le but de dépister les pathologies de fin de grossesse, de réaliser un ERCF, de préparer le dossier pour l'accouchement et le dossier de don de sang placentaire a permis de rediriger 18,1% de la population des parturientes examinées soit à l'AUGO, soit à domicile avec une conduite à tenir : 5,6% présentant des ARCF lors du monitoring cardio-tocographique a dû être contrôlé à domicile ou à l'AUGO et 2,6% suspectées de décompenser une toxémie gravidique. Elle a participé à délivrer une conduite à tenir pour trois patientes présentant une présentation podalique qui aurait pu être donnée à la précédente consultation.

Pour la bonne réalisation du don de sang placentaire en salle de naissance, il est indispensable que le dossier de consentement soit pré rempli en amont. Cette consultation participe à plus de la moitié de ce travail. Nous pouvons imaginer une consultation spécifique à cet acte comme il en existe déjà dans certains centres.

Les bénéfices de cette consultation sont à balancer avec le coût de celle-ci pour l'organisme de la Sécurité Sociale qui rencontre des difficultés financières mais également avec le temps que cela représente pour les sages-femmes de consultation (environ 20% de l'ensemble des consultations de sage-femme) et également les nombreuses consultations de contrôle à l'AUGO que cela occasionne et qui aboutissent à un retour à domicile sans conduite à tenir. Il serait intéressant de l'évaluer à travers une étude médico-économique.

Ne devrait-on pas s'inspirer des pays du nord de l'Europe qui présentent une morbi-mortalité inférieure à la nôtre et où les consultations pourtant identiques en nombre sont réparties davantage en fin de grossesse ?

Bibliographie

- [1] R. P. HAS, «Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées,» 2007.
- [2] R. CNGOF, «Grossesse prolongée et terme dépassé,» 2011.
- [3] MARIE-JEANNE, «Une grossesse physiologique...des suivis européens : étude comparative des suivis de grossesse physiologique dans différents pays d'Europe (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède,» étudiante sage-femme, METZ, 2009.
- [4] INSERM, «Rapport Européen sur la périnatalité : la France comparée aux autres pays d'Europe,» 2008.
- [5] OMS, «Statistiques mondiales,» 2012.
- [6] I. LOZE, «Evaluation d'une pratique : la consultation de 39 semaines 1/2 d'aménorrhée à la Maternité du Centre Hospitalier Saint Philibert,» Ecole de Sages-Femmes de la Faculté de Médecine de Lille, 2001.
- [7] L. Marpeau, CNGOF, CNSF et ASFEF, Traité d'Obstétrique, Elsevier Masson, 2010.
- [8] SFAR, CNGOF, SFMP et SFNN, «Prise en charge multidisciplinaire des formes graves de prééclampsie,» Recommandations formalisées d'experts communes, 2009.
- [9] M. SERRA-MORVANT, «Pathologies suspectées et devenir materno-foetal suite à la consultation de 39SA à l'HCE de La Tronche,» Mémoire d'une étudiante sage-femme en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat (en cours de validation), Grenoble, 2013.

Résumé de l'étude

Introduction : La « consultation de 39SA » à l'Hôpital Couple-Enfant (HCE) de Grenoble, non recommandée dans la surveillance des grossesses à bas risque, a pour objectifs de dépister les pathologies de grossesse en réalisant un examen du Rythme Cardiaque Foetal (RCF), de vérifier le dossier médical et d'organiser le don de sang placentaire. L'objectif de ce mémoire était de décrire l'orientation des patientes après cette consultation, de décrire leurs caractéristiques selon l'orientation donnée, les motifs d'orientation et les actes pratiqués.

Matériel et Méthode : C'est une étude observationnelle descriptive réalisée à l'HCE de Grenoble incluant toutes les patientes ayant bénéficié d'une consultation de 39SA d'octobre à décembre 2011.

Résultats : 238 femmes ont été incluses. 81,9% sont rentrées à leur domicile sans conduite à tenir, 10,1% avec une conduite à tenir et 8% a été orienté aux urgences obstétricales. Il n'y avait pas de différence entre les caractéristiques des patientes de chaque orientation. Les motifs d'orientation principaux étaient les anomalies du RCF (5,9% de la population totale), l'hypertension artérielle (1,26%) et la présentation podalique (1,26%). Le dossier de don de sang placentaire était rempli dans 47,9% des consultations.

Conclusion : La plupart des patientes sont rentrées à domicile sans conduite à tenir spécifique du fait du peu de signes pathologiques retrouvés. 5,6% des patientes ont présenté des anomalies du RCF à contrôler. Cette consultation participe fortement au remplissage du dossier de don de sang placentaire. Ses bénéfices sont à balancer avec le coût et le temps important qu'elle représente.

Mots-clés : *consultation, surveillance, grossesse, pathologie, examen du rythme cardiaque foetal.*