



**HAL**  
open science

# Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées : étude descriptive au sein du RPAI

Delphine Dumont

► **To cite this version:**

Delphine Dumont. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées : étude descriptive au sein du RPAI. Gynécologie et obstétrique. 2013. dumas-00858466

**HAL Id: dumas-00858466**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00858466v1>**

Submitted on 5 Sep 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.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

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

UNIVERSITE JOSPEH FOURIER  
U.F.R DE MEDECINE DE GRENOBLE  
DEPARTEMENT DE MAÏEUTIQUE

**Suivi et orientation des femmes enceintes en  
fonction des situations à risque identifiées.**

**Etude descriptive au sein du RPAI**

Mémoire soutenu le : 16 Mai 2013

Par **DUMONT Delphine**

Née le 14 Janvier 1989

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

2013

Je remercie les membres du jury

Dr Véronique EQUY,

PH en gynécologie obstétrique au CHU de Grenoble

Mme Chantal SEGUIN,

Directrice de l'école de Sage-Femme, département de Maïeutique de l'UFR de Médecine de Grenoble

Dr Didier TARDIF,

PH en gynécologie obstétrique au CHR d'Annecy

Mme Aurélie BARBE,

Sage-femme cadre au CH de Voiron

Mr Lionel DI MARCO,

Sage-femme enseignant à l'école de Sage-femme de Grenoble

---

Je remercie plus particulièrement,

Dr Véronique EQUY, PH en Gynécologie Obstétrique au CHU de Grenoble, Directrice de ce mémoire

*Pour m'avoir accompagné dans l'élaboration de ce mémoire avec disponibilité et de précieux conseils*

Mr Lionel DI MARCO, Sage-femme enseignant à l'école de Sage-femme de Grenoble, Guidant de ce mémoire

*Pour ses lectures, ses re-lectures, sa disponibilité et son aide précieuse tout au long de ce travail*



Je remercie également à titre personnel

Mes parents, ma sœur,

*Pour leur soutien, leur encouragement, leur conseil*

Benoit,

- *Pour son soutien, son attention, et sa patience*

Mes amis,

- *Pour leur écoute, leur conseil, leur amitié*



## - Table des matières

<b>I. Introduction</b>	<b>2</b>
<b>II. Matériels et Méthodes</b>	<b>5</b>
II.1 Caractéristiques générales de l'étude	5
II.2 Population :	5
II.3 Recueil des données :	6
II.4 Analyse statistique :	6
II.5 Critère de jugement :	7
<b>III. Résultats</b>	<b>8</b>
III.1 Description de la population :	8
III.2 Les professionnels de santé consultés au cours de la grossesse :	10
III.3 La prévalence des suivis	11
III.4 Le taux de conformité des différents suivis :	13
III.4.1 Lors de la première consultation	13
III.4.2 Lors des consultations du 4 <sup>ème</sup> au 8 <sup>ème</sup> mois	13
III.4.3 Lors de la consultation du 9 <sup>ème</sup> mois	14
III.4.4 Conformité totale	14
<b>IV. Discussion</b>	<b>16</b>
IV.1 Biais de l'étude	16
IV.2 Analyse des résultats	17
IV.2.1 La réponse au critère de jugement principal	17
IV.2.2 L'analyse des résultats non conformes	17
IV.2.3 Discussion autour de la prévalence des suivis au sein des 4 maternités :	19
IV.2.4 Les conséquences d'une surmédicalisation	21
IV.2.5 Pourquoi pas ?	23
<b>V. Conclusion</b>	<b>24</b>
<b>VI. Bibliographie</b>	<b>26</b>

---

## **Abréviations**

HAS : Haute Autorité de Santé

RPAI : Réseau de Périnatalité Alpes Isère

GO : Gynécologue Obstétricien

SF : Sage- Femme

MT : Médecin Traitant

FDR : Facteurs De Risques

SAR : Situations A Risques

ATCD : Antécédent

CH : Centre Hospitalier

T2 : 2<sup>ème</sup> Trimestre

MAP : Menace d'Accouchement Prématuré

DMO : Dossier Médicaux Obstétrical

CAT : Conduite A Tenir

PMI : Protection Maternelle et Infantile



## I. Introduction

La prise en charge du patient est un concept de plus en plus évoqué dans tous les domaines de la santé. L'orientation et la surveillance des femmes enceintes sont de plusieurs ordres, dont d'ordre médical. Il a pour but une meilleure adaptation des soins par rapport au niveau de risque des grossesses.

Une grossesse à bas risque est habituellement définie comme une grossesse dont le déroulement est « normal », sans complication déterminée chez une femme en bonne santé et qui le reste .Cependant la notion de « grossesse à haut risque » n'est pas forcément associé à une situation pathologique et ainsi la « grossesse à bas risque » n'est donc pas elle-même systématiquement définie comme un déroulement physiologique .En effet le niveau de risque peut évoluer au cours de la grossesse. Il sera évalué à chaque stade de la grossesse. De même la surveillance devra s'adapter à ce niveau afin de prévenir, dépister et diagnostiquer les situations pathologiques et ainsi d'en optimiser la prise en charge. [5]

D'après l'Enquête Périnatale de 2003 [11], le médecin jouait un rôle primordial dans l'orientation des femmes enceintes et le diagnostic prénatal car il était majoritairement impliqué dans les déclarations de grossesse.

En effet 46.6 % des gynécologues-obstétriciens en ville, 27.7% en maternité réalisaient les déclarations et 24.3% pour les médecins généralistes. Par ailleurs, les sages femmes restaient moins impliquées dans le suivi prénatal, elles assurent 24.5 % des consultations contre 15.5% par les médecins généralistes et 65.5% par les gynécologues-obstétriciens en maternité et 46.6% en ville.

Cependant cette observation est à nuancer depuis la Loi du 9 aout 2004 qui a modifié l'article L.2122-1 du Code de la Santé Publique et qui autorise les sages-femmes à assurer le suivi complet des grossesses normales, y compris le premier examen prénatal et par conséquent à réaliser la déclaration de grossesse [8].

Dans le Plan de Périnatalité 2005-2007 [12], des recommandations professionnelles ont été élaboré par la Haute Autorité de Santé (HAS), à la demande du Comité National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF), de la Société Française de Médecine Périnatale, du Collège National des Sages Femmes et du Collectif Inter associatif autour de la Naissance dans le but d'améliorer l'identification des situations à risque pouvant compliquer une grossesse. A partir de ces recommandations l'orientation des femmes vers les différents professionnels de santé doit se faire correctement pour une prise en charge anténatale optimale.

L'HAS a donc déterminé quatre types de suivi pendant la grossesse [5]. Le suivi A qui sera mené par un médecin généraliste ou spécialiste ou une sage femme selon le choix de la patiente, le suivi A1 où l'avis d'un gynécologue obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé, le suivi A2 où cette fois l'avis d'un obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est nécessaire et pour finir le suivi B qui doit être réalisé par un gynécologue obstétricien en vue d'un niveau de risque élevé.

A partir de ces recommandations, la question du respect de ces dernières par les professionnels de santé, et donc de la conformité, par rapport aux publications de l'HAS, du suivis des femmes enceintes en fonctions de leurs éventuels facteurs de risques se soulève. En constatant le nombre de consultation sage-femme en parallèle du nombre de consultation par un gynécologue obstétricien dans les structures hospitalières, on peut penser que certaines prises en charges sont peut-être incorrectement menées, du fait de la différence en terme de nombre de consultations prénatales.

Ainsi notre étude va décrire la situation au sein du Réseau de Périnatalité Alpes Isère (RPAI). L'objectif principal est de déterminer le taux de conformité des suivis en anténatal des patientes vers les différents professionnels de santé. L'hypothèse est que le suivi B pourrait être sous médicalisée. Ma deuxième hypothèse, vu le nombre de consultation prénatale réalisé par les spécialistes est que le suivi A est essentiellement pris en charge par le gynécologue obstétricien.

Les objectifs secondaires sont de déterminer la prévalence des suivis A, des suivis A2 et des suivis B dans le RPAI, de déterminer le pourcentage de suivi A réalisé par un gynécologue obstétricien durant toute la grossesse, et de décrire quels professionnels de santé sont consultés en début de grossesse et comment évolue cette répartition entre les différents professionnels au cours de la grossesse.

## II. Matériels et Méthodes

### II.1 *Caractéristiques générales de l'étude*

Il s'agit d'un audit de pratique multicentrique, prospectif à viser descriptive mené au sein du Réseau de Périnatalité Alpes Isère (RPAI). Il incluait donc le service Unité Mère-Enfant de l'Hôpital Couple Enfant à Grenoble (maternité de niveau III), de la Clinique Mutualiste (maternité de niveau I), de la Clinique des Cèdres (maternité de niveau I) et du Centre Hospitalier de Voiron (maternité de niveau II). La Clinique Belledonne a été exclue de l'étude, n'ayant pas accepté d'y participer.

L'audit a été mené sur une période de 4 mois, du 14 septembre 2011 au 14 décembre 2011 inclus.

### II.2 *Population :*

L'inclusion a été réalisée à la maternité lors du séjour en Unité Mère Enfant.

Ont été éligibles toutes les patientes du service de la maternité à un jour donné, lorsqu'elles étaient majeures et à J0 de leur hospitalisation (donc au cours des premières 24h après l'accouchement).

Ont été exclues les femmes non suivies pendant leur grossesse ou très peu suivies (moins de 7 consultations prénatales ou si aucun renseignement sur le suivi avant les consultations à la maternité) [10].

De même on été exclues les femmes transférées pendant la grossesse ou après l'accouchement pour complications à la naissance chez la mère ou pour des raisons néonatales.

L'objectif était de recruter 100 patientes pour l'étude réparties équitablement entre les 4 maternités incluses. Le nombre de patientes pour chaque maternité a été calculé selon le nombre d'accouchement annuel en 2011 au sein de chacune d'entre elles.

Ainsi parmi les 100 femmes enceintes de l'étude, on a obtenu 38 parturientes qui ont accouché à L'Hôpital Couple Enfant de Grenoble, 25 à la Clinique Mutualiste, 17 à la Clinique des Cèdres et 20 au Centre Hospitalier de Voiron après avoir effectué le calcul expliqué ci-dessus.

### ***II.3 Recueil des données :***

Les informations recueillies à partir du dossier médical-obstétrical de la patiente sont les caractéristiques générales de la population (gestité, parité, âge, classe professionnelle), les antécédents en début de grossesse, les éventuelles pathologies survenues au cours de la grossesse et les facteurs de risque du 9<sup>ème</sup> mois ainsi que la conformité ou non à chaque étape de la grossesse.

En vue du nombre important d'antécédents ou de pathologies de la grossesse, ces derniers ont été regroupés tels ils apparaissent dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé [5]. Dans l'étude, le suivi A1 et A2 de l'HAS ont été regroupé en un seul et même suivi A1-A2 étant donné la différence très subtile entre les deux.

### ***II.4 Analyse statistique :***

Les variables qualitatives ont été décrites par l'effectif et le pourcentage (classe professionnelle, conformité, suivi).

Les variables quantitatives ont été décrites par la moyenne ( $\mu$ ) et l'écart-type (e-t) et par la médiane et l'espace interquartile (IQR) en cas d'écart à la normalité.

Les analyses statistiques ont été réalisées à partir du logiciel Statview.

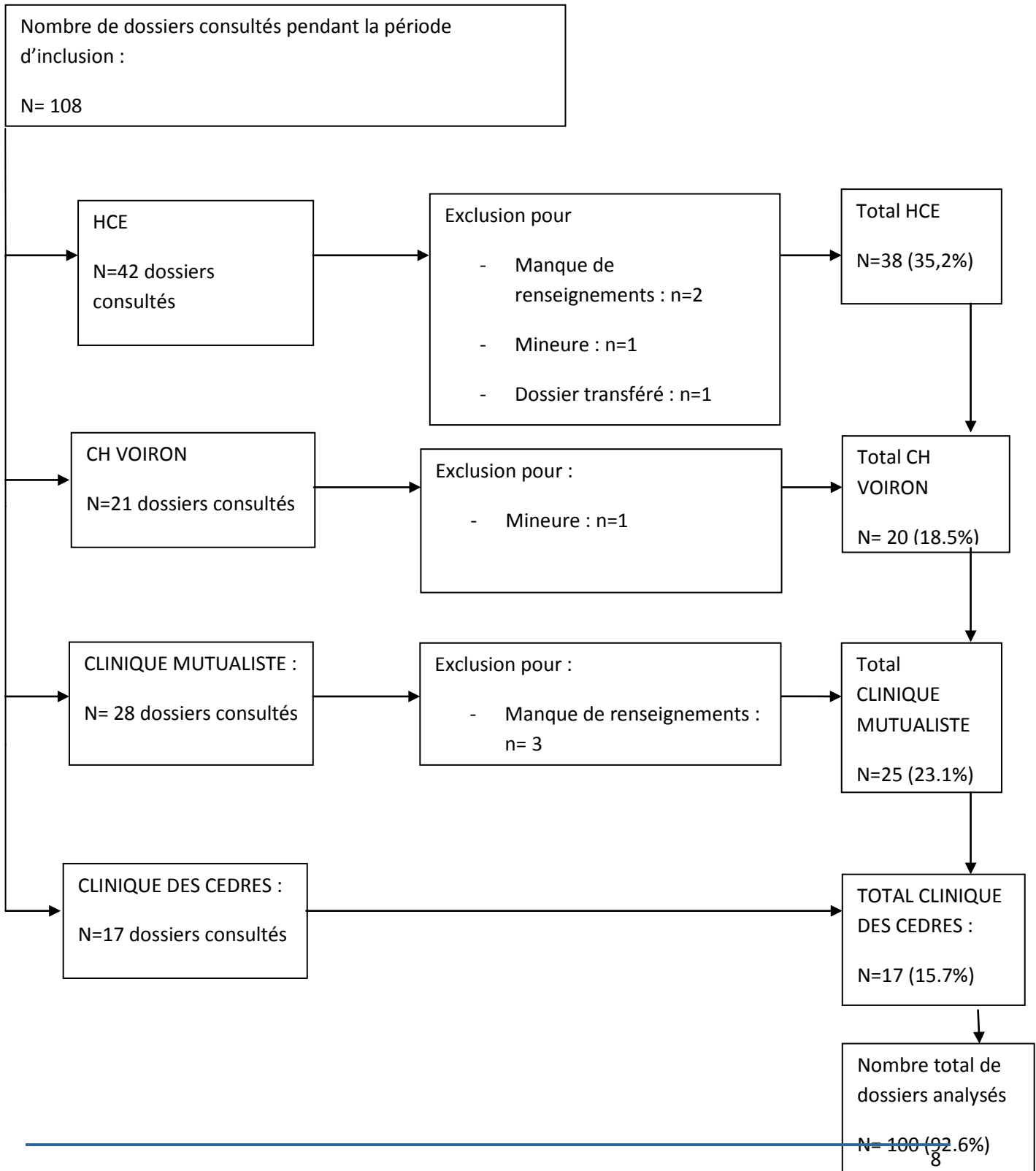
## ***II.5 Critère de jugement :***

Le critère de jugement principal est le taux de suivi conforme aux recommandations de la Haute Autorité de Santé selon les différents facteurs de risque.

Les critères de jugement secondaires sont la prévalence du suivi A, du suivi A1-A2 et du suivi B, le pourcentage de suivi A réalisé par un gynécologue-obstétricien durant toute la grossesse , et de décrire quels professionnels de santé sont consultés en début de grossesse et leur répartition au cours de la grossesse.

### III. Résultats

#### III.1 Description de la population :



Sur les 100 patientes incluses dans l'étude, 48 sont des primigestes et 64 sont des primipares. L'âge moyen des femmes enceintes est de 29.5 ans. Les autres caractéristiques des parturientes sont détaillées dans le tableau I.

	<b>Population (N=100)</b>
<b>Gestité :</b>	1,9 (1,1)
<b>Parité :</b>	1,5 (0,8)
<b>Age <math>\mu</math> (e-t) :</b>	29,5 (4,6)
<b>Classe professionnelle des femmes :</b>	
- Col blanc	n=51
- Col bleu	n=22
- Sans profession	n=24
- Non renseigné	n=3
<b>SAR avant la grossesse :</b>	
- ATCD Généraux	0
- Toxiques	0
- ATCD personnels préexistants non gynécologique	n = 18
- ATCD personnels préexistants gynécologiques	0
- ATCD personnels liés à une grossesse antérieure	n= 10
- Total	n= 28
<b>SAR découverte pendant la grossesse :</b>	
- Généraux	n=12
	dont âge $\geq$ 35 ans, n=12
- Toxiques	n=4
- Médicaux	n= 15
- Maladie infectieuse	n= 1
- Chirurgicaux	0
- Gynécologique	0
- Obstétricaux	n= 6
- Total	n= 38
<b>SAR 9<sup>ème</sup> mois :</b>	
- FDR obstétricaux	n= 10
- Total	n= 10

**Tableau 1 : caractéristiques de la population**



### III.2 Les professionnels de santé consultés au cours de la grossesse :

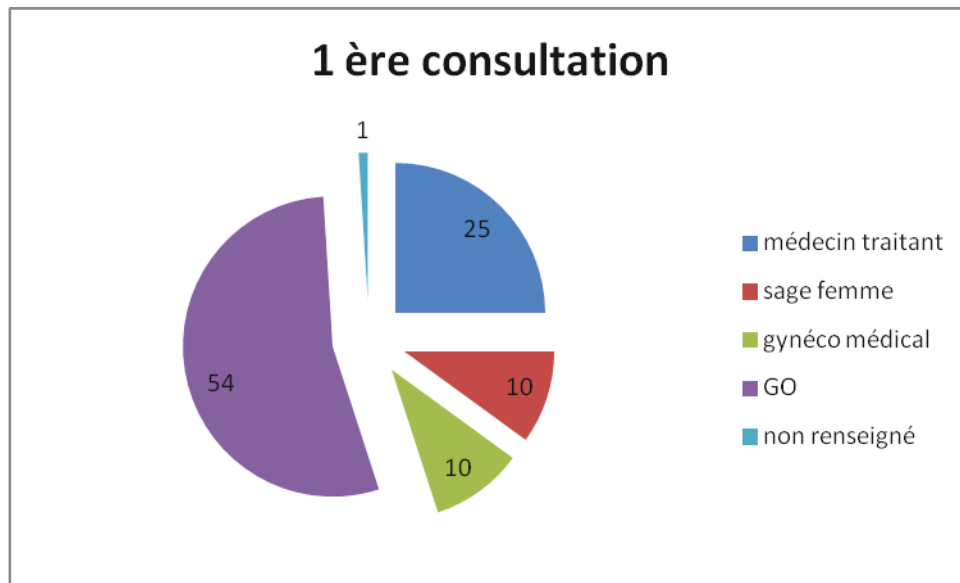


Figure 1 : Répartition des professionnels de santé lors de la 1<sup>ère</sup> consultation

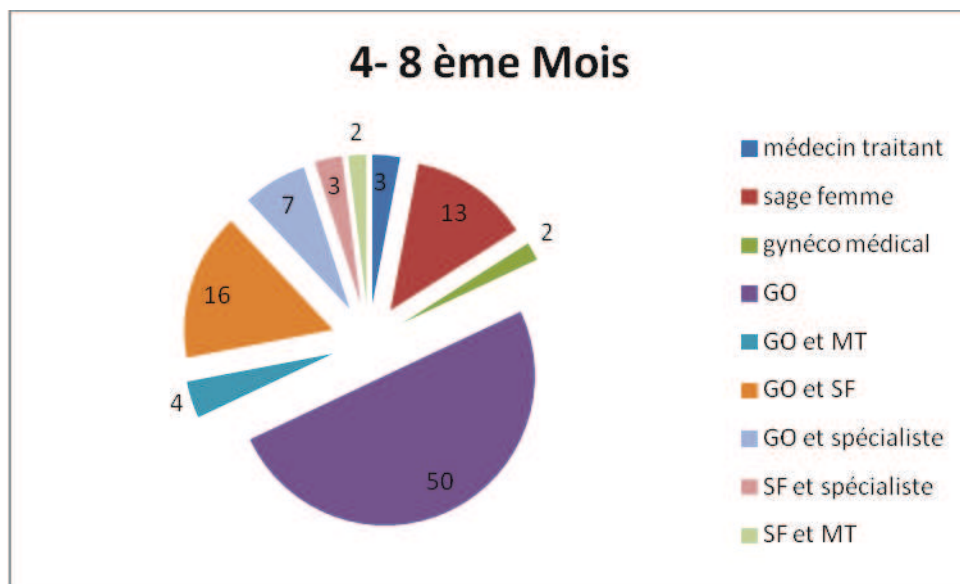


Figure 2 : Répartition des professionnels de santé entre le 4<sup>ème</sup> et le 8ème mois

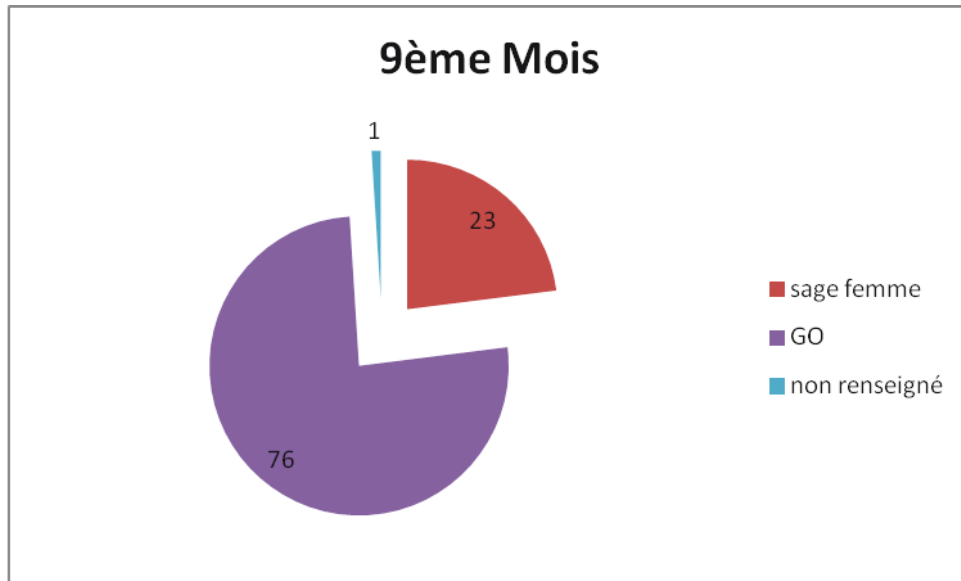


Figure 3 : Répartition des professionnels de santé au 9<sup>ème</sup> mois

### III.3 La prévalence des suivis

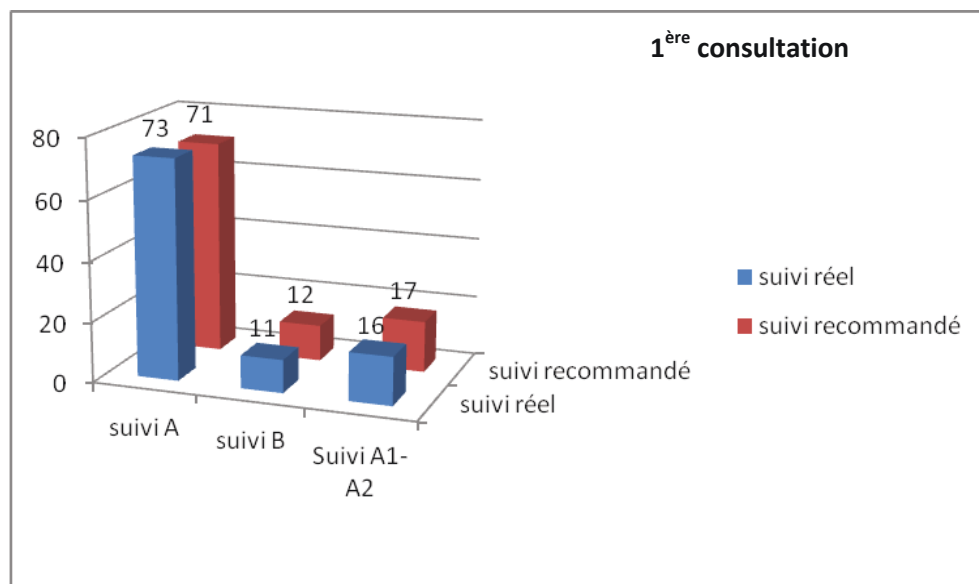
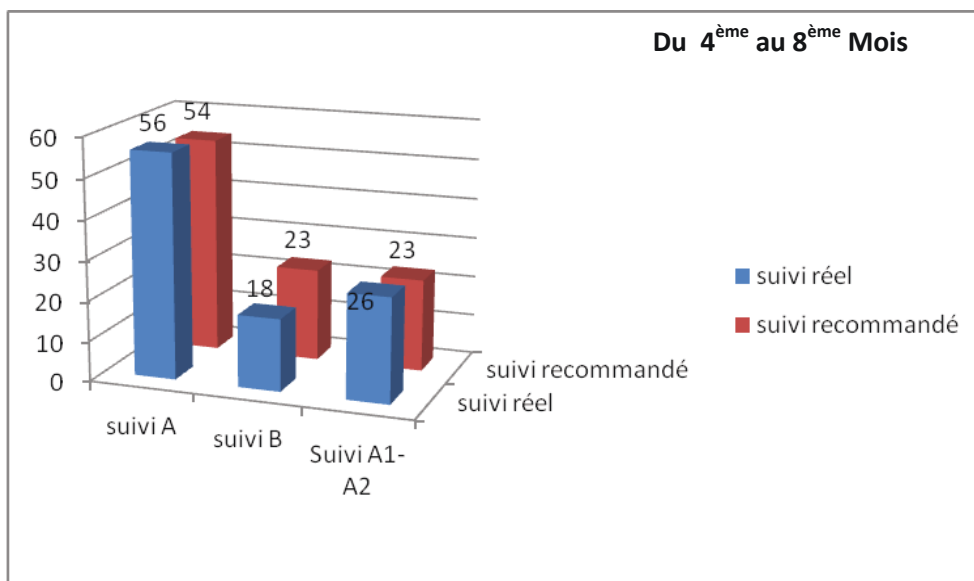
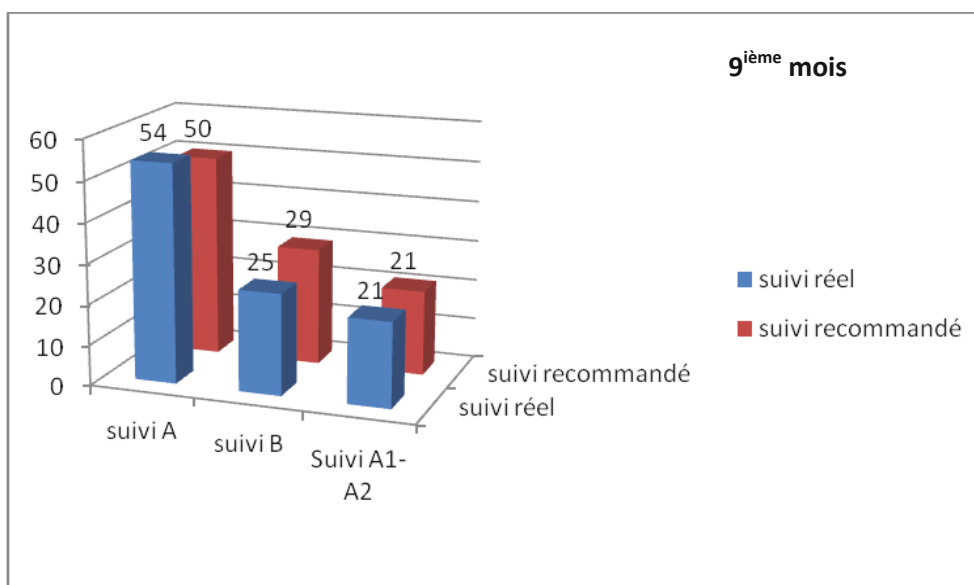


Figure 4 : Prévalence des suivis au sein des 4 maternités lors de la première consultation, en parallèle des suivis recommandés par l'HAS, pour la même population.



**Figure 5 : Prévalence des suivis au sein des 4 maternités entre le 4<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> mois en parallèle du suivi recommandé par l’HAS pour la même population.**



**Figure 6 : Prévalence des suivis au sein des 4 maternités au cours du 9<sup>ème</sup> mois en parallèle du suivi recommandé par l’HAS pour la même population.**

Au sein des 4 maternités incluses dans l’étude, on peut également relever 32 suivis, qui tout au long de la grossesse sont des suivis A, uniquement pris en charge par des gynécologues obstétriciens, dont 20 (62.5%) chez des primipares.

### III.4 Le taux de conformité des différents suivis :

#### III.4.1 Lors de la première consultation

	Conforme	Non conforme	Total
Suivi A	n=71	n=0	N=71
Suivi B	n= 11	n=1	N=12
Suivi A1-A2	n=16	n=1	N=17
Total	N=98	N=2	N=100

**Tableau 2 : Taux de conformité en début de grossesse**

Lors de la première consultation, un suivi B qui était recommandé pour un contexte de maladie de Basedow chez une patiente a été mené comme un suivi A par un médecin traitant et non par un gynécologue obstétricien.

De même qu'un suivi A1-A2 recommandé pour un contexte d'uropathie antérieure à la grossesse, a été réalisé en tant que suivi A par uniquement un médecin traitant, sans l'avis complémentaire d'un gynécologue obstétricien ou autre spécialiste tel qu'il est spécifié dans les recommandations de l'HAS [5].

#### III.4.2 Lors des consultations du 4<sup>ème</sup> au 8<sup>ème</sup> mois

	Conforme	Non conforme	Total
Suivi A	n=54	n=0	N=54
Suivi B	n=18	n=5	N=23
Suivi A1-A2	n=22	n=1	N=23
Total	N=94	N=6	N=100

**Tableau 3 : Taux de conformité au cours de la grossesse**

Au cours de la grossesse entre le 4<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> mois, 4 suivis B qui étaient recommandés selon l'HAS, un pour une séropositivité au VIH, un pour des vomissements gravidiques au deuxième

trimestre et deux pour des antécédents d'HTA ont été considérés comme des suivis A1-A2. Ces 4 patientes ont eu un suivi alterné entre la sage femme et le gynécologue obstétricien et non pas un suivi strictement fait par le gynécologue obstétricien comme il apparaît dans les recommandations de l'HAS [5].

Un autre suivi B recommandé pour une MAP à 32 SA a été suivi comme un suivi A par une sage femme, non conformément aux recommandations de l'HAS.

Un suivi A1-A2 recommandé pour uropathie a été pris en charge comme un suivi A par un médecin traitant sans consultation auprès d'un gynécologue obstétricien ou autre spécialiste.

### III.4.3 Lors de la consultation du 9<sup>ème</sup> mois

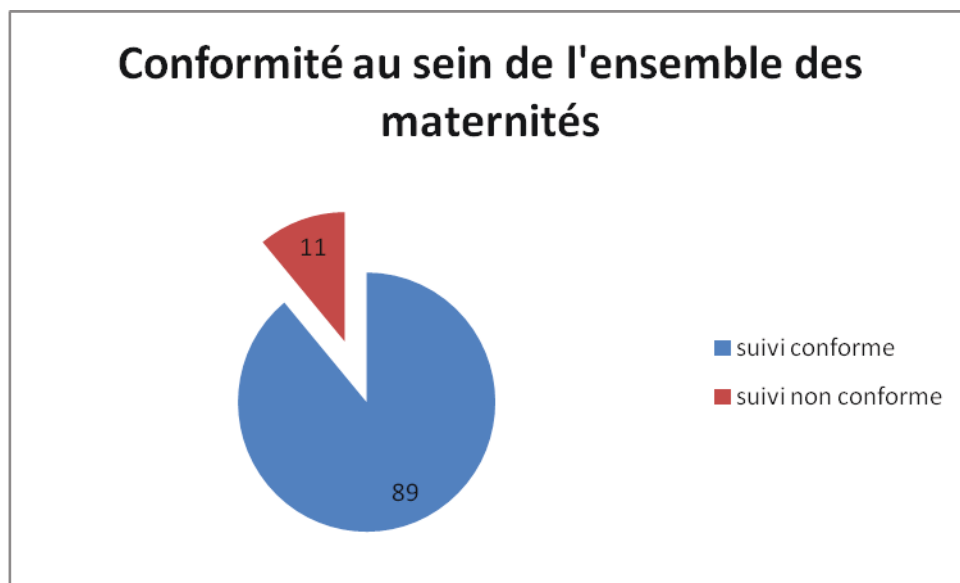
	Conforme	Non conforme	Total
<b>Suivi A</b>	n=50	n=0	N=50
<b>Suivi B</b>	n=25	n=4	N=29
<b>Suivi A1-A2</b>	n=21	n=0	N=21
<b>Total</b>	N=96	N=4	N=100

**Tableau 4 : Taux de conformité au 9<sup>ème</sup> Mois**

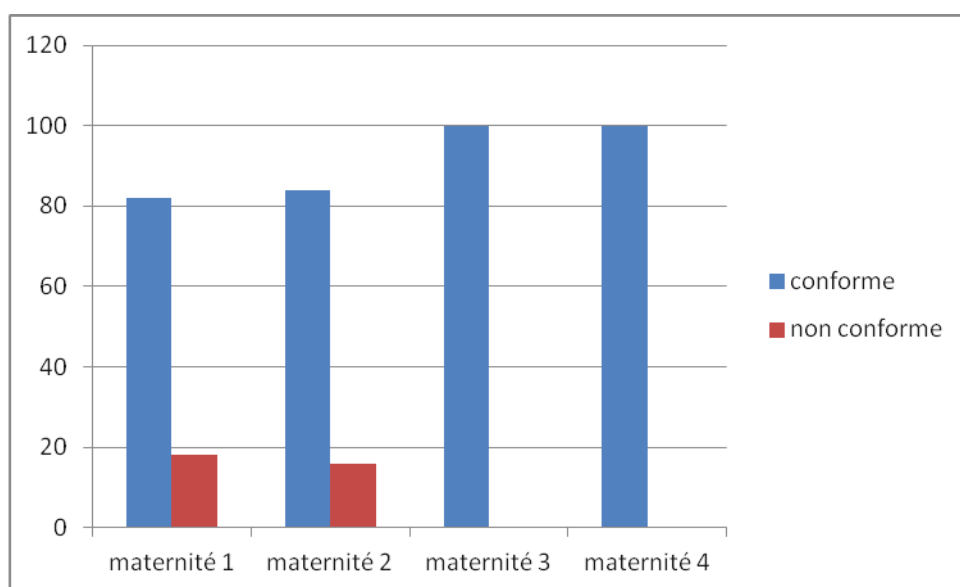
Lors de la consultation du 9<sup>ème</sup> mois, 4 suivis B recommandés par l'HAS [5], deux étant des termes dépassés et les deux autres des présentations non céphalique à terme, ont été pris en charge comme des suivi A par des sages femmes hospitalières et non des gynécologues obstétriciens.

### III.4.4 Conformité totale

Sur les 100 patientes incluses dans l'étude, 11 ont eu un suivi non conforme aux recommandations de l'HAS et 89 ont bénéficié d'un suivi conforme.



**Figure 7 : Taux de conformité au sein de chaque maternité incluse dans l'étude**



**Figure 8 : Taux de conformité pour chaque maternité de l'étude**

## IV. Discussion

### *IV.1 Biais de l'étude*

Le principal biais de l'étude est un biais de sélection. En effet en incluant une clinique privée à but lucratif de niveau I, les soins en anténatal sont donc systématiquement réalisés par des gynécologues obstétriciens. Au sein de cette maternité on retrouve donc un grand nombre de suivi A durant toute la grossesse réalisé par le même professionnel de santé, spécialisé en chirurgie. Cette constatation biaise partiellement nos résultats qui rendent compte du type de professionnel consulté selon la pathologie. Hors dans une clinique privée toutes les consultations prénatales sont réalisées par les médecins spécialistes quelque soit la présence ou non de facteur de risque. Il a été cependant choisi de ne pas l'exclure car les éléments qui seront discutés ensuite concernent tous les professionnels de santé aussi bien en libéral qu'en milieu hospitalier et aussi bien dans le privé que dans le public.

Le recueil de données est limité aux informations contenues dans le dossier médical obstétrical personnel de la patiente: les éléments non renseignés dans la consultation ont été pris en compte comme tels, et donc un avis oral donné par un gynécologue obstétricien lors d'une consultation mais n'apparaissant nulle part dans le dossier sera considéré comme inexistant. Hors selon les organisations de service il est possible qu'un avis oral soit demandé pour une éventuelle CAT et suffisant par rapport au niveau de risque de la patiente mais qu'il soit omis d'être mentionné quelque part.

L'étude a été menée sur un échantillon de 100 patientes, réparties entre 4 maternités proportionnellement aux nombres d'accouchements dans l'année précédente. On a ainsi entre 17 et 38 patientes par maternité ce qui est une proportion minime par rapport au nombre de patientes suivies dans les maternités (biais de sélection).

## **IV.2 Analyse des résultats**

### **IV.2.1 La réponse au critère de jugement principal**

Dans l'ensemble des 4 maternités inclus dans l'étude, les résultats ci dessus décrivent 89% de conformité aux recommandations de l'HAS de Mai 2007 [5], ce qui est satisfaisant et montre une qualité de l'offre de soin plutôt rassurante pour le suivi des parturientes. L'étude menée montre donc une prise en charge des patientes au cours de la grossesse globalement adaptée à leurs éventuels facteurs de risque. Une orientation correcte des femmes enceintes permet d'améliorer le circuit de soins et de ce fait sa qualité.

L'HAS s'est appuyé notamment sur le NICE (The National Institute for Health and Clinical Excellence) afin d'élaborer ses recommandations. Le NICE a été créé au Royaume-Uni en 1999 dans le but de diminuer les différences de prise en charge des malades et des femmes enceintes. Il a permis à ces pays d'évoluer vers des soins de santé uniformes et adaptés aux patientes en développant des lignes directrices sur des moyens efficaces de prévention, de diagnostic et de dépistage. Les recommandations pour les soins prénatals ont été élaborés par ce dernier en 2003 et mis à jour en mars 2008 [6]. Ainsi l'HAS, au sein de ses propres indications, retranscrit les mêmes objectifs de prise en charge.

Et à partir de nos résultats, nous avons pu déduire au sein des maternités de notre étude 11% de non-conformité par rapport à ce que préconise l'HAS. Mais plusieurs éléments sont à souligner.

### **IV.2.2 L'analyse des résultats non conformes**

Les 2% de résultats non conformes lors de la première consultation ont lieu hors structure hospitalière. Cependant les recommandations de l'HAS de mai 2007 sont destinées à tous les professionnels de santé qui exercent, selon les possibilités locales dans un réseau de périnatalité ou dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital. Elles s'adressent donc aux sages-femmes, aux médecins généralistes aux gynécologues médicaux et aux gynécologues obstétriciens notamment. Ces recommandations sont dans l'intérêt d'améliorer les



connaissances, la qualité des soins et le mieux-être des patients. Tout praticien doit prodiguer des soins conformes aux données scientifiques du moment et donc se tenir au courant des avancées de la science et des changements de prise en charge par un effort personnel ou éventuellement en participant à des formations de Développement Professionnel Continu, réunissant la formation médicale continue et l'évaluation des pratiques professionnelles. Ce devoir est donc destiné à tous les praticiens en activité, quelque soit leur mode d'exercice ou leur métier [16]. Il est donc important de s'interroger sur la qualité de leur diffusion au sein du système libéral.

Du 4<sup>ème</sup> au 8<sup>ème</sup> mois, les suivis non conformes ont tous lieu au sein de la structure d'accouchement. En effet, L'HAS recommande des suivis strictement B pour une séropositivité VIH, des vomissements gravidiques au 2<sup>ème</sup> trimestre et pour des ATCD d'HTA connus avant la grossesse. Ils ont été au sein des maternités des suivis A1-A2. Ces prises en charge ont été sous-médicalisées du fait qu'elles ont été réalisées par un professionnel de santé dont les compétences étaient inférieures à celles requises face à ces situations à risque.

Or nous savons qu'une prise en charge incorrecte a des risques à la fois pour la mère et pour l'enfant à venir, dus aux conséquences que peuvent avoir certaines pathologies. Malgré les progrès réalisés dans la prise en charge et la qualité des soins depuis quelques années, ces résultats montrent que des améliorations restent à faire car les suivis incorrects ou insuffisants peuvent avoir des effets dramatiques au cours de la grossesse, de l'accouchement voire même dans la période post natale.

Il en est de même pour les suivis non conformes au 9<sup>ème</sup> mois. Les termes dépassés sans pathologies ou autres raisons particulières peuvent être suivis, dans certaines maternités, par une sage femme qui s'en réfère à l'obstétricien gynécologue, en lien avec l'article R.41276-362 du code de la Santé Publique [8], pour avoir un avis complémentaire et un accord pour décider de la prise en charge de la patiente (soit son déclenchement soit sa convocation dans 48H) en fonction de la consultation du jour selon les protocoles de service.

### IV.2.3 Discussion autour de la prévalence des suivis au sein des 4 maternités :

L'étude met en évidence un grand pourcentage de femme (54%) qui consulte un gynécologue obstétricien en maternité dès le premier examen prénatal alors que seul 12% des suivis nécessitent pour des raisons médicales une consultation avec un spécialiste en chirurgie gynéco-obstétrique (suivi B). De plus nous savons que plusieurs professionnels sont formés au suivi de grossesse :

- La loi de santé publique du 9 août 2004 accorde aux sages-femmes le droit d'assurer le suivi complet des grossesses normales en pratiquant tous les examens prénatals, y compris le premier (déclaration de grossesse) [8]. Elles sont des acteurs de soins de santé primaire.
- Les médecins généralistes ont, eux aussi des compétences pour les suivis de grossesse à bas risque .Ils sont eux aussi des acteurs de soins de santé primaire.
- Les gynécologues de ville, acteurs de soins primaires.

Les acteurs de soins primaires sont ceux de première ligne, répondant à une demande de soins exprimée directement par la population (consultation, visite médicale, accueils aux urgences de l'hôpital, .....).

Les acteurs de soins secondaires sont ceux répondant à une demande par les professionnels de santé de première ligne (soins spécifiques, prescription d'examens complémentaires, hospitalisation programmée.....).

Parmi ces patientes qui consultent un gynécologue obstétricien dès la première consultation (54%), 32 (59.2%) d'entre elles ne déclarent aucune pathologie maternelle ou fœtale et ont un suivi A durant toute la grossesse. Néanmoins elles sont suivies par un gynécologue-obstétricien tout au long des 9 mois. Et vingt d'entre elles sont des nullipares.

On peut s'interroger alors sur les différentes possibilités qui pourraient expliquer les résultats :

- Tout d'abord la connaissance des femmes au sujet des compétences des différents professionnels de santé aptes à suivre une grossesse. Ne vont-elles pas plus

facilement vers des gynécologues obstétriciens par manque d'information sur les compétences et sur les aptitudes des autres acteurs de soins? Les patientes connaissent-elles réellement le rôle que peuvent avoir des sages femmes, des médecins traitants et des gynécologues dans le suivi de grossesse? Une étudiante sage-femme a mis en évidence dans son mémoire sur les connaissances de la profession de sage-femme chez la primigeste en 2005, que les compétences des maïeuticiennes sont assez nettement méconnues, ainsi que leurs rôles et leurs attributions au sein de cette population (38% des primigestes ne considéraient pas la sage-femme formée au suivi d'une grossesse à bas risque par exemple). Mais l'enquête relève une bonne connaissance de cette profession par les autres professionnels de santé [4]. D'où l'importance portée à la connaissance de chaque acteur de soins sur les compétences des autres pour ainsi évoluer vers « une meilleure répartition des tâches, plutôt qu'un transfert de compétences » comme l'a précisé le rapport de 2003 du Ministère de la Santé « Coopération des professionnels de santé : transfert de tâches et de compétences » [18].

- Par ailleurs le fait qu'une grande majorité de ces suivis A soit réalisé auprès des nullipares nous amène à penser que les patientes se sentent peut-être plus en sécurité si elles sont suivies par un gynécologue obstétricien, car pourront bénéficier, selon elles, d'une prise en charge plus rapide. Un mémoire, réalisé par une étudiante sage femme en 2010, décrit l'image de la sage-femme chez la Nullipare [3]. Cette étude a montré que les 2/3 de la population étudiées ont plus confiance en le gynécologue obstétricien dans le domaine de la prescription, des examens et des échographies et que quasiment 50% des femmes incluses considèrent la sage femme comme une « auxiliaire du médecin » ayant obtenu un diplôme paramédical. Or il est reconnu aux sages femmes un statut de profession médicale à compétence bien définie, justifié par leurs aptitudes à suivre la physiologie et à diagnostiquer la pathologie. Une meilleure connaissance de la profession entrainerait d'avantage de confiance envers la profession.

- Il peut apparaître que les femmes font suivre leur grossesse par le professionnel de santé qui les suit régulièrement hors grossesse pour le suivi gynécologique. Une étudiante en Médecine a réalisé sa thèse sur les déterminants du lieu de consultation pour les soins primaires de gynécologie obstétrique. Son travail a mis en évidence que les femmes consultent essentiellement des gynécologues obstétriciens pour le suivi gynécologique plutôt que des médecins généralistes. L'ignorance des patientes sur l'ensemble des compétences des médecins généralistes dans ce domaine est une des principales raisons. Cette étudiante a alors évoqué la possibilité d'une campagne d'information sur les compétences en gynécologie des médecins généralistes afin de réévaluer ensuite les choix d'orientations des patientes [2]. De même, les patientes connaissent-elles réellement les compétences des sages-femmes dans le suivi gynécologique ?

#### IV.2.4 Les conséquences d'une surmédicalisation

Cependant une prise en charge majoritairement menée par les acteurs de soins secondaires comme c'est le cas dans notre étude lors de la première consultation (en rappelant que l'étude a inclus une clinique privée à but lucratif), peut comporter des effets également négatifs (augmentation des complications de la grossesse et de l'accouchement, moins de disponibilité des Gynécologues obstétriciens pour d'autres patientes..) tant pour les femmes enceintes, que pour les équipes de la maternité ou même la société [17].

Une étude américaine, menée dans deux groupes de femmes enceintes à bas risque , dont un groupe pris en charge en anténatal par des sages-femmes et l'autre par des gynécologues obstétriciens, conclue que le premier groupe suivi par les sages-femmes était moins à risque de césarienne en cours de travail , d'épisiotomie et d'autres gestes invasifs anté et per partum par rapport au deuxième [1].

De même, d'après l'ONSSF, une méta-analyse internationale a été publiée en 2009 dans la Cochrane Database portant sur 11 études randomisées publiées dans la littérature sur la prise en charge de la grossesse normale par la sage-femme versus d'autres prises en charge. La

conclusion était favorable en faveur du suivi des femmes enceintes à bas risque par des sages-femmes en terme de réduction du nombre d'hospitalisation anténatale notamment. Elle est également plus génératrice d'économie car moins d'examens complémentaires notamment [15].

D'après les données de l'Agence Régionale de Santé, on constate entre 2007 et 2011 une diminution de 5 % des effectifs dans la spécialité de gynécologie dont l'obstétrique [13]. Et par ailleurs le nombre de gynécologues médicaux et de gynécologues obstétriciens est voué à une diminution importante d'ici 2020 [9]. Les résultats obtenus de notre étude soulèvent un problème en vue de la démographie médicale des médecins et des médecins spécialistes à ce jour.

En constatant à la fois cette baisse du nombre de spécialiste et en parallèle leurs nombreuses activités dans le domaine de la gynécologie obstétrique dont seul eux peuvent en exercer certaines, on peut se demander si une redistribution, voir un tri, dès la première consultation, des patientes nécessitant un suivi A ne s'avère pas nécessaire pour améliorer la qualité du système de soin ? En effet les gynécologues obstétriciens ont un domaine d'activité très large concernant à la fois la chirurgie (césarienne, hystérectomie, ablation du sein), et des actes médicaux : gynécologie médicale (contraception, ménopause), activité diagnostique (écho du système vaginal, ..) et activité obstétricale (prise en charge des grossesses, complications de l'accouchement/accouchement dystocique, ..) bilan d'infertilité, AMP.

Cette observation peut mettre également en avant paradoxalement l'augmentation possible du délai de prise en charge des patientes par des gynécologues obstétriciens dont la vocation première n'est pas d'assurer les soins primaires.

Le Plan de Périnatalité 2005-2007 rappelle les objectifs de prise en charge des patientes à travers deux principales dimensions : « sécurité-qualité » et « humanité-proximité » [12]. En effet, il sécurise la prise en charge médicale par la concentration des maternités mais aussi par la mise en place d'une graduation du risque et une définition rigoureuse de normes en personnels et matériels.

En respectant ces différents stades du risque, les femmes bénéficient de plus de sécurité en évitant une surmédicalisation et en permettant aux autres parturientes qui ont besoin d'une surveillance et d'un suivi particulier d'avoir accès à un personnel disponible et qualifié pour cela.

D'autre part la Loi HPST du 21 juillet 2009, rejoint le plan de périnatalité de 2005-2007. Elle définit l'accès aux soins et la prise en charge des patients dans le respect des exigences de proximité, qui s'apprécie en termes de distance et de temps mais aussi de parcours, de qualité et de sécurité des soins [7].

#### **IV.2.5 Pourquoi pas ?**

Il serait intéressant alors d'évaluer l'évolution du comportement des femmes enceintes dans leur prise en charge après une large campagne d'information sur les compétences des sages femmes notamment. Cette campagne mettrait également en avant l'avantage d'avoir des soins adaptés à son niveau de risque dans l'intérêt de sa propre personne ( suivi spécifique, orienté, adapté ) , dans celui des autres patientes nécessitant des soins plus complexes et dans celui de la société , où à l'heure actuelle chaque consultation, chaque geste technique a un coût , souvent fonction du professionnel de santé pratiquant le soin. L'ONSSF a créé une plaquette d'information sur les compétences des sages femmes. La diffuser dans les salles d'attente de consultation ou d'échographie, dans les laboratoires médicaux, dans les centres de PMI, ... pourrait éventuellement être un moyen de mieux faire connaître la profession. [14].

## V. Conclusion

L'objectif de notre étude était de décrire le suivi des femmes enceintes accouchant au sein des maternités du RPAI en fonctions de leurs éventuels facteurs de risque. Il s'agit d'une situation d'actualité tant par son intérêt personnel pour chaque patiente que pour la société en général. Nous avons donc analysé le suivi et le type de professionnel de santé lors de la première consultation, entre le 4<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> mois, et au 9<sup>ème</sup> mois afin d'évaluer si les prises en charge étaient conformes aux recommandations de l'HAS élaborées en Mai 2007.

Nous avons pu mettre en évidence au sein des 4 maternités, 89% de suivi conforme et 11% de suivi non conforme.

Nous avons également décrit 73% de suivi A, 11% de suivi B et 16% de suivi A1-A2 lors du premier examen prénatal, 56% de suivi A, 18% de suivi B et 26% de suivi A1-A2 entre le 4<sup>ème</sup> et le 8<sup>ème</sup> mois et 54% de suivi A, 25% de suivi B et 21% de suivi A1-A2 pour le dernier examen anténatal. Pour rappel le suivi A est un suivi pouvant être mené par un médecin généraliste ou spécialiste, ou une sage femme. Le suivi B doit être réalisé dans par un gynécologue obstétricien du fait d'un niveau de risque élevé. Le suivi A1 est un suivi où l'avis d'un gynécologue obstétricien ou un autre spécialiste est conseillé et le suivi A2 est un suivi où ce même avis est nécessaire. Dans notre étude le suivi A1 et A2 ont été regroupé en suivi A1-A2 étant donné la subtilité de la différence entre les 2.

Nous avons pu isoler 32 suivis strictement A par un gynécologue obstétricien. Nous avons aussi montré que les gynécologues obstétriciens étaient majoritairement consultés (54%) dès le début de grossesse, largement devant le médecin traitant (25%), la sage-femme (10%) et le gynécologue (10%). Cette différence a été constatée durant toute la grossesse, en lien notamment avec l'apparition de pathologies maternelles ou fœtales au cours des mois.

L'étude a montré que globalement le suivi des femmes enceintes est conforme et donc rassurant en terme de qualité du suivi des patientes dans l'ensemble des maternités. Il est nécessaire d'insister sur l'importance de poursuivre dans cette direction.

Parmi les suivis non conformes retrouvés la majorité a lieu en structure hospitalière mais ces résultats sont à moduler en fonction des protocoles et de l'organisation des services des maternités.

L'étude a clairement mis en évidence le grand nombre de gynécologues obstétriciens consultés dès le début de grossesse et ce jusqu'au 9ème mois pour certaine patiente requérant cependant un suivi strictement A.

Il est important alors d'insister et de mettre en avant les compétences des sages femmes, des médecins traitants et des gynécologues de ville dans le suivi de grossesse et de ne pas perdre de vue que les gynécologues obstétriciens sont des acteurs de soins secondaires, aux activités très diverses et variées, dont seuls eux peuvent pratiquer certaines d'entre-elles. En effet tous doivent garder en tête leurs principaux objectifs c'est-à-dire d'assurer des soins adaptés et de qualités, dans le but de diminuer la mortalité et la morbidité maternelle, foetale et néonatale.

Dans un souci d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins, il est important et nécessaire que les praticiens en charge du Développement Médicale Continue procèdent à une évaluation constante de leurs pratiques professionnelles. Le développement des réseaux de santé, tels que le RPAI, permet aussi d'organiser et de coordonner les différents partenaires au moyen notamment d'une harmonisation des procédures de soins, afin que toutes les femmes bénéficient d'une prise en charge optimale.

La consultation pré-conceptionnelle n'est plus obligatoire depuis décembre 2007, sauf pour les patientes aux lourds antécédents pouvant avoir une influence sur la nouvelle grossesse et où la programmation de la grossesse s'avère nécessaire. Les femmes sont donc vues assez tardivement pendant la grossesse et peuvent déjà avoir été exposé à certains risques avant le premier examen prénatal. La réinstaurer systématiquement permettrait donc de dépister plus précocement les situations à risques et donc de prendre en charge et d'orienter plus rapidement les patientes si nécessaires.



## VI. Bibliographie

- [1] Harvey S, Jarrel J, Brant R, Stainon C, Rach D A randomized, controlled trial of nurse, midwifery care. Birth 1996, 23(3): 128-35
- [2] Wittmann J Déterminant du lieu de consultation pour les soins primaires de gynécologie obstétrique, enquête auprès de 521 femmes consultant au CHU de Grenoble, Thèse en vue du doctorat. En médecine Université Joseph Fourier, 2009
- [3] Hibrard N, Image de la sage femme chez la nullipare, mémoire de sage femme en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat, 2010.
- [4] Noel A-L, Perception actuelle de la profession de sage-femme par la primigeste. Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme d'Etat de sage-femme, 2005.
- [5] Haute Autorité de Santé, Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2007
- [6] National Institute for Health and Clinical Excellence, Antenatal care: routine care for the healthy pregnant women. Mars 2008
- [7] Ministère des Affaires Sociales et de Santé, Loi « Hôpital Patient Santé et Territoire », 23 juin 2009
- [8] CNOSF, les compétences des sages-femmes et le code de déontologie, septembre 2012, code santé publique
- [9] Cohen J, Madelenat P, Levy Todelano R et al Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir en France ? ESKA 2000, 191 pages, ISBN 2-869-11-958-5 : la démographie des gynécologues en France : p22-27  
disponible sur : [http://www.cngof.asso.fr/d\\_cohen/co\\_som.htm#haut](http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/co_som.htm#haut)
- [10] Ministère des Affaires Sociales et de Santé, Enquête Périnatale de 2003, Rapport INSERM U 149, publié février 2005
- [11] Ministère des Affaires Sociales et de la Santé, Enquête Nationale périnatale 2003, situation en 2003 et évolution depuis 1998, février 2005. Disponible sur : <http://www.drees.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2003,11010.html>

[12] Ministère des Affaires sociales et de Santé, Plan de Périnatalité 2005-2007, « humanité, proximité, sécurité, qualité ». Novembre 2004

[13] Agence Régionale de Santé , Volet 4 L'offre spécialisée de 2<sup>ème</sup> recours, disponible sur :  
[http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc\\_effic\\_offre\\_soins/Organ\\_regul\\_offre\\_soins/Ambulatoire/SROS\\_Ambu/4\\_Comp\\_lementSROSambulatoire\\_offre2emerecours.pdf](http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/Organ_regul_offre_soins/Ambulatoire/SROS_Ambu/4_Comp_lementSROSambulatoire_offre2emerecours.pdf)

[14]ONSSF : 5 mai journée internationale de la sage femme, 2011  
<http://www.onssf.org/Documents/Plaqueette%20sage-femme%205%20mai%202011.pdf>

[15] Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes, Contribution de l'ONSSF dans le cadre de la mission menée par E. Hubert sur l'avenir de la médecine de proximité. La profession de sage-femme. Aout 2010 . Disponible sur :  
[http://www.onssf.org/Documents/contributionONSSFElisabethHubert\\_final\\_-1-.pdf](http://www.onssf.org/Documents/contributionONSSFElisabethHubert_final_-1-.pdf)

[16] Conseils nationaux de la formation médicale continue, 2010, disponible sur  
<http://www.cnfmc.fr/>

[17] Commission Nationale de la Naissance, Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités, fondamentaux. Juin 2009. Disponible sur :  
[http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/reseaux/CNN/CR\\_CNN\\_20\\_06\\_09.pdf](http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/reseaux/CNN/CR_CNN_20_06_09.pdf)

[18] Y. Berland, Mission « Coopération des professionnels de santé :le transfert de taches et de compétences. Octobre 2003. Disponible sur : [http://www.la-fps.fr/transfert\\_competence\\_BERLAND2003\\_fps.pdf](http://www.la-fps.fr/transfert_competence_BERLAND2003_fps.pdf)

# ANNEXES

## ANNEXE 1 : Types de suivi recommandés et structure pour l'accouchement (HAS)

Période préconceptionnelle ou 1 <sup>re</sup> consultation de grossesse		
Situations à risque	Suivi	Structure
<b>FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX</b>		
<b>Âge</b> (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes	Unité d'obstétrique si facteur isolé
<b>Poids</b> (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m <sup>2</sup> et supérieur ou égal à 40 kg/m <sup>2</sup> pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes	À adapter pour les extrêmes
<b>Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle</b> (rupture, deuil, isolement)	A	Unité d'obstétrique
<b>Risque professionnel</b> (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2	À adapter
<b>Antécédents familiaux</b> - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 <sup>er</sup> degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2	À adapter en fonction de l'anomalie
<b>TOXIQUES</b>		
<b>Sevrage alcoolique</b>	A1	À adapter en fonction des conséquences
<b>Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel</b> (exposition avérée)	A2	À adapter
<b>ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES</b>		
<b>Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux</b>	A2	À adapter
<b>Traumatisme du bassin ou du rachis</b> (fracture déplacée)	B	À adapter
<b>Chirurgies, pathologies cardiaques</b> (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres	A1	Unité d'obstétrique
<b>Pathologie rétinienne</b> (dont myopie grave)	B	À adapter
<b>Hémorragie cérébrale, anévrisme</b>	B	À adapter

<b>Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques</b>		
<b>Usage de drogues illicites</b> (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) <b>et substituts</b> (méthadone) <b>et sevrage</b>	A1	Unité d'obstétrique si antécédent ancien
<b>Hypertension artérielle</b>	B	À adapter
<b>Diabètes</b>	B	À adapter
<b>Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire</b>	B	À adapter
<b>- Affections thyroïdiennes équilibrées</b> (selon la pathologie) <b>hors maladie de Basedow</b>	A1	Unité d'obstétrique
<b>- Maladie de Basedow</b>	B	À adapter
<b>Épilepsie traitée ou non traitée</b>	A2 précoce	À adapter
<b>- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)</b>	B	À adapter
<b>- Asthme modéré, ancien, contrôlé</b>	A	Unité d'obstétrique
<b>Maladies inflammatoires digestives</b> (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce	À adapter
<b>Drépanocytose et autres hémoglobinopathies :</b>		
- mère homozygote	B	À adapter
- mère hétérozygote	A2	Unité d'obstétrique
<b>Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun</b>	B	À adapter
<b>Maladies de système et maladies rares</b> (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	À adapter
<b>- Néphropathie</b>	B	À adapter
<b>- Uropathie</b>	B	À adapter
<b>Affection hépatique</b> (cholestase, maladie biliaire, adénome)	B	À adapter
<b>Chimiothérapie et radiothérapie</b>	B	À adapter
<b>Maladies psychiatriques sévères</b> (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : <b>schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères</b>	A2	Unité d'obstétrique si sans retentissement
	A2 précoce	À adapter
	A2	Unité d'obstétrique
	A2 précoce	À adapter

<b>Maladies infectieuses</b>			
Séropositivité VIH	B	À adapter	
Portage antigène HBs	A1	Unité d'obstétrique	
Hépatite C ou B active	A2	À adapter	
<b>ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES</b>			
<b>Pathologies utéro-vaginales</b>			
Malformation utéro-vaginales	B	À adapter	
Mutilations sexuelles	A1	À adapter	
<b>Chirurgie cervico-utérine</b>			
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2	À adapter	
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2	À adapter	
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2	À adapter	
Distylbène syndrome	B	À adapter	
<b>ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE</b>			
<b>Antécédents médicaux</b>			
Infections urinaires récurrentes (plus de 2) hors uropathie	A1	Unité d'obstétrique	
Diabète gestationnel	A	À adapter en fonction d'une récidence au cours de la grossesse	
<b>Antécédents obstétricaux</b>			
Césarienne	A2	À adapter	
Incompatibilité foeto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter	
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B	À adapter en fonction du terme	
Hypertension gravidique	A2	À adapter en fonction de la récidence	
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B		
<b>Fausse couches répétées au cours du 1<sup>er</sup> trimestre :</b>			
- sans étiologie	A2	Unité d'obstétrique si évolution de la grossesse sans complications	
- avec étiologie SAPL	B	À adapter en fonction de la récidence	
<b>Fausse couches tardives au cours du 2<sup>e</sup> trimestre</b>	B		

	A2 précoce	A adapter en fonction de la receiave
<b>Accouchement prématuré</b>	B	
<b>Interruption volontaire de grossesse (IVG) ( plus de 2)</b>	A1	Unité d'obstétrique
<b>Interruption médicale de grossesse (IMG)</b>	A2	À adapter en fonction du motif de l'IMG et de la situation actuelle
<b>Hématome rétroplacentaire</b>	B	À adapter en fonction du déroulement de la grossesse
<b>- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (&lt; 3<sup>e</sup> percentile)</b>	B	À adapter
<b>- Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire</b>	B	À adapter
<b>Antécédents liés à l'enfant à la naissance</b>		
<b>Asphyxie périnatale avec séquelles</b>	B	À adapter
<b>Mort périnatale inexplicquée</b>	B	À adapter
<b>Anomalie congénitale ou génétique</b>	A2	À adapter
<b>Antécédents liés à l'accouchement précédent</b>		
<b>Hémorragies <i>post-partum</i> sévères</b>	A1	À adapter
<b>Déchirure du sphincter anal</b>	A2	Unité d'obstétrique
<b>Dépression du <i>post-partum</i>, stress post-traumatique</b>	A	Unité d'obstétrique
<b>Psychose puerpérale</b>	A2	À adapter
<b>Dystocie des épaules</b>	A1	À adapter

**Durant la grossesse (de la 2<sup>e</sup> à la 7<sup>e</sup> consultation - du 4<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> mois)**

Situations à risque	Suivi	Structure
<b>FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX</b>		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
<b>TOXIQUES</b>		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne )	A2	À adapter
Cannabis	A1	À adapter
Alcool	A2	À adapter selon degré d'alcoolémie
Tabac	A1	Unité d'obstétrique
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	À adapter
Intoxication au plomb	B	Unité d'obstétrique
Oxyde de carbone	B	À adapter
Irradiation	A2	Unité d'obstétrique si aucune répercussion
<b>FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX</b>		
Diabète gestationnel	A2	À adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	À adapter
Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde	B	À adapter
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B	À adapter
Anémie gravidique	A	À adapter en fonction de la sévérité et de l'étiologie
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2	À adapter



<b>Vomissements gravidiques sévères</b> (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...)			
- au 1 <sup>er</sup> trimestre de grossesse	A2	Unité d'obstétrique	
- au 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> trimestre de grossesse	B	À adapter	
<b>Cholestases gravidiques</b>	B	À adapter	
<b>MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES</b>			
<b>Toxoplasmose</b>	B	À adapter si pathologie foetale	
<b>Rubéole</b>	B	À adapter si pathologie foetale	
<b>Infection à cytomégalovirus</b>	B	À adapter si pathologie foetale	
<b>Herpès génital primo-infection ou récidive</b>	B	À adapter si survenue durant 3 trimestre de grossesse	
<b>Infection à parvovirus B19</b>	B	À adapter si pathologie foetale	
<b>Varicelle/ zona</b>	B	À adapter si pathologie foetale	
<b>Hépatite B aiguë</b>	B	À adapter	
<b>Hépatite virale A, C, D ou E</b>	B	À adapter	
<b>Tuberculose</b>	B	À adapter	
<b>Infection VIH</b>	B	À adapter	
<b>Syphilis</b>	B	À adapter	
<b>Grippe</b>	A1	À adapter en fonction du terme et des répercussions materno-foetales	
<b>Listériose</b>	B	À adapter	
<b>Paludisme</b>	B	À adapter	
<b>Chikungunya</b>	B	À adapter	
<b>Maladie périodontale</b>	A	Unité d'obstétrique	
<b>FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX</b>			
<b>Laparotomie en cours de grossesse</b>	A2	À adapter	
<b>FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES</b>			
<b>Cancer du col</b>	A2	À adapter	
<b>Fibrome(s) utérin(s)</b> (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2	À adapter	
<b>Kyste ovarien</b>	A2	Unité d'obstétrique	
<b>Cancer du sein</b>	B	À adapter	

Infections vaginales	A1	Unité d'obstétrique
Vaginoses bactériennes	A2	À adapter
<b>FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX</b>		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	Unité d'obstétrique
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	Unité d'obstétrique
Oligoamnios (< 37 SA)	B	À adapter
Hydramnios	B	À adapter
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B	À adapter
Amnio-centèse/ponction des villosités choriales	A2	À adapter en fonction de la pathologie concernée et du résultat du prélèvement
Réduction embryonnaire	B	À adapter
Pertes de sang persistantes		
- avant 16 SA	A2	Unité d'obstétrique
- après 16 SA	A2	À adapter
Hémorragies fœto-maternelles	B	À adapter
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter
Béance cervicale	B	À adapter en fonction du terme atteint
Menace d'accouchement prématuré	B	(cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA) À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Grossesse gémellaire		
- bichoriale	A2	Unité d'obstétrique
- monochoriale	B	À adapter
Grossesse triple	B	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2	À adapter en fonction de la pathologie et du résultat
Retard de croissance fœtale	B	À adapter
Mort fœtale <i>in utero</i>	B	À adapter

Anomalies de localisation du placenta	B	À adapter
Placenta bas inséré avec métorragies, placenta ou vaisseaux prævia après 32 SA	B	À adapter en fonction du terme atteint
Grande multipare (supérieur à 5)	A1	Unité d'obstétrique

### Consultation du 9<sup>e</sup> mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)

#### Situations à risque

#### FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICIAUX

	Suivi	Structure
Grossesse non suivie	B	Unité d'obstétrique
Dépassement de terme	B	À adapter
Macrosomie	A2	À adapter
Présentation non céphalique à terme	B	À adapter
Suspicion de dystocie	B	À adapter

## RESUME

Le niveau de risque des femmes enceintes est défini à partir des recommandations de l'HAS, et il en est de même pour les différents types de suivi.

L'objectif de cette étude était de déterminer la conformité des suivis selon les facteurs de risques des patientes au sein du RPAI.

Il s'agit d'un audit de pratique multicentrique sur la description du suivi de 100 femmes au sein des maternités du réseau, entre le 14 septembre 2012 et le 14 décembre 2012.

100 dossiers ont été analysés : 38 à l'HCE, 20 à Voiron, 25 à la Clinique Mutualiste, 17 à la Clinique des Cèdres, la Clinique Belledonne n'ayant pas accepté de participer à l'étude.

89% des suivis sont conformes. Les suivis A, pouvant être mené par un médecin généraliste ou spécialiste, ou une sage-femme, représentent quasiment 75% des suivis en début de grossesse. Cette prévalence diminue au cours de la grossesse avec l'apparition de pathologies mais reste néanmoins largement majoritaire au 9<sup>ème</sup> mois. Les gynécologues obstétriciens sont les plus consultés dans le suivi prénatal en assurant 54% des suivis dès la première consultation.

Cette étude a permis d'évoquer le manque probable d'information des patientes sur les compétences des autres acteurs de soins dans le suivi prénatal et donc la nécessité d'une campagne d'information sur ce sujet. Elle a aussi mis en évidence l'importance d'une réorientation des patientes selon leurs facteurs de risque pour un suivi adapté de toutes les femmes également en vue de l'évolution de la démographie des professionnels.

Mots clefs : type de suivi, recommandations HAS, facteurs de risques, conformité