



HAL
open science

Utilisation du carnet de maternité par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, et propositions d'améliorations

Diane Fontenais

► **To cite this version:**

Diane Fontenais. Utilisation du carnet de maternité par les médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, et propositions d'améliorations. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-01957921

HAL Id: dumas-01957921

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01957921>

Submitted on 17 Dec 2018

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.

**Utilisation du carnet de maternité par les médecins généralistes des
Bouches-du-Rhône, et propositions d'améliorations.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 14 Juin 2018

Par Madame Diane FONTENAI

Née le 25 avril 1992 à Brou-Sur-Chantereine (77)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic

Président

Madame le Professeur COURBIERE Blandine

Assesseur

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Assesseur

Madame le Docteur PICLET Hélène

Directeur

**Utilisation du carnet de maternité par les médecins généralistes des
Bouches-du-Rhône, et propositions d'améliorations.**

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 14 Juin 2018

Par Madame Diane FONTENAI

Née le 25 avril 1992 à Brou-Sur-Chantereine (77)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur CRAVELLO Ludovic

Président

Madame le Professeur COURBIERE Blandine

Assesseur

Madame le Professeur GENTILE Stéphanie

Assesseur

Madame le Docteur PICLET Hélène

Directeur

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :

- * aux Etudes : Jean-Michel VITON
- * à la Recherche : Jean-Louis MEGE
- * aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
- * aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
- * à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
- * pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
- * aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
- * Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
- * DU-DIU : Véronique VITTON
- * Stages Hospitaliers : Franck THUNY
- * Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
- * Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
- * Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
- * Relations Internationales : Philippe PAROLA
- * Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :

- * Communication : Laetitia DELOUIS
- * Examens : Caroline MOUTTET
- * Logistique : Joëlle FRAVEGA
- * Maintenance : Philippe KOCK
- * Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM	AGOSTINI Serge	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUBE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs
DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs
MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs
O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs
P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs
C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président
F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs
A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs
H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur
W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs
S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs
E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur
P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs
R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur
P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990 MM. les Professeurs	J.G. MC LEOD (Australie) J. PORTER (U.S.A.)
1991 MM. les Professeurs	J. Edward MC DADE (U.S.A.) W. BURGDORFER (U.S.A.)
1992 MM. les Professeurs	H.G. SCHWARZACHER (Autriche) D. CARSON (U.S.A.) T. YAMAMURO (Japon)
1994 MM. les Professeurs	G. KARPATI (Canada) W.J. KOLFF (U.S.A.)
1995 MM. les Professeurs	D. WALKER (U.S.A.) M. MULLER (Suisse) V. BONOMINI (Italie)
1997 MM. les Professeurs	C. DINARELLO (U.S.A.) D. STULBERG (U.S.A.) A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne) P.I. BRANEMARK (Suède)
1998 MM. les Professeurs	O. JARDETSKY (U.S.A.)
1999 MM. les Professeurs	J. BOTELLA LLUSIA (Espagne) D. COLLEN (Belgique) S. DIMAURO (U. S. A.)
2000 MM. les Professeurs	D. SPIEGEL (U. S. A.) C. R. CONTI (U.S.A.)
2001 MM. les Professeurs	P-B. BENNET (U. S. A.) G. HUGUES (Grande Bretagne) J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)
2002 MM. les Professeurs	M. ABEDI (Canada) K. DAI (Chine)
2003 M. le Professeur Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (Grande Bretagne)
2004 M. le Professeur	M. DAKE (U.S.A.)
2005 M. le Professeur	L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)
2006 M. le Professeur	A. R. CASTANEDA (U.S.A.)
2007 M. le Professeur	S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008

M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011

2009

M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012

2010

M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
------------------	----------------	------------

2011

M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015

2012

M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015

2013

M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016

2014

M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017

2015

M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYSS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre

ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal

THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE A MI-TEMPS

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE A TEMPS PARTIEL

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZINEH Mohammad	DEGIOANNI/SALLE Anna	POGGI Marjorie
BARBACARU/PERLES T. A.	DESNUES Benoît	RUEL Jérôme
BERLAND/BENHAIM Caroline		STEINBERG Jean-Guillaume
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise	MARANINCHI Marie	THOLLON Lionel
BOYER Sylvie	MERHEJ/CHAUVEAU Vicky	THIRION Sylvie
COLSON Sébastien	MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte	VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE 4201

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) *disponibilité*

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES 4203

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

**ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ;
MEDECINE URGENCE 4801**

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) *Surnombre*
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS 11

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

**BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT
ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5405**

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE 4301

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) *Surnombre*
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

**BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE
ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION 4604**

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) *Surnombre*
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE 20

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE 4501

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE 4401

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) *Surnombre*
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMNOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE 4403

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE 5102

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE 5202

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) *Surnombre*
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE 5302

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE 5002

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU-PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE 4702

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony (PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) *Surnombre*
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE 5103

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE 5104

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU-PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE 4202

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) *Surnombre*
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) *disponibilité*
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE 5003

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

**ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ;
GYNECOLOGIE MEDICALE 5404**

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION 4601

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) *Surnombre*
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE 5402

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE 5503

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛOLOGIE 5004

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE 5201

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE 4704

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE 5403

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETTELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE 4703

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES 4503

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE 5301

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION 4404

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE 5502

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION 4701

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE 4603

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELLISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION 4905

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL 4602

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE 5203

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stéphanne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE 4902

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE 4901

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE 4904

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE 5501

DESSI Patrick (PU-PH)
 FAKHRY Nicolas (PU-PH)
 GIOVANNI Antoine (PU-PH)
 LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
 NICOLLAS Richard (PU-PH)
 TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE 4502

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
 L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
 MARY Charles (MCU-PH)
 RANQUE Stéphane (MCU-PH)
 TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE 5401

ANDRE Nicolas (PU-PH)
 CHAMBOST Hervé (PU-PH)
 DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
 GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
 MICHEL Gérard (PU-PH)
 MILH Mathieu (PU-PH)
 REYNAUD Rachel (PU-PH)
 SARLES Jacques (PU-PH)
 TSMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
 FABRE Alexandre (MCU-PH)
 OUDIN Claire (MCU-PH)
 OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE 4903

BAILLY Daniel (PU-PH)
 LANCON Christophe (PU-PH)
 NAUDIN Jean (PU-PH)

CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PSYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE 4302

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
 CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
 CHAMOITRE Kathia (PU-PH)
 GIRARD Nadine (PU-PH)
 GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
 JACQUIER Alexis (PU-PH)
 MOULIN Guy (PU-PH)
 PANUEL Michel (PU-PH)
 PETIT Philippe (PU-PH)
 VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
 VIDAL Vincent (PU-PH)

RÉANIMATION MÉDICALE ; MÉDECINE URGENCE 4802

GAINNIER Marc (PU-PH)
 GERBEAUX Patrick (PU-PH)
 PAPAIZIAN Laurent (PU-PH)
 ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE 5001

GUIS Sandrine (PU-PH)
 LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
 PHAM Thao (PU-PH)
 ROUDIER Jean (PU-PH)

**PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE -
PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE 4803**

BLIN Olivier (PU-PH)
 FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
 MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
 SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
 VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
 BREGEON Fabienne (PU-PH)
 MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
 TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
 BONINI Francesca (MCU-PH)
 BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
 DADOIN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
 DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
 DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
 GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
 REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
 RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
 STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
 THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE 5101

ASTOUL Philippe (PU-PH)
 BARLESI Fabrice (PU-PH)
 CHANEZ Pascal (PU-PH)
 CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
 GREILLIER Laurent (PU-PH)
 REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE 4804

AMBROSI Pierre (PU-PH)
 BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
 VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE 5204

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
 KARSENTY Gilles (PU-PH)
 LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
 ROSSI Dominique (PU-PH)

Remerciements

À Monsieur le Professeur Ludovic Cravello.

Vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse.

Je vous prie d'accepter l'expression de mon plus profond respect et le témoignage de ma sincère reconnaissance pour votre disponibilité et vos conseils avisés.

À Madame le Professeur Stéphanie Gentile.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Je suis sensible à l'intérêt que vous avez porté à mon travail. Soyez assurée de ma réelle gratitude et de mon profond respect.

À Madame le Professeur Blandine Courbière.

Vous me faites l'honneur de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de mon profond respect.

À Madame le Docteur Hélène Piclet.

Vous avez accepté de me soutenir et de m'accompagner tout au long de ce travail.

Je vous remercie pour votre gentillesse et vos conseils. Recevez mes sincères gratitude.

Aux soignants qui ont accepté de m'aider dans mon projet. Vous m'avez donné de votre temps et accepté de partager votre expérience. Vous avez permis la réalisation de ce travail. Un grand merci.

Aux membres du Conseil Départemental qui m'ont reçu et ont accepté de m'aider.

J'espère que ce travail vous aidera à votre tour. Merci pour votre participation.

Au Docteur Rambaud-Le Bihan,

Qui m'aura guidée et accompagnée tout au long de mes stages en libéral. Un grand merci pour ta disponibilité, ton écoute, ta gentillesse et tous tes conseils. Tu es formidable.

Au Docteur Bérenger,

Pour votre bienveillance et votre bonne humeur. J'ai adoré travailler avec vous

Aux meilleurs parents,

Pour votre amour sans limite et votre soutien inconditionnel tout au long du chemin parcouru. Vous avez su encourager mes folies et en calmer certaines (heureusement !). Je mesure la chance que j'ai d'avoir des parents exceptionnels. C'est grâce à vous si j'en suis là aujourd'hui. Merci pour tout. Je vous aime.

A mon frère adoré,

Pour ta patience depuis 26 ans. Merci pour ta relecture attentive et ton soutien depuis toujours. Je t'aime et suis fière d'être ta sœur, bec de banane.

A mon grand-père,

Pour ton affection et tes nombreux récits. Tu m'as appris que la vie est une belle expérience faite de chance et de rencontres. J'aimerais être plus présente. Je t'adore.

A Thomas,

Pour ton amour, ta gentillesse, et l'énorme soutien que tu m'apportes. Notre vie ensemble est une magnifique aventure, et je te veux pour toujours à mes côtés. Je t'aime.

A ma belle famille,

Vous m'avez accueillie et soutenue. Je suis heureuse de vous avoir. Merci.

A mes chers confrères et amis,

Marine G, qui a vécu cette aventure marseillaise à mes côtés.

Agathe, Anne-Claire, Maëlle, Marine L, rencontrées sur les bancs de la fac de Nantes et toujours aussi présentes.

A mes copains du Sud, Céline, Floriane, Sara, Célia, Benjamin,, Bruno, Stan, mes co-internes des urgences d'Aix, la famille Tuche ! A ces innombrables apéros et ces moments de partage, si précieux.

A mes amis d'enfance,

Toujours présents, malgré la distance. Je vous porte éternellement dans mon cœur.

A tous mes chefs et séniors, qui m'ont tant appris.

Aux patients,

Qui acceptent chaque jour de me faire confiance.

Guérir parfois, soulager souvent, écouter toujours.

Louis Pasteur

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	4
I. PRÉSENTATION DU CARNET DE MATERNITÉ	5
<i>IA. Historique</i>	5
a) La création de la Protection Maternelle et Infantile	5
b) Le carnet de maternité depuis 1976	6
c) Les plans de périnatalité	7
d) L'enjeu démographique médical	8
<i>IB. L'aspect pratique</i>	11
a) Description de l'actuel carnet de maternité	11
b) Délivrance auprès des professionnels de santé et des patientes	16
c) Utilisation et retour d'expérience des médecins des Bouches-du-Rhône	17
1. Méthodologie	17
2. Caractéristiques de la population étudiée	18
3. Réalisation du suivi de grossesse	22
4. Le carnet de maternité	24
5. Synthèse	28
6. Discussion	28
II. METHODOLOGIE	30
<i>IIA. Choix de la méthode</i>	30
<i>IIB. Conception de l'enquête</i>	31
a) Le guide d'entretien	31
b) La population étudiée	32
c) Méthode d'analyse	32
a) Le suivi de grossesse en cabinet de médecine générale	34
1. Nombreuses sont les femmes qui effectuent un double suivi avec les spécialistes	34
2. Des consultations plus longues que les consultations de médecine générale classiques	35
3. Un suivi régulier jusqu'au 6 ^{ème} mois	35
4. Les rôles premiers du médecin traitant : la coordination des soins et l'accessibilité, en temps qu'acteur de soins primaires	35
5. Le logiciel médical, outil du suivi de grossesse	36

6. Un carnet de substitution déjà créé	37
7. La communication entre professionnels de santé	38
b) Une perception différente du suivi de grossesse selon les patientes	39
1. Certaines difficiles à responsabiliser	39
2. D'autres sont très impliquées	40
c) Les retours d'utilisation du carnet de maternité	40
1. Un carnet méconnu	40
2. Un mode de distribution critiqué	41
3. Des craintes de non-utilisation des maternités et des spécialistes	42
4. Un outil bénéfique pour la communication entre médecins et lors des situations d'urgence	43
5. Un outil de centralisation des données	44
d) Le carnet de maternité en détail	45
1. Un format didactique apprécié, avec une bonne lisibilité des informations	45
2. Des informations pertinentes	46
3. Un « aide-mémoire »	46
4. Utilité du calendrier des consultations	46
5. Le format papier, un format apprécié	46
6. La partie adressée aux patientes largement plébiscitée	47
7. Un remplissage aléatoire par les médecins généralistes	47
8. Un manque de revalorisation de l'acte	48
9. L'effet doublon face aux logiciels des médecins	48
10. Une présentation aléatoire de la part des patientes	49
11. Des consultations trop détaillées pour des suivis de grossesses normales	49
12. Des mises à jour à réaliser	50
13. Quelques propositions d'améliorations	50
14. La partie accouchement inutile	51
15. La partie détaillant les échographies n'est pas assez explicite	52
16. Une limite de son utilisation : la grossesse pathologique	52
17. Un carnet unanimement apprécié	52
e) L'avenir du carnet de maternité	53
1. Des médecins généralistes prêts à l'utiliser	53
2. Le projet de dossier médical informatisé	54

3. Des propositions pour un carnet de maternité informatisé	54
4. L'importance de la promotion du carnet de maternité par le Conseil Départemental	55
5. L'importance d'une réévaluation du système de distribution par le Conseil Départemental	56
f) Attention au risque de surmédicalisation de la grossesse	57
IV. SYNTHÈSE	58
a) La communication dans le suivi de grossesse	58
b) Un outil apprécié et (trop ?) complet	59
c) Un outil plus utile pour certaines patientes	60
d) Un temps de consultation spécifique, une nécessité de revalorisation	61
e) Des efforts à faire du côté du Conseil Général	61
f) Le problème de surmédicalisation de la grossesse	62
V. DISCUSSION	63
<i>VA. Critiques de la méthode</i>	63
a) Le recrutement des médecins	63
b) Déroulement des entretiens	63
c) Analyse de l'étude	64
<i>VB. Les propositions d'améliorations du carnet de maternité</i>	65
a) Sa promotion	65
b) Sa distribution	65
c) La modification de son format	66
d) Sa confidentialité	67
e) Son utilisation	67
f) L'utilisation par les maternités des Bouches-du-Rhône	68
<i>VC. Améliorations proposées par le Conseil Départemental</i>	69
<i>VD. Le suivi de grossesse en médecine générale</i>	70
VI. CONCLUSION	71
BIBLIOGRAPHIE	74
ANNEXE	78

INTRODUCTION

L'intérêt du carnet de maternité est évident considérant les problèmes rencontrés au cours des consultations gynéco-obstétricales en ville comme à l'hôpital.

En effet, plusieurs problèmes peuvent actuellement être évoqués : le manque de coordination du suivi obstétrical, la répétition inutile des examens avec une surmédicalisation de la grossesse (près de 70% des femmes ont aujourd'hui plus de 3 échographies, contre 57 % en 2003, sans bénéfice évident pour la santé des mères et de leurs enfants (1)) et l'insuffisance des informations délivrées aux patientes.

Malgré cela, le carnet de maternité est très peu utilisé. Le chiffre de 3% d'utilisation réelle sur l'ensemble du territoire français a été avancé aux Journées Nationales de la Médecine Générale de 2004 organisées par la Revue du Praticien (2).

D'après le rapport de la périnatalité de 2010 (1), le suivi de grossesse s'est diversifié, avec un rôle plus grand des médecins généralistes, aussi bien dans le suivi que dans les consultations intercurrentes. Après la déclaration de grossesse, la surveillance est assurée par un généraliste dans 23,8% des cas (contre 15,4 % en 2003). Il est, de ce fait, nécessaire de revaloriser un outil de suivi de grossesse commun.

Le carnet de maternité, pourtant mis en avant par les différents plans de périnatalité, reste méconnu et perfectible (1).

Dans ce but, nous avons réalisé une enquête auprès des acteurs concernés : les médecins généralistes bien évidemment mais aussi un gynécologue-obstétricien et une sage-femme. Nous voulions ainsi mieux cerner et comprendre les attentes des protagonistes, et proposer des améliorations qui pourraient rendre son utilisation plus répandue.

Ce travail se divise en quatre parties :

Dans un premier temps, après un rappel historique, nous décrivons le contenu du carnet de maternité, ainsi que sa place au cœur des politiques de santé publique. Puis, à l'aide d'une enquête quantitative réalisée auprès d'un échantillon de médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, nous détaillerons les pratiques actuelles du suivi de grossesse et la place qu'y a le carnet de maternité.

Dans un second temps, nous décrivons notre étude qualitative réalisée auprès de

médecins généralistes ayant une compétence particulière en gynécologie, puis nous présenterons les résultats.

A partir de ces deux études complémentaires, nous apporterons une conclusion relative à la perception du suivi de grossesse en médecine générale et expliquerons l'utilité et l'intérêt d'y intégrer le carnet de maternité, comme un véritable « carnet de santé pour suivi de grossesse », de la même façon que le carnet de santé de l'enfant fait actuellement consensus.

I. PRÉSENTATION DU CARNET DE MATERNITÉ

IA. HISTORIQUE

A) LA CREATION DE LA PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE

Le premier arrêté employant le terme de « carnet de maternité » date du 4 juillet 1972 (2). Sa création intervient après un long processus visant à améliorer la survie pendant et après la grossesse.

C'est en effet suite à la seconde Guerre Mondiale que fut créée la Protection Maternelle et Infantile (PMI) par l'Ordonnance du 2 novembre 1945 : elle dispose que « les futures mères doivent bénéficier d'une surveillance sanitaire régulière à un rythme fixé par voie réglementaire », en s'assurant de sa gratuité, dans le but de lutter contre la forte mortalité périnatale et d'aider ainsi à la reconstruction du pays.

Il faut cependant attendre l'action « Périnatalité », menée à partir des années 70, pour réduire de façon significative la prématurité et la mortalité materno-infantile. La consultation prénuptiale, la surveillance médicale de la grossesse (cinq visites minimum) et la prise en charge de la naissance, au sein de maternités adaptées techniquement et humainement, sont ainsi rendues obligatoires.

Les déploiements de ce plan et de ceux qui ont suivi ont permis de réduire progressivement la mortalité maternelle entre 1970 et 2004, de 28.1/100 000 à 9/100 000 et la mortalité périnatale de 24‰ à 6,5‰ (1).

B) *LE CARNET DE MATERNITE DEPUIS 1976*

C'est à partir de 1976 qu'est diffusé le carnet de grossesse « rose » (document CERFA n°60.3909), dont l'utilisation conditionne alors la perception des allocations familiales. Ce carnet, facultatif, n'est délivré par la Caisse que si les droits de la patiente à l'Assurance Maladie sont ouverts. Ses feuillets doivent être alors produits à l'appui de toute demande de prestation.

Le « nouveau carnet de maternité », diffusé par la Direction Générale de la Santé, supplantera le « carnet rose » en 1990, et deviendra obligatoire dans les textes, mais sans conséquence financière en cas de non-utilisation.

D'un point de vue législatif :

- Les articles L.2112-1 (3) et L.2112-2 (4) du Code de la Santé Publique ont été promulgués le 18 décembre 1989 et mis à jour le 14 mars 2016. Ils disposent que toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénatals et post-natals obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. La mise à jour de mars 2016 consacre juridiquement l'implication de la sage-femme. Il est précisé que : « lorsque, à l'issue du premier examen prénatal, la sage-femme constate une situation ou des antécédents pathologiques, elle adresse la femme enceinte à un médecin. »

Lors du premier examen prénatal, il est désormais prévu que le médecin, ou la sage-femme, propose un entretien prénatal précoce dont l'objet est de permettre au professionnel d'évaluer, avec la femme, ses besoins en termes d'accompagnement.

Toute femme enceinte est sensée bénéficier gratuitement, lors du premier examen prénatal, d'un carnet de grossesse où sont mentionnés les résultats des examens obligatoires et où sont également notées, au fur et à mesure, toutes les observations médicales importantes. Il est précisé que ce carnet doit respecter le secret professionnel.

Il s'agit donc d'un carnet de surveillance de la grossesse distribué systématiquement et obligatoirement à toute femme enceinte dès le début de la grossesse, avec pour objectif de reprendre les consultations et les résultats d'examens. Il reste la propriété des patientes qui l'apportent à chaque consultation.

Le texte ne précise pas explicitement qui est chargé de distribuer ce carnet aux femmes,

mais il laisse supposer qu'il s'agit des médecins et des sages-femmes, seuls responsables de la première consultation prénatale.

- L'arrêté du 7 juillet 2016 (ayant fait l'objet d'une précédente mise à jour en 2007) (5) précise que ce carnet de grossesse est établi selon un modèle précis, le CERFA 13139* 02. Chaque département peut personnaliser la couverture.

Il est également précisé que la responsabilité de délivrer ou de faire délivrer ce carnet revient au Président du Conseil Départemental.

c) LES PLANS DE PERINATALITE

Le plan périnatalité 2005-2007 (6) prévoit une refonte du carnet de maternité, afin de le réactualiser en y intégrant les principaux messages de prévention et les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS).

La Direction Générale de la Santé (DGS) a ainsi consacré une enveloppe d'un montant de 121.000 euros pour la réforme du carnet de maternité et l'élaboration d'un référentiel de formation pour les professionnels réalisant l'entretien prénatal précoce.

Ce dernier plan de périnatalité souligne la nécessité d'améliorer la cohérence du suivi de la grossesse et l'adhésion de la femme enceinte aux prescriptions médicales.

Son rapport d'évaluation, réalisé en 2010 (7), par le bureau Etat de santé de la population de la DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques du Ministère de la Santé), décrit une amélioration de l'humanité et de la proximité de la prise en charge en périnatalité par « la création directe d'outils et de dispositifs » et « la mise en œuvre des outils d'écoute, d'information et d'accompagnement que représentent le carnet de maternité, le développement du soutien psychologique et l'entretien prénatal précoce ».

Dans ce rapport, les auteurs admettent rencontrer des difficultés communes, selon eux, à tout dossier partagé: un niveau de détails apportant une certaine lourdeur, des usages non uniformisés et des effets doublons avec les logiciels utilisés par les médecins.

Ils reconnaissent également que les modalités de diffusion du carnet par les services de PMI ne sont pas consensuelles: envoi systématique, automatique, ponctuel ou à la demande des professionnels de santé.

De plus, l'utilisation d'autres formats de dossiers médicaux par les professionnels de santé expliquerait le fait que la partie médicale du carnet soit peu remplie : 42% des professionnels de santé libéraux alors interrogés ne la renseignaient jamais. L'utilisation par les services de PMI serait, elle, plus importante.

Cependant, même si le carnet de maternité n'est pas utilisé dans son volet médical, l'un de ses buts premier, l'information des patientes, est respecté, puisque le volet informatif serait bien repéré par les femmes enceintes.

Pour tenter de remédier à son défaut d'utilisation par les professionnels de santé, la DRESS prévoyait de se pencher sur une réflexion « rigoureuse » relative à l'articulation de ce support avec le développement d'un dossier commun informatisé. Néanmoins, elle admettait les difficultés rencontrées à faire avancer cette question.

D) L'ENJEU DEMOGRAPHIQUE MEDICAL

En reprenant les chiffres de l'atlas de la démographie médicale 2016 (8), édité chaque année par le Conseil de l'Ordre des médecins, force est de constater que le nombre de gynécologues réduit au fil des années.

Parallèlement, les naissances augmentent: 785.000 en 2016. La France présente un taux de fécondité de 1,93 enfants par femme, un des plus élevés d'Europe (9).

Ces tendances démontrent la nécessité d'impliquer également les médecins généralistes dans le suivi de grossesse.

En effet, les effectifs d'obstétriciens sont en diminution constante : leur nombre est de 4.724 praticiens sur le territoire français en 2016 (10) et, selon les prévisions, ils seraient 16% de moins en 2030 en France (et 11% de moins au sein de la région PACA). De même pour les gynécologues médicaux (11), ils étaient 1.212 en 2016, ce chiffre diminuerait de 22% d'ici 2030 en France (et 15% de moins en PACA).

Il faut aussi mentionner les gynécologues libéraux qui cessent leurs activités obstétricales devant, entre autre, la pénibilité du travail et la judiciarisation de la

pratique, pour se consacrer essentiellement au versant gynécologique de leur profession. (12)

Les gynécologues et obstétriciens sont donc moins nombreux à pouvoir effectuer le suivi de l'ensemble des grossesses, en particulier celles qualifiées de « normales », sans facteurs de risque.

Parallèlement, les effectifs de médecins généralistes sont plus stables (13), avec 285.840 médecins en 2016, et une baisse programmée « seulement de » 4% prévue d'ici 2030 en France (5% de moins en PACA).

Les effectifs de sages-femmes, eux, augmentent. Cela leur permet de diversifier leurs activités, en pratiquant de façon plus importante en libéral, et en suivant davantage de grossesses. Selon une étude commandée par l'Ordre des Sages-Femmes, sur le marché du travail (14) « alors que l'effectif des sages-femmes actives a augmenté de plus de 70% depuis vingt ans, le nombre de naissances a, quant à lui, évolué d'environ +10% dans le même temps ». S'agissant de la région Provence Alpes Côte d'Azur, celle-ci « compte 69% d'actives supplémentaires par rapport aux sages-femmes qui y ont été formées » en 2016.

La thèse de Caroline Bergeron (15), réalisée en 2012 sur les échanges entre les différents professionnels de santé du suivi de grossesse conclut justement que « dans le contexte actuel, il est à prévoir que les sages-femmes vont effectuer de plus en plus de suivis de grossesses à bas risque, que les gynécologues-obstétriciens vont privilégier les suivis de grossesses pathologiques, et enfin que les médecins généralistes vont s'adapter selon les disparités régionales. »

En France, 90% des grossesses sont considérées à bas risque (16) et pourraient donc, théoriquement, être suivies par un médecin généraliste ou une sage-femme.

En 2016, l'enquête nationale sur la situation périnatale (17) précise que 6,5% des femmes enceintes sont suivies par leur médecin généraliste, 23,3% par une sage-femme, et 65,7% par un gynécologue. Cette enquête explique la place importante des sages-femmes dans la surveillance prénatale grâce aux modifications d'organisation au sein des maternités publiques leur donnant une plus grande place, notamment en libéral.

Les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) dès 2005 (18), dans « comment mieux informer les femmes enceintes » souligne que les sages-femmes et les médecins généralistes peuvent suivre les femmes ayant une grossesse normale : « le pronostic materno-fœtal a été comparé pour le suivi systématique des grossesses à bas risque entre les obstétriciens ou les gynécologues et les sages-femmes et/ou les médecins généralistes. Il n'y a pas de différence (preuve de grade A). »

En 2016, dans « suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » (19), la HAS réitère ces conclusions : « lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme. »

Aussi, le médecin généraliste garde également le privilège de voir la patiente tout au long de sa grossesse pour les consultations ne faisant pas partie du suivi systématique et ne relevant pas des compétences de la maternité (urgences, petits maux, aide et soutien psychologique...).

Cependant, la thèse d'Audrey Gentric détaillant les facteurs du choix du professionnel de santé pour les suivis de grossesse (20), mentionne que plusieurs femmes ne savaient pas qu'un médecin généraliste pouvait suivre une grossesse à bas risque. Hors, les femmes sont de plus en plus majoritaires dans la profession (8), et pratiquent une activité plus fréquemment orientée gynéco-pédiatrie, ce qui correspond aux attentes des femmes, pour qui le sexe du praticien est un critère (21). Il paraît donc être un enjeu de santé publique de développer la collaboration « médecin généraliste - maternité », notamment au cœur de réseaux de soins périnataux. Pour cela, les échanges entre les différents professionnels de santé (15) ont permis de remettre en avant l'utilité du carnet de santé, « sous-utilisé ».

En effet, à partir du 6^{ème} mois (ou plus tard en cas d'accord préalable avec la maternité), les généralistes sont relayés par l'équipe obstétricale hospitalière (obstétricien et/ou sage-femme) jusqu'à l'accouchement. C'est alors que le partage des informations médicales nécessaires aux différents professionnels constitue une garantie de sécurité pour la femme enceinte et son enfant, en améliorant la cohérence du suivi de la grossesse.

Il est justement souligné par Céline Casals, dans sa thèse sur l'utilisation du carnet de maternité à Paris (2) que le carnet de maternité remplit ces deux fonctions, d'une part, il est un outil de liaison et de communication entre professionnels, accessible à tout moment, et d'autre part, il est destiné à être un support d'informations validées pour les patientes. Devant l'évolution actuelle vers une prise en charge commune des grossesses par un réseau « ville-hôpital », le carnet de maternité semble donc être l'outil de choix pour le suivi et l'éducation des femmes enceintes.

IB. L'ASPECT PRATIQUE

A) DESCRIPTION DE L'ACTUEL CARNET DE MATERNITE

Le carnet de maternité est un cahier au format A4, d'un total de 24 pages. La couverture est au choix de chaque département. Au dos de celui des Bouches-du-Rhône, se trouve la liste des contacts utiles : sites internet référents sur les questions d'addictions ou de violences conjugales, les guides de nutrition disponibles, les portails des différentes Caisses d'Assurances.

Le carnet, consultable en annexe, se divise ensuite en deux parties :

1. Une partie éducative

Celle-ci est illustrée et agréablement présentée, avec des fiches indépendantes se trouvant dans la pochette. Plusieurs thèmes y sont abordés successivement :

Fiche 1 : « Hygiène de la grossesse »

- Rappel des risques encourus en cas d'efforts physiques importants, de travaux domestiques dangereux, de longs trajets, et des bienfaits d'activités physiques douces et régulières ;
- Tableau reprenant les règles d'hygiène alimentaire et corporelle (mémo sur le risque lié au contact rapproché avec les jeunes enfants) ;
- Rappel des risques de l'automédication, de la consommation d'alcool et de tabac ;
- Préparer à l'arrivée de l'enfant au sein du foyer : choisir son alimentation, reconnaître

les exigences d'un bébé.

Fiche 2 : « Bien manger, bien bouger »

- Besoins nutritionnels au cours de la grossesse : rappel de quelques règles diététiques ;
- Prévention de la transmission de la toxoplasmose et de la listériose via les aliments ;
- Rappel concernant le maintien d'une activité physique régulière ;
- Tolérance « zéro » concernant le tabac, l'alcool et les drogues.

Fiche 3 : « Examens complémentaires »

- Tableau reprenant le calendrier du suivi médical, avec le détail des examens demandés lors des 7 consultations obligatoires ;
- Informations sur la contraception post-partum.

Fiche 4 : « Les formalités administratives »

- Explications sur la déclaration de grossesse obligatoire, établie par un médecin ou une sage-femme dans les 14 premières semaines de la grossesse ;
- Présentation de la couverture à 100% concernant l'ensemble des coûts relatifs à la grossesse et à la naissance de l'enfant ;
- Explication sur les indemnités possibles pour les femmes, en orientant vers les organismes de rattachement pour plus amples informations.

Fiche 5 : « Maternité et travail »

- Concerne les salariées, explique les obligations de l'employeur et la protection salariale pendant la maternité ;
- Présentation des congés maternité et des indemnisations.

Fiche 6 : « Prestations à la naissance »

- Présentation de la prime à la naissance, de l'allocation de base et des autres aides possibles.

Ces 6 fiches sont, par la suite, reprises dans les 9 premières pages du carnet.

Pages 10 et 11, le suivi de grossesse :

Cette partie évoque les 3 échographies obligatoires.

Elle informe des symptômes devant amener à consulter un médecin ou une sage-femme : pertes vaginales de liquide ou de sang, contractions ou douleurs dans les fosses lombaires ou le bas-ventre, fièvre, chute, gonflement des jambes, des doigts et/ou du visage, maux de tête résistants au paracétamol, vomissements en fin de grossesse, diminution ou disparition brutale des mouvements du bébé.

Pages 12 et 13, l'agenda de grossesse :

Il s'agit d'une partie très visuelle, qui reprend, au sein d'un calendrier, tous les éléments administratifs et les examens complémentaires obligatoires.

Un espace permet à la patiente d'y noter ses rendez-vous de consultations.

Pages 14 à 19, les observations personnelles :

Toutes les consultations et échographies obligatoires sont matérialisées sous la forme de cadres, au sein desquels la femme peut y noter ses questions et ses réflexions personnelles. Ils ont été conçus de façon à être agréables, lisibles et aérés.

Pages 20 et 21, l'accueil de l'enfant :

Il s'agit d'informations relatives à l'alimentation et la sécurité du nourrisson. Sont également expliquées les démarches concernant la filiation.

Pages 22 et 24, les suites de l'accouchement :

Cette partie informe sur la vaccination anti-rubéoleuse, la reprise d'une contraception et la consultation post-natale.

Elle explique également l'intérêt des dépistages obligatoires du nouveau-né.

2. Un dossier prénatal

Situé dans le rabat de la couverture, ce dossier de suivi médical, à remplir par les professionnels de santé, est couvert par le secret médical. Il est composé de trois parties:

- Informations générales, recueil des antécédents

Sur une page et demie, cette partie reprend l'identité des futurs parents, les consommations potentielles de tabac, d'alcool ou de toxiques, les antécédents héréditaires et familiaux (HTA, diabète, maladies héréditaires, malformations, allergie(s), autres).

Les antécédents de la femme sont repris dans un tableau détaillant les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux (fausse(s) couche(s), grossesse(s) extra-utérine(s)) en précisant la date, le lieu, le terme, la grossesse, l'accouchement, les détails sur le nouveau-né.

- La grossesse actuelle

Cette partie, sur 2 pages et demi, permet de regrouper les informations importantes. Y sont mentionnés de manière bien visible : la date des dernières règles, le début de grossesse retenue et la date d'accouchement prévue.

Les bilans biologiques recommandés sont repris et synthétisés dans un tableau :

- Groupage, Rhésus, RAI ;
- Sérologies et leurs dates de réalisation : Rubéole, Toxoplasmose, Syphilis (TPHA-VDRL), Recherche des Ag HBs (en précisant si vaccination), VIH 1 et 2, Hépatite C ;
- Hémoglobine, plaquettes, avec leurs dates de réalisation ;
- Electrophorèse de l'hémoglobine si réalisée ;
- Mention sur la délivrance des informations du dépistage de la trisomie 21, avec précision si accord ou refus du dépistage. ;
- Dépistage de la trisomie 21 : en mentionnant le trimestre de réalisation (1^{er}, 2^{ème}), ou si marqueurs sériques seuls au 2^{ème} trimestre uniquement, avec les résultats, en précisant également si un prélèvement est réalisé (amniocentèse, ponction de trophoblaste) ;
- Bilan glycémique : Test O'Sullivan de charge en glucose (à 24-28 SA), test HGPO normale ou pathologique ;
- Frottis cervical (moins de 3 ans) réalisé ou non ;
- Poids initial, taille.

Les trois échographies obligatoires sont mentionnées, avec la place nécessaire pour les détailler :

- 1^{ère} échographie : date, nombre d'embryon(s), terme, clarté nucale, longueur cranio-caudale, BIP, autres ;
- 2^{ème} échographie : date, terme, conclusions ;
- 3^{ème} échographie : date, terme, conclusions.

Les consultations du suivi de grossesse sont également reprises sous forme de 10 vignettes :

- Précisant la date, le terme de la grossesse, et le nom de l'examineur.
- L'examen clinique énumère le poids, la tension artérielle, la hauteur utérine, les bruits du cœur fœtal, les mouvements actifs, le toucher vaginal.
- Les examens complémentaires peuvent être complétés : bandelette urinaire (sucre, albumine), RAI et sérologie de la toxoplasmose.
- Une place est laissée pour des commentaires.
- Y sont repris le bilan et le traitement, s'il a lieu.

- Les rendez-vous de consultations

En haut de la dernière page se trouve le calendrier, à compléter, des 7 consultations obligatoires, ainsi que de la consultation d'anesthésie, et des séances de préparation à l'accouchement.

- Le résumé de l'accouchement

Un dernier cadre pré rempli permet de détailler l'accouchement : la date et le terme de l'accouchement, le début du travail, l'aspect du liquide amniotique, les anomalies du monitoring du cœur fœtal, le type de présentation, le mode d'accouchement (voie basse ou césarienne, expulsion spontanée ou assistée) et ses indications, les pathologies au cours du travail (fièvre, HTA,...), et le recours à l'anesthésie.

Puis, l'examen du nouveau-né est précisé : poids, périmètre crânien et taille, nécessité de transfert ou non en unité spécialisée, pathologies pendant le séjour en maternité.

B) DELIVRANCE AUPRES DES PROFESSIONNELS DE SANTE ET DES PATIENTES

Un carnet de maternité doit donc être donné gratuitement à chaque femme enceinte, et ce, lors du 1^{er} examen prénatal. Le Président du Conseil Départemental est tenu de le faire délivrer et finance son achat et sa diffusion, soit directement par le service de Protection Maternelle Infantile (PMI), soit par les Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) ou les Caisses d'Allocations Familiales (CAF).

Dans le département des Bouches-du-Rhône, les carnets de maternité sont commandés par le service de reprographie du Conseil Départemental, par Madame Giraud-Lopez. Les documents CERFA du carnet sont téléchargés auprès du Ministère de la Santé, puis la commande est passée auprès d'un prestataire.

Jusqu'en 2016, le Conseil Départemental les adressait à la Direction Générale Adjointe de la Solidarité (DGAS), qui les distribuait alors, une fois par an, aux maternités du département, ainsi qu'aux centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI), selon leurs besoins. Pour se les procurer, les sages-femmes et médecins spécialistes ou généralistes libéraux devaient alors les demander auprès de la DGAS, ou après des centres de PMI alentours.

Aujourd'hui, pour des raisons économiques et dans le but de limiter les intermédiaires, Madame Giraud-Lopez gère directement la délivrance des carnets de maternité.

Les médecins libéraux doivent donc faire leurs demandes auprès d'elle, par e-mail, fax ou téléphone. Ces démarches ne sont explicitées nulle part. Les coordonnées de Madame Giraud-Lopez ne sont accessibles qu'en les demandant auprès du standard du Conseil Départemental.

Nous avons contacté la coordinatrice au sein de la DGAS, Madame Picard, sage-femme de profession, qui me décrit une absence totale de politique de distribution en cours ou en réflexion au début de ce travail.

Aucun chiffre précis n'a pu être fourni, mais Madame Giraud-Lopez parle d'environ 3.600 carnets de santé édités et délivrés pour l'année 2016.

c) UTILISATION ET RETOUR D'EXPERIENCE DES MEDECINS DES BOUCHES-DU-RHONE

20.840 naissances ont été répertoriées dans les Bouches-du-Rhône en 2016. Avec seulement 3.600 carnets de maternité distribués pour la même année, il semble pertinent de faire un état des lieux de l'utilisation qu'en font les médecins généralistes du département.

1. Méthodologie

Pour cela, nous avons réalisé une étude descriptive sur les habitudes des médecins généralistes du département. Il s'agit d'un questionnaire anonyme comprenant des questions à choix simple et des questions à réponses libres, dont les réponses ont été recueillies via un fichier Google Drive envoyé par mail ou bien directement au téléphone.

A partir de septembre 2017 jusqu'à novembre 2017 inclus, 310 médecins ont été contactés, sur les 3.257 en activité (22). Etant donné l'impossibilité de nous procurer la liste des médecins généralistes auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins, une liste a été réalisée à partir des Pages Jaunes. Le seul critère d'inclusion était d'être installé en cabinet de médecine générale dans les Bouches-du-Rhône. Les médecins n'exerçant pas la médecine générale (homéopathe, ostéopathe ...) n'ont pas été contactés si leur orientation était renseignée sur le site des Pages Jaunes.

Chaque médecin a été contacté directement par téléphone quand cela était possible, ou bien via une adresse mail fournie par son secrétariat ou par lui-même.

Le questionnaire était court, contenant les 9 questions suivantes:

- Dans quelle ville exercez-vous ?
- Etes-vous une femme ou un homme ?
- Quel âge avez-vous ?
- Avez vous une compétence particulière en gynécologie ? Oui ou Non.

Etaient considérées comme positives toutes les réponses mentionnant des diplômes universitaires, des capacités, et si le médecin se considérait tout simplement compétent du fait de son expérience.

- Combien de grossesses, environ, suivez-vous par an ?

Les réponses ont été regroupées comme suit : aucune, entre 1 et 5, entre 6 et 10, entre 11 et 20, entre 21 et 30, ou plus de 50.

- Quel outil utilisez-vous pour réaliser le suivi de grossesse ? Le logiciel habituel du cabinet, un protocole préétabli (informatique ou papier), le carnet de maternité (non concerné si le médecin n'effectuait pas de suivi de grossesse).
- Connaissez-vous le carnet de maternité ? Oui ou Non.
- Si oui : l'utilisez-vous ? Oui ou Non. Argumentez.
- Si non, après une description du carnet, avec explications sur son utilité pédagogique et professionnelle : l'utiliseriez-vous ? Oui ou Non.
- Savez-vous où vous le procurer ? Oui ou Non.

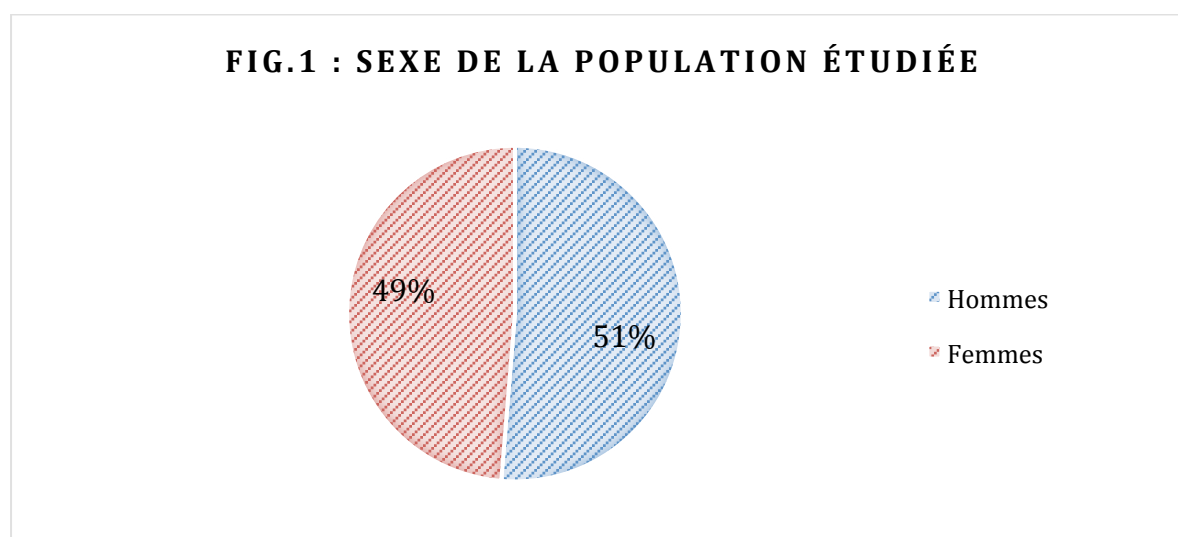
115 réponses ont été recueillies.

Une analyse statistique a ensuite été réalisée grâce à un tableur Excel.

2. Caractéristiques de la population étudiée

- Sexe :

Sur l'échantillon étudié de 115 participants, 56 questionnaires furent complétés par des femmes (48,70%), et 59 par des hommes (51,30%).



- Âge :

L'âge moyen pour les femmes ayant répondu à notre étude est d'environ 46 ans. Pour les hommes, il est d'environ 56 ans.

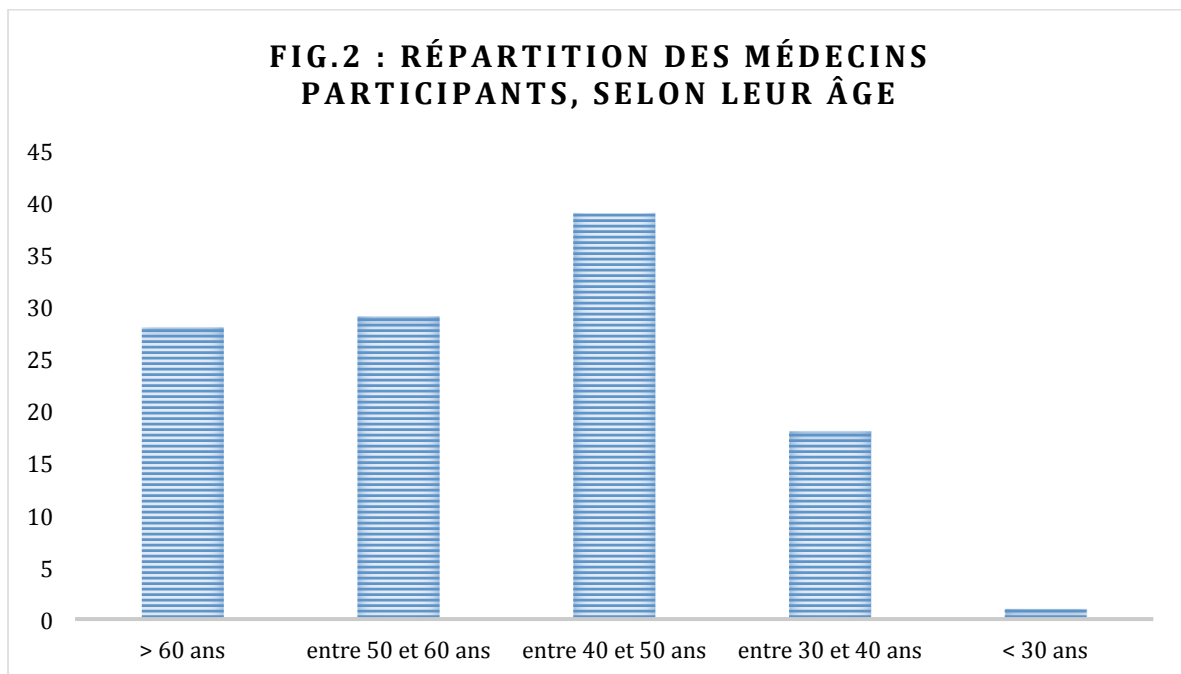
La plupart des médecins ont entre 40 et 50 ans. Ils représentent 33,91% des questionnaires remplis (soit 39 questionnaires).

Viennent ensuite les participants âgés entre 50 et 60 ans, qui représente 25,22% de l'échantillon (29 réponses).

24,35% des participants ont plus de 60 ans (28 réponses).

15,65% des participants ont entre 30 et 40 ans (18 réponses).

Enfin, seul un médecin a moins de 30 ans, ne représentant que 0,87% de l'échantillon.



- Milieu d'exercice professionnel :

D'après l'Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), une commune urbaine se définit par son appartenance à une unité urbaine : « zone bâtie d'au moins 2.000 habitants où aucune habitation n'est séparée de la plus proche de plus de 200 mètres ». Selon les données de 2010 (23), tous les médecins de notre étude exercent dans des communes dites « urbaines ».

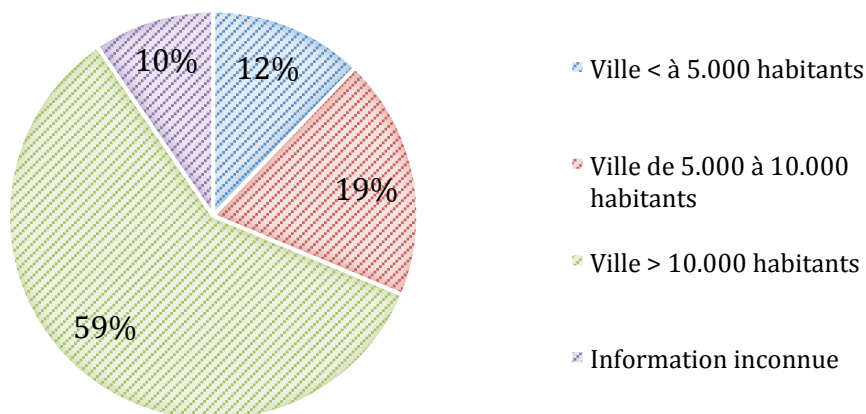
Quatorze médecins sont installés dans une commune de moins de 5.000 habitants, soit 12% de la population étudiée,

Vingt-deux exercent dans une commune comptant entre 5.000 et 10.000 habitants, soit 19% de notre échantillon.

Enfin, la majorité, soit 68 médecins, exercent dans une commune de plus de 10.000 habitants, soit 59% de notre échantillon.

Onze d'entre eux n'ont pas renseigné leur commune d'exercice au moment de remplir le questionnaire.

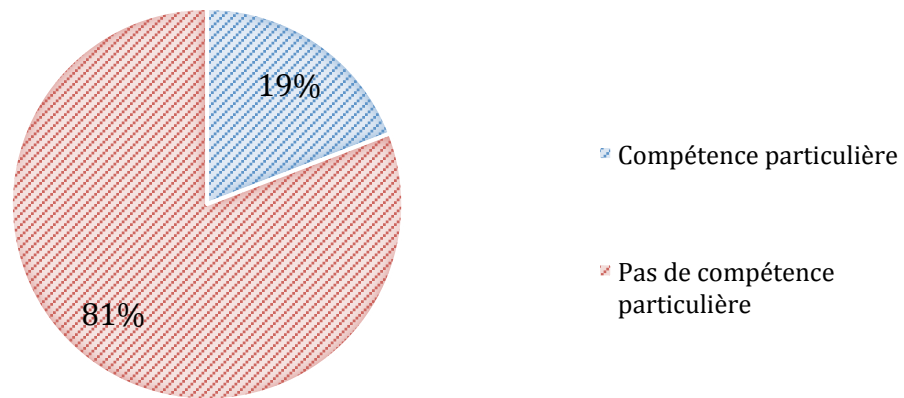
FIG.3 : RÉPARTITION DES MÉDECINS PARTICIPANTS SELON LEUR LIEU D'EXERCICE



- Compétence en gynécologie :

Sur les 115 réponses obtenues, 22 médecins (19,1%) se disaient compétents en gynécologie, soit par des diplômes universitaires ou des activités orientées ; 93 participants (80,9%) n'avaient pas cette expérience.

FIG.4 : RÉPARTITION DES MÉDECINS PARTICIPANTS SELON LEUR COMPÉTENCE EN GYNÉCOLOGIE



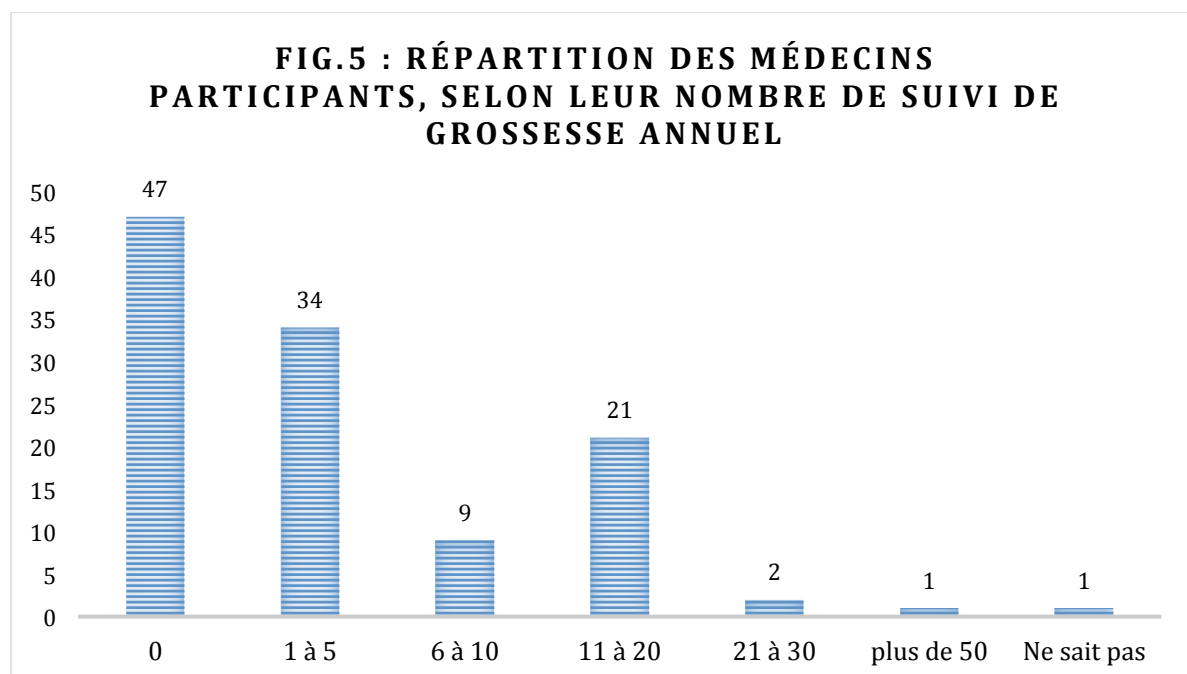
3. Réalisation du suivi de grossesse

Une majorité des répondants (43 médecins) suivent entre 1 à 10 grossesses par an, soit 38% de notre échantillon. Plus précisément, 34 participants suivent entre 1 et 5 grossesses par an (30%), et 9 en suivent entre 6 et 10 (8%).

Vingt-et-un médecins effectuent entre 11 et 20 suivis de grossesses par an (18%), 2 en voient entre 21 et 30 par an (2%).

Un seul en voit plus de 50 (1%), et un participant n'a pas su répondre (1%).

Quarante-sept médecins interrogés ne font pas de suivi de grossesse (0 par an), soit 41% de l'échantillon.



- Outil utilisé lors du suivi de grossesse :

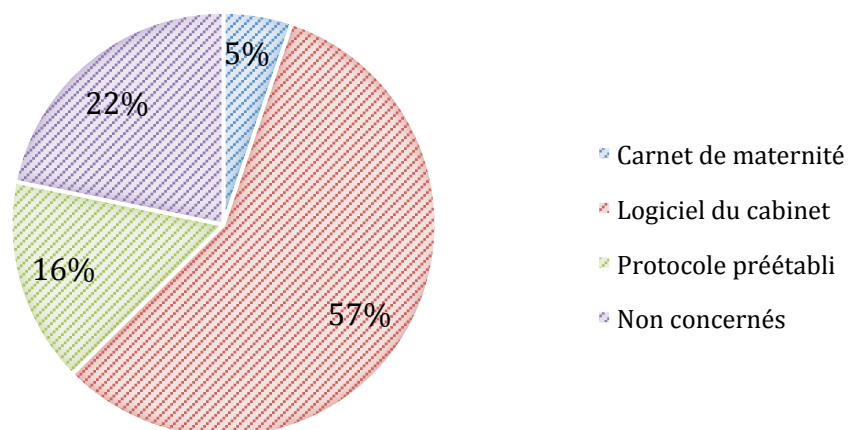
A noter que les médecins ne réalisant pas de suivi de grossesse au sens strict du terme (suivi mensuel d'une grossesse normale jusqu'au 6^{ème} mois), ont, pour la plupart, quand même répondu au questionnaire, en tant qu'acteurs de soins primaires.

Cependant, sur les 115 participants, 25 ont déclaré ne jamais recevoir de femme enceinte au cabinet, et ne se sont donc pas sentis concernés par la question (21,7% de l'échantillon).

Les autres praticiens sont 66 (57,4%) à utiliser leurs logiciels habituels pour réaliser les suivis de grossesses, tandis que 18 (15,6%) utilisent des protocoles préétablis.

Seulement 6 des interrogés, soit 5,2% de l'échantillon, déclarent utiliser le carnet de maternité pour effectuer les suivis de grossesses.

FIG.6 : RÉPARTITION DES OUTILS UTILISÉS POUR LE SUIVI DE GROSSESSE



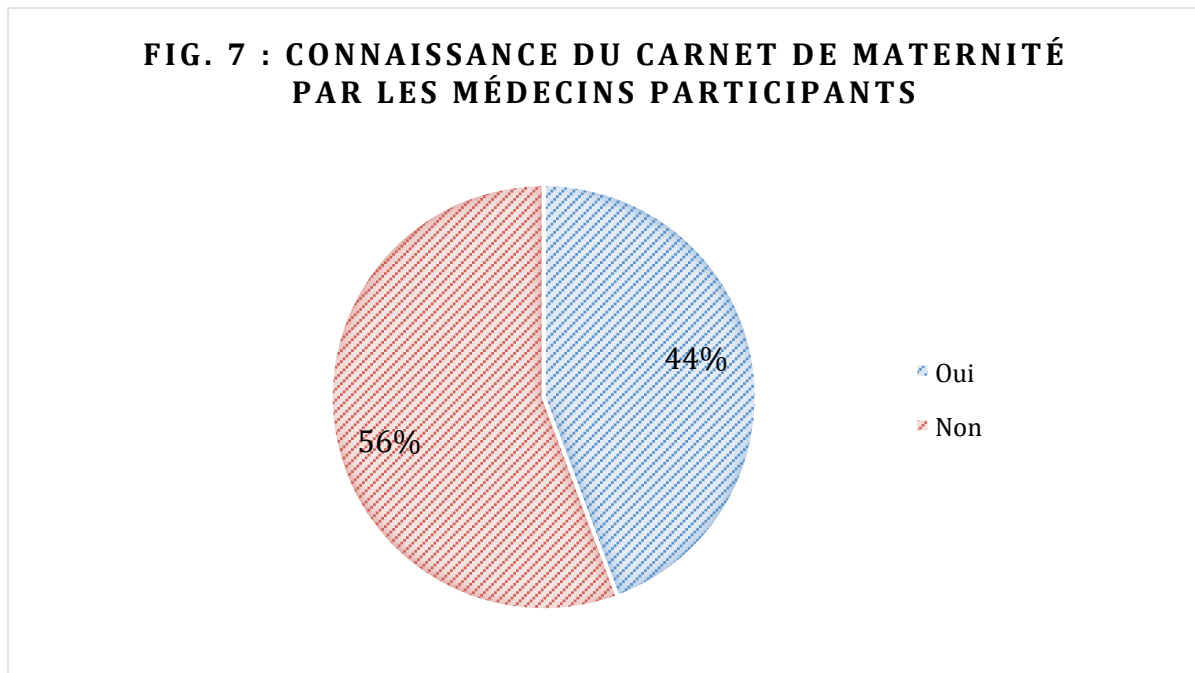
4. Le carnet de maternité

- Connaissance :

Les médecins de notre échantillon sont 51 à connaître l'existence du carnet de maternité (44,3%). 64 n'en ont jamais entendu parler (55,7%).

La proportion de médecins généralistes connaissant ou non le carnet de maternité varie logiquement en fonction de l'activité gynécologique : 53% de ceux qui suivent des grossesses le connaissent contre seulement 34% pour ceux qui n'en suivent pas.

Cependant, le fait d'avoir une compétence particulière en gynécologie grâce, entre autre, à des diplômes universitaires, n'assure pas une connaissance du carnet de maternité (11 praticiens, soit 50% de cet échantillon, ne connaissait pas cet outil auparavant).

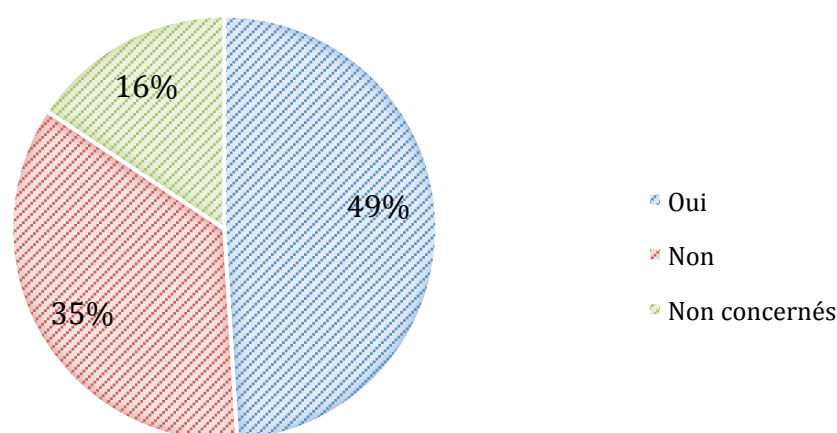


- Utilisation :

Sur 90 médecins recevant des femmes enceintes au cabinet, et donc potentiellement concernés par le remplissage du carnet de maternité, seul 27,8% le remplissent.

Plus précisément, parmi les 51 médecins qui connaissent le carnet de maternité, 25 l'utilisent (49%) dans leurs pratiques professionnelles, 18 ne l'utilisent pas (35,3%) et 8 font partis des médecins « non concernés » par les suivis de grossesses (15,7%).

FIG. 8 : UTILISATION DU CARNET DE MATERNITÉ PAR LES MÉDECINS LE CONNAISSANT



Pour étayer l'étude, une question à réponse libre leur demandait d'expliquer leur choix. Parmi les 25 médecins déclarant utiliser le carnet de maternité, une petite dizaine apprécie son utilisation simple, sa fonction d'aide-mémoire, son utilité pour la patiente et pour la communication et la coordination entre professionnels.

Certains trouvent cependant le carnet compliqué à utiliser, et regrettent le remplissage chronophage qu'il suscite. D'autres ont souligné qu'il représentait un doublon avec leurs logiciels et que, malheureusement, les patientes ne le présentaient que très peu.

L'un des médecins regrette le manque de revalorisation de la consultation de suivi de grossesse.

Parmi les 17 praticiens n'utilisant pas le carnet de maternité, une douzaine d'entre eux l'explique par le manque de présentation de la part des patientes.

Des médecins déclarent ne pas en avoir l'utilité du fait de logiciels déjà adaptés.

Quelques-uns déclarent ne pas l'utiliser car ils ne savent pas comment le recevoir.

- Se le procurer :

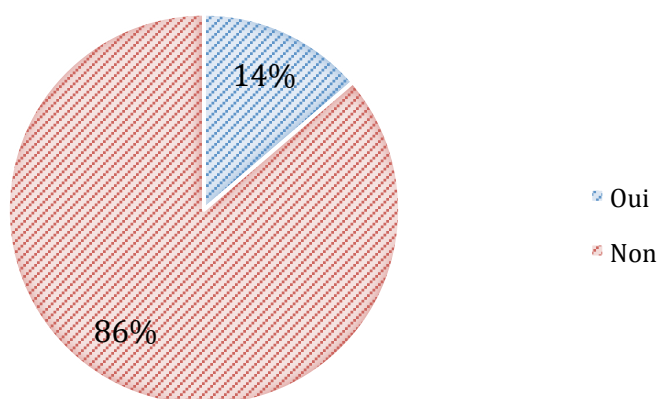
Parmi les 51 médecins qui connaissent le carnet de maternité, seulement 7 d'entre eux (13,7%) savent où se le procurer.

Ainsi, 44 (86,3%) d'entre eux ne savent pas qu'il faut contacter le Conseil Départemental pour en recevoir.

A noter que sur ces 7 médecins connaissant son existence et sachant se le procurer, seulement 3 déclarent effectivement utiliser le carnet de maternité lors du suivi de grossesse.

Ainsi, parmi les 25 médecins déclarant utiliser le carnet de maternité au cours de leurs consultations, seuls 4 sont en mesure de le distribuer à leurs patientes (le quatrième médecin ne sait pas où se le procurer mais se fournit auprès de son associé, qui contacte le Conseil Départemental). Les autres les rempliraient donc à condition que leurs patientes se les procurent autrement.

FIG. 9 : RÉPARTITION DES MÉDECINS PARTICIPANTS SACHANT OÙ SE PROCURER LE CAHIER DE MATERNITÉ

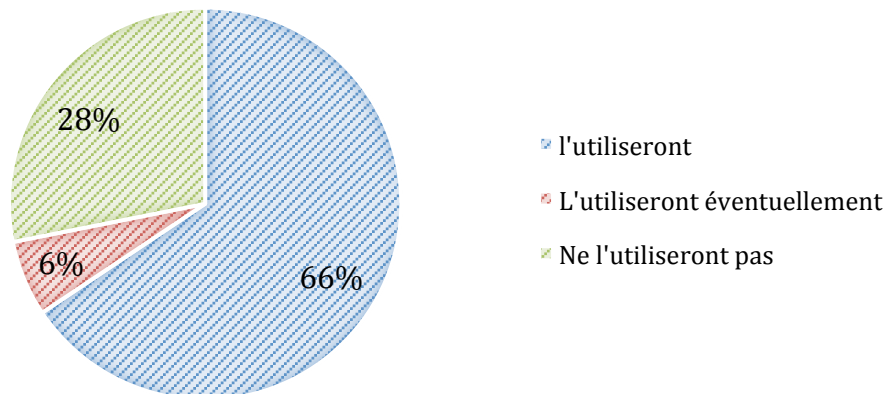


- Les médecins généralistes sont d'accord pour l'utiliser plus :

Parmi les 64 médecins ne connaissant pas le carnet de maternité, et après explication de son principe, 42 d'entre eux se sont dit prêts à l'utiliser (au téléphone, plusieurs d'entre eux étaient d'ailleurs enthousiastes à la découverte son existence) soit 65,3%.

18 ne souhaitent pas l'utiliser par la suite (28,1%) et 4 (6,2%) ont répondu « pourquoi pas ».

FIG. 10 : PRESPECTIVE D'UTILISATION DU CARNET DE MATERNITÉ POUR LES MÉDECINS NE LE CONNAISSANT PAS



5. Synthèse

Notre étude montre que presque 20% de notre échantillon de médecins généralistes des Bouches-du-Rhône présentent une compétence spécifique en gynécologie. Les répondants sont 58% à réaliser au moins un suivi de grossesse par an (la plupart entre 1 à 5 grossesses par an). Pour cela, ils sont près de 60% à utiliser leurs logiciels médicaux. Ainsi, seuls 21,8% des praticiens, ont déjà utilisé le carnet de maternité, et 5% déclarent l'utiliser actuellement comme outil principal pour effectuer leurs suivis de grossesses. Parmi ces 21,8%, soit 25 médecins généralistes, seuls 4 d'entre eux peuvent actuellement les distribuer à leurs patientes. Cela représente 3,5% de notre population totale.

Le carnet de maternité serait moins utilisé dans les Bouches-du-Rhône que dans le département du Var. Selon une thèse de 2010 sur le suivi de grossesse (24), et réalisée auprès de 140 médecins généralistes de ce département voisin. 17% utiliseraient le carnet de maternité systématiquement, 50,7% l'utiliseraient parfois .

L'une des raisons pouvant expliquer cette utilisation peu étendue est la méconnaissance de son mode de retrait : 86,7% des médecins qui le connaissent ne savent pas où se le procurer. Une autre raison évoquée par les participants serait également le manque de présentation par les patientes.

Des améliorations seraient bien accueillies : 65,3% des médecins qui ne le connaissent pas sont prêts à l'utiliser.

Une enquête réalisée à Paris en 2006 par Céline Casals (2) retrouve des chiffres concordants : 71% des médecins réalisent des suivis de grossesse mais seulement 5% des médecins généralistes utilisent le carnet de maternité. Aucun des professionnels de son étude, concernés par le suivi de grossesse, n'utilise de façon régulière le carnet de maternité. Aussi, il est important de souligner que seulement 29% de ces sondés estiment complètes les informations échangées entre eux au cours de la grossesse.

6. Discussion

L'élaboration d'un questionnaire concis, aux réponses fermées a permis d'obtenir un nombre important de réponses, en étant peu chronophage.

Ce choix de propositions à réponses prédéfinies peut cependant constituer un biais, en ne reflétant pas exactement la pensée des participants. Pour cela une question à commentaires libres était proposée pour permettre de recueillir leurs opinions et expériences personnelles.

Le questionnaire via Google Drive a été envoyé à 105 médecins, avec une relance ; 41 réponses ont été reçues. Il s'agit d'un taux de réponse correct, de l'ordre de 39%.

205 médecins ont été contactés au téléphone, avec une relance quelques jours plus tard lorsque les médecins ou leur secrétariat n'étaient pas disponible. Les entretiens téléphoniques ont permis d'obtenir 74 réponses, soit un taux de réponse de 36%.

Cette diversification du mode de recrutement a sans doute permis de recueillir plus de réponses qu'avec un simple questionnaire en ligne.

Le sujet de l'étude étant mentionné dans le titre du questionnaire adressé par mail, un biais de recrutement a pu s'établir. Nous pouvons en effet supposer que les médecins intéressés par la gynécologie-obstétrique se sont sentis plus concernés, et, qu'au contraire, les médecins sans affinité particulière pour la discipline n'ont pas jugés pertinent de répondre.

En raison de notre méthode de recrutement (pour rappel, les Pages Jaunes), le biais de sélection a été réduit puisque nous avons cherché à contacter le plus de médecins possible, sans pré-sélection aléatoire.

Cependant, pour être complètement représentative, avec une marge d'erreur de 5% et un niveau de confiance à 95%, la taille de l'échantillon requise était de 344 individus.

Ainsi, malgré l'émergence de résultats pertinents et compatibles avec d'autres études, notre effectif n'est pas suffisant pour obtenir des résultats significatifs permettant une extrapolation à l'ensemble des médecins généralistes du département.

Une période plus large de recrutement aurait sans doute permis de collecter un plus grand nombre de réponses.

II. METHODOLOGIE

IIA. CHOIX DE LA METHODE

L'approche qualitative tente d'analyser et d'expliciter des phénomènes non mesurables de façon objective (exemples : une croyance, une représentation). Elle permet aussi d'explorer les émotions, les sentiments des participants, ainsi que leurs expériences personnelles. L'enquêteur peut alors adopter une démarche interprétative et créer des hypothèses.

Il existe plusieurs types d'entretiens : libre, semi-dirigé, en focus-group. L'entretien libre se pratique surtout lorsqu'aucune information précise n'est connue sur le domaine étudié. Ici, nous disposons déjà de données, ce qui permet de réaliser un entretien semi-dirigé. Il est pertinent pour analyser le sens que les médecins donnent à leurs pratiques.

En effet, suite aux recherches préalablement réalisées, nous souhaitons compléter et replacer dans leurs contextes nos premiers résultats. L'entretien permet ainsi l'interprétation des données déjà recueillies, en enrichissant la compréhension des phénomènes mis en évidence.

Toutes les idées doivent être prises en compte, même une idée minoritaire a une valeur. Il est donc important de ne pas décider à l'avance de la cohérence interne des informations. Ceci constituerait un biais qui influencerait les réponses.

Concrètement, tandis que l'étude quantitative nous renseigne sur les pratiques globales du suivi de grossesse en médecine générale, et sur la connaissance et l'utilisation du carnet de maternité, la méthode qualitative permettra de comprendre plus précisément comment sont réalisés les suivis de grossesses, et pourquoi et comment les médecins intègrent, ou non, le carnet de maternité à leurs pratiques. Nous chercherons également quelles améliorations pourraient lui être apportées.

Pour que les données soient généralisables et valides, plusieurs conditions doivent être remplies (25) :

1- L'outil doit être flexible puisque l'entretien est un temps au cours duquel le chercheur donne des thèmes afin de faire parler librement l'interviewé. Le guide d'entretien est

donc modulable en fonction du déroulement de la rencontre. Il s'enrichit au fur et à mesure des entretiens.

2- Une attitude critique est nécessaire, avec une écoute bienveillante et empathique de la part de l'enquêteur.

3- Il faut prendre en compte la dimension à la fois sociale et interpersonnelle de l'entretien, par exemple, il faut que le lieu et le moment de l'entretien soient adéquats.

4- Il faut libérer au maximum l'enquêté pour l'amener à des associations d'idées.

5- Comparer l'étude à d'autres études identiques augmente la validité du travail.

Une fois ces conditions remplies, le protocole est établi.

IIB. CONCEPTION DE L'ENQUETE

A) LE GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien participe à libérer le chercheur de l'angoisse de penser à tout.

Il a été élaboré autour de 6 thèmes, abordés chacun grâce à une demi-douzaine de questions ouvertes, qui doivent stimuler la réflexion :

1- Connaissances générales du carnet de maternité et utilisation

2- Outil actuel de suivi de grossesse au cabinet libéral

3- Communication avec les autres professionnels de santé

4- Comparaison carnet de santé/carnet de maternité

5- Commentaires sur le mode de distribution du carnet de maternité

6- Analyse détaillée du carnet de maternité

Si un thème était déjà abordé spontanément, l'enquêteur n'y revenait pas.

Il est important de noter que les entretiens ont porté principalement sur l'analyse du dossier prénatal intégré au carnet de maternité. En effet, la première partie étant des conseils et des informations pour les femmes, il nous a paru peu pertinent de la reprendre en détail, l'enquête portant sur l'analyse des pratiques médicales.

B) LA POPULATION ETUDIEE

En premier lieu, nous avons tenté de réaliser un échantillonnage raisonné, c'est-à-dire, un échantillon choisi non pas au hasard, mais en fonction de son affinité avec le sujet.

Ici, il s'agissait de choisir des médecins concernés par le suivi de grossesse. Grâce à l'accord du Pr. Cravello, nous avons eu accès à la liste des participants à son diplôme universitaire de suivi de grossesse, proposé à la faculté de Marseille. Il a fallu retrouver et contacter les médecins installés dans le département des Bouches-du-Rhône, ce qui a considérablement réduit la liste, du fait des perdus de vue.

Nous avons donc également utilisé une technique dite de la « boule de neige », c'est-à-dire que nous avons identifié des participants grâce aux médecins déjà contactés qui connaissaient d'autres médecins ayant la même orientation gynécologique.

Pour étayer l'enquête et lui donner plus de cohérence, nous avons également interrogé les principaux interlocuteurs des femmes enceintes : une sage-femme et un gynécologue-obstétricien, dont les propos s'ajouteront à l'analyse des données.

Les entretiens se sont déroulés sur les lieux de travail des participants, préalablement contactés par téléphone ou par mail.

C) METHODE D'ANALYSE

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique, avec l'accord des participants, et sous couvert d'anonymat. Tous les entretiens ont été réalisés par une seule et même personne.

Avant d'en faire l'analyse, chaque entretien individuel a été intégralement retranscrit manuellement sur support informatique. En effet, plutôt que de traiter directement des enregistrements audio, il était préférable de les mettre à l'écrit pour en faciliter la lecture et en avoir une trace fidèle. Les enregistrements ont été retranscrits au fur et mesure, mot pour mot, respectant le langage familier, rapportant les hésitations et indiquant le ton employé lorsque cela semblait pertinent.

Les interrogés ont été identifiés dans l'ordre dans lequel ils avaient été interrogés. Le premier médecin est désigné par M1, le deuxième M2, etc. La sage-femme est désignée par SF et le gynécologue par G. Pour retranscrire la conversation, l'enquêteur a été

identifié par la lettre D dans les *verbatim*. Ce *verbatim* représente les données brutes de l'enquête, c'est le support de notre analyse.

L'analyse de contenu est la méthode la plus répandue dans les études qualitatives. Elle décrit le matériel d'enquête et en étudie la signification. C'est la méthode qui cherche à rendre compte de ce qu'ont dit les participants de la façon la plus objective et la plus fiable possible.

Pour chaque retranscription d'entretien, un codage phrase par phrase a été réalisé ; il s'agissait d'extraire de chaque entretien, des mots ou groupes de mots, pour en faire ressortir l'idée principale. Ce ou ces mots constituaient un code.

La catégorisation a été réalisée en deux temps :

- un premier codage ouvert, par lecture de l'ensemble du *verbatim*, permettant de définir des unités de texte autonomes les plus réduites possibles : ce sont les Unités Minimales de Sens (UMS).
- un deuxième codage thématique avec regroupement des énoncés significatifs (UMS) en catégories d'analyse, sur une logique de propos marquants et en prenant en compte des thèmes communs. Un thème ou un énoncé qui n'apparaît que de façon minimale dans les discussions, voire l'absence d'énoncé (alors qu'on s'y attendait) peuvent aussi constituer une catégorie qui mérite d'être analysée.

Ce deuxième codage a été incrémenté et modifié au fil des entretiens.

Ainsi, après une phase de retranscription réalisée à l'aide du logiciel Microsoft Word®, les UMS ont été transférées dans le logiciel Microsoft Excel® avant d'être regroupées par catégories.

Le nombre d'entretiens nécessaire à l'obtention de la saturation des données n'était pas déterminé au préalable. La saturation des données est définie par l'absence d'apparition de nouvelles idées lors des entretiens, confirmée par deux entretiens supplémentaires. Six entretiens ont été réalisés, durant en moyenne 32 minutes, et permettant la saturation des données. Les entretiens de nos confrères sage-femme et gynécologue-obstétricien sont venus s'ajouter à notre *verbatim*.

Par la suite, l'interprétation consiste à tenter de répondre de façon argumentée, aux questions posées en début d'étude.

III. RESULTATS

Notre analyse thématique a donc permis d'extraire les UMS des 8 entretiens individuels. Une fois les UMS extraites, nous avons constitué les catégories d'analyse suivantes :

A) LE SUIVI DE GROSSESSE EN CABINET DE MEDECINE GENERALE

En premier lieu, il s'agit donc de comprendre comment les médecins généralistes perçoivent et réalisent les suivis de grossesses en cabinet.

Il est ressorti lors des entretiens que nos participants, attachés à la pratique de la gynécologie, ont dû adapter leurs pratiques pour réaliser les suivis de grossesse, souvent en parallèle avec des spécialistes.

1. Nombreuses sont les femmes qui effectuent un double suivi avec les spécialistes

M1 « *après les patientes sont très mignonnes (sourire), c'est qu'elles font un double suivi... »*

M2 « *en général elles sont suivies quand même par les gynécos » - « Des suivis propres j'en ai pas fait beaucoup ! »*

Ce double suivi est parfois mal vécu, avec une impression de monopole de la part des maternités.

M1 « *dès qu'elles prennent le rendez-vous pour la première échographie à l'hôpital (...) ils donnent tous les rendez-vous de suivi à l'hôpital »*

Un autre médecin apprécie ce travail en binôme.

M2 « *on a un double œil sur la situation »*

Un autre encore s'en accommode pour des raisons logistiques (manque de matériel au cabinet).

M4 « *moi je suis en parallèle des gynécos parce que j'ai pas la place, j'ai pas d'équipement »*

2. Des consultations plus longues que les consultations de médecine générale classiques

Tandis que temps de consultation moyen en médecine générale est de 16 minutes (26), tous les médecins participants se sont accordés sur le fait que les consultations de suivi de grossesse prennent plus de temps, entre 20 et 30 minutes.

M1 « *je prévois une demi-heure (de consultation) pour les suivis de grossesse* »

M1 « *je refais les examens aussi de l'hôpital, entre guillemets, moi au cabinet* »

M4 « *j'essaye de faire 20 minutes de consultations, mais je dépasse* »

Il s'agit là, rappelons-le, de médecins qui ont fait des formations de gynécologie et qui se prêtent donc volontiers à cet exercice. Notre collègue sage-femme souligne que cela peut prendre trop de temps pour certains généralistes.

SF « *est-ce qu'ils vont prendre le temps vraiment... si tu veux remplir les échos, la consultation, ça te prend quand même un certain temps. Les premières consultations, c'est presque une demi-heure. T'as quand même beaucoup d'administratif, en plus maintenant nous, on a l'informatique en plus... Parler à la dame, faire, taper en même temps ton dossier, et après remplir encore ça...»*

3. Un suivi régulier jusqu'au 6^{ème} mois

Le suivi mensuel de rigueur est réalisé au cabinet, avec des consultations rapprochées. Au-delà du 6^{ème} mois les médecins généralistes font le relai avec les maternités.

M2 « *quand je fais du suivi de grossesse, c'est du suivi les 6 premiers mois* »

M5 « *je les vois tous les mois et je leur dis systématiquement « Là vous ferez la prise de sang, là vous ferez machin, est-ce que vous avez pris rendez-vous... »*

4. Les rôles premiers du médecin traitant : la coordination des soins et l'accessibilité, en temps qu'acteur de soins primaires

Ce rôle a été rappelé : le médecin généraliste reste le premier maillon de la chaîne de soins.

M1 « *le médecin généraliste garde le côté proximité* »

M2 « *en général, elles ont toujours des petits bobos, on les voit tout au long de la grossesse de toute façon donc on se tient au courant* »

Pour un des médecins, le fait qu'il suive les grossesses est dans la continuité de son exercice.

M1 « *c'est plus pratique (...) que ce soit le médecin généraliste parce que comme ça, elles centralisent* »

5. Le logiciel médical, outil du suivi de grossesse

Pour la plupart des médecins interrogés, les logiciels médicaux sont bien réalisés et utiles pour réaliser les suivis de grossesse.

M1 « *à la consultation du 6^{ème} mois j'imprime mon dossier informatisé à la patiente qui lui fait en fait office de carnet* »

M2 « *j'ai un protocole que j'ai fait sur mon logiciel de médecin* »

Ces logiciels permettent d'éditer des guides d'informations pour les patientes, prédéfinis ou réalisés par les médecins eux-mêmes. Ils répondent aux questions que peuvent se poser les patientes au cours de leurs grossesses, de la même manière que les fiches d'informations retrouvées dans le carnet de maternité.

M1 « *il sort tout un petit guide sur la toxo, l'alimentation et tout ça, et je leur sors pendant la grossesse. Une dizaine de pages* »

M5 « *j'ai pas mal de trucs ici, par exemple ce qu'il faut qu'elles mangent, ce qu'elles ne peuvent pas manger... j'ai des trucs ici, aliments machins... Moi j'ai des fiches que je me suis faite moi et que je leur donne* »

Ils permettent aussi d'éditer des calendriers pré-remplis avec les dates clés de la grossesse.

M2 « *j'ai un calendrier généré par mon logiciel (...) en fonction de la date de la grossesse ça sort à peu près des fourchettes (...) je leur donne en tout début de parcours* »

M5 « *je leur donne un truc où elles savent quand est l'écho du premier trimestre, dépistage de la trisomie, écho deuxième trimestre, HGPO, accouchement, quand commence le début du congé maternité... Toutes les dates, elles les ont ici* »

Mais un des médecins remarque qu'ils sont parfois moins complets que le carnet de maternité.

M5 « *alors ce n'est pas aussi bien fait que ça (le carnet de maternité) ce n'est pas aussi complet* »

Il faut également noter les autres avantages de l'informatique que n'a donc pas le carnet de maternité : la rapidité d'édition de courriers, avec la reprise automatique des

antécédents, l'accessibilité à tout moment sous couvert d'une connexion internet. Il s'agit là d'une technologie qui devient incontournable.

M5 « moi j'ai des courriers dans lesquels je mets tout. C'est le logiciel qui fait »

M5 « c'est moi qui fais les premiers dossiers d'inscription à la maternité, c'est-à-dire que moi encore c'est mes patientes je les connais, j'ai tout dans mon ordinateur et je peux accéder à mon ordinateur d'ici depuis l'hôpital, donc ça va vite »

6. Un carnet de substitution déjà créé

Puisque les médecins et les patientes n'ont pas connaissance du carnet de maternité, ils ont développé leur propre cahier de suivi. Il s'agit souvent d'un classeur dans lequel sont triés et gardés tous les examens complémentaires et comptes rendus de consultation.

De la même manière que le carnet de maternité, il s'agit d'un outil du suivi de grossesse que la femme garde avec elle, centralisant son dossier médical et permettant un meilleur suivi de la part des différents intervenants. Les femmes le créent spontanément, ou à la demande de leur médecin ou de leur sage-femme.

M4 « je leur dis d'aller acheter un cahier-classeur et je leur demande de classer tout comme ça elles me ramènent leur carnet »

M6 « après il y a celles qui sont hyper bien organisées, qui ont pas besoin de ça, qui arrivent avec un classeur, tout classé par ordre chronologique, tous leurs antécédents, biologiques, leurs échographies, toutes les prescriptions... »

G « normalement les patientes chez nous, elles ont une petite pochette dans laquelle elles glissent leurs échographies et leurs analyses, on leur dit parce que c'est pratique... Et le papier elles le laissent dans leur pochette, ça marche assez bien. »

SF « quoi que maintenant on leur donne tous les résultats en double et moi je leur dit de tout mettre dans un classeur : les échos, les bilans sanguins »

Certaines sages-femmes en ont même créé un à leur convenance, qu'elles partagent avec leurs patientes.

SF « chaque sage-femme libérale s'est fait plus ou moins son propre dossier, c'est-à-dire un peu ce genre. Des fois elles font un double pour le donner à la femme »

Dans ce cas peu d'oublis ont été constatés par les médecins.

M1 « elles ont le dossier maternité, généralement elles l'emmènent à chaque consultation »

M2 « après faut voir en pratique si elles pensent à le ramener... Mais en général elles le font. Enfin moi, elles le font avec leur dossier où il n'y a pas de trame »

Ces constatations légitiment d'autant plus l'existence du carnet de maternité.

7. La communication entre professionnels de santé

Objectif premier du carnet de maternité, la communication entre professionnels de santé s'organise plus ou moins bien sans son intermédiaire.

A l'évocation de ce thème, les remarques ont été bien différentes.

Certains médecins communiquent très peu spontanément mais, au besoin, réalisent des courriers. Le manque de retour équivaldrait alors à une situation normale.

M1 « c'est vrai que spontanément, on ne discute pas trop entre professionnels »

M2 (quand passe le relai à la maternité) « Je ne vais pas aller détailler ça quoi, dedans, les différentes consultations... Si il n'y a pas eu de souci, il n'y a pas eu de souci »

L'outil privilégié reste les courriers aux confrères pour la transmission d'informations du dossier.

M2 « avec l'hôpital, avec la gynéco de l'hôpital on discutait par courrier... et ça c'est TRES bien passé »

M5 « j'ai des courriers dans lesquels je mets tout »

M6 « on fait des courriers oui, et ça suffit (...) les consultations elles durent toujours le mêmes temps peu importe la spécialité et au final chacun se centre sur le point qui l'intéresse »

Le carnet de maternité ne serait donc jamais rempli.

M3 « ils vous font un courrier hein, ils font un courrier. Mais, ils remplissent pas le dossier de maternité »

SF « c'est à sens unique, on va remplir la consultation mais après elle va à la consultation à l'hôpital et ils les regardent même pas, ou tout juste »

Les médecins interrogés, qui ont une forte activité gynécologique, réalisent également des consultations à l'hôpital. Ainsi, ils ont pu se organiser des réseaux de soins avec les différents spécialistes dans le but de mieux coordonner leurs pratiques.

M5 « après moi je travaille sur l'hôpital donc en fait les endocrinologues je les connais c'est des copines, je les appelle de l'hôpital je leur dit « tu peux voir Mme Machin » et puis elles la programment, pareil pour le cardio quand j'ai besoin d'un avis cardio je les envoie, effectivement sur l'hôpital »

Un des médecins conserve peu de relations avec ses confrères.

M2 « *quand elles sont suivies en ville, on n'a pas de retour* »

Le manque de communication de la part des maternités a été source d'énervement.

M3 « *parce que quand la patiente elle vient vous voir « ah je suis suivie à l'hôpital d'Aix » - « Ah oui, et vous avez quelque chose ? » - « Ah bah non, mon suivi est à l'hôpital d'Aix... » là, il y a un problème de communication je pense* »

Cet énervement a été fortement ressenti chez notre consœur sage-femme. Ce sentiment, présent chez les sages-femmes est connu depuis longtemps (15), avec des relations interprofessionnelles difficiles, reconnues par les médecins comme par les sages-femmes, mais avec une réelle volonté d'amélioration de la part des deux parties.

SF « *parce que tu crois qu'il y a une communication entre nous et les généralistes ? Ce serait pratique pour nous... Mais pas du tout. T'as l'ordonnance et c'est tout. Et les gynéco... ils ne remplissent pas les carnets de maternité non plus. C'est dommage mais tu n'as pas de communication* »

Les femmes restent les meilleurs vecteurs de communication.

M1 « *l'axe de communication c'est la patiente* »

M2 « *c'est la relation médecin traitant-patient* »

M4 « *parce que c'est des consultations très rapprochées, qu'on les voit et qu'elles me disent à chaque fois à peu près où elles en sont quoi...* »

B) *UNE PERCEPTION DIFFERENTE DU SUIVI DE GROSSESSE SELON LES PATIENTES*

Au cours des discussions, deux profils de patientes sont ressortis.

1. Certaines difficiles à responsabiliser

Des patientes sont peu disciplinées. Les médecins concernés relatent des expériences compliquées, notamment avec des patientes issues des centres de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

M1 « *sauf quelques-unes que j'ai pu croiser en PMI euh qui sont... (signes de guillemets) à l'arrache* »

M6 « *c'est les limites de la prévention, les limites de l'accompagnement, (...) celles qui se font pas suivre, ou qui vont aller un coup chez l'un un coup chez l'autre, ou dans une autre maternité ou un autre département, ce sont les mêmes personnes qui vont arriver sans rien à chaque fois... Elles perdent tout... Elles perdent même leur papier où y'a marqué le rendez-vous* »

G « *non le problème c'est toutes ces patientes difficiles à gérer, qui sont nomades, qui ont pas la pochette... Qui sont d'un milieu... Elles sont pas assez structurées* »

2. D'autres sont très impliquées

L'autre profil de patiente ne pose aucun problème de suivi, avec des femmes qui comprennent l'importance de leur implication et qui gardent leurs dossiers à jour, les présentant à chaque consultation.

M6 « après il y a celles qui sont hyper bien organisées, qui ont pas besoin de ça, qui arrivent avec un classeur, tout classé par ordre chronologique, tous leurs antécédents, biologies, leurs échographies, toutes les prescriptions... »

G « mais comme on est dans une structure privée où c'est quand même des gens « cortiqués », qui se connaissent ils sont capables de nous raconter les trucs... ça sert pas à grand-chose »

C) LES RETOURS D'UTILISATION DU CARNET DE MATERNITE

1. Un carnet méconnu

Il est important de reprendre ce constat.

Malgré le fait d'avoir réalisé les entretiens sur une population à orientation gynécologique, avec parfois des médecins généralistes ayant basculé vers la gynécologie médicale, possédant des diplômes universitaires spécifiques et effectuant des consultations en maternité, l'existence du carnet de maternité en a étonné plus d'un.

M2 « j'en ai jamais entendu parler »

M4 « moi je ne savais pas que ça existait »

Son existence n'a pas été portée à leur connaissance, ni par les structures dans lesquels ils ont exercé, ni par leurs formations universitaires, ni par leurs confrères ou collègues sages-femmes.

M5 « je pensais pas que ça existait (...) mais on en a JAMAIS entendu parler à mon DU quoi... »

Il n'a jamais été réclamé par les femmes enceintes non plus.

M1 « les femmes sont pas très informées de son existence »

Le seul médecin généraliste qui l'utilisait l'a connu en contactant directement le Conseil Départemental, convaincu qu'une équivalence existait au carnet de santé des enfants.

M3 « en me renseignant à droite à gauche, je me suis dit « y'a des carnets de santé chez les enfants » j'étais sûr que y'en avait un »

Quant au gynécologue-obstétricien, il le connaît mais n'a pas travaillé avec depuis longtemps.

G « moi j'en ai vu il y a longtemps, ça doit faire 10-15 ans que j'en vois plus »

2. Un mode de distribution critiqué

Plusieurs interrogations ont été émises sur les moyens de se le procurer, avec une méconnaissance évidente et un scepticisme perceptible sur la simplicité de la démarche auprès du Conseil Départemental.

M1 « le Conseil Général c'est quand même une sorte de... »

M4 « encore faudrait-il qu'on sache où s'adresser. Est-ce qu'ils sont joignables ? »

Plus explicitement, et après explications sur la méthode de distribution actuelle et les démarches à réaliser, les médecins ont émis de nombreuses réserves, avec souvent des tons exclamatifs devant la perspective de nouvelles démarches administratives. De leurs points de vue, ils perçoivent surtout de la paperasse et des appels supplémentaires, pour lesquels ils manquent de temps.

M1 (*s'énerve*) « on passe déjà assez de temps au téléphone et à courir après les standards »

M2 « mais on n'a pas le temps, on prend jamais le temps de faire ce genre de chose, on peut le faire ponctuellement mais je pense que ça va se perdre... »

De manière pratique, un médecin souligne que passer ce genre d'appel pendant les heures d'ouverture du Conseil Départemental est impossible dans son activité quotidienne.

M1 « généralement on finit à 19 h, c'est 19 h on peut plus appeler »

Il déplore qu'on ne lui ait jamais distribué, et souligne, à juste titre, que c'est au Conseil Départemental de le faire connaître et de se charger de sa distribution.

M1 « nous on en reçoit pas en fait » - « ils ne nous le proposent pas non plus »

Cependant, le seul médecin à commander le carnet de maternité et à l'utiliser systématiquement affirme que la démarche est simple, et ce faisant, devrait rassurer ses confrères septiques.

M3 « ou je leur téléphone ou je leur envoie un fax et ils me l'adressent par la poste... »

3. Des craintes de non-utilisation des maternités et des spécialistes

Ce thème est revenu souvent au cours de nos entretiens. Les médecins généralistes craignent la non-utilisation de cet outil par les spécialistes et par les maternités, qui ne communiqueraient pas assez.

M2 (*suppose que la partie consultation ne soit jamais remplie*) « parce que si c'est le gynéco ce sera pas rempli »

M4 « mais est-ce que APRES ils vont l'utiliser quand ils vont à la maternité est-ce que ça va servir... En tous cas ceux qui bossent à Saint Jo ne l'utilisent pas... »

M5 (*sur l'observance des spécialistes à remplir le carnet de maternité*) « Je ne suis pas sûre, mais faut au moins essayer, faut au moins y croire »

La notion de manque de temps apparaît clairement.

M6 « on croit toujours qu'il y a une prise en charge globale, que les gens ils prennent le temps de tout lire mais les consultations elles durent toujours le mêmes temps peu importe la spécialité, et au final chacun se centre sur le point qui l'intéresse, on ne va pas lui demander de remplir le carnet de maternité... »

SF « mais quand tu prends un dossier de grossesse, fait par un médecin, un obstétricien, regarde le, tu vas comprendre. Parce ce que le dossier purement obstétrical, il n'est pas fait. T'as le nom, prénom, deux bricoles, et t'as rien... faut aller vite, alors remplir le carnet de maternité ! Ils ne le feront jamais »

Cette crainte est confirmée par retour d'expérience.

M3 « AUCUN gynéco obstétricien des environs ne le remplit quand je leur donne le dossier. AUCUN. Si je les revois après, AUCUN gynéco n'a marqué quoi que ce soit dessus »

SF « je sais parce que j'ai travaillé presque 20 ans à la Conception, et qu'en fait on les demandait même pas, on les prenait pas. C'est quand même à sens unique, c'est dommage. Si tu écris tout, si c'est pour que la personne le demande même pas et le regarde pas »

En effet, chacun utilise son propre dossier, en faisant le choix volontaire de ne pas utiliser le carnet de maternité, et de ne pas communiquer son dossier à la patiente ou aux autres spécialistes externes.

M3 « j'en ai parlé à l'hôpital – « ah oui oui on sait on a ça mais nous on fonctionne avec le dossier de l'hôpital » »

M5 « dans chaque maternité vous avez des dossiers qui sont différents moi j'ai déjà travaillé dans trois hôpitaux différents, à Montélimar, à Cavaillon et à Avignon... »

En allant plus loin, certains décrivent des patientes qui ont présenté leur carnet sans même qu'il soit regardé, rendant, logiquement, l'adhésion de la patiente au système du

carnet d'autant plus fragile.

SF *« tu leur donnes elles sont contentes, mais déjà faut-il qu'elle y pense parce que déjà certaines ne le prennent pas. Ensuite quand elles arrivent à l'hôpital, la consult elle est tellement rapide qu'elles oublient de le sortir (...) elles savent même pas qu'il faut qu'elles le donnent au gynéco, et puis quand elles le donnent et qu'il est à peine regardé elles se demandent pourquoi elles le donnent »*

Le gynécologue rencontré précise que, comme les médecins généralistes, il ne remplit le carnet de maternité que s'il est présenté par la patiente. Il travaille, comme ses confrères, avec des maternités dont les systèmes de communication sont déjà en place, ce qui rend le carnet de maternité obsolète.

G *« oui, en général, quand les patientes me les tendaient, me les donnaient. Je ne suis pas du genre à dire « Madame est-ce que vous avez le carnet de maternité ? » c'est pas mon problème réellement, les patientes que je vois elles viennent elles reviennent »*

Mais, une fois sensibilisé à son utilisation, il reconnaît qu'il s'agit d'un outil à mettre en avant.

G *« là on va travailler dans quelques mois avec l'hôpital d'Aubagne, on est en train de bosser sur un dossier commun... et le carnet de maternité ça peut-être un truc très très pratique »*

4. Un outil bénéfique pour la communication entre médecins et lors des situations d'urgence

Son utilité, déjà reconnue au travers des différents plans de périnatalité, a bien été soulignée par les médecins lors des entretiens.

Les médecins reconnaissent qu'il s'agit d'un outil qui faciliterait leurs pratiques, en permettant à tous d'accéder plus aisément aux éléments du dossier.

M1 *« on peut voir ce qui a été fait avant et ce qui a été trouvé »*

M2 *« quand on fait nous le suivi de grossesse pendant les 6 premiers mois, (...) quand on va confier la patiente à un gynéco derrière, (...) c'est aussi sympa pour lui d'avoir visible toutes les données.. »*

Son utilisation favorise la communication et la coordination entre les intervenants autour de la grossesse. Le carnet permet des consultations plus simples, en évitant d'avoir à reprendre tous les éléments du dossier à chaque fois. Les données sont accessibles, ce qui évite à la patiente d'avoir à tout répéter et de transmettre des informations erronées.

M5 « *par contre ça va permettre que cette consultation soit beaucoup plus simple* » (la première consultation à la maternité)

Les échanges sont également facilités puisque la communication entre professionnels peut s'effectuer sur un support unique.

M1 « *l'intérêt du carnet de santé c'est principalement la communication entre les professionnels* »

M2 « *je pense que y'a un bénéfice... de coordination* »

M3 « *n'importe qui que ce soit des médecins, des sages-femmes, des paramédicaux, peut le consulter si besoin dans l'intérêt de votre grossesse* »

M6 « *ça pourrait devenir un bon outil à utiliser pour faciliter l'échange entre les différents consultants de la grossesse* »

En cas d'urgence, il s'agit donc d'un outil qui peut être d'une grande aide, notamment en cas de prise en charge par un nouvel intervenant.

Il paraît indispensable aux médecins que la femme le transporte avec elle tout au long de sa grossesse. La possibilité d'accéder facilement et rapidement à un dossier complet permet d'orienter efficacement la prise en charge.

M6 « *c'est sûr que ça facilite la prise en charge dans les situations d'urgence* »

G « *mais effectivement elles déboulent aux urgences à l'hôpital et là on a rien. Ce serait encore mieux si y'avait une synthèse du dossier écrite, ça je suis d'accord* »

SF « *moi je les remplissais parce que je trouve que si il lui arrivait un pépin, je trouvais bien qu'elle ait au moins son groupe rhésus* »

Un des médecins donne d'ailleurs des exemples de situations urgentes sans accès à un dossier médical ou au carnet de maternité. Elles sont alors difficiles à gérer pour les soignants qui ont parfois peu d'informations sur la grossesse, rendant nécessaire de renouveler les examens complémentaires. Cela participe à une prise en charge plus complexe, et plus coûteuse.

M6 « *le pire c'est la femme qui va arriver faire suivre sa grossesse en cours de route à l'hôpital, et qu'elle est incapable de raconter ses sérologies, ses groupes sanguins... alors qu'elle a déjà eu une grossesse antérieure, qu'il faut tout rechercher... alors que là elle vient avec* »

5. Un outil de centralisation des données

C'est une de ses principales qualités, dont découle beaucoup d'éléments, notamment la coordination des soins. La centralisation des données via un seul et même support rend

l'information médicale synthétique et accessible par tous. Cette réflexion a amené des exclamations de la part d'un médecin, qui est convaincu de son bien-fondé et ne comprend pas qu'un tel outil commun ne fasse pas l'unanimité.

M3 « *informatisé ou pas ! Mais que TOUT LE MONDE utilise le même quoi !* »

M5 « *ça permettrait d'avoir tout sur un même papier quoi* »

M5 « *elles voyagent machin, elles partent au 6^{ème} mois, elles vont au fin fond de la France, au moins elles ont tout avec elles quoi* »

Les médecins interrogés reconnaissent l'intérêt de ce carnet qui permet d'éviter la multiplication des documents pour la femme, avec un gain de temps évident pour récupérer les informations lors des consultations.

M1 « *ça permet justement d'avoir pas 10 000 dossiers et un seul dossier entre tous les intervenants dans la grossesse qui permet de centraliser les informations* »

Un médecin souligne justement qu'il s'agit du rôle du médecin généraliste, que d'avoir un rôle de coordination, et que le carnet de maternité en est l'outil.

M5 « *moi je trouve que c'est intéressant quand même, parce que ça permet d'avoir un truc où tout est regroupé, c'est un peu le rôle du médecin traitant aussi* »

Sous cette forme, il s'agit également d'un carnet qui peut être conservé pour des futures grossesses, permettant une réutilisation des données.

M3 « *y'en a une qui est à son septième enfant je fais « oh bon là si vous pouviez me ramener le dernier dossier... Parce que je sais même plus* »

D) LE CARNET DE MATERNITE EN DETAIL

1. Un format didactique apprécié, avec une bonne lisibilité des informations

Les médecins le trouvent facile à remplir, du fait de sa présentation synthétique et aérée.

M1 « *on remplit la case c'est synthétique* »

M2 (*en parlant de la partie « antécédents »*) « *enfin pour moi tout médecin doit avoir ça, donc ça à remplir ça prend 3 secondes...* »

M5 « *en une demi-heure je pense que c'est tout à fait faisable, et de remplir ça à la main en plus de l'écrire dans mon truc* »

Le dossier prénatal est facile à consulter de par ses feuillets réduits au nombre de 6, et ses tableaux visuellement réussis.

M1 « ces tableaux ça c'est bien qu'on est tout en synthétique (...) ça aide »

M2 « le premier feuillet recto verso, au moins on sait où on en est, on sait si ça a été fait, on sait le rhésus on sait »

M4 « si t'as tout ça peut te faire gagner aussi du temps... »

M5 « ça c'est vachement bien, c'est petit, elles ont tout la dessus, y'a trois pages quoi... »

2. Des informations pertinentes

Pour les médecins interrogés, le dossier prénatal est cohérent avec leurs conduites professionnelles habituelles.

M2 « quand je suis passée en gynéco et que j'étais interne c'est ce qu'on met dans le dossier patient »

M6 « il y a les informations importantes comme dans un carnet de santé, il y a tout dedans. »

3. Un « aide-mémoire »

Il reprend les examens obligatoires de la femme sous forme de listing, permettant de ne rien oublier.

M6 « après ce qui est bien dans le carnet, c'est que ça reprend tous les items qu'on pourrait oublier »

4. Utilité du calendrier des consultations

Du fait de leur rôle de coordinateurs, le calendrier détaillant les consultations de la femme enceinte intéresse les médecins généralistes. Il s'agirait de suivre les démarches de la femme, et de s'assurer qu'il n'y aura pas d'oubli de sa part. C'est un « plus » pour les médecins interrogés.

M1 (en parlant du calendrier des consultations) « moi elles me le disent oralement... mais après ça m'intéresse de savoir qui et quand »

5. Le format papier, un format apprécié

En effet, pour la plupart, le papier est rassurant, garantit une bonne accessibilité et permet d'y joindre les examens complémentaires.

M2 « je trouve que le papier c'est bien, ça reste une valeur sûre, à moins que la personne l'oublie »

M4 « niveau format il est bien ça fait des pochettes »

Qui plus est, le papier permet à la future maman de conserver un souvenir.

M2 « c'est neuf mois de la vie d'une maman, on met les échos on met tout dedans, moi je sais que c'était une partie importante c'est des choses que j'ai gardé de ma grossesse »

6. La partie adressée aux patientes largement plébiscitée

Les médecins apprécient le fond comme la forme. C'est un carnet qui répond clairement à beaucoup de questions que pourraient se poser les femmes. Il reprend bien les informations sur toutes les consultations et examens, qui sont souvent anxiogènes pour les femmes.

M1 (en parlant du calendrier des consultations) « ça donne un bon point de repère pour les femmes »

M3 « c'est pour elles ça, c'est des infos pour elles »

M4 « ça par contre c'est hyper bien fait, parce que de ce que je vois il a l'air vachement bien explicite »

De la même manière, le fait d'avoir un carnet où elles peuvent noter leurs remarques ou questions le rend encore plus attractif et utile.

M3 « mais ça elles aiment bien elles... Elles aiment bien. Quand je leur demande de venir avec des questions si elles en ont elles le marquent... elles me le disent hein « là attendez j'ai marqué quelque chose » »

M4 « par contre moi ce que je trouve TRES BIEN dans ce cahier c'est les conseils donnés aux parents où ils peuvent marquer un peu leurs impressions, les consultations, les comptes rendus, ça c'est bien »

Il s'agirait même du principal intérêt de ce carnet pour les médecins en dehors de son intérêt médical.

M6 « pour nous c'est plus un outil d'informations pour la patiente qu'un outil d'échange entre professionnels »

7. Un remplissage aléatoire par les médecins généralistes

Ils rappellent lors des entretiens qu'ils ne recherchent pas à le remplir. C'est à dire qu'ils le font uniquement si la patiente présente le carnet. Spontanément, ils ne demanderaient pas à le voir.

M1 « C'est vrai que spontanément je leur ai pas demandé si elles l'avaient »

M6 « non, mais si elle le présente je pense que je le ferai, de la même manière qu'on écrit un mot dans le carnet de santé »

SF « déjà faut qu'ils aient les carnets, et comme ils s'en préoccupent pas. Ensuite même quand ils ont les carnets, il faut qu'ils les remplissent... ça fait beaucoup de conditions, et je trouve qu'en fait en cabinet, en libéral très peu de personne l'ont »

Mais le seul médecin qui l'utilise régulièrement le trouve instinctif et facile d'utilisation.

M3 « je trouve qu'il est bien, après j'ai appris à l'utiliser c'est toujours pareil »

8. Un manque de revalorisation de l'acte

Pour aller plus loin, l'un des médecins déplore des consultations longues et non revalorisées, comme l'a également souligné notre confrère gynécologue.

M2 « entre nous, à 25 balles la consultation, t'as pas envie d'y passer 3 heures, pour remplir des trucs que t'as déjà dans ton dossier quoi »

G « pour faire un peu de psycho, qu'est-ce qui fait qu'on fait les choses ? bah quand il y a un intérêt, un intérêt vif pour le patient, pour soi ou les deux. Et là l'intérêt du carnet de maternité il y est, mais c'est un peu mou et il y a pas de contrainte derrière, il y a pas de contrepartie, par... un truc, merci de l'avoir fait, où on aura 2 euros par carnet de maternité, je m'en fous mais voyez.. quelque chose... »

9. L'effet doublon face aux logiciels des médecins

Cet effet doublon, qui revient souvent dans les entretiens, est un frein majeur à son utilisation.

M3 « je fais de la saisie de données, parce que je trouve que c'est très lourd, j'ai déjà ça (le carnet de maternité) qu'il faut remplir »

M4 « à recopier dans ton dossier, et recopier dans le carnet... enfin ça fait doublon »

M6 « une fois qu'on en rempli le nôtre, ça fait quand même réécrire... »

Un médecin, qui présente une forte patientèle d'avocats, souligne le rôle médico-légal du logiciel médical.

M4 « et je préfère l'écrire dans mon dossier parce que médico-légalement c'est mon dossier qui fait foi que ça on en a rien à faire »

Le remplissage du carnet peut paraître chronophage, surtout dans une consultation déjà longue.

M2 « du coup le problème pour le médecin généraliste je pense ça va être à nous de remplir, va falloir qu'on prenne les comptes rendus puis qu'on les remplisse nous, effectivement ça devient chiant »

SF « pour une histoire de temps, tu ne peux pas faire une consultation complète de grossesse, et remplir le carnet »

Même si un des médecins précise qu'il envisage très bien de le faire dans ses consultations qui d'une demi-heure.

M5 « j'ai des consultations d'une demi-heure donc en fait en une demi-heure je pense que c'est tout à fait faisable, et de remplir ça à la main en plus de l'écrire dans mon truc »

10. Une présentation aléatoire de la part des patientes

Les médecins interrogés craignent que leurs patientes ne viennent pas avec au cabinet, par méconnaissance évidemment, mais une fois en leur possession, ils parlent des risques d'oubli et de perte inhérentes à la version papier.

M4 « elles l'oublent, elles le perdent, elles l'ont pas à la consultation... c'est du papier tu vois »

M6 « les patientes ne l'apportent pas forcément à chaque fois »

Ceci dit, le seul médecin à l'utiliser régulièrement constate que ses patientes pensent bien à le présenter.

M3 « je leur dis « Vous vous déplacez avec ça, quand vous allez faire les courses ou machin vous l'avez dans la voiture » - « elles se déplacent avec »

11. Des consultations trop détaillées pour des suivis de grossesses normales

La partie qui reprend les consultations obligatoires peut paraître trop détaillée, de même qu'elles sont trop nombreuses d'après l'un des médecins interrogés.

M4 « mais ça ce n'est pas des infos que t'as besoin de transmettre à chaque fois à tes collègues »

M5 « 10 consult... ça fait beaucoup, moi je ne les vois jamais 10 fois sur la grossesse. En général je les vois pour l'écho de datation à 8 semaines, puis je les vois après directement pour la déclaration de grossesse à 14 semaines, donc à la fin du troisième mois, et puis 4^{ème} mois 5^{ème} mois 6^{ème} mois 7^{ème} mois, 8^{ème} mois je le fais sur l'hôpital, donc c'est le 7^{ème} consult, et 9^{ème} mois c'est la sage-femme qui la voit donc au mieux y'en a 8... »

Il faut préciser que le dernier rapport de l'enquête de périnatalité de 2016 (17) retrouve un nombre de consultations en moyenne autour de 10 pendant la grossesse, ce qui correspond bien aux nombres d'encarts du carnet de maternité.

Un médecin souligne que toutes les informations demandées ne peuvent pas être récoltées en cabinet de médecine générale sans un investissement en équipement.

M4 « *après moi je te dis les bruits du cœur je suis un peu coincée parce que je n'ai pas encore investi, parce que le matériel ça coûte cher* »

12. Des mises à jour à réaliser

En détaillant le dossier prénatal, les médecins ont constaté quelques pratiques obsolètes : le test de la trisomie 21 qui s'est actualisé récemment, et le dépistage du diabète gestationnel grâce au test OMS et non plus au test de O'Sullivan.

M1 « *trisomie 21 pareil maintenant y'a le dépistage non invasif de la T21* »

M1 « *le O' Sullivan on le fait plus du tout hein, va falloir le squeezer* »

13. Quelques propositions d'améliorations

Ont été suggérées plusieurs idées pour rendre le carnet de maternité plus complet :

- Ajouter la date du dernier frottis, permettant ainsi de pouvoir le programmer à la fin de la grossesse si nécessaire.

M1 « *mettre la date du dernier frottis, comme ça à la sortie de maternité on sait quand est-ce (...) qu'il faut le remettre* »

- Détailler la sérologie hépatite B.

M1 « *faudrait (...) voir si y'a des anticorps (...) Ag HbS et Ac Hbs ! Et le taux !* »

- Ajouter une pochette pour y glisser les examens complémentaires au fur et à mesure, pour s'y référer plus facilement en cas de nécessité et éviter les pertes.

M1 « *il faudrait une pochette pour mettre tous les examens complémentaires* »

- Ajouter les mentions « rubéole » à côté de la toxoplasmose, « contractions utérines » et « métrorragies » dans le détail des consultations.

M1 (*en détaillant les consultations*) « *mon logiciel il y a un truc qu'il a mis qui était pas mal c'est euh il a mis « contractions utérines » et « métrorragies », ça permet de cocher s'il y en a eu ou pas* »

M3 « *je mets la rubéole, par exemple, la rubéole y est pas c'est dommage. Parce que la rubéole parfois elles sont négatives, faudrait bien l'indiquer donc je le rajoute* »

- Ajouter une partie où les autres spécialistes pourraient noter les éléments de leurs consultations, de même que les médecins généralistes pensent important de pouvoir mentionner les épisodes intercurrents notables, surtout en cas de prise médicamenteuse.

M1 « étant un acteur intercurrent dans la grossesse, ce serait bien de pouvoir laisser un petit mot »

M5 « ça ce serait pas mal d'avoir une page où effectivement si elles voient d'autres personnes pendant la grossesse elles aient tout... »

M5 « moi j'ai une patiente dont le premier a un déficit en biotine, elle a revu le spécialiste qui a juste mis en deux mots « pas mal de fer à la naissance, un examen un biotine nanana » voilà c'est marqué en deux mots là-dessus quoi... Ils signent, ils tamponnent on sait qu'elle a été vu on sait ce qu'ils ont demandé, c'est quand même pratique quoi... Là on se retrouve tous avec des courriers... »

Cette partie pourrait prendre la place de la partie accouchement :

M5 « plutôt que l'accouchement où on s'en fout j'aurais rajouté endocrino, cardio, ou autre... »

- Pour notre consœur sage-femme, le carnet de maternité en format A4 n'est pas approprié et devrait être plus petit.

SF « moi je trouve qu'ils sont trop grands, les femmes ne le mettent pas toujours dans leurs sacs à main (...) Avant ils étaient plus petits c'était mieux, les mêmes en plus petits, la moitié de ça »

14. La partie accouchement inutile

Les maternités ne la complètent pas.

M5 « elle est jamais complétée ça, ils ont leur propres dossiers, ça ça sert à rien »

SF « l'hôpital faut encore qu'ils le prennent le carnet. Non eux ils vont remplir leur dossier à eux mais jamais ça. »

Les médecins reçoivent, la plupart du temps, des comptes rendus des maternités sur le déroulement de l'accouchement.

M6 « après l'accouchement il faisait un compte rendu à part, avec un rapport d'accouchement »

Qui plus est, si ce n'est pas le cas, la femme est le plus souvent à même de reprendre les grandes lignes, et l'état du nouveau-né peut facilement être récupéré dans son carnet de santé.

M1 « cette partie accouchement, va être soit dans le carnet de santé du bébé, et puis soit on va le reprendre oralement avec la dame quand elle va revenir pour faire ses consultations post accouchement »

Même si il était rempli à la maternité, une fois la grossesse terminée le carnet n'est, logiquement, plus présenté.

M1 « *une fois que la dame a accouché, ce carnet de maternité on ne va pas le reprendre, alors pour le coup en post-accouchement, le carnet de maternité on le reprend plus* »

15. La partie détaillant les échographies n'est pas assez explicite

Se pose la question de la personne qui doit la compléter : le médecin traitant, la sage-femme, ou celui qui fait l'échographie ?

M3 « *c'est moi qui le remplis...* »

M4 « *après, les échos c'est au gynéco à remplir* »

M5 « *alors ça dépend encore si elles voient les sages-femmes, elles le rempliront parce qu'elles sont plus disciplinées, qu'elles prennent plus le temps mais chez les échographes référents... oublie...* »

Est-elle assez détaillée ? Pour certains pas assez, et pour d'autres il n'y a rien à ajouter, c'est une synthèse et pour plus de détails il faut se référer aux échographies directement.

M1 « *ça fait un peu léger pour la deuxième et troisième échographie* » - « *faudrait à la limite le virer et avoir directement les comptes rendus* » - « *en général on recherche les détails* »

16. Une limite de son utilisation : la grossesse pathologique

Un des médecins interrogés a mentionné cette limite potentielle. Pour lui, le suivi d'une grossesse à risque est plus complexe, avec souvent la multiplication des avis spécialisés, des biologies et des échographies, qui ne peuvent être résumés dans le dossier prénatal.

M1 « *à partir du moment où on basculera dans une grossesse pathologique le carnet sera totalement insuffisant* »

17. Un carnet unanimement apprécié

Si ce n'est du scepticisme à peine voilé sur la manière de se le procurer et sur son utilisation par tous, il est vrai qu'aucun médecin n'a émis d'objection à son utilisation. Les avis sont cohérents et reconnaissent beaucoup d'avantages à sa diffusion. Ceux qui ne le connaissaient pas ont été relativement heureux d'apprendre son existence, et le seul médecin qui le connaissait déjà est convaincu de son utilité.

M1 « *il est vraiment super utile* »

M3 « *je ne comprends pas qu'il ne soit pas plus utilisé...* »

M4 « *il est pratique il est visuel, je pense qu'il faut prendre l'habitude aussi de l'utiliser* »

M6 « *c'est un bon outil, c'est comme le carnet de santé c'est sur la même lignée. Mais... oui c'est un bon outil* »

SF « *il est bien fait, c'est très bien. Quand c'est bien rempli moi je trouve ça génial. C'est un dossier que va garder la femme* »

Les médecins ont largement souligné son intérêt pour les patientes elles-mêmes, qui apprécient ce genre d'outils, aussi bien pour le côté informatif qu'affectif.

M3 « *la plupart des patientes le gardent... c'est des choses qu'elles gardent ça* »

Pour beaucoup, ce carnet permet aux femmes d'être actives et de s'impliquer dans leurs grossesses.

M5 « *après moi ce que je vois c'est qu'elles sont contentes aussi de le compléter* »

E) L'AVENIR DU CARNET DE MATERNITE

1. Des médecins généralistes prêts à l'utiliser

M4 « *moi, honnêtement, suite à ton truc je pense que je vais contacter le Conseil Général que je vais en commander, parce que je trouve ça bien, et je vais proposer quand on va s'organiser pour faire notre réseau, si les gynécos veulent ou pas qu'on l'utilise* »

Mais il faut que cette motivation soit la même pour les spécialistes et les femmes. Ainsi, les femmes peuvent commencer à le remplir seule, et doivent le présenter de manière systématique à chaque consultation. S'il n'est pas présenté, les médecins interrogés pensent qu'ils ne chercheront pas à le remplir.

M2 « *pour que la patiente l'ait sur elle et que ce soit baladé mais ça veut dire EFFECTIVEMENT qu'il faut que tout le monde y mette du sien quoi* »

M5 « *tout ça elles pourraient le compléter chez elles tranquillement, tout ça c'est des trucs qu'elles pourraient compléter elles, on n'est pas obligés de tout faire pour elles* »

M6 « *Il y a un gros travail à faire sur l'éducation de la grossesse là-dessus, de la part de tout le monde, mais si elles ne prennent pas aussi conscience de s'impliquer la dedans...* »

2. Le projet de dossier médical informatisé

Les médecins n'y croient pas.

Ce thème a énervé la plupart des médecins interrogés. Il s'agit d'un projet en cours d'élaboration depuis plusieurs années, que les médecins attendent, mais qui n'a toujours pas vu le jour.

M1 (*s'énerve*) « non mais là il le feront pas »

M2 « et puis de toute façon tout ce qu'on nous a dit qui devait être fait en électronique n'a jamais été fait »

La logistique semble trop compliquée : les médecins (quand ils sont informatisés) utilisent tous des logiciels différents, avec des mises à jours régulières qui font déjà dysfonctionner leurs systèmes. Un logiciel compatible pour tous leur paraît impossible.

M1 « vous imaginez s'il faut connecter tout le monde? »

M4 « s'il y avait un truc mais alors faudrait voir que ce soit compatible avec tous les logiciels... »

Dans le principe, ce dossier informatisé faciliterait leur pratique et favoriserait la coordination entre professionnels, à condition bien évidemment qu'il soit généralisé et utilisé par tous.

Ainsi, il n'y aurait pas d'oubli possible de la patiente, ni de perte, avec un partage des informations en temps réel et accessible par tous. Et cela représenterait également une preuve médico légale.

M4 « oui l'idée serait très bien, à mon avis. Parce que, au moins légalement ce serait verrouillé, parce qu'il y a quand même beaucoup beaucoup... N'oublie jamais ça, les litiges, surtout en gynéco... »

M6 « ce serait d'avoir un site ou un dossier... après c'est toujours pareil ce serait de pas avoir ça mais d'avoir un dossier médical informatisé qui permette le partage avec les autres confrères »

M6 « ça enlèverait aussi le souci de : Est-ce qu'elle l'a oublié, est-ce qu'elle l'a pas oublié ? »

3. Des propositions pour un carnet de maternité informatisé

Car, comme le souligne notre consœur sage-femme : SF « actuellement on essaie de faire disparaître le papier ».

- via le site **Amelipro** :

Le site Amelipro est un site accessible via la carte professionnelle de santé, et donc pour tous les médecins et les sages-femmes. Il permet actuellement de commander les

formulaire et de remplir plusieurs démarches administratives directement en ligne. Mis en place depuis plusieurs années, tous les médecins informatisés y ont accès relativement facilement, sous condition d'une connexion internet.

En s'y connectant avec la carte vitale des patients, les professionnels de santé peuvent avoir accès aux déclarations de médecin traitant, aux arrêts de travail, aux accidents de travail...

M2 (concernant Ameli) « on l'a, on l'a et on s'en sert, pour la majorité en tous cas des médecins »

L'idée est ressortie d'y ajouter un encart reprenant les informations du carnet de maternité. De ce fait, il serait accessible à tous via la carte vitale de la patiente.

M1 « le seul endroit où ils pourraient faire le dossier médical partagé c'est sur l'espace pro de la sécu »

M4 « peut-être par le site de la sécu alors ! Directement comme on remplit les formulaires de déclarations de grossesse en ligne, mettre en ligne certaines informations pourquoi pas si la sécu... mais ça coûterait hyper cher... »

- via un **serveur crypté** :

Les mêmes serveurs qui permettent de partager des informations confidentielles entre professionnels de santé, aujourd'hui surtout entre les laboratoires et les médecins.

M1 « c'est ce que font les laboratoires, c'est les serveurs. (...) un serveur de carnet de maternité, qui est accessible de partout à partir du moment où on a une connexion internet gérée par le Conseil Général »

M3 « on est tous les Apicrypt quasiment, et bien on balance notre dossier quand elle a rendez-vous la dame à l'hôpital... et le mec il reçoit son dossier... »

4. L'importance de la promotion du carnet de maternité par le Conseil Départemental

Les médecins auraient très certainement utilisé le carnet s'ils en avaient eu connaissance.

M5 « parce que moi je l'aurais reçu ici, je l'aurais potassé, et je me serais dit « ah c'est pas mal » et j'aurais un petit courrier en disant, vous pouvez nous en commander si ça vous intéresse de travailler avec, je l'aurais fait, parce qu'il faut le voir, quand vous l'avez dans les mains vous voyez qu'il est bien fait »

Plusieurs systèmes de promotions ont été proposés :

- Par le biais d'un mail diffusé aux médecins.

M1 « il faudrait que le Conseil Général nous envoie un mail »

- Par un spécimen distribué à tous, avec les coordonnées pour passer commande.

M2 « *qu'ils envoient un exemplaire aux médecins généralistes* »

Les représentants de la Sécurité Sociale, qui les rencontrent déjà régulièrement, pourraient présenter le carnet pour les sensibiliser.

M2 « *il y a des gens de la sécu qui viennent nous voir y'a quelqu'un qui peut passer pour... voilà... Peut-être voir s'il y a une campagne (...) Juste le présenter* »

G « *on m'a pas sensibilisé spécialement à ça, j'ai pas eu une réunion où on m'a dit « grâce à ça on va pouvoir faire ça et ça et ça »* »

5. L'importance d'une réévaluation du système de distribution par le Conseil Départemental

Comme décrit précédemment, les médecins sont sceptiques sur la simplicité et l'accessibilité aux services de distribution du carnet de maternité. Pour remédier à ce problème, les médecins interrogés ont unanimement demandé à ce qu'ils puissent le commander en ligne, comme ils le font déjà pour tous les documents CERFA relatifs à la sécurité sociale, via le site Ameli.

Il s'agit d'un moyen qui paraît plus rapide et plus simple, d'autant qu'il est accessible par quasiment tous les médecins équipés en informatique.

M1 « *faudrait qu'ils s'alignent (...) qu'on les commande par internet* »

M2 « *faut que ce soit facile comme on commande les tests hemocult... Hop, on commande les carnets quoi... Sur Amelipro* »

M3 « *soit ils travaillent avec la sécu, avec la CPAM, et dans l'espace pro on va chercher le dossier de grossesse, ponctuellement, comme ça on a plus à les appeler* »

M5 (sur la commande en ligne) « *ça nous fait deux clics de la maison c'est plus simple* »

Le site Amelipro serait ainsi le seul et unique intermédiaire pour les médecins généralistes.

M6 « *vu qu'on se fait parvenir d'autres formulaires, ce serait qu'un interlocuteur, ce serait peut-être plus facile* »

Par ce biais, certains ont souligné que le carnet de maternité aurait une meilleure visibilité auprès des médecins qui ne le connaissent pas encore.

M6 « *après sur le site de la sécu, je vois pas comme ils font du dépistage, des informations de dépistage sur les cancers pourquoi ils font pas une information sur les carnets de santé...* »

Dans le sens d'une plus forte implication des femmes dans leurs suivis de grossesse, un médecin a proposé que le carnet soit distribué directement aux femmes enceintes, après la déclaration de grossesse, au moment où elles reçoivent d'autres démarches obligatoires.

M2 « *qu'on reçoit de la sécu au tout début de la grossesse, le calendrier, un truc avec un petit résumé de ce qu'il faut faire pas faire enfin moi je me rappelle avoir reçu ça. Pourquoi pas recevoir le carnet de maternité, et comme ça la dame vient avec* »

F) *ATTENTION AU RISQUE DE SURMEDICALISATION DE LA GROSSESSE*

Ce thème a été évoqué plusieurs fois. La multiplication des intervenants et des examens complémentaires rendraient la surveillance parfois excessive.

M1 « *mais je pense qu'à l'heure actuelle on est dans une espèce de sur-intellectualisation de la grossesse des femmes alors que c'est un phénomène tout ce qu'il y a de plus naturel* »

M1 « *sauf le cas des grossesses pathos qui OUI méritent une attention particulière que ce soit au niveau obstétrical gynéco sage-femme et psychologique* »

M2 « *même que s'il manque une consult c'est pas très grave quoi. Sachant qu'en ce qu'il me concerne dans le suivi de grossesse, c'est globalement le suivi des femmes qui vont bien, quand ça va plus on passe la main* »

IV. SYNTHÈSE

Les deux types de recherches quantitatives et qualitatives peuvent ainsi être utilisés ensemble pour obtenir une approche plus large et plus riche. A ce stade de l'étude, il paraît important de faire le point sur toutes ces données.

Nous avons descellé un réel problème de méconnaissance du carnet de maternité, et ce dès notre première étude quantitative. Seuls 44% des médecins généralistes interrogés connaissent son existence et 14% savent où se le procurer.

Aussi, 22% de notre échantillon l'utiliserait ponctuellement, mais seulement 5% des médecins déclarent l'utiliser comme outil principal pour effectuer leurs suivis de grossesse. Ce chiffre nous paraît néanmoins majoré, puisque seuls 3,5% de ces interrogés savent effectivement comment se le procurer, et donc le distribuer.

Les médecins généralistes et les spécialistes de la grossesse semblent donc s'en passer par défaut. Les données que nous avons retrouvées sur le carnet de maternité sont cohérentes avec les études de Fabienne Cretin (27) , mais aussi de Céline Casals sur le sujet (2). *Ces données seront citées en italiques.*

A) LA COMMUNICATION DANS LE SUIVI DE GROSSESSE

Le carnet de maternité est un outil de communication (*pour 92% des médecins interrogés*), qui favoriserait la coordination dans le suivi de grossesse (*une sage-femme remarque que l'utilisation du carnet entraînera une « réduction des coûts en centralisant les résultats des examens et consultations »*), mais à la condition que tout le monde l'utilise et le remplisse.

Ce sont en effet les craintes formulées : d'être seul intervenant à le remplir, de ne pas avoir de retour des autres consultations ou examens (*65% des médecins généralistes appréhendent une non-utilisation par les autres intervenants*), ou que la patiente ne le présente pas (*75% craignent des oublis par la patiente*).

Ce manque de communication déploré par les médecins généralistes (et la sage-femme) leur est également reproché, et ils le reconnaissent. *Seuls 2% des gynéco-obstétriciens et des sages-femmes avouent ne pas transférer systématiquement des informations à leurs correspondants. Ceci est plus fréquent chez les médecins généralistes : ils sont 10% !*

Il suffit d'assister aux consultations obstétricales en milieu hospitalier pour constater

que certains médecins généralistes, qui adressent leurs patientes pour la prise en charge de la grossesse à partir du sixième mois, oublient de préciser aux patientes qu'elles doivent apporter tous les résultats d'examens effectués depuis le début de la grossesse, et ne fournissent pas de résumé du suivi obstétrical des six premiers mois. Il s'agit d'une des grandes erreurs des généralistes que de confier la patiente à un spécialiste sans lui donner les informations nécessaires.

Notre consœur sage-femme a précisé avoir beaucoup utilisé le carnet de maternité au cours de son exercice, malheureusement le manque de retour des autres intervenants l'a peu à peu découragée.

Les femmes sont prêtes à participer à cette communication entre professionnels : à la lecture de la thèse de Stéphanie Petitprez réalisée en 2015 dans le département de l'Aisne (28), les patientes seraient en effet intéressées, s'inquiétant du suivi de leur dossier : créer un carnet de suivi obstétrical pour toutes, comme le carnet de santé des enfants, est pour certaines une bonne façon de regrouper tous les résultats en un seul document et de favoriser le partage d'informations entre professionnels.

B) UN OUTIL APPRECIÉ ET (TROP ?) COMPLET

Le format papier du carnet est apprécié, paraît pertinent et synthétique. La présentation n'a pas été remise en cause par nos enquêtés qui le trouvent relativement agréable d'utilisation. Le souvenir qu'il peut représenter pour la femme a également été mis en avant.

La sage-femme que nous avons rencontrée pendant notre étude remarque cependant, à l'inverse des médecins, qui apprécient le format A4 pour pouvoir y glisser les examens complémentaires, qu'un format A5 serait plus pratique à transporter pour les femmes, facilitant ainsi sa présentation.

Les médecins ont remarqué le manque de mise à jour de certains éléments du dossier prénatal (notamment au niveau du bilan biologique), et des améliorations possibles, par exemple, en supprimant la partie accouchement pour la remplacer par un espace d'annotations pour tous les spécialistes. Certains lui reprochent d'être très complet, avec peut-être un remplissage fastidieux, surtout lors de la première consultation.

Il peut néanmoins servir d'aide-mémoire à certains médecins, parfois moins habitués à

l'exercice des suivis de grossesses, mais obligés de s'y plier du fait de problèmes de démographie médicale (*88% des médecins généralistes considèrent qu'il pourrait servir de « guide » pour leur pratique obstétricale*).

Les médecins reconnaissent aussi son utilité, notamment dans les situations d'urgence (*85% pensent qu'il permettrait l'accessibilité du dossier en toute circonstance*), avec un bénéfice aussi bien pour la sécurité de la patiente que pour l'efficacité de leurs pratiques.

Pour notre confrère gynécologue, et pour la plupart des médecins interrogés, son utilisation reste une piste de travail à approfondir.

A noter, chose peu abordée lors de cette étude mais mentionnée dans la thèse de Céline Casals, 42% des médecins alors interrogés voient comme inconvénient important la « non-confidentialité » de ce document « transporté » à l'extérieur du cabinet ou de l'hôpital.

c) UN OUTIL PLUS UTILE POUR CERTAINES PATIENTES

Le profil de la patiente est néanmoins à prendre en compte : certaines femmes sont déjà organisées et présentent des dossiers complets, qui reprennent les informations retrouvées dans le carnet de maternité. D'autres ont des prises en charges difficiles, et ne viennent pas en consultations avec les éléments de leur dossier médical. Celles-là sont les principales concernées pour le carnet de maternité, qui représentent pour elles et leurs médecins un fil rouge lors des consultations (*plusieurs professionnels précisent l'intérêt du carnet dans certaines circonstances : pour les patientes ne maîtrisant pas la langue française, quand existe un problème de langue ou de compréhension avec QI diminué, pour les patientes voyageant, grossesses suivies en ville, suivies sur différents sites ou grossesses pathologiques suivies à domicile par les sages-femmes*). 68,5% des médecins interrogés supposent qu'il responsabiliserait la patiente, qu'il lui permettrait une participation active à sa grossesse). Mais ce sont également les patientes qui ne le présenteraient pas.

Son utilité pour les patientes est reconnue. Il répond aux questions des femmes et constitue un bon support éducatif (*88% pensent qu'il serait un guide pour les patientes*).

D) UN TEMPS DE CONSULTATION SPECIFIQUE, UNE NECESSITE DE REVALORISATION

L'un des problèmes soulevés plusieurs fois est l'effet doublon que le carnet représente face aux logiciels médicaux déjà adaptés. Les médecins passent du temps auprès de la patiente lors de ces consultations, et ne comprennent parfois pas l'intérêt de remplir en plus un carnet dont ils n'ont jamais entendu parler.

Ces consultations exigent un entretien approfondi qui reprend les antécédents personnels et familiaux ainsi que le contexte médico-social. Et ce, en plus de l'examen clinique complet. Par la suite, il s'agit d'écouter attentivement et de répondre aux questions des femmes enceintes, surtout lors d'une première grossesse. C'est un temps fondamental de réassurance, de délivrances d'informations et de conseils. C'est là le rôle privilégié du médecin de famille : l'éducation des règles d'hygiène de vie, la prévention sur les comportements à risque (tabac, alcool, toxiques), les informations sur le calendrier du suivi (biologies, échographies, rendez-vous à la maternité), le dépistage de la toxoplasmose, de la trisomie 21, etc. Ces premières consultations peuvent facilement prendre une trentaine de minutes.

Ainsi, l'un des freins principaux à son remplissage et sa démocratisation apparaît être le manque de temps, de reconnaissance de l'acte, et d'obligation (comme le souligne notre confrère gynécologue : « s'il y avait une espèce d'obligation nationale à le faire... La France serait-elle une république bananière ? »)

E) DES EFFORTS A FAIRE DU COTE DU CONSEIL GENERAL

Gros point noir souligné lors des entretiens : la promotion et la distribution du carnet de maternité. Les médecins méconnaissent le carnet, même s'ils ont une orientation gynécologique, ce qui signifie qu'ils n'y sont pas sensibilisés lors de leurs formations.

De plus, le moyen de se le procurer est peu instinctif et paraît fastidieux pour les médecins généralistes déjà surchargés par les démarches administratives.

Dans le but de répondre aux interrogations posées dans notre sujet, les médecins ont suggéré d'en recevoir un exemplaire directement à leur cabinet pour le découvrir. Par la suite, ils souhaiteraient pouvoir le commander directement via le site Amelipro, ou, dans un futur plus lointain, pouvoir le partager directement en ligne via une plateforme adaptée.

Quant à l'idée d'un dossier médical informatisé, elle a été rapidement écartée par les médecins qui ne croient plus à la possibilité de sa mise en place, déjà promise depuis de nombreuses années.

F) *LE PROBLEME DE SURMEDICALISATION DE LA GROSSESSE*

Autre sujet abordé, le problème de la surmédicalisation de la grossesse, qui reste un état de santé de la femme et non une maladie (*35% redoutent que le carnet soit une cause d'anxiété supplémentaire*). Pourtant, les médecins de notre étude mentionnent que leurs patientes effectueraient fréquemment un double suivi entre les spécialistes et eux. Il s'agit là d'un coût supplémentaire non négligeable et pas toujours justifié, auxquels les médecins devraient sensibiliser leurs patientes, d'autant plus qu'on les sait compétents pour les suivis normaux. (18)

Comme le souligne Caroline Bergeron dans sa thèse auprès des sages-femmes et des médecins généralistes (15), il est important de rechercher des facteurs de risque et de considérer l'enjeu de chaque consultation de suivi de grossesse, mais il faut également rassurer les femmes enceintes, et replacer la grossesse physiologique dans un suivi plus naturel et plus humain.

V. DISCUSSION

VA. CRITIQUES DE LA METHODE

A) LE RECRUTEMENT DES MEDECINS

Nous avons d'abord essayé de définir notre échantillon théorique grâce à la liste des participants au diplôme universitaire du Pr. Cravello. Pour rappel il devait s'agir de médecins généralistes installés dans le département.

Ils ont été contactés grâce à leurs messageries électroniques. Parmi les 14 médecins éligibles et contactés, seul un nous a répondu, positivement. Après contact directement au téléphone, 2 autres médecins ont accepté de participer aux entretiens. Les autres médecins n'étaient pas joignables à leurs adresses référencées auprès du Conseil de l'Ordre des Médecins, ou ne nous ont pas rappelé.

Un des médecins a été recruté lors de l'enquête quantitative, en répondant aux critères d'inclusion, et en acceptant de nous rencontrer. C'est ce même médecin qui nous a parlé d'un de ses confrères répondant également aux critères (technique de la boule de neige). Le recrutement a été difficile, du fait des perdus de vue et des refus de participation, et le nombre de 6 médecins pouvait paraître peu suffisant pour avoir des résultats fiables et représentatifs. Malgré cela, l'objectif n'était pas un nombre d'entretiens, mais une saturation des données. Or dès le 4^{ème} entretien, aucune nouvelle idée n'a été émise.

B) DEROULEMENT DES ENTRETIENS

La méconnaissance du carnet de maternité, qui avait déjà été constatée lors de notre étude quantitative auprès d'un échantillon de médecins généralistes du département, a évidemment été retrouvée chez nos médecins généralistes à orientation gynécologique. Il s'agit là d'un biais important de notre étude.

En effet, seul un de ces médecins le connaissait et l'utilisait lors de ses suivis de grossesse. Son retour d'expérience a été très enrichissant. Quant aux autres médecins, censés être les mieux placés pour répondre sur ce thème, ils ont découvert le carnet de maternité lors de nos entretiens, souvent avec surprise, ce qui ne nous permet pas d'avoir le retour d'expérience espéré.

Peut-être aurions-nous du leur remettre le carnet de maternité auparavant pour avoir un retour plus précis ? Dans ce cas l'étude aurait probablement été plus pertinente mais il nous aurait fallu plus de temps et une participation active des médecins.

L'autre principale limite de cette étude apparaît dans la façon dont nous avons mené ces entretiens. La conduite de l'entretien s'est avérée être un exercice délicat dans la manière d'adopter une attitude d'écoute attentive et d'utiliser les méthodes de reformulations sans interprétation. Il fallait poser des questions ouvertes, écouter, analyser, rebondir dans un laps de temps court et proposer des questions de relance. Certaines idées auraient mérité d'être approfondies, ce qui n'a pas toujours été fait. Ces lacunes ont été constatées lors de la transcription des entretiens.

D'autres biais peuvent venir du participant lui-même, par exemple de sa capacité d'objectivité : en l'interrogeant sur un sujet qui nous intéressait, nous avons pu éveiller son empathie, ce qui aurait faussé son jugement.

L'enregistrement via un magnétophone a permis de nous libérer de la prise de note et d'adopter une attitude d'écoute durant l'entretien, cependant, il a pu être source de blocage de la part des interlocuteurs.

Aussi, nous avons proposé aux médecins de les rencontrer au moment qu'ils souhaitaient, dans un environnement calme, propice à l'échange. Tous nous ont reçus à leurs cabinets, certains pendant leurs pauses du midi, ou après des matinées concentrées en consultations, ce qui a pu se traduire par des entretiens parfois volontairement écourtés.

C) ANALYSE DE L'ETUDE

L'analyse doit être reproductible (29) : quelle que soit la personne qui la fait, les conclusions doivent être les mêmes, mais les chemins pour y arriver peuvent être différents. Ainsi, une deuxième analyse indépendante est un avantage pour confirmer la validité d'une étude qualitative, en particulier en vue de publication.

Ici, nous n'avons pas réalisé cette deuxième lecture, notre travail n'étant initialement pas voué à être publié.

VB. LES PROPOSITIONS D'AMELIORATIONS DU CARNET DE MATERNITE

A) SA PROMOTION

Moins de la moitié des médecins généralistes interrogés connaissent le carnet de maternité. De même, ceux ayant une compétence spécifique en gynécologie ne paraissent pas plus informés que les autres.

Le premier lieu où chacun devrait en avoir entendu parler est la faculté, or le carnet de maternité n'est jamais présenté au cours des études de médecine, que ce soit dans la formation universitaire commune ou dans les diplômes complémentaires à orientation gynécologique.

Ensuite, les médecins généralistes auraient souhaité connaître son existence, par le biais d'un mail d'informations, d'un courrier avec un exemplaire ou une fiche de présentation et de sensibilisation, ou bien par l'intermédiaire du site Amelipro ou du délégué de l'Assurance Maladie qui vient régulièrement les visiter.

B) SA DISTRIBUTION

La dernière enquête de périnatalité réalisée en 2016 (17) précise que sa diffusion reste peu satisfaisante, avec 40,5% des femmes déclarant ne pas l'avoir reçu (contre 37,9% en 2010). Il s'agit là d'une enquête réalisée en France métropolitaine, chez un peu plus de 11 000 femmes majeures, mais ces chiffres nous paraissent légèrement majorer le nombre de femmes ayant réellement eu accès à ce carnet.

Un projet d'amélioration de la distribution a été retrouvé dans le rapport de l'enquête périnatale de 2010 (7), et expose un exemple intéressant dans le Pas-de-Calais, qui a intégré le carnet de santé maternité des réseaux de périnatalité au dossier obstétrical.

En nous renseignant sur la question, il s'agit d'un dossier médical commun développé depuis 2005 à l'initiative des réseaux périnataux régionaux. (30)

Ce dossier a été diffusé dans toutes les maternités ainsi qu'aux professionnels installés en ville avec une lettre d'accompagnement les invitant à se procurer d'autres exemplaires si nécessaires. A ses débuts, ce dossier partagé a été très utilisé (30) : 93,1% professionnels connaissaient le dossier obstétrical partagé, 83 % l'utilisaient, dont 73% de façon courante. Malheureusement, par la suite, l'engouement pour ce

dossier n'a pas été meilleur que celui du carnet de maternité, comme l'a exposé une sage-femme en 2016 (31); le taux de remplissage global des dossiers (toutes catégories) était alors de 19%.

Ainsi se pose la question, malgré un effort de diffusion des dossiers médicaux partagés, d'une véritable implication des professionnels de santé.

Pourtant les médecins du département des Bouches-du-Rhône se disent assez largement prêts à remplir le carnet de maternité, et certains étaient même enthousiastes.

Les médecins interrogés sont unanimes sur l'intérêt de le commander via le site dédié aux professionnels de santé : Amelipro. En effet, depuis plusieurs années, l'Assurance Maladie a rendu obligatoire son utilisation par les professionnels de santé, qui y réalisent maintenant un grand nombre de démarches administratives, notamment la commande de tous les formulaires CERFA.

La perspective d'appeler le standard du Conseil Départemental, ou d'envoyer un mail à une adresse introuvable sur le site du Conseil Départemental les a beaucoup découragés.

Certains médecins ont également confié qu'ils utilisaient le carnet de maternité à l'époque où ils le recevaient de manière systématique. Faudrait-il revenir à ce système d'envoi ?

L'idée a été suggérée de l'envoyer directement aux femmes enceintes, mais il s'agirait alors d'une délivrance tardive, après la déclaration de grossesse, ce qui sous-entendrait de s'en passer durant les premières semaines, ce qui est dommageable.

C) LA MODIFICATION DE SON FORMAT

Son format papier n'est pas significativement remis en cause dans notre étude. Certains ont remarqué que le papier était vieillissant, mais beaucoup apprécient ses avantages : accessibilité, transportabilité, souvenir pour la femme.

A court terme, la proposition a été faite de réaliser un dossier prénatal informatisé disponible via la carte vitale (et donc via le site Amelipro) afin de garantir un accès permanent par les professionnels de santé. Se pose néanmoins la question de son

accessibilité en cas d'urgence à domicile ou dans des services d'urgences dépourvus de lecteur de carte vitale.

De la même manière, si certains ont proposé la création d'un serveur crypté pour partager les dossiers médicaux, la réalisation technique d'un tel projet semble complexe.

Il faut néanmoins rappeler que tout format papier est voué à disparaître par l'avènement des technologies modernes, et il s'agit d'un enjeu futur de pouvoir intégrer le carnet de maternité à des dossiers médicaux partagés.

D) SA CONFIDENTIALITE

La crainte de problèmes médico-légaux a été évoquée, au cas où aucune trace du suivi obstétrical n'est conservée au cabinet.

Afin d'éviter ce risque, et pour garder une trace des éléments importants du suivi de grossesse, plusieurs solutions sont déjà mises en place :

- Certains professionnels photocopient ou scannent les pages du carnet.
- En cas de transfert d'une maternité à l'autre, le dossier accompagne la femme, la maternité d'origine garde des photocopies.
- Les médecins libéraux utilisent leurs dossiers médicaux, papiers ou informatisés, en doublon.

Mais la thèse de Fabienne Crétin (16) évoque plutôt que les situations dans lesquelles un médecin généraliste peut être mis en cause sont essentiellement des cas de défaut et d'erreur d'informations (surtout en ce qui concerne le dépistage de la trisomie 21, d'autant qu'il n'est pas à jour dans le carnet de maternité actuel) ou de défaut de récupération de résultats d'examen ou de leur transmission à la patiente.

E) SON UTILISATION

Les médecins qui critiquent le carnet de maternité le trouvent parfois trop fastidieux à remplir, cependant il n'y a pas d'unanimité de ce côté là, puisque d'autres le trouvent agréable et simple d'utilisation.

Des mises à jour sont néanmoins demandées :

- Le test de O'Sullivan proposé pour rechercher le diabète gestationnel n'est plus utilisé actuellement, et pourrait ainsi être effacé, laissant la place à l'Hyperglycémie Provoquée Orale (HGPO) à 75 g de glucose.

- Un ajout de la mention du dépistage non invasif de la trisomie 21 doit être fait.

- La date de la réalisation des immunoglobulines humaines anti-D doit être précisée.

La partie dédiée aux consultations pourrait être allégée, rendant ainsi le dossier prénatal plus lisible. En effet, des médecins ont fait la remarque qu'ils ajoutaient certains éléments aux bulles déjà bien fournies, par exemple la sérologie rubéole de mois en mois en cas de négativité, ou encore la notion de contractions utérines ou de métrorragies.

Les spécialistes consultés pendant la grossesse (exemple : un endocrinologue pour une question de diabète gestationnel, un tabacologue, un chirurgien pédiatrique pour une malformation diagnostiquée en prénatal) se trouvent également dépourvus d'espace dédié pour résumer leurs consultations.

En laissant une place plus importante aux commentaires libres, il y aurait probablement plus de clarté dans le dossier en évitant une surcharge des bulles.

La place sur les feuillets étant limitée, un certain nombre de médecins ont suggéré de supprimer la partie concernant l'accouchement: il s'agit d'un paragraphe repris dans le carnet de santé du nouveau-né ou tout simplement dans le courrier de la maternité adressé au médecin traitant. La femme est également la mieux placée pour parler de son accouchement, d'autant qu'une fois la grossesse finie, il est rare qu'elle revienne avec son carnet de suivi de grossesse.

F) L'UTILISATION PAR LES MATERNITES DES BOUCHES-DU-RHONE

L'absence d'utilisation consensuelle de la part des maternités du département décourage les médecins généralistes qui se demandent pourquoi remplir un carnet qui n'est quasiment utilisé par la suite. C'est le cas chez plusieurs de nos participants, qui travaillent avec les hôpitaux d'Aix-en-Provence, d'Aubagne, et de Saint-Joseph à Marseille.

Ces structures utilisent leurs propres dossiers qui pourraient être plus adaptés pour des grossesses pathologiques, mais pourquoi ne pas revenir au plus simple quand il s'agit de grossesses normales ? Cela serait sans doute moins coûteux pour les établissements, et permettrait également de renforcer la collaboration avec les professionnels libéraux.

Un des médecins interrogés conclut pertinemment : « la suite ce serait demander aux femmes : « est-ce qu'elles utilisent vraiment cette partie ? » ».

En effet, les médecins seraient prêts à l'utiliser plus, qu'en est-il des patientes ?

VC. AMELIORATIONS PROPOSEES PAR LE CONSEIL DEPARTEMENTAL

Le Conseil Départemental contacté au début de notre étude a mentionné ne pas avoir de projet pour améliorer la diffusion de ce carnet, malgré leur connaissance de la problématique actuelle. Suite à nos discussions, le Docteur Serradimigni en charge de la PMI et Mme Mélanie Picard, sage-femme coordinatrice m'ont avoué être découragées face à la non-utilisation du carnet. Elles ont néanmoins semblé présenter un certain intérêt à mon étude, qu'elles ont suivie.

Elles ont proposé de mettre en place une adresse électronique spécifique dédiée pour les commandes des médecins généralistes, n'étant pas capables, à l'heure actuelle, d'établir un consensus avec l'Assurance Maladie pour promouvoir le carnet de maternité via le site Amelipro.

Pour faire connaître son existence, l'idée des courriers adressés aux médecins du département est apparue comme une solution coûteuse et difficile à réaliser, puisqu'ils n'ont pas accès aux coordonnées de tous les médecins du département. Mais le fait d'en parler à la faculté de médecine est apparu être une piste de réflexion intéressante. Nous leur avons également soumis l'idée de promouvoir le carnet de maternité via le Conseil de l'Ordre des Médecins ou via des revues médicales.

Malheureusement, les démarches sont longues et fastidieuses dans une telle organisation qu'est le Conseil Départemental : Madame Picard ne m'a pas promis d'avancée avant des mois.

L'un des exemples dont elle aimerait d'ailleurs s'inspirer est le réseau « Naître et grandir » en Languedoc-Roussillon (32). Créé en 2004, il compte 1 605 professionnels adhérents, dont 628 sages-femmes, 191 gynécologues-obstétriciens, et 85 généralistes. Les 20 maternités de la région, les 2 centres périnataux de proximité, les 5 Conseils Départementaux ainsi que d'autres structures en lien avec la périnatalité ont également adhérents.

Par son site internet, il propose l'utilisation d'un dossier commun périnatal informatisé, sous la seule condition d'avoir des codes d'accès. En 2016, le dossier régional de suivi de grossesse a été utilisé par 638 professionnels et couvrait environ un tiers des 30 000 grossesses suivies dans la région.

A noter que le site internet du réseau propose également d'accéder à des référentiels régionaux de pratique en ligne, un carnet d'adresses pour les professionnels, et des journées de formations.

Quant aux autres propositions d'améliorations mentionnées ci-dessus, qui touchent à proprement parler à la physionomie du carnet de maternité, des notes ont été prises.

VD. LE SUIVI DE GROSSESSE EN MEDECINE GENERALE

Parmi notre échantillon, les médecins sont 58% à effectuer au moins un suivi de grossesse par an. Les consultations de suivi de grossesse sont particulières. C'est un temps de prévention et de partage privilégié et globalement très apprécié des médecins, sources d'intérêts et de réjouissance (16). Elles sont plus longues que la moyenne des consultations de médecine générale, durant souvent entre 20 et 30 minutes.

Le rôle de médecin de famille permet d'aborder le suivi des patientes dans divers domaines : médical, psychologique et familial, et également préventif. Le médecin généraliste sera également souvent le médecin de l'enfant à naître. Cette continuité des soins, propre à la médecine générale, en fait l'une de ses richesses.

La relation privilégiée qui peut s'établir entre le médecin et sa patiente au cours de cette période singulière est également souvent citée dans les sources d'intérêt de cette discipline (16).

De nombreuses études démontrent également que ce suivi par le médecin généraliste est apprécié par des femmes (33).

Cette consultation est un point important de santé publique, puisque la plupart des médecins interrogés dans notre étude admettent réaliser un suivi en parallèle avec un gynécologue. Or, la Haute Autorité de Santé autorise depuis 2005 (18) le suivi des grossesses « à bas risque » par le médecin généraliste, sans différence significative pour le pronostic materno-fœtal par rapport aux autres spécialistes (gynécologues et sages-femmes). Il faut donc encourager un suivi unique quand il est possible.

Les suivis de grossesses sont souvent ponctuels (30% des médecins de notre étude n'en réalisent qu'un à 5 par an) dans une activité de médecin généraliste variée. Le carnet de maternité paraît être un outil adapté pour ce type d'activité ; il est complet et peut servir d'aide-mémoire. Son utilisation pourrait lutter contre la surmédicalisation de la grossesse que certains médecins redoutent, étant un support rassurant pour les médecins généralistes qui suivent des grossesses à bas risques.

Notre étude montre que 70% des médecins qui ne connaissent pas encore cet outil seraient ainsi prêts à l'utiliser.

Autre élément important pour encourager les médecins à utiliser le carnet de maternité : la reconnaissance et la revalorisation de la consultation de suivi de grossesse. L'Assurance Maladie pourrait lui attribuer une tarification particulière par un codage de l'acte, ou par une rémunération sur objectifs de santé (ROSP).

Dans le Vaucluse (29), 63% des médecins qui ne font pas ou plus de suivi de grossesse se disent prêts à reprendre cette activité dans une organisation de soins définie et garantie, en accord avec les maternités publiques ou privées. Ainsi, le travail en réseau doit s'installer en amont de l'accouchement en orientant vers les spécialistes seulement les grossesses pathologiques.

Il suppose de la part de tous une idéologie nouvelle qui place la femme enceinte au centre du système de soins.

Pour cela, il faut aussi remettre en avant l'intérêt d'une plus forte alliance de soins par la communication (autour du carnet de maternité), dont l'absence est source de souffrance pour les sages-femmes comme pour les médecins.

VI. CONCLUSION

Le carnet de maternité est un outil mis en place depuis 1979, réactualisé en 2007, et dont l'utilisation, dès le début de la grossesse, entre dans un cadre légal. Pour autant, son utilisation reste peu répandue, aussi bien dans la littérature étudiée que dans notre étude auprès des médecins généralistes des Bouches-du-Rhône.

Cette étude pointe du doigt le fait que les médecins généralistes suivent régulièrement des grossesses en méconnaissant cet outil. La plupart des médecins, sans formation complémentaire, réalisent des suivis ponctuels, pour lesquels les logiciels médicaux dont ils disposent leur paraissent suffisants. Dans ces cas, le suivi est souvent double, avec une sage-femme ou une gynécologue, avec peu de coordination et de communication directe.

Il faut rappeler que la Haute Autorité de Santé (18) considère que les médecins généralistes ont reçu les compétences nécessaires pour les suivis de grossesses à bas risque. Ces consultations particulières ont fait l'objet de nombreuses études, et seraient agréables et bénéfiques aussi bien pour les femmes que pour les médecins.

Ainsi, plutôt que de parler de surmédicalisation de la grossesse tout en acceptant des doubles suivis inutiles, les médecins généralistes devraient être sensibilisés et incités à suivre seuls ces grossesses, à l'aide du carnet de maternité.

A l'heure actuelle, plus de la moitié des médecins interrogés ne connaissent pas l'existence de ce carnet, ni son cadre légal, et encore moins les moyens de se le procurer. Il permet pourtant le partage des informations médicales nécessaires aux différents professionnels impliqués dans les réseaux de périnatalité, et constitue une garantie de sécurité pour la femme enceinte et son enfant, en améliorant la cohérence du suivi de la grossesse. Il aide également le médecin généraliste dans son rôle de coordination.

Son utilisation a suscité de nombreuses réflexions : beaucoup s'accordent sur le fait qu'il s'agit d'un carnet bien réalisé et complet pour les suivis des grossesses à bas risque. Les doutes persistent quant à son temps de remplissage, son utilisation par les autres spécialistes, et donc son utilité pour la patiente.

Une autre problématique est la reconnaissance de l'acte pour les médecins.

Au-delà de l'amélioration du carnet de maternité, il est d'actualité de revaloriser la consultation de suivi de grossesse. Il s'agit d'y délivrer des informations importantes demandant une bonne compréhension et une réflexion approfondie de la part de la patiente. Les femmes ont besoin d'une écoute attentive qui ne peut leur être accordée en moins de 15 minutes, d'autant plus si le carnet de maternité doit être rempli. Les médecins généralistes vont être de plus en plus sollicités pour ces consultations, pour des raisons démographiques évidentes, il nous paraît donc licite de les revaloriser.

L'un des membres de la Direction Générale des Actions Sociales nous a confié que la seule mise en place d'un outil de diffusion du carnet de maternité serait un processus long et fastidieux. Aussi, l'idée de réaliser un réseau de périnatalité complet comme celui du Languedoc-Roussillon peut représenter un objectif pour le département des Bouches-du-Rhône. Il permet ainsi l'accès en ligne des dossiers prénataux pour tous les professionnels médicaux concernés. Ce projet est d'autant plus pertinent qu'une informatisation des dossiers médicaux est très attendue par les professionnels de santé. En attendant, il paraît important d'inciter à l'utilisation plus générale du carnet de maternité, peut-être grâce à un partenariat avec l'Assurance Maladie.

BIBLIOGRAPHIE

1. Bureau état de santé de la population (DREES). La situation périnatale en France en 2010. 2011 oct.
2. Casals C. Le carnet de maternité: un outil indispensable pour le suivi des grossesses [Thèse d'exercice]. [France]: Université Pierre et Marie Curie (Paris). UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2006.
3. Code de la santé publique - Article L2122-1. Code de la santé publique.
4. Code de la santé publique - Article L2122-2. Code de la santé publique.
5. Arrêté du 7 juillet 2016 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse dit « carnet de santé maternité » | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/eli/arrete/2016/7/7/AFSP1614709A/jo>
6. Breat G, Puech F, Rozé JC. Plan « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004 nov.
7. Ministère de la santé et des sports DG de la S. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 Rapport final.
8. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1er janvier 2016.
9. Insee. Bilan démographique 2016 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860?sommaire=1912926>
10. Chiffres clés : Gynécologue-obstétricien [Internet]. Profil Médecin. 2014. Disponible sur: <http://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-obstetricien/>

11. Chiffres Clés : Gynécologue médical | Profil Médecin [Internet]. Disponible sur: <http://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-medical/>
12. Breat G, Puech F, Rozé JC. Vingt propositions pour une politique périnatale. Mission périnatalité. [Internet]. 2003 sept p. 24. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/034000572/index.shtml>
13. Chiffres clés : Médecin généraliste [Internet]. Profil Médecin. 2014. Disponible sur: <http://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-medecin-generaliste/>
14. Ordre des sages-femmes. Deuxième étude sur le marché du travail des sages-femmes: modérer la croissance excessive des actives et l'amplification des disparités interrégionales. 2016.
15. Bergeron C, Vanwassenhove L. Échange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de la grossesse à bas risque: comment ces intervenants se représentent-ils le rôle, les limites, et la place de chacun ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes; 2012.
16. Babinet-Boulnois C. Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse: intérêts et difficultés [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Rouen; 2013.
17. INSERM, DREES. Les naissances et les établissements situation et évolution depuis 2010. 2017 oct.
18. Haute Autorité de Santé - Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour la pratique clinique [Internet]. 2005 [cité 30 sept 2017]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
19. Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-

fonction-des-situations-a-risque-identifiees

20. Gentric A. Suivi de grossesse : avis des femmes sur le choix du professionnel de santé et la place du médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice; 2013.
21. Tesse-Skaf M. Déterminants conditionnant le choix du praticien pour le suivi de grossesse [Thèse d'exercice]. [France]: Lille 2; 2013.
22. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas national [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
23. Base des unités urbaines | Insee [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/information/2115018>
24. Movassaghian EA. Le suivi de grossesse par le médecin généraliste enquête auprès des médecins généralistes du Var [Thèse d'exercice]. [France]: Université de la Méditerranée; 2010.
25. Pasquier E. Comment préparer et réaliser un entretien semi - dirigé dans un travail de recherche en Médecine Générale [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté de Lyon Nord; 2004.
26. Le Fur P, Bourgueil Y, Cases C. Le temps de travail des médecins généralistes. *Quest Déconomie Santé*. juill 2009;144.
27. Cretin F. Facteurs déterminant le choix des femmes entre leur médecin généraliste et leur gynécologue pour une consultation gynécologique [Thèse d'exercice]. [France]: UFR de médecine Pierre et Marie Curie; 2014.
28. Petitprez S. Comment favoriser le suivi de grossesse par le médecin généraliste ?: ressenti des femmes enceintes dans le département de l'Aisne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie; 2015.

29. Touboul P. Guide méthodologique pour réaliser une recherche qualitative. CHU Nice; 2003.
30. Ego A, Dognin C. Compte rendu de la commission régionale de la naissance du jeudi 21 janvier 2010. Nord Pas-de-Calais;
31. Cimetière C. Le remplissage du dossier obstétrical dans les maternités du réseau OMBREL [Mémoire]. [Université Lille 2]; 2016.
32. Naître & Grandir en Languedoc Roussillon. Rapport d'activité 2016.
33. Yildiz H. Suivi de grossesse par le médecin généraliste : expériences et vécus des femmes. Etude qualitative auprès de femmes ayant confié le suivi de leur grossesse à leur médecin traitant [Thèse d'exercice]. Lorraine; 2010.

ANNEXE

Le carnet de maternité



Carnet de santé maternité



DÉPARTEMENT
**BOUCHES
DU RHÔNE**



Coordonnées

URGENCES

- Maternité
- SAMU 15
- Pompiers 18
- Médecin généraliste
- Obstétricien
- Sage-femme

● Lieu d'accouchement

● Pédiatre

● PMI

● Autres

● Mairie

● Caisse d'allocations familiales

● Organisme d'assurance-maladie

● Mutuelle

● Assistante sociale

● Aide ménagère

● Technicienne d'intervention sociale et familiale

● Association d'aide à la parentalité

● Association d'allaitement



Hygiène de la grossesse



Fiche
1

Activité physique

À faire

- Activités physiques douces et régulières (marcher, nager...).
- Pratiquer les activités physiques habituelles.

Alimentation

- Manger varié et équilibré. Boire au moins un litre et demi d'eau par jour.

Sommeil

- Respecter un horaire régulier pour dormir.

Hygiène de vie

- Se laver les mains à l'eau et au savon, en particulier après chaque change ou contact avec les urines d'un jeune enfant* (couche, pot, pyjama).
- Se brosser les dents après chaque repas.
- Se doucher quotidiennement.
- Porter des vêtements amples et souples.
- Aérer quotidiennement votre logement.

Travaux domestiques

Travail (voir fiche 4)

Médicaments

- Réorganiser les déplacements et le poste de travail si besoin.

- Revoir avec le médecin tout traitement en cours.

À ne pas faire

- Activités violentes ou à risque de chute et de choc.
- Soulever des charges trop lourdes.
- Éviter les déplacements près des grands axes routiers et les activités sportives lors de pics de pollution.

- « Manger pour deux ».
- Sauter des repas, grignoter.
- Boire beaucoup de thé ou de café.

- Être exposée à de hauts niveaux sonores pendant les trois derniers mois de la grossesse.

- Fumer et s'exposer à la fumée des autres.
- Boire de l'alcool (bière, vin, spiritueux...).
- Consommer des drogues (cannabis, héroïne, cocaïne...).
- Entreprendre de longs trajets.
- Sucrer la cuillère ou la tétine de jeunes enfants, finir leur repas*.
- Partager leurs affaires de toilette* (gant de toilette).
- Être en contact buccal avec leurs larmes et/ou leur salive*.

- Faire des travaux sur des peintures anciennes en raison du risque d'intoxication par le plomb.

- Prendre des médicaments sans avis médical.

*Précautions permettant aux femmes enceintes et à leurs conjoints d'éviter la transmission du cytomégalovirus (CMV) lorsqu'ils sont au contact familial ou professionnel d'enfants de moins de trois ans infectés par ce virus.

Préparation à la naissance

Elle vous aide à réfléchir à votre projet de naissance, à la prise en charge de la douleur, à la préparation de la naissance et l'accueil de votre enfant. De nombreux thèmes peuvent y être abordés en fonction de vos souhaits et des moyens dont disposent les professionnels qui vous entourent. Par exemple :

- faire des exercices pour mieux connaître son corps, accompagner les changements physiques liés à la grossesse et être en forme ;
- apprendre des techniques de détente et de respiration et des postures pour faciliter la naissance, apprendre à protéger son dos ;
- choisir le mode d'alimentation du bébé (allaitement ou biberon) ;
- apprendre à réaliser les soins au nouveau-né et à protéger son enfant ;
- connaître les exigences d'un bébé et apprendre à y faire face avec calme ;
- avoir des repères sur la construction des liens familiaux ;
- savoir qui appeler en cas de besoin, où rechercher de l'information utile, connaître les associations d'usagers.

Un entretien, individuel ou en couple, vous sera proposé systématiquement au moment de la confirmation de votre grossesse. C'est vous qui choisissez le moment où vous souhaitez avoir cet entretien, qui doit se dérouler de préférence durant le premier trimestre de la grossesse. Il est utile notamment pour définir le calendrier et le programme des séances de préparation à la naissance. Celles-ci sont au nombre de sept.

L'alimentation de votre enfant : un choix à faire pendant la grossesse

L'allaitement au sein est le mode d'alimentation le mieux adapté aux besoins du bébé pendant les six premiers mois. Le lait maternel lui apporte tout ce dont il a besoin pour bien se développer et le protège des infections. Il se modifie au fil des jours. Le rythme et la durée des tétées varient selon les besoins de chaque bébé.

L'allaitement maternel est recommandé de façon exclusive jusqu'à six mois et au moins jusqu'à quatre mois pour avoir un bénéfice sur la santé, mais, même de plus courte durée, l'allaitement reste toujours recommandé. À la reprise du travail, il existe des possibilités pour continuer l'allaitement.

La participation à des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ou à des réunions spécifiques autour de l'allaitement permet d'avoir toutes les informations nécessaires : bonne position du bébé au sein, rythme et durée des tétées, prévention des crevasses.

Si vous choisissez l'alimentation au biberon, les préparations pour nourrissons* sont adaptées aux besoins de votre enfant. Les professionnels de santé qui vous entourent vous donneront tous les conseils utiles : choix du lait, quantité, mode de préparation, type de tétine.

L'allaitement au sein comme l'alimentation au biberon sont l'occasion d'un contact privilégié avec votre enfant : réconfort, plaisir, tendresse. N'hésitez pas à demander des documents explicatifs aux professionnels qui vous entourent.

www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/allaitement.pdf

* Préparations pour nourrissons dites « laits 1^{er} âge » de la naissance à quatre mois, puis, entre quatre et six mois, les préparations de suite, ou « laits 2^e âge », peuvent être données.

Bien manger, bien bouger



Fiche 2

Si vous êtes en bonne santé, une alimentation variée et équilibrée permet de couvrir la totalité de vos besoins nutritionnels au cours de la grossesse. Un apport supplémentaire en fer et en vitamine D peut être prescrit. Les autres apports nutritionnels doivent être discutés avec votre médecin ou votre sage-femme. La consommation de thé et de café doit être limitée. La consommation et l'utilisation de l'eau « froide » du robinet sont conseillées, après l'avoir laissée couler quelques minutes.

Activités physiques 	Au moins 1/2 heure de marche par jour ou équivalent	Maintenir les activités physiques habituelles de la vie quotidienne. Ne pas commencer de sport pendant la grossesse et l'allaitement. Éviter les activités présentant un risque de chute et de chocs, et la compétition.
Fruits et légumes 	Au moins 5 par jour	À chaque repas et en cas de fringale. Crus, cuits, nature ou préparés. Bien les laver, éliminer toute trace de terre. Frais, surgelés ou en conserves (industrielles).
Pain, céréales, pommes de terre et légumes secs 	À chaque repas et selon l'appétit	Favoriser les éléments céréaliers complets ou le pain bis, y compris en cas de fringale. Privilégier la variété des féculents. Limiter les aliments à base de soja.
Lait et produits laitiers (yaourts, fromages) 	3 par jour	Privilégier les fromages les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés. Ne consommer que les fromages à pâte pressée cuite dont il faut enlever la croûte (beaufort, gruyère...) et les fromages fondus à tartiner.
Viandes, produits de la pêche, œufs 	1 à 2 fois par jour	En quantité inférieure à celle de l'accompagnement (légumes et féculents). Bien cuire les viandes et les poissons. Viande : privilégier les morceaux les moins gras. Poisson : au moins 2 fois par semaine, dont au moins un poisson gras (saumon, sardines, maquereau, flétan). Supprimer certains produits de charcuterie (rillettes, pâtés, foie gras, produits en gelée), viandes crues, viandes fumées ou marinées, coquillages crus, poissons crus ou fumés.
Matières grasses ajoutées 	Limiter la consommation	Privilégier les matières grasses végétales (huile d'olive, de colza...). Limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème...). La consommation de margarine enrichie en phytostérols est déconseillée.
Produits sucrés 	Limiter la consommation	Limiter les aliments gras et sucrés (pâtisseries, viennoiseries, crèmes dessert, chocolats, glaces...).
Boissons 	Eau à volonté Pas d'alcool	Au cours et en dehors des repas, eau du robinet ou eau en bouteille. Limiter les boissons sucrées (sirops, sodas...).
Sel 	Limiter la consommation	Ne pas saler avant de goûter. Limiter l'ajout de sel dans les eaux de cuisson. Limiter la consommation de produits salés (chips, produits apéritifs...). Utiliser du sel iodé.



Alcool : consommation zéro

L'alcool (bière, vin, spiritueux) passe librement vers le fœtus pendant la grossesse et vers le bébé pendant l'allaitement. L'alcool a des effets toxiques importants sur le cerveau du fœtus et du bébé. Il est recommandé de ne boire aucune boisson alcoolisée **pendant la grossesse et pendant toute la durée de l'allaitement.**

Pour vous faire aider :

- parlez-en à votre médecin ou à votre sage-femme ;
 - contactez « Alcool info service », tél. : 0 980 980 930.
- www.alcool-info-service.fr, rubrique « L'alcool et vous » > « Alcool et grossesse ».



Tabac : consommation zéro

Fumer pendant la grossesse entraîne un plus petit poids de naissance du bébé, ce qui le fragilise. On constate une fragilité augmentée des poumons du nouveau-né. Quand vous êtes enceinte et quand vous allaitez, il est recommandé de ne pas fumer et d'éviter de respirer la fumée des autres. Après la naissance, il faut éviter que le bébé soit exposé à la fumée du tabac.

Pour vous faire aider :

- parlez-en à votre médecin ou à votre sage-femme ;
 - contactez « Tabac info service », tél. : 39 89.
- www.tabac-info-service.fr, rubrique « J'arrête de fumer » > « Grossesse sans tabac ».

Drogues : consommation zéro

La consommation de toutes les drogues, y compris la consommation de cannabis, peut avoir des conséquences sur le poids de naissance et le comportement du nouveau-né. Il est recommandé de **ne consommer aucune drogue pendant la grossesse et l'allaitement.** Votre médecin ou votre sage-femme peut vous aider et vous guider vers une consultation spécialisée.

Pour vous faire aider :

- parlez-en à votre médecin ou à votre sage-femme ;
 - contactez « Drogues info service », tél. : 0 800 23 13 13.
- www.drogues-info-service.fr, rubrique « Les drogues et vous » > « Drogues et grossesse ».

Certaines maladies infectieuses peuvent être transmises par l'alimentation

Ce sont principalement la toxoplasmose*, la listériose* et les intoxications alimentaires.

Des précautions peuvent permettre de les éviter :

- ne consommer que des viandes et des poissons bien cuits ;
- ne consommer que des végétaux (fruits, légumes ou herbes aromatiques) soigneusement lavés, épluchés ou cuits ;
- respecter les dates limites de consommation et les températures de conservation des aliments (réfrigérateur réglé en dessous de 4 °C) ;
- se laver soigneusement et systématiquement les mains (savonner au moins 30 secondes), après avoir touché des légumes, des fruits ou de la viande et avant de passer à table ;
- éviter les contacts directs avec les objets qui pourraient être contaminés par de la terre ;
- laver soigneusement les ustensiles de cuisine et le plan de travail ;
- nettoyer et désinfecter le réfrigérateur régulièrement avec de l'eau javellisée ;
- pour prévenir la toxoplasmose :
 - éviter les chats et tout ce qui peut être contaminé par leurs excréments. Cependant, si vous en avez un : désinfecter son bac à litière avec de l'eau javellisée, si possible ; confier cette tâche à une autre personne, sinon, porter toujours des gants pour ce genre de manipulation,
 - porter tout le temps des gants pour jardiner.

* Voir glossaire.

Examens complémentaires

Fiche

3

Recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS) sur les examens complémentaires obligatoires ou conseillés pendant la grossesse.

Contenu	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois
Examens obligatoires							
HCG qualitatif	si doute						
Diagnostic de grossesse	✓						
Groupe sanguin	✓						2 ^e détermination si non faite avant
Recherche d'agglutinines irrégulières	✓	si rhésus négatif ou si antécédents de transfusion, poursuite des recherches d'agglutinines irrégulières mensuelles au cours des 6 ^e , 8 ^e et 9 ^e mois					
Identification et titrage des anticorps	si RAI ² ✓				si RAI ² ✓		si RAI ² ✓
Sérologie rubéole	✓ ³	✓					
Sérologie syphilis	✓						
Sérologie toxoplasmose	✓ ³	si résultat négatif : mensuelle jusqu'au 9 ^e mois et après accouchement					
Recherche Ag HBs				✓			
Glycosurie-albuminurie	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Hémogramme				✓			
Examens à proposer systématiquement							
Sérologie VIH 1 et 2	✓						
Prélèvement vaginal : recherche streptocoque B							entre 35 et 38 SA ¹
Frottis cervical	si plus de 3 ans						
Examens nécessitant un accord de votre part							
Marqueurs sériques du 1 ^{er} trimestre	entre 11 et 14 SA ¹						
Marqueurs sériques du 2 ^e trimestre	entre 14 et 18 SA ¹						
Examens à proposer selon la symptomatologie ou les antécédents							
Numération-formule sanguine	✓						
ECBU	✓		✓			✓	✓
Sérologie hépatite C	✓						

1. SA = semaines d'aménorrhée.

2. RAI = recherche d'agglutinines irrégulières.

3. = sauf immunité acquise (certitude par documents écrits).

Contraception et suites de couches

Fiche

3

En l'absence d'allaitement, le retour de couches peut survenir à partir du 21^e jour après l'accouchement. Il est parfois précédé d'une ovulation. Si vous ne désirez pas être de nouveau enceinte, il est nécessaire d'adopter rapidement une contraception après l'accouchement.

Un entretien avec un médecin ou une sage-femme vous sera proposé lors de votre séjour en maternité afin de déterminer la méthode contraceptive qui vous conviendra le mieux*.

Vous allaitez votre enfant (allaitement exclusif ou mixte)

Les méthodes dont vous pouvez disposer sont :

- les préservatifs qui sont utilisables dès les premiers rapports sexuels ;
- un dispositif intra-utérin (DIU) : un DIU au cuivre peut être posé dans les 48 heures qui suivent l'accouchement, un DIU contenant des hormones 4 semaines après celui-ci ;
- les pilules microprogestatives et l'implant, qui sont utilisables à partir de 21 jours après l'accouchement ;
- les capes et diaphragmes, utilisables 6 semaines après l'accouchement ;
- les œstroprogestatifs (pilules, timbre et anneaux) : ne sont pas recommandés dans les six mois suivant l'accouchement ;
- les méthodes naturelles sont inadaptées en période postnatale, car elles sont basées sur l'observation de cycles menstruels réguliers. Seule la méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) peut être envisagée **à condition de respecter toutes les conditions suivantes** : allaitement exclusif, allaitement jour et nuit (6 à 10 tétées/jour), pas plus de 6 heures entre 2 tétées la nuit et pas plus de 4 heures le jour, absence totale de règles.

Vous n'allaites pas votre enfant

Les méthodes dont vous pouvez disposer sont :

- les préservatifs qui sont utilisables dès les premiers rapports sexuels ;
- un dispositif intra-utérin (DIU) : le DIU au cuivre peut être posé dans les 48 heures qui suivent l'accouchement, le DIU contenant des hormones 4 semaines après celui-ci ;
- les micro-progestatifs et l'implant sont utilisables 21 jours après l'accouchement ;
- les œstroprogestatifs (pilules, timbre et anneaux) peuvent être prescrits 42 jours après l'accouchement.

La stérilisation à visée contraceptive est autorisée pour les personnes majeures. Contrairement à toutes les autres méthodes contraceptives, elle est **irréversible**. Sa réalisation est soumise à des conditions strictes : au cours d'une première consultation, la femme exprime et motive sa demande, le médecin lui délivre une information sur la contraception et lui remet le livret *Stérilisation à visée contraceptive*. **Un délai de réflexion de quatre mois** entre la première consultation et la confirmation écrite de la demande de stérilisation est prévu par la loi.

Quelle que soit la méthode utilisée, seul le préservatif masculin ou féminin protège des infections sexuellement transmissibles et de l'infection par le VIH.

* www.choisirscontraception.fr.

Les formalités administratives



Fiche

4

1 La déclaration de grossesse

Elle doit être effectuée à l'aide du formulaire médical spécifique établi par un médecin ou une sage-femme, dans les quatorze premières semaines de la grossesse. Les feuillets sont à adresser à l'organisme d'assurance maladie et à la caisse d'allocations familiales. Elle permet d'avoir accès aux prestations de l'assurance maternité et maladie et à certaines prestations familiales. Depuis le 1^{er} septembre 2015, il est possible pour un professionnel de santé de déclarer la grossesse d'une patiente en ligne auprès de différents organismes de la Sécurité sociale.

En quelques clics, lors d'un rendez-vous médical, les médecins et sages-femmes libéraux* peuvent se connecter au service proposé par l'Assurance maladie. Dans leur espace pro, ils accomplissent pour vous les démarches, à l'aide de leur carte professionnelle et de votre carte vitale. Rapide, sécurisée, cette procédure permet de déclarer votre grossesse auprès des caisses d'assurance maladie et d'allocations familiales.

* Les praticiens hospitaliers et les centres de santé ne peuvent pas encore bénéficier du dispositif.

2 Les examens médicaux obligatoires

Voir page 2 et fiche 3.

3 L'assurance maternité : les prestations en nature

Pendant une période qui débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et qui se termine douze jours après celui-ci, l'assurance maternité couvre l'ensemble des coûts médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examen de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, dans la limite du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. Vous bénéficiez d'une dispense totale d'avance de ces frais*. Pensez à mettre à jour votre carte vitale.

En dehors de cette période, les examens suivants sont pris en charge en totalité par l'assurance maternité :

- caryotype foetal et amniocentèse, notamment si l'âge de la femme est égal ou supérieur à 38 ans à la date du prélèvement ;
- test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- dosage de la glycémie ;
- séances de préparation à l'accouchement ;
- interruption volontaire de grossesse pour un motif thérapeutique ;
- séances de rééducation abdominale et périnéo-sphinctérienne.

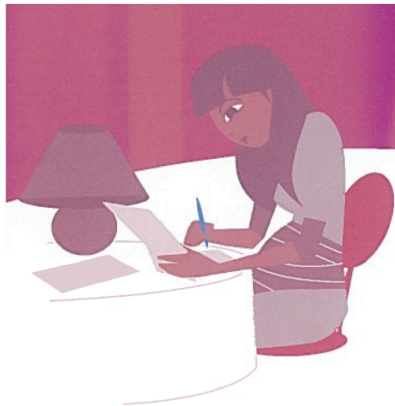
Les consultations et les examens complémentaires prévus par le Code de santé publique sont également pris en charge par l'assurance maternité.

Qui en bénéficie ?

Toute femme :

- en tant qu'assurée si elle travaille ;
- ou « ayant droit » d'un assuré ;
- ou bénéficiant de la CMU (couverture maladie universelle) ;
- ou de l'AME (aide médicale de l'État) ;
- ou dans toute autre situation (se renseigner auprès des services sociaux de sa caisse d'assurance maladie, de sa mairie, ou de son centre de PMI).

* À compter du 31 décembre 2016.



Les formalités administratives

Fiche

4

Sont pris en charge pour le nouveau-né :

- les frais d'hospitalisation ;
- les soins délivrés en établissement de santé dans les trente jours qui suivent la naissance.

Sont pris en charge pour le futur père :

- un examen général éventuellement accompagné d'examen de laboratoire complémentaires ;
- le dépistage de l'immunodéficience humaine (VIH).

4 L'assurance maternité : les prestations en espèces

Ce sont les indemnités journalières destinées à compenser la perte de revenus résultant de la cessation d'activité du fait de la grossesse et de l'accouchement.

Les indemnités journalières pour les salariés

Pour avoir droit à des indemnités pendant le congé maternité, il faut :

1. Avoir travaillé au moins 150 heures au cours des trois mois précédant la date de début de grossesse ou de début du repos prénatal, ou avoir cotisé sur un salaire équivalant au moins à 1 015 fois le Smic horaire au cours des six derniers mois précédant la date de début de grossesse ou de début du congé prénatal.
2. Justifier de dix mois d'immatriculation à la date présumée de l'accouchement, c'est-à-dire disposer d'un numéro d'assuré social et justifier d'une durée d'affiliation au régime dont on relève (les périodes d'affiliation dans un autre régime peuvent être prises en compte sous certaines conditions).

Pour bénéficier du versement des indemnités journalières, il faut cesser tout travail salarié pendant au moins huit semaines, dont six semaines après l'accouchement.

Prestations en espèces pour les non-salariées

Les femmes chefs d'entreprise (artisan, commerçant, industriel) ou exerçant une profession libérale, qui sont à jour de leurs cotisations, bénéficient en cas de grossesse d'une allocation de repos maternel versée pour moitié à la fin du septième mois de grossesse et pour moitié après l'accouchement. Cette allocation est destinée à compenser partiellement la diminution des revenus d'activité. Elles peuvent également, sous certaines conditions, bénéficier d'indemnités journalières forfaitaires si elles cessent toute activité.

Conjointes collaboratrices

Elles peuvent bénéficier d'une allocation forfaitaire de repos maternel et, en cas d'interruption de la collaboration ayant donné lieu à remplacement, d'une indemnité destinée à compenser les frais d'embauche du personnel salarié qui les a remplacées.

Pour toute information, n'hésitez pas à vous adresser à l'organisme conventionné d'assurance maladie dont vous dépendez ou à votre mutuelle.



1 Obligations vis-à-vis de l'employeur

La salariée enceinte n'a pas obligation de révéler son état de grossesse, que ce soit au moment de l'embauche, même pour un contrat à durée déterminée (CDD), pendant la période d'essai ou pendant l'exécution du contrat de travail. En effet, le Code du travail prévoit uniquement l'obligation d'informer l'employeur avant de partir en congé maternité.

La salariée informe donc son employeur de son état de grossesse au moment où elle le souhaite, par écrit ou verbalement.

2 Protection pendant la maternité

Il est interdit de licencier une femme pendant la grossesse, le congé maternité et les quatre semaines qui suivent ce congé, sauf en cas de faute grave ou si l'entreprise est dans l'impossibilité de maintenir le contrat de travail pour une cause étrangère à la grossesse (difficultés économiques, par exemple). Même lorsque le licenciement est prononcé pour une de ces deux raisons, il ne peut prendre effet avant la fin du congé.

Pour bénéficier éventuellement de cette protection, vous devez envoyer à votre employeur, en recommandé avec accusé de réception, un certificat médical attestant de votre état de grossesse et précisant la date probable de l'accouchement.

Si votre employeur vous licencie avant d'avoir été avisé de votre état de grossesse, vous devez lui adresser dans les quinze jours, par lettre recommandée avec accusé de réception, un certificat médical attestant de votre état de grossesse. Le licenciement sera de ce fait annulé.

Votre employeur ne peut en aucun cas :

- vous demander de travailler plus de dix heures par jour ;
- vous faire exécuter des tâches pénibles ;
- vous demander de travailler pendant les deux semaines qui précèdent la date probable de votre accouchement et les six semaines qui le suivent.

Si vous occupez un poste de travail exposé à certains risques incompatibles avec votre état de grossesse (agents chimiques ou toxiques pour la reproduction, plomb et ses dérivés...), l'employeur est tenu de vous proposer temporairement un autre emploi compte tenu des conclusions du médecin du travail et de ses indications sur votre aptitude à exercer une des tâches existantes. En cas d'impossibilité technique de vous proposer un poste compatible avec votre état, l'employeur suspend provisoirement votre contrat.

Si ces risques ont des répercussions sur votre état ou l'allaitement que vous pratiquez, vous pouvez, le cas échéant, bénéficier dans les mêmes conditions d'une suspension de votre contrat de travail à l'issue de votre congé postnatal, pendant une durée maximale d'un mois.

Si vous occupez un poste de travail de nuit, vous pouvez, à votre demande ou si le médecin juge ce poste incompatible avec votre état de grossesse, être affectée sur un poste de jour jusqu'au début de votre congé prénatal. En cas d'impossibilité de reclassement, l'employeur suspend provisoirement votre contrat de travail.

En revanche, le reclassement sur un poste de jour à l'issue du congé postnatal ne peut intervenir que si le médecin du travail juge le travail de nuit incompatible avec votre état.

Lorsque ce reclassement est impossible, l'employeur suspend le travail pendant une durée maximale d'un mois.

Dans les deux cas, la salariée bénéficie, pendant la période de suspension du contrat de travail, d'une garantie de rémunération composée :

- d'allocations journalières versées par son organisme d'assurance maladie ;
- et d'un complément d'indemnités à la charge de l'employeur.

3 Droit des salariés : congé maternité

Type de grossesse	Situation familiale	Durée totale du congé	Période prénatale	Période postnatale
Unique	L'assurée ou le foyer a moins de deux enfants à charge ou nés viables ¹ .	16 semaines	6 semaines	10 semaines
	L'assurée ou le foyer a déjà la charge d'au moins deux enfants nés viables ² .	26 semaines	8 semaines	18 semaines
Gémellaire	L'assurée attend des jumeaux ³ .	34 semaines	12 semaines	22 semaines
Triple ou plus	L'assurée attend des triplés (ou plus) ⁴ .	46 semaines	24 semaines	22 semaines

Certaines situations peuvent donner lieu à une prolongation de l'arrêt de travail, par exemple, en cas de prématurité.

1 et 4. La salariée enceinte peut, avec l'avis favorable du médecin ou de la sage-femme qui suit sa grossesse, reporter une partie de son congé prénatal (3 semaines maximum) après son accouchement. Son congé postnatal sera alors augmenté d'autant.

2 et 3. Dans ces situations, la salariée enceinte peut :

- soit, avec l'avis favorable du médecin ou de la sage-femme qui suit sa grossesse, reporter une partie de son congé prénatal (3 semaines maximum) après son accouchement. Son congé postnatal sera alors augmenté d'autant ;
- soit anticiper son congé prénatal (2 semaines maximum pour le 2 - 4 semaines maximum pour le 3). Son congé postnatal sera alors réduit d'autant.

4 Indemnités et rémunération

Pendant le congé maternité : la salariée enceinte peut percevoir, en plus des indemnités journalières de la Sécurité sociale, un complément d'indemnités versé par l'employeur, si la convention collective dont elle relève le prévoit.

À l'issue de son congé maternité : la salariée retrouve son emploi précédent ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente, sauf situations particulières (travail de nuit, exposition à certains risques...). Elle a également le droit à un entretien avec son employeur en vue d'une orientation professionnelle.

5 Pour toute information, vous pouvez vous adresser :

- au centre national d'information et de documentation des femmes et des familles (CNIDFF) : www.infofemmes.com
- à la direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (Direccte) : www.direccte.gouv.fr
- à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) dont vous dépendez : www.ameli.fr > Votre caisse
- aux représentants du personnel ;
- à une organisation syndicale ;
- au service 3939 du ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social : www.travail-emploi.gouv.fr



Prestations à la naissance

Fiche

6

La prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) comprend :

- deux prestations ayant pour objet de faire face aux dépenses liées à la naissance d'un enfant et à son entretien :
 - une prime à la naissance (ou à l'adoption),
 - une allocation de base;
- la prestation partagée d'éducation de l'enfant, pour aider l'un des parents ou les deux parents à réduire ou à cesser son/leur activité professionnelle afin de s'occuper de son/leur enfant;
- le complément de libre choix du mode de garde, destiné à compenser le coût occasionné par l'emploi d'un(e) assistant(e) maternel(le) agréé(e) ou d'un(e) garde à domicile ou par le recours à une miro-crèche pour assurer la garde de l'enfant.

Cette prestation est attribuée sous certaines conditions.

1 Prime à la naissance

La femme enceinte peut en bénéficier, si :

- elle a des ressources inférieures à un plafond;
- elle se soumet au premier examen prénatal médical;
- elle envoie sa déclaration de grossesse à l'organisme débiteur des prestations familiales dans les quatorze premières semaines.

La prime est versée en une seule fois, deux mois après la naissance de l'enfant. L'allocataire peut cumuler plusieurs primes à la naissance en cas de naissance multiple.

2 Allocation de base

La personne peut en bénéficier, si :

- elle a un enfant de moins de trois ans;
- elle le soumet aux examens médicaux obligatoires prévus pour les enfants de moins de six ans;
- ses ressources ne dépassent pas le plafond donnant droit à la prime à la naissance.

Cette prestation est versée à compter du mois suivant la naissance de l'enfant et jusqu'au dernier jour du mois civil précédant son troisième anniversaire.

L'allocataire peut cumuler plusieurs allocations de base en cas de naissance multiple.

3 Prestation partagée d'éducation de l'enfant

Le ou les deux membres du couple peuvent en bénéficier :

- dès le premier enfant ;
- si la personne interrompt totalement ou partiellement son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant de moins de trois ans ;
- si elle justifie d'au moins huit trimestres de cotisation vieillesse (en continu ou non) validés au titre d'une activité professionnelle :
 - dans les deux ans qui précèdent la naissance de son enfant si elle n'a qu'un enfant,
 - ou dans les quatre ans s'il s'agit d'un deuxième enfant,
 - ou dans les cinq ans si elle a trois enfants ou plus.

Prestations à la naissance

Fiche

6

Les deux parents peuvent en bénéficier chacun, à taux partiel, dans la limite du montant du taux plein.

Durée du versement :

- un seul enfant à charge : six mois pour chacun des membres du couple dans la limite du premier anniversaire de l'enfant ;
- deux enfants à charge ou plus : vingt-quatre mois pour chacun des membres du couple dans la limite du troisième anniversaire de l'enfant.

Les familles monoparentales bénéficient de la durée maximale du versement de la prestation (premier anniversaire pour un premier enfant ou du troisième anniversaire pour les enfants suivants).

Cette prestation n'est pas cumulable avec :

- l'indemnisation des congés maternité, paternité et d'adoption ;
- l'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;
- un avantage de vieillesse ou d'invalidité ;
- l'allocation aux adultes handicapés ;
- les indemnités servies aux travailleurs sans emploi.

4 Complément libre choix du mode de garde

Un ménage ou une personne seule peut en bénéficier, si il/elle :

- emploie un(e) ou plusieurs assistant(e)s maternel(le)s agréé(e)s et que le salaire brut journalier n'excède pas cinq fois la valeur du Smic brut horaire ;
- emploie un(e) ou plusieurs garde(s) à domicile (éventuellement partagé(e)s avec une autre famille) ;
- a recours à une entreprise ou une association qui met à sa disposition un(e) ou plusieurs assistant(e)s maternel(le)s agréé(e)s et/ou garde d'enfant à domicile ;
- a recours à une micro-crèche ;
- travaille ou se trouve dans une situation particulière (étudiant, bénéficiaire du RSA en démarche d'insertion).

Ce complément prend en charge :

- 50 % des cotisations et contributions sociales dues pour l'emploi d'un(e) garde à domicile dans la limite d'un plafond ;
- 100 % de celles-ci pour l'emploi d'un assistant(e) maternel(le) agréé(e) ;
- une partie de la rémunération du salarié qui assure la garde de l'enfant.

Le complément de libre choix du mode de garde est versé :

- par enfant gardé par une assistante maternelle agréée ;
- par famille en cas de garde à domicile (quel que soit le nombre d'enfants gardés).

Le complément de libre choix du mode de garde n'est pas cumulable avec la prestation partagée d'éducation de l'enfant à taux plein.

Pour toute information, vous pouvez vous adresser :

- à la caisse d'allocations familiales (Caf) dont vous dépendez ;
- à la Mutualité sociale agricole (MSA) de votre département.

Vous attendez un enfant : dès maintenant, aidez-le à venir au monde avec le maximum de sécurité. L'état de santé de votre bébé à la naissance ainsi qu'ultérieurement peut être influencé par :

- votre mode de vie ;
- les précautions que vous prendrez au quotidien ;
- la qualité du suivi médical de votre grossesse.

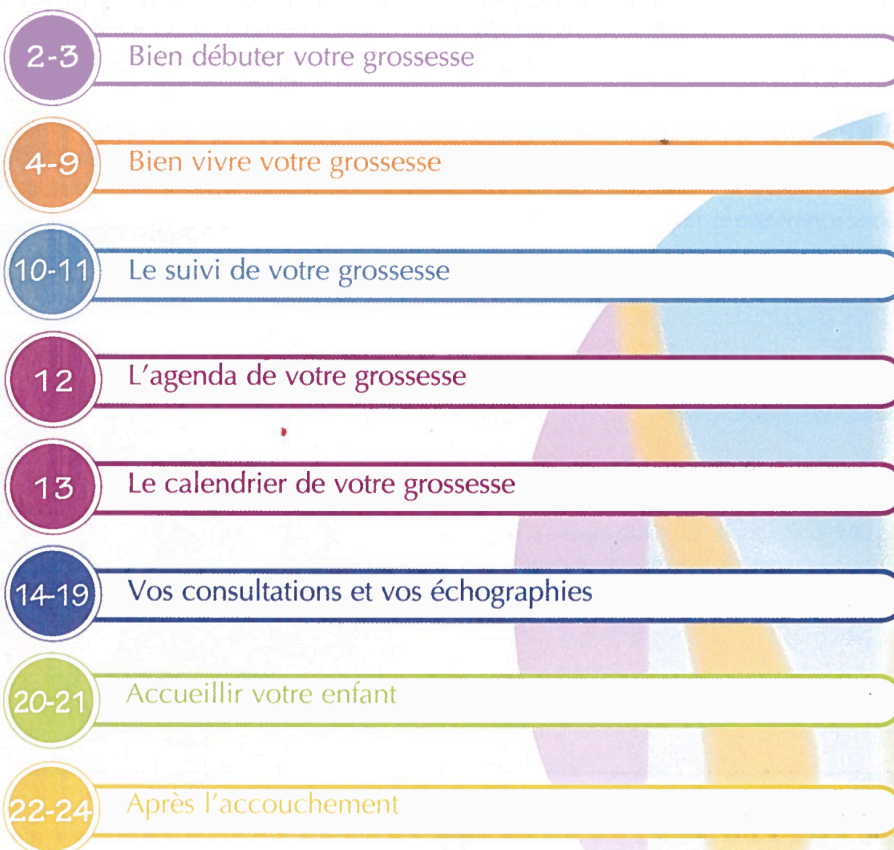
Ce carnet a pour buts :

- de vous donner une information sur le déroulement du suivi médical de votre grossesse, vos droits, vos obligations, les aides diverses ;
- d'améliorer le suivi de votre grossesse et la communication avec et entre les professionnels de santé et sociaux qui vous suivront jusqu'à votre accouchement.

Ce carnet vous appartient. Présentez-le à chaque consultation. Il est strictement confidentiel, et il est couvert par le secret médical.

Il comprend trois parties :

- un livret d'accompagnement de votre grossesse : il comporte des espaces d'annotations pour vous et les professionnels qui vous entourent, n'hésitez pas à le remplir ;
- des fiches, situées dans le rabat de la première feuille de couverture, pour compléter les informations ;
- un dossier prénatal (de suivi médical), situé dans le rabat de la dernière feuille de couverture, à remplir par les professionnels de santé. Il peut être remplacé par le dossier qu'eux-mêmes utilisent dans le réseau de soins.



2-3	Bien débiter votre grossesse
4-9	Bien vivre votre grossesse
10-11	Le suivi de votre grossesse
12	L'agenda de votre grossesse
13	Le calendrier de votre grossesse
14-19	Vos consultations et vos échographies
20-21	Accueillir votre enfant
22-24	Après l'accouchement

Bien débuter votre grossesse

Votre grossesse vient d'être confirmée. Être enceinte est un événement important qui entraîne des changements dans votre vie et celle de votre entourage.

Aujourd'hui, des professionnels organisés en réseaux de périnatalité* et des institutions travaillent ensemble pour suivre, accompagner votre grossesse et préparer l'accueil de votre enfant, en collaboration avec des associations.

Le suivi de votre grossesse

Vous bénéficiez d'un suivi médical prévu par la loi, avec sept consultations médicales prénatales (avant l'accouchement) et des examens complémentaires systématiques. D'autres consultations et d'autres examens complémentaires peuvent être proposés.

Ce suivi est complété par un entretien individuel ou en couple et des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

La première consultation prénatale*

- À partir de la date de vos dernières règles et des résultats de la première échographie qui vous a été proposée (autour de 12 semaines d'aménorrhée*), le médecin ou la sage-femme détermine la date de début de grossesse et la date probable de votre accouchement.
- Ensemble, vous établissez le calendrier des consultations médicales, des échographies, des examens complémentaires et de l'entretien individuel, et vous prévoyez le lieu d'accouchement.
- La connaissance de votre passé médical et de celui de votre famille permet d'adapter le suivi de la grossesse (prévention, dépistage, médicaments).
- Si vous preniez un traitement avant votre grossesse, parlez-en à votre médecin ou à votre sage-femme dès la première consultation prénatale, même s'il s'agit de médicaments vendus sans ordonnance.

Vos remarques et questions à poser

* Voir glossaire.

Les démarches à entreprendre

La déclaration de grossesse

Seul document officiel, le formulaire de déclaration de grossesse rempli doit être adressé à votre organisme de prestations familiales et à votre organisme d'assurance maladie.

Envoyez au plus tard avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse :

- les deux premiers volets à l'organisme chargé de vous verser les prestations familiales ;
- le troisième volet à l'organisme d'assurance maladie avec les feuilles de soins correspondant aux examens médicaux et de laboratoire que vous venez de passer, afin d'obtenir la prise en charge du suivi de votre grossesse et de votre accouchement.

Il n'y a pas d'obligation à prévenir l'employeur (voir fiche 5).

Depuis le 1^{er} septembre 2015, il est possible pour un professionnel de santé de déclarer la grossesse d'une patiente en ligne auprès de différents organismes de la Sécurité sociale.

En quelques clics, lors d'un rendez-vous médical, les médecins et sages-femmes libéraux* peuvent se connecter au service proposé par l'Assurance maladie. Dans leur espace pro, ils accomplissent pour vous les démarches, à l'aide de leur carte professionnelle et de votre carte vitale. Rapide, sécurisée, cette procédure permet de déclarer votre grossesse auprès des caisses d'assurance maladie et d'allocations familiales.

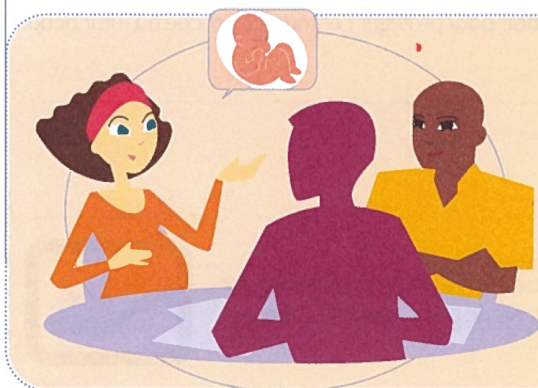
* Les praticiens hospitaliers et les centres de santé ne peuvent pas encore bénéficier du dispositif.

Préparez la naissance : un entretien et sept séances

Un entretien individuel ou en couple, réalisé par une sage-femme ou par un médecin, vous sera proposé systématiquement lors de la première consultation.

C'est un temps d'échanges et d'écoute. Il permet d'exprimer vos besoins, vos attentes, notamment par rapport à votre projet de naissance, de répondre à vos interrogations, d'évoquer vos difficultés psychologiques, matérielles, sociales et familiales et de trouver ensemble les moyens d'y répondre.

C'est vous qui choisissez le moment où vous souhaitez avoir cet entretien, qui doit de préférence se dérouler durant le premier trimestre de la grossesse. Il permet notamment de définir le calendrier et le programme des séances de préparation à la naissance. Celles-ci sont au nombre de sept (voir page 7 et fiche 1).



Préparez l'entretien

Quels sont les changements dans ma vie, dans mes habitudes, dans mon entourage ?
Y a-t-il des difficultés dont je souhaite parler ?
Quels sont les professionnels dont j'ai besoin ?

Bien vivre votre grossesse

La grossesse est un temps important de la vie.

Elle entraîne de nombreux changements. Acceptez-les. N'hésitez pas à en parler.

Ces changements concernent :

- votre corps ;
- votre façon de ressentir les événements ;
- vos relations avec les autres, proches et moins proches ;
- votre mode de vie : prenez soin de vous et de l'enfant que vous portez.

Protégez votre enfant: cessez toute consommation de tabac, d'alcool et de drogues

Évitez tout ce qui peut être nocif au développement de l'enfant.

Dès aujourd'hui, cessez toute consommation d'alcool, de tabac et de drogues (voir fiche 2).

Si vous ne pouvez pas le faire seule, votre médecin ou votre sage-femme peut vous y aider ou vous orienter vers une consultation de soutien.

Demandez aux membres de votre entourage de ne pas fumer en votre présence.

La fumée que vous respirez est nocive pour votre bébé.



Ne prenez aucun médicament sans l'avis de votre médecin ou de votre sage-femme

Si vous preniez un traitement avant votre grossesse, parlez-en à votre médecin ou à votre sage-femme dès la première consultation prénatale, même s'il s'agit de médicaments vendus sans ordonnance.



AUCUNE PRISE DE MÉDICAMENTS
SANS AVIS MÉDICAL

Pensez à la vaccination

- Contre la grippe saisonnière pour vous protéger pendant la grossesse.
- Contre la coqueluche par la mise à jour de la vaccination pour protéger l'entourage proche du futur bébé avant qu'il soit vacciné.

Prenez soin de vos dents

Continuez à vous brosser soigneusement les dents.

Un examen de prévention bucco-dentaire, pris en charge à 100 %, vous sera proposé par votre caisse d'assurance maladie à partir du quatrième mois de grossesse. N'hésitez pas à consulter votre chirurgien-dentiste.



Bien vivre votre grossesse

Évitez si possible de manipuler des produits chimiques

L'exposition aux produits chimiques tels que les produits d'entretien courants (détergents, solvants, peintures, cires, etc.) doit être évitée dans la mesure du possible. Lisez bien l'étiquette et le mode d'emploi de ces produits s'ils sont utilisés. Ne respirez pas les vapeurs, ventilez et portez des gants.

Prêtez une attention particulière à ceux comportant les pictogrammes suivants. Ils informent sur un danger grave pour la santé de la femme et/ou de l'enfant à naître :

- danger 1 : dangereux pour la santé ;
- danger 2 : toxique ou mortel ;
- danger 3 : très dangereux pour la santé, en particulier pour l'enfant à naître.



Si dans le cadre professionnel, sur votre poste de travail, vous devez manipuler des produits chimiques comportant un ou plusieurs pictogrammes de danger, prenez contact avec votre médecin du travail.

Certains produits chimiques sont des perturbateurs endocriniens. Pour en savoir plus, consultez le site <http://social-sante.gouv.fr/sante-et-environnement/risques-microbiologiques-physiques-et-chimique/article/perturbateurs-endocriniens>.

Mangez bien

Une alimentation saine, variée et équilibrée est recommandée pendant la grossesse (voir fiche 2).

Ne mangez pas pour deux. Ne sautez pas de repas. Faites trois repas par jour.

N'hésitez pas à introduire une collation le matin et en milieu d'après-midi.

Pour une femme de poids normal : la prise de poids recommandée pendant la grossesse est en moyenne de douze kilos. Cette prise de poids doit être régulière.

En cas de forte maigreur ou d'obésité, un entretien spécialisé est justifié.

Repos, sommeil et activité physique

Le repos est important pour le bon déroulement de la grossesse.

Pendant la grossesse, veillez à conserver un temps de sommeil d'au moins huit heures par nuit. Des difficultés de sommeil peuvent vous gêner. N'hésitez pas à en parler à votre médecin ou à votre sage-femme.

Vous pouvez pratiquer si possible une courte sieste, en milieu de journée, ou simplement vous accorder à plusieurs moments de la journée des temps de repos, en position allongée ou semi-assise.

Organisez votre vie de façon à vous ménager. Évitez de faire des travaux et de porter des charges lourdes, de faire de longs trajets inutiles et de rester en position assise prolongée (plus de deux à trois heures).

Il est conseillé d'avoir une activité physique douce (marche), d'éviter les activités comportant un risque de chute ou les sports violents. Renseignez-vous sur les activités sportives que vous pouvez pratiquer. Lors de vos déplacements en voiture, le port de la ceinture de sécurité est obligatoire.



Sexualité

Sauf indication médicale contraire, il n'y a pas de raison de changer vos habitudes.

Bien vivre votre grossesse

Des professionnels pour vous accompagner et vous aider

Votre grossesse est suivie sur le plan médical par un médecin ou une sage-femme (en libéral, à l'hôpital ou en PMI [protection maternelle et infantile]). Si vous en avez besoin pour des raisons médicales, psychologiques ou sociales, et si vous le souhaitez, ils peuvent vous orienter vers d'autres professionnels : médecin spécialiste, infirmier(ère), puériculteur(trice), diététicien(ne), psychologue, assistant(e) social(e), technicien(ne) d'intervention sociale et familiale...

Ces professionnels, qui peuvent être organisés en réseau de périnatalité*, ne partageront les informations vous concernant qu'avec votre accord.

Vous pouvez également vous adresser à votre mairie, à votre organisme d'assurance maladie et à votre organisme de prestations familiales.

N'hésitez pas à vous renseigner auprès des associations d'aide aux familles.

Santé

- Généraliste
- Spécialistes
- Sage-femme
- Médecin du travail
- PMI (protection maternelle et infantile)

Socio-administratif

- Mairie
- Assurance maladie
- Mutuelle
- Allocations familiales
- Assistant(e) social(e)
- Technicien(ne) d'intervention sociale et familiale

Famille

- Ami(e)s
- Associations

Entourage



* Voir glossaire.

Bien vivre votre grossesse

La préparation à la naissance et à la parentalité

Elle comprend trois périodes :

1. Un entretien prénatal précoce vous sera proposé de manière individuelle ou en couple au début de votre grossesse.
2. Sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité (voir fiche 1). Elles ont plusieurs objectifs :
 - permettre de poser les questions qui vous préoccupent et d'échanger avec d'autres femmes ;
 - aider à accueillir votre bébé (son arrivée, son alimentation, notamment l'allaitement) ;
 - savoir qui appeler en cas de besoin, où rechercher des informations utiles et connaître les associations d'aide à la parentalité ;
 - proposer des exercices physiques pour vous aider à mieux vivre les changements corporels dus à votre grossesse et à préparer votre accouchement.
3. Un suivi après la naissance peut être mis en place, notamment en cas de sortie précoce de la maternité, pour :
 - vous accompagner dans les soins au nouveau-né et vous aider pour l'allaitement ;
 - s'assurer avec vous du bon développement de l'enfant ;
 - vous aider à rechercher l'aide nécessaire en cas de difficultés ;
 - vous soutenir dans les rôles de mère et de père.



Vos remarques et questions à poser

Bien vivre votre grossesse

Votre travail et votre grossesse

La grossesse n'est pas une maladie, mais elle implique quelques précautions.

Concernant le poste de travail, les horaires, les trajets pour se rendre au travail, **des aménagements peuvent être souhaitables**. Certains sont prévus par la loi (voir fiche 5).

Avant le congé maternité, quel que soit le stade de la grossesse, peuvent être prescrits si besoin :

- un arrêt de travail (arrêt maladie indemnisé aux conditions habituelles hors grossesse) ;
- un arrêt de deux semaines au maximum (dit arrêt de grossesse pathologique, indemnisé de façon spécifique comme le congé maternité).

Parlez-en à votre médecin du travail, à une assistante sociale (ils sont tenus au secret professionnel) **ou à votre employeur**.



Le congé maternité

Les périodes de repos prénatal et postnatal sont nécessaires. Si vous avez une activité professionnelle, vous avez droit à un congé maternité pendant les semaines précédant et suivant votre accouchement. Ce congé n'est pas un arrêt maladie. Sa durée et son éventuelle indemnisation dépendent de votre situation au début de votre grossesse (voir fiche 5).

La loi interdit toute activité professionnelle pendant les deux semaines qui précèdent la date présumée de votre accouchement et pendant les six semaines qui le suivent.

Pendant votre maternité, vous bénéficiez d'une protection contre le licenciement (voir fiche 5).

Le congé paternité

Le père ainsi que, le cas échéant, le conjoint salarié de la mère ou la personne salariée liée à elle par un pacte civil de solidarité ou vivant maritalement avec elle ont droit à un congé de paternité et d'accueil de l'enfant. Ils doivent en faire la demande à leur employeur au moins un mois avant la date souhaitée du début de congé. Ils peuvent bénéficier du congé paternité dans un délai de quatre mois à compter de la naissance.

Bien vivre votre grossesse

Le régime d'assurance maternité des travailleuses salariées*

L'assurance maternité prend en charge à 100 %, sur la base du tarif de la Sécurité sociale (voir fiche 4) :

- les sept consultations prénatales et la consultation postnatale obligatoires ;
- certains examens pendant toute la grossesse ;
- l'entretien prénatal (individuel ou en couple) et les sept séances de préparation à la naissance ;
- les honoraires de l'accouchement ;
- les frais de séjour à l'hôpital ou en clinique conventionnée (dans la limite de douze jours) ;
- tous les soins en lien avec la grossesse à partir du premier jour du sixième mois de grossesse ;
- l'échographie du huitième mois ;
- l'hospitalisation éventuelle du nouveau-né au cours de ses trente premiers jours de vie .

À compter du 31 décembre 2016, vous bénéficiez d'une dispense totale d'avance de ces frais. Pensez à mettre à jour votre carte vitale.

Les deux échographies pratiquées avant le sixième mois sont remboursées à 70 %.

La prestation d'accueil du jeune enfant* (PAJE – voir fiche 6)

Elle comprend quatre prestations :

- une prime à la naissance versée en une seule fois deux mois après la naissance de l'enfant selon vos ressources ;
- une allocation de base mensuelle versée jusqu'aux trois ans de l'enfant, selon vos ressources ;
- une prestation partagée d'éducation de l'enfant, versée quelles que soient vos ressources pour votre enfant âgé de moins de trois ans, en cas de réduction ou d'arrêt de votre activité professionnelle ;
- si vous faites garder votre enfant de moins de six ans par un(e) assistant(e) maternel(le), un(e) garde à domicile ou par une micro-crèche : un complément de libre choix du mode de garde est versé selon vos ressources. Vous devez exercer une activité professionnelle pour le percevoir ou être dans une situation particulière (étudiant(e), bénéficiaire du revenu de solidarité active en démarche d'insertion...).

Pour connaître les conditions et les modalités d'attribution, contactez votre organisme de prestations familiales.

* Ces modalités sont évolutives. Renseignez-vous.

Vos remarques et questions à poser

Le suivi de votre grossesse

La grossesse n'est pas une maladie, mais un suivi médical régulier est bénéfique pour vous et votre enfant

En l'absence de problème particulier, ce suivi comporte une consultation médicale par mois à partir du quatrième mois.

À chaque consultation, votre médecin ou votre sage-femme vous interroge sur les événements survenus depuis la dernière consultation, répond à vos questions, vous examine (poids, tension artérielle, examen de l'utérus, bruits du cœur fœtal) pour s'assurer de votre état et de celui de votre enfant et prescrit les examens complémentaires.

Chaque consultation a un objectif précis.

En particulier, la dernière permet d'envisager les modalités de l'accouchement.

Il est préférable que chaque consultation se fasse au début de chaque mois de grossesse.



Dépistages

Vous serez informée de la possibilité de réaliser trois échographies de surveillance pendant la grossesse. Elles doivent être faites à des **dates précises** (autour de 12, 22 et 32 semaines d'aménorrhée*); les prises de rendez-vous sont donc à prévoir à l'avance avec le médecin ou la sage-femme qui va les réaliser.

Ces échographies répondent à des nécessités médicales et des modalités de réalisation précises. Une suspicion d'anomalie à l'échographie peut ne pas être confirmée ultérieurement. De même, l'absence d'anomalie détectée ne permet pas d'affirmer que le fœtus soit indemne de toute affection. D'autres échographies ou d'autres examens peuvent être nécessaires en cas de problème particulier.

Le dépistage des anomalies et des malformations repose sur vos antécédents médicaux, les examens d'imagerie et les examens biologiques. Votre médecin ou votre sage-femme vous en expliquera le bénéfice, l'intérêt et les risques.

Dans certains cas, d'autres examens vous seront proposés. Tous doivent être motivés, expliqués et acceptés. Certains nécessitent un accord de votre part signé (échographies, marqueurs sériques, amniocentèse, etc.).

N'hésitez pas à parler à votre praticien de ce qui vous préoccupe, que ce soient des conseils, des informations donnés par votre entourage ou provenant de vos lectures.

* Voir glossaire.

Le suivi de votre grossesse

Petits maux de la grossesse

La grossesse peut provoquer des symptômes gênants, appelés petits maux de la grossesse (nausées, vomissements, crampes, varices, douleurs ostéoarticulaires, etc.), qui peuvent être soulagés.

Ne prenez aucun médicament sans un avis médical.

La grossesse ne vous protège pas de la survenue de maladies

Tout nouveau symptôme ou anomalie justifie une consultation.

En cas de fièvre, vous devez toujours consulter votre médecin.

Il est particulièrement recommandé de consulter votre médecin ou votre sage-femme dès que se produit l'une des situations suivantes

- Pertes vaginales de liquide ou de sang, quelle qu'en soit la quantité.
- Contractions ou douleurs dans le bas du dos ou dans le bas-ventre, ne s'arrêtant pas malgré un repos d'au moins une demi-heure en position allongée.
- Fièvre (au-delà de 37,5 °C).
- Chute.
- Le matin, gonflement des jambes, des doigts et/ou du visage.
- Maux de tête qui ne passent pas malgré le paracétamol, surtout si vous avez de l'hypertension artérielle.
- Vomissements en fin de grossesse.
- Diminution ou disparition brutale des mouvements du bébé.

Vos remarques et questions à poser

L'agenda de la grossesse

Mois	Étape	Démarches administratives	Conseils
	Date des dernières règles		
1	Début de la grossesse		
2-3	1 ^{re} consultation prénatale*	Déclarez la grossesse. Informez votre employeur : non obligatoire mais utile.	Renseignez-vous sur : <ul style="list-style-type: none"> • la préparation à la naissance et le projet de naissance (voir page 7 et fiche 1) ; • les professionnels de santé et/ou le réseau qui vont vous suivre ; • votre maternité (inscription et fonctionnement) ; • éventuellement, le mode de garde de l'enfant. Informez éventuellement votre médecin du travail.
	1 ^{re} échographie (autour de 12 semaines d'aménorrhée)**		Respectez cette date.
	Entretien prénatal (individuel ou en couple)		Voir page 3.
4	2 ^e consultation prénatale		Réfléchissez au choix de l'alimentation du bébé (voir fiche 1). Au besoin, renseignez-vous auprès de votre mutuelle sur les conditions de remboursement de votre séjour en maternité.
5	3 ^e consultation prénatale 2 ^e échographie (autour de 22 semaines d'aménorrhée)**		Respectez cette date.
6	4 ^e consultation prénatale	Si vous n'êtes pas mariée, le père peut reconnaître l'enfant avant la naissance (voir page 21).	
7	5 ^e consultation prénatale		
8	6 ^e consultation prénatale 3 ^e échographie (autour de 32 semaines d'aménorrhée)**	Vous bénéficiez du congé prénatal (voir fiche 5 – « Droit des salariés : congé maternité »). Organisation du congé paternité.	Commencez à préparer votre séjour en maternité et les modalités de votre accouchement.
	Consultation avec l'anesthésiste	Elle est réglementaire.	Elle permet d'assurer la sécurité d'une éventuelle anesthésie.
9	7 ^e consultation prénatale		Renseignez-vous sur les documents à présenter, les modalités du séjour, le personnel présent en salle d'accouchement, etc.
	Accouchement et séjour à la maternité	Déclaration de naissance à faire dans les trois jours.	Informez-vous et discutez avec l'équipe des sujets suivants : modalités de surveillance et de sortie, dépistages néonataux, mise en route de l'allaitement ou d'un autre mode d'alimentation de l'enfant, méthode contraceptive...
	1 ^{er} examen médical de l'enfant (1 ^{re} semaine)	Certificat médical de l'enfant obligatoire.	Certificat médical établi par le pédiatre à la maternité ou par le médecin de votre enfant.
6-8	Consultation postnatale (entre 6 et 8 semaines après la naissance)	10 séances de rééducation périnéale* remboursées par la Sécurité sociale peuvent être utiles. Pensez à vérifier les dates de fin de congé postnatal.	Reprécisez votre méthode contraceptive.

* Voir glossaire. ** Une information sur l'échographie vous sera délivrée et vous devrez donner votre accord à sa réalisation.

Le calendrier de votre grossesse

Neuf mois de grossesse bien suivie, c'est :

→ Sept consultations prénatales obligatoires

	Date	Médecin ou sage-femme	Lieu
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

→ Une consultation anesthésique

Date	Médecin	Lieu

→ Trois échographies

	Date	Médecin ou sage-femme	Lieu
Autour de 12 semaines d'aménorrhée			
Autour de 22 semaines d'aménorrhée			
Autour de 32 semaines d'aménorrhée			

→ Préparation à la naissance : un entretien et sept autres séances

Entretien		Séance	
Séance		Séance	
Séance		Séance	
Séance		Séance	

→ Une consultation postnatale

Date	Médecin ou sage-femme	Lieu

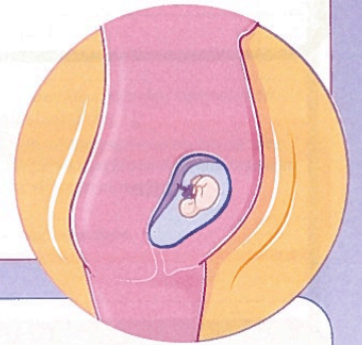
Vos consultations et vos échographies

Proposition d'une première échographie (autour de 12 semaines d'aménorrhée)

Elle permet de confirmer le terme de la grossesse, de déterminer le nombre d'embryons, de mesurer la clarté nucale* et de s'assurer de la bonne évolution de la grossesse.

Vos remarques et questions à poser

Commentaires de votre médecin ou de votre sage-femme



Deuxième consultation (4^e mois)

Vos remarques et questions à poser

Conseils, commentaires et prescriptions de votre médecin ou de votre sage-femme
→ Proposition de prescription de l'échographie du deuxième trimestre

* Voir glossaire.

Vos consultations et vos échographies

Proposition d'une deuxième échographie (autour de 22 semaines d'aménorrhée)

Elle permet d'analyser la morphologie du fœtus, de vérifier la croissance fœtale et de localiser le placenta*.

Vos remarques et questions à poser

Commentaires de votre médecin ou de votre sage-femme

Troisième consultation (5^e mois) Interprétation et explication de l'échographie.

Vous sentez
votre enfant
bouger

Vos remarques et questions à poser

Commentaires de votre médecin ou de votre sage-femme

* Voir glossaire.

Vos consultations et vos échographies

Quatrième consultation (6^e mois)

Vos remarques et questions à poser

Commentaires de votre médecin ou de votre sage-femme

Cinquième consultation (7^e mois)

Vos remarques et questions à poser

Conseils, commentaires et prescriptions de votre médecin ou de votre sage-femme
→ Proposition de prescription de l'échographie du troisième trimestre



Vos consultations et vos échographies

Proposition d'une troisième échographie (autour de 32 semaines d'aménorrhée)

Elle permet de vérifier la croissance fœtale, la présentation et la localisation du placenta*.

Vos remarques et questions à poser

Commentaires de votre médecin ou de votre sage-femme

Sixième consultation (8^e mois)

Interprétation de l'échographie et information sur le mode d'accouchement.

Vos remarques et questions à poser

Conseils, commentaires et prescriptions de votre médecin ou de votre sage-femme

→ Prenez un rendez-vous de consultation d'anesthésie, même si vous n'envisagez pas de péridurale.

* Voir glossaire.

Vos consultations et vos échographies

Septième consultation (9^e mois)

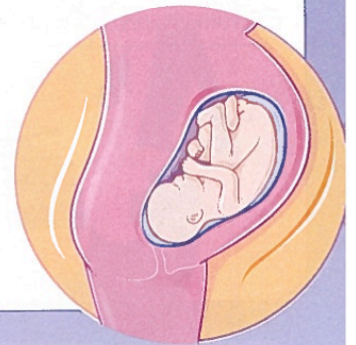
À la consultation du neuvième mois, en fonction du déroulement de votre grossesse, le médecin ou la sage-femme :

- vous informe sur le suivi de la fin de votre grossesse ;
- vous confirme le lieu et les modalités de l'accouchement ;
- vous informe sur les signes qui doivent vous faire venir à la maternité en urgence (perte de liquide, contractions régulières, douloureuses, mais aussi diminution des mouvements du bébé, perte de sang, etc., ou tout autre sujet d'inquiétude).

À la date prévue pour votre accouchement, même en l'absence de ces signes, vous devez consulter votre médecin ou sage-femme.

Commentaires de votre médecin ou de votre sage-femme

Vos remarques et questions à poser



Toutes les maternités offrent les conditions d'efficacité et de sécurité nécessaires pour la mère et pour l'enfant: obstétricien, sage-femme, anesthésiste, pédiatre et réseau..

En France, les maternités répondent à trois types d'organisation des soins selon l'état de l'enfant (prématurité ou pathologie) :

- type I : il est adapté à la plupart des accouchements ;
- type II : il comporte une unité de néonatalogie ;
- type III : il comporte une unité de néonatalogie et un service de réanimation néonatale.

Votre médecin vous oriente vers une maternité de type I, II ou III en fonction des difficultés qu'il peut prévoir. À tout moment et en cas de nécessité, le transfert d'un établissement à un autre peut être organisé rapidement dans des conditions optimales de sécurité.

Autres consultations médicales

Vos consultations et vos échographies

Vos observations personnelles

(Par exemple, notes sur les séances de préparation à la naissance.)

Accueillir votre enfant



Vous allez être maman. Votre bébé aura besoin de vous : soyez attentive à ses pleurs, car c'est pour lui une façon de s'exprimer. N'hésitez pas à le porter, le tenir, le cajoler, lui parler tendrement, le caresser, le bercer, le réconforter.

L'alimentation de votre enfant

Le lait maternel est l'aliment le mieux adapté aux besoins de votre enfant (voir fiche 1). Continuez d'allaiter aussi longtemps que vous le souhaitez ou que vous le pouvez. Il existe des moyens simples pour remédier aux éventuelles difficultés de l'allaitement. La reprise du travail n'est pas une raison à elle seule pour arrêter l'allaitement. Vous pouvez également choisir de nourrir votre bébé au biberon.

Prenez soin de votre bébé

Pour sa sécurité

Prévoyez un matériel de puériculture portant mention de son homologation, c'est-à-dire dont la qualité a été contrôlée.

En voiture, attachez votre bébé dans un dispositif adapté à son poids et homologué par la sécurité routière.

Pour son couchage

Couchez votre bébé seul dans son lit, sur le dos, jamais sur le ventre, ni sur le côté.

N'utilisez pas de tours de lit, de couvertures, d'oreillers ou de couettes pour le berceau de votre bébé. Il est préférable de le mettre dans une gigoteuse (ou turbulette).

La température conseillée pour la chambre est de 19 °C.

Ne fumez jamais en présence de votre bébé et ne laissez pas les autres le faire.

Pour sa promenade, si vous utilisez une écharpe, vérifiez que la tête de votre bébé est bien de côté et que son nez est dégagé.

Respecter ces conseils permet de réduire au minimum le risque de mort subite du nourrisson.

Accueillir votre enfant

La naissance de votre enfant doit être déclarée à la mairie du lieu de naissance, dans les trois jours après l'accouchement. Cette déclaration peut être faite par le père ou toute personne ayant assisté à l'accouchement.

La filiation*

Par le lien de filiation, votre enfant entre dans votre famille.

Que vous soyez mariée ou non, la filiation de votre enfant à votre égard résulte de l'indication de votre nom dans l'acte de naissance de votre enfant. Vous n'avez donc aucune démarche à accomplir ; cette inscription n'est pas obligatoire : vous pouvez accoucher dans le secret ou souhaiter que votre identité ne figure pas dans l'acte de naissance.

Si vous êtes mariée, la filiation est établie automatiquement à l'égard de votre mari.

Si vous n'êtes pas mariée avec le père, celui-ci peut reconnaître l'enfant devant un officier de l'état civil (ou un notaire), avant la naissance, lors de la déclaration de celle-ci ou postérieurement.

Le nom de l'enfant

Que vous soyez mariée ou non, vous pouvez, par déclaration conjointe remise à l'officier de l'état civil lors de la déclaration de naissance, choisir pour nom de votre enfant soit votre nom, soit celui de son père ou choisir d'accoler les deux noms dans l'ordre que vous préférez. Ce choix s'appliquera pour tous les éventuels autres enfants de votre couple.

En l'absence de déclaration conjointe, l'enfant porte :

- soit le nom du père, si sa filiation est établie simultanément à l'égard de son père et de sa mère (cas des époux ou d'une reconnaissance conjointe de l'enfant par ses père et mère) ;
- soit le nom du parent à l'égard duquel sa filiation est établie en premier si vous n'êtes pas mariée.

L'autorité parentale

Vous exercez conjointement l'autorité parentale dès lors que le lien de filiation est établi à l'égard des deux parents avant le premier anniversaire de votre enfant.

Vos remarques et questions à poser

Area for notes and questions.

* Voir glossaire.

Après l'accouchement

Prenez soin de vous

Après l'accouchement, votre corps va mettre un certain temps à retrouver un nouvel équilibre. Vous êtes maman. Les premières semaines sont une période de grande fragilité : prenez soin de vous. Ne restez pas isolée.

Ménagez-vous le plus possible. N'hésitez pas à demander l'aide de votre entourage, famille, amis, professionnels. Des aides sont possibles. Renseignez-vous auprès des services sociaux de votre mairie, de votre caisse d'allocations familiales (Caf) ou de votre centre de protection maternelle et infantile (CPMI).

La sortie précoce (deuxième ou troisième jour après l'accouchement) est fréquente, elle varie en fonction du mode d'accouchement, des suites de couches et des maternités. Un protocole d'accompagnement est alors proposé.

Quelles que soient les difficultés que vous rencontrez, vous pouvez en parler à l'un des professionnels qui vous entourent : médecin traitant, gynécologue, pédiatre, sage-femme, pharmacien(ne), infirmier(ère), kinésithérapeute...

La prévention

Si vous n'êtes pas protégée contre la rubéole et contre la coqueluche, faites-vous vacciner avant votre sortie de maternité.

Si vous avez cessé de fumer pendant votre grossesse, ne reprenez pas pour protéger votre santé et celle de votre enfant.

Si vous avez envie de fumer ou si vous avez recommencé à le faire, ne culpabilisez pas. N'hésitez pas en en parler à votre médecin ou à votre sage-femme qui pourront vous aider à trouver une solution.

Quand consulter ?

Certains symptômes physiques ou psychiques peuvent survenir (perte d'urines à l'occasion d'un effort même minime, sensation de gêne à type de pesanteur en bas du ventre, tristesse, irritabilité, sentiment de culpabilité, etc.).

N'hésitez pas à en parler à votre médecin ou à votre sage-femme.

Consultez également en cas de fièvre, saignements anormaux, pertes malodorantes...

La contraception

Une nouvelle grossesse peut survenir rapidement après un accouchement.

N'attendez pas la consultation postnatale pour commencer une contraception (voir fiche 3).

Demandez à votre médecin ou sage-femme de vous expliquer quelles méthodes sont adaptées à votre situation.

Après l'accouchement

La consultation postnatale

Réalisée dans les huit semaines après l'accouchement, elle permet :

- de faire le point sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement, tous les événements survenus depuis (pour vous ou vos proches) et les relations avec votre enfant ;
- d'effectuer un examen clinique de contrôle ;
- de prescrire des séances de rééducation périnéale* si besoin ;
- de faire le point sur le choix d'une méthode de contraception.

Vos remarques et questions à poser

Les commentaires de votre médecin ou de votre sage-femme

* Voir glossaire.

Après l'accouchement

Le suivi de votre enfant

Votre enfant va bénéficier d'examens médicaux de prévention obligatoires. Ce sont des examens qui permettent de vérifier la bonne santé et le développement harmonieux de votre enfant. Le premier examen a lieu dans les huit jours qui suivent la naissance, les autres une fois par mois jusqu'à six mois : en tout 20 examens jusqu'à l'âge de six ans. Ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

Le carnet de santé de votre enfant vous est remis après sa naissance. Ne le perdez pas. Apportez-le à chaque consultation médicale de votre enfant. Il comporte des repères et questions qui peuvent vous aider à préparer la consultation. N'oubliez pas d'emporter le carnet de santé quand vous voyagez avec votre enfant.

Dépistages néonataux et test de vérification de l'audition

Cinq dépistages néonataux proposés systématiquement sont pratiqués sur votre enfant à partir du prélèvement d'une goutte de sang au troisième jour de vie :

- le dépistage de la phénylcétonurie, de l'hyperplasie congénitale des surrénales, de l'hypothyroïdie et de la mucoviscidose est systématique pour l'ensemble des nouveau-nés.
- le dépistage de la drépanocytose est réservé aux nouveau-nés originaires des départements d'outre-mer, du pourtour méditerranéen, du Moyen-Orient, d'Afrique et d'Asie.

Le dépistage de la mucoviscidose peut demander une recherche de mutations génétiques, ce qui nécessite votre consentement écrit.

Le test de vérification de l'audition de votre bébé est pratiqué lorsque celui-ci est endormi ou très calme. Vous pouvez y assister si vous le voulez et, dans tous les cas, il ne sera pratiqué qu'avec votre accord. Ce test est très sensible aux bruits extérieurs, aux sécrétions présentes dans l'oreille, à l'agitation du bébé et devra quelquefois être recommencé.

Des plaquettes d'information sur les dépistages néonataux et le test de vérification de l'audition vous seront remises en consultation ou lors du séjour en maternité.

Vos remarques et questions à poser

DOSSIER PRÉNATAL

MATERNITÉ :

Correspondant(e)s : _____

PATIENTE

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Âge : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____

Nationalité : _____

Lieu de naissance : _____

Profession : _____

En couple : _____

non

oui

CONJOINT

Âge : _____

Poids : _____

Taille : _____

Nationalité : _____

Lieu de naissance : _____

Profession : _____

Pathologies : _____

• **Tabac :**

non

oui

avant la grossesse

nombre/jour : _____

pendant la grossesse

nombre/jour : _____

• **Alcool :**

non

oui

avant la grossesse

nombre/jour : _____

pendant la grossesse

nombre/jour : _____

• **Toxicomanie :**

non

oui

ANTÉCÉDENTS HÉRÉDITAIRES ET FAMILIAUX

MATERNELS

HTA

diabète

maladies héréditaires

malformations

allergie(s)

autres

PATERNELS

ANTÉCÉDENTS

MÉDICAUX			CHIRURGICAUX			GYNÉCOLOGIQUES		

OBSTÉTRICAUX – FAUSSE(S) COUCHE(S), GROSSESSE(S) EXTRA-UTÉRINE(S) –

Date	Lieu	Terme	Grossesse	Accouchement	Nouveau-né

BILANS BIOLOGIQUES

GROUPE SANGUIN	A	B	AB	O	RHÉSUS	positif	négatif
					RAI		

Rubéole : _____ le _____

Toxoplasmose : _____ le _____

Syphilis (TPHA/VDRDL) : _____ le _____

Recherche Ag HBs : _____ le _____ vaccinée : non oui

Sérologie VIH 1 et 2 : _____ le _____

Sérologie hépatite C : _____ le _____

Hémoglobine : _____ le _____

Plaquettes : _____ le _____

Électrophorèse de l'hémoglobine : non oui

Information sur le dépistage de la Tr 21 : accord dépistage refus dépistage

Dépistage de la Tr 21 :

- au 1^{er} trimestre de la grossesse : oui non
- au 2^e trimestre de la grossesse : oui non
- au 2^e trimestre de la grossesse par marqueurs sériques maternels seuls : oui non

Résultat : _____

Prélèvement (amniocentèse, ponction de trophoblaste...) : oui motif : _____

Bilan glycémique : _____ Test O'SULLIVAN de charge en glucose (24 SA – 28 SA) le : _____

HGPO : normale
 pathologique

Frottis cervical (moins de 3 ans) : non oui

Poids initial : _____ **Taille :** _____

GROSSESSE ACTUELLE : DDR :

DG RETENUE :

AP :

ÉCHOGRAPHIES

1^{re} échographie

Date : _____ Nombre d'embryons : _____

T : _____ CN : _____

LCC : _____ Autres : _____

BIP : _____

2^e échographie

Date : _____ T : _____

Conclusion : _____

3^e échographie

Date : _____ T : _____

Conclusion : _____

CONSULTATION

Le :

Terme :

Par :

Poids :

Signes particuliers :

TA :

Sucre :

HU :

Albumine :

BDC :

Toxoplasmose :

Bilans et traitements :

MA :

RAI :

TV :

CONSULTATION

Le :

Terme :

Par :

Poids :

Signes particuliers :

TA :

Sucre :

HU :

Albumine :

BDC :

Toxoplasmose :

Bilans et traitements :

MA :

RAI :

TV :

CONSULTATION

Le :	Terme :	Par :
Poids :		Signes particuliers :
TA :	Sucre :	
HU :	Albumine :	
BDC :	Toxoplasmose :	Bilans et traitements :
MA :	RAI :	
TV :		

CONSULTATION

Le :	Terme :	Par :
Poids :		Signes particuliers :
TA :	Sucre :	
HU :	Albumine :	
BDC :	Toxoplasmose :	Bilans et traitements :
MA :	RAI :	
TV :		

CONSULTATION

Le :	Terme :	Par :
Poids :		Signes particuliers :
TA :	Sucre :	
HU :	Albumine :	
BDC :	Toxoplasmose :	Bilans et traitements :
MA :	RAI :	
TV :		

CONSULTATION

Le :	Terme :	Par :
Poids :		Signes particuliers :
TA :	Sucre :	
HU :	Albumine :	
BDC :	Toxoplasmose :	Bilans et traitements :
MA :	RAI :	
TV :		

CONSULTATION

Le :	Terme :	Par :
Poids :		Signes particuliers :
TA :	Sucre :	
HU :	Albumine :	
BDC :	Toxoplasmose :	Bilans et traitements :
MA :	RAI :	
TV :		

CONSULTATION

Le :	Terme :	Par :
Poids :		Signes particuliers :
TA :	Sucre :	
HU :	Albumine :	
BDC :	Toxoplasmose :	Bilans et traitements :
MA :	RAI :	
TV :		

CONSULTATION

Le :	Terme :	Par :
Poids :		Signes particuliers :
TA :	Sucre :	
HU :	Albumine :	
BDC :	Toxoplasmose :	Bilans et traitements :
MA :	RAI :	
TV :		

CONSULTATION

Le :	Terme :	Par :
Poids :		Signes particuliers :
TA :	Sucre :	
HU :	Albumine :	
BDC :	Toxoplasmose :	Bilans et traitements :
MA :	RAI :	
TV :		

CONSULTATIONS PRÉVUES

Le : _____ à : _____ Docteur : _____ SF : _____

Le : _____ à : _____ Docteur : _____ SF : _____

Le : _____ à : _____ Docteur : _____ SF : _____

Le : _____ à : _____ Docteur : _____ SF : _____

Le : _____ à : _____ Docteur : _____ SF : _____

Le : _____ à : _____ Docteur : _____ SF : _____

Consultation d'anesthésie : _____ Le : _____ à : _____

Cours de préparation à la naissance : _____ Le : _____ à : _____

Par : _____

ACCOUCHEMENT

Date de naissance : _____ jour _____ mois _____ année

Heure de naissance : _____ h _____ min

Lieu de naissance (nom de l'établissement et adresse) : _____

Âge gestationnel (en semaines d'aménorrhée révolues) : _____

Présentation : sommet siège autre

Début de travail : spontané déclenché césarienne avant travail

Rupture membranaire plus de 12 heures avant l'accouchement : non oui

Analgésie : aucune générale péridurale rachianesthésie autre

Naissance par : voie basse non instrumentale extraction voie basse instrumentale
 césarienne programmée césarienne en urgence

En cas de césarienne, quelle est l'indication ?

cause maternelle cause foetale

Couleur du liquide amniotique : clair teinté méconial autre

Fièvre maternelle : non oui

Examen de l'enfant à la naissance

Poids : _____ g PC : _____ cm Taille : _____ cm

Transfert : non oui

Pathologie pendant le séjour en maternité : _____

Sites Internet utiles

Santé-Solidarités : sante.gouv.fr
service-public.fr : vosdroits.service-public.fr/particuliers

Addictions

tabac-info-service.fr - Tél. : 39 89
drogues info service - Tél. : 0 800 23 13 13
Ecoute alcool - Tél. : 0 811 91 30 30
Ecoute cannabis - Tél. : 0 811 91 20 20

Alimentation

Le guide alimentaire pour tous :
inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/581.pdf
Le guide nutrition de la naissance à 3 ans :
inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/890.pdf
Guide nutrition destiné aux femmes enceintes :
inpes.sante.fr/cfesbases/catalogue/pdf/1059.pdf
mangerbouger.fr

Risque domestique et environnemental

Le guide du dépistage et de prise en charge de l'intoxication par le plomb de l'enfant et de la femme enceinte sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_depistage_saturnisme-2.pdf
INVS - Institut National de Veille Sanitaire
invs.sante.fr/

Prestations

Assurance maladie en ligne : ameli.fr
Protection sociale du monde agricole et rural : msa.fr
Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes : cnam.fr
Allocations familiales : caf.fr
URSSAF : pajemploi.urssaf.fr

Travail

Portail cohésion sociale : solidarite.gouv.fr
sante-securite.travail.gouv.fr/ (cliquer sur "fiche pratique" puis "maternité")
Institut National de Recherche et de Sécurité : inrs.fr (risques professionnels)
Service info du Ministère de l'Emploi : Allo service public : 39 39

Violences conjugales

violenceconjugale.gouv.qc.ca/
Fédération Nationale Solidarité Femmes
Tél. : 39 19
solidaritefemmes.org/



Ministère de la Santé et des Solidarités
Direction Générale de la Santé

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

RÉSUMÉ

Du fait de la démographie médicale actuelle, les médecins généralistes vont être amenés à suivre de plus en plus de grossesses à bas risques, pour lesquels ils sont compétents. Pour cela, un outil commun existe depuis 1976 : il s'agit du carnet de maternité. Encadrée par la législation, sa délivrance est sous la responsabilité du Conseil Départemental.

De prime abord peu utilisé, le carnet de maternité est-il adapté aux pratiques actuelles ?

Pour répondre à cette question, nous avons réalisé une étude quantitative auprès de 115 médecins généralistes des Bouches-du-Rhône, afin de connaître leurs pratiques en terme de suivi de grossesse et leur utilisation du carnet de maternité.

Ensuite, nous avons réalisé une étude qualitative auprès de six médecins généralistes ayant une compétence spécifique en gynécologie. Nous avons abordé la manière dont ils suivent les grossesses, puis nous avons analysé le carnet de maternité ; les avantages, les inconvénients, les pistes d'améliorations. Une sage-femme et un gynécologue-obstétricien ont également été interrogés.

Les résultats ont montré une grande méconnaissance du carnet de maternité, malgré de nombreuses qualités reconnues par les participants, qui seraient prêts à l'utiliser d'avantage. Les suivis de grossesses sont souvent ponctuels en cabinet de médecine générale, avec des outils informatiques mis en place pour faciliter la consultation et la délivrance des informations aux patientes. La communication et la coordination entre médecins généralistes et spécialistes restent relativement pauvres.

Le carnet de maternité apparaît alors comme un outil pertinent, aussi bien pour les médecins que pour les femmes. Il permettrait une meilleure coordination des soins, par une communication sur un support unique, comme cela existe déjà autour du carnet de santé des enfants. Les conditions sont, entre autre, que tous les intervenants de la grossesse l'utilisent, et que son mode de distribution et de promotion soit révisé.

MOTS-CLEFS : carnet, maternité, suivi, grossesse, dossier prénatal, consultations, généralistes, gynécologie, libéral, qualitatif