

UNIVERSITE de LIMOGES
Faculté de Médecine



Année 2002

Thèse n° 123.11

**GROSSESSE NORMALE ET MEDECINS
GENERALISTES DU LIMOUSIN**
(Enquête de pratique - étude comparative entre les médecins
creusois ruraux et les médecins de Limoges)

THESE

POUR LE

**DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 22 mai 2002

par

Frédéric GILLY

né le 4 Décembre 1971 à Orléans (Loiret)

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur BUCHON

EXAMINATEURS de la THESE

Monsieur le Professeur PHILIPPE..... **PRESIDENT**
Monsieur le Professeur BUCHON..... **JUGE**
Madame le Professeur LIENHARDT-ROUSSIE..... **JUGE**
Monsieur le Professeur PREUX..... **JUGE**
Monsieur le Docteur AUBARD..... **MEMBRE INVITE**

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS :

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur COGNE Michel

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Jean-Luc (C.S)	CHIRURGIE INFANTILE
ALDIGIER Jean-Claude	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
BARTHE Dominique	HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE
BEDANE Christophe	DERMATOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)	DERMATOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION
BOUTROS-TONI Fernand	BIOSTATISTIQUES ET INFORMATIQUE MEDICALE
CHARISSOUX Jean Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre (C.S)	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
CUBERTAFOND Pierre (C.S)	CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE-HYGIENE
DESCOTTES Bernard (C.S)	ANATOMIE
DUDOGNON Pierre (C.S)	REEDUCATION FONCTIONNELLE
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DUMAS Michel	NEUROLOGIE
DUMONT Daniel	MEDECINE DU TRAVAIL
DUPUY Jean-Paul (C.S)	RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE CLINIQUE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LEGER Jean-Marie	PSYCHIATRIE D'ADULTES
LEROUX-ROBERT Claude (C.S)	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE ET TOXICOLOGIE
MAUBON Antoine	RADIOLOGIE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MENIER Robert (C.S)	PHYSIOLOGIE
MERLE Louis	PHARMACOLOGIE
MOREAU Jean-Jacques (C.S)	NEUROCHIRURGIE
MOULIES Dominique	CHIRURGIE INFANTILE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE

PARAF François
PHILIPPE Henri-Jean (CS)
PILLEGAND Bernard (C.S)
PIVA Claude (C.S)
PREUX Pierre-Marie
RIGAUD Mïche (C.S)
ROUSSEAU Jacques
SALLE Jean-Yves
SAUTEREAU Denis
SAUVAGE Jean-Pierre (C.S)
TREVES Richard (C.S)
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (C.S)
VERGNEGRE Alain
VIDAL Eïisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE
GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
MEDECINE LEGALE
INFORMATION MEDICALE ET EVALUATION
BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE
OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
RHUMATOLOGIE
CANCEROLOGIE
NEUROLOGIE
ANATOMIE
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE
EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
MEDECINE INTERNE
REANIMATION MEDICALE
CARDIOLOGIE
MALADIES INFECTIEUSES

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel

MEDECINE GENERALE

SECRETARE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

ROCHE Doriane

Avant tout exposé, je tiens à remercier :

Sandrine, mon amour, pour son courage, sa fidélité, son aide et sa présence à mes côtés lors de ce travail.

Mes enfants chéris, Valentin, Maxime et nos petits jumeaux que je n'oublie pas.

Ma mère pour son amour immense et son soutien lors de mes études.

Mon père qui a su me transmettre sa passion pour la médecine et sans qui je n'aurais pas pu réaliser mes études.

Mes frères et sœur que j'aime.

Mes grand-mères et toute ma famille.

Je n'oublie pas :

Philippe, pour toute son aide, sa patience et sa disponibilité. Il a su me faire partager et profiter de ses compétences informatiques. Qu'il trouve en ce travail toute ma reconnaissance.

Mes beaux-parents, pour leurs conseils, leur soutien et la confiance qu'ils m'accordent.

Mamé, pour sa douceur et son immense tendresse.

Mes amis.

Toute l'équipe soignante du service de gynécologie et obstétrique en souvenir des bons moments passés ensemble.

Les secrétaires du service de gynécologie et obstétrique, Frédérique, Pascale et Sylvianne, pour leur accueil et gentillesse.

Tous les médecins généralistes qui ont participé à cette étude, pour leur disponibilité et la qualité de leurs réponses.

Mon président de thèse

Monsieur le Professeur PHILIPPE Henri-Jean

Professeur des Universités
Chef de Service
Praticien Hospitalier
Service de Gynécologie et Obstétrique
Centre Hospitalier Universitaire Dupuytren, Limoges

Pour la réalisation de ce travail, vous m'avez fait profiter largement de votre disponibilité et vous avez su m'apporter un autre éclairage à ce travail. Vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Veillez croire en mes considérations respectueuses et de ma profonde reconnaissance.

Mes juges

Monsieur le Professeur BUCHON Daniel

Médecine Générale
Professeur associé à mi-temps
Centre Hospitalier Universitaire Dupuytren, Limoges

Vous m'avez proposé ce sujet de thèse. Vous m'avez fait profiter de vos précieux conseils et vous avez su dans certains moments de doute conforter mes choix et guider mon travail. Je vous remercie de votre gentillesse et de votre disponibilité.

Veillez trouver ici l'expression de ma très profonde gratitude.

Madame le Professeur LIENHARDT-ROUSSIE Anne

Pédiatrie
Pédiatre des Hôpitaux
Praticien Hospitalier
Service de Pédiatrie
Centre Hospitalier Universitaire Dupuytren, Limoges

Vous avez spontanément accepté avec gentillesse de participer à mon jury de thèse.

Permettez moi de vous remercier de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger ce travail .

Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

Professeur des Universités
De Santé Publique
Praticien Hospitalier
Unité d'Information Médicale et évaluation
Hôpital Universitaire du Cluzeau, Limoges

Je tiens à vous remercier pour tous les moyens que vous avez mis à ma disposition, votre patience (car il en fallait!) et d'avoir accepté de juger cette thèse.

*Je vous remercie pour la sympathie que vous avez manifesté pour ce travail.
Je vous prie de trouver ici l'expression de ma sincère reconnaissance.*

Monsieur le Docteur AUBARD Yves

Praticien Hospitalier
Service de Gynécologie et Obstétrique
Centre Hospitalier Universitaire Dupuytren, Limoges

Par votre enseignement lors de mes études médicales, votre accueil, vos conseils et votre disponibilité lors de mon stage dans le service de gynécologie et obstétrique en tant qu'interne, vous avez guidé mes premiers pas et vous m'avez donné le goût de la gynécologie.

Vous avez accepté de juger ce travail, trouvez ici le témoignage de ma profonde reconnaissance.

SOMMAIRE

1^{ère} PARTIE : INTRODUCTION

- I. INTRODUCTION
- II. HISTORIQUE
- III. LES BASES STATISTIQUES
- IV. PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE

2^{ème} PARTIE : SURVEILLANCE THEORIQUE DE LA GROSSESSE

- I. LA PREMIERE CONSULTATION
- II. LES AUTRES CONSULTATIONS
- III. LA SURVEILLANCE BIOLOGIQUE
- IV. LA SURVEILLANCE ECHOGRAPHIQUE
- V. SUPPLEMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE -
- VI. PREPARATION A L'ACCOUCHEMENT

3^{ème} PARTIE : L'ENQUETE

I MATERIELS ET METHODES

- I. MISE EN PLACE DE L'ENQUETE
- II. LE QUESTIONNAIRE

II RESULTATS DE L'ENQUETE DE PRATIQUE DANS LE LIMOUSIN

- I. CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DES MEDECINS DU LIMOUSIN
- II. LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE PAR LES MEDECINS GENERALISTES
- III. LA FORMATION DES MEDECINS
- IV. PERSPECTIVE DE PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE

III RESULTATS DE L'ETUDE COMPARATIVE

I. L'ECHANTILLON

II. SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

III. FORMATION DES MEDECINS ET PERSPECTIVES DE PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE

IV. ETUDE COMPARATIVE : GENERALITES

V. EXAMEN CLINIQUE

VI. EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET PRESCRIPTIONS

VII. PROPOSITIONS DES MEDECINS GENERALISTES POUR LE SUIVI DE GROSSESSE NORMALE

VIII. COMMENTAIRES LIBRES SUR LE SUIVI DE GROSSESSE NORMALE PAR LES MEDECINS GENERALISTES

IV DISCUSSION

I. CRITIQUE DE LA METHODE

II. DISCUSSION DES ECHANTILLONS

III. LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE DANS LE LIMOUSIN

IV. FORMATION GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRIQUE DES MEDECINS DANS LE LIMOUSIN

V. PERSPECTIVE DE PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE DANS LE LIMOUSIN

VI. DISCUSSION DE L'ETUDE COMPARATIVE ENTRE MEDECINS LIMOUGEAUX ET CREUSOIS RURAUX

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIERES

SERMENT D'HIPPOCRATE

I INTRODUCTION

L'enseignement à la faculté, les stages hospitaliers et les stages chez le praticien doivent permettre à tout médecin généraliste de suivre une grossesse normale.

Sa connaissance du milieu familial, la proximité géographique en font un interlocuteur privilégié.[1] De par sa position spécifique (acteur de proximité et de surveillance de la première partie de la grossesse), le généraliste a en charge la prévention, le dépistage et le diagnostic précoce des risques de prématurité.

En 3 ans et demi de remplacements en médecine générale dans le Limousin, principalement en zone rurale, j'ai été confronté à des suivis de grossesse, de nombreuses consultations à l'occasion d'épisodes intercurrents et deux accouchements à domicile.

Le médecin généraliste, au même titre que la sage femme et le gynécologue obstétricien ou médical, est amené à effectuer le suivi prénatal en France. Or l'évolution actuelle de la démographie médicale des spécialistes (gynécologues médicaux surtout et gynécologues obstétriciens) ne pourra permettre, dans les années à venir, un suivi de la parturiente tel qu'il est maintenant.

La surveillance de la grossesse devra se réorganiser.

Le médecin généraliste gardera t'il un rôle dans ce suivi et lequel ?

Existera t'il un rôle différent en fonction de son milieu d'exercice rural ou urbain ?

Nous aborderons en première partie des rappels concernant les données démographiques et périnatales (nationales puis du Limousin), le suivi de grossesse et la tendance actuelle dans la prise en charge de la maternité.

Dans une seconde partie, à l'aide d'une enquête de pratique et d'opinion réalisée par voie postale auprès des médecins généralistes du Limousin, nous avons réalisé un travail ayant pour objectif :

- De savoir si les médecins généralistes suivent des grossesses.
- D'analyser la formation médicale gynécologique et obstétricale des généralistes et leurs besoins en formation.
- De connaître leur opinion sur la place du généraliste dans les années à venir concernant le suivi de grossesse.
- D'analyser la pratique du médecin généraliste lors de la surveillance de la grossesse normale en effectuant une comparaison entre les médecins urbains Limougeauds et les médecins ruraux Creusois.

II HISTORIQUE

Historique sur la prise en charge et la surveillance de la grossesse.

La maternité constitue dans chaque civilisation une étape importante de la vie. Elle permet à chaque population de se renouveler [2].

Depuis l'antiquité où Hippocrate (460 à 380 avant JC) a émis l'hypothèse que l'embryon est le résultat du « mélange de deux semences » [3] masculine et féminine éjaculées à l'intérieur des matrices lors du coït, la gynécologie et l'obstétrique ont toujours été l'objet d'un intérêt particulier lui conférant ainsi le titre de la plus ancienne des spécialités médicales.

C'est en 1556 que l'Edit d'Henri II, réprimant l'infanticide et l'avortement, institue la déclaration et la surveillance obligatoires de la grossesse survenant en dehors du mariage.

Le XIX^{ème} siècle voit la création de nombreuses maternités mais c'est le XX^{ème} siècle qui verra le plus de progrès, tant au niveau des connaissances médicales qu'au niveau social de la prise en charge de la grossesse.

Le 2 Novembre 1945 (ordonnance 45-2720) est créée la protection maternelle infantile afin de lutter contre la mortalité infantile et périnatale [**annexe 1**].

La loi prévoit que la future mère doit subir au moins trois examens au cours de sa grossesse (le premier doit être effectué par un médecin avant la fin du troisième mois) et un examen post natal dans le mois qui suit l'accouchement.

19 Juillet 1962 : le décret 62-840 enrichit la surveillance obligatoire d'un quatrième examen médical prénatal et « précise la nature et les modalités des examens destinés à assurer le dépistage de la syphilis et des incompatibilités fœto-maternelles. » [**annexe 2**].

1970 : - début des péridurales en France

- début de l'amniocentèse

- apparition d'un programme d'action sanitaire (programme national de prévention de la prématurité) qui a pour objectif :

- La formation et perfectionnement du corps médical avec augmentation des postes de maîtres de conférences et de chefs de service d'obstétrique.
- Le développement de la recherche et du recueil d'informations.
- Le développement de la prévention avant la grossesse (vaccination contre la rubéole).
- L'amélioration de la surveillance de l'accouchement.
- La réanimation du nouveau-né en salle de travail.
- L'équipement des services d'obstétriques et de néonatalogie [4].

De plus ce programme cherche à sensibiliser les médecins sur la nécessité d'orienter vers les spécialistes les grossesses présentant des facteurs de risque. Il conseille de surveiller par sept visites prénatales les grossesses normales et par dix les grossesses à risque (le nombre de consultations obligatoires et gratuites restant à quatre).

L'arrêté du 27 Août 1971 [annexe 3] prévoit :

Que le premier examen prénatal doit faire l'objet :

- D'une sérologie syphilitique à chaque grossesse à moins que celle-ci n'ait été pratiquée dans les 6 mois précédents (notamment à l'occasion de l'examen prénuptial) et que la justification en soit produite.
- Dans le cas d'une première grossesse la détermination du groupe ABO, du facteur rhésus standard par deux prélèvements à quelques jours d'intervalle, à moins de fournir la justification d'une détermination antérieure complète.
- D'un dépistage des iso immunisations foeto-maternelles chez les femmes rhésus négatif.

Que le deuxième examen prénatal doit être pratiqué au sixième mois de grossesse, le troisième pendant la première quinzaine du huitième mois, le quatrième pendant la première quinzaine du neuvième mois.

Q'une recherche d'albumine doit obligatoirement être effectuée à chaque examen.

1973 : début de l'échographie.

1975 : un décret prévoit un recrutement par les services de PMI de sages femmes qui doivent assurer à domicile la surveillance des grossesses à risque médico-social [4].

1976 : gratuité des actes médicaux pendant toute la grossesse lorsqu'elle est à risque, et à partir du sixième mois dans les autres cas [5].

1978-1980 : mise en place sur le plan national du dépistage néonatal de l'hypothyroïdie. Ce dépistage s'ajoute à celui de la phénylcétonurie par le test de Guthrie [4].

19 Avril 1985 : un arrêté prévoit pour la première fois une sérologie obligatoire de la toxoplasmose et de la rubéole [annexe 4].

16 Novembre 1990 : mise en place du carnet de grossesse ou carnet de maternité [annexe 5].

14 Février 1992 : le décret 92-743 apporte les dernières grandes modifications relatives à la surveillance prénatale [**annexe 6**]. Il instaure sept consultations prénatales obligatoires (dont une au premier trimestre comprenant la déclaration de la grossesse et une consultation postnatale). Tous ces examens sont pris en charge à 100% par la sécurité sociale.

Sur le plan biologique :

- Lors du premier examen : détermination du groupe rhésus phénotypé, sérologies syphilis rubéole toxoplasmose, recherche d'anticorps irréguliers (RAI) à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B. Si cette recherche est positive l'identification et le titrage sont obligatoires.
- Au sixième mois : dépistage de l'antigène HBs, numération globulaire, RAI chez les femmes rhésus négatif et précédemment transfusées.
- 8^{ème} et 9^{ème} mois : deuxième détermination du groupe, RAI aux deux examens.
- La sérologie toxoplasmose doit être répétée tous les mois à partir du quatrième mois si l'immunité n'est pas acquise.
- Une recherche d'albuminurie et de glycosurie doit être effectuée à chaque examen.

Loi du 27.01.1993 : elle rend obligatoire au premier trimestre la **proposition** par chaque praticien, après information sur les risques de contamination, d'un test de dépistage de l'infection VIH [**annexe 7**].

12.04.1994 : un plan de périnatalité est proposé par le gouvernement pour les années 1995-2000.

Les objectifs de ce plan sont fixés sur 5 ans :

- Diminuer la mortalité maternelle de 30%.
- Abaisser la mortalité périnatale d'au moins 20%.
- Réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25%.
- Réduire de 50% le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse. Les résultats n'ont pas été publiés pour l'instant (prévus pour 2002).

De ce plan découle plusieurs mesures :

- La publication par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) d'un guide de surveillance de la grossesse en 1996 et diffusé à 110000 professionnels de la santé, qui constitue un bon support pour rappeler les principales étapes de la surveillance de la grossesse et des anomalies à dépister.
- 9.10.1998 : le décret 98-900 instaure la présence sur place 24h/24 d'un gynécologue obstétricien, d'un pédiatre et d'un anesthésiste réanimateur dans toute maternité effectuant plus de 1500 accouchements par an.

- Instauration de la consultation pré-anesthésique.
- Classification des maternités en fonction du niveau de technicité en soins pédiatriques (niveau 1 : soins pédiatriques de base ; niveau 2 : présence d'une unité de pédiatrie néonatale ; niveau 3 : existence d'une unité de réanimation néonatale) (décret 98-899).
- Création de réseaux de soins gradués et coordonnés.
- Prise en charge des analgésies péridurales à 100% par la sécurité sociale.
- Décret du 06.05.1995 : proposition obligatoire à toute femme enceinte de faire un test biologique d'évaluation du risque de trisomie 21 et du défaut de fermeture du tube neural [**annexe 8**].

Amniocentèse si le risque de trisomie 21 est supérieur à 1/250.

Ces deux examens sont pris en charge à 100% par l'assurance maladie (janvier 1997).

III LES BASES STATISTIQUES

III.1. Démographie de la population générale:

1. France: [6] 58 518 395 habitants en France métropolitaine
 961 136 habitants aux Antilles-Guyane
 706 300 habitants à la Réunion

2. Limousin : 710 792 en 1999 [6]
 710 000 en 2000 [7]

D'ici 2030 si les tendances démographiques observées de 1982 à 1999 du Limousin se maintiennent, c'est à dire la prolongation des tendances en matière de fécondité et de mortalité, et le maintien des comportements migratoires, le Limousin compterait 655 000 hab. en 2030 soit une baisse de 7,8% alors que la France métropolitaine gagnerait 9% sur la même période.

Des trois départements du Limousin, c'est la Creuse qui accuserait la plus forte baisse démographique :

Creuse :102 000 hab. en 2030 soit -17,8% / 2000
Corrèze :208 400 hab. en 2030 soit -10,2% / 2000
Haute-Vienne :344 400 hab. en 2030 soit - 2,7% / 2000

La moyenne d'âge, actuellement de 43 ans dans le Limousin, passerait en 2030 à 49,2 soit 5,4 de plus que l'ensemble des français.

Le niveau de fécondité est une autre explication de la baisse démographique : en 2000, il est de 1,44/ femme dans le Limousin alors qu'il est de 1,8/ femme pour la France métropolitaine.

En 2030 les effectifs de générations de femmes en âge d'être mère devraient donc diminuer, ce qui se traduirait, avec le maintien de ce taux de fécondité à son niveau actuel, par une diminution de 28% du nombre de naissances.

En 1999 : on dénombrait 6550 naissances domiciliées dans le Limousin dont 2100 en Corrèze, 1070 en Creuse et 3380 en Haute-Vienne [6].

Il y a eu 6957 accouchements en Limousin dont 2536 en Corrèze, 561 en Creuse et 3860 en Haute-Vienne [8].

III.2. Les chiffres de la périnatalité en France et dans le Limousin

La politique de protection périnatale est à l'origine d'une diminution de la mortalité périnatale, de la mortalité infantile et de la mortalité maternelle, mais les chiffres épidémiologiques de la périnatalité montrent que des progrès restent encore à faire.

- La *mortalité périnatale* (enfants décédés à moins de 7 jours de vie ou mort-nés pour 1000 enfants nés vivants ou mort-nés) est passée en France de 33,4 en 1955 à 10,5 en 1985 et 7,4 pour mille en 1995, soit le dixième rang européen. [13]

En Limousin, la situation est différente. Le taux de mortalité périnatale n'a pas varié ces dernières années mais est devenu sensiblement plus élevé que le taux français de 1993-95 (9,5 contre 7,4 pour mille). [14]

Les facteurs de risque de la mortalité périnatale sont essentiellement l'âge gestationnel et le poids de naissance. Elle sera améliorée par un meilleur suivi des grossesses.

- La *mortalité infantile* (nombre d'enfants décédés à moins 1 an pour 1000 naissances vivantes) est passée de 27,4 en 1960 à 13,8 en 1975 puis 5,7 en 1995 et 4,8 en 1996-98. [8]

En Limousin, la mortalité a suivi à peu près la même évolution décroissante qu'au niveau national mais reste à un taux plus élevé : 6,2 en 1995-96-97 avec un taux de 5,7 pour la Haute-Vienne.[8]

- La *mortalité néonatale* (enfants décédés à moins de 28 jours de vie pour 1000 naissances vivantes) est passée de 5,8 en 1980 à 2,9 pour mille en 1995. [15]

- La *mortalité maternelle* (nombre de femmes décédées au cours de la grossesse ou dans les 42 jours suivant sa terminaison pour 100.000 naissances vivantes) est considérée comme un indicateur très significatif du niveau de santé d'une collectivité[2]. Il était de 13,9 +/- 2,4 décès /100.000 en France en 1993.

En Limousin, il s'élève à 10,2/100.000 en 1990-92. [14]

- L'*indice de fécondité* est actuellement à 1,8 en France et 1,44 en Limousin en 2000 [7]. Ce phénomène contribue au vieillissement de la population particulièrement en zone rurale.

- L'*âge moyen de la maternité* est passé de 26,5 en 1977 à 27,7 en 1987 et 29,2 en 1997 (source INSEE).

- En 1995, 1% des femmes n'étaient *pas ou mal suivies* pendant leur grossesse (c'est à dire qu'elles avaient eu moins de 3 consultations pendant leur grossesse).[14]

Dans le Limousin , le taux est identique en 1996 avec une proportion qui atteint 1,6% en Corrèze.[14]

C'est pourquoi au vu de ces chiffres, la sécurité au cours de la grossesse et de l'accouchement doit rester encore la préoccupation essentielle du personnel de santé responsable de la surveillance de la grossesse en général, et du médecin généraliste en particulier.

Les médecins généralistes, particulièrement en milieu rural, se doivent d'être au premier plan ce qui suppose une rigueur particulière dans le suivi de la grossesse.

Malgré les progrès réalisés depuis plusieurs décennies, des efforts restent à fournir en matière de sécurité et de qualité dans la prise en charge de la grossesse et de la naissance en France. Il s'agit d'un enjeu majeur de santé publique dont découle le plan de périnatalité 1995-2000.

Les objectifs de ce plan sont:

- de diminuer la mortalité maternelle à 9/100.000 soit de 30 %
- de diminuer la mortalité périnatale de 20 %
- de diminuer le nombre de femme peu ou pas suivies de 50 %
- de réduire le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25%.

III.3. DEMOGRAPHIE MEDICALE (nationale et du Limousin)

a) Nationale :

D'après la dernière étude démographique médicale française publiée en novembre 2001, la France compte, en **2000**, **196 006** médecins métropolitains soit une densité de 335/ 100 000 habitants. [9]

Celle ci se répartit en 52% d'omnipraticiens et 48% de spécialistes :

- 101 147 omnipraticiens. Un peu moins de 60 000 pratiqueraient une médecine générale polyvalente sans orientation complémentaire et en libéral. [10]
- 94 859 spécialistes. On dénombre parmi eux 2368 gynécologues et obstétriciens (qui regroupent gynécologues médicaux et obstétriciens) et 2432 gynécologues obstétriciens correspondant à la gynécologie chirurgicale.

A noter le changement du nombre de spécialistes entre 1999 et 2000 qui tient pour une grande partie à la modification du mode de décompte des spécialistes :

- il existait un certain nombre de double compte parmi les spécialistes, qui a été supprimé.
- les médecins compétents en gynécologie obstétrique ne sont plus considérés comme spécialistes.
- en 1999, selon le même organisme, on dénombrait 2362 gynécologues obstétriciens et 4674 gynécologues et obstétriciens soit au total 7036.

L'âge moyen des médecins en activité est de 46 ans (44 pour les femmes et 47 pour les hommes).

La féminisation se poursuit avec 37% de femmes (et 56% chez les moins de 35 ans).

b) Dans le Limousin :

On dénombre 2035 médecins avec une répartition plus importante d'omnipraticiens que de spécialistes.

• *omnipraticiens* : 1314 (source Conseil National de l'Ordre des Médecins) [9] dont **934** avec une activité libérale (source INSEE en 2000) [8] :

Corrèze : 274 soit une densité de 118/100000 habitants

Creuse : 151 soit une densité de 121/100000 habitants

Haute-Vienne : 509 soit une densité de 144/100000 habitants

Ce qui fait une densité moyenne de 131/100000 hab.

Les femmes représenteraient 35.6% des omnipraticiens libéraux et salariés [11].

• *spécialistes* : **991** dont 270 en Corrèze, 92 en Creuse et 629 en Haute-Vienne ; soit une densité de 139/100000 habitants. [9]

En 2000, l'étude du Conseil National de l'Ordre des Médecins recensait 24 gynécologues et obstétriciens, et 16 gynécologues obstétriciens. Cette étude n'incluait pas les médecins généralistes compétents en gynécologie. En mars 2002, après recensement personnel téléphonique, on dénombre **54** médecins en Limousin exerçant soit la gynécologie obstétrique soit la gynécologie et obstétrique (en incluant les médecins compétents en gynécologie) :

5 en Creuse

21 en Corrèze

28 en Haute-Vienne

A noter qu'il y a 9 internes de spécialités pour le premier semestre 2002.

• *sage-femme* : au 01/01/2000, on dénombrait 14707 sages femmes en France métropolitaine, dont **166** dans le Limousin [6]. Seules **14** d'entre elles sont installées en libéral soit une densité de 2/100000 habitants. (source : Ordres départementaux des Sages Femmes).

4 en Corrèze

10 en Haute-Vienne

0 en Creuse

Les dernières études réalisées par la Direction Générale de la Santé (DGS) sur la démographie des sages femmes montrent qu'il risque y avoir dans les trois années à venir, un manque de sage femme. En 2001 : 795 étudiants sages femmes ont été recrutés, ce nombre devrait être prochainement réévalué de 10 à 20%. [12]

IV PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE

IV.1. Les différents acteurs :

En France, la femme s'adresse librement au praticien ou à la structure qui va la prendre en charge. [13]

Qui peut ou doit suivre la parturiente ?

Aujourd'hui en France, on trouve trois acteurs :

- le gynécologue
- le généraliste
- les sages femmes (libérales, hospitalières, et de prévention maternelle et infantile).

a) Le médecin généraliste

Le médecin généraliste, médecin de famille par sa connaissance du milieu familial, son accessibilité (proximité), sa disponibilité et ses compétences professionnelles est impliqué dans le suivi de grossesse. En 1992, il réalisait 55 % des consultations des femmes enceintes d'après une étude du Ministère de la Santé [16]. Son rôle est donc important pour assurer la surveillance de la grossesse voire sa coordination. A partir d'une formation adaptée, il doit parfaitement maîtriser trois niveaux de compétence : [17]

- compétence à suivre une grossesse normale
- compétence à dépister une grossesse à risque
- compétence à travailler en réseaux de soins

b) Le gynécologue : gynécologue et obstétricien et gynécologue médical

En raison des problèmes de démographie de cette spécialité (avec l'arrêt de la formation spécifique à la compétence en gynécologie médicale depuis 1984 et la désaffectation de la gynécologie obstétrique), les gynécologues ne peuvent assurer le suivi, seuls de toutes les femmes enceintes. Même si pour un certain nombre de femme, et notamment celles en âge de procréer, le gynécologue est le seul médecin régulièrement consulté. [18]

Il est établi que le nombre de gynécologue à l'horizon 2020 sera inférieur à l'effectif actuel: il serait d'un peu moins de 6500 gynécologues (en incluant les médecins compétents en gynécologie) dont 1915 gynécologues médicaux et 4550 gynécologues obstétriciens si 200 internes étaient formés annuellement à la gynécologie obstétrique et 100 internes à la gynécologie médicale. Ces hypothèses sont maximalistes [18]. Cette année Bernard Kouchner a indiqué

qu'il y aura 200 places d'internat dont 140 pour la gynécologie obstétrique et 60 places pour la gynécologie médicale [19]. Il a par ailleurs été annoncé en 2002 que le numerus clausus passerait progressivement de 4700 à 6000/an. Cette augmentation n'évitera pas cependant une baisse de la démographie médicale. Elle ne résoudra pas par ailleurs « la question de la répartition des généralistes et des spécialistes, du rééquilibrage entre les spécialistes, ou de la féminisation croissante ». On sait en effet que les femmes travaillent moins d'heures que leur homologues masculins, principalement pour des raisons familiales. [20]

Il est donc fort probable que les autres acteurs de la surveillance de la grossesse seront de plus en plus impliqués.

c) Les sages femmes:

Elle exercent soient:

- en milieu libéral
- en milieu hospitalier
- en PMI (rôle de prévention)
- en milieu salarié privé où elles assurent des consultations en urgence exceptionnellement.

Il s'agit de la deuxième profession médicale avec les généralistes qui sera amenée à suivre de plus en plus de grossesse normale dans les années à venir. La sage femme est en effet habilitée à suivre une grossesse normale selon l'article L374 du code de la santé publique (CSP) [annexe 9]. A noter que le premier examen prénatal (la déclaration de grossesse) ainsi que l'examen post natal ne peuvent être pratiqués que par un médecin selon l'article L154 du CSP [21] [annexe 7].

IV.2. Tendance actuelle de la prise en charge du suivi de grossesse et des accouchements

a) Tendance générale

Pendant de nombreuses années, la médicalisation intensive a été considérée comme la meilleure prise en charge de toutes les femmes enceintes, que la grossesse soit à risque ou se passe bien. [22]

Actuellement, il existe un souci général d'adapter la médicalisation de la surveillance de la grossesse en fonction des niveaux de risque. Une grossesse est soit considérée comme :

- normale ou à bas risque
- à risque
- pathologique

Une grossesse normale ou à bas risque peut être définie comme une grossesse survenant chez une femme âgée de 18 à 35 ans, sans antécédents familiaux ou personnels particuliers et évoluant jusqu'à son terme sans anomalie [1]. 60% des femmes enceintes, avec une grossesse normale, [23][1] pourraient alors être prise en charge en ambulatoire par leur médecin généraliste dans le cadre de suivi conjoint.

Une grossesse est considérée comme à haut risque si les antécédents généraux et obstétricaux de la patiente, présentent un risque pour la santé de la mère ou de l'enfant [24].

La surveillance de la grossesse ne peut être le fait que d'une équipe expérimentée et coordonnée comportant idéalement un généraliste, un obstétricien, un échographiste et une sage femme.[13]

Depuis quelques années, on remarque en France un fort développement de la surveillance périnatale en réseau de soins. Le plan gouvernemental de périnatalité 1995-2000 et le colloque des gynécologues et obstétriciens (Conférence de consensus de 1998) ont tenté, par la création de réseaux :

- D'améliorer la prise en charge des grossesses et des accouchements
- De préciser la place et le rôle des différents acteurs afin d'améliorer la coordination entre les professionnels.

On définit actuellement 2 types de réseaux [13] :

- Un réseau **périnatal** comprenant l'ensemble des services (établissements publics et privés) offrant de manière coordonnée un ensemble de soins obstétricaux et pédiatriques à une population donnée. Les maternités ont été classées en fonction du niveau de technicité en soins pédiatriques avec trois niveaux de prise en charge périnatale [cf. chapitre Historique].

- Un réseau de **santé prénatal** ou réseau de suivi de grossesse : il s'agit d'un réseau « en amont » de l'accouchement qui vise à :
 - dépister les grossesses à risque
 - informer sur le déroulement de la grossesse
 - orienter les patientes si nécessaire vers le spécialiste ou la structure la mieux adaptée, ou l'organisme social si besoin
 - assurer le suivi et l'accompagnement des femmes enceintes durant toute la grossesse.

De nombreux réseaux de santé prénataux se développent en France (en Charente à Ruffec, en Saône et Loire, dans le Haut Nivernais).

Le premier réseau a été développé en 1994 à Clamecy dans la Nièvre. Il n'existe pas de réseau prénatal dans le Limousin de nos jours.

En plus du réseau prénatal et du réseau périnatal, d'autres tendances existent actuellement mais elles n'incluent pas ou peu les généralistes dans leur fonctionnement :

- en post partum, les **réseaux de sages femmes libérales**
- **l'hospitalisation à domicile (HAD)**. Cette structure existe à Grenoble, en région parisienne et dans les Vosges à Gérardmer [25]. Suite à la fermeture de la maternité à Gérardmer en 1991, une HAD a été créée avec 2 postes de sage femme. Ces sages femmes ont pour rôle :
 - d'assurer les consultations prénatales.
 - d'organiser les cours de préparation à l'accouchement.
 - d'effectuer le suivi des grossesses pathologiques (les généralistes ne peuvent pas en être les prescripteurs).
 - d'effectuer le suivi des suites de couche : en l'absence de contre-indication les femmes rentrent chez elles 3 jours après l'accouchement et bénéficient pendant 4 jours de la visite biquotidienne d'une sage femme. La visite du huitième jour de l'enfant est assurée par le généraliste de famille (ces derniers ont bénéficié d'une formation par les pédiatres de l'hôpital de Remiremont).

Les familles représentant l'HAD des Vosges ne représentent que 20% des naissances.

L'HAD est un organisme hospitalier et ne peut pas être prescrit par le généraliste. Il n'y a pas de service de garde ou d'urgence. Il n'existe pas de coordinateur de la surveillance de la grossesse.

La tendance actuelle est de replacer la femme enceinte au centre d'un dispositif complexe de soins.

La surveillance des grossesses normales est confiée, soit dans le cadre de réseau soit dans le cadre de l'HAD, de plus en plus :

- aux sages femmes qui y sont parfaitement préparées comme cela se pratique déjà dans d'autres pays européens. (Par exemple : la Finlande où le suivi des grossesses normales se fait essentiellement par la sage femme, peu par le généraliste et jamais par le gynécologue obstétricien.)

- aux généralistes en harmonie avec tous les intervenants.

b) L'exemple du réseau de Clamecy

Le réseau de santé prénatal du Haut Nivernais réunit plusieurs acteurs :

- la sage femme PMI qui a le titre de sage femme réseau et des fonctions de coordination
- le gynécologue obstétricien
- les médecins généralistes (26 sur 28)
- une 2^{ème} sage femme PMI
- une puéricultrice de PMI
- la maternité de Dijon
- le service de néonatalogie de Dijon
- l'inter secteur de pédopsychiatrie.

Dès la déclaration de grossesse, le médecin généraliste ou le gynécologue proposent systématiquement une consultation à domicile de la sage femme réseau venant en complément de la prise en charge par le médecin traitant. Elle passe habituellement entre 13 et 17 semaines d'aménorrhée (SA). La sage femme rencontre actuellement 98% des femmes enceintes du secteur. Son rôle est :

- d'informer chaque femme et couple sur le réseau, sa fonction, ses objectifs et de donner toute information utile sur les précautions à prendre lorsqu'on attend un enfant.
- d'informer sur le déroulement de la grossesse, les examens, les différentes consultations, la prise en charge par le généraliste les 6 premiers mois et le passage vers la 31 SA à l'équipe hospitalière qui prendra en charge la période précédant la naissance. Le suivi post natal doit être réalisé par le médecin traitant auquel seront adressées la patiente et son enfant.
- de tenter de repérer en partenariat avec les médecins les facteurs de risque médicaux, sociaux et psychologiques.

Un courrier est systématiquement envoyé au médecin qui a adressé la patiente et celle-ci est revue après l'accouchement avec son bébé à la maternité par la sage femme. Les patientes expriment en général une impression de sécurité, de coordination et de cohérence entre les différents acteurs.

Un carnet de suivi de la grossesse a été élaboré pour la transmission des informations [voir annexe 10].

Suite à la demande des généralistes qui ressentaient un besoin de formation pratique, un projet a été élaboré et validé par le département de médecine générale. La formation sera effectuée par la sage femme.

Le maillage ainsi constitué, permet le fonctionnement d'une maternité de proximité dans des conditions de sécurité satisfaisante. Ce travail suppose de la part de tous les acteurs une certaine humilité, un respect aussi de chaque profession. Ce travail permet un ajustement mutuel des pratiques, une standardisation des procédures par la définition de protocoles et de procédures consensuelles. Il en résulte une meilleure transmission des informations à l'équipe d'accouchement, un meilleur dépistage des grossesses à risque et une amélioration de la qualité du suivi de la grossesse.

**SURVEILLANCE THEORIQUE
DE LA GROSSESSE**

Le suivi de la grossesse commence avant la conception et le généraliste est parfois le seul praticien que la patiente voit régulièrement à cette période. Le diabète, les antécédents de non fermeture du tube neural, les familles porteuses d'anomalies génétiques imposent le recours à un conseil spécialisé. Le généraliste doit donc connaître ces situations et savoir, soit les traiter, soit les confier à un service spécialisé. Il peut également s'assurer que les dépistages ont été faits (rubéole, toxoplasmose...).

La surveillance de la grossesse est encadrée par des dispositions réglementaires et de nombreuses recommandations.

Les consultations prénatales obligatoires sont au nombre de 7 et ont un double objectif : [26]

- S'assurer que la grossesse évolue de façon naturelle.
- Rechercher la présence ou la survenue d'éléments anormaux susceptibles de transformer un état physiologique, ou un état pathologique comportant des risques pour la mère et l'enfant.

I LA PREMIERE CONSULTATION :

Il s'agit de la consultation la plus importante. Le premier examen doit obligatoirement être pratiqué par un médecin et être réalisé avant la fin du 3^{ème} mois de grossesse. Il a pour but de :

- Confirmer la grossesse et déterminer le terme
- Rechercher les facteurs de risque
- Planifier les consultations ultérieures
- Prescrire les examens biologiques et échographiques
- Réaliser la surveillance de la grossesse.

I.1. Confirmation et datation de la grossesse :

La confirmation d'une grossesse est le plus souvent simple par l'examen clinique, la recherche de signes sympathiques de grossesse, une courbe thermique évocatrice et une aménorrhée secondaire.

En cas de doute, on aura recours soit au dosage des beta HCG plasmatiques soit à l'échographie pelvienne (par voie vaginale) si l'âge est estimé au-delà de 6 semaines d'aménorrhée.

La détermination du terme de la grossesse est très importante et facile avec la date des dernières règles en cas de cycle régulier, de rapport unique, de courbe de température ou d'induction de l'ovulation.

Lorsque le diagnostic est difficile, on aura recours à l'échographie précoce [27].

I.2. Les facteurs de risque :

- Antécédents familiaux de la patiente et du partenaire :
 - Diabète
 - Grossesse gémellaire
 - Pathologie cardio-vasculaire, hypertension artérielle (HTA)
 - Enfants porteurs de malformations ou de débilité inexplicée

- Antécédents personnels :
 - Généraux, individuels et sociaux :
 - Age inférieur à 16 ans
 - Age supérieur à 38 ans : la recherche d'une aberration chromosomique est nécessaire par amniocentèse [27]
 - Obésité ou maigreur
 - Taille inférieure à 150 cm
 - Tabac, alcool ou autre toxicomanie
 - Profession de la mère et du conjoint
 - Trajet journalier et conditions socioéconomiques
 - Facteurs psychologiques

 - médicaux :[26] [28]
 - prise médicamenteuse au long cours
 - HTA
 - Diabète
 - Néphropathie, pathologie de l'arbre urinaire, infection urinaire
 - Cardiopathie
 - Antécédents ostéo-articulaires traumatiques
 - Myopie
 - Antécédents thromboemboliques, varices
 - Maladie endocrinienne et de système
 - Hépatite, HIV
 - Herpès
 - Anémie

 - chirurgicaux (utérus cicatriciel entre autre)

 - gynécologiques et obstétriques :
 - fausses couches spontanées à répétition
 - Interruption volontaire de grossesse
 - Révision utérine
 - Césarienne
 - Pathologie gravidique (menace d'accouchement prématuré, HTA, diabète gestationnel, alloimmunisation...)

- Accouchement prématuré
- Infections pelviennes
- Malformation utérine
- Endométriose
- Psychose puerpérale

I.3. L'examen clinique initial :

Il comporte un examen général avec :

- Poids avant la grossesse, taille
- Mesure de la pression artérielle
- Auscultation cardiaque et pulmonaire
- Palpation de la thyroïde
- Examen de l'abdomen
- Examen des membres inférieurs

Il comporte également un examen gynécologique :

- Palpation des seins
- Palpation abdominale
- Toucher vaginal
- Examen systématique au spéculum
- Frottis cervico-vaginal systématique si le dernier à plus de 2 ans [26]

Au terme de cet examen seront donnés des conseils à la patiente concernant les activités physiques sportives, l'automédication, l'alimentation et les motifs de consultation en urgence.

La déclaration de grossesse sera réalisée à la fin de ce premier examen, soit avant 14 semaines d'aménorrhée (SA).

A l'issue de cette consultation un carnet de grossesse est normalement délivré à toute femme enceinte par le conseil général de son département. Selon l'arrêté du 16 novembre 1990 [annexe 5], le président du Conseil Général est chargé de sa diffusion. En Haute-Vienne, celui-ci est disponible à la DISSD (direction des interventions sociales et de la solidarité départementale). Ce carnet est à la disposition des praticiens mais uniquement à leur demande afin de pouvoir le remettre à la patiente.

Ce carnet de maternité est un outil de suivi de la grossesse. La femme en est le dépositaire, le médecin généraliste garde un double [29]. Il est rempli par le généraliste, l'obstétricien, la sage femme et l'échographiste. Il matérialise la prise en charge et permet une communication de qualité entre les différents intervenants.

Cette première consultation est donc primordiale : elle doit « dépister, informer et orienter » [13]. De cette consultation découlera le bon déroulement de la grossesse.

II LES AUTRES CONSULTATIONS :

Pour une grossesse normale, le rythme est d'une consultation par mois après le premier trimestre, soit six consultations prénatales.

Elles ont pour but de vérifier la bonne évolution de la grossesse (autant sur le plan clinique que biologique et échographique) et de dépister les anomalies.

L'interrogatoire recherche :

- Les pathologies intercurrentes survenues entre les consultations
- La présence de signes urinaires, de métrorragies
- La présence des mouvements actifs du fœtus à partir de 20 SA
- La présence de contractions utérines pathologiques.

L'examen clinique consiste en :

- La prise du poids (qui ne doit pas dépasser en moyenne 10 à 12 kg [26])
- La mesure de la tension artérielle, la prise du pouls
- La recherche d'œdèmes des membres inférieurs
- La palpation abdominale qui évalue la forme de l'utérus, sa tonicité, le volume du liquide amniotique et la situation de la présentation au-dessus de la symphyse pubienne à partir de 28 SA. [1]
- La mesure de la hauteur utérine qui doit être surveillée à chaque consultation, en rappelant qu'elle est en moyenne égale au terme exprimé en mois multiplié par 4 (VOKAER 1985). Cette règle reste valable jusqu'au terme si on retranche 2 cm les 2 derniers mois (LANSAC 1990).
- La recherche des bruits du cœur fœtaux, soit avec un appareil à ultrasons à partir de 12 SA [26], soit à l'aide d'un stéthoscope obstétrical uni auriculaire de Pinard à partir de 20-22 SA. Le rythme de base est 120 à 150 battements par minute.
- Le toucher vaginal qui est considéré en France comme une aide pour dépister et confirmer une menace d'accouchement prématuré (MAP). Il recherche au 2^{ème} trimestre plus spécifiquement des modifications cervicales et, au 3^{ème} trimestre, il explore le col utérin, le segment inférieur, la présentation fœtale, le bassin osseux et le tractus génital.
- Les examens des 8^{ème} et 9^{ème} mois doivent être pratiqués en principe par l'équipe obstétricale qui prendra en charge

l'accouchement, afin d'établir un pronostic obstétrical de l'accouchement et prévoir les modalités de celui-ci.

III LA SURVEILLANCE BIOLOGIQUE :

III.1. Le cadre légal :

Les décrets de 1992 et 1993 rendent obligatoire la réalisation ou la proposition de certains examens biologiques au cours de la grossesse.

- Avant la 15 SA (soit la fin du 3^{ème} mois) :
 - Détermination du groupe sanguin (ABO, phénotypes, rhésus complet et Kell) si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (2 déterminations).
 - Dépistage de la syphilis, sérologies rubéole et toxoplasmose, en l'absence de preuve écrite considérant l'immunité acquise.
 - Recherche d'anticorps irréguliers (RAI) à l'exclusion des Anticorps (Ac) dirigés contre les Antigènes (Ag) A et B. Si la recherche est positive, l'identification et le titrage sont obligatoires.
 - Proposition par chaque médecin, après information des risques de contamination, d'un test de dépistage de l'infection par le VIH.

- Au 6^{ème} mois de grossesse :
 - Dépistage de l'Ag HBs.
 - Numération globulaire.
 - Chez les femmes rhésus négatif ou précédemment transfusées, on recherche les Ac irréguliers, toujours à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B. Si la recherche est positive l'identification et le titrage sont obligatoires.

- Au 8^{ème} et 9^{ème} mois :
 - 2^{ème} détermination du groupe sanguin.
 - RAI aux 2 examens.

- Par ailleurs :
 - La sérologie toxoplasmose est obligatoire à chaque examen si l'immunité n'est pas acquise.
 - La recherche de l'albuminurie et de la glycosurie est obligatoire à chaque examen.
 - En cas de sérologie négative pour la rubéole lors du premier examen , il n'est pas obligatoire mais fortement recommandé de répéter systématiquement l'examen au cours des quatre premiers mois de la grossesse. [26]

III.2. Les autres examens biologiques :

- La recherche des bêta HCG par un dosage qualitatif est suffisant pour le diagnostic de la grossesse et ne doit pas être systématique. « il n'y a pas lieu de demander une recherche systématique des bêta HCG si la grossesse est suffisamment évoluée pour être diagnostiquée cliniquement, ou si elle a été affirmée par l'échographie » [30]

- Le dépistage des infections urinaires est recommandé par l'Agence Nationale pour le Développement de l'Evaluation Médicale (ANDEM) chez toutes femmes enceintes au moins une fois par grossesse vers 16-17 SA (maximum d'efficacité) par bandelettes urinaires réactives. En effet 2 à 11% des femmes présentent une bactériurie asymptomatique.[31]

- La numération globulaire : l'ANDEM juge trop tardive la prescription de l'hémogramme au 6ème mois, celui n'étant modifié que lors d'une carence martiale profonde. Il est donc proposé d'effectuer un hémogramme et un dosage de la ferritine au cours du premier trimestre de la grossesse [32] [33].

L'intérêt est de dépister les patientes ayant une anémie afin de leur proposer un traitement curatif, et de dépister les patientes ayant une déplétion martiale pour leur proposer un traitement préventif.

- Dépistage de la trisomie 21 : la trisomie 21 est l'anomalie chromosomique la plus fréquente. Elle touche en moyenne 1 nouveau né sur 770. La loi rend obligatoire la **proposition** de dépistage sanguin du risque accru de trisomie 21 et de non fermeture du tube neural après information de la femme sur les risques pour l'enfant à naître d'être atteint de trisomie 21, sur les caractéristiques de cette maladie, des moyens de la détecter, des possibilités thérapeutiques, sur les résultats obtenus au cours de l'analyse, sur les risques inhérents au prélèvement (décret du 6/5/1995) [**annexe 8**].

Ce test consiste en un dosage des bêta HCG associé aux dosages de deux autres marqueurs sériques : l'alphafoetoprotéine et l'oestriol non conjugué. Il doit être réalisé entre la 15ème et la 17ème SA (décret du 23/01/1997). Si le risque calculé est supérieur à 1/250, un caryotype foetal est proposé par amniocentèse.

Ces deux examens sont pris en charge à 100% par la sécurité sociale.

Le dépistage par amniocentèse repose actuellement sur :

- L'âge maternel élevé > 38 ans
- Le dosage des marqueurs sériques de la patiente
- Les signes d'appel échographique (mesure précoce de l'épaisseur de la clarté nucale, recherche de l'os nasal entre 11 et 14 semaines de grossesse qui

serait non visible dans 73% des cas de trisomie 21 par hypoplasie ou retard d'ossification [34]).

Lorsque l'on prend en compte l'âge maternel, les dosages biochimiques et l'hypertransparence nucale, la sensibilité du dépistage de la trisomie 21 entre 11 et 14 semaine de grossesse est de 85% avec 5% de faux positif ; ce pourcentage s'abaisse à 1% si l'on associe la présence ou l'absence de l'os nasal.

La sensibilité de ce dépistage de la trisomie 21 est de 82 % pour l'augmentation de l'épaisseur de la transparence nucale avec 8% de faux positif et de 92% avec 3% de faux positif lorsqu'on y associe l'absence d'os nasal.[35]

Dans l'avenir le dépistage des anomalies génétiques, en particulier la trisomie 21, sera peut-être réalisé par une simple prise de sang. En effet des chercheurs de l'INSEERM Unité 370 (Hôpital de Necker) sont partis du constat que des cellules fœtales circulent dans le sang maternel (de l'ordre de 1 cellule par millilitre de sang). Ces cellules étant volumineuses, cela permettrait de les filtrer puis de les capturer au microscope laser et d'effectuer une analyse génétique. Cette technique a été validée uniquement pour des femmes enceintes de fœtus masculins. [36] [37] [38]

- Dépistage du diabète gestationnel :

Le diabète gestationnel se définit comme un trouble de la tolérance glucidique, diagnostiqué pour la première fois au cours d'une grossesse. La prévalence du diabète gestationnel est de l'ordre de 3 à 6% de toutes les grossesses [39].

En France, les dernières recommandations nationales émises par l'ANDEM et le CNGOF préconisent la poursuite du dépistage systématique. Il doit être réalisé chez toute femme enceinte entre 24 et 28 SA [39].

Chez les femmes présentant des facteurs de risque, il doit être réalisé dès le début de la grossesse et renouvelé s'il est négatif entre 24 et 28 SA.

Les facteurs de risque sont : les antécédents familiaux de diabète, l'obésité avec un indice de masse corporelle supérieur ($>$) à 27 kg/m², l'âge $>$ 30 ans, les antécédents de mort fœtale in utero inexpliquée ou de macrosomie, les antécédents de pré éclampsie, les antécédents d'hyperglycémie sous oestroprogestatifs ou sous corticoïdes, les antécédents lors d'une grossesse précédente.

Autres signes d'appel : l'apparition d'une glycosurie, d'une macrosomie, d'un hydramnios, de malformation, d'une prise de poids excessive.

Ce dépistage est réalisé à l'aide d'une épreuve de charge en glucose ou test de O'SULLIVAN. Il consiste à pratiquer un dosage de la glycémie 1 heure après ingestion de 50 g de glucose quelque soit l'heure du dernier repas.

Le dépistage est considéré comme positif si la glycémie est $>$ à 1,30 g/l (7.2 mmol/l) ou 1,40 en fonction de la sensibilité désirée. Le seuil de 1,30 g/l offre une sensibilité de 100% mais est associé à un nombre plus élevé de faux positif.

Le diagnostic de diabète gestationnel doit être confirmé par une hyperglycémie provoquée par voie orale.

Elle est réalisée : - à jeûn, au repos et après une absence de restriction volontaire des apports glucidiques dans les 3 jours précédents l'examen [40].

- sur 3 heures, après ingestion de 100 g de glucose.

Sont considérées comme diabétiques les femmes ayant au moins 2 valeurs supérieures ou égales à :

Glycémie à jeun	Glycémie à 1 heure	Glycémie à 2 heures	Glycémie à 3 heures
0,95 g/l soit 5,3 mmol/l	1,80 g/l soit 10,1 mmol/l	1,55 g/l soit 8,7 mmol/l	1,40 g/l soit 7,8 mmol/l

Il n'existe aucun consensus établi pour définir les modalités exactes du dépistage du diabète gestationnel.

Certaines équipes ont récemment proposé l'alternative de la glycémie à jeun avec une valeur seuil de 0,8 g/l, offrant une sensibilité de 100% mais qui aurait pour principal inconvénient une augmentation importante du nombre de HGPO (65%) avec un grand nombre de faux positif (55%) [40]. Une étude préalable évaluant de façon comparative le rapport coût/efficacité du test de O'SULLIVAN versus glycémie à jeun serait nécessaire.

III.3. Tableau récapitulatif des examens biologiques

EXAMENS BIOLOGIQUES	1er trimestre	4ème mois	5ème mois	6ème mois	7ème mois	8ème mois	9ème mois
groupe ABO;Rh	αα					α	
RAI	α			α		α	α
sérologie de la syphilis	α						
en l'absence d'une immunité acquise toxoplasmose	α	α	α	α	α	α	α
sérologie de la rubéole si absence de preuve écrite d'une immunité acquise	α	#					
proposition HIV	α						
Antigène HBs	?			α			
numération sanguine	#			α			
test O'SULLIVAN	?			#			
proposition du protocole HT21	α						
albuminurie et glycosurie	α	α	α	α	α	α	α
bandelette urinaire	#	#	#	#	#	#	#

TABLEAU RECAPITULATIF DES EXAMENS BIOLOGIQUES

αα en cas de première grossesse

α obligatoire

conseillé

? à valider

IV LA SURVEILLANCE ECHOGRAPHIQUE : [26][41]

Actuellement la plupart des patientes bénéficient de 3 échographies. Seules 3 sont recommandées en l'absence de pathologie.

La première, entre 11 et 12 SA, permet de réaliser un premier examen morphologique et de mesurer la clarté nucale, de voir la vitalité fœtale, de confirmer l'âge gestationnel par la mesure de la longueur craniocaudale de l'embryon.

La seconde échographie, vers 19 et 22 SA, permet de réaliser l'examen morphologique complet du fœtus, et d'effectuer une biométrie fœtale pour dépister un retard de croissance intra utérin.

La troisième, vers 31 et 33 SA, évalue la bonne croissance fœtale, précise la présentation de l'enfant et analyse le cordon ombilical, le placenta et la quantité de liquide amniotique.

V SUPPLEMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE :

Tout indique aujourd'hui que les mécanismes d'adaptation permettent aux femmes bien nourries, en bonne santé, ayant à leur disposition une alimentation variée, de mener une grossesse normale à son terme sans autre ressource que celle que procure l'augmentation spontanée de leur consommation alimentaire. Parmi toutes les suppléments possibles (calcium, magnésium, fer, fluor, vitamines...) seuls deux éléments ont été retenus par une conférence d'experts (nutritionniste, gynécologue) du CNGOF [42] : la vitamine D et l'acide folique.

Le fluor : dépourvu d'effet tératogène, son administration n'a d'effet que sur les dents de lait car la minéralisation des dents permanentes ne commencent que vers la naissance et se poursuit jusqu'à l'âge de 12, 13 ans.

Le magnésium : la supplémentation en magnésium per os pendant 3 mois permettrait de diminuer de façon significative les crampes musculaires mais les résultats sur les complications gravidiques (préclampsie, toxémie, hypotrophie, prématurité) sont très discordants. Par conséquent il n'existe aucune justification à la supplémentation systématique.

L'iode : une recommandation de supplémentation de l'ordre de 100 à 150 µg/j d'iode n'est indiqué que pour les situations à risque de carence (régions traditionnelles du goitre endémique, immigrés surtout de la zone sub saharienne).

Calcium : pas de supplémentation puisque la consommation moyenne des femmes enceintes est de l'ordre de 700 à 1100 mg/j, ce qui correspond aux recommandations concernant l'apport calcique (entre 750 et 1200 mg/j).

Fer : la prescription de fer, qui était une habitude de certains praticiens, a deux inconvénients : troubles digestifs et risque de polyglobulie artificielle. Elle n'est conseillée qu'en cas d'anémie constatée.

Vitamine D : il est recommandé de prescrire une dose unique de 100 000 UI de vitamine D au début du 7^{ème} mois particulièrement pour les femmes enceintes qui ont une grossesse arrivant à terme dans l'hiver ou au printemps. Cette supplémentation permet de réduire la fréquence des hypocalcémies néonatales.

Acide folique : on dispose de données suffisantes pour recommander une alimentation riche en folates dans la période périconceptionnelle (légumes verts et secs, agrumes) ou une supplémentation de 0.4 mg/j pour les femmes sans antécédent particulier. Cette prévention doit être débutée 4 semaines avant la conception et se poursuivre 8 semaines après celle-ci [43]. Pour les femmes à risque élevé (antécédent de grossesse avec anomalie de fermeture du tube neural et femmes traitées par certains médicaments anti épileptique), une supplémentation de 5 mg/j d'acide folique est recommandée (1 mois avant la grossesse et jusqu'à 2 mois après le début).

Il s'agit de questions d'actualité puisque deux des objectifs du programme national (Nutrition-Santé 2001-2005) sont de : réduire la carence en fer pendant la grossesse et améliorer le statut en folates des femmes en âge de procréer, notamment en cas de désir de grossesse. [44]

VI PREPARATION A L'ACCOUCHEMENT :

Les cours de préparation à l'accouchement ont été introduits en France par Fernand LAMAZE après un voyage en URSS en 1950 [28]. Ces séances ont un intérêt pédagogique et sont sécurisantes. Elles permettent aux couples de se familiariser avec l'environnement de naissance et sont l'occasion pour le père d'être plus impliqué dans le déroulement de la grossesse.

La psychoprophylaxie obstétricale demeure la préparation classique mais d'autres méthodes sont également proposées : la préparation aquatique, la sophrologie, l'haptonomie, le yoga...

Ces séances sont remboursées à 100% par l'assurance maladie à raison de 8 et sont à débiter lors du 2^{ème} trimestre de la grossesse [26].

ENQUETE

I MATERIELS ET METHODES

I MISE EN PLACE DE L'ENQUETE :

Ce travail de thèse a été établi à partir de plusieurs questions :

- Les généralistes suivent-ils encore des grossesses comme il y a une vingtaine d'années ? Si non pourquoi ?
- Si oui, existe-t'il une différence de prise en charge de la grossesse normale entre médecins ruraux et urbains ?

L'objectif de ce travail a alors été :

- D'étudier la population des omnipraticiens libéraux du Limousin afin de savoir s'ils effectuaient des suivis de grossesse lors de leur activité quotidienne, d'évaluer leur formation gynécologique et obstétricale et leur besoin en formation, de connaître leurs souhaits actuels ainsi que leur opinion sur la place du généraliste dans la surveillance de la grossesse normale dans les années à venir.
- D'effectuer une étude comparative entre médecins urbains de Limoges et médecins ruraux creusois afin de connaître leur modalité du suivi de grossesse et d'évaluer leur bonne pratique de la surveillance obstétricale.

Une enquête de pratique a été adressée par voie postale à l'ensemble des généralistes libéraux du Limousin.

Nous avons procédé à l'envoi d'un questionnaire anonyme, accompagné d'une lettre explicative et d'une enveloppe réponse timbrée. Le premier envoi (816 médecins) a été effectué le 26/11/2001 et la relance (514 envois) le 14/01/2002.

II LE QUESTIONNAIRE : [annexe 11]

Il est composé de 54 questions dont 3 ouvertes et 6 semi-ouvertes permettant des réponses spontanées. Il contient 4 pages. La première page a été envoyée à tous les médecins, les trois pages suivantes ont été adressées uniquement aux médecins de Limoges et aux médecins ruraux de Creuse (c'est à dire sans Guéret et Aubusson).

Par ailleurs, seuls les médecins suivant des grossesses ne devaient remplir ces trois dernières pages.

II.1. Contenu du questionnaire :

- Sur la 1^{ère} page est consignée :
 - l'identification du médecin généraliste : le sexe, l'âge, la durée d'installation, le département et le type d'exercice (rural, urbain), le nombre d'acte par semaine, le nombre de grossesses suivies par an, les raisons du non suivi de grossesse
 - le recueil des informations sur la formation gynécologique et obstétricale des médecins : besoin en formation complémentaire, leur formation continue personnelle, leurs souhaits, leur opinion sur la création d'un diplôme médical universitaire
 - le recueil de l'opinion du médecin sur ces désirs de participer de façon plus active au suivi de grossesse, et sa place dans les années à venir dans la surveillance des grossesses normales.
- 2^{ème}, 3^{ème} et 4^{ème} pages :

Elles portent sur l'étude comparative avec une première partie concernant le suivi de la grossesse (type du suivi, modalité...). La deuxième partie concerne l'examen clinique. La troisième partie concerne les prescriptions au cours de la grossesse (examens biologiques, échographies, prescriptions médicales...), le suivi post natal et l'utilisation du carnet de maternité. La quatrième partie aborde les souhaits du généraliste pour assurer le suivi des grossesses normales (avec les autres intervenants : spécialistes, sage femme...).

II.2. L'échantillon :

L'envoi postal a été réalisé auprès de 816 médecins sur 925 généralistes libéraux installés dans le Limousin (fichier ADELI de la DRASS) :

141 en Creuse

423 en Haute-Vienne

252 en Corrèze

Ces médecins ont été sélectionnés après avoir *recoupé* le fichier ADELI, le fichier du conseil national de l'Ordre des Médecins et les pages jaunes de l'annuaire. A partir de ces listes, nous avons *expurgé* les médecins remplaçants, les omnipraticiens ayant une activité particulière (angiologue, allergologue, échographiste, sexologue...) et les médecins ayant une activité salariée exclusive.

Pour l'étude comparative entre médecins ruraux et urbains, nous avons sélectionné tous les médecins généralistes de Limoges *intra muros* et tous les médecins creusois (à l'exception de Guéret et d'Aubusson, ces 2 villes comportent par ailleurs des gynécologues) soit :

- 186 médecins limougeauds
- 115 médecins creusois ruraux

Nous avons reçu 664 réponses dont 19 non exploitables :

- 3 questionnaires vierges
- 1 médecin déconventionné en Creuse
- 1 médecin hospitalier urgentiste
- 3 retraités (1 creusois, 1 à Limoges, 1 en Haute-Vienne)
- 11 questionnaires arrivés après la saisie statistique (2 en Creuse, 2 à Limoges, 1 en Haute-Vienne, 6 en Corrèze).

Les données recueillies ont ensuite été saisies avec le logiciel Microsoft Excel puis analysées le 27 février à l'aide du logiciel Statview version 5 (SAS INSTITUTE).

Les différences significatives entre 2 variables ont été calculées avec le test de (Chi 2) pour un risque relatif de 5% (soit un $p < 0,05$).

L'analyse des questions ouvertes et semi-ouvertes a été faite selon la méthode « conception à l'écoute du marché » (utilisée par l'entreprise Legrand). Celle-ci consiste à noter les différentes idées apparues dans chaque réponse sur des « post-it® ». En fonction des critères choisis (homme femme, urbains ruraux, département ou lieu d'exercice...), une couleur donnée est attribuée aux « post-it® » qui sont ensuite regroupés par association d'idée et en fonction des critères retenus.

II RESULTATS DE L'ENQUETE DE PRATIQUE DANS LE LIMOUSIN

I CARACTERISTIQUE DE L'ECHANTILLON DES MEDECINS DU LIMOUSIN

661 médecins ont renvoyé leur questionnaire dont 645 ont pu être exploités soit un taux de réponse total exploitable de 79,04%.

Ces médecins ont répondu à 79,1% (soit 510 réponses) au premier envoi et 20,9% (soit 135 réponses) au deuxième envoi.

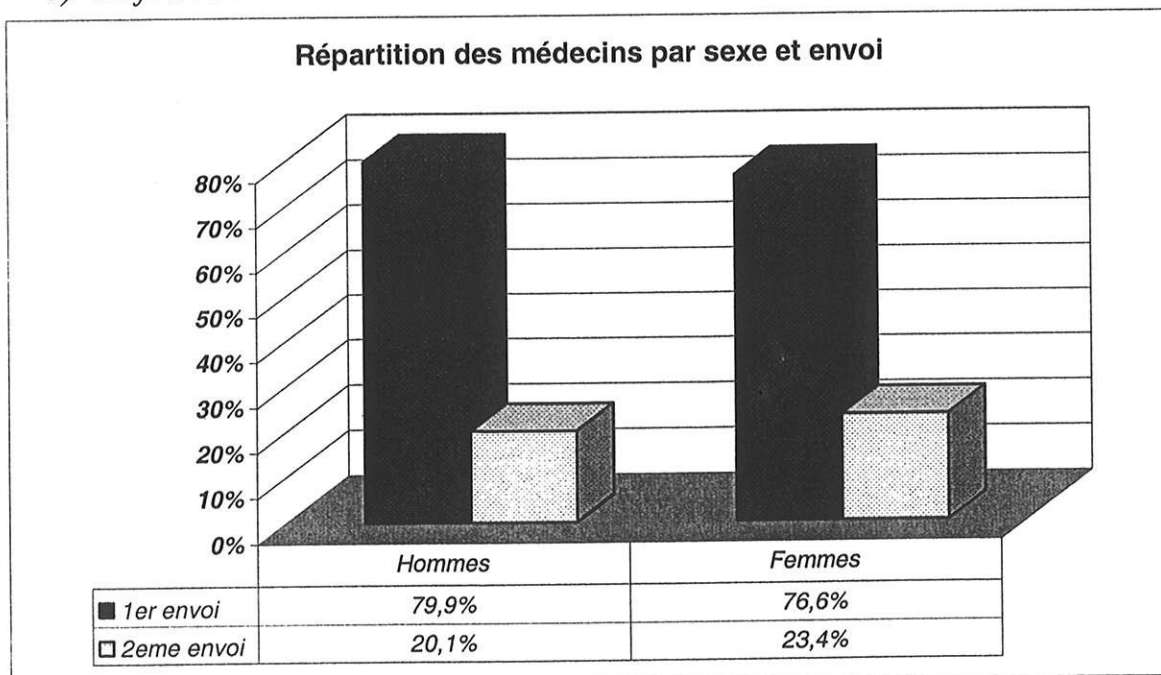
I 1) Répartition des médecins par sexe

645 réponses exploitables

a) globale

Parmi l'ensemble des médecins ayant répondu on retrouve 74 % d'hommes et 26 % de femmes.

b) en fonction des envois



Il n'existe pas de différence significative entre les 2 envois.

I 2) Répartition des médecins par âge

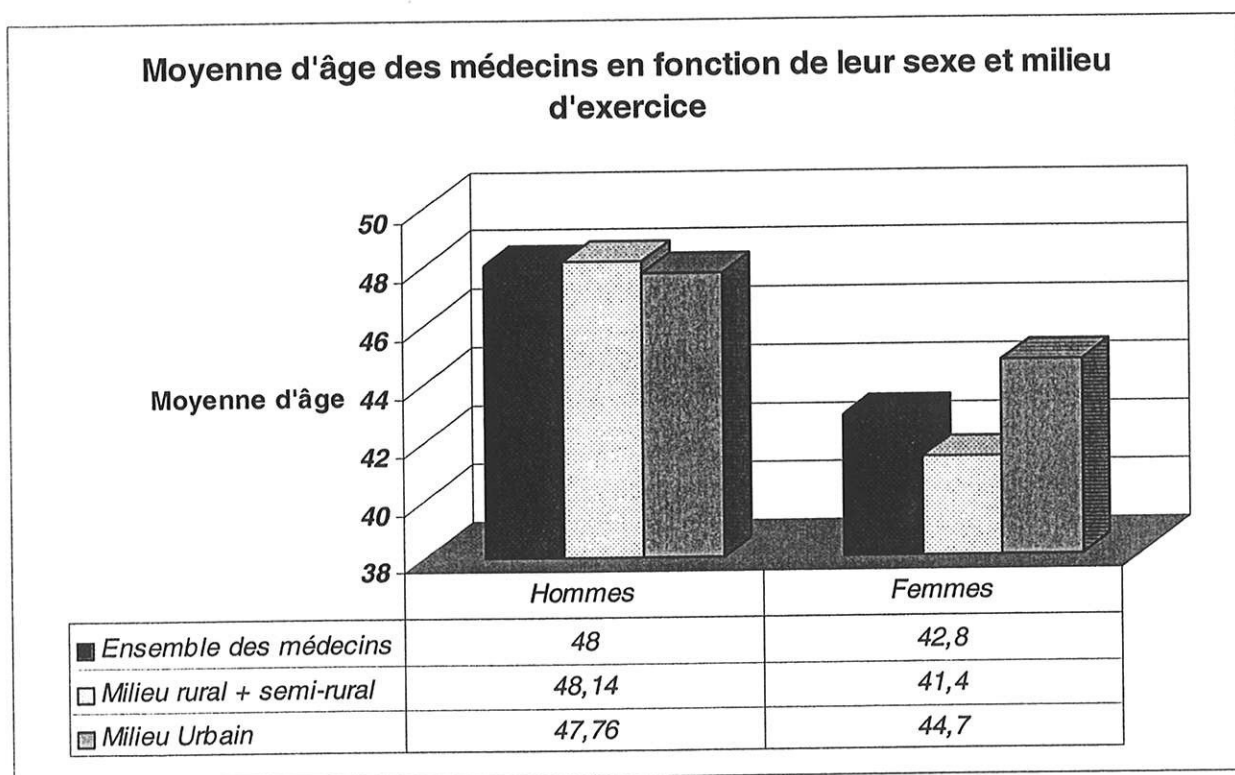
638 réponses exploitables

a) globale

L'âge moyen des médecins est de 46,6 ans sans différence entre médecins ruraux et urbains (avec un écart variant de 28 ans à 78 ans et une médiane de 47 ans).

b) Selon le sexe

L'âge moyen est de 42,8 ans pour les femmes et 48 pour les hommes.



Il existe une différence significative entre femme et homme ($p < 0,0001$).

I 3) Répartition des médecins par ancienneté d'installation

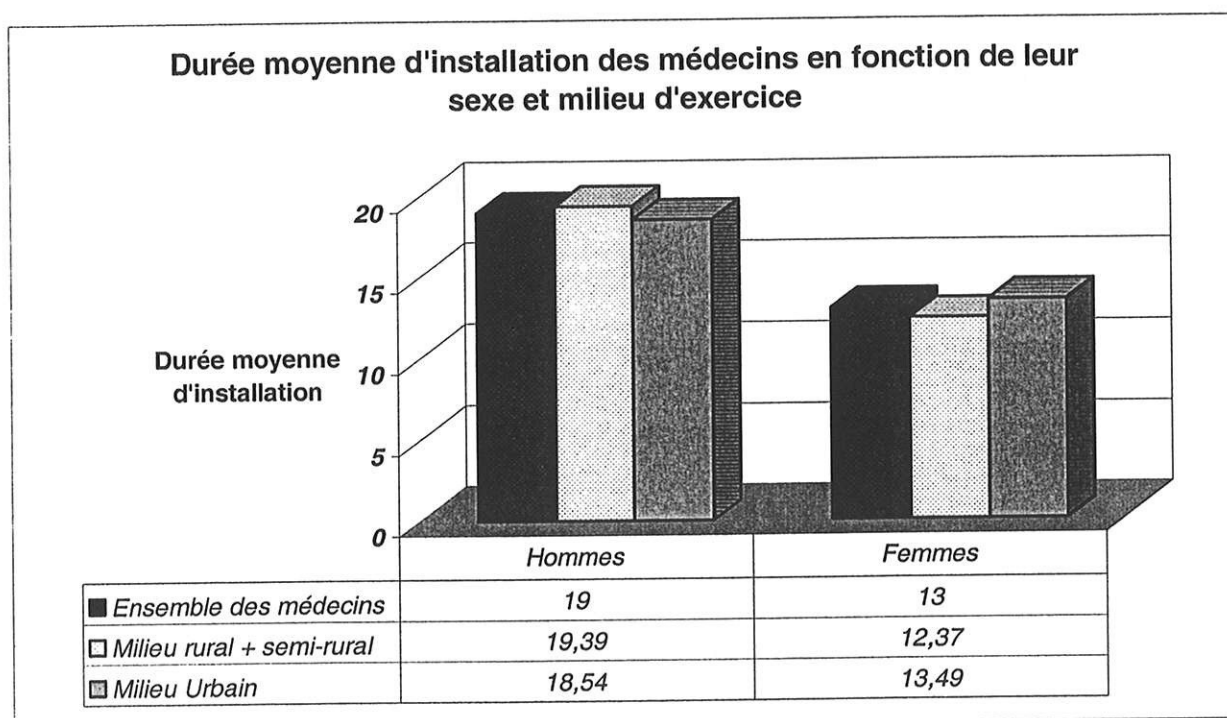
641 réponses exploitables

a) globale

La durée moyenne d'installation (c'est à dire de la pratique médicale) est de 17,5 années, avec pour les médecins ruraux et médecins urbains une moyenne respectivement de 17,82 et 17 années.

b) selon le sexe

La durée moyenne d'installation est de 13 années pour les femmes et de 19 années pour les hommes.



Il existe une différence significative entre homme et femme ($p < 0,0001$).

I 4) Répartition des médecins par département

645 réponses exploitables

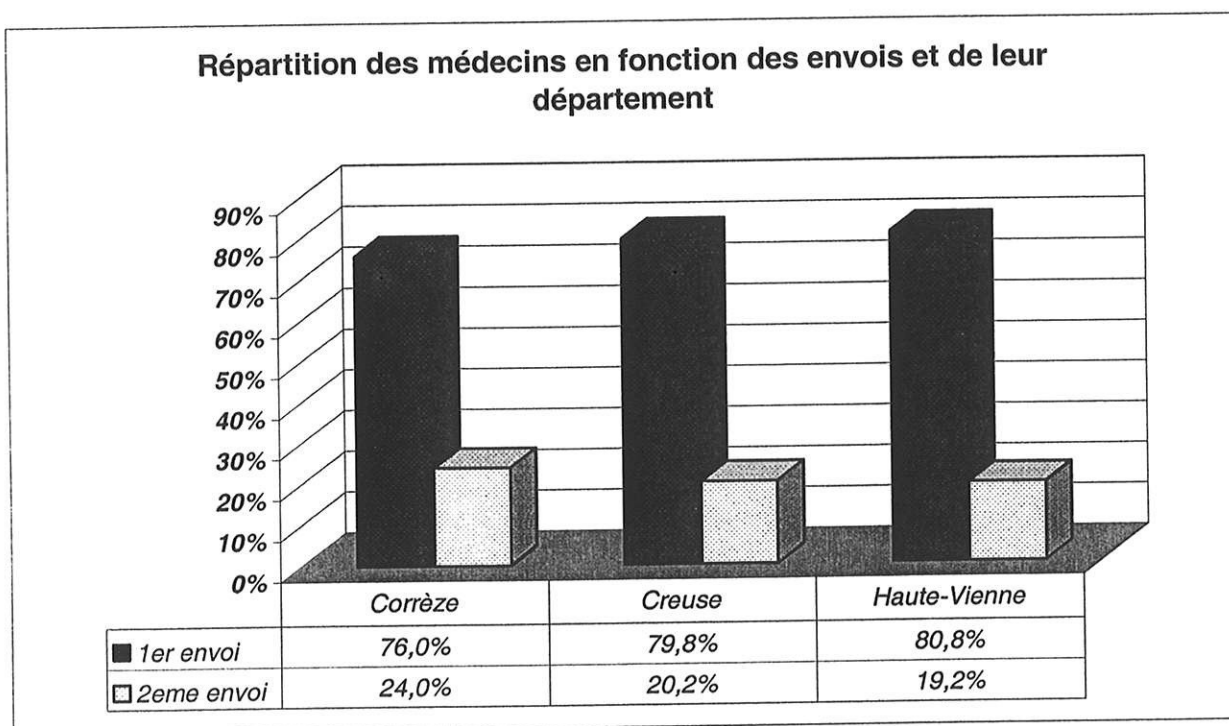
a) Globale

51 % des médecins sont installés en Haute-Vienne.

32 % des médecins sont installés en Corrèze.

17 % des médecins sont installés en Creuse.

b) Répartition des médecins en fonction du département et des envois



Il n'existe pas de différence significative.

I 5) Répartition des médecins par milieu d'exercice

645 réponses exploitables

- 57 % des médecins exercent en milieu rural ou semi rural.
- 39 % des médecins exercent en milieu urbain avec gynécologue.
- 4 % des médecins exercent en milieu urbain sans gynécologue.

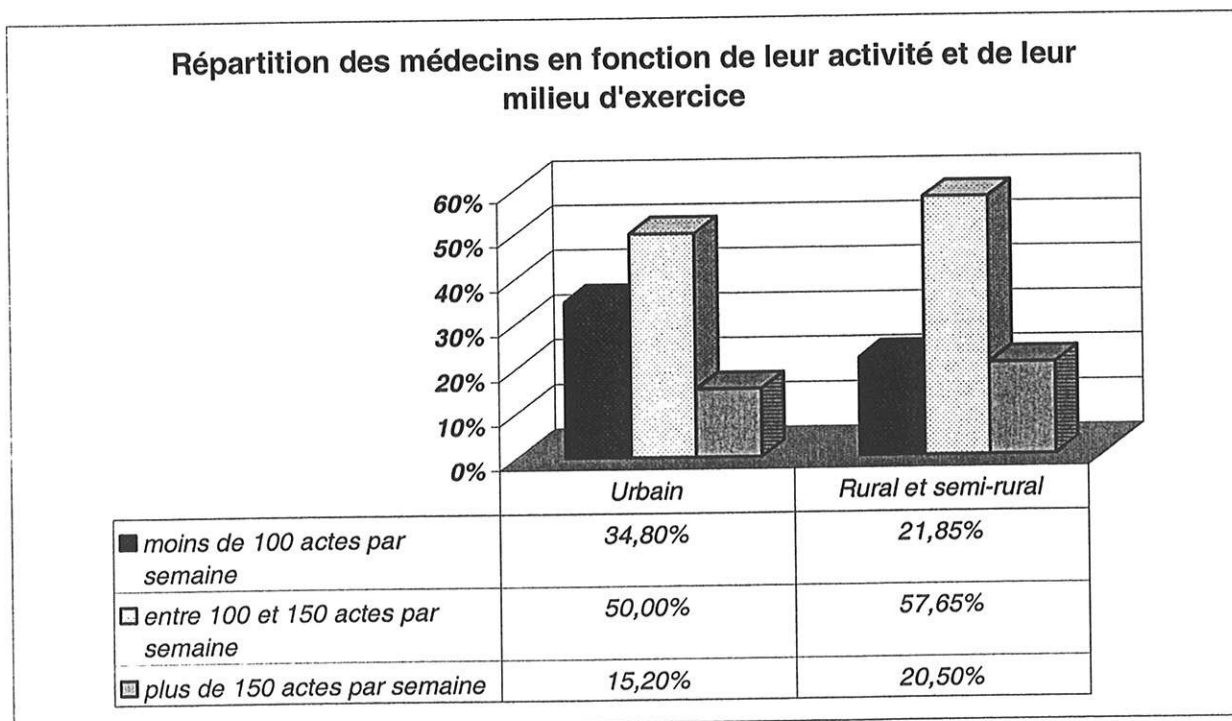
I 6) Répartition des médecins en fonction de leur activité

636 réponses exploitable

a) Globale

- 27,4 % des médecins effectuent moins de 100 actes par semaine.
- 54,4 % des médecins effectuent entre 100 et 150 actes par semaine.
- 18,2 % des médecins effectuent plus de 150 actes par semaine.

b) par milieu d'exercice



Il existe une différence significative ($p < 0,05$).

I 7) Conclusion

645 médecins ont répondu à l'enquête d'opinion (167 femmes et 478 hommes) âgés de 28 à 78 ans.

La moyenne d'âge est de 46,6 ans avec une durée d'installation moyenne de 17,5 années.

Il n'existe pas de différence significative entre les 2 envois pour la répartition des médecins « répondeurs » du Limousin que ce soit par rapport au sexe ou aux départements d'exercice. Le 2^{ème} envoi (la relance) n'a pas provoqué de biais de recrutement.

Il existe une différence significative pour la répartition des médecins :

- En fonction de leur sexe et leur durée d'installation. Les hommes sont installés depuis plus longtemps que les femmes.
- En fonction de leur sexe et de leur moyenne d'âge. Les hommes ont une moyenne d'âge plus élevée que les femmes.

Il existe une différence significative pour la répartition des médecins ruraux et urbains par rapport à leur activité hebdomadaire. Les médecins ruraux ayant une activité plus importante que les médecins urbains.

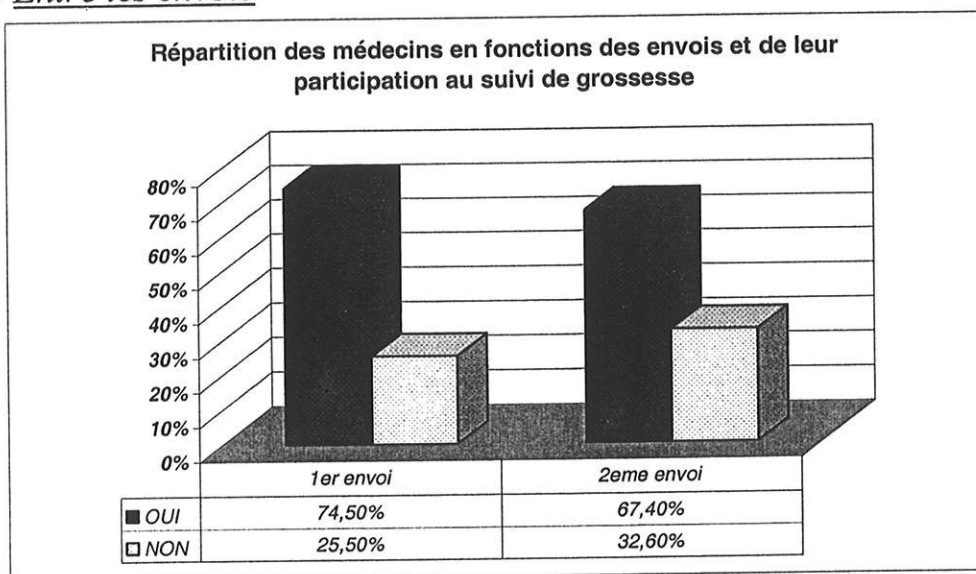
II LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

644 réponses exploitables

73% des médecins y participent contre 27% qui n'y participent pas.

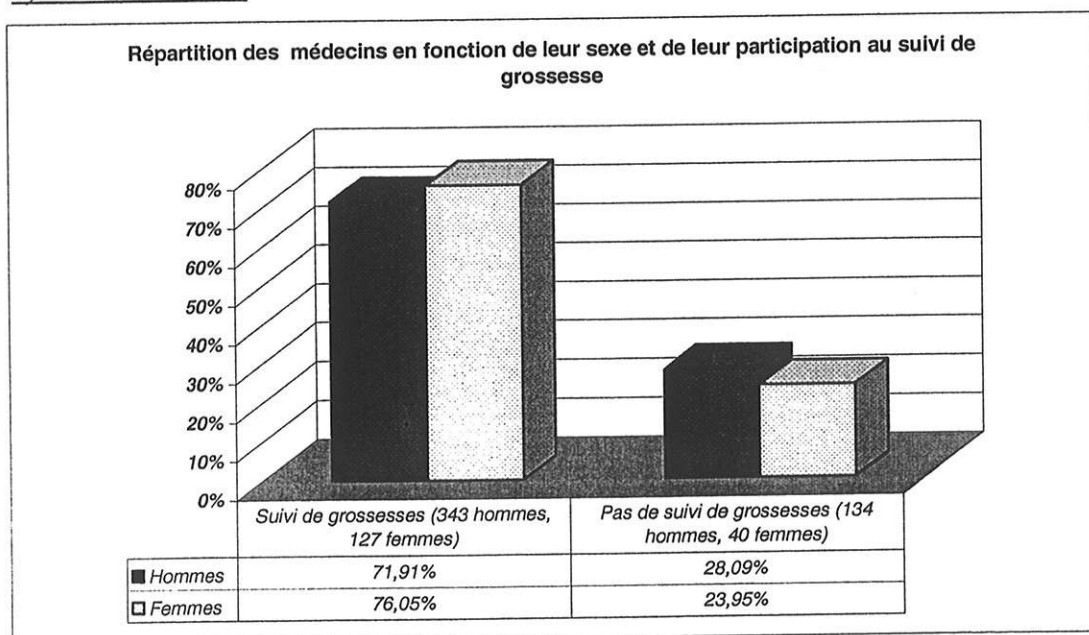
II 1) La répartition des médecins par rapport à la surveillance de grossesse

a) Entre les envois



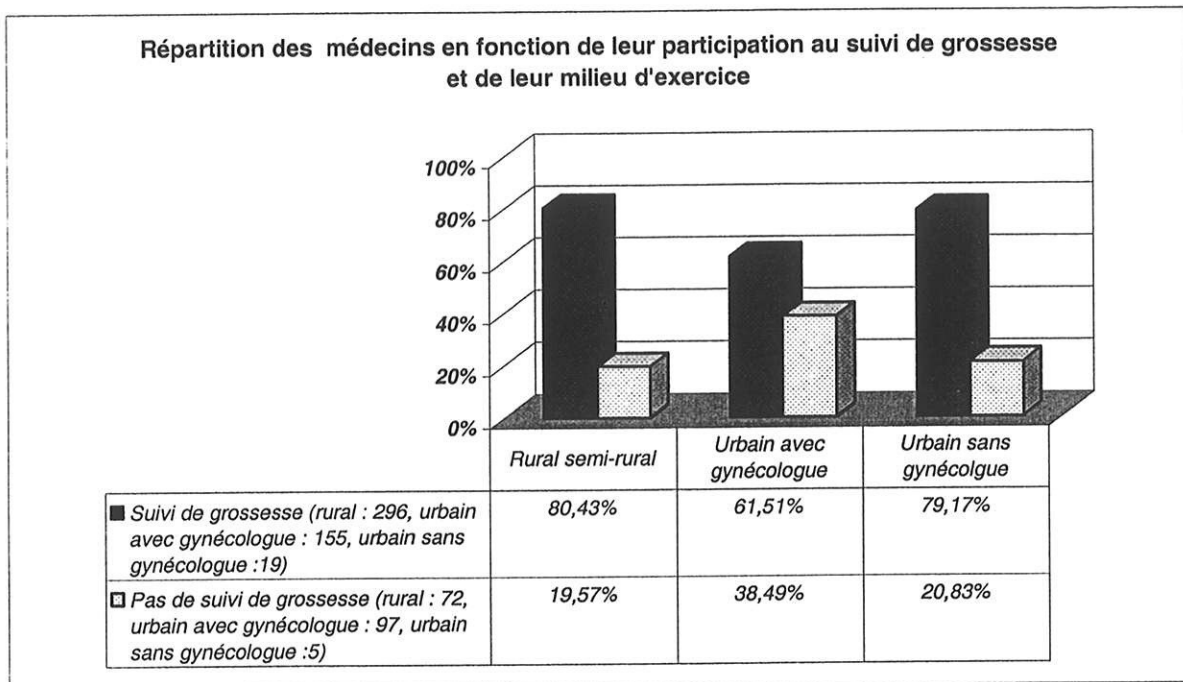
Il n'existe pas de différence significative entre les deux envois.

b) Selon le sexe



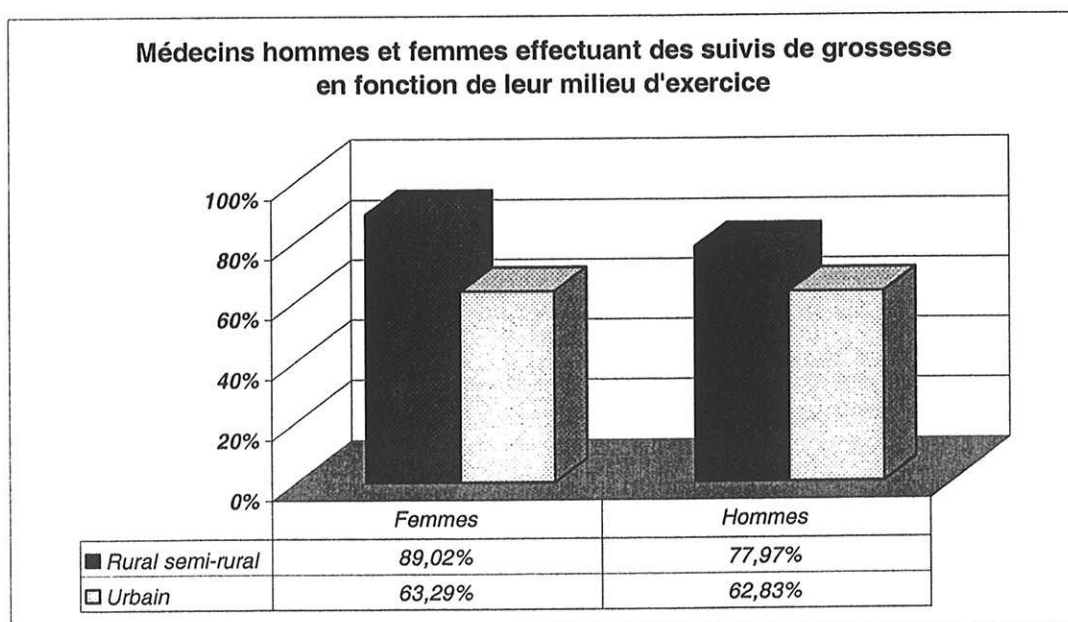
Il n'existe pas de différence significative.

c) Répartition des médecins en fonction de leur participation ou non au suivi de grossesse et de leur milieu d'exercice



Il existe une différence significative entre médecins ruraux et médecins urbains avec gynécologues.

d) Répartition des médecins suivant des grossesses en fonction de leur sexe et du milieu d'exercice



Il n'y a pas de différence significative.

II 2) Nombre annuel de grossesses suivies

Sur 470 généralistes suivant des grossesses, nous avons pu interpréter 460 réponses quantitatives (125 femmes et 335 hommes).

a) L'ensemble des médecins du Limousin

Les médecins du Limousin suivent en moyenne 5,9 grossesses par année avec une médiane de 5 et un écart variant de 1 à 22 grossesses par année.

b) Répartition en fonction du sexe

Femme	6,2 grossesses par an
Homme	5,9 grossesses par an

Il n'existe pas de différence significative.

c) Répartition en fonction du milieu d'exercice

urbain avec gynécologue	6,68 grossesses par an
urbain sans gynécologue	4,8 grossesses par an
ruraux et semi-ruraux	5,62 grossesses par an

urbains totaux	6,48 grossesses par an
ruraux et semi-ruraux	5,62 grossesses par an

Il n'existe pas de différence significative entre ruraux et urbains totaux.

d) Répartition en fonction de leur activité

moins de 100 actes par semaine	3,7 grossesses par an
entre 100 et 150 actes par semaine	6,4 grossesses par an
plus de 150 actes par semaine	7,9 grossesses par an

Il existe une différence significative ($p < 0,0001$).

e) Conclusion

Les médecins du Limousin suivent en moyenne 5,9 grossesses par an avec une médiane à 5.

Les généralistes urbains totaux suivent 6,48 grossesses par an contre 5,62 grossesses par an pour les médecins ruraux et semi-ruraux.

Plus leur activité est élevée et plus ils suivent de grossesses.

II 3) Les médecins n'effectuant pas de surveillance de grossesse

27% des médecins « réponders » de notre enquête ne suivent pas de grossesse soit 174. Sur ces 174 médecins, nous n'avons pu exploiter que 145 réponses (2 médecins n'ayant coché aucun item et 29 ayant coché plusieurs croix alors qu'il s'agissait d'une question à réponse unique).

L'analyse de ces 29 questionnaires a permis de s'apercevoir que les médecins avaient coché :

- 7 fois par choix personnel
- et/ou 20 fois par choix des patientes
- et/ou 4 fois par autre orientation médicale
- et/ou 16 fois car trop de risque médico-légal
- et/ou 9 fois car leur clientèle ne présente pas ces caractères
- et/ou 13 fois par besoin de formation.

▪ **Récapitulatif des suivis et non suivis de grossesse de l'ensemble des médecins « réponders » : total égal à 100%**

- 73% des médecins participent au suivi de grossesse
- 4,5% de réponses non interprétables
- 3,1% de non suivi de grossesse par choix personnel
- 9,1% de non suivi de grossesse par choix des patientes
- 3,6% de non suivi de grossesse car autre orientation médicale
- 1,9% de non suivi de grossesse car trop de risque médico-légal
- 3,1% de non suivi de grossesse car leur clientèle ne présente pas ces caractères
- 0,5% de non suivi de grossesse par besoin de formation
- 1,2% de non suivi de grossesse pour autres motifs.

Les autres motifs de non suivi de grossesse (soit 1,2%) sont par ordre décroissant :

- proximité des spécialistes
- manque de disponibilité

II 4) Conclusion

73% des médecins ayant répondu à l'enquête participent au suivi de grossesse.

La moyenne annuelle des suivis de grossesse est de 5,9 par médecin avec respectivement 6,2 pour les femmes et 5,9 pour les hommes.

Il n'existe pas de différence significative sur le suivi de grossesse entre les 2 envois.

Il n'existe pas de différence significative entre les médecins hommes et femmes effectuant des suivis de grossesse bien que plus de femmes participent au suivi de grossesse en milieu rural (89,02% des femmes de notre échantillon en milieu rural contre 77,97% des hommes installés en milieu rural).

Il existe une différence significative sur le nombre de médecins participant au suivi de grossesses entre médecins ruraux et médecins urbains avec gynécologues (plus de 80% des généralistes de campagne de notre échantillon effectuent des suivis de grossesses contre 61,5% des généralistes urbains avec gynécologues).

Il n'existe pas de différence significative entre médecins ruraux et urbains totaux sur le nombre annuel de grossesses suivies par rapport à leur milieu d'exercice.

Sur les 27% de médecins ne suivant pas de grossesses, 9,1% le font par choix des patientes. Ces derniers résultats sont probablement sous pondérés puisqu'une partie des médecins n'a pu être incluse (ceux ci ayant coché plusieurs réponses).

Par exemple : si on considère comme réponse unique les 16 médecins ayant coché en autres l'item « trop de risque médico-légal », nous obtiendrions un taux de réponse de 4,34% au lieu de 1,9%.

III LA FORMATION DES MEDECINS

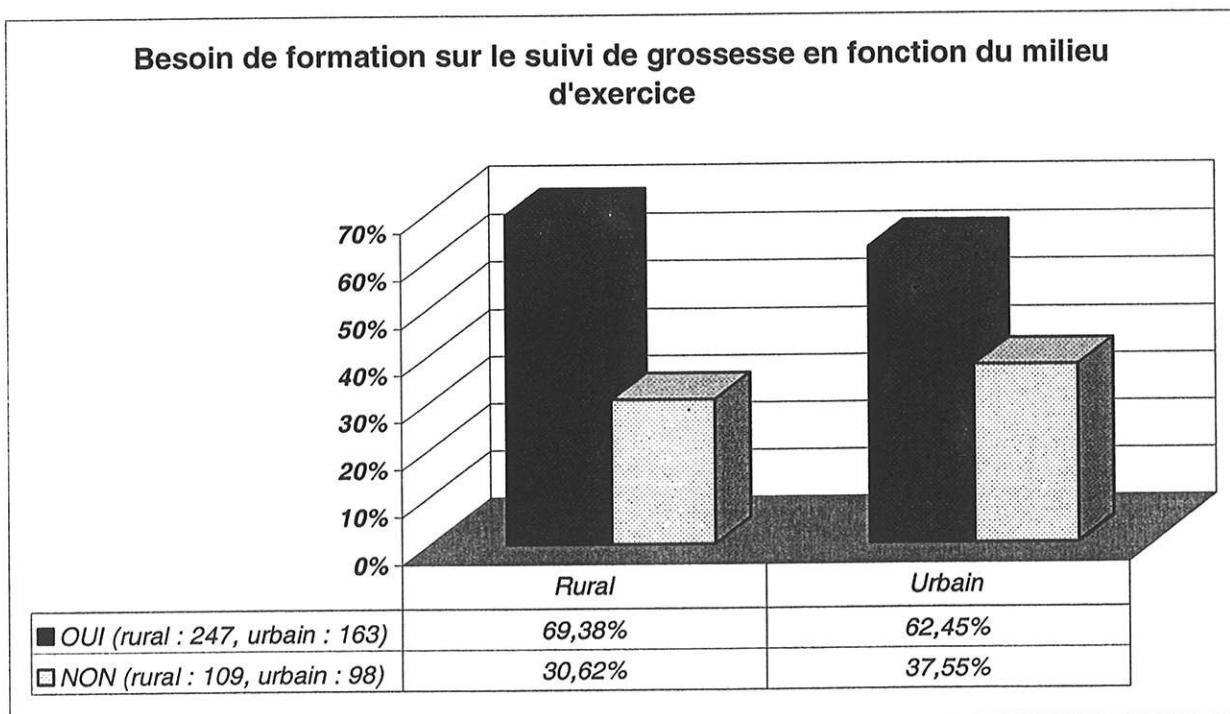
III 1) Les médecins ressentent-ils un besoin en formation complémentaire sur le suivi de grossesse ?

617 réponses exploitables

a) Globalement

66 % des médecins ressentent un besoin de formation complémentaire sur le suivi de grossesse.

b) En fonction de leur milieu d'exercice



Il n'existe pas de différence significative.

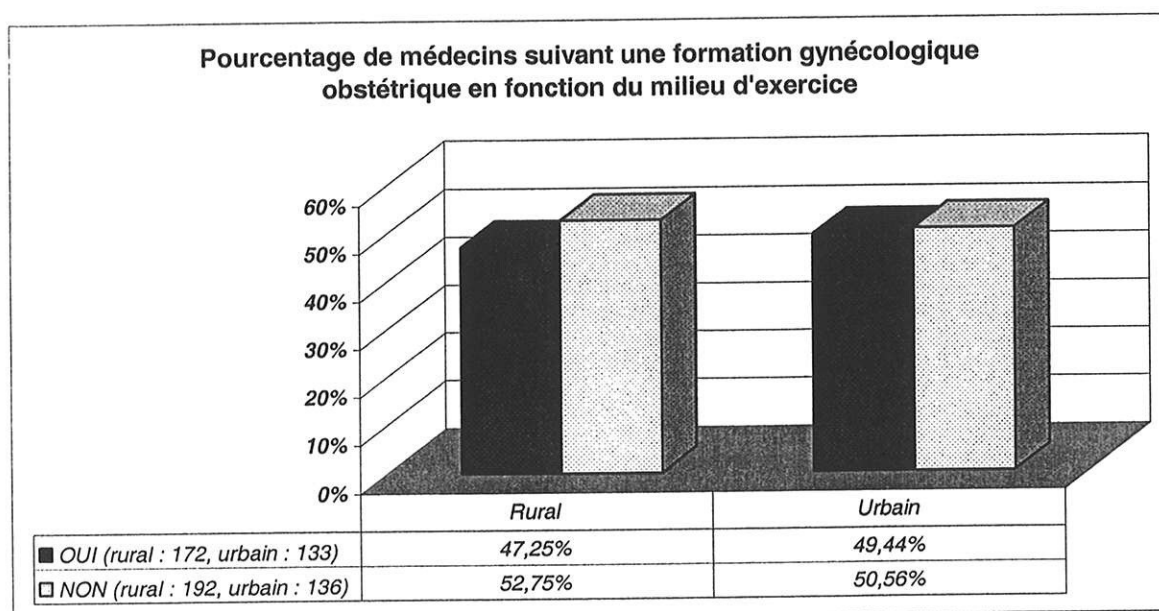
III 2) Les médecins suivent-ils une formation continue gynécologique obstétrique?

633 réponses exploitables

a) Globalement

48 % des médecins suivent une formation continue gynécologique et obstétrique.

b) En fonction de leur milieu d'exercice

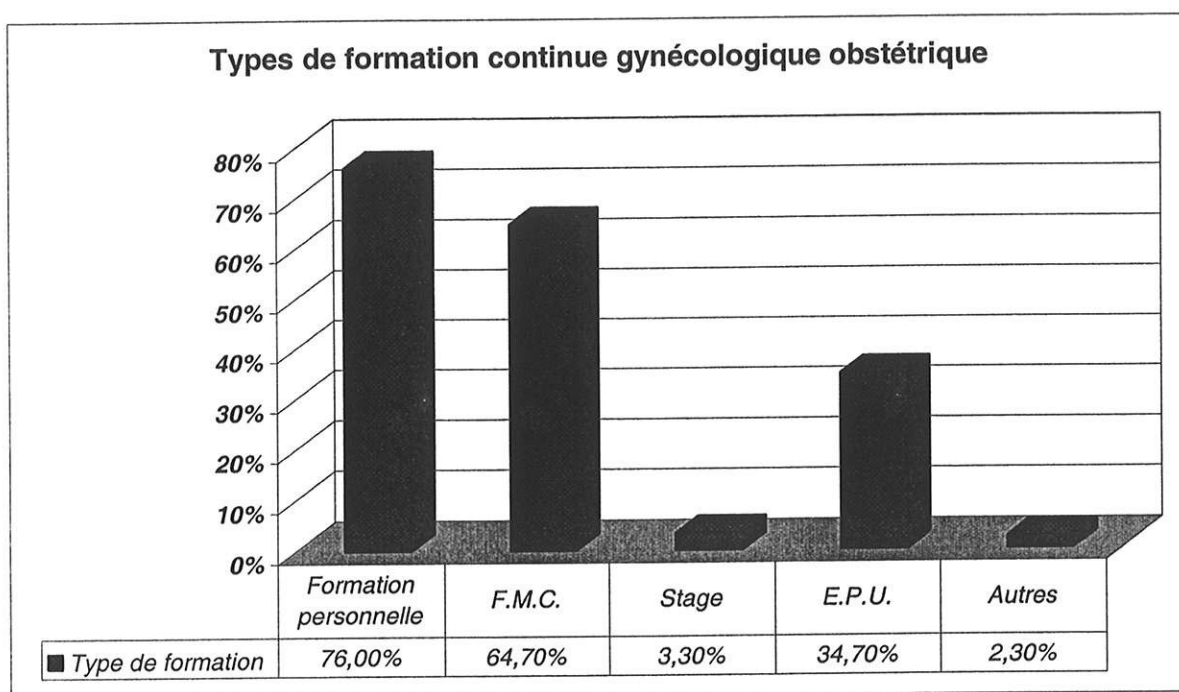


Il n'existe pas de différence significative entre médecins ruraux et urbains.

III 3) Quelle formation continue gynécologique suivent les médecins ?

305 réponses exploitables (soit 48% des médecins ayant participé à l'enquête)

La somme des réponses est supérieure à 100% puisqu'il s'agit de réponse à choix multiple.



Autres :

- Pratique quotidienne
- Vacations en gynécologie
- Formation Internet
- Formation par l'intermédiaire des cours du 3^{ème} cycle des études médicales en tant que charge d'enseignement en médecine générale

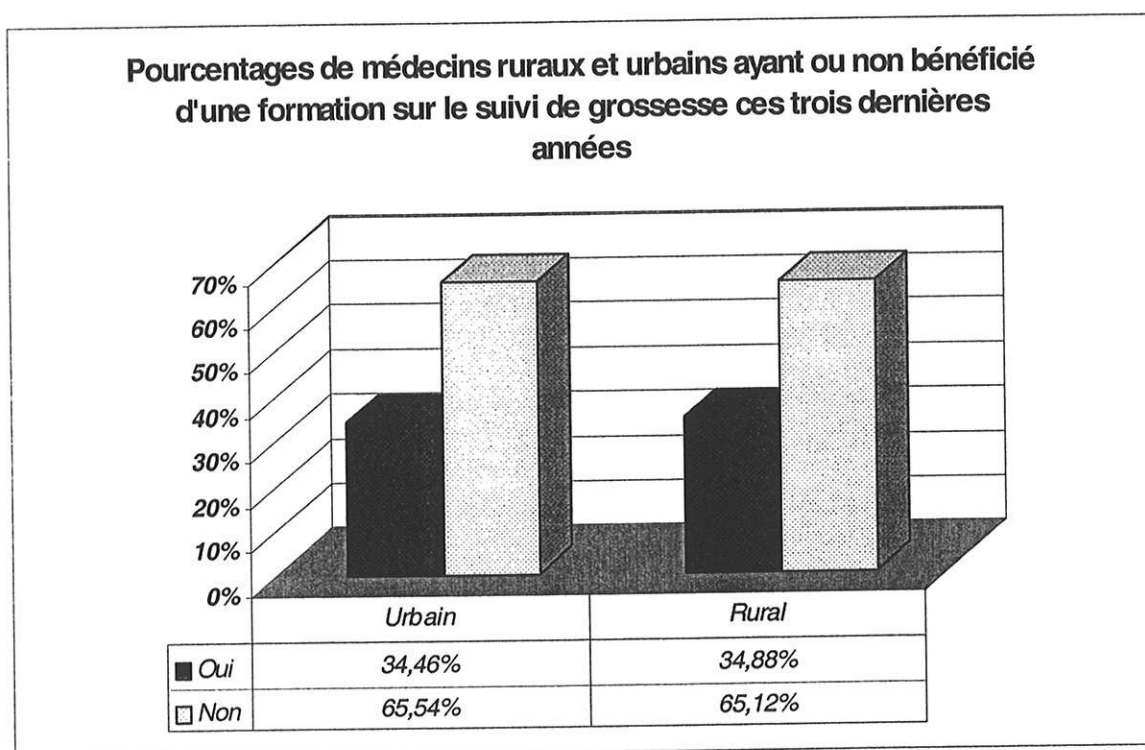
III 4) Les médecins ont-ils bénéficié d'une formation sur le suivi de grossesse ces 3 dernières années ?

634 réponses exploitables

a) Globalement

Seulement 35 % des médecins ont bénéficié d'une formation sur le suivi de grossesse ces trois dernières années.

b) En fonction de leur milieu d'exercice



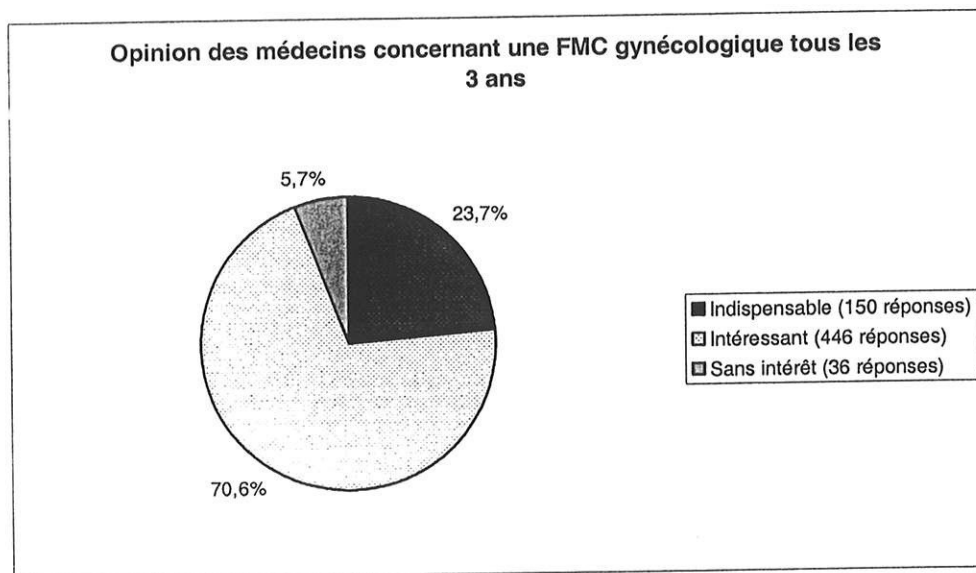
Il n'existe pas de différence significative entre médecins ruraux et urbains.

III 5) Que pensent les médecins d'une FMC gynécologique tous les 3 ans abordant le suivi de grossesse?

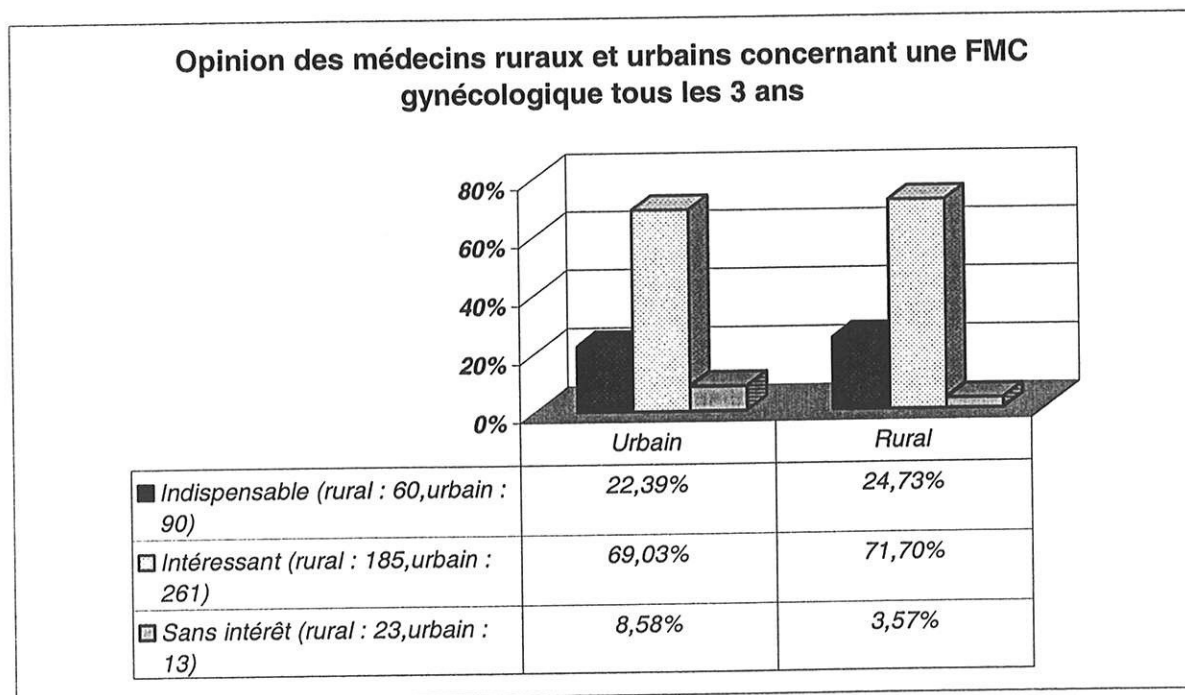
632 réponses exploitables

a) Globalement

Près de 95 % des médecins trouvent l'idée intéressante ou indispensable.



b) En fonction de leur milieu d'exercice



Il n'existe pas de différence significative entre médecins ruraux et urbains.

III 6) Comment les médecins perçoivent-ils la création d'un diplôme médical universitaire sur le suivi de grossesse?

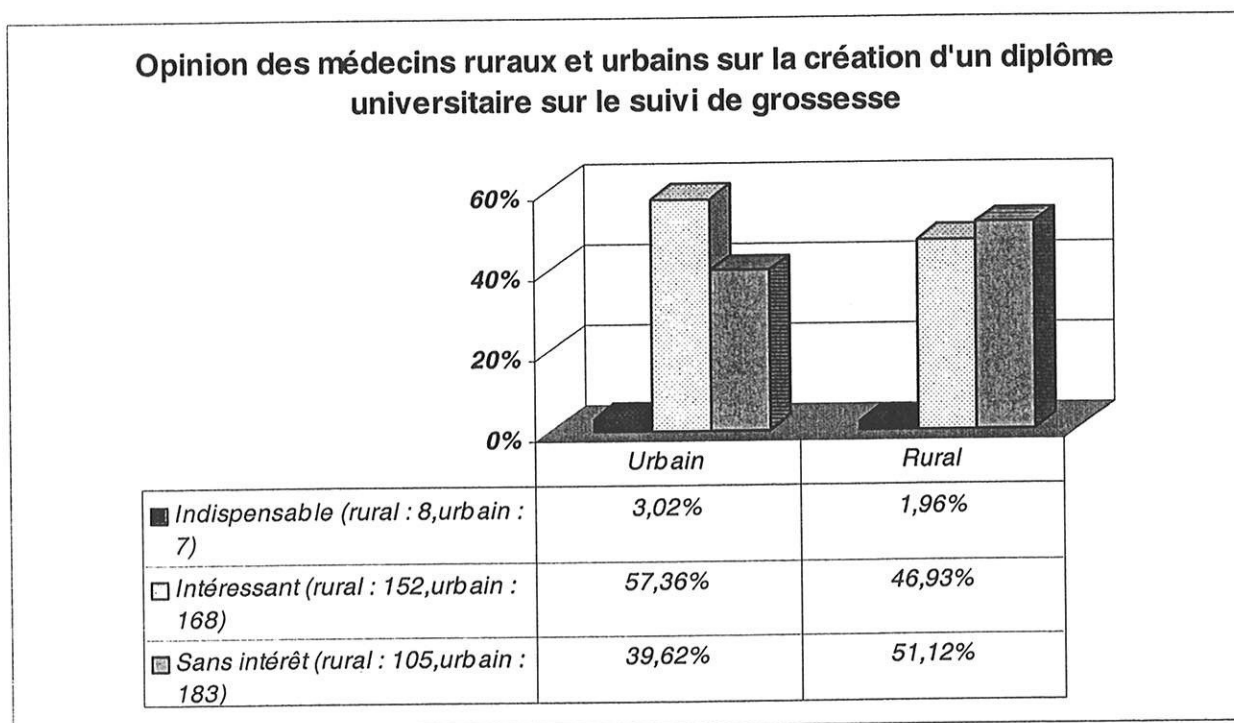
623 réponses exploitables

a) Globalement

Près de 54 % des médecins sont favorables à la création d'un diplôme universitaire sur le suivi de grossesse.

Respectivement 51,4 % et 2,4 % trouvent l'idée intéressante ou indispensable et 46,2 % la trouvent sans intérêt.

b) En fonction de leur milieu d'exercice



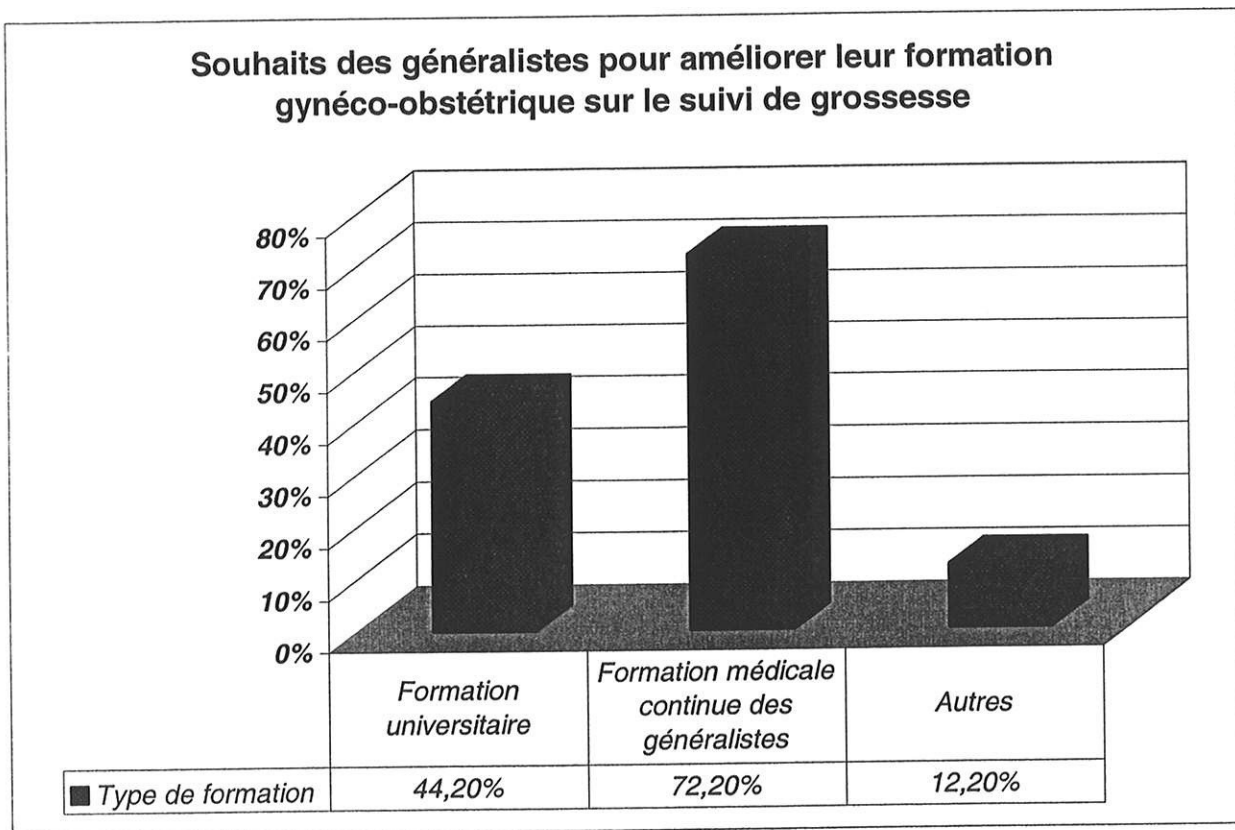
Il existe une différence significative entre généralistes ruraux et généralistes urbains. Les médecins de ville sont plus intéressés par la création d'un diplôme universitaire (60,35%).

III 7) Proposition des médecins pour améliorer la formation gynécologique et obstétrique du généraliste sur le suivi de grossesse?

608 réponses exploitables

La somme des réponses est supérieure à 100% car il s'agit de réponses à choix multiple.

a) Globalement



- Les 12,2 % des autres propositions représentent 74 réponses.

Nous les avons énumérées par ordre décroissant (69 réponses interprétables sur 74).

Nous rappelons que nous nous sommes contentés de retranscrire les réponses des médecins même si celles ci peuvent parfois s'éloigner de la question.

- Proposition de stage (32 réponses (R))
 - stage dans un CHRU (19R)
 - stage pendant les études universitaires (7 R)

- stage en ville (1 R)
- formation pratique régulière (5R)

- Proposition de formation théorique gynécologique et obstétrique
 - EPU (9R)
 - Création d'un diplôme médical universitaire (3R)
 - Amélioration de l'enseignement universitaire (4R)
 - Création de Cd Room, revues, cassette vidéo (2R)

- Proposition d'amélioration de la collaboration entre spécialiste, généraliste et sage femme (8 réponses)
 - Courrier explicatif
 - Courrier systématique
 - Suivi en alternance

- Motiver les généralistes (7 réponses) pour qu'ils s'impliquent davantage et donc se forment en conséquence
 - En réduisant la clientèle (4R)
 - Par l'accroissement de la demande de suivi (2R)
 - Que les étudiants s'impliquent davantage (1R)

- Aucun changement (4 réponses)

- Avoir le temps de se former (1 réponse)

b) En fonction de leur milieu d'exercice

Il n'existe pas de différence significative entre médecins ruraux et urbains.

IV PERSPECTIVE DE PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE

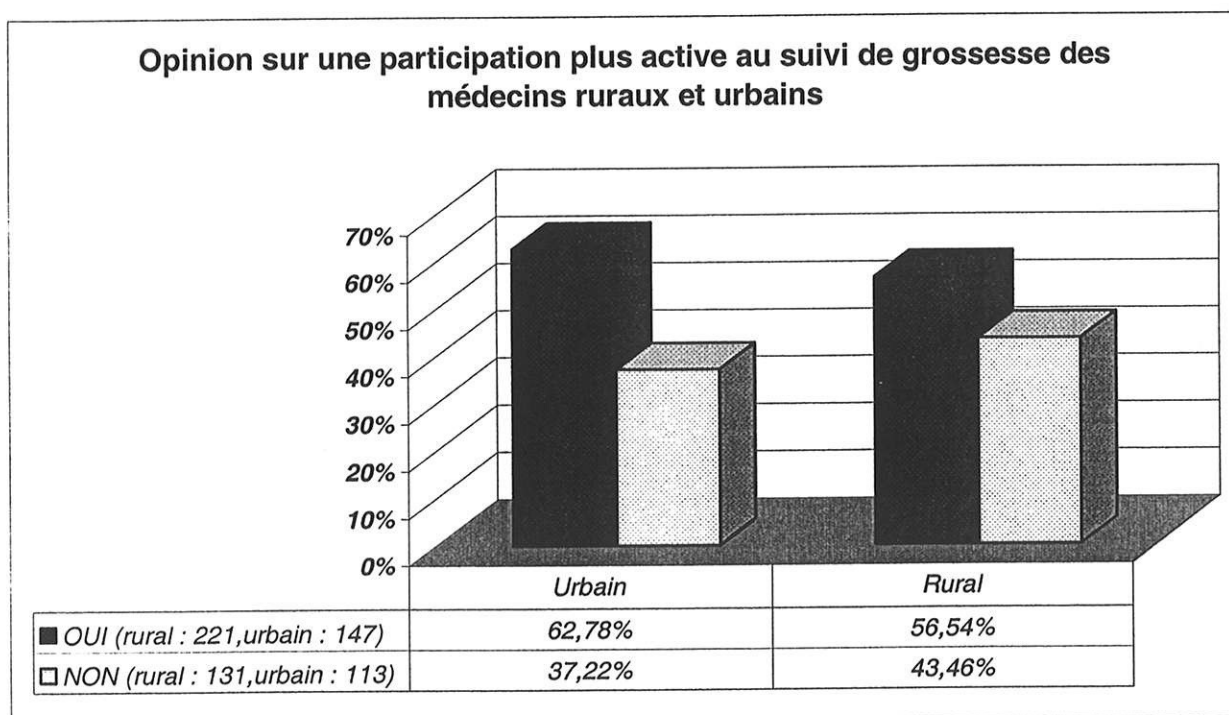
IV 1) Les médecins souhaitent-ils participer de façon plus active au suivi de grossesse?

612 réponses exploitables

a) globalement

60 % des médecins souhaiteraient participer de façon plus active au suivi de grossesse.

b) en fonction de leur milieu d'exercice



Il n'existe pas de différence significative entre médecins ruraux et urbains.

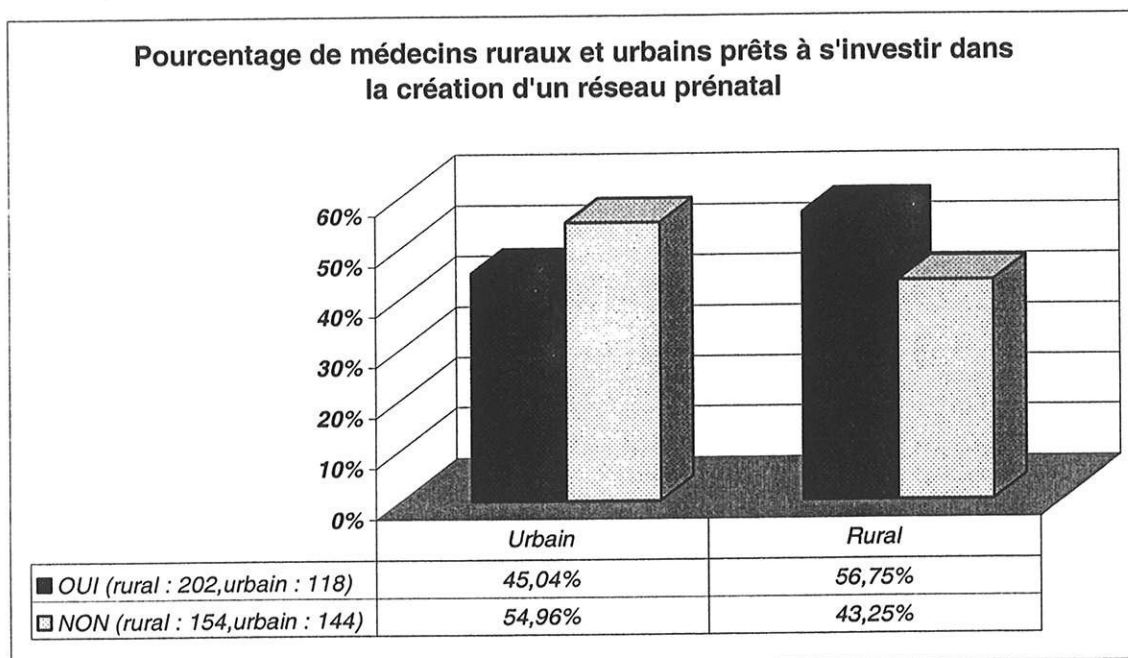
IV 2) Les médecins sont-ils prêts à s'investir dans la création d'un réseau de surveillance prénatal?

618 réponses exploitables

a) Globalement

52 % des médecins sont prêts à s'investir dans la création d'un réseau prénatal.

b) Selon leur lieu d'exercice



Il existe une différence significative. Les médecins ruraux du Limousin souhaitent plus s'investir dans la création d'un réseau prénatal.

IV 3) Comment les médecins voient-ils la place du généraliste dans la surveillance des grossesses normales, dans les années à venir, compte tenu de la baisse prévue, de la démographie des gynécologues obstétricaux et médicaux ?

A cette question ouverte, nous avons pu analyser 529 réponses (87 de Creuse, 180 de Corrèze, 261 de Haute-Vienne) soit l'avis de 65% de l'ensemble des généralistes du Limousin.

Sur les 529 réponses, il y a 201 réponses de médecins exerçant en milieu urbain et 328 réponses de médecins exercent en milieu rural, semi-rural.

Nous avons effectué cette analyse selon la méthode « conception à l'écoute du marché » (cf. mise en place de l'enquête).

Certaines réponses comportaient plusieurs idées ce qui explique que la somme des idées soit supérieure à 100%.

En raison de la difficulté à retranscrire les réponses des médecins, les résultats de cette question sont présentés sous forme de 2 tableaux :

- une analyse des idées de tous les médecins en fonction de leur département d'exercice
- une analyse des idées en fonction de leur milieu d'exercice

Idées apparues dans les réponses	Haute-Vienne	Corrèze	Creuse	total
place prépondérante, en augmentation	78	40	23	141
pas de changement	21	6	12	39
en baisse	8	2	10	20
place indispensable, primordiale	16	27	12	55
suivre les grossesses normales, c'est le rôle du généraliste	42	36	8	86
suivi conjoint avec spécialiste	29	41	7	77
suivi conjoint avec sage femme	4	4	1	9
nécessité d'améliorer les relations entre les différents intervenants (meilleure collaboration...)	12	6	3	21
nécessité de rééduquer les patientes	14	9	1	24
nécessité d'une formation complémentaire	24	18	3	45
trop de risque médico-légal	11	8	5	24
nécessité de se réinvestir	7	1	3	11
manque de temps	4	7	3	14
nécessité d'une revalorisation	6	3	1	10
la disponibilité est la force du généraliste	3	4		7
nécessité de la création d'un réseau	3	2		5
laisser le libre choix à la patiente			2	2
nécessité d'un dossier commun	2	1		3
nécessité de la création d'un diplôme universitaire	1			1
recours au spécialiste en priorité	2			2

Tableau des idées retrouvées dans les réponses des médecins en fonction de leur département d'exercice

Idées apparues dans les réponses en %	Haute-Vienne	Corrèze	Creuse	total
place prépondérante, en augmentation	29,88%	22,22%	26,13%	26,65%
pas de changement	8,04%	3,33%	13,63%	7,37%
en baisse	3,06%	1,11%	11,36%	3,78%
place indispensable, primordiale	6,13%	15%	13,63%	10,39%
suivre les grossesses normales, c'est le rôle du généraliste	16,09%	20%	9,09%	16,25%
suivi conjoint avec spécialiste	11,11%	22,77%	7,95%	14,55%
suivi conjoint avec sage femme	1,53%	2,22%	1,13%	1,70%
nécessité d'améliorer les relations entre les différents intervenants (meilleure collaboration...)	4,59%	3,33%	3,40%	3,96%
nécessité de rééduquer les patientes	5,36%	5%	1,13%	4,53%
nécessité d'une formation complémentaire	9,19%	10%	3,40%	8,50%
trop de risque médico-légal	4,21%	4,44%	5,68%	4,53%
nécessité de se réinvestir	2,68%	0,55%	3,40%	2,07%
manque de temps	1,53%	3,88%	3,40%	2,64%
nécessité d'une revalorisation	2,29%	1,66%	1,13%	1,89%
la disponibilité est la force du généraliste	1,14%	2,22%		1,32%
nécessité de la création d'un réseau	1,14%	1,11%		0,94%
laisser le libre choix à la patiente			2,27%	0,37%
nécessité d'un dossier commun	0,76%	0,55%		0,56%
nécessité de la création d'un diplôme universitaire	0,38%			0,18%
recours au spécialiste en priorité	0,76%			0,37%

Tableau en pourcentage des idées retrouvées dans les réponses des médecins en fonction de leur département d'exercice

Idées apparues dans les réponses	milieu urbain	milieu rural	milieu urbain en %	milieu rural en %
en augmentation, prépondérante	65	76	32%	23,17%
pas de changement	19	20	9,45%	6,09%
en baisse	6	14	2,98%	4,26%
place indispensable, centrale, primordiale	23	32	11,44%	9,75%
suivre les grossesses normales c'est le rôle du généraliste	34	52	16,91%	15,85%
nécessité d'un suivi conjoint avec spécialiste	28	49	13,93%	14,93%
nécessité d'un suivi conjoint avec sage femme	3	6	1,49%	1,82%
nécessité d'une formation complémentaire	19	26	9,45%	7,92%
amélioration des relations entre les différents intervenants	6	15	2,98%	4,57%
nécessité de rééduquer les patientes	11	13	5,47%	3,96%
nécessité de se réinvestir	6	5	2,98%	1,52%
trop de risque médico-légal	9	15	4,47%	4,57%

Tableau en nombre et en pourcentage des idées retrouvées dans les réponses des médecins en fonction de leur milieu d'exercice

En résumé : la majorité des médecins ayant répondu, estime que le rôle du généraliste, dans les années à venir, sera plus important. Sa place sera indispensable et centrale dans la prise en charge de la grossesse.

Parmi les réponses des médecins estimant qu'il n'y aura pas de changement ou que leur place sera en baisse, il existe une forte proportion de médecins urbains de Limoges et de médecins ruraux creusois.

Nous analyserons ses réponses dans notre discussion.

III ETUDE COMPARATIVE ENTRE LIMOGES ET LA CREUSE RURALE

Nous rappellerons que ce travail a pour objectif de comparer la bonne pratique obstétricale entre médecins ruraux creusois et médecins de Limoges. Nous n'analyserons donc pas en détail les besoins en formation complémentaire et la formation médicale continue gynécologique et obstétrique des généralistes.

Par ailleurs, partant de l'hypothèse que l'échantillon de femme en Creuse était petit, nous n'avons pas effectué de comparaison entre hommes et femmes pour l'évaluation de la pratique obstétricale.

I L'ECHANTILLON

Cette enquête a été adressée à 301 médecins :

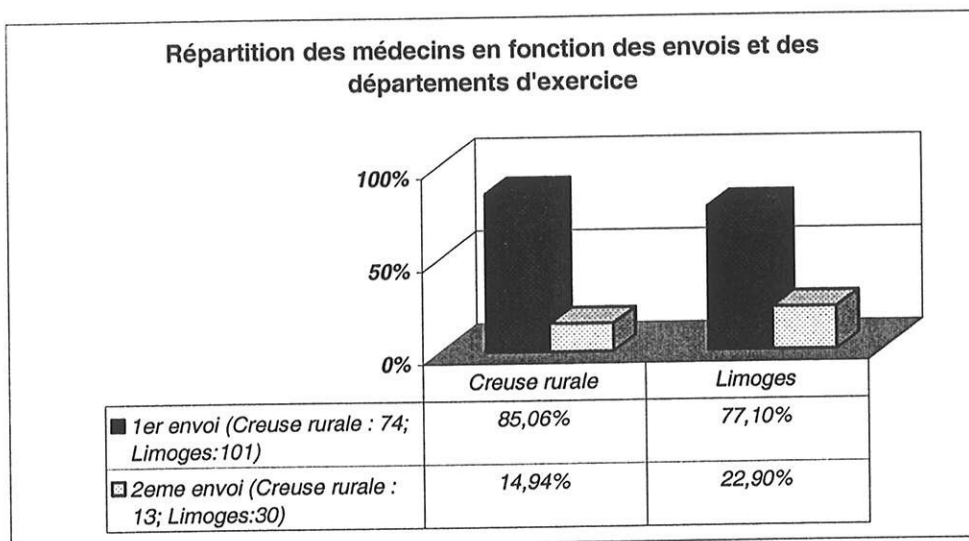
- 186 à Limoges
- 115 en Creuse (c'est à dire tous les médecins creusois à l'exclusion de ceux exerçant à Guéret et Aubusson)

Les taux de réponses ont été de :

- 70,43% à Limoges (soit 131 réponses réparties en 42 femmes et 89 hommes)
- 75,65% en Creuse (soit 87 réponses réparties en 18 femmes et 69 hommes)

I 1) Répartition des médecins en fonction des envois et du département d'exercice

218 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

I 2) Moyenne d'âge des médecins

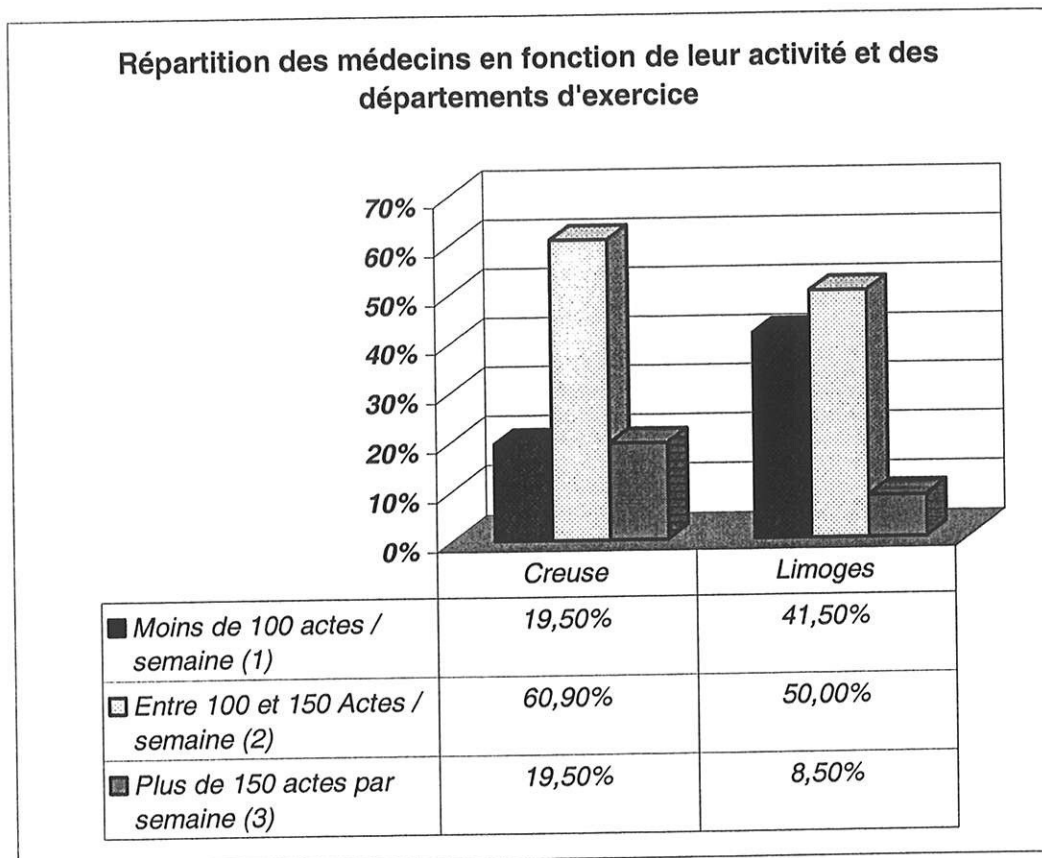
a) Globale

La moyenne d'âge des médecins est de 46,3 à Limoges et de 46,7 en Creuse.

b) Par sexe

	Femme	Homme
Limoges	43 ans	47,8 ans
Creuse rurale	39,4 ans	48,8 ans

I 3) Nombre d'actes par semaine



Il existe une différence significative pour la répartition des médecins entre (1 et 2) et (1 et 3).

I 4) Conclusion

La moyenne d'âge des femmes est plus basse en Creuse ce qui coïncide avec une durée d'installation plus courte.

Les médecins creusois ont une activité plus importante que leurs confrères limougeaux.

II SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE

II 1) Le suivi de grossesse

a) En Creuse rurale

87 réponses exploitables

81,6% des médecins « répondeurs » participent au suivi de grossesse dont 100% de femmes (18 réponses) et 76% d'hommes (53 réponses).

b) A Limoges

131 réponses exploitables

Seulement 52 % des médecins participent au suivi de grossesse à Limoges dont 59% de femmes (25 réponses) et 48 % d'hommes (43 Réponses).

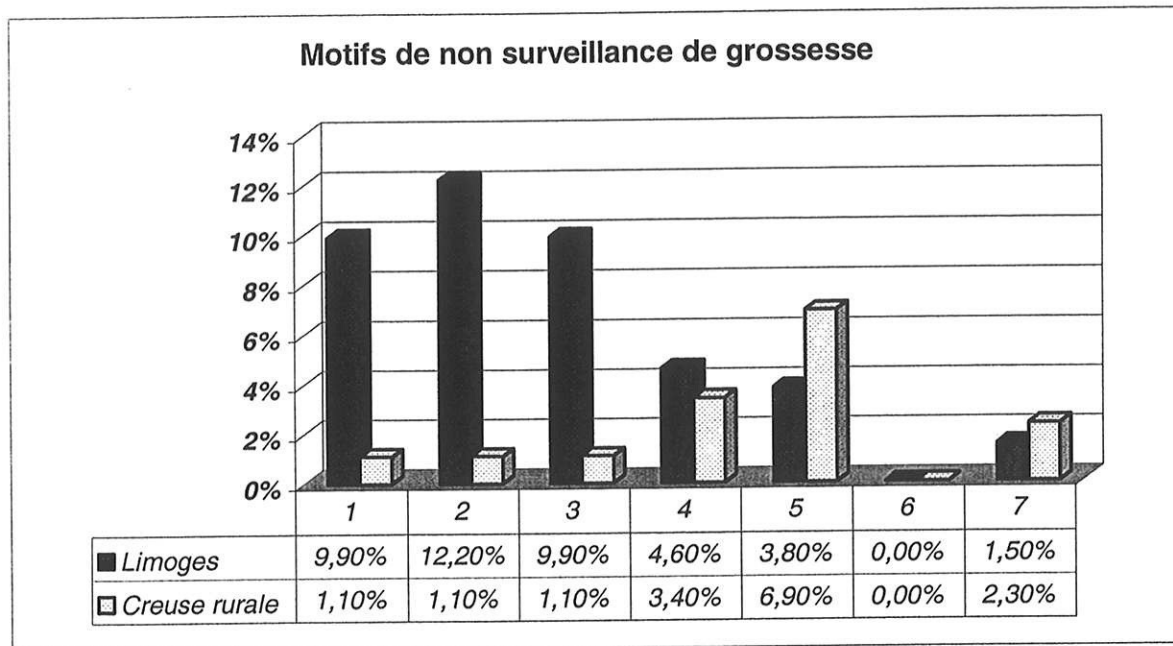
Si l'on compare la répartition des médecins suivant des grossesses en fonction de Limoges et de la Creuse, il existe une différence significative.

II 2) Nombre de grossesse suivie par année

Limoges	5,9 grossesses par année
Creuse rurale	5,4 grossesses par année

Il n'existe pas de différence significative.

II 3) Motifs de non participation au suivi des femmes enceintes



- 1- Médecins généralistes ne participant au suivi de grossesse par choix personnel
- 2- Médecins généralistes ne participant au suivi de grossesse par choix des patientes
- 3- Médecins généralistes ne participant au suivi de grossesse en raison d'une autre orientation médicale
- 4- Médecins généralistes ne participant au suivi de grossesse car trop de risque médico-légal
- 5- Médecins généralistes ne participant au suivi de grossesse car leur clientèle ne présente pas ses caractères
- 6- Médecins généralistes ne participant au suivi de grossesse par besoin de formation
- 7- Médecins généralistes ne participant au suivi de grossesse pour autres raisons

II 4) Conclusion

Les médecins creusois sont plus nombreux à participer au suivi de grossesse que leurs collègues de Limoges.

6,9% des médecins creusois « répondeurs » ne suivent pas de grossesse car leur clientèle ne présente pas ces caractères.

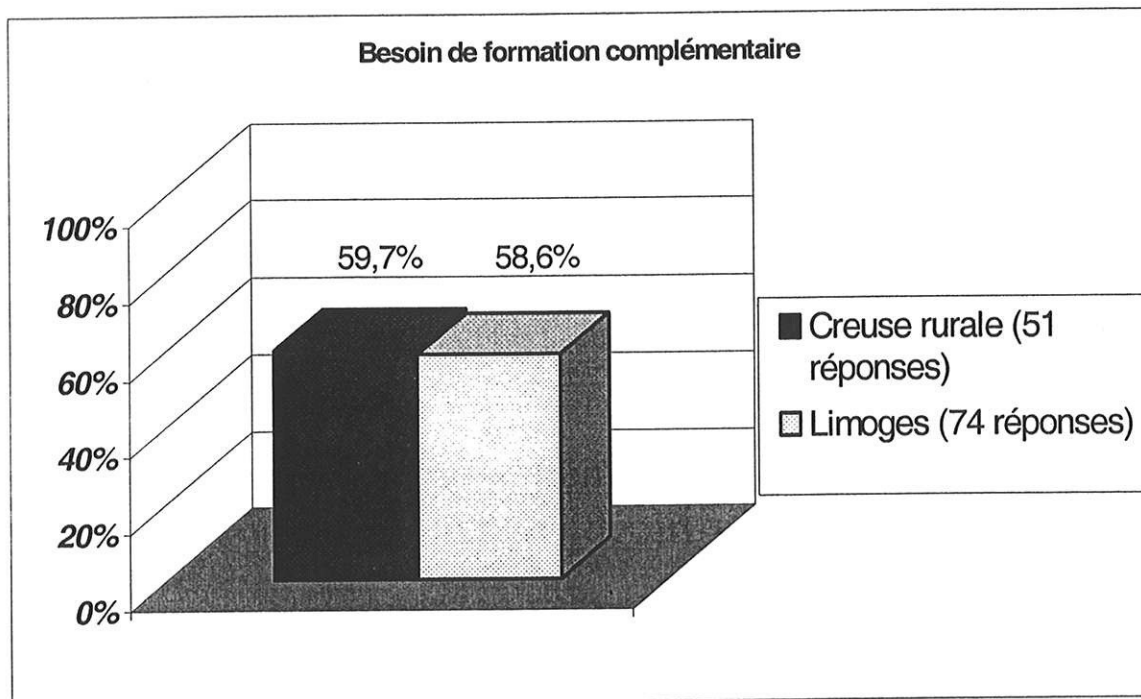
Respectivement 12,2% et 9,9% des médecins limougeauds « répondeurs » ne suivent pas de grossesse par choix des patientes ou par choix personnel.

III FORMATION DES MEDECINS ET PERSPECTIVES DE PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE

Nous avons retranscrits que les données différentes de celles de l'étude du Limousin ou les données pouvant être utiles pour l'interprétation et la discussion de l'étude comparative.

III 1) Les médecins ressentent-ils un besoin de formation complémentaire sur le suivi de grossesse ?

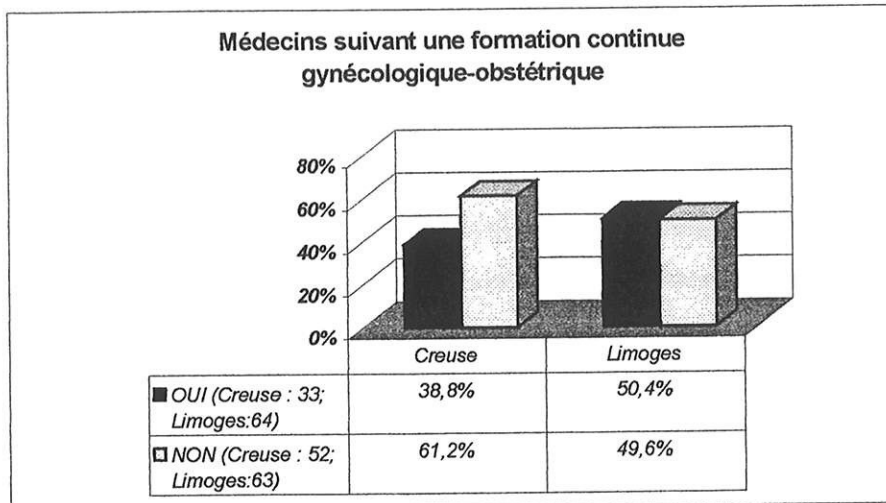
211 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

III 2) Les médecins suivent-ils une formation continue gynécologique et obstétricale ?

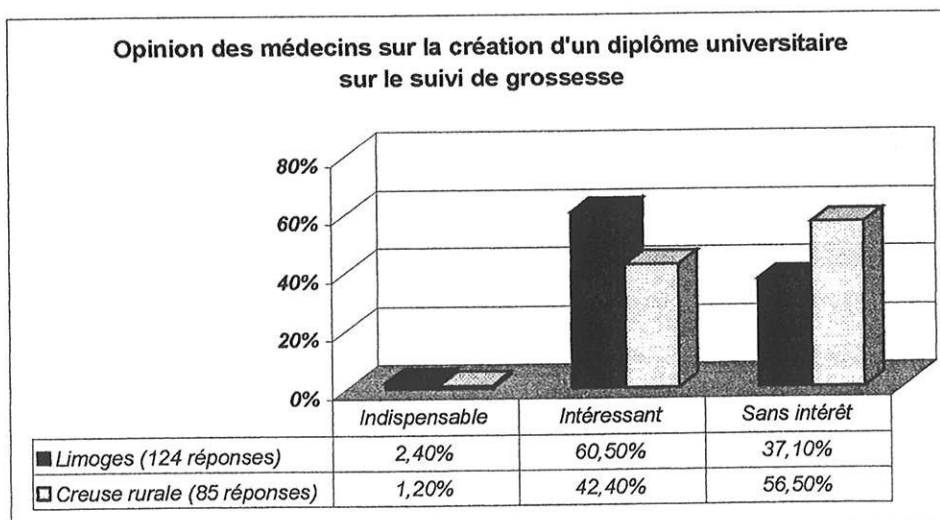
212 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative. Dans l'analyse en détail du type de formation, nous avons noté qu'aucun médecin creusois ne bénéficie d'une formation à type de stage alors que 3,14% des médecins de Limoges ayant répondu à notre enquête en bénéficient.

III 3) Intérêt de la création d'un diplôme médical sur le suivi de grossesse

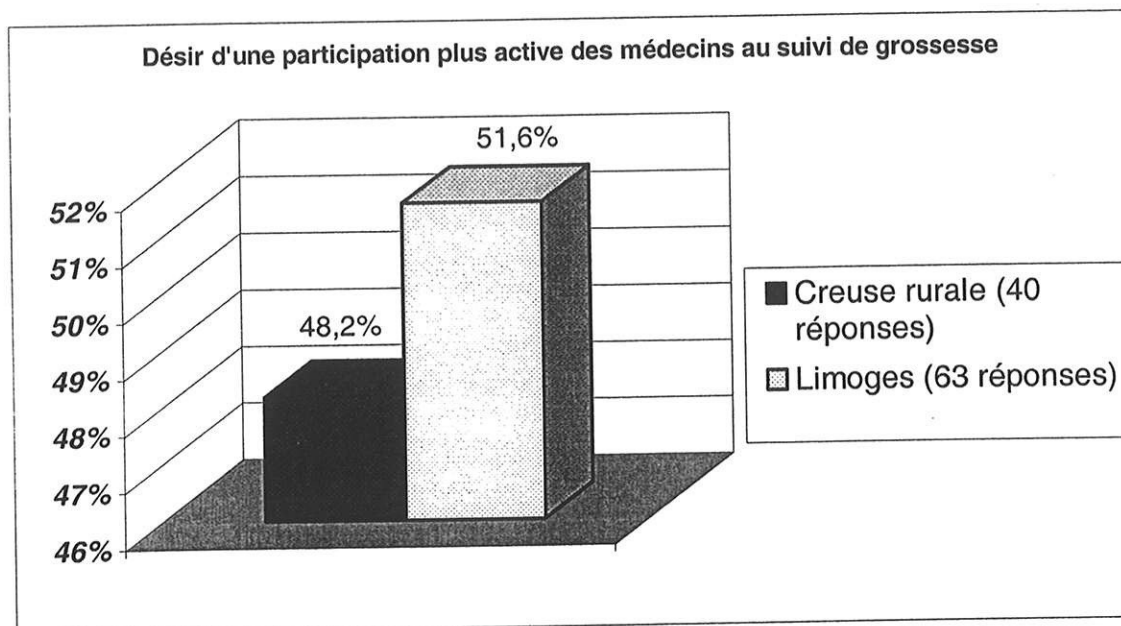
209 réponses exploitables



Il existe une différence significative ($p=0,02$) entre médecins ruraux et urbains en fonction de leurs réponses ([indispensable ou intéressant] et sans intérêt).

III 4) Désir de participation plus active des médecins au suivi de grossesse

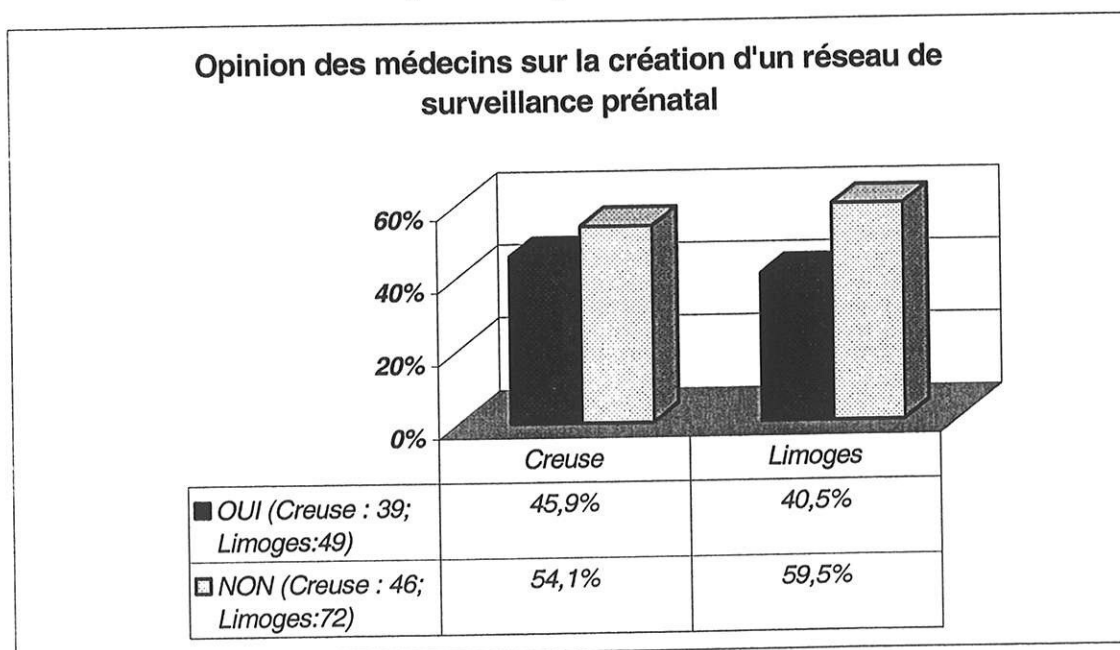
205 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

III 5) Les médecins sont-ils prêts à s'investir dans la création d'un réseau de surveillance de grossesse ?

206 réponses exploitables



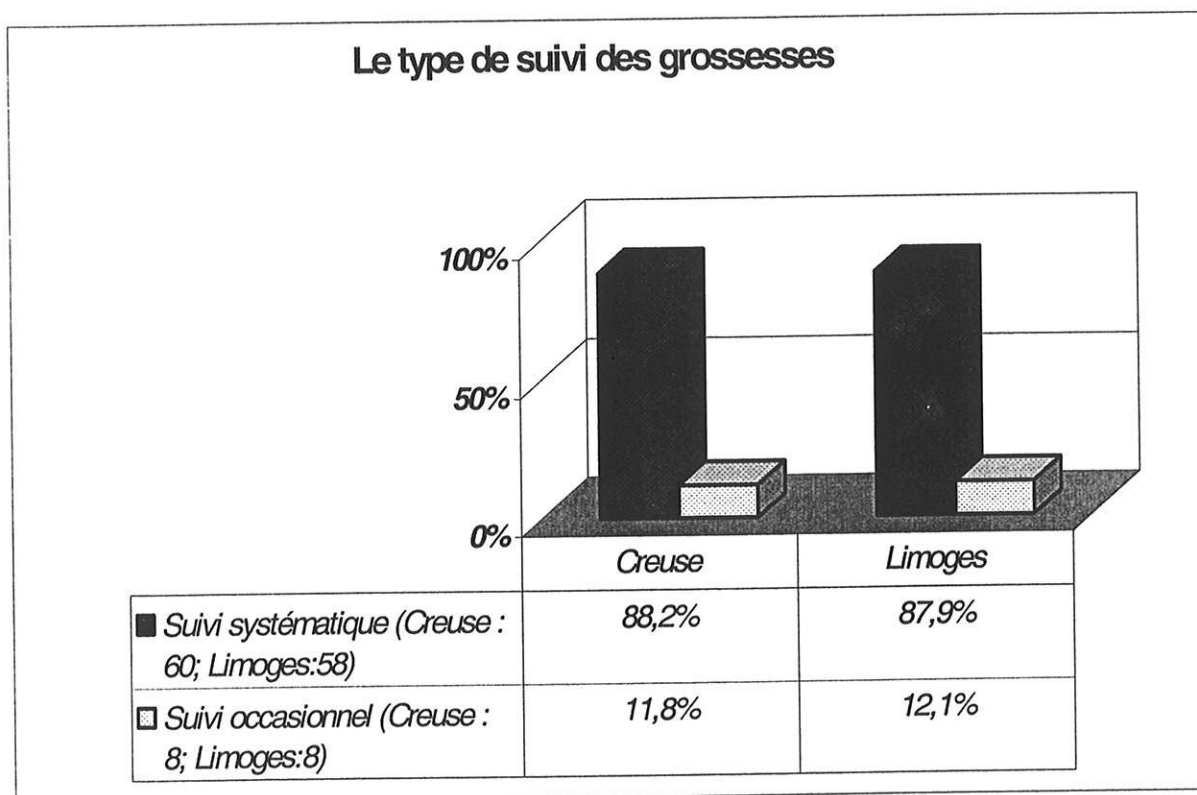
Il n'existe pas de différence significative.

IV ETUDE COMPARATIVE : GENERALITES

Cette étude comparative concerne uniquement les médecins suivant des grossesses soit 139 omnipraticiens (68 à Limoges et 71 en Creuse).

IV 1) Le type de suivi

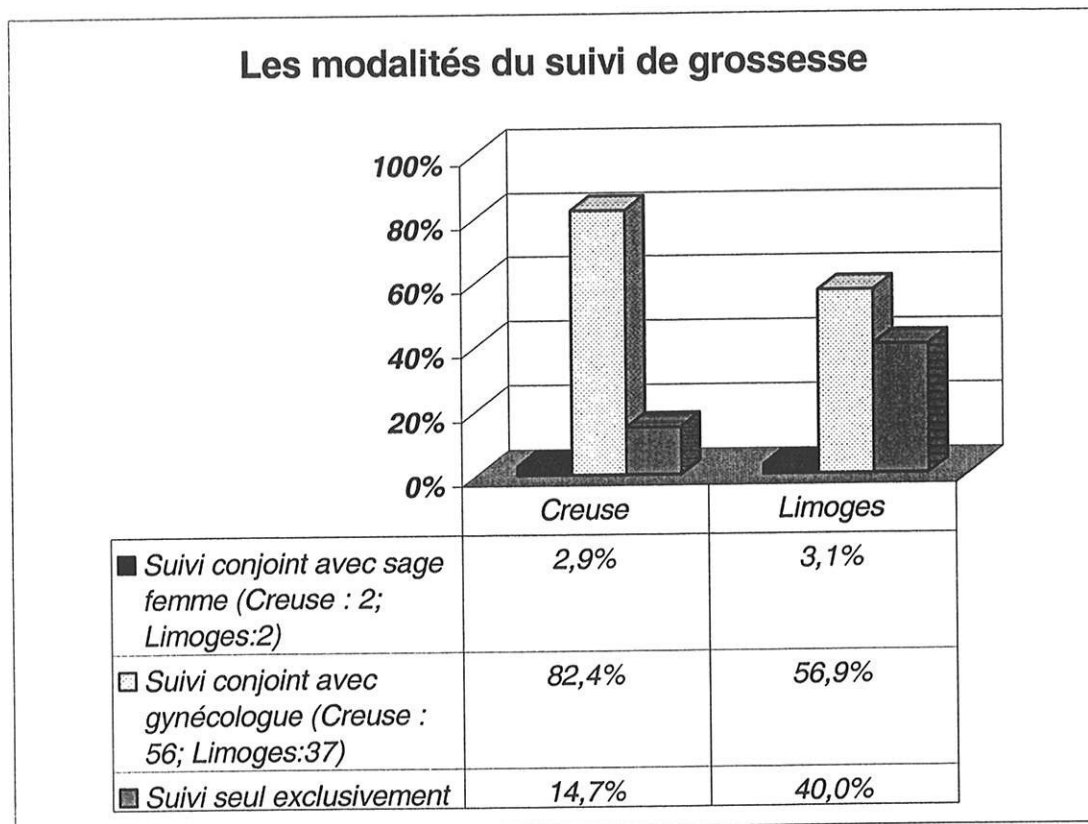
134 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

IV 2) Les modalités du suivi

133 réponses exploitables



Il existe une différence significative ($p = 0,0042$).

Les médecins limougeaux suivent plus de grossesses, seuls que leurs confrères creusois.

↳ Jusqu'à quel terme les médecins effectuent-ils un suivi seul ?

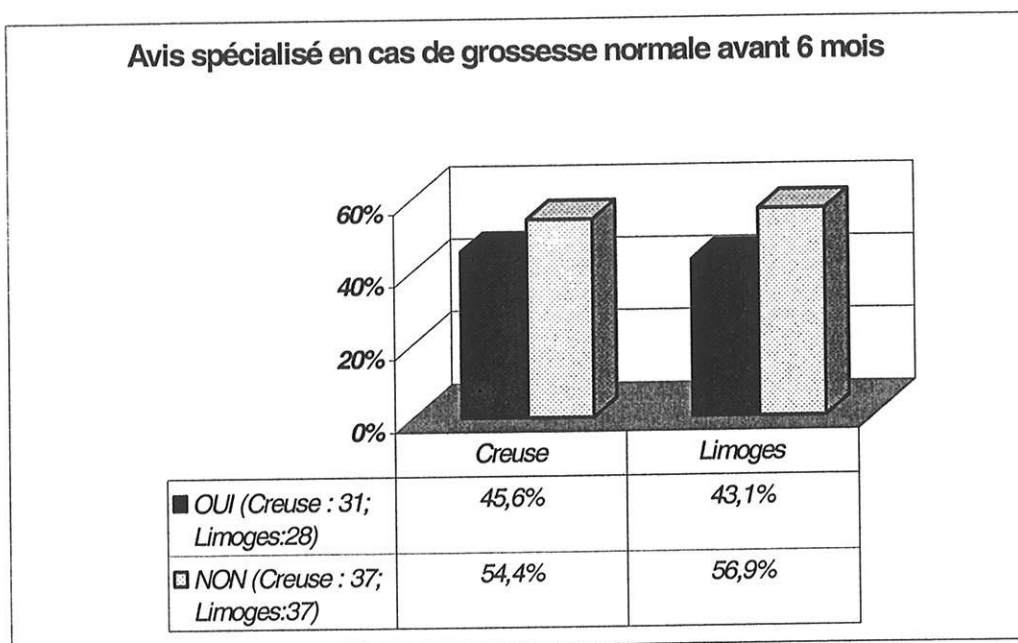
Creuse rurale	30,4 SA
Limoges	26,8 SA
Total	27,9 SA

La médiane est de 28. Il existe une différence significative ($p = 0,022$).

IV 3) Les médecins conseillent-ils une consultation spécialisée (en dehors des échographies) ?

a) *En cas de grossesse normale avant 6 mois :*

133 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative entre médecins creusois et médecins limougeauds .

b) *En cas de grossesse à risque :*

132 réponses exploitables

Les résultats sont identiques pour les deux échantillons avec 98,5% de réponses oui. Il n'existe pas de différence significative.

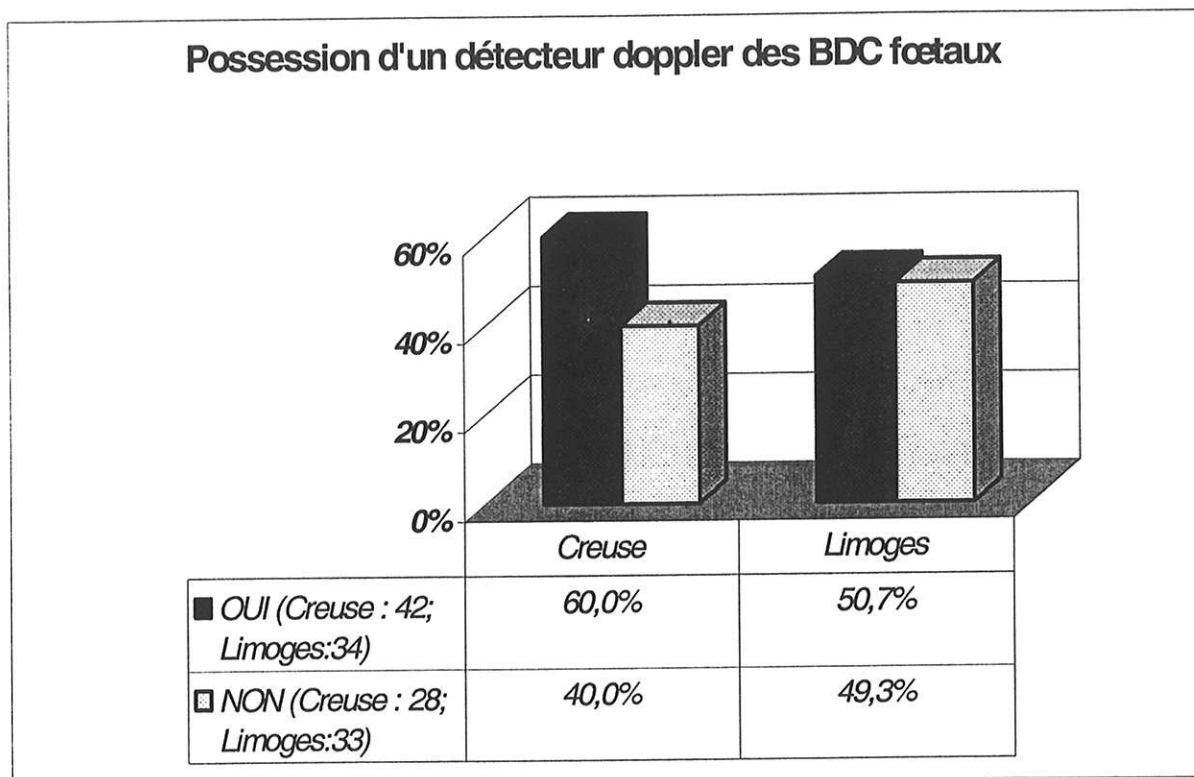
c) *En cas de grossesse pathologique :*

134 réponses exploitables

Les résultats sont similaires avec 98,6% de réponses oui pour la Creuse rurale et 100% de réponses oui à Limoges.
Il n'existe pas de différence significative.

IV 4) Les médecins possèdent-ils un détecteur doppler des bruits du cœur fœtaux ?

137 réponses exploitables

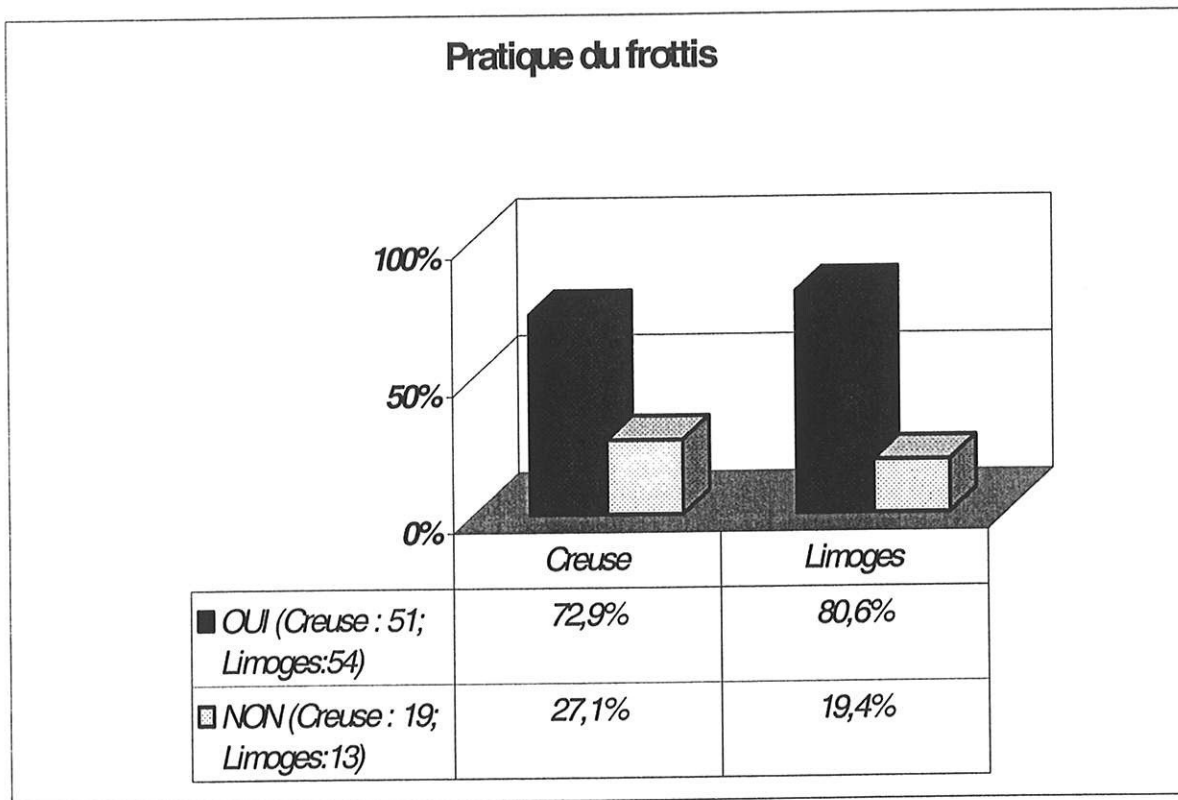


Il n'existe pas de différence significative.

V EXAMEN CLINIQUE

V 1) Les médecins effectuent-ils un frottis si le dernier à plus de 2 ans ?

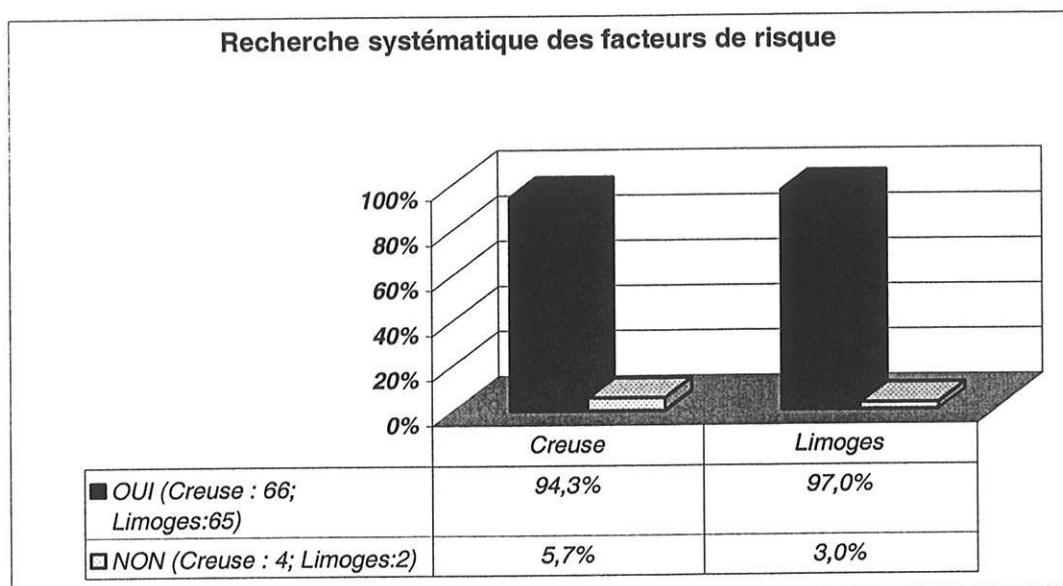
137 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

V 2) Les médecins effectuent-ils la recherche des facteurs de risque systématiquement ?

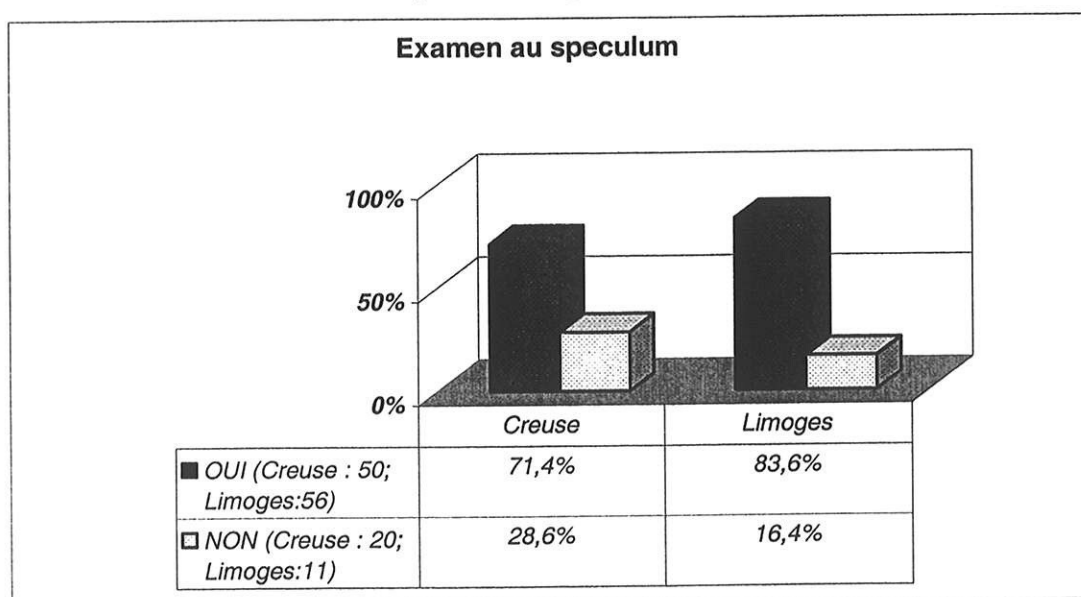
137 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

V 3) Les médecins effectuent-ils un examen au spéculum une fois dans la grossesse ?

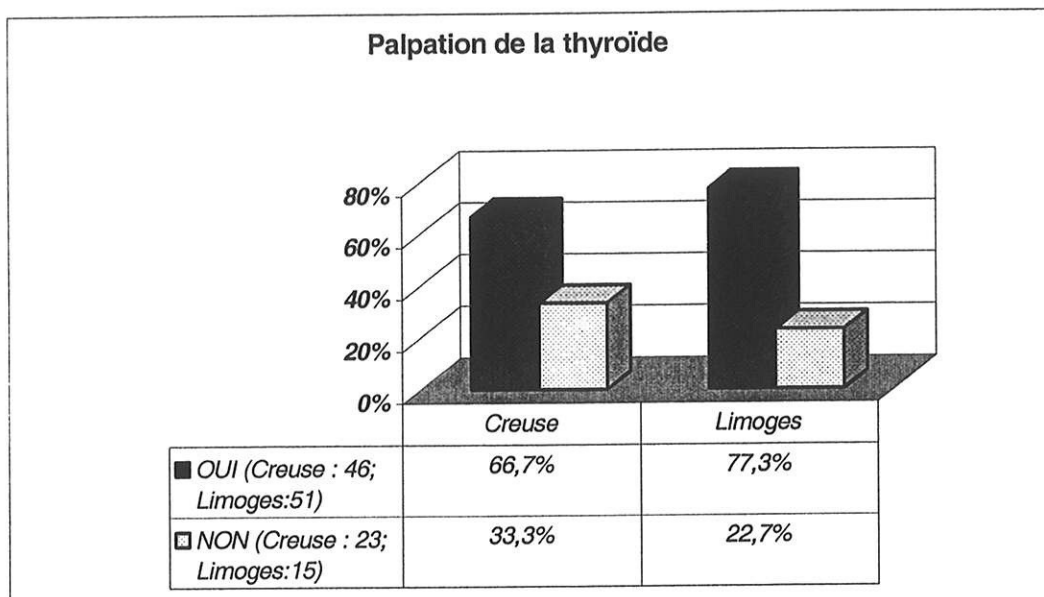
135 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

V 4) Les médecins effectuent-ils la palpation de la thyroïde une fois dans la grossesse ?

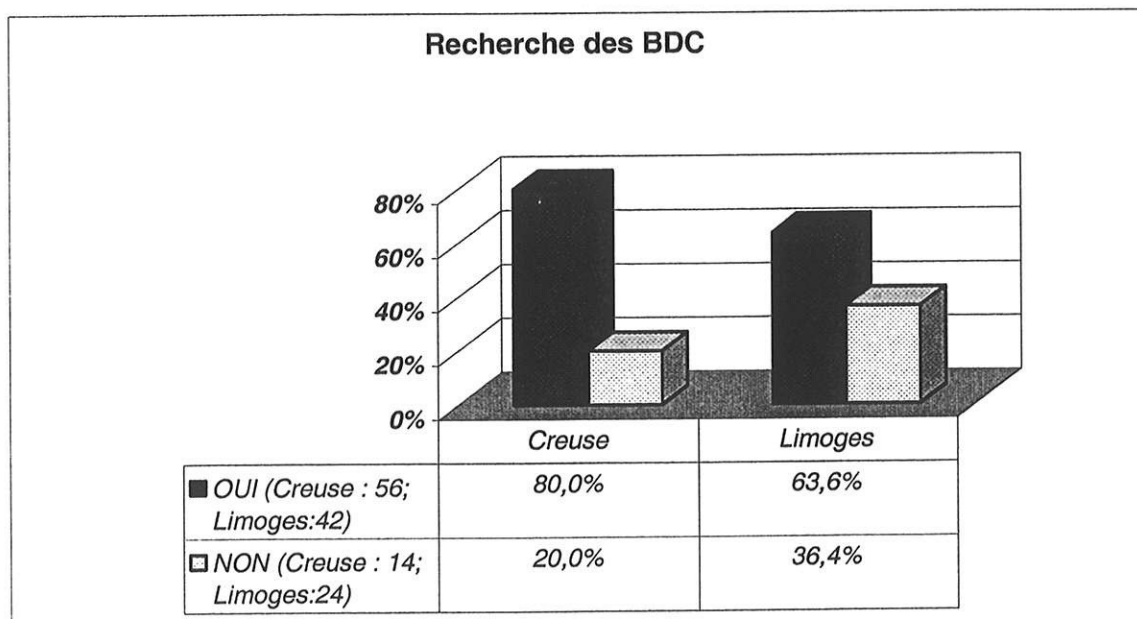
135 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

V 5) Les médecins recherchent-ils les bruits du cœur ?

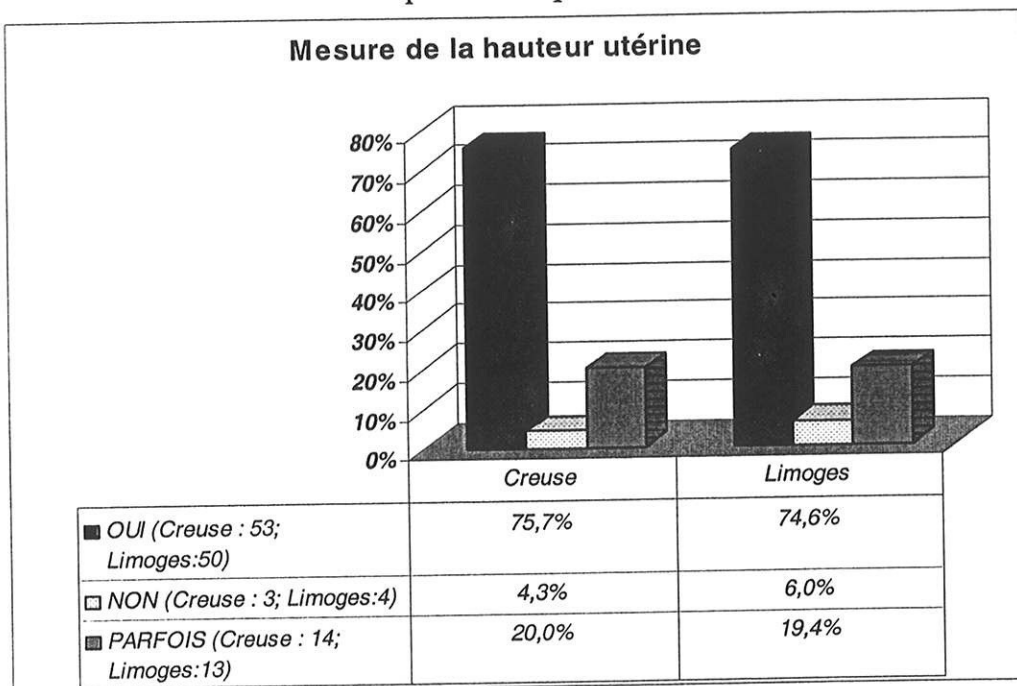
130 réponses exploitables



Il existe une différence significative ($p= 0,03$).

V 6) Les médecins effectuent-ils la mesure de la hauteur utérine ?

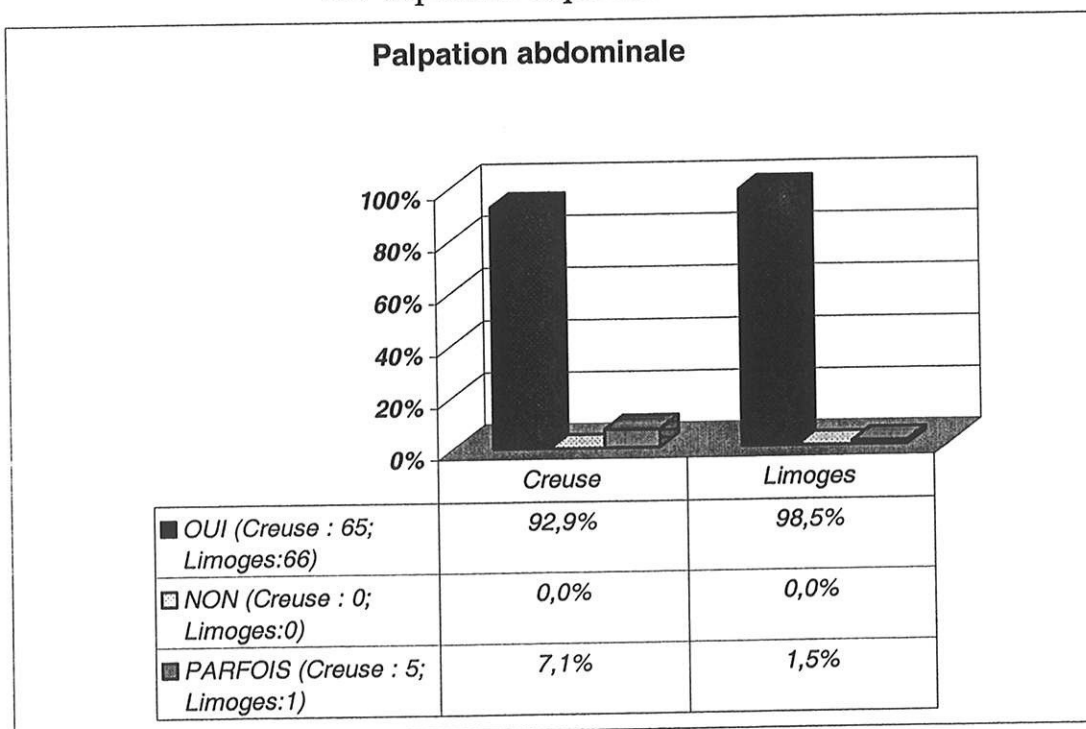
137 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

V 7) Les médecins effectuent-ils la palpation abdominale ?

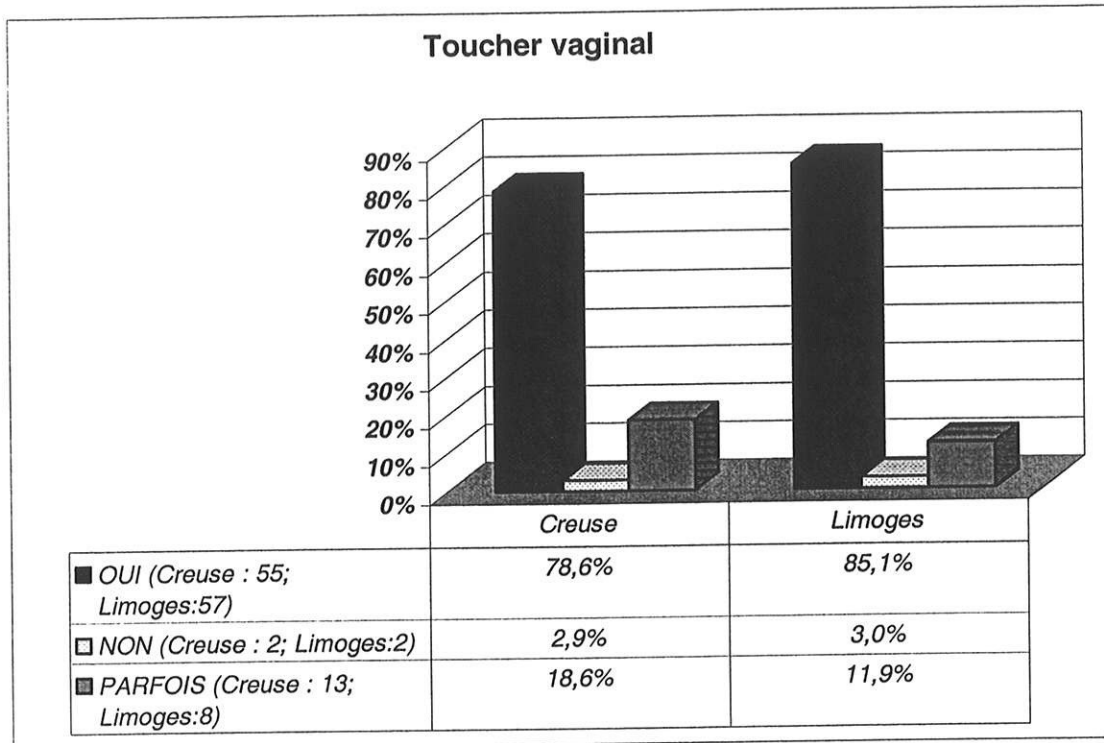
137 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative

V 8) Les médecins effectuent-ils un toucher vaginal ?

137 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

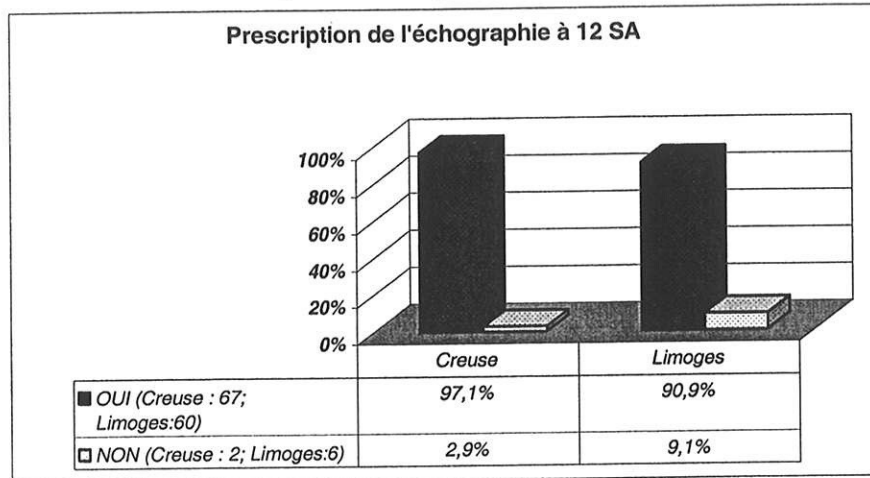
V 9) Les médecins effectuent-ils la mesure de la tension artérielle et de la prise de poids ?

Les médecins des 2 échantillons ont répondu « Oui à chaque consultation » à 100% pour les 2 questions.

VI EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET PRESCRIPTIONS

VI 1) Les médecins prescrivent-ils systématiquement l'échographie à 12 SA ?

135 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

VI 2) A quelle date les médecins prescrivent-ils la 2^{ème} échographie ?

101 réponses exploitables

Creuse	21,9 SA
Limoges	21,8 SA

Il n'existe pas de différence significative.

VI 3) A quelle date les médecins prescrivent-ils la 3^{ème} échographie ?

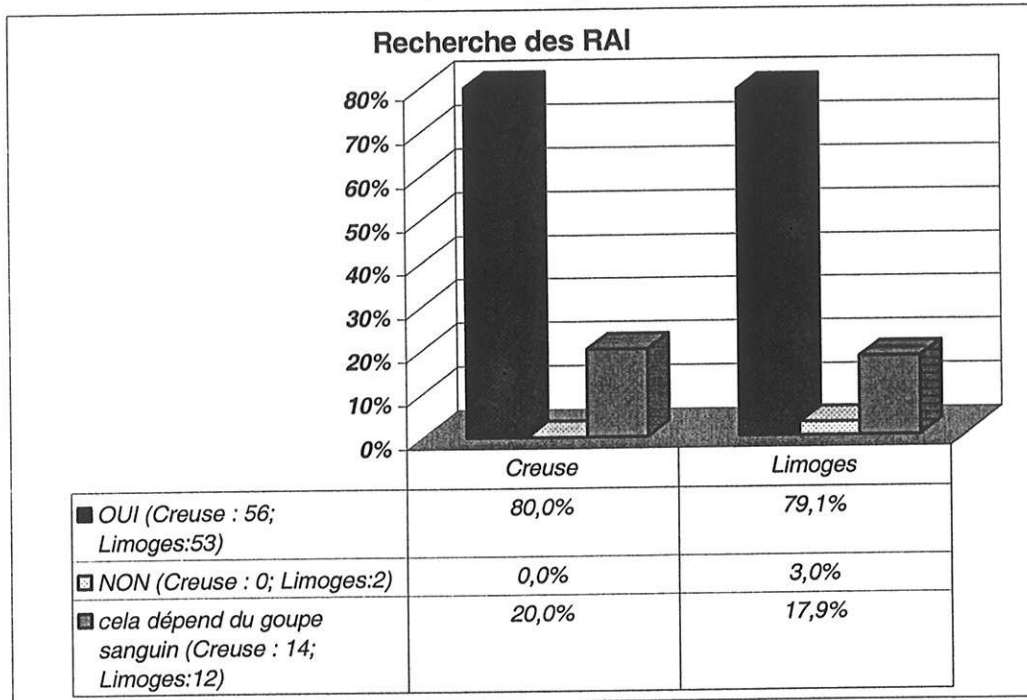
92 réponses exploitables

Creuse	31,9 SA
Limoges	32,3 SA

Il n'existe pas de différence significative.

VI 4) Les médecins recherchent-ils systématiquement une fois dans la grossesse la recherche des agglutinines irrégulières ?

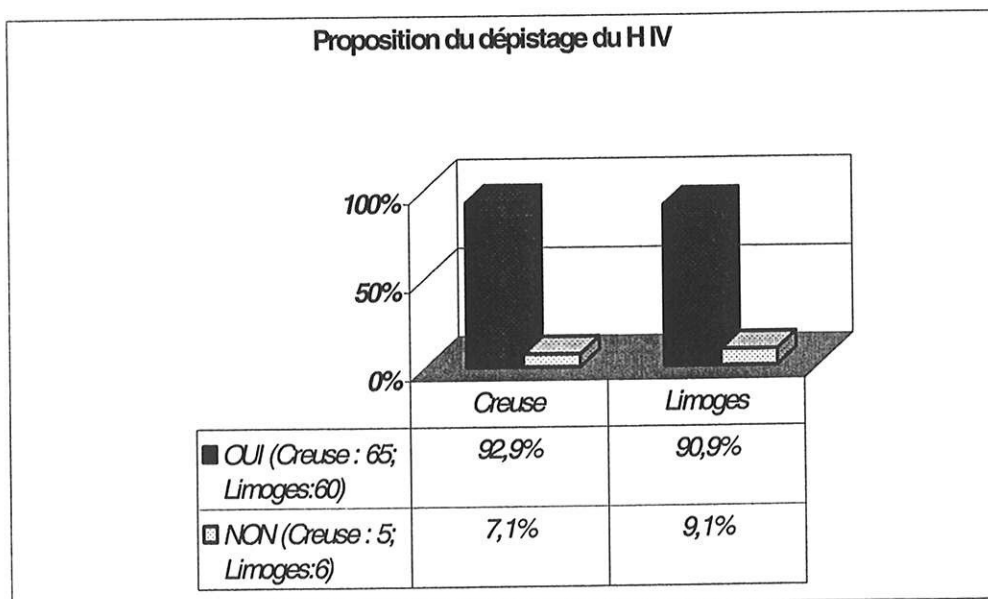
137 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

VI 5) Les médecins proposent-ils systématiquement le dépistage du VIH ?

136 réponses exploitables

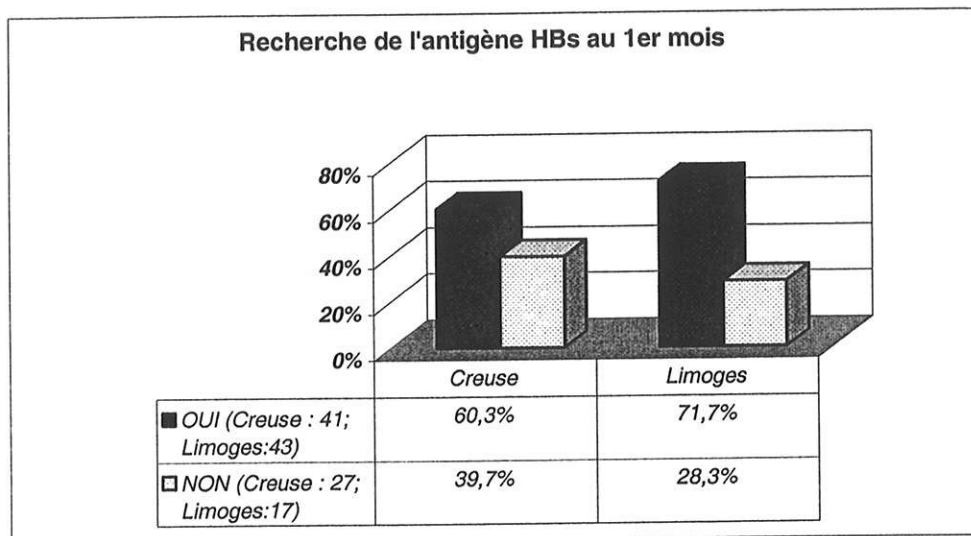


Il n'existe pas de différence significative.

VI 6) A quel mois, les médecins effectuent-ils la recherche de l'antigène HBs ?

a) *Au premier mois :*

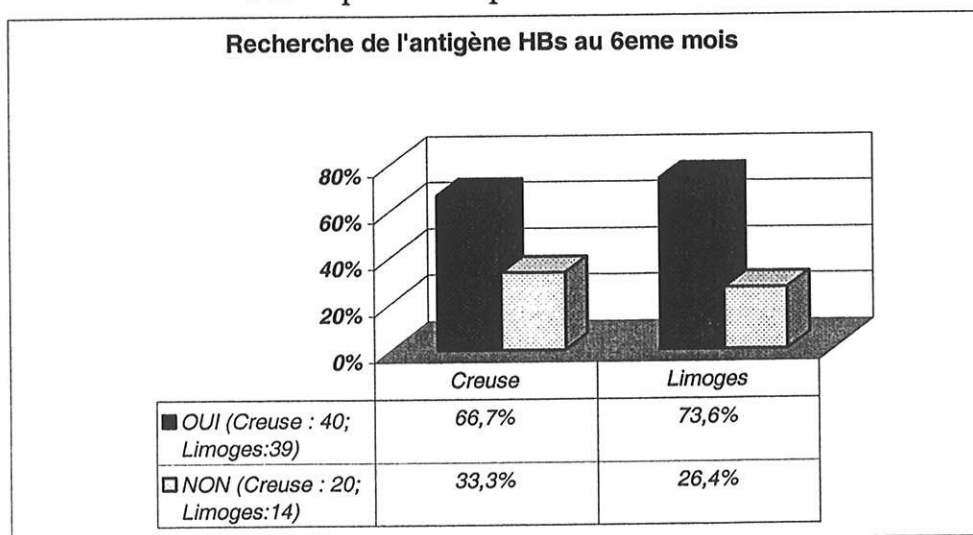
128 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

b) *Au sixième mois :*

113 réponses exploitables

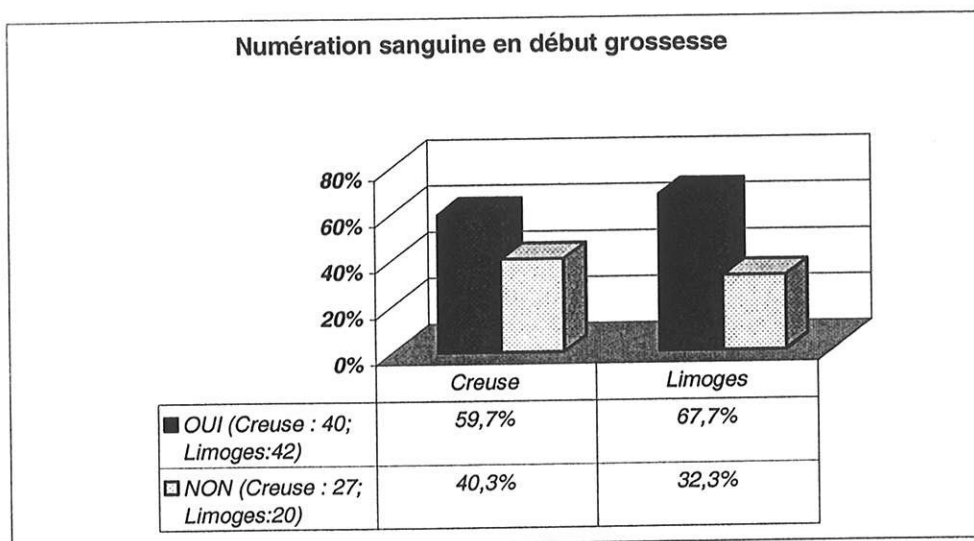


Il n'existe pas de différence significative.

VI 7) Les médecins prescrivent-ils une numération sanguine ?

a) *en début de grossesse :*

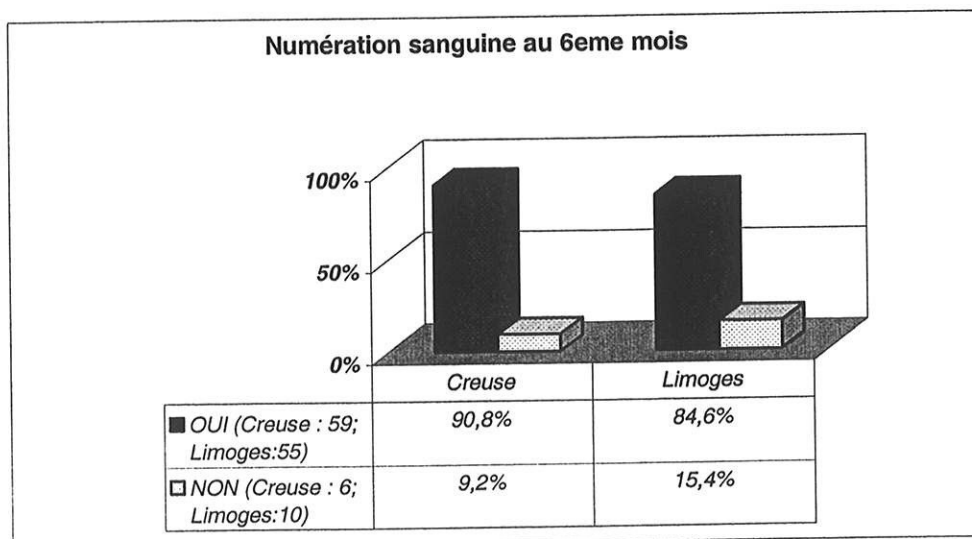
129 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

b) *au sixième mois :*

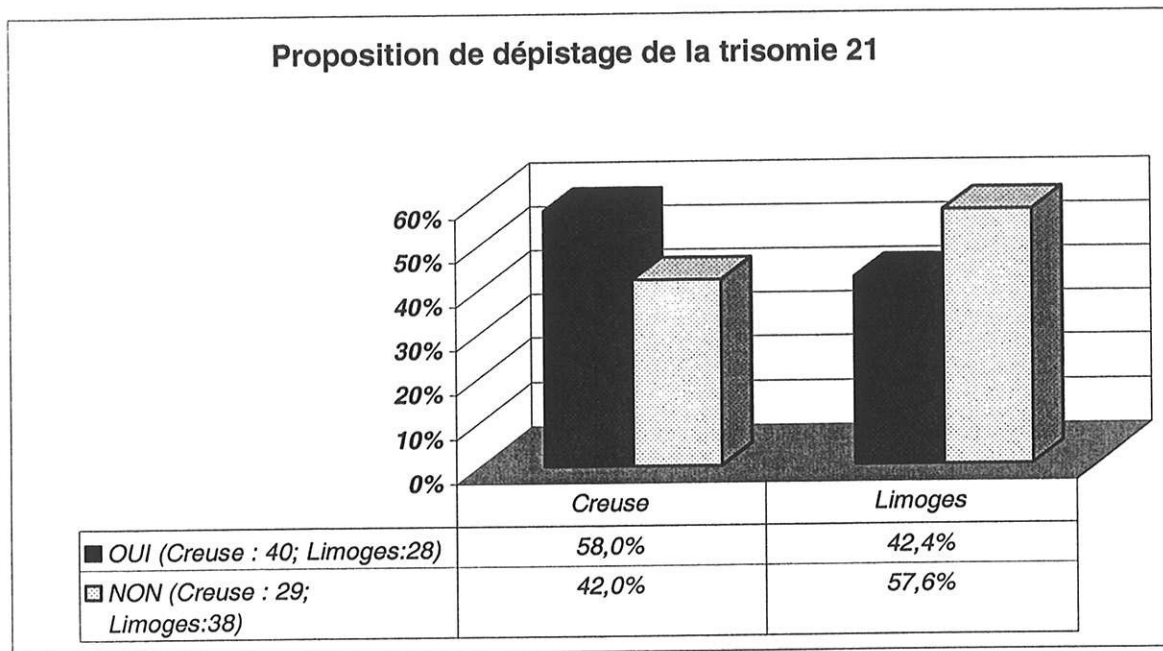
130 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

VI 8) Les médecins proposent-ils systématiquement le dépistage sanguin du risque accru de la trisomie 21 ?

135 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative ($p = 0,07$).

↳ *A quelle date, proposent-ils le dépistage sanguin du risque accru de trisomie 21 ?*

56 réponses exploitables

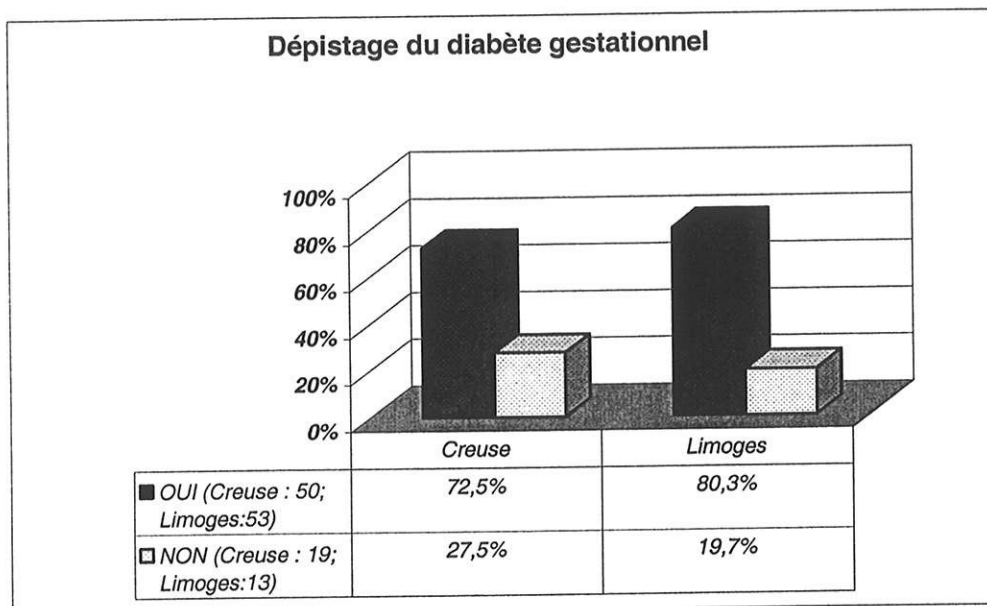
Creuse rurale	15 SA
Limoges	15,3 SA

La médiane est à 16. Les réponses ont un écart variant de 1 SA à 22 SA.

Il n'existe pas de différence significative entre les médecins creusois et limougeauds.

VI 9) Les médecins font-ils systématiquement le dépistage du diabète gestationnel ?

135 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

a) *A quel terme effectuent-ils le dépistage ?*

59 réponses exploitables

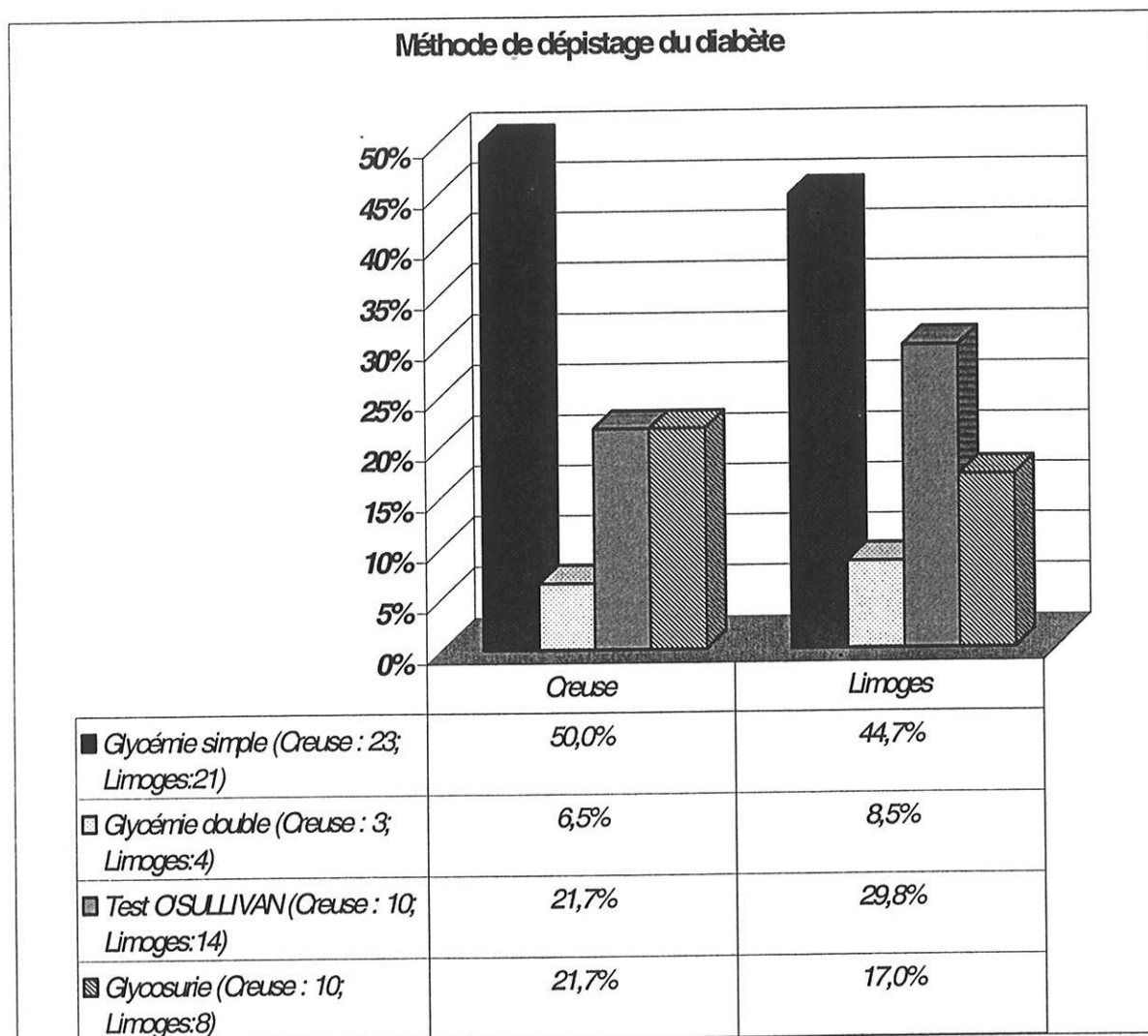
Creuse rurale	21,3 SA
Limoges	21 SA

La médiane est à 24. Les réponses ont un écart variant de 3 SA à un maximum de 30 SA.

Il n'existe pas de différence significative.

b) Par quelle méthode effectuent-ils le dépistage ?

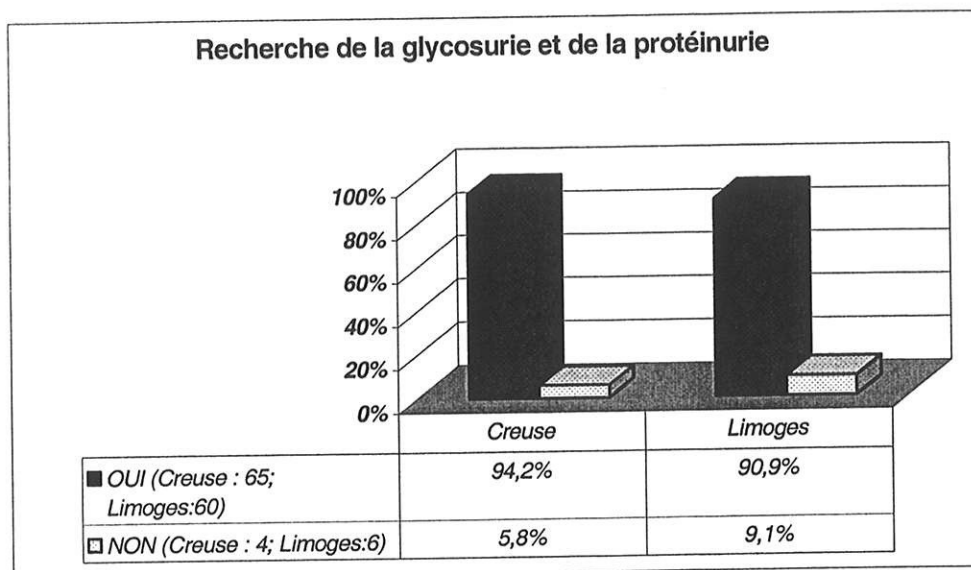
93 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

VI 10) Les médecins recherchent-ils systématiquement la glycosurie et la protéinurie ?

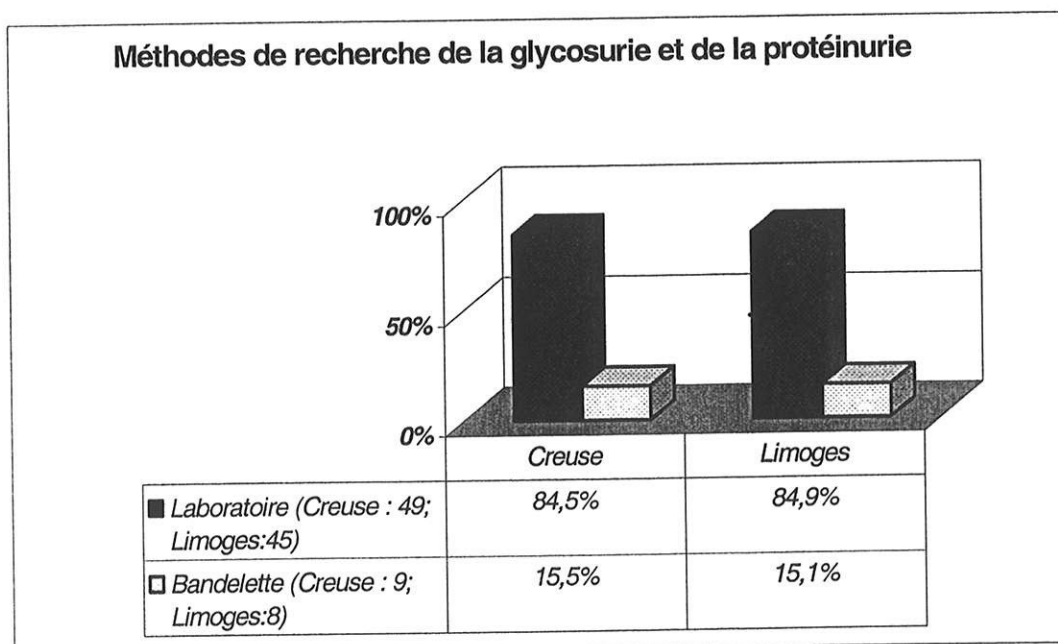
135 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

↳ Les médecins effectuent-ils la recherche au laboratoire ou eux-même par bandelette urinaire ?

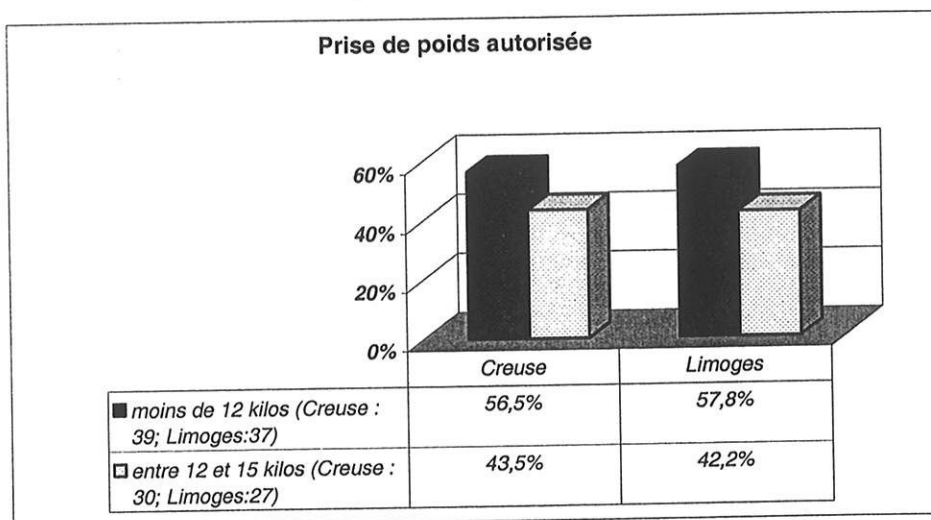
110 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

VI 11) Quelle prise de poids les médecins autorisent-ils ?

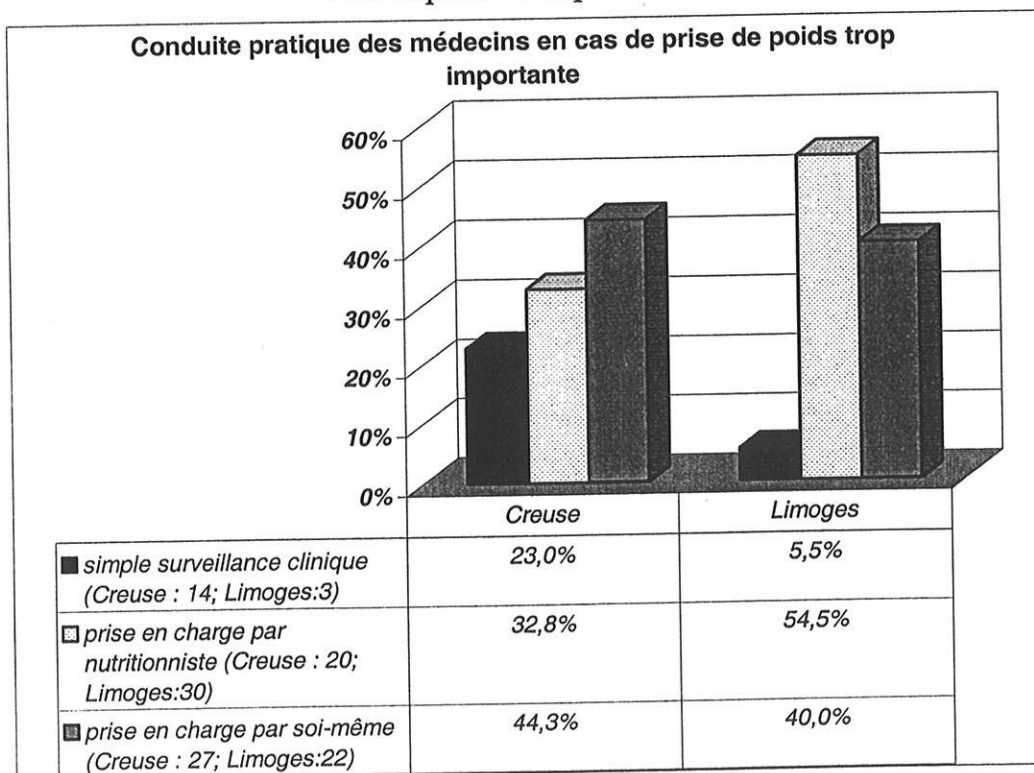
133 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

VI 12) Qu'envisagent les médecins si la prise de poids est trop importante ?

116 réponses exploitables



Il existe une différence significative ($p = 0,0094$).

Les généralistes limougeaudois sont plus nombreux que leurs confrères creusois à prendre avis auprès d'un nutritionniste ou diététicien en cas de prise de poids trop importante.

VI 13) A quel âge les médecins proposent-ils systématiquement une amniocentèse ?

116 réponses exploitables

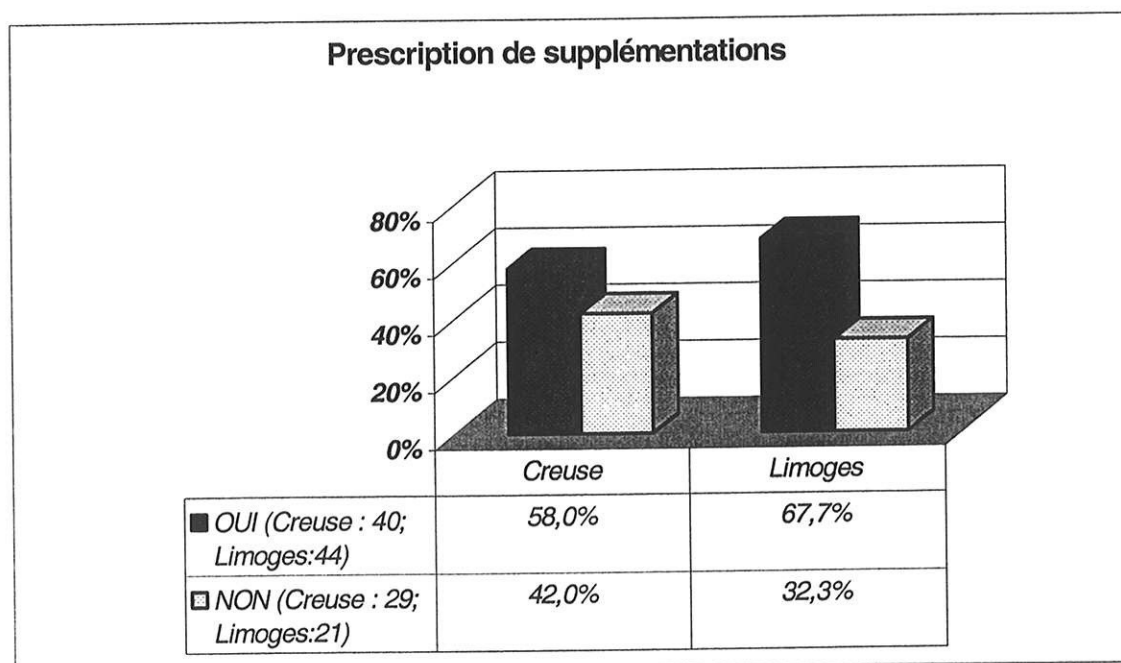
Creuse rurale	37,7 ans
Limoges	37,1 ans

La moyenne totale est de 37,4 avec une médiane à 38 (et des valeurs variant de 30 ans au minimum à 45 ans au maximum).

Il n'existe pas de différence significative.

VI 14) Les médecins font-ils des prescriptions de suppléments systématiques ?

134 réponses exploitables

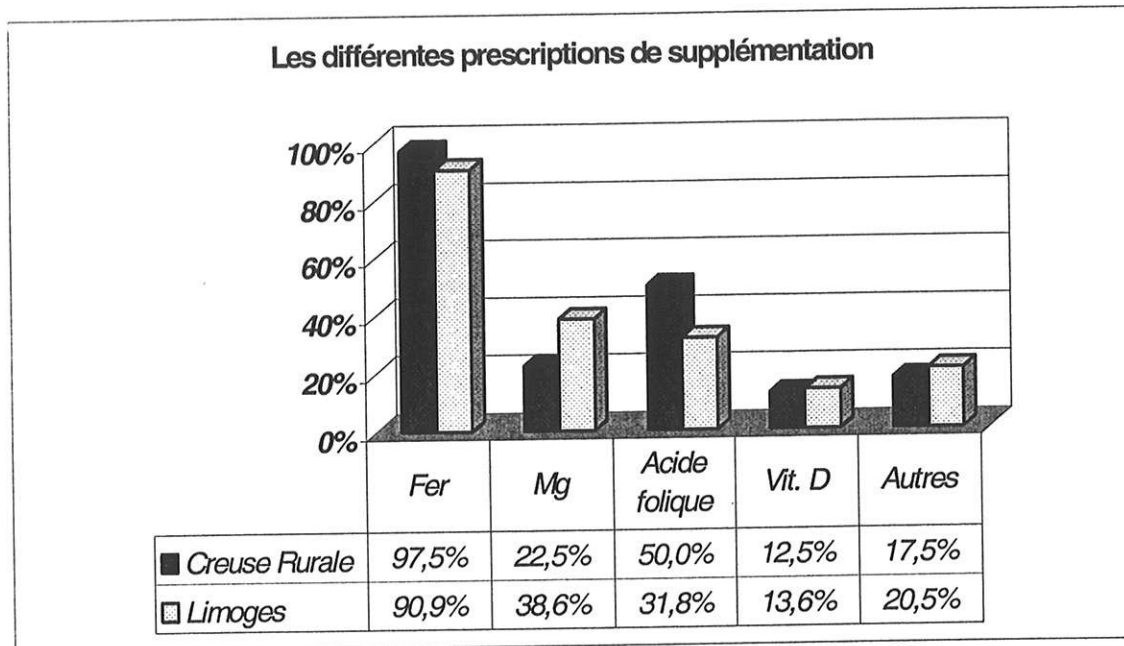


Il n'existe pas de différence significative.

↳ Quelles sont les suppléments, si les médecins en prescrivent ?

84 réponses exploitables (40 en Creuse et 40 à Limoges)

Le total des réponses est supérieur à 100 % car les réponses sont à choix multiple.



Autres suppléments :

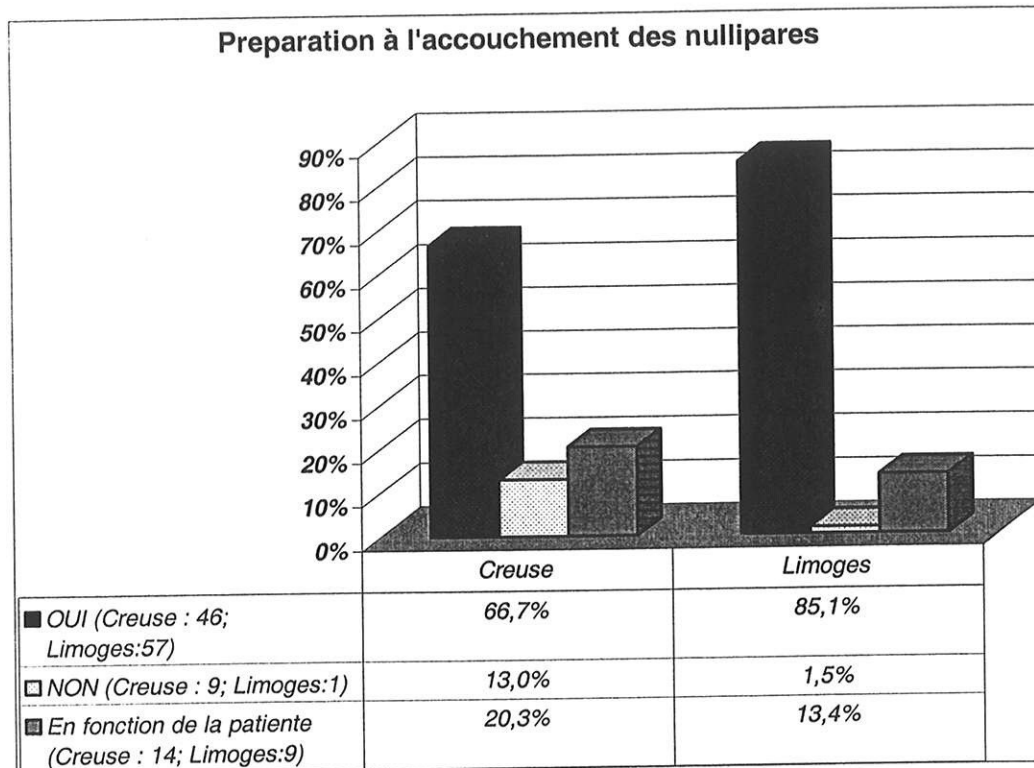
15 réponses qui sont par ordre décroissant :

- Fluor : 15% des médecins prescripteurs en Creuse soit 6 réponses
4,5% des médecins prescripteurs à Limoges soit 2 réponses
- Calcium : 5% des médecins prescripteurs en Creuse soit 2 réponses
9,1% des médecins des médecins prescripteurs à Limoges soit 4 réponses
- Veinotonique : 2,2% des médecins prescripteurs à Limoges soit 1 réponse.

Il n'existe pas de différence significative (à noter que le $p = 0,09$ pour l'acide folique).

VI 15) Les médecins incitent-ils les nullipares à une préparation à l'accouchement ?

136 réponses exploitables



Il existe une différence significative ($p = 0,01$).

↳ *A quel mois, les médecins incitent-ils les nullipares à une préparation à l'accouchement ?*

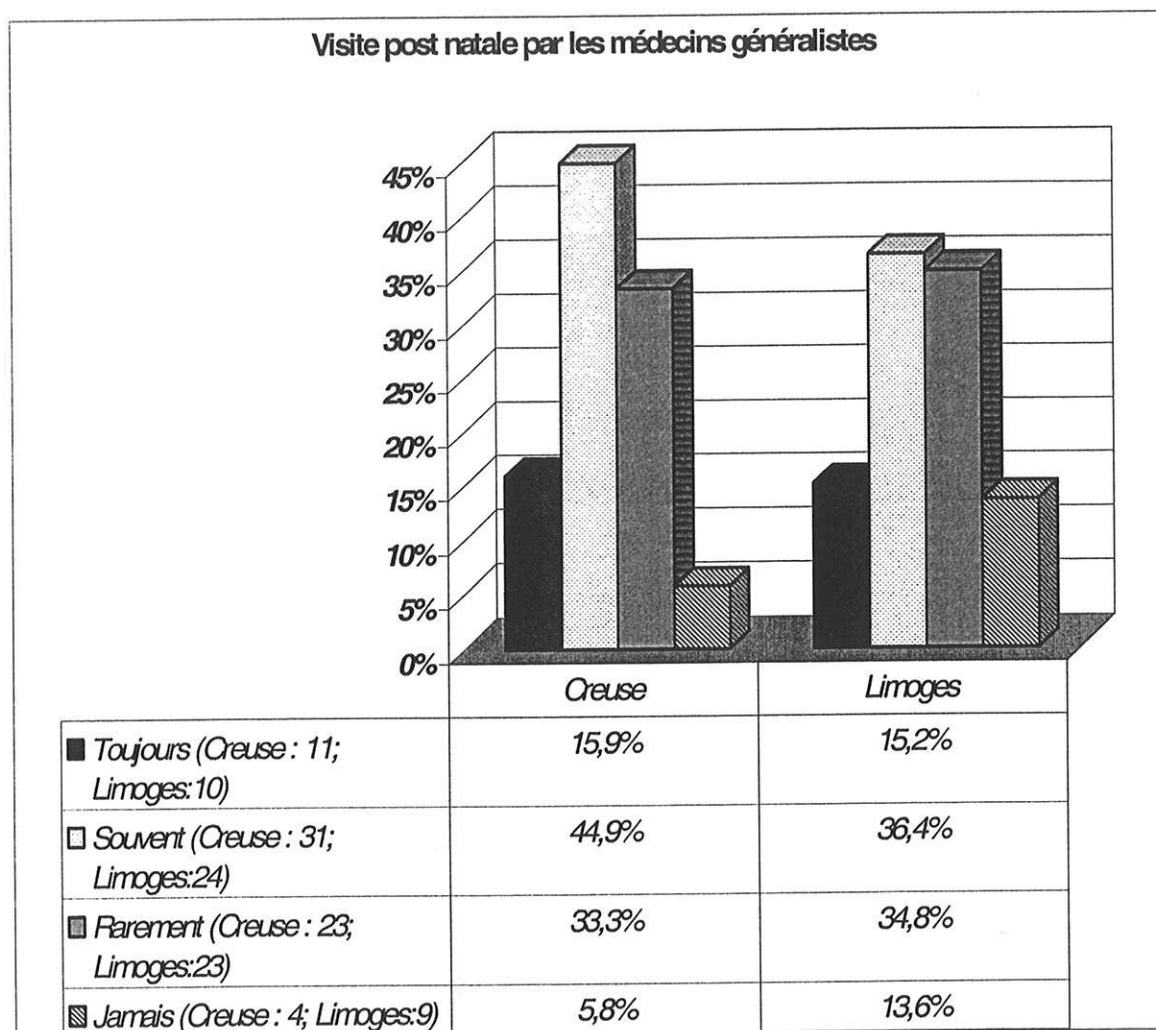
55 réponses exploitables

Creuse rurale	6,3 mois
Limoges	6,1 mois

La moyenne est de 6,2 mois avec une médiane de 6 mois.
Les réponses des médecins varient de 1 à 8 mois.

VI 16) Les médecins revoient-ils leur patiente pour la visite post natale ?

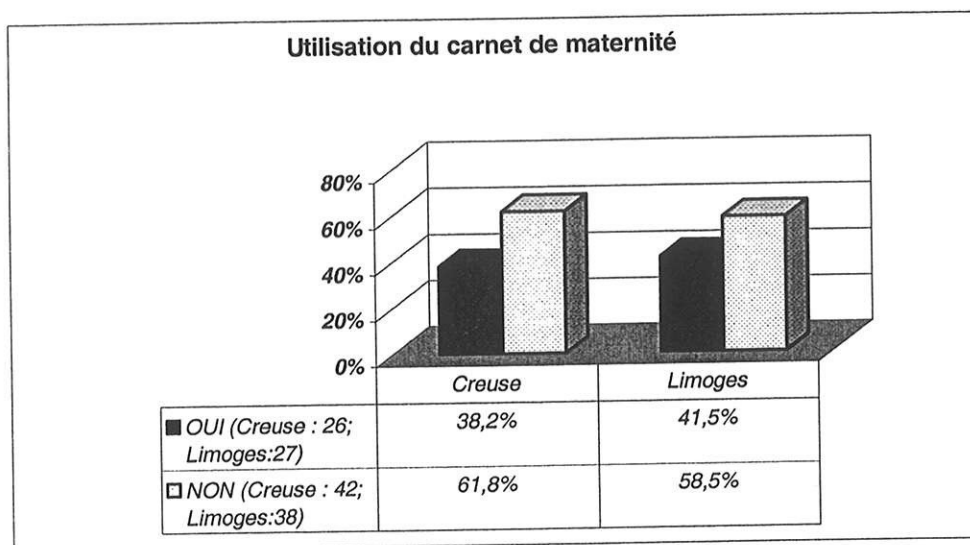
135 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

IV 17) Les médecins utilisent-ils le carnet de maternité ?

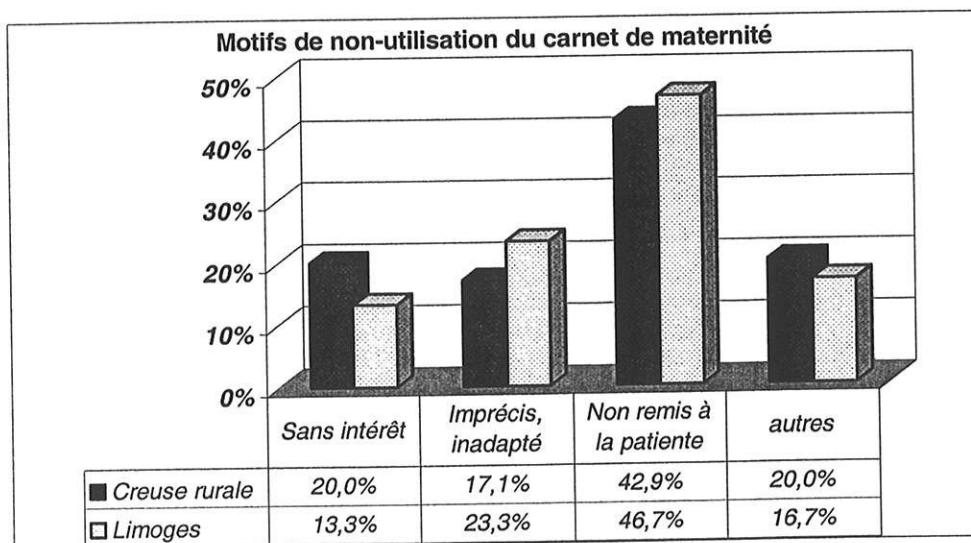
135 réponses exploitables



Il n'existe pas de différence significative.

↳ Pour quelles raisons les médecins n'utilisent-ils pas le carnet de maternité ?

65 réponses exploitables



Autres motifs : 11 réponses exploitables

A Limoges :

- trop long à remplir (soit 1 réponse)
- utilisation de leur propre dossier (soit 2 réponses)

En Creuse :

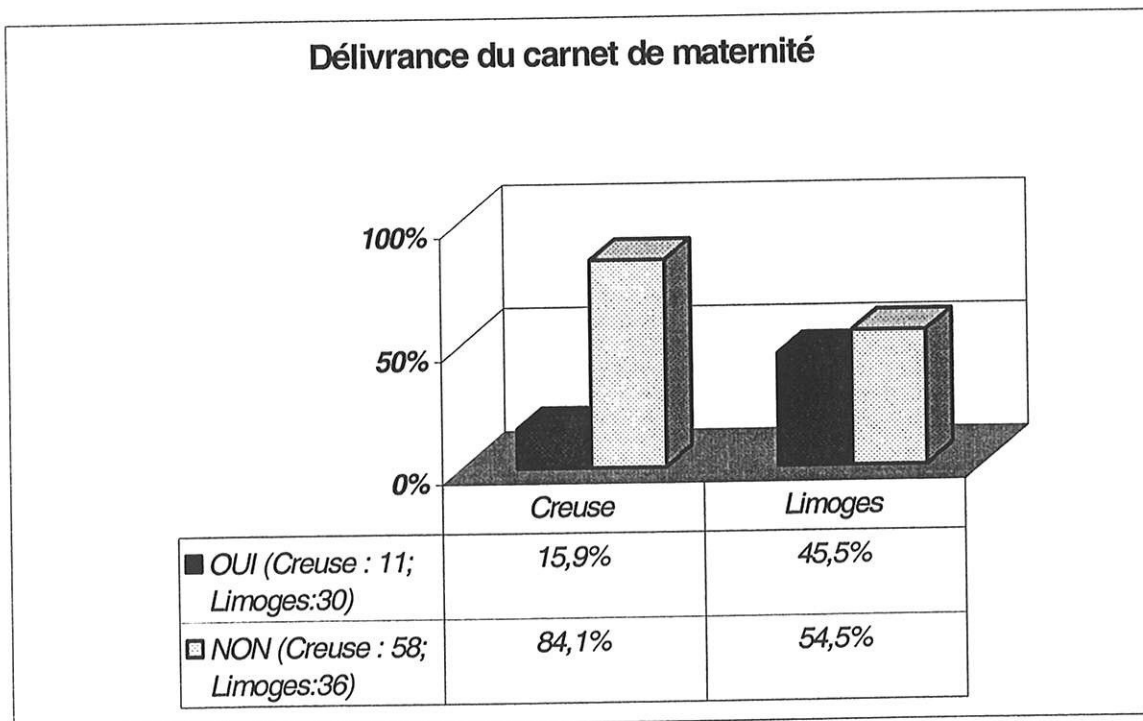
- informatisation ou propre dossier (soit 4 réponses)
- non utilisé par le spécialiste (soit 3 réponses)
- « ne le connaît pas » (soit 1 réponse)
- « n'existe plus » (soit 1 réponse)

⇒ Comment « le trouvent-ils » en cas d'utilisation ?

Cette réponse n'a pas été interprétée en raison du faible taux de réponse et de la mauvaise formulation de cette question (cf. critique de la méthode dans la discussion).

IV 18) Les médecins savent-ils que ce carnet doit être délivré par eux même à la patiente ?

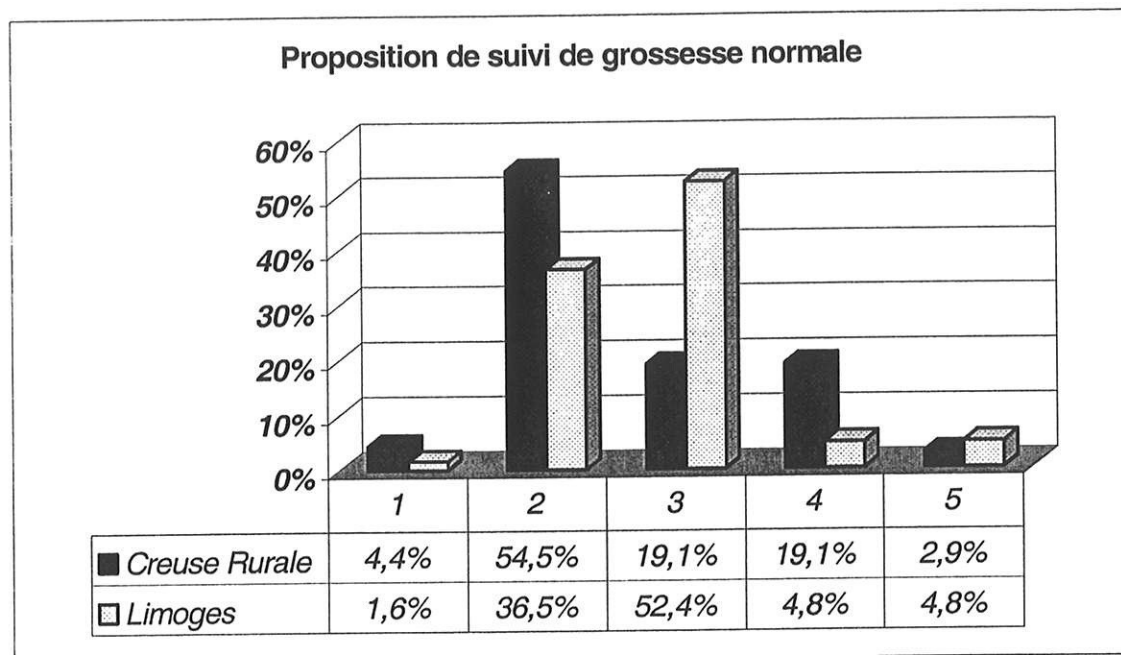
135 réponses exploitables



Il existe une différence significative ($p(\chi^2) = 0,0002$).

VII PROPOSITIONS DES MEDECINS GENERALISTES POUR LE SUIVI DE GROSSESSE NORMALE

131 réponses exploitables (soit 68 en Creuse et 63 à Limoges)



- 1 : suivi par le généraliste avec première consultation par le spécialiste
 2 : suivi par le généraliste avec une consultation spécialisée par trimestre
 3 : suivi par le généraliste jusqu'au 6^{ème} mois puis spécialiste
 4 : suivi par le généraliste avec avis spécialisé si nécessaire
 5 : autres souhaits

Il existe une différence significative ($p = 0,0007$).

- Autres souhaits (soit 4 réponses interprétables) :

A Limoges :

- suivi en alternance avec spécialiste
- suivi par spécialiste (et généraliste pour les consultations occasionnelles uniquement)

En Creuse :

- suivi avec sage femme
- suivi par généraliste avec échographie effectuée par le spécialiste uniquement

VIII COMMENTAIRES LIBRES SUR LE SUIVI DE GROSSESSE NORMALE PAR LES GENERALISTES

Nous avons laissé ici une « tribune libre » aux médecins pour exprimer leurs sentiments sur les suivis de grossesse. Les réponses ont été multiples et variées. Nous avons essayé de retranscrire les principales idées. Les phrases entre guillemets correspondent aux paroles retranscrites telles quelles de certains médecins. Il y a une certaine redondance des réponses des médecins avec la question « la place du généraliste dans les années à venir dans la surveillance des grossesses normales ».

Les idées énumérées sont :

1. Améliorer la formation gynécologique et obstétricale des médecins par une formation médicale continue et une formation pratique initiale adaptée (soit 4 réponses de Creuse et 4 réponses de Limoges).
« Les nouveaux médecins nouvellement promus sont incapables d'assurer face à un accouchement inopiné »
2. La nécessité de s'investir, que ce soit pour eux « généralistes » mais aussi pour leurs remplaçants réguliers (soit 5 réponses de Creuse et 5 réponses de Limoges).
« Moins on pratique, moins on est performant et plus on se désintéresse. Seule l'expérience permet une bonne pratique. »
3. La grossesse normale n'est pas une pathologie. Le suivi de la grossesse normale est un des rôles du généraliste, comme la pédiatrie « courante » (soit 8 réponses en Creuse et 6 réponses à Limoges).
« En principe une femme enceinte qui a été suivie par son médecin traitant, confiera son bébé à la surveillance du généraliste dès la naissance. »
4. La disponibilité est la force du généraliste (soit 4 réponses à Limoges et 2 réponses en Creuse).
« Le généraliste prend plus de temps pour informer la patiente. », « Il assure les gardes et les urgences. »
5. Il est nécessaire de rééduquer les patientes et d'éviter l'hyper spécialisation médicale (soit 5 réponses de Creuse et 7 réponses de Limoges).
6. Il est nécessaire d'améliorer les relations, la collaboration entre généralistes et spécialistes, basée sur une confiance mutuelle et des relations plus confraternelles (soit 6 réponses en Creuse et 6 réponses à Limoges). Les médecins désirent des courriers systématiques et explicatifs des spécialistes et des sages femmes. Ils regrettent que les patientes ne leurs soient pas toujours réadressées.
« Mes patientes sont convoquées systématiquement lorsque je les adresse pour la première échographie. »

7. Désir d'un suivi en alternance (soit 2 réponses en Creuse).
8. Souhaits d'une surveillance dans le cadre de réseau (soit 2 réponses en Creuse et 2 réponses à Limoges).
9. Souhaits d'une revalorisation de la consultation des médecins (sujet d'actualité) qui estiment que la consultation d'un suivi de grossesse est une consultation longue (soit 2 réponses).
10. Laisser le libre choix à la patiente (soit 1 réponse en Creuse et 1 réponse à Limoges).
« Elle doit avant tout être mise en confiance et rassurée ».

IV DISCUSSION

I CRITIQUE DE LA METHODE

Ce travail a été réalisé à partir d'une enquête de pratique par voie postale avec étude comparative entre médecins urbains limougeauds et médecins ruraux creusois.

Même si nous avons eu un bon taux de réponse pour l'enquête, nous pouvons nous demander si seuls les médecins les plus impliqués dans le suivi des grossesses ont répondu.

Cette enquête a par ailleurs été réalisée entre novembre 2001 et février 2002, période de forte activité et de fêtes, ne laissant peut-être que peu de temps aux médecins pour répondre au long questionnaire de quatre pages de l'étude comparative.

Une autre limite est que l'étude repose sur les savoirs déclaratifs et non les actes réellement effectués par les généralistes. Y a-t-il un biais de véracité des propos ? Nous infirmerons cette hypothèse en nous basant sur la confiance accordée aux propos de nos confrères et l'anonymat du questionnaire.

S'agissant d'un sujet d'actualité (arrêt Perruche...), certains médecins ont pu être influencés dans leur réponse (par exemple : refus de suivre des grossesses en raison du risque médico-légal).

Le dépouillement des questionnaires du premier envoi nous a montré que certaines questions ont été mal comprises ou mal remplies, ce qui peut conduire à des résultats imprécis et une non homogénéité des réponses. Certains résultats ne peuvent donc être analysés de manière rigoureuse.

⊖ Questions à problèmes:

- Pour les réponses à choix unique certains médecins les ont considérées comme des réponses à choix multiple :
 - Pour les motifs de non suivi de grossesse.
 - Pour le type de suivi dans l'étude comparative, quelques médecins ont coché les deux réponses. Il semblait pourtant évident que s'ils effectuaient un suivi systématique, ils effectuaient également les consultations occasionnelles.
 - Pour les méthodes de dépistage du diabète gestationnel.

Nous avons tenté d'y remédier pour le deuxième envoi en signalant en face des questions litigieuses : choix unique ou plusieurs réponses possibles.

• Deux autres questions ont été mal interprétées suite à une mauvaise formulation :

- Une question fermée : « Effectuez-vous la recherche des bruits du cœur ? » Cette question sous-entendait les bruits du cœur fœtaux et non ceux de la mère. Les résultats ne peuvent être interprétés correctement.
- Une question ouverte : « utilisez-vous le carnet de maternité ? Si oui comment le trouvez-vous ? » Nous aurions dû écrire « Qu'en pensez-vous ? » puisque certains médecins l'ont interprétée comme « comment vous le procurez-vous ? » Cette question n'a pas pu être interprétée.

Les questions entre les deux envois n'ont pas été reformulées.

• Concernant les données quantitatives (date de la 2^{ème} et 3^{ème} échographies, date de la proposition du dépistage de la trisomie 21, date de l'amniocentèse, date des cours de préparation à l'accouchement), elles n'ont pas été remplies systématiquement. Quelle en est la raison ?

- Le questionnaire était-il trop long à remplir ? Les médecins manquaient-ils de temps ?
- Certains examens étaient-ils prescrits par un autre intervenant ? Nous pouvons nous poser la question de savoir s'il n'aurait pas mieux fallu effectuer cette étude comparative de la pratique obstétricale sur les médecins effectuant un suivi seul exclusif des grossesses jusqu'à 5 ou 6 mois ?

La donnée quantitative du nombre de grossesses suivies par les médecins est légèrement sous pondérée car certains médecins n'ont pas donné de chiffre exact mais un intervalle. Nous avons alors saisi la moyenne en arrondissant à la décimale inférieure. (Exemple : 5 à 10 grossesses par an saisi comme 7)

II DISCUSSION DES ECHANTILLONS : la population cible

L'enquête porte sur 816 médecins du Limousin dont 301 médecins limougeauds et creusois qui ont reçu, en plus, un autre questionnaire pour évaluer leur bonne pratique obstétricale.

Le taux de réponse est de **79,04%** pour tout le Limousin (soit 645 réponses) :
-dont 70,43% pour les médecins de Limoges (soit 131 réponses)
-et 75,65% pour les médecins creusois ruraux (soit 87 réponses).

Sur ces 79,04% de médecins répondeurs, le taux de réponse au premier envoi est de 79,1% et au deuxième envoi de 20,9%.

L'analyse de la répartition des médecins n'a pas permis de mettre en évidence de différence significative entre les deux envois en fonction :

- des envois et du département
- des envois et du lieu d'exercice (Limoges et la Creuse rurale)
- des envois et du sexe
- des envois et du suivi ou non de grossesse.

La relance (2^{ème} envoi) n'a donc pas induit de biais de recrutement.

Même si les taux de réponses semblent bons, nous allons tout d'abord essayer de situer les échantillons de médecin répondeur en les comparant aux données officielles et ainsi de vérifier leur bonne représentativité.

II 1) Sexe des médecins ayant participé à l'enquête

a) Pour le Limousin

- Fichier ADELI au 1/1/2001 : 29% de femmes soit 270
71% d'hommes soit 655
- Notre enquête de pratique : **26%** de femmes soit 167
74% d'hommes soit 478

Une comparaison des pourcentages par le test de (chi2) montre qu'il n'existe pas de différence significative.

b) Pour l'étude Creuse rurale Limoges

- Fichier ADELI *expurgé* des remplaçants, médecins à activités particulières... (cf. chapitre matériel et méthode)

	Homme	Femme
LIMOGES	67,20% soit 125	32,79% soit 61
CREUSE RURALE	78,26% soit 90	21,73% soit 25

- notre étude Creuse rurale - Limoges

	Homme	Femme
LIMOGES	67,94% soit 89	32,06% soit 42
CREUSE RURALE	79,31% soit 69	20,69% soit 18

Il n'existe pas de différence significative pour la répartition des médecins par lieu d'exercice (Creuse rurale et Limoges) et par sexe.

c) conclusion

La répartition de nos médecins « réponders » suivant le sexe est donc bien représentative de la réalité démographique médicale du Limousin. Plus d'un médecin généraliste libéral sur quatre est une femme. Il n'existe pas de sur représentation des médecins femmes dans nos échantillons bien que nous aurions pu penser que ces femmes médecins, auraient plus participé à l'enquête que les hommes, étant plus sollicitées et peut-être plus intéressées par le suivi de grossesse.

II 2) Age des médecins ayant participé à l'enquête

A partir du questionnaire, nous avons obtenu la moyenne d'âge des médecins du Limousin. Nous avons pu comparer nos données qu'aux seules données nationales car il n'en existe aucune récente dans le Limousin. Les seules informations disponibles auprès de la DRASS, de l'Union régionale des Caisses d'Assurance Maladie du Limousin, et des Conseils Départementaux de

l'Ordre des Médecins sont présentées sous forme d'une répartition par tranche d'âge.

Au *niveau national*, la moyenne d'âge est de :

- 47 ans pour les hommes
- 44 ans pour les femmes

Au *niveau de notre échantillon de médecins « répondeurs »*, elle est de :

- 48,1 années pour les hommes
- 42,8 années pour les femmes

Les résultats de notre étude montrent qu'il n'existe pas de différence entre la moyenne d'âge des hommes exerçant en milieu rural et en milieu urbain.

Par contre, **la moyenne d'âge des femmes** est plus basse en milieu rural qu'en milieu urbain :

- milieu rural: 41,42 années (avec 39,4 pour la Creuse rurale)
- milieu urbain: 44,7 années (avec 43 pour Limoges)

Ces constatations s'expliquent par la féminisation croissante du corps médical. Un médecin généraliste sur 10 était une femme en 1980 [45]. Il y a quelques dizaines d'années, le milieu rural était principalement masculin. La tendance antérieure des femmes à l'orientation vers le milieu urbain et vers certaines spécialités correspondait à des raisons de choix pratique y compris en terme de contrainte et de disponibilité.

Actuellement, les femmes sont majoritaires (56%) chez les moins de 35 ans [9] et d'après la dernière étude du Conseil National de l'Ordre des Médecins, elles « s'orientent proportionnellement plus vers la médecine générale depuis une dizaine d'années » [9].

II 3) Durée moyenne d'installation des médecins

La durée moyenne d'installation dans le Limousin est de 17,5 années avec respectivement une durée moyenne de 13 et 19 pour les femmes et hommes.

On constate une durée moyenne d'installation pour les femmes de 12,37 en milieu rural (et même 9,7 en Creuse rurale) contre 13,5 en milieu urbain.

Ces chiffres, concordant avec la moyenne d'âge plus basse des femmes en milieu rural, contribuent à renforcer la constatation de la féminisation croissante de la médecine et encore plus en milieu rural.

II 4) Répartition des médecins répondeurs par milieu d'exercice

57,2% des médecins exercent en milieu rural ou semi-rural et 42,8% en milieu urbain.

Il existe une forte disparité au sein du Limousin, puisqu'en Creuse, il y a un peu moins de 20% de médecins urbains pour plus de 80% de médecins ruraux et semi-ruraux.

II 5) Activité des médecins généralistes

- *Au niveau national* [45]

- 35% effectuent moins de 100 actes par semaine
- 44% effectuent entre 100 et 150 actes par semaine
- 21% effectuent plus de 150 actes par semaine

- *Au niveau de notre étude dans le Limousin*

- 27,4% effectuent moins de 100 actes par semaine
- 54,4% effectuent entre 100 et 150 actes par semaine
- 18,2% effectuent plus de 150 actes par semaine

Les médecins du Limousin, en particulier en milieu rural, ont une activité supérieure à celle de la population nationale de médecins. 72,6% des médecins du Limousin (et 78,15% des médecins ruraux) effectuent plus de 100 actes par semaine contre 65% des médecins français. Ces chiffres s'expliquent, non pas par la densité des omnipraticiens, mais par le vieillissement de la population du Limousin qui génère plus d'actes médicaux.

III LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE DANS LE LIMOUSIN

73% des médecins « répondeurs » **participent au suivi de grossesse**, seuls ou conjointement avec les autres intervenants.

Les travaux sur la surveillance de la grossesse en médecine générale sont rares. Nous n'avons pas pu comparer ce chiffre de 73% à des données officielles. Seule l'étude du CREDES de 1992 montre que 55% des consultations systématiques de grossesse étaient effectuées par les généralistes

[16] mais elle ne donne pas de renseignement sur le nombre de médecins participant au suivi de grossesse.

III 1) suivi de grossesse et milieu d'exercice

Le rôle de proximité du médecin généraliste apparaît à travers les résultats de la répartition entre milieu rural et urbain. On observe que dans les zones rurales, où les spécialistes sont moins implantés que dans les grandes agglomérations, les omnipraticiens participent plus au suivi de grossesse :

- **80,43%** des médecins suivent des grossesses en milieu rural et semi-rural (81,6% en Creuse rurale)
- **63,04%** des médecins suivent des grossesses en milieu urbain (51,9% à Limoges)

III 2) Suivi de grossesse en fonction du sexe des médecins

Les femme médecins participent plus au suivi de grossesse que leurs homologues masculins, en particulier en milieu rural et à Limoges :

- **76%** des femmes suivent des grossesses : - dont 89,02% en milieu rural et semi-rural (100% en Creuse rurale)
 - et 63,29% en milieu urbain (59% à Limoges)
- **72%** des hommes suivent des grossesses : - dont 77,97% en milieu rural et semi-rural (76% en Creuse rurale)
 - et 62,83% en milieu urbain (seulement 48% à Limoges)

Ceci semble confirmer l'idée que les femmes médecins semblent plus sensibilisées, sollicitées que leurs homologues masculins (bien qu'ils soient tout de même 72% à suivre des grossesses). La future mère dont la grossesse peut-être source d'angoisse, trouve en une femme un interlocuteur privilégié et rassurant.

III 3) Nombre de grossesses suivies par an

Les médecins du Limousin suivent en moyenne **5,9 grossesses par an** avec un nombre de 6,2 par femme et 5,9 par homme.

Les médecins urbains suivent 6,48 grossesses par an contre 5,62 grossesses en milieu rural. Il n'existe pas de différence significative entre médecins urbains et ruraux par rapport au nombre de grossesse suivie.

Même si les femme médecins sont plus nombreuses à participer au suivi de grossesse, elles ne suivent guère plus de grossesse que leurs confrères masculins.

En 1999, il y a eu 6957 accouchements dans le Limousin. Les 470 médecins de notre enquête participant au suivi de grossesse suivent en moyenne 5,9 grossesses par an soit 2773 grossesses dans tout le Limousin (si nous prenons comme hypothèse que toutes les grossesses étaient simples). Ils participeraient donc au suivi d'environ **39%** des grossesses du Limousin. Ce chiffre peut sembler raisonnable comparé aux données de l'enquête sur dossiers médicaux, effectuée sur les femmes venues accoucher au CHRU de Poitiers en 1998, qui objectivait un taux de 35,2% de femmes suivies par leur généraliste [46].

a) Quelles sont les données bibliographiques de la surveillance de la grossesse par les médecins généralistes au niveau national ?

Deux études sur la surveillance de la grossesse par les médecins généralistes (une en Loire-Atlantique [5] et l'autre en Vendée et Loire-Atlantique [2]) montrent que les **femmes médecins suivent respectivement 1,76 et 1,5 fois plus de grossesses que leurs collègues masculins.**

Par ailleurs **les médecins ruraux suivent 1,5 fois plus de grossesses que leurs confrères installés en ville** [5].

Concernant le nombre de grossesses suivies par an, trois études sur 1 an montrent que les médecins suivaient en moyenne :

-14,4 grossesses par an en Loire-Atlantique (cette étude, entre 1991-1992, ne portait que sur un échantillon de 24 médecins) [47]

-6,22 grossesses par an dans la Nièvre (cette étude, entre 1996-1997, ne portait que sur un échantillon de 18 généralistes)[48]

-6,68 grossesses par an dans les Vosges (cette étude de 1996 ne portait que sur un échantillon de 40 médecins) [25]

Les autres études effectuées au niveau national ou à l'échelon départemental n'expriment pas le nombre de grossesse par an suivi par les généralistes mais :

- Soit le nombre de consultations de femme enceinte par semaine (visite ou non en rapport avec la surveillance de grossesse). Les résultats sont très disparates :
 - 1,73 grossesses par semaine. Etude Resomed 44 [47]
 - 2,34 grossesses par semaine. Thèse de Didier JUTTEL [5]
 - 3,3 grossesses par semaine. Thèse de Nadine HOUDU-COLLET [2]

- Soit le pourcentage des consultations prénatales dans l'activité globale annuelle d'un omnipraticien :
 - 0,58%. Mémoire de Cécile GRAVELLIER [46]
 - 0,44% [16]

- Soit le pourcentage des consultations de prise en charge de la surveillance de la grossesse, dans leur activité gynécologique :
 - 0,5%. Etude permanente de la prescription médicale 1999 [18]
 - 19%. Etude THALES de 1999 [18]

b) Comment expliquer les différences constatées dans notre enquête par rapport aux données bibliographiques ?

• Pourquoi les médecins du Limousin suivent-ils moins de grossesses que les données des trois études précédemment citées ?

L'indice de fécondité du Limousin est le plus bas de France à 1,4 [7]. La démographie de notre région est vieillissante ce qui se traduit par une diminution du nombre de femmes en âge de procréer. La fécondité tardive des mères, s'accompagne d'une diminution du nombre d'enfant par femme. (Ce dernier phénomène est également constaté à l'échelon national.)

Par ailleurs, la densité d'omnipraticiens dans le Limousin est de 131 pour 100 000 habitants ce qui est bien plus élevé que dans la région Loire-Atlantique (104), la Lorraine (105) et la Bourgogne (103). [8]

• Comment expliquer que les médecins ruraux ne suivent pas plus de grossesses que leurs collègues urbains ?

Nous avons constaté dans notre travail que plus les médecins avaient une activité élevée et plus ils suivaient de grossesses. Même si les médecins ruraux travaillent plus que leurs confrères des villes, la faible demande de suivi est due

au vieillissement de la population des campagnes limousines et à la désertification du milieu rural.

• Comment expliquer que les femmes soient plus nombreuses à suivre des grossesses mais qu'elles n'en suivent que 0,3 de plus par an que les hommes ?

Nous avancerons certaines hypothèses avec prudence :

-Ce phénomène d'interprétation est délicat. En effet si on peut estimer que ceux qui suivent le plus de grossesses le font toujours parce qu'ils trouvent un intérêt professionnel, la réciproque n'est pas aussi certaine (comme le montrent nos résultats) : il faudrait pour pouvoir l'affirmer connaître le pourcentage de femmes dans leur clientèle et parmi elles, celles en âge de procréer.

-Il existe une faible représentativité des femmes médecins : 1 médecin sur 4 est une femme dans le Limousin. En milieu rural, une femme enceinte désirant être suivie par une femme médecin peut être contrainte de faire 20 ou 30 kilomètres. N'est-il pas alors aussi simple pour elle d'aller consulter en ville un spécialiste ?

-La faible demande de suivi de grossesse fait-elle qu'il ne puisse y avoir de différence significative ?

-Les femmes enceintes considèrent-elles que les médecins masculins désirant suivre des grossesses, sont aussi intéressés et compétents (à juste titre) que leurs homologues féminins ?

III 4) Les médecins ne suivant pas de grossesse dans le Limousin

27% des médecins sur les 645 généralistes ayant participé à l'enquête ne suivent pas de grossesse.

Parmi ces 645 médecins :

-9,1% ne participent pas au suivi de grossesses par choix des patientes (12,2% des médecins à Limoges et seulement 1,1% en Creuse rurale).

-3,1% par choix personnel (9,9% des médecins à Limoges et 1,1% en Creuse rurale).

- 3,1% car leur clientèle ne présente pas ces caractères (6,9% des médecins creusois ruraux).

De nombreuses femmes ont un suivi gynécologique régulier actuellement assuré par le spécialiste (surtout en milieu urbain, zone de forte densité de gynécologues). Les gynécologues, les pédiatres de ville, les ophtalmologistes et les médecins généralistes constituent l'offre de soins de première intention de nos jours. Les femmes qui consultent pour grossesse s'adressent préférentiellement aux gynécologues puisque, d'après notre enquête, moins de 40% des grossesses du Limousin impliqueraient le généraliste dans leur suivi.

Même si les généralistes sont consultés, par exemple dans 2/3 des cas pour la contraception, c'est probablement plus souvent un suivi que l'initiation du traitement qui est réalisée par le spécialiste.[18] Il est donc logique que ces femmes s'adressent à leur spécialiste lorsqu'elles sont enceintes. Ce sujet porte à débat au sein des omnipraticiens comme le montrent les commentaires des médecins qui acceptent mal ce sentiment « de dépossession de ce secteur d'activité » et qui souhaiteraient « rééduquer leurs patientes ».

- 0,5% des médecins ne suivent pas de grossesses par besoin de formation et 1,9% par peur des problèmes médico-légaux ; ces derniers résultats sont probablement sous évalués car notre question ne permettait qu'une réponse unique. Les médecins ont donc du faire un choix dans leur réponse.

IV FORMATION GYNECOLOGIQUE ET OBSTETRIQUE DES MEDECINS DANS LE LIMOUSIN

IV 1) La formation des médecins

2 médecins sur 3 ressentent un besoin de formation complémentaire sur le suivi de grossesse aussi bien en milieu rural qu'en milieu urbain. Mais à peine **1 sur 2 suit une formation continue gynécologique et obstétrique**. Notre enquête n'a pas mis en évidence de différence significative entre médecins urbains et ruraux (bien que 61,2 % des médecins creusois ruraux n'effectuent aucune formation).

Si nous ramenons nos chiffres à la population de médecins ayant participé à l'enquête (soit 645), nous constatons que seuls :

- **37%** suivent une formation personnelle (revues)
- **30%** participent à des FMC
- **17,15%** participent à des EPU
- **1,5%** suivent une formation pratique à type de stages (médecins urbains en majorité)

Ces résultats semblent réalistes puisque seuls **35 %** des médecins de notre enquête ont bénéficié d'une FMC abordant le thème du suivi de grossesse ces 3 dernières années (aussi bien en ville qu'à la campagne).

L'ensemble des médecins ressent donc un besoin de formation. Alors les médecins généralistes doivent-ils plus s'investir ? Le thème de la surveillance de la grossesse ne devrait-il pas être abordé plus souvent par les associations de FMC ? Les généralistes y sont favorables puisque 94 % d'entre eux, sans différence significative entre ruraux et urbains, trouvent indispensable ou intéressante l'idée d'une FMC gynécologique tous les 3 ans sur le suivi de grossesse.

IV 2) Souhaits des généralistes

Quels sont les souhaits des généralistes pour améliorer leur formation sur le suivi de grossesse ?

- **72%** des médecins souhaitent une amélioration de leur **formation médicale continue** (FMC, EPU, colloques, congrès, publications, Internet...)

- **44%** souhaitent une amélioration de la **formation universitaire**. Actuellement 2 à 3 internes de médecine générale ont la possibilité d'accéder à un stage dans un service de gynécologie dans le Limousin par semestre. A raison de 5 semestres d'internat, cela représente seulement 15 internes par promotion. Peu sont donc les futurs généralistes qui ont la chance d'effectuer un stage en gynécologie et obstétrique, permettant ainsi d'acquérir une petite expérience clinique.

L'arrêté au Journal Officiel du 27 octobre 2001 prévoit que la durée du 3ème cycle des études de médecine générale passe à 3 ans avec un stage obligatoire, soit en pédiatrie, soit en gynécologie. Les perspectives d'avenir semblent donc aller dans la bonne voie. Concernant l'externat, les possibilités offertes aux étudiants de formation lors de leur stage dans les services de gynécologie relèvent plus de leur propre motivation et investissement.

- 12,2% souhaitent principalement :

- une **formation pratique** :
 - à type de stage hospitalier ou en ville, basée sur le volontariat
 - par leur propre expérience professionnelle par l'accroissement de la demande de suivi de grossesse
- une meilleure collaboration avec les spécialistes (courriers systématiques et explicatifs)
- la mise à leur disposition de moyen de formation (diplôme universitaire (DU), cd room, « ateliers pratiques »..).

IV 3) Propositions de formation

Nous allons émettre différentes propositions de formation basées sur le volontariat, pouvant à notre sens contribuer au bon suivi de la femme enceinte.

- 1) Le thème de la surveillance de la grossesse normale devrait être abordé plus souvent par les associations de FMC.
- 2) Ne pourrions-nous pas imaginer une fois tous les 2 ans que les services d'obstétriques invitent leurs correspondants pour mettre à jour leurs connaissances et apporter les ajustements nécessaires à un fonctionnement de qualité.
- 3) Serait-il bon de mettre en place une structure téléphonique présente 24h/24 afin de pouvoir répondre au généraliste s'il a un problème ? Imaginons un numéro vert où un conseil puisse être donné par un gynécologue. Cela demanderait beaucoup de disponibilité de la part des obstétriciens.
- 4) Faut-il envisager la création d'un diplôme médical universitaire (DU) sur le suivi gynécologique dans le Limousin ?

Les spécialistes ne pouvant participer à toutes les FMC, la création d'un DU sur le suivi gynécologique et donc de grossesse, permettrait aux médecins une formation en gynécologie et obstétrique mais aussi une formation sur la prise en charge socio-économique et psychologique de la femme enceinte. La pratique des gestes lors d'un stage peut être envisagée en salle de consultation avec un spécialiste ou une sage femme. Un tel DU de médecine générale sur le suivi de

grossesse a été créée à Paris en 1999 par le professeur TOURNAIRE (à l'Hôpital Saint Vincent de Paul). [49]

Près de **54%** des omnipraticiens de notre enquête trouvent l'idée intéressante voire indispensable mais il existe une différence significative entre médecins ruraux et urbains. Plus de **60%** de ces derniers (63% à Limoges) y sont favorables contre **49%** en milieu rural (43,5 en Creuse rurale).

• Pourquoi une majorité de médecins ruraux ne sont-ils pas favorables à la création d'un DU ?

- Par manque de disponibilité en raison de leur plus forte activité ?
- A cause de l'éloignement des structures universitaires où a lieu l'enseignement ?
- Les médecins ruraux considèrent-ils cette formation comme censée être acquise pendant leurs études ?
- Est-ce par peur d'augmenter l'hyper spécialisation de la médecine ?

• Pourquoi les médecins urbains y sont-ils plus favorables ?

- La proximité et la disponibilité (leur activité est plus faible et il est plus facile de se faire remplacer qu'en milieu rural) sont une explication possible.
- Le médecin généraliste en milieu rural, médecin de famille, possède encore une position centrale : il est « le pivot du système de soins ». [52] Certains médecins urbains estiment que le généraliste n'a semble-t-il plus la confiance des patientes en ville où l'offre de soins est plus importante. Ce DU sur le suivi gynécologique, leur permettrait non seulement de se réinvestir dans le suivi des grossesses mais aussi de se revaloriser et d'être revalorisés vis à vis des femmes enceintes.
- La création d'un DU peut être, d'après certains confrères, un moyen de « s'armer » efficacement contre les vellétés juridiques concernant la prise en charge gynécologique et obstétrique des femmes.

V PERSPECTIVE DE PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE DANS LE LIMOUSIN

V 1) Prise en charge de la grossesse en milieu rural et urbain

Plus de **60%** des médecins généralistes souhaitent participer au suivi de la grossesse de manière **plus active** sans différence significative entre médecins

urbains et ruraux (à noter que seuls 48% des médecins creusois ruraux le souhaitent).

Mais seulement **1 sur 2 est prêt à s'investir dans la création d'un réseau de santé prénatal**. Les médecins ruraux y sont plus favorables à 56,74% (sauf en Creuse rurale 46%) que les médecins urbains (45% dont seulement 40% à Limoges).

• Comment expliquer cette différence entre médecins de ville et de campagne sur le désir de participer à ce type de réseau et comment expliquer que les généralistes creusois ruraux y soient moins favorables que leurs confrères ruraux du Limousin ?

Certains médecins généralistes urbains ne souhaitent pas participer à la création d'un réseau de surveillance des grossesses, estimant probablement que l'offre de soins plus importante en ville, l'accès aisé au spécialiste en cas de besoin, leurs permettent un suivi de qualité en milieu urbain.

Le suivi de grossesse s'étant progressivement éloigné du médecin de famille en milieu urbain, les généralistes n'effectuant pas ou peu de suivi de grossesse pensent-ils que la création d'un réseau de surveillance ne modifiera en aucun cas le comportement de leurs patientes puisqu'elles sont libres de choisir leur praticien (généraliste ou spécialiste) ?

Pour les médecins ruraux, la création d'un réseau de santé « en amont » de la grossesse peut permettre le maintien d'une médecine de qualité avec une sécurité du suivi des femmes enceintes. Ce réseau prénatal semblerait parfaitement adapté au fonctionnement de petites maternités (Haute Corrèze, Creuse) comme le montre l'expérience de Clamecy.

• Mais comment expliquer alors la discordance entre médecins ruraux du Limousin et médecins creusois ruraux ? Nous ne pouvons émettre que quelques hypothèses :

- S'agit-il d'un manque de disponibilité et de temps ? La participation à un réseau implique au départ du temps et du bénévolat. Bien que l'activité médicale de ces médecins soit importante, la part du suivi de grossesse ne représente qu'une infime partie de leur activité globale. Est-il alors plus intéressant pour nos confrères de s'investir dans des réseaux plus « porteurs », plus représentatifs de leur clientèle (exemple : réseau de gérontologie) ?
- Ou s'agit-il tout simplement d'un manque d'information sur ses réseaux de santé prénataux ?

Depuis quelques années, on débat à l'infini en France sur les notions de réseau et de filière. Il semble y avoir beaucoup de confusions et de désordre dans l'esprit des médecins.

La *filière de soins* correspond à une « approche verticale avec un médecin référent ». [18]

Le *réseau de soins* (exemple : le réseau périnatal) est « organisé pour prendre en charge une pathologie souvent complexe » [51] et vise à coordonner tous les acteurs.

Le *réseau de santé* (exemple : réseau prénatal) permet de « réintégrer la prise en charge d'une pathologie dans une approche medico-psycho-sociale » [51]. Cette approche est très importante dans la prise en charge du suivi de grossesse puisqu'elle permet de dépister en partenariat avec les médecins les FDR (socio-économique, psychologique et médicaux) et de réorienter une grossesse à risque considérée comme normale au début de la prise en charge.

L'exemple du réseau de Clamecy montre qu'il n'y a nullement besoin de créer de filières, privant en partie les patientes de leur liberté de choix, pour assurer un suivi de qualité et de sécurité.

Il suffit simplement :

- Que les professionnels puissent s'entendre entre eux pour construire « un dispositif cohérent destiné à générer alors un ensemble de trajectoire spécifique en fonction du risque des usagers ». [48]
- Que ce dispositif apparaisse aux femmes comme construit pour elles en fonction de leur attente et de leur besoin. [48]

Le réseau du Haut Nivernais a montré que le libre choix d'accès aux soins de la patiente était préservé. En 1998, le seul gynécologue suivait 46% des grossesses et les 18 généralistes suivaient 52,6% des grossesses. 1,4% des grossesses étaient suivies en milieu hospitalier spécialisé.

Ce type de réseau de santé serait aisément transposable dans certaines zones rurales du Limousin, à condition que cette évolution se fasse en harmonie avec tous les intervenants et qu'elle suppose de la part des généralistes une formation adaptée avec des connaissances et une pratique conforme aux exigences actuelles. Les omnipraticiens y seront mieux préparés lorsque entrera en vigueur la réforme des études médicales du 3^{ème} cycle prévoyant entre autres un stage obligatoire soit en gynécologie, soit en pédiatrie.

Le fonctionnement en réseaux (**périnatal et de santé prénatal**) présente des avantages et des inconvénients.

La prise en charge des femmes enceintes est plus homogène grâce :

- à un dossier obstétrical commun
- à une continuité d'actions des différents intervenants

- à la suppression des examens répétitifs
- au redéploiement vers les sages femmes et les généralistes de la surveillance des grossesses à bas risque, et à la réhabilitation de la grossesse physiologique
- à une réponse aux aspirations de la population par le maintien de structures de proximité dont le réseau garantit la qualité.

En contre partie, il y a plusieurs risques :

- Le risque de polariser l'intérêt sur les grossesses à haut risque au détriment des grossesses normales.
- Le risque d'un engorgement des maternités de niveau 3 avec une multiplication des intervenants et une moindre personnalisation des soins dans les maternités de niveau 3.
- Le risque d'une perte de compétence des praticiens exerçant en maternité de niveau 1 avec un sentiment de dévalorisation de ces praticiens qui sont « obligés » de transférer.

• Si nos confrères des villes ne souhaitent pas de réseau de santé en milieu urbain, que pouvons nous leur proposer pour améliorer la prise en charge de la femme enceinte ?

En premier lieu, laisser le libre choix à la patiente. Si celle-ci se sent en confiance avec son médecin traitant et que celui-ci s'estime compétent, plusieurs choix se présentent :

Partant de la constatation que la consultation de début de grossesse (1^{er} trimestre) est la plus importante, puisqu'elle évalue les risques de la grossesse, beaucoup de spécialistes pensent qu'elle devrait être réalisée soit par un gynécologue obstétricien, soit par une sage femme ou un généraliste (après entente avec le gynécologue obstétricien). A partir de cette hypothèse tous les suivis de grossesse normale sont envisageables :

- Suivi conjoint en alternance avec spécialiste
- Suivi conjoint avec une consultation spécialisée par trimestre
- Suivi seul par généraliste jusqu'à 6 mois après la première consultation.

Le plus important étant que :

- Le généraliste, s'il s'estime compétent (formation initiale et continue), doit « savoir passer la main au besoin ».
- La surveillance de la grossesse normale doit être le résultat d'un travail d'équipe, complémentaire entre les différents acteurs de santé (spécialiste, sage femme, généraliste, assistante

sociale...) où le gynécologue serait chargé d'organiser le suivi en concertation avec les autres intervenants pour n'intervenir qu'en cas de nécessité.

Seule une partie des médecins de Limoges (38%) y semblent prêts mais principalement avec les gynécologues obstétriciens. Comme nous le verrons dans l'étude comparative, 52% des médecins de Limoges veulent suivre seuls les grossesses normales jusqu'à 6 mois.

V 2) Place du généraliste dans la surveillance de la grossesse normale dans les années à venir.

A la question « *Comment voyez-vous la place du généraliste dans la surveillance des grossesses normales, dans les années à venir, compte tenu de la baisse prévue, de la démographie des gynécologues obstétricaux et médicaux ?* », 509 confrères ont donné leur opinion. Le sujet les a donc intéressés. La somme des idées retranscrites est supérieure à 100% puisque dans chaque réponse des médecins, pouvaient apparaître plusieurs idées.

Globalement les médecins estiment que suivre une grossesse normale est un des rôles du généraliste. Comme le dit un confrère : « *Ca fait partie de ma formation initiale* ».

Si la baisse de l'effectif des spécialistes se confirme dans les prochaines années, les généralistes sont plus nombreux à penser que leur place deviendra prépondérante (26%) voire indispensable et centrale (10%) dans le suivi des grossesses normales à la condition d'une solide formation complémentaire.

11% des médecins ne voient pas de changement ou voient leur place en baisse.

- Parmi les médecins ruraux partageant cet opinion 56% exercent en Creuse. Ces généralistes justifient leur réponse par la baisse de la démographie de la population creusoise prévue dans les années à venir.
- Parmi les médecins urbains partageant cet avis, 68% exercent à Limoges (zone à forte densité de spécialiste où la baisse des effectifs se fera probablement moins sentir).

15% des généralistes pensent qu'un suivi conjoint (avec les gynécologues obstétriciens préférentiellement) pour les grossesses normales compenserait la baisse des effectifs des gynécologues. Mais pour cela, ils évoquent deux conditions :

- Une formation complémentaire pour se réinvestir pleinement (8,5%)

- Une amélioration des relations entre les différents intervenants (4%) avec un respect et une confiance mutuels. Ils souhaitent une collaboration plus étroite avec un travail en complémentarité :

- Désirs de courrier systématique et même s'ils ne suivent pas leur patiente car comme ils le signalent, ce sont les médecins de premier recours la nuit et le week-end, en particulier en milieu rural.

- Désirs de courriers explicatifs

- Désirs de dossier et surtout de protocole commun

Enfin deux autres remarques ont attiré notre attention :

- 4,5% des médecins ont peur de s'investir dans le suivi de grossesse en raison du risque médico-légal de plus en plus présent.

- 4,5% des médecins estiment nécessaire de rééduquer les patientes qui préfèrent s'adresser directement au spécialiste même en milieu rural d'après certains confrères. Un médecin rural signalait : « *Il est de bon ton d'avoir de nos jours son propre gynécologue, la patiente ne consultant son médecin traitant que pour la déclaration de grossesses, les pathologies intercurrentes et les urgences !!* » Celui-ci se posait alors la question suivante : « *Si le généraliste est capable d'assurer et assumer l'urgence, c'est à dire le plus stressant, ce qui demande à priori le plus de compétence, ne serait-il pas capable d'assurer et assumer le suivi d'une grossesse normale. Le généraliste n'a semble-t-il plus la confiance des patientes, la société évoluant et le tapage médiatique n'arrangeant pas les choses !* ».

VI DICUSSION DE L'ETUDE COMPARATIVE ENTRE MEDECINS LIMOUGEAUX ET CREUSOIS RURAUX

VI 1) Echantillon de médecins répondeurs

Le taux de réponse à cette enquête a été respectivement de 70,43% à Limoges et 75,65% en Creuse rurale. Il n'y a pas de différence significative pour la répartition des médecins entre les 2 envois.

La moyenne d'âge est de 46,3 à Limoges et 46,7 en Creuse rurale.

Les généralistes creusois ruraux ont une activité sensiblement plus élevée que leurs homologues Limougeaux puisque 41,5% des médecins de Limoges effectuent moins de 100 actes par semaine contre seulement 19,5% en Creuse.

VI 2) La surveillance de la grossesse à Limoges et en Creuse rurale

Les résultats de notre enquête objectivent une nette différence significative entre nos deux échantillons de médecins suivant des grossesses puisque :

- **81,6%** des généralistes creusois suivent des grossesses (et même 100 % de femmes)
- **51,9%** des généralistes limougeauds suivent des grossesses (dont 59 % de femmes)

Les omnipraticiens creusois participent plus au suivi de grossesse mais ils ne suivent pas plus de femmes enceintes que leurs confrères limougeauds (5,4 grossesses par année en Creuse rurale et 5,9 à Limoges).

Parmi les médecins ne suivant pas de grossesses :

- **37,5%** en Creuse rurale (*soit 7% de l'ensemble des médecins creusois ruraux*) y sont contraints car **leur clientèle ne présente pas ces caractères** (trop âgée).
- **46%** des médecins à Limoges (*soit 22% de l'ensemble des médecins limougeauds*) ne participent pas au suivi des femmes enceintes soit par **choix personnel**, soit par **choix des patientes**.

VI 3) Etude comparative

L'étude comparant la bonne pratique obstétricale ne concerne que les médecins limougeauds et creusois ruraux participant au suivi de grossesse (soit 68 à Limoges et 71 en Creuse rurale).

VI 3.1 Généralités

a) le suivi

Sur ces généralistes suivant des grossesses, près de **90%** effectuent un suivi systématique que ce soit à Limoges ou en Creuse rurale.

Notre enquête retrouve une différence significative sur le type de suivi. Si 3% des médecins des 2 échantillons effectuent un suivi conjoint avec une sage femme, les généralistes de Limoges sont plus nombreux (**40%**) à suivre des grossesses seuls que leurs confrères creusois ruraux (**14,7%**). Ces résultats sont

étonnants car nous pourrions penser qu'un médecin rural, en raison de son isolement, effectue plus de suivi seul. L'hypothèse la plus vraisemblable pour expliquer ces constatations est que les médecins creusois ne font pratiquer les échographies que par leurs confrères gynécologues. Il n'existe en effet aucun échographiste en Creuse effectuant des échographies de surveillance de grossesse. En cas de souhait d'un suivi en partenariat avec un médecin échographiste uniquement, les généralistes creusois doivent alors adresser leur patiente à Limoges ou Montluçon. Cette hypothèse explique les 82,4% de suivi conjoint avec un gynécologue en Creuse rurale.

En cas de suivi seul, les médecins de nos échantillons suivent, sans différence significative, leur patiente jusqu'à 6 mois révolus avant de les adresser à l'équipe clinico-hospitalière qui prendra en charge l'accouchement. (30,4 SA en Creuse et 27,4 SA à Limoges avec une médiane à 28)

b) Prise en charge et orientation des grossesses en fonction de leur niveau de risque

Si 98 à 100% des généralistes de nos échantillons soit la quasi-totalité, conseillent une consultation spécialisée lorsqu'ils dépistent une grossesse à risque ou pathologique, 55% d'entre eux, sans différence significative entre les médecins, adressent leur patiente en cas de grossesse normale avant 6 mois à leur confrère gynécologue.

Si ces chiffres concordent avec les 56,9% de généralistes limougeaux effectuant un suivi conjoint, il existe une grande discordance des résultats entre ces 55% de médecins creusois prenant avis en cas de grossesse normale et les 82,4% de médecins creusois effectuant un suivi conjoint avec le gynécologue. L'hypothèse la plus vraisemblable est que la collaboration, en cas de grossesse normale avant 6 mois, avec les gynécologues ne concerne parfois que la seule pratique de l'échographie. Il ne s'agirait donc pas de suivi conjoint avec le spécialiste. Le pourcentage de 82,4% de médecins creusois ruraux effectuant un suivi conjoint serait sur évalué et le pourcentage de 14,7% de médecins creusois effectuant un suivi seul sous évalué.

c) les moyens techniques des médecins suivant des grossesses

Tout suivi de grossesse ne peut se faire correctement sans écouter les bruits du cœur fœtaux. De plus une femme ne peut vivre sereinement sa grossesse si elle n'entend pas le cœur de son bébé en dehors des échographies.

Seuls 60% des médecins creusois ruraux et 50% des médecins limougeauds possèdent un détecteur doppler de bruits du cœur fœtaux (pas de différence significative).

Ces chiffres sont comparables aux données de l'étude de Poitiers qui retrouvait un taux de 56,8%. [46]

Certains médecins effectuent-ils la recherche des bruits du cœur avec le stéthoscope de PINARD ? Nous ne pouvons le déterminer puisque nous ne pouvons pas comparer ces résultats à une des questions de l'examen clinique qui avait pour objectif de savoir si les médecins recherchaient les bruits du cœur fœtaux. Cette question était mal formulée (cf. critique de la méthode, questions à problème) et comportait par conséquent un biais d'interprétation.

VI 3.2 L'examen clinique

(Rappel : La question concernant la recherche des bruits du cœur n'a pas été interprétée.)

Les résultats de nos deux échantillons sont comparables. Il n'existe pas de différence significative sur la pratique clinique des médecins de Creuse et de Limoges.

Dans l'ensemble la majorité des médecins respectent les recommandations de l'examen clinique du suivi d'une femme enceinte.

Bien qu'il n'existe pas de différence significative, seuls 66% des médecins creusois effectuent la palpation de la thyroïde contre 77% des médecins exerçant à Limoges. Les résultats de l'enquête d'opinion de Cholet de Eric LEMONNIER avaient constaté un taux encore plus bas de 42,5% de médecins effectuant cet examen [52]. Il serait intéressant de réinformer les médecins sur l'intérêt de cet examen lors d'une FMC.

Si l'ensemble des généralistes respecte les recommandations concernant la pratique clinique, il pourrait être intéressant de comparer leurs connaissances théoriques, leurs savoirs déclaratifs, avec leur surveillance réelle à partir d'une enquête prospective évaluant plus précisément l'interrogatoire (recherche des facteurs de risque en détail) et leur examen clinique.

VI 3.3 Examens complémentaires et prescriptions

a) Les échographies

Les omnipraticiens creusois ruraux et limougeauds sont les prescripteurs de la première échographie dans respectivement 97 et 91% des cas.

Pour la deuxième et troisième échographies, il n'existe pas de différence significative. Les médecins ont bien compris l'importance de prescrire ces examens aux dates préconisées sous peine de passer à côté d'anomalie fœtale. Ils respectent donc les dates de 19-22 SA pour la 2^{ème} échographie et de 31-33 SA pour la 3^{ème} échographie. Le fait d'avoir moins de réponses exploitables pour la 3^{ème} échographie s'explique par le fait que le spécialiste ait pris en charge le suivi de la grossesse, le plus souvent à cette date.

b) la recherche des agglutinines irrégulières

Le dépistage des incompatibilités érythrocytaires est obligatoire depuis 1992, quel que soit le groupe rhésus. En 1992, on estimait à 3 pour mille les femmes enceintes présentant une immunisation anti érythrocytaire [53].

S'il n'existe pas de différence significative entre médecins ruraux creusois et limougeauds, le dépistage n'est pas effectué correctement puisque environ **20%** des généralistes ne recherchent les RAI qu'en fonction du groupe (3% ne les recherchant pas à Limoges).

Dans l'étude de Didier JUTEL de 1999 [5], seuls 36.2% des médecins prescrivait les RAI lors du premier examen prénatal. Dans l'enquête de Poitiers de Cécile GRAVELLIER de 1999 [46], 31,6% des médecins ne prescrivait les RAI qu'en fonction du groupe sanguin.

Un travail prospectif sur l'ensemble des médecins du Limousin pourrait nous renseigner sur la pratique réelle des généralistes dans ce domaine.

c) La proposition du dépistage du VIH

Depuis 1993, tout médecin a l'obligation de proposer systématiquement cette sérologie aux femmes enceintes. Plus de **9 médecins sur 10** le font en Creuse et à Limoges sans différence significative. Les omnipraticiens semblent donc bien sensibilisés dans notre région.

L'étude de Poitiers [46] montrait que 62% des médecins le proposaient systématiquement. Les autres travaux ne sont pas comparables car leurs données correspondent non pas à la proposition mais à la prescription du test.

d) la recherche de l'antigène HBs

Environ **2 médecins sur 3**, sans différence significative dans nos deux échantillons, prescrivent la recherche de l'antigène HBs aux 1^{er} et 6^{ème} mois.

Y a-t-il répétition des examens ou confusion dans l'esprit des généralistes ? Nous leur demandions à quel mois prescrivent-ils la recherche de l'antigène HBs ?

Si sur le plan légal, le dépistage de l'antigène HBs est obligatoire au 6^{ème} mois dans une « option exclusivement pédiatrique », l'ANDEM estime que la période du 6^{ème} mois peut être « tardive pour l'enquête familiale en cas de séropositivité et pour mettre en route une vaccination chez les mères séronégatives non vaccinées, et expose à l'oubli ». [54] L'ANDEM propose donc cette fois dans « une option de santé publique » un dépistage au 1^{er} trimestre.

Par ailleurs, le dépistage de l'antigène HBs doit être prescrit même chez les patientes vaccinées (la vaccination n'étant pas précédée par une sérologie recherchant un éventuel portage chronique).

Un consensus clair semble nécessaire et une lettre d'information aux praticiens éviterait bien des confusions. Ceci pourrait être un argument en faveur d'une formation médicale continue sur ce thème.

e) La recherche de l'anémie ferriprive

Nous ne notons pas de différence significative entre nos deux échantillons. Plus de **60%** des médecins prescrivent une numération sanguine au 1^{er} trimestre et plus de **85%** au 2^{ème} trimestre. L'attitude des omnipraticiens semble conforme aux textes législatifs et aux recommandations de l'ANDEM qui propose d'effectuer un hémogramme avec une ferritinémie au 1^{er} trimestre.

f) La proposition du dépistage sanguin de la trisomie 21

Bien qu'il n'existe pas de différence significative entre médecins creusois ruraux et limougeauds, les résultats sont étonnants :

Seuls **58%** des généralistes creusois et **42%** des généralistes de Limoges proposent systématiquement ce dépistage.

Ce test proposé en début de grossesse, période où le généraliste en cas de suivi de grossesse est pleinement impliqué, est-il alors proposé par le gynécologue obstétricien ?

Seule une enquête rétrospective à partir des dossiers des femmes ayant accouché permettrait de tirer des conclusions. D'après le rapport de l'enquête périnatale de 1998, le dépistage sanguin de trisomie 21 n'a pas été proposé à 19% des femmes enceintes. [55]

Pour quelles raisons les médecins de notre étude ne proposent-ils pas systématiquement ce test :

- soit par manque d'information ?
- soit par oubli ?

Nous ne pouvons imaginer les conséquences médico-légales en cas de naissance d'un enfant trisomique 21 d'une mère n'ayant pas bénéficié de la proposition de ce test.

En cas de prescription de ce test, il n'existe pas de différence significative entre médecins ruraux et urbains puisqu'ils le prescrivent vers 15 SA avec une médiane à 16 SA. (à signaler quand même des écarts variant de 1 à 22 SA)

g) Dépistage du diabète gestationnel

3 médecins sur 4 effectuent la recherche du diabète gestationnel, sans différence significative entre nos deux échantillons, au terme de 21,3 SA en Creuse rurale et 21 SA à Limoges.

Il existe une grande disparité entre les médecins puisque les écarts varient de 3 à 30 SA. La médiane est tout de même à 24 correspondant aux recommandations actuelles.

Sur les 135 médecins effectuant ce dépistage, seuls 59 nous ont précisé un terme.

Concernant la méthode, 1 médecin sur 2 utilise la glycémie simple, 1 sur 4 le test de O'SULLIVAN et moins de 1 sur 10 se contente de la seule glycosurie. Ce dernier examen est peu spécifique puisqu'il y a une modification du seuil de filtration du glucose lié à la grossesse.

Etant donné les changements fréquents de consensus, de recommandations ces dernières années (glycémie simple, glycémie double, test de O'SULLIVAN), ce thème est à aborder régulièrement lors des FMC.

Conformément au décret de 1992, **90%** des médecins recherchent systématiquement la glycosurie et la protéinurie lors de chaque examen. Une nouvelle fois, nous ne retrouvons pas de différence significative entre médecins de Limoges et ceux de Creuse rurale.

Seuls **15%** des omnipraticiens utilisent la bandelette réactive. Cette bandelette a pourtant le mérite de dépister conjointement les infections urinaires asymptomatiques et évite la prescription abusive d'examen cytologique et bactériologique des urines (ECBU). Quelle en est la raison ?

La bandelette, de prix élevé pour le praticien et de date de péremption rapide, est un examen non coté alors que l'examen au laboratoire est remboursé par l'assurance maladie. Une étude préalable évaluant de façon comparative le

rapport coût/efficacité de la recherche au laboratoire de la glycosurie, de l'albuminurie, de la prescription d'ECBU versus bandelette urinaire sur la population générale serait intéressante avant de proposer un remboursement de ces bandelettes.

h) prise de poids

Il n'existe pas de différence significative, entre médecins limougeauds et creusois, sur la prise de poids autorisée chez la femme enceinte. De plus aucun d'entre eux « n'autorise » une prise de poids supérieure à 15 kilos.

En cas de prise de poids importante, on note une différence significative dans l'attitude des médecins :

- **54,5%** des omnipraticiens de Limoges prennent avis auprès d'un diététicien ou nutritionniste
- **32,8%** seulement des omnipraticiens de Creuse rurale prennent avis auprès d'un diététicien ou nutritionniste

L'hypothèse la plus plausible étant une nouvelle fois la différence d'offre de soins en ce qui concernent les spécialistes entre les départements. On dénombre en Creuse aucun diététicien en libéral, 1 seul médecin nutritionniste et 1 seul endocrinologue (exerçant en milieu libéral et hospitalier).

i) amniocentèse

Une amniocentèse est recommandée en cas d'âge maternel supérieur à 38 ans. Globalement les connaissances théoriques des médecins répondants de nos échantillons sont conformes aux recommandations avec une moyenne de **37,1** à Limoges et **37,7** en Creuse. La médiane est à 38 ans. Il n'existe pas de différence significative.

j) Les prescriptions de suppléments systématiques au cours de la grossesse

Près de **6 médecins sur 10**, sans différence significative entre ruraux et urbains, effectuent des prescriptions de suppléments systématiques.

Parmi ces généralistes prescripteurs de suppléments, le fer est encore prescrit systématiquement par 9 médecins sur 10, bien que les dernières recommandations ne justifient pas sa prescription lors d'une grossesse normale dans notre pays. Il semble donc difficile de changer les « vieilles habitudes » des médecins généralistes.

Les deux seules recommandations actuelles concernent la vitamine D et l'acide folique. Elles sont peu prescrites. On remarquera tout de même, que 17,4 % de l'ensemble des médecins creusois ruraux ayant participé à l'enquête nous disent prescrire de l'acide folique. Ce chiffre peut sembler élevé puisque l'acide folique doit être prescrit dans la période anté-conceptionnelle. Y a-t-il une différence entre les savoirs déclaratifs et les prescriptions réelles. Seul une étude prospective permettrait de le savoir. En tout cas, les nombreuses et récentes publications dans la presse médicale quotidienne semblent avoir été lues par les généralistes. La supplémentation au cours de la grossesse trouve donc sa place pour une FMC abordant ce thème.

k) La préparation à l'accouchement

Si la **totalité** des médecins limougeaux proposent une préparation à l'accouchement aux nullipares, les médecins creusois ruraux ne sont que **87%** à le faire. Il existe une différence significative.

Au niveau national, 40% des femmes bénéficiaient d'une préparation à l'accouchement en 1995. Elles n'étaient que 29% dans le Limousin en 1996 et étaient deux fois moins nombreuses en Creuse. [14]

Pour quelles raisons les médecins creusois ne proposent-ils pas plus souvent cette préparation ? Les hypothèses émises sont :

- soit par défaut d'information.
- soit par une insuffisance des structures d'accueil.
- soit en raison de l'éloignement des patientes des structures dispensant ces cours.

En cas de proposition de cours de préparation à l'accouchement, il n'existe pas de différence entre les médecins puisque les généralistes la proposent à leur patiente vers **6 mois** ce qui correspond aux recommandations.

l) La visite post natale

Rappelons que cet examen techniquement facile et du recours du généraliste, ne peut être effectué légalement que par un médecin. C'est au cours de cette consultation que la patiente choisira sa contraception ultérieure, l'obstétricien ayant prescrit celle du post partum.

Bien qu'il n'existe pas de différence significative, les médecins creusois ruraux revoient plus souvent leur patiente que leurs confrères limougeaux respectivement **60%** (*toujours ou souvent*) contre **50%**.

m) utilisation du carnet de maternité

6 médecins sur 10, sans différence significative, ne l'utilisent pas :

- soit parce qu'il n'est pas remis à la patiente dans environ **45%** des cas
- soit parce que le praticien le trouve inadapté dans **un tiers** des cas
- soit parce que les médecins préfèrent utiliser entre autres leur propre dossier

Bien que ce carnet soit mal conçu (trop long à remplir, ne donne pas de renseignement sur le dépistage des HT21, le dépistage du diabète gestationnel ou les taux chiffrés de la rubéole et de la toxoplasmose), c'est un outil indispensable au bon suivi de toute grossesse.

Il permet non seulement une communication entre les différents intervenants (évitant ainsi les examens répétitifs) mais aussi une transmission des données à l'équipe chargée de l'accouchement. Il semblerait qu'une partie des praticiens (généraliste et spécialiste également) ait oublié son utilité.

Faut-il le repenser ? Probablement comme l'ont fait les différents acteurs du réseau de Clamecy mais pas seulement : il faut se charger de réorganiser sa diffusion car **85%** des médecins creusois ruraux et **55%** des médecins limougeauds ne savent pas qu'il doit être délivré par le praticien lors de la première consultation prénatale.

Personnellement, par ma propre expérience professionnelle, j'aurai bien aimé lors de mes nombreuses gardes, en tant que remplaçant en milieu rural, avoir la possibilité de le consulter. Les patientes, en visite à domicile, n'ont jamais été en mesure de m'informer de leur état (examens, col fermé ou ouvert...). Ce carnet trouve là toute son utilité pour le médecin généraliste, qui ne suit pas toutes les patientes, mais qui est toujours le médecin de premier recours la nuit et pendant les gardes, en particulier en milieu rural.

VI 3.4 Proposition de suivi de la grossesse normale

Les avis des médecins sont différents entre généralistes de Limoges et généralistes ruraux creusois.

- **52%** des omnipraticiens de Limoges souhaitent suivre **seuls** les grossesses normales jusqu'à 6 mois contre 19% de médecins creusois ruraux.
- Près de **55%** des généralistes creusois ruraux souhaitent un suivi avec une consultation spécialisée par trimestre et **4,4%** avec la première consultation effectuée par le spécialiste.

Ces résultats correspondent avec ceux obtenus dans les modalités du suivi de la grossesse où uniquement 14,7% des médecins des médecins creusois ruraux effectuent un suivi seul de la grossesse.

Les généralistes creusois ont peut-être mieux compris l'intérêt de la première consultation prénatale.

Les généralistes de Limoges se sentent-ils plus en confiance pour suivre seuls une grossesse normale, puisqu'en cas de besoin, les spécialistes et les structures médicales se trouvent à proximité ? Souhaitent-ils suivre seuls les grossesses plus longtemps en raison de la peur « d'une concurrence » généraliste-gynécologue en milieu urbain comparable à celle généraliste-pédiatre de ville ? Le débat d'un côté comme de l'autre a toujours existé et ne semble que perte de temps car une des particularités et qualité du système de soins français est que la patiente et son bébé ont le libre choix du praticien. Au généraliste s'il s'estime compétent pour suivre une grossesse normale, de parfaire sa formation, de mettre en confiance la patiente, dans un respect et une confiance mutuelle entre les différents intervenants.

VI 3.5 Conclusion

S'il existe une différence significative sur les modalités du suivi de grossesse entre médecins urbains de Limoges et médecins ruraux de Creuse, les généralistes respectent dans l'ensemble les recommandations et obligations sur le plan de l'examen clinique et des examens échographiques. Il semble par contre nécessaire de « resensibiliser » les médecins sur l'utilité du dépistage de la trisomie 21, de les « réinformer » sur le dépistage du diabète gestationnel, le dépistage de l'antigène HBS, la recherche des agglutinines irrégulières et les supplémentations au cours de la grossesse.

Une formation médicale continue est plus que nécessaire afin de réactualiser les données sur le suivi de grossesse qui évoluent sans cesse.

Le guide de l'ANDEM qui est un outil utile, devrait être réactualisé (ce dernier datant de 1996) et rediffusé à l'ensemble des praticiens.

Quant au carnet de maternité, son utilité est évidente mais il est à repenser totalement et il faut se charger de réorganiser sa diffusion.

La place d'un réseau prénatal trouve ici toute son importance puisqu'il permet de pallier à certaines insuffisances ou oublis, de sécuriser la grossesse et donc de rassurer la patiente. La qualité du suivi n'en sera alors que meilleur.

CONCLUSION

Ce travail a pour but de faire le point sur la surveillance de la grossesse normale réalisée par les médecins généralistes dans le Limousin, à partir d'une enquête de pratique réalisée par voie postale.

L'étude a montré que 3 médecins sur 4 participent au suivi de grossesse dans le Limousin avec une moyenne de 5,9 grossesses suivies par an.

Si dans l'ensemble les connaissances théoriques des médecins limougeauds et creusois ruraux respectent le cadre législatif et les recommandations actuelles, certains examens et prescriptions semblent peu ou mal prescrits (en particulier le dépistage de la trisomie 21, la recherche de l'antigène HBs, la recherche des agglutinines irrégulières et le dépistage du diabète gestationnel).

Notre enquête ne se base que sur les savoirs déclaratifs des médecins et il serait intéressant de pouvoir confronter nos données à d'autres travaux :

- Une enquête prospective sur la bonne pratique obstétricale des généralistes. Un tel travail est actuellement en cours en Creuse.
- Une enquête rétrospective à partir des dossiers médicaux des femmes ayant accouché. Celle-ci permettrait de voir s'il existe ou non l'intervention du spécialiste dans la prescription des examens peu ou pas prescrits par certains omnipraticiens.

Compte tenu de la modification probable de la démographie médicale avec la diminution du nombre de gynécologues obstétriciens et gynécologues médicaux dans les années à venir, le médecin généraliste gardera et retrouvera un rôle important dans la surveillance de la grossesse normale, en particulier en milieu rural.

Encore faut-il pour cela que :

- Les médecins qui ressentent dans leur majorité un besoin de formation, puissent bénéficier d'une formation initiale et continue adaptée. Aborder le thème de la grossesse plus souvent lors des FMC, améliorer leur formation pratique en leur proposant des stages, créer un diplôme universitaire sur le suivi gynécologique semblent être des réponses adaptées. Dans tous les cas, cette formation doit être basée sur le volontariat. La nouvelle génération de médecins généralistes sera probablement mieux formée avec la réforme du troisième cycle des études médicales.

•S'il existe une grande disparité dans l'offre de soins en fonction du milieu d'exercice, la surveillance de la grossesse normale par les généralistes ne pourra être de qualité et effectuée en toute sécurité, non seulement à partir d'une formation adéquate mais également à partir d'une parfaite collaboration entre les différents acteurs de santé :

- que ce soit une simple collaboration en ville avec un respect et une confiance mutuelle
- que ce soit dans le cadre de réseaux prénataux dans certaines zones rurales
- et toujours avec un carnet de maternité, plus simple et plus complet, rempli par tous les intervenants. Cet outil utile permettrait une meilleure transmission des données, un meilleur suivi et éviterait certains oublis ou examens biologiques répétitifs.

L'ensemble de ces propositions sont des solutions à envisager pour faire diminuer les chiffres de la mortalité périnatale, infantile et maternelle.

Comme on a l'habitude de dire « la grossesse n'est pas une maladie », c'est un processus physiologique mais avant tout un évènement majeur dans la vie des femmes. A nous médecins d'allier sécurité et efficacité tout en restant aussi simple que possible et à l'écoute des femmes.

ANNEXES

ANNEXE 1

J.O. du 5 Novembre 1945
(avec rectificatif du J.O. du 31 Décembre 1945)

ORDONNANCE N° 45-2720 du 2 Novembre 1945 sur la Protection Maternelle
et Infantile

EXPOSE DES MOTIFS

La mortalité infantile atteint actuellement en France des chiffres si alarmants que des mesures rigoureuses doivent être prises immédiatement pour l'enrayer.

Depuis quarante ans, des efforts persévérants avaient fait tomber la mortalité infantile des enfants de moins d'un an de 15 à 6,5 p. 100 en 1938.

Depuis cette date, la mortalité infantile a cessé de décroître et a même dangereusement remonté. Au début de 1945, dans certains secteurs, elle a même atteint le taux effrayant de 22 p. 100, soit presque le quart des naissances.

C'est pour la France une question de vie ou de mort que de l'enrayer dans le plus bref délai.

Conformément au Code de la Famille promulgué le 29 Juillet 1939 le décret du 3 Novembre 1939, complété par celui du 24 Avril 1940, avait institué un ensemble de mesures destinées à la protection de la Maternité et de l'enfance. Ces mesures rendaient obligatoires pour tous les départements la constitution, conformément à un règlement modèle-type, de l'armement sanitaire indispensable. Elles ne furent malheureusement pas appliquées de 1940 à 1942, mais inspiraient l'acte dit loi du 16 Décembre 1942, relatif à la protection de la maternité et de l'enfance; cet acte, toutefois, reste pratiquement lettre morte.

La question se pose donc de savoir s'il fallait valider l'acte dit loi du 16 Décembre 1942, remettre en vigueur le décret du 24 Avril 1940 ou promulguer une nouvelle loi.

Après de longues études, il a paru préférable d'élaborer un texte qui réunit les prescriptions essentielles du décret du 24 Avril 1940 et de l'acte dit loi du 16 Décembre 1942 et leur ajouter certaines dispositions techniques nouvelles.

On peut attendre de ces mesures l'abaissement massif de la mortalité infantile et il y a lieu d'espérer que, dans les deux ans qui suivront la promulgation de la loi, nous reviendrons aux chiffres de 1939; une application stricte du texte devrait même permettre d'abaisser ce taux à la moyenne normale pour un pays civilisé.

En effet, dès à présent, malgré toutes les difficultés et les carences de l'époque, la mortalité infantile a été maintenue aux environs de 5 p. 100 dans certaines collectivités restreintes, où des mesures techniques, comparables à celles que la loi nouvelle va généraliser, ont pu être appliquées.

À une époque de son histoire où la France a un besoin vital d'accroître sa population, le premier devoir qui s'impose aux pouvoirs publics est de sauvegarder l'existence des enfants qui viennent au monde et

.../...

la présente Ordonnance apparaît, en la matière, comme une véritable mesure de salut public.

--- oooOooooOooo ---

Le Gouvernement provisoire de la République Française
Sur le rapport du Ministre de la Santé Publique,

Vu l'Ordonnance du 3 Juin 1943 portant institution du Comité français de la Libération Nationale, ensemble les Ordonnances des 3 Juin et 4 Septembre 1944;

Vu l'Ordonnance du 9 Août 1944, ensemble l'Ordonnance du 15 Septembre 1944, portant rétablissement de la légalité républicaine sur le territoire continental;

Vu l'urgence constatée par le président du Gouvernement,
Le conseil d'Etat (commission permanente) entendu,

Ordonne :

TITRE Ier
ORGANISATION GENERALE

Article 1er - La protection sanitaire et sociale des femmes enceintes et des mères, ainsi que celle des enfants n'ayant pas dépassé deux ans révolus, dits enfants du premier âge, et de ceux de trois à cinq ans révolus, dits enfants du second âge, est organisée dans les conditions fixées par la présente Ordonnance.

Article 2 - La protection médico-sociale maternelle et infantile est organisée dans le cadre du département, qui est divisé, après délibération du Conseil Général, en circonscriptions; chacune des circonscriptions étant elle-même divisée en un certain nombre de secteurs.

La circonscription est pourvue d'un centre de protection maternelle infantile, et comprend autant de consultations prénatales qu'il l'exigent les besoins de la population. Les consultations de nourrissons et les consultations prénatales devront, en principe, correspondre, chacune respectivement, à 8.000 et 20.000 habitants. Des consultations d'enfants du second âge seront également prévues dans toutes les circonscriptions.

Dans chaque département, le service de la protection maternelle et infantile, au point de vue médico-social et administratif, est confié, sous le contrôle de l'Inspecteur Régional de la Santé, au Directeur départemental de la Santé.

Le contrôle financier est effectué, sous l'autorité de l'Inspecteur divisionnaire des services administratifs de la Santé Publique, par l'Inspecteur principal des services administratifs de la Santé Publique.

Une Assistante Sociale-Chef seconde le médecin chargé du Service Départemental de la Protection Maternelle et Infantile pour tout ce qui concerne le travail et la discipline du personnel des assistantes sociales concourant à l'application de la présente Ordonnance.

.../...

Pour le département de la Seine, un arrêté du Ministre de la Santé publique fixera les modalités suivant lesquelles le Directeur Général de l'Assistance Publique à Paris d'une part, le Directeur Départemental de la Santé et l'Inspecteur Principal des Services administratifs de la Santé, d'autre part, assureront de concert l'application des présentes dispositions.

Art. 3. - Dans chaque région sanitaire, il est désigné un médecin consultant régional de Pédiatrie.

La mission de ce médecin est d'ordre exclusivement technique. Il rend compte de son activité à l'inspecteur régional de la Santé.

Art. 4. - Dans chaque département, le Préfet fixe les modalités suivant lesquelles devra être coordonnée l'activité de tous les services sociaux concourant à la Protection Maternelle et Infantile.

Il provoque, de la part des diverses institutions publiques ou privées, les initiatives indispensables pour compléter, s'il y a lieu, l'effectif et l'organisation desdits services.

Les Services sociaux qui ne se conforment pas aux directives formulées par le Préfet, en exécution des deux alinéas précédents, peuvent être privés du concours financier des collectivités publiques, ainsi que des organismes d'assurances, de sécurité ou de prévoyance sociales.

TITRE II -

Certificat d'examen médical avant mariage.

Art. 5. - L'article 63 du Code Civil est complété par les alinéas 2 et 3 ci-après :

"L'Officier de l'Etat-Civil ne pourra procéder à la publication prévue à l'alinéa ci-dessus, ni en cas de dispense de publication, à la célébration du mariage, qu'après la remise par chacun des futurs époux d'un certificat médical datant de moins de deux mois, attestant, à l'exclusion de toute autre indication, que l'intéressé a été examiné en vue du mariage.

"L'Officier d'Etat-Civil qui ne se conformera pas aux prescriptions de l'alinéa précédent sera poursuivi devant le tribunal de première instance et puni d'une amende qui ne pourra excéder 100 Francs".

Art. 6. - Au cours de l'examen prévu par le deuxième alinéa de l'article 63 du Code Civil, l'attention du Médecin doit se porter particulièrement sur les affections contagieuses ou chroniques susceptibles d'avoir des conséquences dangereuses pour le conjoint ou la descendance. Le médecin ne devra délivrer le certificat prévu au deuxième alinéa de l'article 63 du Code Civil, qu'au vu du résultat :

1°) D'un examen radioscopique et, éventuellement, radiographique, effectué par un dispensaire public ou par un médecin agréé à cet effet;

2°) D'un examen sérologique effectué par un laboratoire agréé.

Le médecin communiquera ses constatations à l'intéressé et lui en signalera la portée.

Dans les cas graves, il devra lui confirmer cette communications

.../...

par écrit.

Un modèle de certificat prénuptial sera établi par arrêté du Ministre de la Santé Publique.

Article 7. - L'article 169 du Code Civil est complété par les deuxième et troisième alinéas ci-après :

"Il peut également, dans des cas exceptionnels, dispenser les futurs époux ou l'un d'eux seulement de la remise du certificat médical exigé par le deuxième alinéa de l'article 63.

"Le certificat médical n'est exigible d'aucun des futurs époux au cas de péril imminent de mort de l'un d'eux, prévu au deuxième alinéa de l'article 75 du présent Code".

Article 8 - S'il s'agit de militaires ou de marins admis à contracter mariage sans comparution personnelle, la durée de validité du certificat est portée à trois mois en ce qui concerne le militaire ou le marin.

Article 9.- L'article 362 du décret du 3 décembre 1934, portant codification en matière de droit de timbre est complété par l'alinéa suivant :

"Sont également délivrés sur papier libre les certificats médicaux exigés des futurs époux, en vertu de l'article 63 du Code Civil".

Article 10 - Les frais résultant de l'examen médical avant le mariage sont couverts :

1°) Par la Caisse de Sécurité Sociale en ce qui concerne leur affiliés et dans la mesure de leurs tarifs de responsabilité;

2°) Par le service de l'Assistance Médicale Gratuite pour ceux qui bénéficient de ce mode d'assistance.

Ces frais restent à la charge des intéressés eux-mêmes lorsqu'ils ne sont ni assurés sociaux, ni bénéficiaires de l'Assistance Médicale Gratuite.

TITRE III

PROTECTION DES PARENTS

Art.11.- Examens médicaux. Toute femme enceinte doit, pour bénéficier des allocations de toute nature versées par l'Etat, par les collectivités publiques ou les établissements publics, par les Caisses de Sécurité Sociale, suivre les conseils d'hygiène et de prophylaxie qui lui sont donnés par l'assistante sociale.

Elle doit, en outre, dans les conditions fixées par arrêté du Ministre de la Santé Publique, après avis de l'Académie de Médecine, faire l'objet d'au moins trois examens au cours de sa grossesse et d'un examen postnatal dans le mois qui suit l'accouchement (loi du 17/5/48).

Le premier examen, qui se place avant la fin du troisième mois, est à la fois obstétrical et général; il doit être effectué, ainsi que l'examen postnatal, par un médecin.

Le Directeur Départemental de la Santé détermine, compte tenu de l'équipement sanitaire dont il dispose, la nature et les modalités de dits examens en ce qui concerne le dépistage de la tuberculose et de la syphilis/

Ces examens sont pratiqués;

.../...

ANNEXE 2

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANÇAISE

21 Juillet 1962

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE LA POPULATION

Décret n° 62-840 du 19 juillet 1962
relatif à la protection maternelle et infantile.

Le Premier ministre,

Sur le rapport du garde des sceaux, ministre de la justice, du ministre de l'intérieur, du ministre des finances et des affaires économiques, du ministre de l'agriculture, du ministre du travail et du ministre de la santé publique et de la population,

Vu la Constitution, et notamment son article 37;

Vu la livre II, titre 1^{er}, chapitres 1^{er}, III, IV, V et VI, du code de la santé publique,

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Art. 1^{er}. — Les dispositions des articles L. 147, L. 150 (2^e alinéa), L. 153, L. 159 (alinéas 4 et 7), L. 161, L. 164 (alinéas 3, 4 et 5), L. 165, L. 169 (1^{er}, 2^e et 3^e du 1^{er} alinéa), L. 182 et L. 183 du code de la santé publique sont abrogées. Les matières qu'ils régissent font désormais l'objet des dispositions réglementaires du présent décret.

Art. 7. — L'arrêté du ministre de la santé publique et de la population prévu à l'article L. 159 du code de la santé publique détermine les conditions dans lesquelles un quatrième examen médical doit avoir lieu au cours de la grossesse.

Il précise, d'autre part, la nature et les modalités des examens destinés à assurer le dépistage, chez les femmes enceintes, de la tuberculose, de la syphilis, des incompatibilités sanguines fœto-maternelles et, d'une façon générale, de tout état susceptible de retentir sur la santé de la mère ou sur celle de l'enfant.

Si l'un des trois premiers examens prénataux n'a pas été subi ou n'a pas été pratiqué selon les modalités fixées par l'arrêté ministériel susvisé, et notamment dans les délais qu'il impartit en fonction de la date présumée du début de la grossesse, la fraction des allocations prénatales correspondant à l'examen en cause est supprimée.

Ladite allocation peut toutefois être attribuée, sur avis conforme du directeur départemental de la santé, dans le cas où la future mère n'a pu se soumettre à l'examen pour un motif de force majeure.

Fait à Paris, le 19 juillet 1962.

GEORGES POMPIDOU.

Par le Premier ministre :

Le ministre de la santé publique et de la population,
RAYMOND MARCELLIN.

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
JEAN VOYER.

Le ministre de l'intérieur
ROGER FREY.

Le ministre des finances et des affaires économiques,
VALÉRY GISCARD D'ESTAING.

Le ministre de l'agriculture,
EDGARD PISANI.

Le ministre du travail,
GILBERT GRANDVAL.

ANNEXE 3

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE.

15 septembre 1971 page 9182.

Arrêté du 27 août 1971.

Examens médicaux pré et postnataux.

Le ministre de la santé publique et de la sécurité sociale et le secrétaire d'Etat à l'action sociale et à la réadaptation,

Vu les articles L. 159 et L. 160 du code de la santé publique;

Vu l'article 7 du décret n° 62-840 du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile;

Vu l'article 3 du décret n° 64-931 du 3 septembre 1964;

Vu l'avis de l'académie nationale de médecine;

Sur la proposition du directeur général de la santé,

Arrêtent:

Art. 1er. - Les examens médicaux des femmes enceintes et des mères, visés à l'article L. 159 du code de la santé publique et à l'article 7 du décret du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile, doivent être effectués dans les conditions fixées par le présent arrêté.

Art. 2. - Le premier examen médical prénatal doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse.

Il doit s'attacher à la recherche des facteurs de risques obstétricaux ou médicaux qui peuvent menacer la santé de la mère ou celle de l'enfant.

Un bilan de santé de la future mère doit être établi et comporter le dépistage des états pathologiques susceptibles d'être déterminés ou aggravés par la gestation ou de compromettre l'évolution de celle-ci.

Doivent être recherchés notamment les antécédents d'accidents obstétricaux, la tuberculose, la syphilis, les néphropathies, les cardiopathies, le diabète ainsi que les risques d'incompatibilités sanguines foeto-maternelles.

Dans le cas où des indications particulières le justifient, un examen radiologique pulmonaire, radiographique ou radiophotographique à l'exclusion de tout examen radioscopique est effectué.

Lors de chaque grossesse, la recherche de la syphilis par examens sérologiques est obligatoire à moins que ces examens aient été pratiqués dans les six mois précédents, notamment au cours de l'examen prénuptial et que la justification en soit produite.

Dans le cas d'une première grossesse, doit être en outre effectuée obligatoirement la détermination du groupe sanguin A, B, O, et du facteur Rhésus standard par deux prélèvements à quelques jours d'intervalle à moins que justification ne soit produite de la détermination antérieure complète de ces groupages par un laboratoire habilité.

Chez les femmes reconnues Rhésus négatif les examens nécessaires au dépistage des iso-immunisations foeto-maternelles doivent être obligatoirement exécutés au cours de chaque grossesse dans les conditions fixées par les instructions annexées au présent arrêté.

Les examens radiologiques éventuels, les examens sérologiques et les groupages sanguins doivent avoir lieu au plus tard dans la quinzaine qui suit le premier examen prénatal.

Chaque fois que l'examen de la mère ou les antécédents le justifient, en application des dispositions de l'article L. 160 du code de la santé publique, il peut être procédé à un examen général du père accompagné de tous les examens de laboratoire, hématologiques, sérologiques ou autres jugés nécessaires.

Art. 3. - Le deuxième examen prénatal doit être pratiqué au cours du sixième mois de la grossesse.

Il doit permettre la révision des états pathologiques ou des risques éventuellement décelés au premier examen, le contrôle de l'évolution de la grossesse et le dépistage des menaces d'accouchement prématuré.

ANNEXE 4

JOURNAL OFFICIEL DE LA REPUBLIQUE FRANCAISE.

30 mai 1985 page 6000.

Arrêté du 19 avril 1985.

Modifiant l'arrêté du 27 août 1971 relatif aux examens médicaux pré et postnatals.

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité nationale, porte-parole du Gouvernement.

Vu les articles L. 159 et L. 160 du code de la santé publique;

Vu l'article 7 du décret n° 62-240 du 19 juillet 1962 relatif à la protection maternelle et infantile complété par l'article 3 du décret n° 64-931 du 3 septembre 1964;

Vu l'arrêté du 27 août 1971 relatif aux examens pré et postnatals;

Vu l'arrêté du 30 décembre 1975, modifié par les arrêtés du 18 avril 1979, du 21 février 1980 et du 24 octobre 1984, fixant les diplômes exigés pour l'exécution de certains actes de biologie médicale;

Vu l'arrêté du 23 mai 1977 modifiant un précédent arrêté relatif aux examens médicaux pré et postnatals;

Vu l'arrêté du 8 février 1984 relatif aux caractéristiques et normes des réactifs utilisés en immuno-hématologie érythrocytaire;

Vu l'arrêté du 3 avril 1985 fixant la nomenclature des actes de biologie médicale, notamment le chapitre B (V);

Vu l'avis de l'Académie nationale de médecine;

Sur la proposition du directeur général de la santé,

Arrête:

Art. 1er. - L'alinéa 4 de l'article 2 de l'arrêté du 27 août 1971 susvisé est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes:

<<Doivent être recherchés notamment les antécédents d'accidents obstétricaux, la tuberculose, la syphilis, les néphropathies, les cardiopathies, le diabète ainsi que les risques d'incompatibilités sanguines foetomaternelles. L'examen doit aussi s'attacher à définir l'état d'immunité de la future mère vis-à-vis de la rubéole et de la toxoplasmose.>>

Les alinéas 7 et 8 sont abrogés et remplacés par:

<<Dans le cas d'une première grossesse, en l'absence de carte de groupe sanguin, une détermination des groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) doit être effectuée. Dès le premier examen, à chaque grossesse, chez toute femme rhésus négatif ainsi que chez toute femme rhésus positif présentant un risque d'allo-immunisation par suite d'une transfusion sanguine, une recherche d'anticorps irréguliers doit être obligatoirement exécutée, de même que chez les femmes antérieurement immunisées ou ayant présenté un accident obstétrical évocateur d'une étiologie alloimmune.>>

<<Les examens nécessaires à la détermination des groupes sanguins et au dépistage des allo-immunisations foetomaternelles et leur identification seront exécutés conformément aux instructions données en annexe du présent arrêté.>>

Art. 2. - L'article 9 de l'arrêté du 27 août 1971 susvisé est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes:

<<Les dispositions de l'arrêté du 7 juillet 1965 relatives à l'habilitation des laboratoires en vue de la pratique de la détermination nécessaire au dépistage des incompatibilités sanguines foetomaternelles demeurent en vigueur en ce qui concerne les laboratoires publics.>>

Art. 3. - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Il comporte obligatoirement un examen radiologique pulmonaire, radiographique ou radiophotographique, à l'exclusion de tout examen radioscopique.

La production de documents datant de moins de six mois (dichés pulmonaires, protocoles détaillés d'examen radiologique) peut dispenser de cet examen dans la mesure où le praticien qui effectue l'examen prénatal estime ces documents satisfaisants.

Art. 4. - Le troisième examen prénatal doit être effectué pendant les quinze premiers jours du huitième mois de la grossesse.

Un quatrième examen prénatal doit être effectué pendant la première quinzaine du neuvième mois.

En dehors des objectifs définis pour les examens précédents, ils doivent être plus particulièrement orientés vers le dépistage de la toxémie gravidique, la prévention des morts fœtales tardives et les causes possibles de dystocies.

Art. 5. - Au cours de chacun des examens médicaux, la prise de poids et celle de la tension artérielle, la recherche de l'albumine doivent être obligatoirement effectuées.

Un examen hématologique en vue de la recherche des états anémiques peut être envisagé.

Au cas où des modifications pathologiques seraient constatées ces examens devront être renouvelés selon une périodicité déterminée par le praticien.

Art. 6. - Lorsqu'un examen prénatal décèle un facteur de risque médical ou obstétrical ou un état pathologique susceptible d'être déterminé ou aggravé par la gestation, les examens prénataux ultérieurs doivent être pratiqués par un médecin de préférence qualifié en obstétrique.

Art. 7. - L'examen postnatal a lieu obligatoirement dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.

Il permet de vérifier si l'état de santé de la mère a été modifié par la grossesse et comporte à cet effet un examen clinique général, un examen gynécologique et chaque fois que le médecin le jugera utile un examen radiologique pulmonaire radiographique ou radiophotographique à l'exclusion de tout examen radioscopique.

Art. 8. - La prévention des incompatibilités sanguines foetomaternelles par l'utilisation des gamma globulines anti-D chez les femmes Rhésus négatif non immunisées doit être obligatoirement effectuée dans les conditions fixées par l'instruction technique n° 14 du 8 février 1971 du ministère de la santé publique et de la sécurité sociale.

Art. 9. - L'arrêté du 22 février 1965 relatif aux examens médicaux pré et postnataux est abrogé.

Les dispositions de l'arrêté du 7 juillet 1965 relatives à l'habilitation des laboratoires publics ou privés en vue de la pratique de la détermination nécessaire au dépistage des incompatibilités sanguines foeto-maternelles demeurent en vigueur.

Art. 10. - Le directeur général de la santé est chargé de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 27 août 1971.

Fait à Paris, le 27 août 1971.

ANNEXE 5

Journal officiel

J.O. Numéro 283 du 6 Decembre 1990

TEXTES GENERAUX

MINISTERE DE LA SOLIDARITE DE LA SANTE ET DE LA PROTECTION SOCIALE

Arrêté du 16 novembre 1990 relatif au modèle et au mode d'utilisation du carnet de grossesse

NOR : SANP9002400A

Le ministre de l'intérieur, le ministre des affaires sociales et de la solidarité, le ministre délégué auprès du ministre de l'intérieur, le ministre délégué à la santé et le secrétaire d'Etat à la famille et aux personnes âgées,

Vu l'article L. 155 du code de la santé publique,

Arrêtent:

Art. 1er. - Le carnet de grossesse prévu par l'article L. 155 du code de la santé publique est établi conformément au modèle annexé au présent arrêté (1) qui a été homologué par le C.E.R.F.A. sous le numéro 65-0036. Il peut être personnalisé par le département à la condition que figurent sur la couverture les mentions <<carnet de santé>>, <<maternité>>, <<ministère des affaires sociales et de la solidarité>>, et l'illustration symbolisant la maternité existant sur le modèle annexé (1)

Art. 2. - Le président du conseil général est tenu de délivrer ou de faire délivrer à toute femme enceinte lors du premier examen prénatal un carnet de grossesse correspondant au modèle défini à l'article 1er.

Art. 3. - Lors de chaque examen médical, le médecin ou la sage-femme consigne ses constatations et indications sur le carnet de grossesse que la femme enceinte lui présente.

Art. 4. - Le directeur général des collectivités locales et le directeur général de la santé sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 16 novembre 1990.

Le ministre des affaires sociales et de la solidarité,
CLAUDE EVIN Le ministre de l'intérieur, PIERRE JOXE Le ministre délégué auprès du
ministre de l'intérieur,
PHILIPPE MARCHAND Le ministre délégué à la santé, BRUNO DURIEUX Le secrétaire
d'Etat à la famille et aux personnes âgées,
HELENE DORLHAC DE BORNE

(1) Le carnet de grossesse peut être consulté auprès des services du conseil général de chaque département.

ANNEXE 6

Journal officiel

J.O. Numéro 40 du 16 Février 1992

TEXTES GENERAUX

Décret no 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal

NOR : SANP9102747D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, du ministre des affaires sociales et de l'intégration et du ministre de l'agriculture et de la forêt,

Vu les articles L. 153 et L. 154 du code de la santé publique;

Vu l'article 63 du code civil;

Vu le code de la sécurité sociale, et notamment ses articles L.331-1, L.331-2, R.534-1, R.534-2 et R.534-4;

Vu le décret no 62-840 du 19 juillet 1962 modifié relatif à la protection maternelle et infantile;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale du 18 juin 1991;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale d'allocations familiales du 8 octobre 1991;

Vu l'avis du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles du 14 octobre 1991;

Vu la demande d'avis au conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en date du 30 août 1991;

Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu.

Décète:

Art. 1er. - Le médecin ne peut délivrer le certificat prénuptial prévu à l'article L. 153 du code de la santé publique qu'au vu du résultat pour les femmes âgées de moins de cinquante ans:

a) Des examens sérologiques de la rubéole et de la toxoplasmose qui sont obligatoirement effectués lors de l'examen prénuptial en l'absence de documents écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise;

b) Du groupe sanguin A, B, O rhésus standard complété par une recherche d'anticorps irréguliers si le groupe sanguin ouvre une possibilité d'immunisation et dans les cas où existe un risque d'allo-immunisation par suite d'une transfusion antérieure.

Le médecin communique à la personne examinée ses constatations ainsi que les résultats des examens effectués en application des alinéas ci-dessus. Dans les cas graves, il doit faire cette communication par écrit. Lorsque les antécédents ou l'examen le nécessitent, il oriente vers une consultation spécialisée ou un dépistage particulier.

Enfin, le médecin commente la brochure d'information dont le contenu est précisé par arrêté du ministre chargé de la santé.

Art. 2. - Les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes prévus à l'article L. 154 du code de la santé publique sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à

son terme.

Le premier examen médical prénatal doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. Les autres examens doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du premier jour du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement.

Art. 3. - Chaque examen doit comporter un examen clinique, une recherche de l'albuminurie et de la glycosurie.

De plus sont effectués:

1. Lors du premier examen prénatal:

a) En cas de première grossesse, une détermination des groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (deux déterminations);

b) Dans tous les cas, les dépistages de la syphilis, de la rubéole et de la toxoplasmose en l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise, ainsi que la recherche d'anticorps irréguliers, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B; si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires;

2. Au cours du quatrième examen prénatal (sixième mois de grossesse), un dépistage de l'antigène HBs, une numération globulaire, et chez les femmes à rhésus négatif ou précédemment transfusées, la recherche d'anticorps irréguliers, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B; si la recherche est positive l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires;

3. Au cours du sixième ou du septième examen prénatal (huitième ou neuvième mois de grossesse), une deuxième détermination du groupe sanguin A, B, O, rhésus standard si nécessaire;

4. Au cours des sixième et septième examens prénatals (huitième et neuvième mois de grossesse), chez les femmes à rhésus négatif ou précédemment transfusées, la recherche d'anticorps irréguliers, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B; si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.

En outre, la sérologie toxoplasmique sera répétée chaque mois à partir du deuxième examen prénatal si l'immunité n'est pas acquise.

Art. 4. - Un examen médical postnatal doit être obligatoirement effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.

Art. 5. - Au premier alinéa de l'article R.534-1 du code de la sécurité sociale, les mots: <<quinze premières semaines de la grossesse>>, sont remplacés par les mots: <<quatorze premières semaines de la grossesse>>.

Art. 6. - L'article R.534-2 du code de la sécurité sociale est rédigé comme suit:

<<Art. R.534-2. - La preuve que les six examens prénatals obligatoires autres que celui mentionné à l'article 534-1 du code de la sécurité sociale ont été passés dans les délais fixés en application de l'article L.154 du code de la santé publique résulte de la production à l'organisme ou service dont relève l'allocataire, d'une attestation d'examen mentionnant la date de l'examen.>>

Art. 7. - Dans l'article R.534-4 du code de la sécurité sociale:

<<Au premier alinéa, les mots: <<article L.159 du code de la santé publique>> et <<quinze premières semaines de la grossesse>>, sont remplacés par les mots: <<article L.154 du code de la santé publique>> et <<quatorze premières semaines de la grossesse>>;

Le deuxième alinéa est complété par la phrase suivante:

<< Elle n'est toutefois pas réduite lorsque l'examen n'a pu être passé parce que la naissance survient avant ladite date limite.>>

Le cinquième alinéa est abrogé.

Art. 8. - Les articles 2 à 7 du présent décret sont applicables aux examens et déclarations des femmes dont la date présumée de début de grossesse est postérieure au premier jour du mois civil qui suit la publication dudit décret.

Art. 9. - Les articles 6-1, 6-2, 6-3 et l'article 7 du décret du 19 juillet 1962 modifié susvisé sont abrogés.

Art. 10. - Le ministre d'Etat, ministre de l'économie, des finances et du budget, le ministre de l'agriculture et de la forêt, le ministre des affaires sociales et de l'intégration, le ministre délégué au budget, le ministre délégué à la santé, le secrétaire d'Etat à la famille, aux personnes âgées et aux rapatriés sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 14 février 1992.

EDITH CRESSON Par le Premier ministre:

Le ministre des affaires sociales et de l'intégration, JEAN-LOUIS BIANCO Le ministre
d'Etat, ministre de l'économie,
des finances et du budget,
PIERRE BEREGOVOY Le ministre de l'agriculture et de la forêt, LOUIS MERMAZ Le
ministre délégué au budget,
MICHEL CHARASSE Le ministre délégué à la santé, BRUNO DURIEUX Le secrétaire
d'Etat à la famille,
aux personnes âgées et aux rapatriés,
LAURENT CATHALA

ANNEXE 7

Code de la santé publique

Art. L. 154 (L. n° 89-899 du 13 déc. 1989) Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnatals obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. Toutefois, le premier examen prénatal ainsi que l'examen postnatal ne peuvent être pratiqués que par un médecin. Le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire.

(L. n° 93-121 du 27 janv. 1993, art. 48. -D) A l'occasion du premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine est proposé à la femme enceinte.

ANNEXE 8

LOI n°94-654 du 29 juillet 1994 (JO du 29/07/94) relative au don et à l'utilisation des éléments et produits du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.

« Art. L 162-16. - Le diagnostic prénatal s'entend des pratiques médicales ayant pour but de détecter *in utero* chez l'embryon ou le fœtus une affection d'une particulière gravité. Il doit être précédé d'une consultation médicale de conseil génétique . »

Les analyses de cytogénétique et de biologie en vue d'établir un diagnostic prénatal ne peuvent être pratiquées, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État, que dans des établissements publics de santé et des laboratoires d'analyses de biologie médicale autorisés selon les modalités prévues par les dispositions des sections 1 et 2 du chapitre II du titre Ier du livre VII. »

Décret n°95-559 du 06 mai 1995 (JO du 07/05/95) « Art. R 162-16-7. - Les analyses de cytogénétiques ou de biologie destinées à établir un diagnostic prénatal doivent avoir été précédées d'une consultation médicale de conseil génétique antérieure aux prélèvements, permettant :

1 - D'évaluer le risque pour l'enfant à naître d'être atteint d'une maladie d'une particulière gravité, compte tenu des antécédents familiaux ou des constatations médicales effectuées au cours de la grossesse ;

2 - D'informer la femme enceinte sur les caractéristiques de cette maladie, les moyens de la détecter, les possibilités thérapeutiques et sur les résultats susceptibles d'être obtenus au cours de l'analyse ;

3 - D'informer la patiente sur les risques inhérents aux prélèvements, sur leurs contraintes et leurs éventuelles conséquences.

Le médecin consulté délivre une attestation signée certifiant qu'il a apporté à la femme enceinte les informations définies ci-dessus. Cette attestation est remise au praticien effectuant les analyses. Elle doit être conservée par l'établissement public de santé ou le laboratoire d'analyse de biologie médicale dans les mêmes conditions que le compte rendu d'analyses. »

Décret n°97-579 du 23 mai 1997 (JO du 31/05/97) « Art. R 162-16-7 - 2) - De recueillir, après lui avoir donné les informations susmentionnées, le consentement écrit de la femme enceinte à la réalisation des analyses ; le consentement est recueilli sur un formulaire conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la santé. b) - Le médecin consulté délivre une attestation signée certifiant qu'il a apporté à la femme enceinte les informations définies ci-dessus, et conserve l'original de la déclaration de consentement de la patiente.

L'attestation et une copie de la déclaration de consentement sont remises au praticien qui effectue les analyses ; elles doivent être conservées par l'établissement public de santé ou le laboratoire d'analyses de biologie médicale dans les mêmes conditions que le compte rendu d'analyses ». c) - Il est ajouté un troisième alinéa ainsi rédigé : « les comptes rendus des analyses mentionnées au premier alinéa ne peuvent être remis à la femme enceinte que par l'intermédiaire du médecin prescripteur. ».

ANNEXE 9

Code de la santé publique

Art. L. 154 (L. n° 89-899 du 13 déc. 1989) Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. Toutefois, le premier examen prénatal ainsi que l'examen postnatal ne peuvent être pratiqués que par un médecin. Le nombre et la nature des examens obligatoires ainsi que les périodes au cours desquelles ils doivent intervenir sont déterminés par voie réglementaire.
(L. n° 93-121 du 27 janv. 1993, art. 48. -I) A l'occasion du premier examen prénatal, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine est proposé à la femme enceinte.

CODE DE LA SANTE PUBLIQUE (édition 1997)

Art.L.374.

L'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnatals en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L.369, L.370 et L-371 du présent code et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L.366.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la participation aux consultations de planification familiale.

Art.L.369.

Les sages-femmes ne peuvent employer que les instruments dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Académie nationale de médecine.
En cas d'accouchement dystocique ou de suites de couches pathologiques, elles doivent faire appeler un docteur en médecine.

Art.L.370.

Les sages-femmes ne peuvent prescrire que les examens ainsi que les médicaments nécessaires à l'exercice de leur profession. La liste de ces examens et de ces médicaments est établie par arrêté du ministre chargé de la santé après avis de l'Académie nationale de médecine.

Art.L.371.

Les sages-femmes sont autorisées à pratiquer les vaccinations et revaccinations antivarioliques et les soins prescrits ou conseillés par un médecin

ANNEXE 10



Réseau de Santé du Haut Nivernais

**CARNET de SUIVI
de la GROSSESSE**

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Tél :

SOMMAIRE

Synthèse	page 1
Début de la grossesse	page 3
Antécédents familiaux	page 4
Antécédents maternels	page 6
Antécédents gynécologiques	page 7
Consultations	pages 9 à 38
Notes	page 39
Document à remplir par la maman	page 40
Courbes	pages 42 et 44

DATE

ECHOGRAPHIES

Datation 8/12 SA*
 Morphologie Précocité 13 SA*
 Morphologie 21/23 SA*
 Croissance 31/33 SA*
 Dépistage sérique Trisomie 21 à 14/17 SA*
 FEMMES ≥ 38 ans AMNIOCENTESE (18 SA*)

RESULTATS

Avant fin 3ème mois

Groupe Rhésus Phénotypé
 Agglutinines irrégulières
 TPDA/VDRL
 Rubéole
 Toxoplasmose
 Proposer HIV
 Albuminurie et Glycosurie

4ème mois

Consultation entre le et le
 ± Toxoplasmose (si immunité non acquise)
 RAI
 Albuminurie et Glycosurie

5ème mois

Consultation entre le et le
 ± Toxoplasmose
 Uricémie (taux de base)
 Albuminurie et Glycosurie

6ème mois

Consultation entre le et le
 ± Toxoplasmose
 ± RAI
 Antigène HBs
 NFS-plaquettes
 Albuminurie et Glycosurie
 ECBU
 Glycémie 60 minutes après absorption de 50 g de glucose
 Quel que soit le moment par rapport au repas
 Si glycémie > ou = à 1,30 g/l
 Demander une HGPO avec 100 g de glucose

7ème mois Consultation entre le et le
 ± Toxoplasmose
 Albuminurie et Glycosurie
 8ème mois Consultation entre le et le
 ± Toxoplasmose
 ± RAI
 Albuminurie et Glycosurie
 9ème mois - Bilan de fin de grossesse.
 Consultation entre le et le
 2ème détermin. Groupe Rhésus phénotypé si néces.
 RAI
 NFS-plaquettes
 TP-TCK
 ± Toxoplasmose
 Albuminurie et Glycosurie

HOSPITALISATIONS pendant la GROSSESSE

DEBUT de GROSSESSE

Age : _____ Gestité : _____ Parité : _____

Poids avant grossesse : _____ Taille : _____

Date des dernières règles : _____

Date de début grossesse (théorique) : _____

Date de début grossesse (échographique) : _____

Accouchement prévu le : _____

ELEMENTS A PRENDRE EN COMPTE

ANTECEDENTS FAMILIAUX

Diabète NON OUI _____
HTA NON OUI _____
Jumeaux NON OUI _____
Malformations NON OUI _____
Luxation hanche NON OUI _____
Maladies héréditaires NON OUI _____

ANTECEDENTS PATERNELS

Nom : _____ Age : _____
Origine géographique : _____ Profession : _____
Groupe sanguin : _____ Rhésus : _____

INFORMATIONS GENERALES

Vivant seule Nombre d'enfants au foyer : _____
Vivant en couple
Profession : _____
Durée quotidienne des transports : _____ heures
Moyen de transport : _____
Tabac NON OUI nb : _____
Habitudes alimentaires : _____
Autre : _____

Consultation anesthésique
effectuée le

ANTECEDENTS MATERNELS

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX

Gynécologiques : NON OUI _____

Autres : NON OUI _____

ANTECEDENTS MEDICAUX

Transfusions : _____

Asthme : NON OUI Allergies : _____

Diabète : NON OUI Insuline : _____

HTA : NON OUI ATCD cardiaques : _____

Phlébites : NON OUI

ATCD urinaires : _____ Cystites : NON OUI

Interpés génital : NON OUI

ATCD pulmonaires : _____ Tabac : NON OUI

ATCD hépatiques : _____

ATCD gastroduodénaux : _____

ATCD psychiatriques : _____

Intox Exogène : _____

Accident/Problèmes Anesthésiques : _____

TRAITEMENT HABITUEL

-
-
-

Evénements survenus avant la consultation :

Date : _____ Poids : _____

Terme (en SA*) : _____

Prise de poids : _____

ENTRETIEN

Contractions	-	+	++
Métrorragies	-	+	++
Leucorrhées	-	+	++
Douleurs	-	+	++
Tr. urinaires	-	+	_____
Mouvements actifs du bébé	-	+	++

EXAMEN

HU	_____	PO	_____	BDC	_____
TA	_____	Oedèmes	-	+	++
Col	_____	Longueur ouverture consistance	_____	Présentation	_____

OBSERVATIONS

DECISION

Prescription

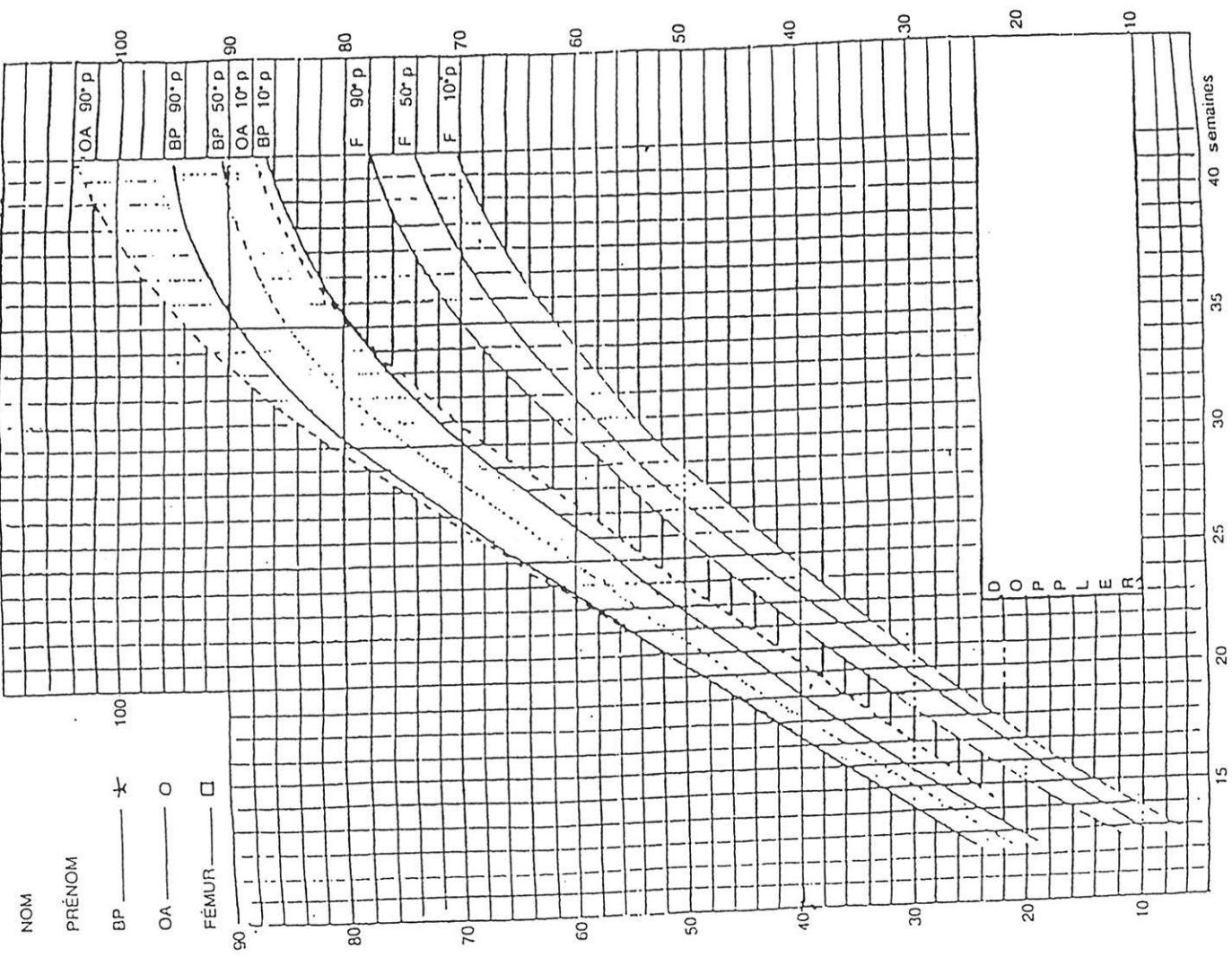
Traitements

PROCHAIN RV

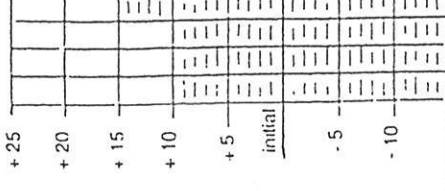
NOM

PRÉNOM

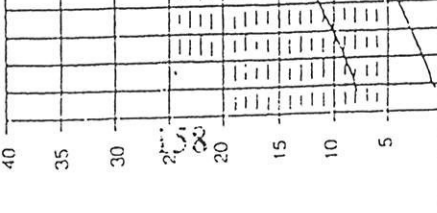
BP ——— *
OA ——— O
FÉMUR ——— □



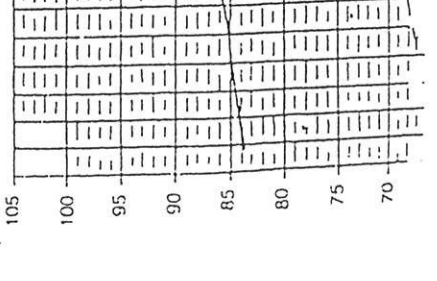
RISE DE POIDS



AUTEUR UTÉRINE



ERIMETRE OMBILICAL



D O P P L E R

44

RESEAU DE SANTE DU HAUT-NIVERNAIS

PROPOSITION DE MODE D'EMPLOI

L'objectif du réseau est d'améliorer la qualité de suivi des grossesses en permettant à l'ensemble des femmes de l'arrondissement d'avoir accès à un dispositif de proximité qui assure .

- un dépistage précoce des risques médicaux, sociaux et psychologiques influant sur le devenir de la grossesse.

- une prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de la période postnatale de la mère et de l'enfant, la mieux adaptée aux risques qu'ils peuvent présenter.

Le dispositif proposé sera fondé sur une collaboration étroite entre :

- les médecins généralistes de la zone desservie par l'hôpital,

- les services de P.M.I. et notamment d'une sage-femme mise à la disposition du réseau chargée plus particulièrement de la gestion de la dimension sociale des problèmes ainsi que de l'infirmière puéricultrice pour le suivi postnatal.

- des soignants appartenant à l'intersecteur.

- des obstétriciens de la maternité de Clamecy et d'une maternité de référence.

Cette collaboration reposera plus particulièrement sur un outil de travail; Le dossier de suivi commun, élaboré par les membres du réseau, permettant notamment à chacun de connaître l'ensemble des interventions déjà réalisées.

Ce dossier qui sera confié aux patientes, servira également à mesurer la qualité du suivi et plus généralement à évaluer l'efficacité du réseau, grâce aux informations collectées lors de chaque contact des femmes avec les différents intervenants.

Cette qualité du suivi devrait être garantie par un ensemble de règles de conduites (les références médicales du réseau) que les participants s'engagent à respecter.

Elaborées par les initiateurs du réseau, elles sont proposées comme suit aux futurs membres (médecins généralistes, médecin obstétricien, médecin pédiatre, sage-femme de PMI, infirmière puéricultrice de P.M.I. et bien sur les femmes enceintes).

- 1) Expliquer lors de la visite initiale et de façon détaillée, à chaque patiente, les objectifs et le fonctionnement du réseau .

- 2) Informer lors d'une déclaration de grossesse les autres membres du réseau avec l'accord de la patiente.

3) S'engager à un effort particulier en matière de dépistage du risque médical et social et à ce titre, proposer systématiquement aux femmes une consultation avec la sage femme réseau.

4) De la même manière, s'efforcer de repérer les potentiels problèmes psychologiques liés à la grossesse chez les très jeunes femmes et avec leur accord contacter précocément les psychothérapeutes de l'intersecteur pour un premier contact.

5) Prendre contact avec le Dr Filidorri en cas de dépistage d'un risque médical, afin de déterminer le plus tôt possible en commun, la conduite à tenir.

6) Le suivi médical hors obstétrique est assuré par le médecin traitant.

7) S'engager à réaliser l'ensemble des procédures telles que proposées dans le protocole de suivi .

En particulier, faire en sorte que les 3 échographies nécessaires à un bon suivi soient réalisées à la maternité et aux dates adéquates, la maternité s'engageant en échange à tout mettre en œuvre pour répondre positivement de façon à respecter la chronologie prévue des examens.

8) En cas de doute sur la conduite à tenir lors d'une consultation, prendre contact avec l'obstétricien et/ou lui adresser la patiente.

9) Réaliser le suivi jusqu'à la fin du 6ème mois et "passer la main" en règle général vers la 31ème semaine pour les grossesses normales, plus tôt et en accord avec le Dr Filidorri pour les grossesses à risque, la maternité prenant en charge la fin de suivi de grossesse, seule ou en commun avec la maternité de référence pour les femmes à risques.

10) Les médecins généralistes devront être prévenus dans les 48H par les moyens le plus adéquat de la survenue de chaque naissance.

11) le suivi post natal doit être réalisé par le médecin traitant auquel sera adressé la femme et son enfant. Si la femme refuse ou si des raisons médicales justifient de faire appel à un autre intervenant, le médecin traitant devra en être informé par la maternité et la décision prise en commun.

12) Les membres du réseau s'engagent à travailler en collaboration avec l'infirmière puéricultrice de PMI et avec l'intersecteur lors du suivi post natal de la femme et du nourrisson notamment lors du repérage de problèmes spécifiques.

13) Ils s'engagent dans la mesure de leurs disponibilités à participer à l'évaluation du réseau qui pourra revêtir différentes modalités. L'une d'entre elles consistera en une réunion de relecture de l'ensemble des dossiers qui permettront, le repérage de certains dysfonctionnements, l'amélioration des procédures de suivi et à terme le service rendu aux femmes et aux enfants.

14) Chaque membre du réseau s'engage à utiliser le dossier commun comme outil de liaison au sein du réseau à l'occasion de chaque consultation.

ANNEXE 11

Questionnaire à l'intention de tous les médecins généralistes du LIMOUSIN

Cher(e) confrère,

Actuellement remplaçant depuis 3 ans, je réalise ma thèse en vue de l'obtention de mon doctorat de médecine générale. Le thème que j'ai choisi aborde la **Surveillance de la grossesse normale par les médecins généralistes du Limousin.**

Pour la réalisation de cette thèse, j'effectue une enquête par questionnaire postal .Le but de ce questionnaire est :

- de savoir si les généralistes suivent des grossesses et de connaître leurs besoins en formation complémentaire sur le suivi de grossesse .

- de connaître leurs souhaits et opinions étant donné la baisse progressive du nombre des gynécologues dans les années à venir.

Le questionnaire est anonyme afin de respecter votre opinion. Cependant si vous le souhaitez, vous pouvez inscrire votre nom afin de limiter la relance du questionnaire lors du deuxième envoi .

Merci de bien vouloir accorder un peu de temps (10 minutes environ) que je sais très précieux ,aux documents ci-joints et de me faire parvenir votre réponse, même négative, dans l'enveloppe timbrée.

En vous remerciant par avance, je vous prie d'agréer ,cher(e) confrère, l'expression de mes salutations les plus confraternelles.

Frédéric GILLY

86 rue de la vialoube

LIMOGES 87000

tel :0555506110

MERCI DE NE PAS TENIR COMPTE DE CE DEUXIEME ENVOI SI VOUS AVEZ DEJA REPONDU AU PREMIER ENVOI .

Questionnaire à l'intention de tous les médecins généralistes du Limousin.

Cher(e) confrère,

Actuellement remplaçant depuis 3 ans, je réalise ma thèse en vue de l'obtention de mon doctorat de médecine générale. Le thème que j'ai choisi aborde la **Surveillance de la grossesse normale par les médecins généralistes du Limousin.**

Pour la réalisation de cette thèse, j'effectue une enquête par questionnaire postal .Le but de ce questionnaire est :

- de savoir si les généralistes suivent des grossesses et de connaître leurs besoins en formation complémentaire sur le suivi de grossesse .

- de connaître leurs souhaits et opinions étant donné la baisse progressive des gynécologues dans les années à venir.

Après le premier envoi , j'ai obtenu plus de 61 % de réponses (Corrèze =62% ;Creuse =59 % ;Haute-Vienne =61%) : je compte sur vous afin d'obtenir le taux de réponses le plus élevé possible.

Merci de bien vouloir accorder un peu de temps (5 minutes environ) que je sais très précieux ,aux documents ci-joints et de me faire parvenir votre réponse, **même négative**, dans l'enveloppe timbrée.

En vous remerciant par avance, je vous prie d'agréer ,cher(e) confrère, l'expression de mes salutations les plus confraternelles.

Directeur de thèse

Docteur BUCHON Daniel

BUGEAT 19170

Frédéric GILLY

86 rue de la vialoube

LIMOGES 87000

tel :0555506110

I IDENTITE (une seule réponse)

- 1) Sexe : _____ Age : _____
- 2) Depuis combien de temps exercez-vous ? : _____ années
- 3) Département d'exercice : 19 23 87
- 4) Lieu d'exercice : rural ou semi rural ville avec gynécologue (>5000 habitants)
 ville sans gynécologue (>5000 habitants)
- 5) Nombre d'actes par semaine : <100 entre 100 et 150 >150
- 6) Faites-vous des surveillances de grossesse ? oui non
 si oui quel nombre de grossesse par an ? : _____
- si non pourquoi ? par choix personnel par choix des patientes
 autre orientation médicale (ex:homéopathe) trop de risque médico-légal
 clientèle ne présentant pas ces caractères besoin de formation
 (une seule réponse) autres : _____

II FORMATION (plusieurs réponses possibles)

- 1) Ressentez-vous un besoin de formation complémentaire sur le suivi de grossesse ? oui non
- 2) Suivez-vous une formation continue gynécologique obstétrique ? oui non
 si oui : formation personnelle (revues..) FMC
 stages (ville, hospitalier..) EPU (enseignement post-universitaire)
 autres (ex : diplôme universitaire...) : _____
- 3) Avez-vous bénéficié d'une formation (FMC ou EPU) sur le suivi de grossesse ces 3 dernières années ?
 oui non
- 4) Que penseriez-vous d'une FMC gynécologique tous les 3 ans abordant le suivi de grossesse ?
 indispensable intéressant sans intérêt
- 5) Comment percevriez-vous la création d'un diplôme médical universitaire sur le suivi de grossesse ?
 indispensable intéressant sans intérêt
- 6) Que proposeriez-vous pour améliorer la formation gynéco-obstétrique des généralistes sur le suivi de grossesse ?
 approfondissement de la formation universitaire
 approfondissement de la formation médicale continue des généralistes
 autres souhaits : _____

III OPINION

- 1) Souhaiteriez-vous participer de façon plus active au suivi de grossesse ? oui non
- 2) Seriez-vous prêt à vous investir dans la création d'un réseau de surveillance de grossesse (médecin généraliste, spécialiste, sage femme, PMI..)? oui non
- 3) Comment voyez-vous la place du généraliste dans la surveillance des grossesses normales, dans les années à venir, compte tenu de la baisse prévue, de la démographie des gynécologues obstétricaux et médicaux ?
 réponse :

Questionnaire à l'intention de tous les médecins généralistes du département de la Creuse (sans Guéret et Aubusson) et de Limoges .

Cher(e) confrère,

Actuellement remplaçant depuis 3 ans, je réalise ma thèse en vue de l'obtention de mon doctorat de médecine générale. Le thème que j'ai choisi aborde la **Surveillance de la grossesse normale par les médecins généralistes de Limoges et du département de la Creuse** (sans Guéret et Aubusson).

Pour la réalisation de cette thèse, j'effectue une enquête par questionnaire postal .Le but de ce questionnaire est :

- de savoir si les généralistes suivent des grossesses et de connaître leurs besoins en formation complémentaire sur le suivi de grossesse .

- de connaître leurs souhaits et opinions étant donné la baisse progressive du nombre des gynécologues dans les années à venir.

- d'effectuer une étude comparative sur le suivi de grossesse entre médecins creusois et médecins urbains de Limoges.

Le questionnaire est anonyme afin de respecter votre opinion. Cependant si vous le souhaitez, vous pouvez inscrire votre nom afin de limiter la relance du questionnaire lors du deuxième envoi .

Merci de bien vouloir accorder un peu de temps (10 minutes environ) que je sais très précieux ,aux documents ci-joints et de me faire parvenir votre réponse, même négative, dans l'enveloppe timbrée.

En vous remerciant par avance, je vous prie d'agréer ,cher(e) confrère, l'expression de mes salutations les plus confraternelles.

Frédéric GILLY

86 rue de la vialoube

LIMOGES 87000

tel :0555506110

MERCI DE NE PAS TENIR COMPTE DE CE DEUXIEME ENVOI SI VOUS AVEZ DEJA REPONDU AU PREMIER ENVOI .

Questionnaire à l'intention de tous les médecins généralistes du département de la Creuse (sans Guéret et Aubusson) et de Limoges .

Cher(e) confrère,

Actuellement remplaçant depuis 3 ans, je réalise ma thèse en vue de l'obtention de mon doctorat de médecine générale. Le thème que j'ai choisi aborde la **Surveillance de la grossesse normale par les médecins généralistes de Limoges et du département de la Creuse** (sans Guéret et Aubusson).

Pour la réalisation de cette thèse, j'effectue une enquête par questionnaire postal .Le but de ce questionnaire est :

- de savoir si les généralistes suivent des grossesses et de connaître leurs besoins en formation complémentaire sur le suivi de grossesse .

- de connaître leurs souhaits et opinions étant donné la baisse progressive des gynécologues dans les années à venir.

- d'effectuer une étude comparative sur le suivi de grossesse entre médecins creusois et médecins urbains de Limoges.

Après le premier envoi , j'ai obtenu 52% de réponses sur Limoges et 60% de réponses sur la Creuse : je compte sur vous afin d'obtenir le taux de réponses le plus élevé possible.

Merci de bien vouloir accorder un peu de temps (10 minutes environ) que je sais très précieux ,aux documents ci-joints et de me faire parvenir votre réponse, **même négative**, dans l'enveloppe timbrée.

En vous remerciant par avance, je vous prie d'agréer ,cher(e) confrère, l'expression de mes salutations les plus confraternelles.

Directeur de thèse

Docteur BUCHON Daniel

BUGEAT 19170

Frédéric GILLY

86 rue de la vialoube

LIMOGES 87000

tel :0555506110

SI VOUS NE SUIVEZ PAS DE GROSSESSE MERCI DE REMPLIR UNIQUEMENT LA 1ERE PAGE**I IDENTITE** (une seule réponse)

- 1) Sexe : _____ Age : _____
- 2) Depuis combien de temps exercez-vous ? : _____ années
- 3) Lieu d'exercice : LIMOGES CREUSE
- 4) Nombre d'actes par semaine : <100 entre 100 et 150 >150
- 5) Faites-vous des surveillances de grossesse ? oui non
 si oui quel nombre de grossesse par an ? : _____
- si non pourquoi ? par choix personnel par choix des patientes
 autre orientation médicale (ex:homéopathe) trop de risque médico-légal
 clientèle ne présentant pas ces caractères besoin de formation
 (une seule réponse) autres : _____

II FORMATION (plusieurs réponses possibles)

- 1) Ressentez-vous un besoin de formation complémentaire sur le suivi de grossesse ? oui non
- 2) Suivez-vous une formation continue gynécologique obstétrique ? oui non
 si oui : formation personnelle (revues..) FMC
 stages (ville, hospitalier..) EPU (enseignement post-universitaire)
 autres (ex : diplôme universitaire...) : _____
- 3) Avez-vous bénéficié d'une formation (FMC ou EPU) sur le suivi de grossesse ces 3 dernières années ?
 oui non
- 4) Que penseriez-vous d'une FMC gynécologique tous les 3 ans abordant le suivi de grossesse ?
 indispensable intéressant sans intérêt
- 5) Comment percevriez-vous la création d'un diplôme médical universitaire sur le suivi de grossesse ?
 indispensable intéressant sans intérêt
- 6) Que proposeriez-vous pour améliorer la formation gynéco-obstétrique des généralistes sur le suivi de grossesse ?
 approfondissement de la formation universitaire
 approfondissement de la formation médicale continue des généralistes
 autres souhaits : _____

III OPINION

- 1) Souhaiteriez-vous participer de façon plus active au suivi de grossesse ? oui non
- 2) Seriez-vous prêt à vous investir dans la création d'un réseau de surveillance de grossesse (médecin généraliste, spécialiste, sage femme, PMI..)? oui non
- 3) Comment voyez-vous la place du généraliste dans la surveillance des grossesses normales, dans les années à venir, compte tenu de la baisse prévue, de la démographie des gynécologues obstétricaux et médicaux ?
 réponse :

17) Proposez-vous systématiquement le dépistage sanguin du risque accru de trisomie 21 ?

oui non • si oui : à quel terme (en SA) : _____

18) Faites-vous systématiquement le dépistage du diabète gestationnel ?

oui non • si oui : à quel terme (en SA) : _____

par quelle méthode : glycémie simple
 glycémie double (à jeun et post prandiale)
 test O'Sullivan
 Hyperglycémie provoquée par voie orale
 glycosurie

(une seule réponse)

19) Faites-vous systématiquement la recherche de la glycosurie, de la protéinurie ?

oui non si oui : au laboratoire
 vous même par bandelette

20) Quelle prise de poids autorisez-vous ?

jusqu'à 12 kilos
 entre 12 et 15 kilos
 plus de 16 kilos

21) Si la prise de poids est trop importante, qu'envisagez-vous ?

une simple surveillance clinique
 prise en charge avec nutritionniste ou diététicien
 prise en charge diététique par vous même

22) A partir de quel âge proposez-vous systématiquement une amniocentèse ? _____ ans

23) Faites-vous des prescriptions de suppléments systématiques ?

oui non

• si oui lesquelles ?

(plusieurs réponses possibles)

fer magnésium
 acide folique vitamine D
 autres : _____

24) Incitez-vous les nullipares à une préparation à l'accouchement ?

oui
 non
 en fonction de la patiente • si oui à quelle date ? (en mois) : _____

25) Revoyez-vous vos patientes pour la visite post natale ? toujours souvent

rarement jamais

26) Utilisez-vous le carnet de maternité ? oui non

• si non pourquoi ?

sans intérêt
 outil inadapté, imprécis
 non remis à la patiente
 autres : _____

(une seule réponse)

• si oui comment le trouvez-vous ?

27) Saviez-vous que ce carnet doit être délivré par le généraliste ou gynécologue (ces derniers devant le demander au président du conseil général) ? oui non

● PROPOSITIONS-SOUHAITS

28) Parmi les propositions suivantes pour le suivi des grossesses normales, laquelle vous semble la plus adaptée ?

- suivi par le généraliste avec première consultation par le spécialiste
- suivi par le généraliste avec une consultation spécialisée par trimestre
- suivi par généraliste jusqu'au sixième mois puis spécialiste
- suivi par le généraliste avec avis spécialisé si nécessaire
- autres souhaits (ex :suivi avec sage femme...) : _____

29) Commentaires libres sur le suivi de grossesse normale par les généralistes :

BIBLIOGRAPHIE

1- MAGNIN.G.

Surveillance d'une grossesse normale, le généraliste est-il le mieux placé ?
La Revue du Praticien médecine générale 1995 ; 301 : 15-18.

2- HOUDU-COLLET.N.

La surveillance de la grossesse. Enquête auprès de médecins généralistes de
Loire-Atlantique et Vendée.
Thèse de médecine, Nantes 1997.

3- BARBAUT.J.

Histoires de la naissance à travers le monde, septembre 1990 : 15-19.

4- LEDUR-ROMEZY.J.

Intérêt du suivi concomitant des femmes enceintes par le médecin généraliste et
le gynécologue.
Thèse médecine, Montpellier 1997.

5- JUTEL.D.

La prescription des examens biologiques au cours de la grossesse normale.
Enquête auprès de médecins généralistes de Loire-Atlantique.
Thèse médecine, Nantes 2000.

6- DIRECTIONS REGIONALES DES AFFAIRES SANITAIRES ET
SOCIALES.

Statiss 2001, Les régions françaises. Avril 2001.

7- INSTITUT NATIONAL STATISTIQUES ET ETUDES ECONOMIQUES
LIMOUSIN.

La population limousine à l'horizon 2030. Numéro 33. Janvier 2002.

8- DIRECTIONS REGIONALES DES AFFAIRES SANITAIRES ET
SOCIALES.

Statiss 2001 Limousin. Janvier 2001.

9- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS-CENTRE DE
RECHERCHE D'ETUDE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE DE
LA SANTE.

Démographie médicale française, situation au 1^{er} janvier 2001. Etude N°34.
Novembre 2001.

10- NICOLAS.G.

Site Internet de Union professionnelle des médecins libéraux en Rhône-Alpes.

Démographie médicale : réflexions [en ligne] .26 juillet 2001 : 4p.

Disponible sur : < <http://www.upmlra.org/divers.asp?id=27> > (consulté le 7 février 2002).

11- SICART.D.

Les médecins, estimations au 1 janvier 2001, document de travail de la DREES, série statistique, n° 28 : octobre 2001.

Le Quotidien du Médecin. 20 novembre 2001 ; Numéro 7013 : p 4.

12- FEDERATION NATIONALE ASSOCIATIONS DE SAGES-FEMMES.

Discours de KOUCHNER.B.[en ligne].

Journée de réflexion sur sage-femme, quelle autonomie professionnelle. 6 décembre 2001.

Disponible sur : < http://www.gouv.fr/htm/actu/33_011206bk.htm > (consulté le 30 janvier 2001).

13- COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS.

Prise en charge de la femme enceinte, de l'accouchement et du nouveau-né selon le niveau de risque [en ligne]. Conférence de consensus, Paris, 2 et 3 décembre 1998.

Disponible sur : < http://www.uvp5.univ-paris5.fr/UV_MED/AC/Intro.asp?Nsubj=119&Intro=119-1 > (consulté le 28 janvier 2001).

14- OBSERVATOIRE REGIONAL DE LA SANTE DU LIMOUSIN

La périnatalité en Limousin en 1996. Juin 1998 : 56p.

15- BLONDEL.B. , BREART G.

Mortalité néonatale.

Encyclopédie médicochirurgicale 1999 ; 232 : 1-5.

16- AGUZZOLI.F. , LE FUR.P. , SERMET.C.

Clientèle et motifs de consultation en médecine libérale en 1992.

CREDES 1994 : 64-133.

17- LE GOAZIOU.M.F. ,

Avant la naissance.

Exercer 1999 ; 51 : 9-15.

18- COHEN.J. , MADELENAT.P. , LEVY-TOLEDANO.R.

Gynécologie et santé des femmes. Quel avenir en France ?

Editions ESKA. 2000 ; 188p.

19- KOUCHNER.B.

Internat :60 places pour la gynécologie médicale.

Le Quotidien du Médecin. 11 février 2002 ; Numéro 7063 : p 6.

20- BOMMELER.C.

Etudiants en médecine : le quota relevé à 6000.

Le Figaro économie. 5 mars 2002 : p 3.

21- CARRE.E.

Le suivi de la femme enceinte par un médecin généraliste.

Thèse médecine, Nantes 1999.

22- BLONDEL.B. , GRANDJEAN.H.

Prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux nés dans les grossesses à bas risque. Conférence de consensus.

Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 1998 ; 27 : 8-20.

23- LE GOAZIOU.M.F.

Qu'est-ce que le médecin généraliste attend de son confrère gynécologue obstétricien ?

Contraception, Fertilité, Sexualité 1998 ; 26 : 221-224.

24- BLONDEL.B. , GRANDJEAN.H. , ARNAUD.C. , TAMINH.M.

Prise en charge des femmes enceintes et des nouveaux nés dans les grossesses à haut risque. Conférence de consensus.

Journal de gynécologie obstétrique et biologie de la reproduction 1998 ; 27 : 21-36.

25- CUNHA.M.A.

Suivi et accompagnement de la grossesse dans un massif des Hautes Vosges.

Thèse de médecine, Nancy 1997.

26- LE COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET
OBSTETRICIENS FRANÇAIS.

Groupe de travail ANDEM.

Guide de surveillance de la grossesse. Janvier 1996 ; 176p.

27- NAOURI.M.

Le praticien et la grossesse.

Impact Médecin. Les dossiers du praticiens 1992 ; 172-173.

28- HATEM.G. , ADORIAN.E.

Suivi de grossesse par le généraliste.

Le Concours Médical 16 février 2002 ; 124 ; numéro 6 : 375-379.

29- LOCQUET.C. , DIEHL.N. , GANIAYRE.J. , HERCEK.A.

Le suivi clinique d'une grossesse normale en médecine générale.

Exercer 1990 ; 9 : 21-24.

30- ASSURANCE MALADIE.

Guide des références médicales opposables 1998 ; item 3 : 43.

31- BACHMAN.J.W. , HEISE.R.H. , NHESSENS.J.M.

A study of various test to detect asymptomatic urinary tract infection in an obstetric population.

Jama 1993 ; 270 :1971-1974.

32- ANDEM.

Hématologie en pratique courante.

Le Concours Médical. Références médicales, mars 1996 : 43-52.

33- ASSOCIATION DE FORMATION POUR LA SANTE REGION NANTAISE.

A propos du suivi de grossesse, par le médecin généraliste [en ligne].

Compte rendu de réunion du 8 mars 2001 ; mise à jour le 24 mars 2001 : 19p.

Disponible sur : < <http://jeanpaul.dessaux.free.fr/Grossesse/suivigro.htm> > (consulté le 12 juin 2001).

34- LEMAIRE.V.

Trisomie 21 : dépistage par examen de l'os nasal.

Tout Prévoir janvier 2002 ; 328 : 14.

35- CICERO.S. , CURCIO.P.

Absence of nasal bone in fetuses with trisomie 21 at 11-14 weeks of gestation : an observation study.

Lancet 2001 ; 358 : 1665-1667.

36- Diagnostic prénatal. Bientôt la fin de l'amniocentèse ?

Consulter en Médecine Générale 5 février 2002. Numéro 2 : 8.

37- LOCHOUARN.M.

Anomalies fœtales : le diagnostic par la prise de sang ?

Le Concours Médical 13 avril 2002 ; 124 ; numéro 14 : 915-917.

38- VONA.G. , BEROUD.C. , VEKEMANS.M. , PATERNILI-BRECHOT.P. et al

Enrichment, immunomorphological, and genetic characterization of fetal cells circulating in maternal blood.

The American Journal of Pathology 2002 ; 160 : 51-58.

39- LE COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS.

Recommandations pour la pratique clinique. Le diabète et la grossesse [en ligne].

Conférence de consensus 1996.

Disponible sur : < http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_01.HTM > (consulté le 30 janvier 2002).

40- LASSANDRE.S.

Dépistage systématique et prise en charge optimisée du diabète gestationnel. Thèse médecine, Limoges 2001.

41- CYNOBER.E.

En échographie.

La Revue du Praticien Gynécologie et Obstétrique 9 décembre 2000, 48 : 8.

42- LE COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES ET OBSTETRICIENS FRANÇAIS.

Recommandations pour la pratique clinique. Supplémentation au cours de la grossesse [en ligne].

Conférence de consensus, Paris, 5 décembre 1997.

Disponible sur : < http://www.uvp5.univ-paris5.fr/UVV_MED/AC/Intro.asp?Nsubj=124&Intro=124-1 > (consulté le 28 janvier 2002).

43- DIRECTION GENERALE DE LA SANTE.

Périnatalité. Recommandations pour la prévention des anomalies de la fermeture du tube neural [en ligne].

Communiqué de presse du 31 août 2000.

Disponible sur : < <http://www.sante.gouv.fr/hm/dossiers/perinat/recomand.htm> > (consulté le 12 novembre 2001).

44- DIRECTION GENERALE DE LA SANTE.

La nutrition. Le programme national « Nutrition-Santé » (2001-2005) [en ligne]. Juin 2001.

Disponible sur : < <http://www.gouv.fr/hm/pointsur/nutrition/sommaire.htm> > (consulté le 18 décembre 2001).

45- INSTITUTE DE LA COMMUNICATION MEDICALE.

Enquête sur l'activité du médecin généraliste en 2001 : 3.

Document (Adresse e-mail : < incm@santesurf.com >).

46- GRAVELLIER.C.

La surveillance de la grossesse normale par les médecins généralistes.

Mémoire de diplôme d'état de sage femme, Poitiers 2000.

47- CHAMBONNET.J.Y.

Surveillance de la grossesse : que font les médecins généralistes ? [en ligne]:5p.

Disponible sur :

< <http://www.33docpro.com/rdpmg/recherche12.htm> > (consulté le 14 juin 2001).

48- NAIDITCH.M. , BOURGUEIL.Y. , VEDEL.I.

Evaluation du réseau de santé du Haut-Nivernais, juin 1998 : 76p.

49- TOURNAIRE.M. , LEHMANN.J.

Diplôme universitaire de médecine générale : suivi d'une grossesse normale [en ligne].

Hôpital Saint Vincent de Paul, Paris, 6 mai 1999.

Disponible sur :

< <http://www.uvp5.univ-paris.5fr/UV8MED/AC/Aframe.asp?NSuj=127&Org=> > (consulté le 30 janvier 2002).

50- BAUMANN.F.

Le médecin généraliste, médecin de premier recours.

La Revue du Praticien Médecine Générale 17 décembre 1997 ; 11, 404 : 63-65.

51- ORDRES DES CHIRURGIENS-DENTISTES, DES MEDECINS, DES PHARMACIENS ET DES SAGES FEMMES.

Conférence inaugurale du MEDEC. 13 mars 2001.

La restructuration de l'offre de soins : réseaux et impact de l'e-santé [en ligne].

Disponible sur :

< <http://www.conseil-national.med.../9ed801154a66ea12c1256a72004c5f0a?OpenDocumen> > (consulté le 9 décembre 2001).

52- LEMONNIER.E.

Modalités de surveillance des grossesses par les médecins généralistes.

Thèse médecine, Nantes 1999.

53- POISSONNIER.M.H. , TOURNAIRE.M.

Immunisation foëto-maternelle, dépistage, prévention.

La Revue du Praticien 1992 ; 42, 30 : 2643-2646.

TABLE DES MATIERES

<u>1^{ère} PARTIE : INTRODUCTION</u>	11
I INTRODUCTION	12
II HISTORIQUE	13
III LES BASES STATISTIQUES	17
III.1. Démographie de la population générale	17
III.2. Chiffres de la périnatalité	18
III.3. Démographie médicale	20
a) Nationale	
b) Dans le Limousin	
IV PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE	22
IV.1. Les différents acteurs	22
a) Le médecin généraliste	
b) Le gynécologue	
c) Les sages femmes	
IV.2. Tendances actuelles de la prise en charge du suivi de grossesse et des accouchements	24
a) Tendances générales	
b) L'exemple du réseau de Clamecy	
<u>2^{ème} PARTIE : SURVEILLANCE THEORIQUE DE LA GROSSESSE</u>	28
I LA PREMIERE CONSULTATION	29
I.1. Confirmation et datation de la grossesse	29
I.2. Les facteurs de risque	30
I.3. L'examen clinique initial	31
II LES AUTRES CONSULTATIONS	32
III LA SURVEILLANCE BIOLOGIQUE	33
III.1. Le cadre légal	33
III.2. Les autres examens biologiques	34
III.3. Tableau récapitulatif des examens biologiques	37
IV LA SURVEILLANCE ECHOGRAPHIQUE	38
V SUPPLEMENTATION DE LA FEMME ENCEINTE	38
VI PREPARATION A L'ACCOUCHEMENT	39

3^{ème} PARTIE : L'ENQUETE 40

I MATERIELS ET METHODES 41

I MISE EN PLACE DE L'ENQUETE 41

II LE QUESTIONNAIRE 41

II.1. Contenu du questionnaire 42

II.2. L'échantillon 42

II RESULTATS DE L'ENQUETE D'OPINION DANS LE LIMOUSIN 44

I CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON DES MEDECINS DU LIMOUSIN 44

I.1. Répartition des médecins par sexe 44

a) Globale dans le Limousin

b) En fonction des envois

I.2. Répartition des médecins par âge 45

a) Globale dans le Limousin

b) Par sexe

I.3. Répartition des médecins par ancienneté d'installation 46

a) Globale dans le Limousin

b) Par sexe

I.4. Répartition des médecins par département 47

a) Globale dans le Limousin

b) Répartition des médecins en fonction du département et des envois

I.5. Répartition des médecins par milieu d'exercice 48

I.6. Répartition des médecins en fonction de leur activité 48

a) Globale dans le Limousin

b) Par milieu d'exercice

I.7. Conclusion 49

II LA SURVEILLANCE DE LA GROSSESSE 50

II.1. La répartition des médecins par rapport à la surveillance de grossesse 50

a) Répartition entre les envois

b) Répartition par sexe

c) Répartition des médecins en fonction de leur participation ou non au suivi de grossesse et de leur milieu d'exercice

d) Répartition des médecins suivant des grossesses en fonction de leur sexe et du milieu d'exercice

II.2. Nombre annuel de grossesses suivies	52
a) Ensemble des médecins du Limousin	
b) Répartition des médecins en fonction du sexe	
c) Répartition des médecins en fonction du milieu d'exercice	
d) Répartition des médecins en fonction de leur activité	
e) Conclusion	
II.3. Les médecins n'effectuant pas de surveillance de grossesse	53
II.4. Conclusion	54
 III LA FORMATION DES MEDECINS	 55
III.1. Les médecins ressentent-ils un besoin en formation complémentaire sur le suivi de grossesse ?	55
a) Globalement dans le Limousin	
b) En fonction de leur milieu d'exercice	
III.2. Les médecins suivent-ils une formation continue gynécologique et obstétrique ?	56
a) Globalement dans le Limousin	
b) En fonction de leur milieu d'exercice	
III.3. Quelle formation continue gynécologique suivent les médecins ?	57
III.4. Les médecins ont-ils bénéficié d'une formation sur le suivi de grossesse ces trois dernières années ?	58
a) Globalement dans le Limousin	
b) En fonction de leur milieu d'exercice	
III.5. Que pensent les médecins d'une FMC gynécologique tous les 3 ans abordant le suivi de grossesse	59
a) Globalement dans le Limousin	
b) En fonction de leur milieu d'exercice	
III.6. Comment les médecins perçoivent-ils la création d'un diplôme médical universitaire sur le suivi de grossesse ?	60
a) Globalement dans le Limousin	
b) En fonction de leur milieu d'exercice	
III.7. Propositions des médecins pour améliorer la formation gynécologique et obstétrique du généraliste sur le suivi de grossesse	61
a) Globalement dans le Limousin	
b) En fonction de leur milieu d'exercice	
 IV PERPECTIVE DE PRISE EN CHARGE DE LA GROSSESSE	 63
IV.1. Les médecins souhaitent-ils participer de façon plus active au suivi de grossesse ?	63
a) Globalement dans le Limousin	
b) En fonction de leur milieu d'exercice	
IV.2. Les médecins sont-ils prêts à s'investir dans la création d'un réseau prénatal de surveillance de la grossesse ?	64
a) Globalement dans le Limousin	
b) En fonction de leur milieu d'exercice	

V EXAMEN CLINIQUE	80
V.1. Les médecins effectuent-ils un frottis si le dernier à plus de 2 ans ?	80
V.2. Les médecins effectuent-ils la recherche des facteurs de risque systématiquement ?	81
V.3. Les médecins effectuent-ils un examen au spéculum une fois dans la grossesse ?	81
V.4. Les médecins effectuent-ils la palpation de la thyroïde une fois dans la grossesse ?	82
V.5. Les médecins recherchent-ils les bruits du cœur ?	82
V.6. Les médecins effectuent-ils la mesure de la hauteur utérine ?	83
V.7. Les médecins effectuent-ils la palpation abdominale ?	83
V.8. Les médecins effectuent-ils un toucher vaginal ?	84
V.9. Les médecins effectuent-ils la mesure de la tension artérielle et de la prise de poids	84
VI EXAMENS COMPLEMENTAIRES ET PRESCRIPTIONS	85
VI.1. Les médecins prescrivent-ils systématiquement l'échographie à 12 SA ?	85
VI.2. A quelle date les médecins prescrivent-ils la 2ème échographie ?	85
VI.3. A quelle date les médecins prescrivent-ils la 3ème échographie ?	85
VI.4. Les médecins recherchent-ils systématiquement une fois dans la grossesse la recherche des agglutines irrégulières ?	86
VI.5. Les médecins proposent-ils systématiquement le dépistage du VIH ?	86
VI.6. A quel mois, les médecins effectuent-ils la recherche de l'antigène HBs ?	87
a) Au premier mois	
b) Au deuxième mois	
VI.7. Les médecins prescrivent-ils une numération sanguine ?	88
a) En début de grossesse	
b) Au sixième mois	
VI.8. Les médecins proposent-ils systématiquement le dépistage sanguin du risque accru de la trisomie 21 ?	89
VI.9. Les médecins font-ils systématiquement le dépistage du diabète gestationnel ?	90
a) A quel terme ?	
b) Par quelle méthode ?	
VI.10. Les médecins recherchent-ils systématiquement la glycosurie et le protéinurie ?	92
VI.11. Quelle prise de poids les médecins autorisent-ils	93
VI.12. Qu'envisagent les médecins si la prise de poids est trop importante ?	93
VI.13. A quel âge les médecins proposent-ils systématiquement une amniocentèse ?	94
VI.14. Les médecins font-ils des prescriptions de suppléments systématiques ?	94
VI.15. Les médecins incitent-ils les nullipares à une préparation à l'accouchement ?	96
VI.16. Les médecins revoient-ils leur patiente pour la visite post natale ?	97
VI.17. Les médecins utilisent-ils le carnet de maternité ?	98

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 123

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

GILLY (Frédéric). – Grossesse normale et médecins généralistes du Limousin (enquête d'opinion auprès des médecins du Limousin avec étude comparative entre médecins creusois ruraux et médecins de Limoges). – 1 Vol. – 187 f. ; ill. ; tabl. ; 30 cm (Thèse : Med. ; LIMOGES ; 2002).

RESUME :

La surveillance de la grossesse normale a toujours été un des rôles du médecin généraliste. L'amélioration de la prise en charge de la femme enceinte a permis depuis plusieurs décennies une diminution des chiffres de la mortalité périnatale, de la mortalité maternelle et de la mortalité infantile.

De par l'évolution de la démographie médicale des gynécologues dans les années à venir, le médecin de famille et particulièrement en zone rurale, sera amené à prendre en charge de plus en plus de grossesses que ce soit dans le cadre de réseaux prénataux en milieu rural, ou par un suivi conjoint avec les autres intervenants en milieu urbain.

Ce travail, à partir d'une enquête de pratique, décrit l'opinion et la pratique des médecins généralistes dans la surveillance des femmes enceintes dans le Limousin. Si 73% d'entre eux participent au suivi de grossesse, avec une moyenne de 5,9 grossesses par an, il en ressort la nécessité d'une prise en charge adaptée de la femme enceinte par le généraliste à partir d'une solide formation initiale et continue et d'une parfaite collaboration entre les différents acteurs de santé. Dans l'ensemble les savoirs déclaratifs des médecins ruraux creusois et de Limoges concernant la bonne pratique obstétricale semblent conformes aux exigences actuelles, même si certains thèmes (dépistage des marqueurs sériques de la trisomie 21, dépistage du diabète gestationnel, recherche des agglutinines irrégulières et dépistage de l'antigène HBs) mériteraient d'être abordés plus fréquemment lors de formation médicale continue par exemple.

MOTS CLEFS :

- Médecin généraliste
 - Grossesse normale
 - Surveillance de la grossesse
 - Enquête
 - Formation médicale
 - Réseau prénatal
-

JURY : Président : Monsieur le Professeur PHILIPPE.
Juges : Monsieur le Professeur BUCHON.
: Madame le Professeur LIENHARDT-ROUSSIE.
: Monsieur le Professeur PREUX.
Membre Invité : Monsieur le Docteur AUBARD.
