



UNIVERSITE DE LIMOGES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2009

THESE N° 303/1

**Les motifs fréquents de consultation gynécologique en médecine générale :
Pratiques, freins et difficultés**

A propos d'une étude réalisée auprès des médecins généralistes de la Corrèze.

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le 03 Juin 2009
PAR

Monsieur Yann Marie Jacques André Charier
Né le 06 Juin 1980, à Limoges

EXAMINATEURS DE LA THESE :

Monsieur le Professeur Yves AUBARD
Madame le Professeur Marie Pierre TESSIER
Monsieur le Professeur Denis VALLEIX
Madame le Docteur Nathalie DUMOITIER
Monsieur le Docteur Fernand RAFFI

Président
Juge
Juge
Juge
Membre invité



**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 PREUX Pierre-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS :
(C.S.= Chef de Service)

ACHARD Jean-Michel	Physiologie
ADENIS Jean-Paul (C.S.)	Ophthalmologie
ALAIN Sophie	Bactériologie-Virologie
ALDIGIER Jean-Claude (C.S.)	Néphrologie
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S.)	Médecine Interne
ARNAUD Jean-Paul (C.S.)	Chirurgie orthopédique et Traumatologie
AUBARD Yves (C.S.)	Gynécologie-Obstétrique
BEDANE Christophe (C.S.)	Dermatologie-Vénérologie
BERTIN Philippe (C.S.)	Thérapeutique
BESSEDE Jean-Pierre (C.S.)	Oto-Rhino-Laryngologie
BONNAUD François (C.S.)	Pneumologie
BONNETBLANC Jean-Marie	Dermatologie-Vénérologie
BORDESSOULE Dominique (C.S.)	Hématologie ; Transfusion
CHARISSOUX Jean-Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
CLAVERE Pierre (C.S.)	Radiothérapie
CLEMENT Jean-Pierre (C.S.)	Psychiatrie d'Adultes

COGNE Michel (C.S.)	Immunologie
COLOMBEAU Pierre	Urologie
CORNU Elisabeth	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
COURATIER Philippe	Neurologie
DANTOINE Thierry	Gériatrie et Biologie du vieillissement
DARDE Marie-Laure (C.S.)	Parasitologie et Mycologie
DAVIET Jean-Christophe	Médecine Physique et Réadaptation
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S.)	Pédiatrie
DENIS François (C.S.)	Bactériologie-Virologie
DESCOTTES Bernard (C.S.)	Chirurgie Digestive
DESSPORT Jean-Claude	Nutrition
DUDOGNON Pierre SUR 31.08.2009	Médecine Physique et Réadaptation
DUMAS Jean-Philippe (C.S.)	Urologie
DUMONT Daniel (C.S.)	Médecine et Santé du travail
ESSIG Marie	Néphrologie
FEISS Pierre (C.S.)	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
FEUILLARD Jean (C.S.)	Hématologie
GAINANT Alain (C.S.)	Chirurgie Digestive
GAROUX Roger (C.S.)	Pédopsychiatrie
GASTINNE Hervé (C.S.)	Réanimation Médicale
JACCARD Arnaud	Hématologie ; Transfusion
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	Immunologie
LABROUSSE François (C.S.)	Anatomie et Cytologie Pathologiques

LACROIX Philippe	Médecine Vasculaire
LASKAR Marc (C.S.)	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	Pédiatrie
MABIT Christian	Anatomie
MAGY Laurent	Neurologie
MARQUET Pierre	Pharmacologie Fondamentale
MATHONNET Muriel	Chirurgie Digestive
MAUBON Alain (C.S.)	Radiologie et Imagerie Médicale
MELLONI Boris	Pneumologie
MERLE Louis (C.S.)	Pharmacologie Clinique
MONTEIL Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)	Neurochirurgie
MOULIES Dominique (C.S.)	Chirurgie Infantile
MOUNAYER Charbel	Radiologie et Imagerie Médicale
NATHAN-DENISOT Nathalie	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale
PARAF François	Anatomie et Cytologie Pathologiques
PLOY Marie-Cécile	Bactériologie-Virologie
PREUX Pierre-Marie (C.S.)	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention
RIGAUD Michel (C.S.) SUR 31.8.2010	Biochimie et Biologie Moléculaire
ROBERT Pierre-Yves	Ophtalmologie
SALLE Jean-Yves (C.S.)	Médecine Physique et Réadaptation
SAUTEREAU Denis (C.S.)	Gastro-entérologie, Hépatologie
SAUVAGE Jean-Pierre	Oto-rhino-laryngologie
STURTZ Franck	Biochimie et Biologie Moléculaire

TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	Endocrinologie,Diabète et Maladies endocriniennes
TREVES Richard	Rhumatologie
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S.)	Cancérologie
VALLAT Jean-Michel (C.S.)	Neurologie
VALLEIX Denis	Anatomie-Chirurgie générale
VANDROUX Jean-Claude (C.S.)	Biophysique et Médecine Nucléaire
VERGNENEGRE Alain (C.S.)	Epidémiologie-Economie de la Santé-Prévention
VIDAL Elisabeth (C.S.)	Médecine Interne
VIGNON Philippe	Réanimation Médicale
VIROT Patrice (C.S.)	Cardiologie
WEINBRECK Pierre (C.S.)	Maladies Infectieuses
YARDIN Catherine (C.S.)	Cytologie et Histologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	Parasitologie-Mycologie
ANTONINI Marie-Thérèse (C.S.)	Physiologie
BOURTHOUMIEU Sylvie	Cytologie et Histologie
BOUTEILLE Bernard	Parasitologie-Mycologie
CHABLE Hélène	Biochimie et Biologie Cellulaire
DRUET-CABANAC Michel	Médecine et Santé du travail
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Anatomie-Chirurgie digestive
ESCLAIRE Françoise	Biologie Cellulaire
FUNALOT Benoît	Biochimie et Biologie Moléculaire

JULIA Annie (départ le 1.1.09	Hématologie
LE GUYADER Alexandre	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
MOUNIER Marcelle	Bactériologie-Virologie-Hygiène hospitalière
PETIT Barbara	Anatomie et Cytologie Pathologiques
PICARD Nicolas	Pharmacologie Fondamentale
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
TERRO Faraj	Biologie Cellulaire
VERGNE-SALLE Pascale	Thérapeutique
VINCENT François	Pneumologie

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François	Physiologie
----------------	-------------

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie	Anglais
----------------	---------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel	Médecine générale
BUISSON Jean-Gabriel	Médecine générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie	Médecine générale
PREVOST Martine	Médecine générale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Yves AUBARD

*Gynécologie Obstétrique
Professeur des Universités
Chirurgien des Hôpitaux
Chef de service*

Merci d'avoir accepté d'être le président du jury et de juger ce travail

A Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

*Anatomie-Chirurgie Générale
Chirurgien des Hôpitaux
Doyen de la Faculté de Médecine*

Merci d'avoir accepté de juger ce travail

A Madame le Professeur Marie-Pierre TESSIER-CLEMENT

*Endocrinologie-Diabétologie
Maladies Métaboliques
Médecine de la Reproduction
Professeur des Universités
Praticien Hospitalier*

Merci d'avoir accepté de juger ce travail

A Madame le Docteur Nathalie DUMOITIER

*Médecine Générale
Maître de Conférences associé à mi-temps*

Merci pour votre bienveillance et pour tout ce que j'ai appris à vos côtés

A Monsieur le Docteur Fernand RAFFI

*Gynécologie Obstétrique
Chef de Service de l'Hôpital de Tulle*

Merci pour votre apport, votre soutien et votre gentillesse tout au long de l'élaboration de ce travail

A ceux qui ont marqué mon parcours d'étudiant :

Au Docteur Martine LABACH, pour votre accompagnement dans mon cursus de médecine générale ; je vous en serai indéfiniment reconnaissant

Aux Docteurs Bertrand PECH DE LA CLAUSE et Stéphane BOUVIER qui ont accompagné mes premiers pas d'étudiant en médecine

Aux médecins et personnels soignant des urgences du CHU, de MSA, de gynécologie obstétrique de l'hôpital de Tulle, du service de médecine de l'hôpital de Saint Yrieix la Perche, pour leur soutien et leur amitié dans les bons comme dans les mauvais moments

Aux Docteurs Hélène GALAN, Bertrand HERVY, Dominique MENARD, Elise DUBREUIL, Martine PREVOST

A mes proches :

A mon père, parti trop tôt

A ma mère, Titou, Dette, Manou et grand père et à toute la famille pour leur amour et leur soutien

A Ludivine, mon amour, mon âme-sœur

A ma belle-famille, Annick, Christiane, Didier, Fabien

A Renée et à tous les bretons

A mes amis :

Antoine et Aurélia, Thom et Marine, Mr et Mme Poult, Chico et Géraldine, Yannis et Cathy in vino veritas, Julian et Niño, Fred et Aurélie, Coach , Nico4, Chocho et Jean-Mi, Caro, Manu, Hassan, Moun's, Nuño et Sophie, JB et Aline, Sangfroid, Juton, Blaz, Vince, Gael, Chaz, Coni, Maître Boyer, Papé et Lomé, Olivier et Aurélie, Rémi

SOMMAIRE

<u>1.INTRODUCTION</u>	16
<u>2.HISTORIQUE</u>	17
<u>3.QUELQUES CHIFFRES</u>	18
3.1. DEMOGRAPHIE FEMININE.....	18
3.2. DEMOGRAPHIE MEDICALE.....	18
3.3. DEMOGRAPHIE MEDICALE PREVISIONNELLE.....	18
3.3.1. AU NIVEAU NATIONAL.....	18
3.3.2. AU NIVEAU LOCAL.....	19
3.4. CONCERNANT LES FROTTIS CERVICO-VAGINAUX.....	19
3.5. EPIDEMIOLOGIE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS.....	19
3.6. EPIDEMIOLOGIE DU CANCER DU SEIN.....	20
3.7. CONCERNANT LA CONTRACEPTION.....	20
<u>4. RECOMMANDATIONS</u>	20
4.1. LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE FROTTIS CERVICO-VAGINAL.....	20
4.2. LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA CONTRACEPTION.....	21
4.3. LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA GROSSESSE.....	23
4.4. LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE CANCER DU SEIN.....	24

<u>5.PRESENTATION DE L'ETUDE</u>	24
5.1. REALISATION DU QUESTIONNAIRE.....	24
5.2. CHOIX DE LA POPULATION ETUDIEE.....	26
5.3. MODALITES DE REPONSE.....	27
<u>6.RESULTATS</u>	27
6.1. TAUX DE REPONSE.....	27
6.2. PREMIERE QUESTION.....	29
6.3. DEUXIEME QUESTION.....	30
6.4. TROISIEME QUESTION.....	31
6.5. QUATRIEME QUESTION.....	32
6.6. CINQUIEME QUESTION.....	36
6.7. SIXIEME QUESTION.....	46
6.8. SEPTIEME QUESTION.....	55
<u>7.DISCUSSION</u>	57
7.1. ANALYSE DES RESULTATS ET COMMENTAIRES.....	57
7.1.1. CRITERES GENERAUX DE LA POPULATION MEDICALE DE CORREZE.....	57
7.1.2. ETUDE DES RESULTATS CONCERNANT LE SUIVI DE GROSSESSE.....	57
7.1.3. ETUDE DES RESULTATS CONCERNANT LA CONTRACEPTION.....	58
7.1.3.1. CONTRACEPTION ORALE.....	58
7.1.3.2. CONTRACEPTION PAR STERILET.....	58
7.1.3.3. CONTRACEPTION PAR IMPLANT SOUS CUTANE.....	58
7.1.4. ETUDE DES RESULTATS CONCERNANT LE FROTTIS CERVICO-VAGINAL.....	59

7.1.5. ETUDE DES RESULTATS CONCERNANT L'EXAMEN SENOLOGIQUE.....	60
7.2. LIMITES DE L'ETUDE.....	61
7.3. HYPOTHESES ET PROSPECTIVE.....	62
<u>8.CONCLUSION</u>	64
<u>9.ANNEXES</u>	65
ANNEXE 1.....	65
ANNEXE 2.....	66
ANNEXE 3.....	67
ANNEXE 4.....	68
ANNEXE 5.....	70
ANNEXE 6.....	75
ANNEXE 7.....	80
ANNEXE 8.....	126
<u>10.BIBLIOGRAPHIE</u>	127
<u>RESUME</u>	130

GLOSSAIRE :

- ADCCO : association de dépistage des cancers de la Corrèze
- AMM : autorisation de mise sur le marché
- ANAES : agence nationale d'accréditation et d'évaluation de santé
Remplacée par la haute autorité de santé
- CNCI : centre national du concours de l'internat
- DES : diplôme d'études spécialisées
- DIU : dispositif intra-utérin
- FCV : frottis cervico-vaginal
- FMC : formation médicale continue
- HAS : haute autorité de santé
- HPV : human papilloma virus
- INSEE : institut national de la statistique et des études économiques
- PH : praticien hospitalier
- SA : semaines d'aménorrhée

1. INTRODUCTION

Les médecins généralistes, omnipraticiens, sont en première ligne et devraient de plus en plus être confrontés aux problèmes des femmes et des couples (grossesse, contraception...) du fait des particularités inhérentes à leur profession :

- leur répartition sur le territoire
- leur relation privilégiée avec les patientes et les couples
- fonction de premier recours, de soins primaires et prévention

C'est pourquoi ce travail porte sur les motifs de recours fréquents au médecin généraliste en gynécologie-obstétrique.

L'idée de ce travail est apparue au cours de mon stage de quatrième semestre au sein du service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital de Tulle. Compte tenu des plannings chargés des médecins titulaires (PH et assistants), les internes du service assurent les consultations dites d'urgence. Ces consultations regroupent pour partie des actes à même d'être traités par les médecins généralistes (frottis cervico-vaginaux, demande de contraception, suivi de grossesse...). D'après le service d'anatomopathologie de l'hôpital de Tulle, le nombre moyen de frottis cervico-vaginaux est d'environ 6500 par an. Les rendez-vous de consultation sont complets six mois à l'avance. La question qui se pose est de savoir pourquoi les patientes recourent au service hospitalier alors qu'elles pourraient se tourner vers les médecins généralistes. J'ai donc voulu savoir s'il existait des difficultés tant techniques que matérielles ou relationnelles à la réalisation de consultations gynécologiques par les médecins généralistes.

Je n'ai pas trouvé dans la littérature d'article étudiant les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la pratique de la gynécologie. Les études publiées portent, pour la plupart, sur la préférence des patientes quant au sexe ou à la spécialité du médecin prodiguant le suivi gynécologique [1], [2], [3], [4]. Un article [5] s'attachait à l'étude de la surcharge de travail octroyée par la gynécologie en médecine générale. L'ensemble de ces études a été réalisé aux USA. Du fait des différences entre les deux systèmes de santé, les résultats sont à considérer avec précaution. Les résultats sont concordants et mettent en évidence une préférence des patientes américaines pour les spécialistes et/ou les médecins de sexe féminin pour réaliser leur suivi gynécologique.

Dans ce cadre, après un bref historique des évolutions en gynécologie et obstétrique, je me suis appliqué à exposer quelques chiffres pour mettre en lumière l'implication nécessaire des médecins généralistes dans la prise en charge de la gynécologie. La troisième partie est consacrée au rappel des obligations légales concernant la pose de stérilet et des recommandations sur la gynécologie et l'obstétrique. Ensuite les modalités de réalisation de l'étude sont explicitées avant la présentation des résultats. Enfin, dans la discussion, je me suis attaché à analyser les résultats ainsi qu'à présenter les limites de l'étude, avant d'envisager les pistes d'amélioration possibles de la prise en charge de la gynécologie en médecine générale.

2. HISTORIQUE

Les premiers écrits traitant de gynécologie et obstétrique remontent au deuxième millénaire avant J.C. Ce domaine entièrement réservé aux femmes le restera jusqu'au XVIème ou XVIIème siècle.

Il faut attendre 1513 pour trouver trace du premier manuel d'obstétrique écrit par l'allemand Eucharius Roselin. Cet ouvrage était destiné aux sages femmes.

En France, les débuts de l'obstétrique se font à Paris avec François Mauriceau en 1668 (premier accoucheur de la Maternité de Paris). Le XVIIIème siècle voit la création des premiers centres d'accouchement et des écoles de sages femmes (Strasbourg 1728). C'est également à cette époque qu'est inventé le forceps.

Le spéculum, invention des romains de l'antiquité et connu sous le nom de dioptré, est réinventé par Joseph Récamier en 1801, qui le généralise dans l'examen gynécologique.

Au XIXème siècle, les progrès de l'hygiène et de l'anesthésie permettent de pratiquer les premières césariennes non létales pour la mère (lutte contre la fièvre puerpérale).

Le XXème siècle est marqué par les progrès de l'imagerie avec l'invention de la mammographie en 1913, de l'échographie médicale en 1951 et son usage obstétrical dans les années 1970.

Le XXème siècle voit également l'invention et l'essor de la contraception. La contraception orale est inventée par le Mexicain Luis E. Miramontes en 1951 et commercialisée aux Etats-Unis à partir de 1960. Elle est autorisée en France par la loi Neuwirth en 1967. En 1974, la loi Weil adopte le remboursement de la contraception orale par la Sécurité Sociale et l'anonymat pour les mineures (AMM adépal 1975, AMM trinordiol 1985).

Le dispositif strictement intra-utérin est inventé en 1928 par Ernst Gräfenberg. Le DIU Miréna obtient son AMM en 1995.

L'implant sous cutané (implanon) est commercialisé en France depuis 2001.

Quant au dépistage du cancer du col de l'utérus, il est rendu possible grâce à la mise en œuvre des frottis cervico-vaginaux par Georges Papanicolaou en 1928.

3. QUELQUES CHIFFRES

3.1. DEMOGRAPHIE FEMININE :

La population féminine française comprend 30 101 269 individus dont 16 739 942 comprises entre 25 et 65 ans d'après le recensement INSEE de 1999 (annexe 1).

Pour la Corrèze, la population féminine est de 119 733 individus dont 59 086 comprises entre 25 et 65 ans selon la même source (annexe 2).

3.2. DEMOGRAPHIE MEDICALE :

Les chiffres cités ici sont ceux du Conseil National de l'Ordre des Médecins sur la démographie médicale en date du 01/01/2006 (annexe 3).

Le nombre de médecins en France métropolitaine est de 207 277 dont :

- 104 783 médecins généralistes comprenant 56 784 à activité libérale exclusive et 6 210 à activité mixte.
- 2 150 gynécologues-obstétriciens et 16 gynécologues médicaux.

Pour la Corrèze, le nombre de médecins généralistes est de 354 pour 11 gynécologues.

3.3. DEMOGRAPHIE MEDICALE PREVISIONNELLE :

3.3.1. AU NIVEAU NATIONAL :

Sur les années d'examen national classant 2006, 2007, 2008 :

- le nombre de postes d'internes de médecine générale était de 2 400 (dont certains non pourvus), de 150 pour les gynécologues-obstétriciens et de 20 pour les gynécologues médicaux en 2006.
- 2 353 postes de médecine générale (dont certains non pourvus), 150 de gynécologues-obstétriciens et 20 de gynécologues médicaux en 2007.
- 2866 postes de médecine générale (dont certains non pourvus), 155 de gynécologues-obstétriciens et 20 de gynécologues médicaux en 2008.

3.3.2. AU NIVEAU LOCAL

La répartition des postes d'internes pour la faculté de Limoges était la suivante:

- 35 postes de médecine générale, 1 de gynécologie-obstétrique, 0 de gynécologie médicale pour 2006.
- 35 postes de médecine générale, 1 de gynécologie-obstétrique, 0 de gynécologie médicale pour 2007.
- 35 postes de médecine générale, 2 de gynécologie-obstétrique, 0 de gynécologie médicale pour 2008.

Soit un total de 105 postes de médecine générale (dont certains non pourvus) pour 4 postes de gynécologie-obstétrique.

Ces chiffres sont tirés du site Internet du CNCI (annexe 4).

3.4. CONCERNANT LES FROTTIS CERVICO-VAGINAUX

D'après Rousseau et collaborateurs, le nombre de frottis cervico-vaginaux réalisés en 2000 en France est estimé à six millions soit un total de dix-huit millions sur trois ans. Ce chiffre permet en théorie de couvrir toute la population cible française. Cette étude estime à 60 % la population de femmes françaises suivies régulièrement ; 40 % des femmes n'avaient pas eu de frottis cervico-vaginal dans les deux dernières années et 34 % n'avaient pas eu de frottis cervico-vaginal dans les six dernières années.

3.5. EPIDEMIOLOGIE DU CANCER DU COL DE L'UTERUS

En 2005, en France, le cancer de l'utérus était au dixième rang des nouveaux cas de cancer découverts avec 3 070 nouveaux cas (annexe 5).

L'histoire naturelle du cancer du col de l'utérus met en évidence une augmentation de l'incidence entre 25 et 40 ans, âge où existe le pic de fréquence avec 20 cas pour 10 000 femmes. L'incidence connaît ensuite une phase de décroissance jusqu'à 50 ans puis une phase de stabilisation.

Le nombre de décès par cancer du col de l'utérus est d'environ 1070 par an, ce qui le place au quinzième rang des décès par cancer chez la femme.

3.6. EPIDEMIOLOGIE DU CANCER DU SEIN

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquemment observé et la principale cause de mortalité par cancer chez les femmes. On estime à environ 49 814 le nombre de femmes atteintes en France chaque année, et à environ 11 637 le nombre de celles qui en meurent (Institut National du Cancer, 2005).

L'incidence est faible avant 35 ans, puis augmente régulièrement jusqu'à 75 ans. Ainsi, durant la période 1983-1987, l'incidence annuelle était de 86,8 (taux standardisé pour 100 000 femmes), passant de 4,7 avant 35 ans à 63,3 dans la tranche d'âge 35-39 ans, puis augmentant régulièrement jusqu'à 320 pour 100 000 femmes dans la tranche 60-80 ans (annexe 5).

3.7. CONCERNANT LA CONTRACEPTION

En 2000, en France, 95% des femmes de 18 à 45 ans utilisent une contraception, et 60% des femmes de 20 à 44 ans utilisent une contraception orale.

Ces quelques chiffres montrent l'importance d'une prise de conscience de la part de tous les acteurs du système de santé afin que le plus grand nombre possible de femmes bénéficient d'une surveillance adaptée. Les médecins généralistes, du fait de leur nombre et de leur fonction de premier recours, doivent s'intégrer dans ce dispositif de surveillance.

4. OBLIGATIONS LEGALES ET RECOMMANDATIONS

4.1. LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LES FROTTIS CERVICO-VAGINAUX

Les recommandations établies par l'ANAES ont été publiées en 1998, et actualisées en 2002 [6], [7], [8].

Les principaux points concernant les frottis cervico-vaginaux sont :

- à réaliser à distance des rapports sexuels (au moins 48 heures)
- en dehors des périodes menstruelles
- en dehors de toute thérapeutique locale ou infection

- éviter le toucher vaginal et l'utilisation de lubrifiant avant la réalisation du frottis
- le prélèvement doit intéresser la totalité de l'orifice cervical externe et l'endocol
- utilisation préférentielle d'une spatule d'Ayre ou d'une cervix brush
- un étalement uniforme sur lame et une fixation immédiate pour le frottis conventionnel ou mise en suspension pour le frottis en milieu liquide
- le HPV-test n'est pas remboursé par la sécurité sociale et ne doit pas être utilisé comme test de dépistage

En 2002, le choix de l'une ou l'autre méthode n'est pas tranché. Le frottis en milieu liquide présente l'avantage de réduire le nombre de frottis cervico-vaginaux ininterprétables et de pouvoir utiliser le reste du matériel pour d'autres tests, mais l'inconvénient principal est représenté par son coût.

La découverte d'un frottis anormal doit faire envisager l'orientation de la patiente vers un spécialiste afin qu'elle bénéficie d'une prise en charge diagnostique complémentaire et/ou thérapeutique.

Selon l'ANAES (2004), le dépistage du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-vaginal doit intéresser toutes les femmes de 25 à 65 ans ayant ou ayant eu des rapports sexuels, non hystérectomisées .

Il peut être débuté dans l'année suivant les premiers rapports sexuels. L'intervalle recommandé entre deux frottis est de trois ans après deux frottis initiaux normaux à un an d'intervalle.

4.2. LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA CONTRACEPTION

Cette synthèse est extraite des recommandations de l'ANAES datant de décembre 2004 [9].

- l'attention des médecins est portée sur la différence entre l'efficacité optimale des méthodes contraceptives et leur efficacité en pratique courante. Cette différence doit amener à proposer une stratégie contraceptive en rapport avec la réalité quotidienne de la patiente et/ou du couple.

- laisser aux patientes le choix de leur méthode contraceptive augmente l'observance.

- les méthodes reconnues de première intention sont les oestroprogestatifs, les progestatifs seuls et le DIU.

- La prescription d'une contraception nécessite une consultation dédiée comprenant interrogatoire, examen et bilan à la recherche de contre-indication à telle ou telle contraception. Les aspects démographiques, sociaux, culturels, économiques et psychologiques doivent être pris

en compte dans la décision thérapeutique. De même, cette première consultation doit servir à l'éducation des patientes quant à la contraception d'urgence et au rattrapage en cas d'oubli.

- L'examen gynécologique, le frottis cervico-vaginal et le bilan biologique peuvent être remis à une consultation ultérieure en l'absence d'élément orientant vers une contre-indication à l'interrogatoire.

- Il est nécessaire de réévaluer la pertinence de la contraception vers 35-40 ans du fait de l'augmentation du risque cardio-vasculaire et oncologique.

- Les contre-indications aux œstroprogestatifs sont les facteurs de risque oncologiques (sein et col de l'utérus), hépatiques et cardio-vasculaires dont :

- contre-indication absolue pour les migraines avec signes neurologiques accompagnateurs, le diabète compliqué, l'HTA, une dyslipidémie pré-existante, un tabagisme actif supérieur à 15 cigarettes par jour.

- critères mineurs, dont seule l'association représente une contre-indication, que sont un âge supérieur à 35 ans, un tabagisme actif inférieur à 15 cigarettes par jour, l'obésité.

- La contraception œstroprogestative est à adapter en fonction de la tolérance individuelle (recherche de signes d'hyperœstrogénie).

- Les progestatifs seuls présentent une contrainte de prise importante (espacement de 3 heures maximum). L'implant sous cutané est efficace, supprime la contrainte de prise mais peut être mal toléré (risque d'aménorrhée et de spotting à expliquer).

- Les progestatifs sont contre-indiqués en cas de tumeur sensible à la progestérone (sein et endomètre), d'hémorragie génitale inexplicée, de pathologie hépatique sévère et d'antécédent ou de risque de grossesse extra-utérine.

- La co-prescription d'inducteurs enzymatiques et/ou d'anti-protéases avec une contraception œstroprogestative ou progestative seule doit être évitée du fait de la perte d'efficacité de la contraception.

- Les macro progestatifs et les œstroprogestatifs n'ayant pas l'AMM pour la contraception ne devraient pas être utilisés à cette fin.

- Le DIU ne présente pas de risque de stérilité tubaire démontré; de même le risque de grossesse extra-utérine est 10 fois plus faible que sans contraception.

- Les contre-indications du DIU sont les pathologies locales utérines et/ou vaginales, les situations à risque infectieux (les sérologies Chlamydia Trachomatis et Neisseria Gonorrhoea sont recommandées avant la pose).

- Les méthodes barrières (préservatifs masculin ou féminin) sont les seules à prévenir les IST mais leur vertu contraceptive en pratique courante est moins probante.

- En cas de facteurs de risque cardio-vasculaires la contraception surtout oestroprogestative doit être réévaluée fréquemment en fonction de l'évolution des facteurs de risque.
- En cas de diabète, le DIU est la contraception de première intention, les œstroprogestatifs et les progestatifs seuls ne doivent être utilisés qu'en cas de diabète non compliqué.
- En cas de pathologie nécessitant un traitement immunosuppresseur et/ou anti-inflammatoire au long cours, le DIU sera évité du fait de sa perte d'efficacité.
- En cas d'antécédent familial de cancer du sein, il faut préférer une contraception non hormonale; un antécédent personnel est une contre-indication formelle à la contraception hormonale.
- L'obésité si elle est isolée ne contre-indique aucune contraception.
- La dyslipidémie est une contre-indication formelle aux oestroprogestatifs du fait du risque cardio-vasculaire et pancréatique inhérent aux variations du métabolisme des lipides.
- En cas d'insuffisance rénale, il est préférable d'utiliser un progestatif seul.

4.3. LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LA GROSSESSE

Cette synthèse est tirée des recommandations de l'HAS datant de 2005 [10].

- Il n'existe pas de différence significative pour une grossesse normale entre un suivi par un gynécologue obstétricien et un suivi par un médecin généraliste et/ou une sage-femme.
- Le suivi prénatal doit être précoce et aisément accessible.
- Il existe un bénéfice important à l'utilisation d'un dossier structuré et partagé (carnet de grossesse et de maternité délivré par le conseil général sur demande des médecins eux-mêmes).
- Sept consultations sont prises en charge à 100% par la Sécurité Sociale. La déclaration de grossesse doit intervenir avant 15 SA pour permettre l'ouverture des droits sociaux. La première consultation du troisième trimestre (septième mois) se fait dans le centre prévu pour l'accouchement afin d'évoquer les modalités de prise en charge.
- Il est indispensable de rechercher et de repérer les troubles psychiques sous jacents ou débutants.
- La supplémentation en acide folique est à proposer systématiquement 28 jours avant la conception jusqu'à 12 semaines de gestation à la dose de 400 microgrammes par jour.
- Les carences en iode, fer, vitamine D et calcium sont à rechercher mais il n'y a pas lieu de réaliser de supplémentation systématique.

- Il faut prodiguer les conseils de prévention du risque infectieux alimentaire et le rechercher à chaque consultation.
- Il faut dépister et lutter contre l'automédication et éviter toute prescription potentiellement tératogène si possible.
- Il faut éviter de réaliser des vaccins au cours de la grossesse ; les vaccins vivants sont contre-indiqués.
- Il est possible de proposer des traitements symptomatiques complémentaires et alternatifs (acupuncture contre les nausées...).
- L'arrêt du tabac est bénéfique quel que soit le stade de la grossesse ; l'alcool est à bannir de façon complète au cours de la grossesse ; il faut essayer de sevrer les patientes de leur toxicomanie avant la conception.
- Le projet de grossesse et d'accouchement est à mettre en place en accord avec le couple.

4.4. LES RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE CANCER DU SEIN

- Le bénéfice du dépistage du cancer du sein dans la population générale en taux de mortalité évitée est démontré dans la tranche d'âge 50-69 ans (30% après 7 à 9 ans de suivi) [11], [12].
- L'intervalle recommandé entre deux mammographies est de 2 ans.
- Deux incidences (cranio-caudale et oblique externe) sont recommandées.
- Les critères d'exclusion de dépistage de masse sont des antécédents personnels de néoplasie mammaire et/ou une prédisposition familiale.
- La méta analyse de Gotzche et Olsen ne met pas en lumière de diminution de la mortalité par cancer du sein en organisant un dépistage de masse. Cependant, des limites méthodologiques importantes ont amené l'ANAES à poursuivre ses recommandations en matière de dépistage du cancer du sein [13].

5. PRESENTATION DE L'ETUDE

5.1. PRESENTATION GLOBALE

Le questionnaire a été réalisé sur la base des motifs de consultation fréquents rencontrés au cours de mon semestre passé dans le service de gynécologie-obstétrique de l'hôpital. Ce questionnaire a été validé par mon directeur de thèse, monsieur le docteur Raffi (annexe 6).

Le but du questionnaire est de réaliser un état des lieux sommaire de la pratique gynécologique des médecins généralistes et des difficultés rencontrées au cours de celle-ci.

Le questionnaire comprend sept items :

- âge
- sexe
- nombre de consultations gynécologiques par semaine
- suivi de grossesse
- contraception
- frottis cervico-vaginal
- examen sénologique

Certains comprennent des questions annexes ou de multiples sous items.
Le questionnaire est réalisé sous la forme de questions à choix multiples.
Les six possibilités de réponse aux questions posées sont les suivantes :

1° : *par choix*

Soit le médecin n'a pas envie ou n'aime pas faire de la gynécologie et adresse les patientes vers un confrère (spécialiste ou non).

2° : *pas de demande*

Soit les patientes ne savent pas que leur médecin généraliste fait de la gynécologie ou elles sont déjà prises en charge ailleurs pour leur suivi.

3° : *manque de formation*

Soit une carence dans le parcours universitaire et/ou post-universitaire aboutissant à un manque de connaissance ressenti par le médecin.

4° : *manque de pratique*

Soit le savoir sur une question de gynécologie est acquis mais le savoir faire pose un problème (surtout dans le cadre de gestes techniques tels que pose ou retrait de stérilet, réalisation du frottis).

5° : *trop chronophage*

Soit l'acte en lui-même et/ou ses implications (préparation du matériel, surveillance après réalisation...) ne sont pas compatibles avec l'emploi du temps du médecin.

6° : *trop cher*

Soit le coût de l'équipement nécessaire à la réalisation des actes (nécessaire de petite chirurgie, spéculums, pinces, consommables...) apparaît non rentable pour le médecin.

Il existe pour chaque question un choix « autre » permettant au médecin interrogé de donner un avis ou un sentiment plus personnel sur les difficultés rencontrées.

La question sur le suivi de grossesse propose une sous question pour lister les difficultés rencontrées au cours de ce suivi.

La question sur la contraception comprend une sous question pour explorer les problèmes de iatrogénie lors de la co-prescription avec la contraception orale. Les contraceptions abordées sont la contraception orale, le stérilet, et l'implant sous cutané.

La question sur le frottis cervico-vaginal comprend également cinq sous questions ; les trois premières sur la fréquence, l'âge de début et la fin de la surveillance par frottis cervico-vaginal. Les deux dernières sont consacrées à la vaccination anti-HPV (formation et information pour la première et réalisation pour la seconde).

La question sur la sénologie est composée de trois sous questions ; la première consacrée à la palpation des seins et à la fréquence de cet examen clinique ; la seconde consacrée à la prescription individuelle de mammographie ; enfin la dernière s'intéresse au dépistage de masse et à l'adhésion des médecins généralistes à ce programme.

Il existe enfin un espace libre pour les remarques concernant ce travail ou la pratique de la gynécologie en médecine générale.

5.2. CHOIX DE LA POPULATION ETUDIEE

Initialement, l'étude devait « comparer » l'activité en terme de consultations, de frottis cervico-vaginaux, de suivis de grossesse de l'hôpital de Tulle avec la population de médecins généralistes de la zone d'influence de l'hôpital (correspondant libéraux réguliers). Cependant cette notion assez floue, et difficilement définissable ne permettait pas d'obtenir une liste claire de médecins généralistes.

C'est pourquoi j'ai décidé d'adresser ce questionnaire à l'ensemble des médecins généralistes de Corrèze afin de bénéficier d'un nombre de réponses plus important. Les noms de médecins généralistes de Corrèze ont été obtenus auprès du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Corrèze. Cette liste a été croisée avec les données de l'annuaire des pages jaunes de la Corrèze. La liste obtenue auprès du Conseil de l'Ordre ne comprenant pas d'adresse ou des adresses erronées pour certains médecins obligeait à recouper les données.

Une liste de 240 médecins généralistes (inscrits comme tels au tableau de l'Ordre de la Corrèze) a été obtenue.

5.3. MODALITES DE REPONSE

240 questionnaires ont été envoyés avec une lettre de présentation (annexe 1) et une enveloppe réponse timbrée le 15 Décembre 2007.
Le délai de réponse était de trois mois.

6. RESULTATS

6.1. TAUX DE REPONSE

Le taux de réponse est de 67% (160 réponses) dont 65,8% exploitables (158 réponses).

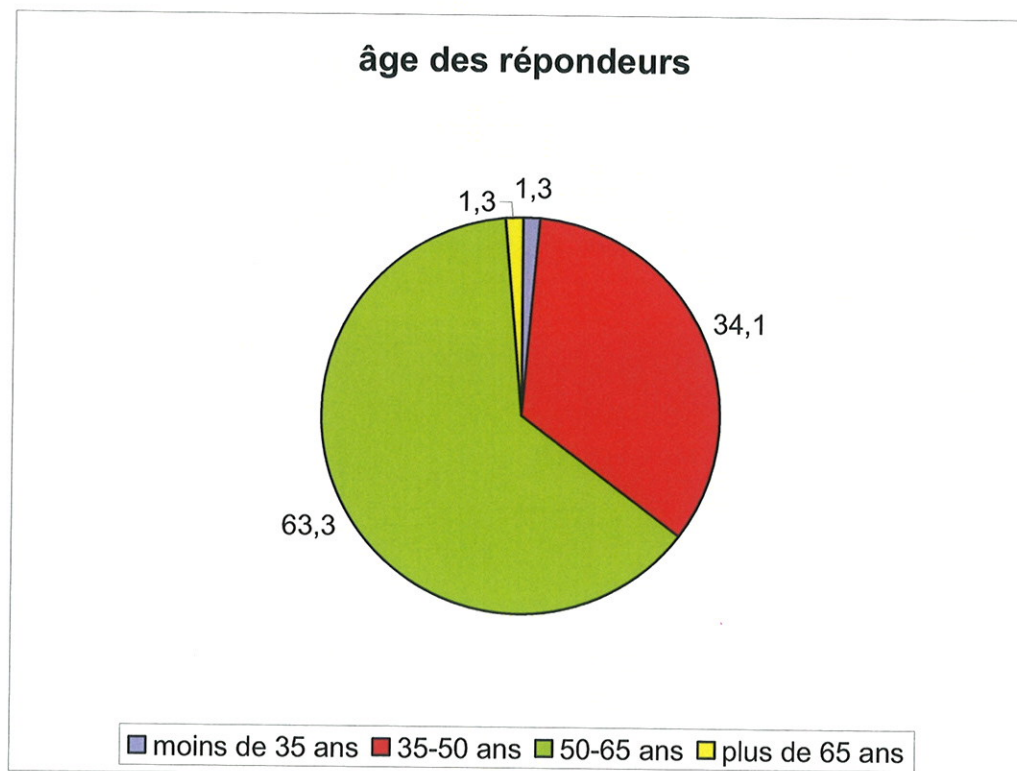
TABLEAU 0- REPONSES GLOBALES AUX QUESTIONS

	nombre et % de médecins réalisant l'acte	nombre et % de médecins ne réalisant pas l'acte	nombre de justification
quatrième question suivi de grossesse	125 / 79,1%	33 / 20,9%	59
cinquième question contraception orale	153 / 96,8%	5 / 3,2%	8
cinquième question pose de stérilet	15 / 9,5%	143 / 90,5%	240
cinquième question retrait de stérilet	77 / 48,7%	81 / 51,3%	127
cinquième question pose d'implant	14 / 8,9%	144 / 91,1%	230
cinquième question retrait d'implant	21 / 13,3%	137 / 86,7%	192
sixième question frottis cervico-vaginal	123 / 77,8%	35 / 22,2%	56
septième question examen sénologique	155 / 94,9%	3 / 5,1%	0

6.2. PREMIERE QUESTION

TABLEAU 1- AGE DES REPONDEURS

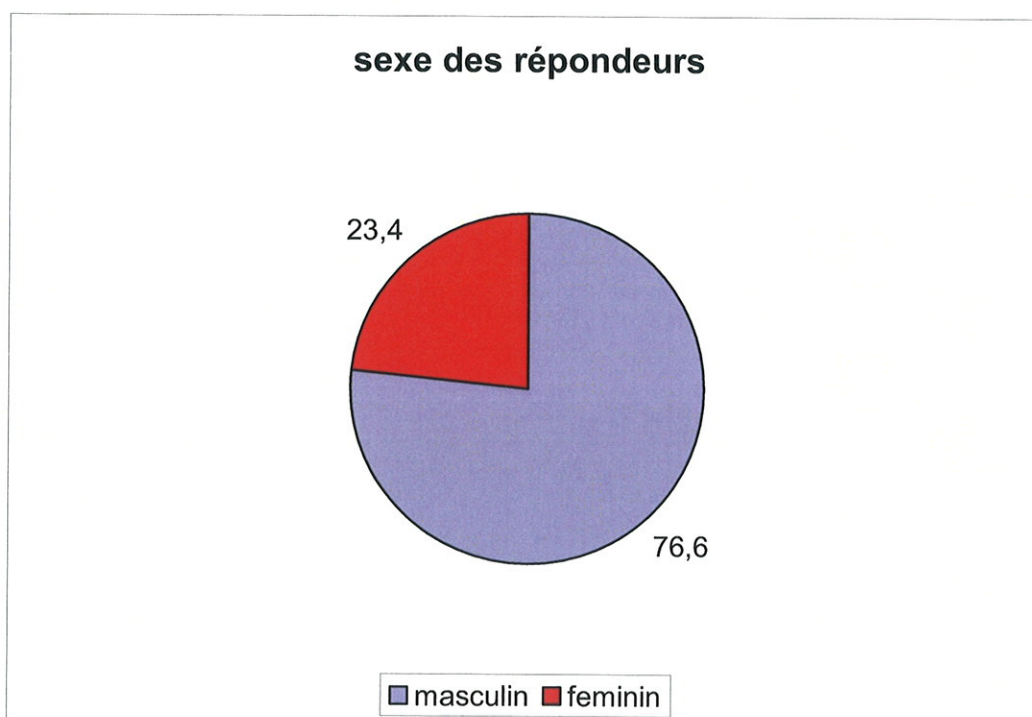
	n	%
moins de 35 ans	2	1,3
35-50 ans	54	34,1
50-65 ans	100	63,3
plus de 65 ans	2	1,3
Total	158	100



6.3. DEUXIEME QUESTION

TABLEAU 2- SEXE DES REPONDEURS

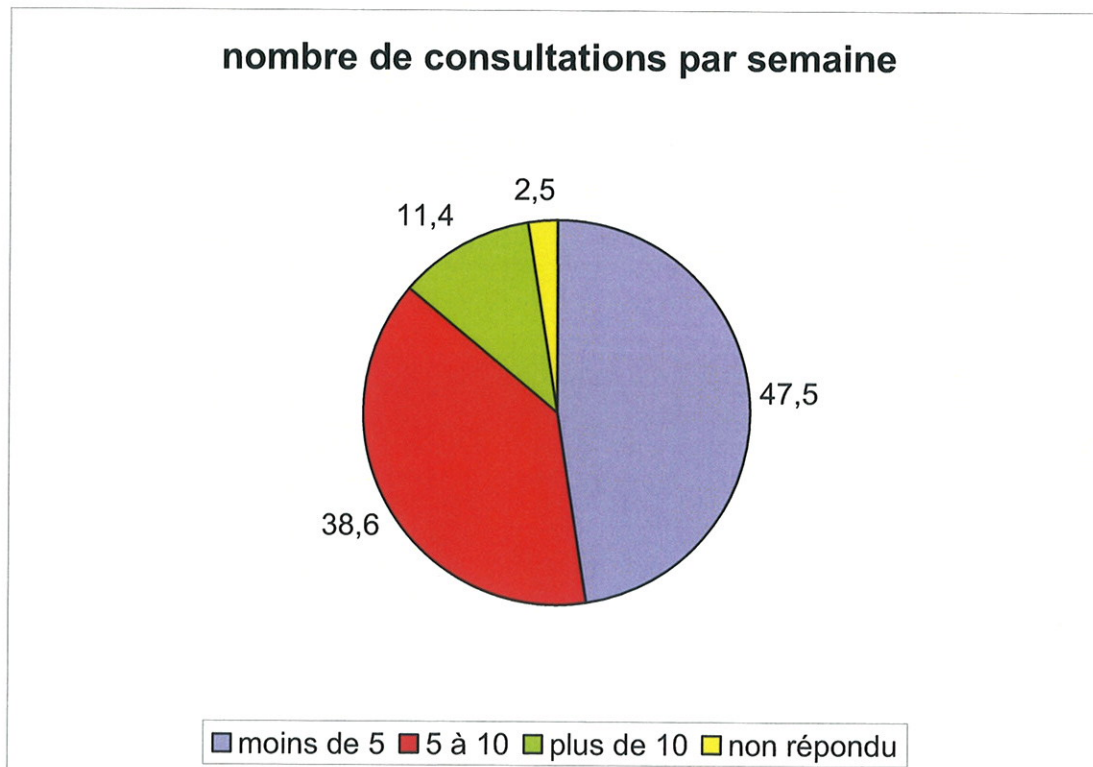
	n	%
Masculin	121	76,6
Féminin	37	23,4
Total	158	100



6.4. TROISIEME QUESTION

TABLEAU 3– NOMBRE DE CONSULTATIONS GYNECO PAR SEMAINE

	n	%
moins de 5	75	47,5
5 à 10	61	38,6
plus de 10	18	11,4
non répondu	2	2,5
Total	158	100



6.5. QUATRIEME QUESTION

125 répondants ont déclaré faire des suivis de grossesse soit 79,1% contre 33 soit 20,9% n'en réalisant pas.

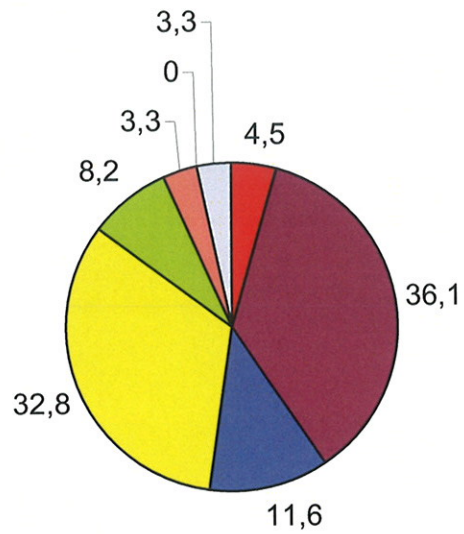
59 justifications ont été fournies par les médecins ne réalisant pas de suivi de grossesse soit 1,79 par médecin.

Le détail est décrit ci-dessous :

TABLEAU 4-1- JUSTIFICATION A LA NON REALISATION DE SUIVI DE GROSSESSE

	n	%
par choix	3	4,5
pas de demande	22	36,1
manque de formation	7	11,6
manque de pratique	20	32,8
trop chronophage	5	8,2
trop cher	2	3,3
autres	0	0
non répondu	2	3,3
Total	61	100

justification à la non réalisation de suivi de grossesse

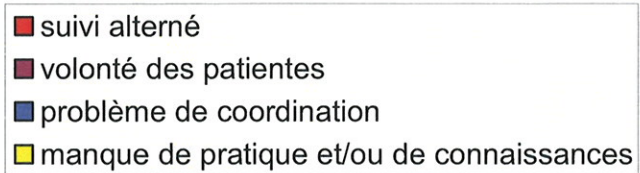
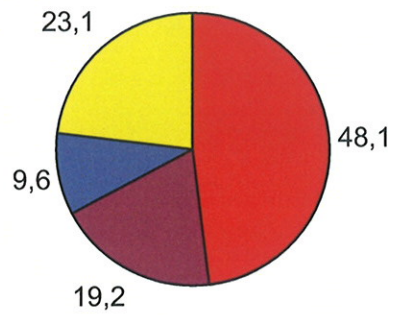


- | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------------|
| ■ par choix | ■ pas de demande | ■ manque de formation |
| ■ manque de pratique | ■ trop chronophage | ■ trop cher |
| ■ autres | ■ non répondu | |

**TABLEAU 4-2- DIFFICULTES RENCONTREES AU COURS
DU SUIVI DE GROSSESSE**

	n	%
suivi alterné bonne entente	25	48,1
volonté des patientes de suivi spécialisé	10	19,2
problème de coordination ville-hôpital	5	9,6
difficultés ressenties du fait d'un manque de pratique ou de connaissances	12	23,1
Total	52	100

difficultés rencontrées au cours du suivi de grossesse



6.6. CINQUIEME QUESTION

153 répondants prescrivent des contraceptions orales soit 96,8% contre 5 n'en prescrivant pas soit 3,2%.

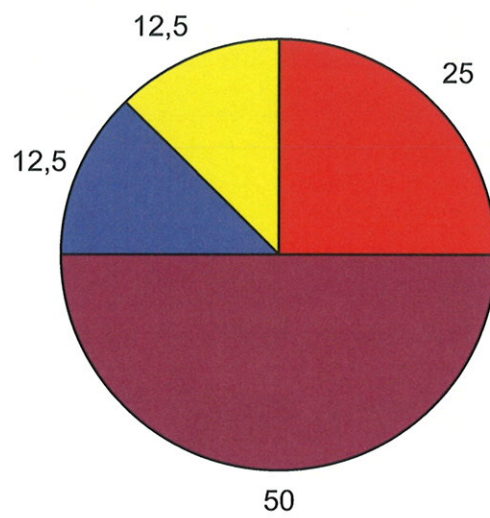
8 justifications ont été mentionnées soit 1,6 par médecin.

Le détail est décrit ci-dessous :

**TABLEAU 5- JUSTIFICATION A LA NON REALISATION
DE CONTRACEPTION ORALE**

	n	%
par choix	2	25
pas de demande	4	50
manque de formation	1	12,5
manque de pratique	1	12,5
trop chronophage	0	0
trop cher	0	0
autres	0	0
non répondu	0	0
Total	8	100

justification à la non réalisation de contraception orale



■ par choix ■ pas de demande ■ manque de formation ■ manque de pratique

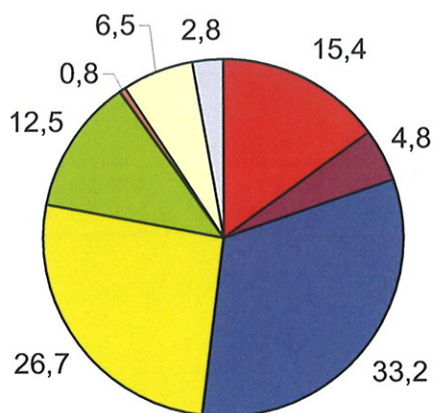
15 médecins déclarent poser des stérilets soit 9,5% contre 143 n'en posant pas soit 90,5%.
240 justifications ont été compilées soit 1,68 par médecin.

Le détail est décrit ci-dessous :

**TABLEAU 6- JUSTIFICATION A LA NON REALISATION
DE POSE DE STERILET**

	n	%
par choix	38	15,4
pas de demande	12	4,8
manque de formation	82	33,2
manque de pratique	66	26,7
trop chronophage	31	12,5
trop cher	2	0,8
autres	16	6,5
non répondu	7	2,8
Total	247	100

justification à la non réalisation de pose de stérilet



- | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------------|
| ■ par choix | ■ pas de demande | ■ manque de formation |
| ■ manque de pratique | ■ trop chronophage | ■ trop cher |
| ■ autres | ■ non répondu | |

77 répondants déclarent réaliser des retraits de stérilet soit 48,7% contre 81 ne le réalisant pas soit 51,3%.

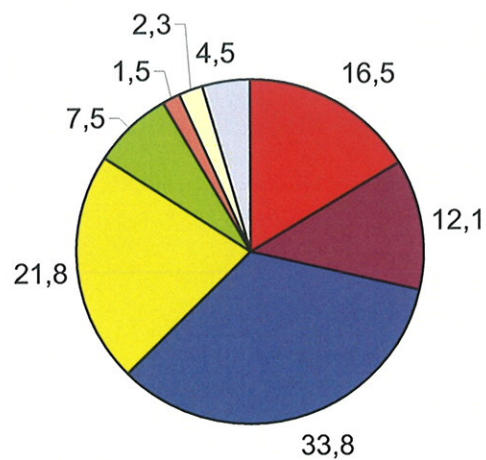
127 justifications ont été recensées soit 1,57 par médecin

Le détail est décrit ci-dessous :

**TABLEAU 7- JUSTIFICATION A LA NON REALISATION
DE RETRAIT DE STERILET**

	n	%
par choix	22	16,5
pas de demande	16	12,1
manque de formation	45	33,8
manque de pratique	29	21,8
trop chronophage	10	7,5
trop cher	2	1,5
autres	3	2,3
non répondu	6	4,5
Total	133	100

justification à la non réalisation de retrait de stérilet



- | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------------|
| ■ par choix | ■ pas de demande | ■ manque de formation |
| ■ manque de pratique | ■ trop chronophage | ■ trop cher |
| ■ autres | ■ non répondu | |

14 répondeurs posent des implants sous cutanés soit 8,9% contre 144 n'en posant pas soit 91,1%.

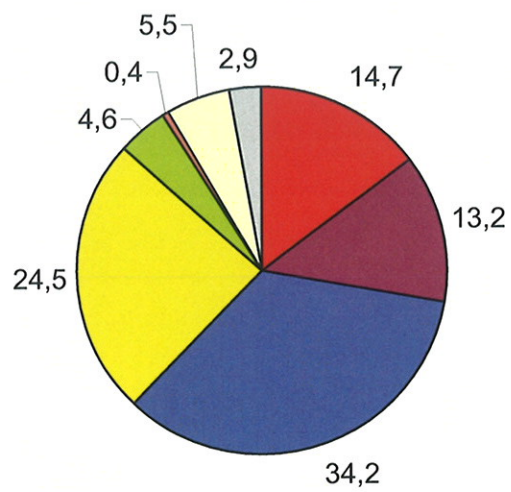
230 justifications ont été retrouvées soit 1,60 par médecin.

Le détail est décrit ci-dessous :

**TABLEAU 8- JUSTIFICATION A LA NON REALISATION
DE POSE D'IMPLANON**

	n	%
par choix	35	14,7
pas de demande	31	13,2
manque de formation	81	34,2
manque de pratique	58	24,5
trop chronophage	11	4,6
trop cher	1	0,4
autres	13	5,5
non répondu	7	2,9
Total	237	100

justification à la non réalisation de pose d'implanon



- | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------------|
| ■ par choix | ■ pas de demande | ■ manque de formation |
| ■ manque de pratique | ■ trop chronophage | ■ trop cher |
| ■ autres | ■ non répondu | |

21 répondants réalisent des retraits d'implant sous cutané soit 13,3% contre 137 ne le réalisant pas soit 86,7%.

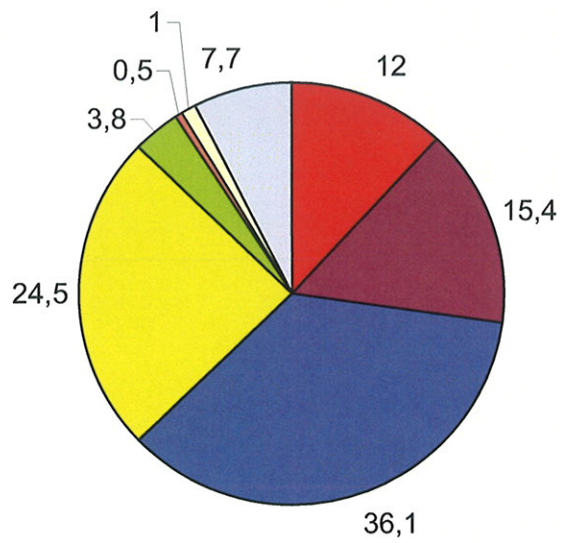
192 justifications ont été compilées soit 1,40 par médecin.

Le détail est décrit ci-dessous :

**TABLEAU 9- JUSTIFICATION A LA NON REALISATION
DE RETRAIT D'IMPLANON**

	n	%
par choix	25	12
pas de demande	32	15,4
manque de formation	73	36,1
manque de pratique	51	24,5
trop chronophage	8	3,8
trop cher	1	0,5
autres	2	1
non répondu	16	7,7
Total	208	100

justification à la non réalisation de retrait d'implanon



- | | | |
|----------------------|--------------------|-----------------------|
| ■ par choix | ■ pas de demande | ■ manque de formation |
| ■ manque de pratique | ■ trop chronophage | ■ trop cher |
| ■ autres | ■ non répondu | |

6.7. SIXIEME QUESTION

123 médecins réalisent des frottis cervico-vaginaux soit 77,8 %. Parmi les 35 ne réalisant pas de frottis, 56 justifications ont été mentionnées (1,60 par médecin).

Les justifications sont les suivants :

**TABLEAU 10- JUSTIFICATION A LA NON REALISATION
DES FROTTIS CERVICO-VAGINAUX**

	n	%
par choix	13	22,5
pas de demande	8	13,8
manque de formation	9	15,5
manque de pratique	9	15,5
trop chronophage	12	20,7
trop cher	0	0
autres	5	8,6
non répondu	2	3,4
Total	58	100

justification à la non réalisation de fcv

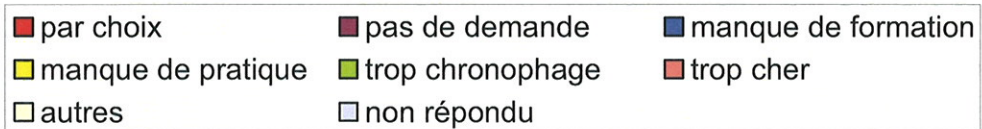
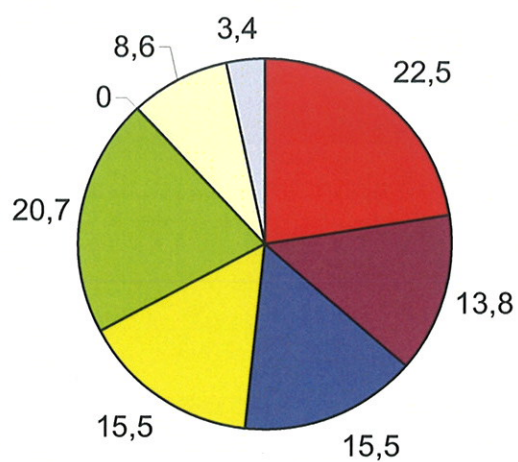
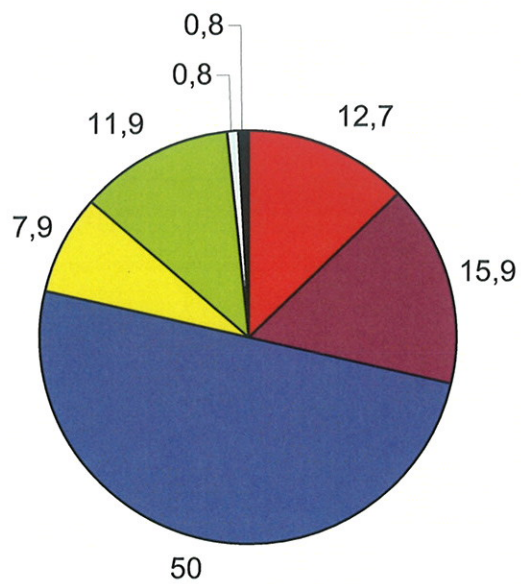


TABLEAU 11- FREQUENCE DE REALISATION DES FCV

	N	%
tous les ans	16	12,7
1 à 2 ans	20	15,9
tous les 2 ans	63	50
2 à 3 ans	10	7,9
tous les 3 ans	15	11,9
3 à 5 ans	1	0,8
en fonction de la patiente	1	0,8
Total	126	100

fréquence de réalisation des fcv

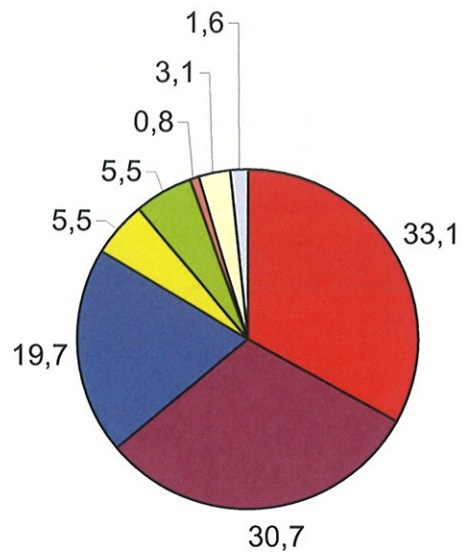


- | | |
|------------------------------|-------------|
| ■ tous les ans | ■ 1 à 2 ans |
| ■ tous les 2 ans | ■ 2 à 3 ans |
| ■ tous les 3 ans | ■ 3 à 5 ans |
| ■ en fonction de la patiente | |

TABLEAU 12- AGE DE DEBUT DE LA SURVEILLANCE

	N	%
dans l'année suivant les premiers rapports sexuels	42	33,1
dans l'année suivant la prescription de la contraception	39	30,7
15-25 ans	25	19,7
25-35 ans	7	5,5
35-50 ans	7	5,5
plus de 50 ans	1	0,8
dès que possible	4	3,1
à la demande	2	1,6
Total	127	100

âge de début de la surveillance



- dans l'année suivant les premiers rapports sexuels
- dans l'année suivant la prescription de la contraception
- 15-25 ans
- 25-35 ans
- 35-50 ans
- plus de 50 ans
- dès que possible
- à la demande

TABLEAU 13- AGE DE FIN DE LA SURVEILLANCE

	n	%
moins de 50 ans	2	1,7
50-60 ans	12	9,8
60 ans	13	10,6
60-65 ans	3	2,5
65 ans	16	12,9
65-70 ans	6	4,9
70-80 ans	52	41,4
plus de 80 ans	6	4,9
pas de limite	14	11,4
Total	124	100

âge de fin de la surveillance

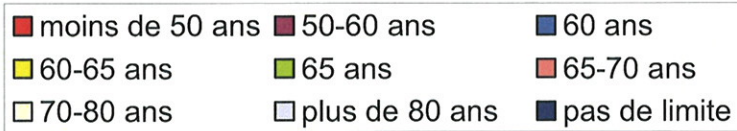
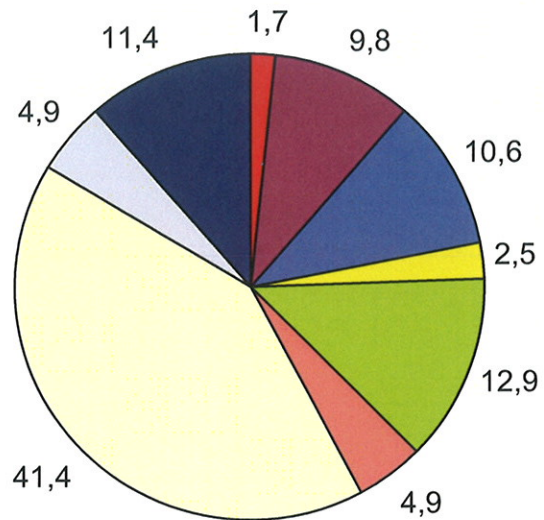
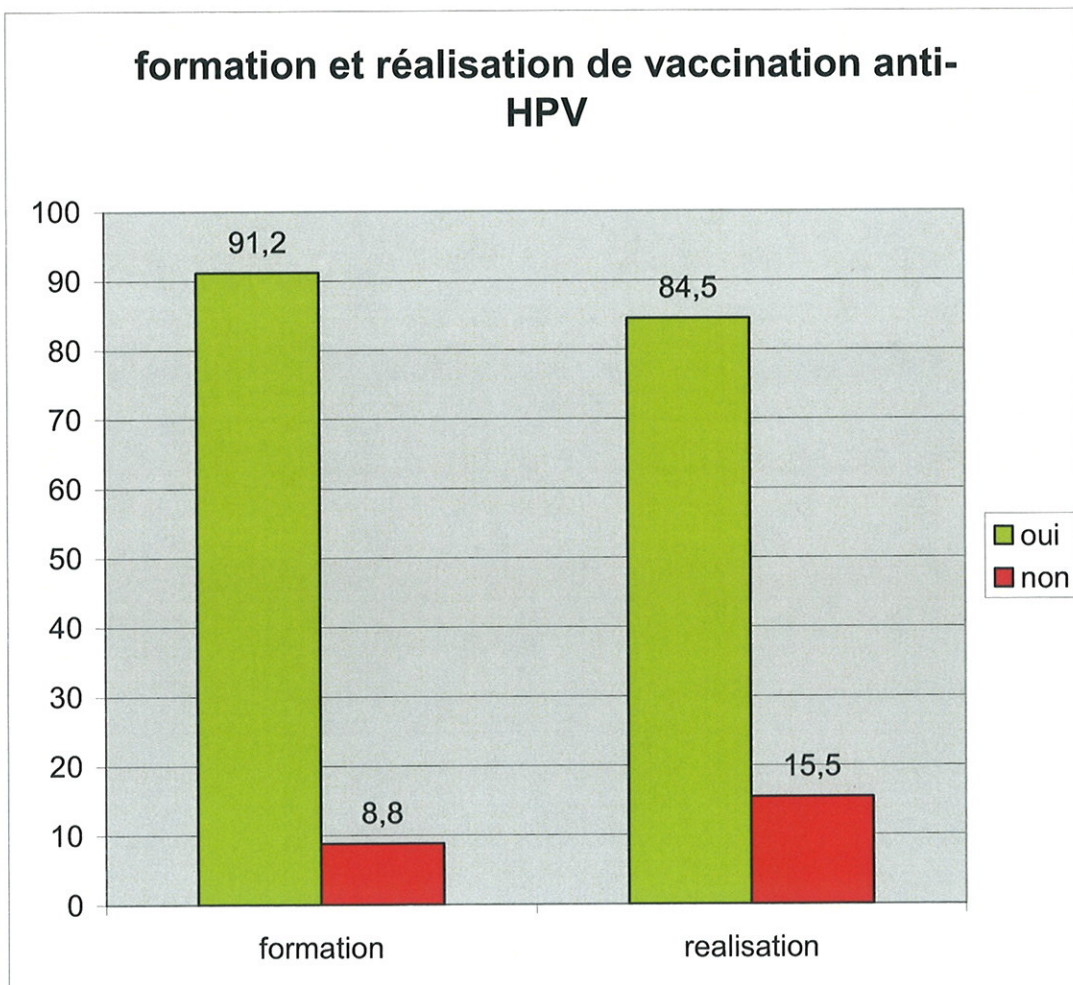


TABLEAU 14 - VACCINATION ANTI-HPV

	formation à la vaccination anti-HPV		réalisation de vaccin anti-HPV	
	N	%	N	%
oui	135	91,2	125	84,5
non	13	8,8	23	15,5
total	148	100	145	100



6.8. SEPTIEME QUESTION

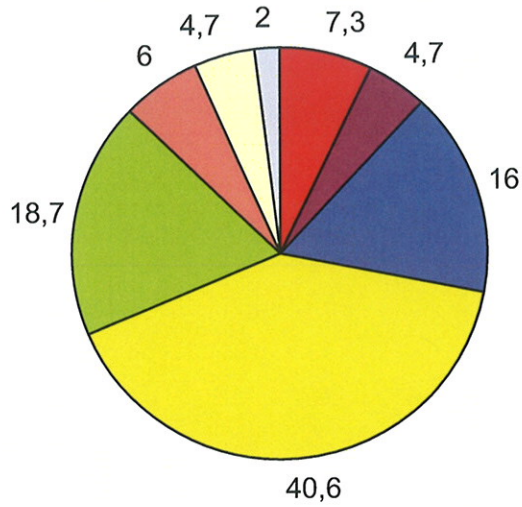
155 répondants déclarent effectuer des examens sénologiques à leurs patientes soit 94,9%.

La fréquence de réalisation de cet examen est décrite ci-dessous :

TABLEAU 15- FREQUENCE DE PALPATION MAMMAIRE

	n	%
chaque consultation	11	7,3
tous les 3 mois	7	4,7
tous les 6 mois	24	16
1 fois par an	61	40,6
indéterminé	28	18,7
< 1 fois par an	9	6
à la demande	7	4,7
renouvellement contraception	3	2
Total	150	100

fréquence de la palpation mammaire



- | | |
|-------------------|--------------------------------|
| ■ chaque consult | ■ tous les 3 mois |
| ■ tous les 6 mois | ■ 1 fois par an |
| ■ indéterminé | ■ < 1 fois par an |
| □ à la demande | □ renouvellement contraception |

7. DISCUSSION

7.1. ANALYSE DES RESULTATS ET COMMENTAIRES

7.1.1. CRITERES GENERAUX DE LA POPULATION MEDICALE DE CORREZE

Le taux de réponses élevé permet d'avoir une vision globale satisfaisante de la pratique de la gynécologie par les médecins généralistes de Corrèze.

On s'aperçoit que la population médicale du département est relativement âgée (64,6% de plus de 50 ans) et essentiellement masculine (76,6%), avec un volume faible à modéré de consultations à motif gynécologique (inférieur à 5/semaine pour 47,5% et inférieur à 10/semaine pour 38,6%).

7.1.2. ETUDE DES RESULTATS CONCERNANT LE SUIVI DE GROSSESSE

125 médecins déclarent suivre des grossesses (soit 79,4%), 33 médecins généralistes ne suivent pas de femmes enceintes. Les principales raisons invoquées sont l'absence de demande pour 22 médecins (36,1%); le manque de pratique pouvant, en partie, être une conséquence de ce manque de demande pour 20 médecins (32,8%); le manque de formation n'est exprimé que par 7 médecins (soit 11,6%) ; 5 médecins (8,2%) trouvent que ces consultations prennent trop de temps dans leur planning.

Dans l'espace réservé aux difficultés de prise en charge, outre des problèmes pharmacologiques (que peut-on prescrire à la femme enceinte ?) ou sémiologiques ponctuels, les médecins regrettent un manque de mise à jour de leurs connaissances sur les pathologies pouvant émailler les grossesses. La moitié des réponses colligées avancent tout de même une bonne entente et un suivi alterné avec les obstétriciens, tout en regrettant l'absence d'un document commun permettant plus facilement les échanges ville-hôpital. 10 réponses mettent en avant le désir des patientes d'être suivies uniquement par un spécialiste ou un service hospitalier.

Dans un contexte de maîtrise médicalisée des dépenses de santé, il semble en effet souhaitable que les patientes qui sont suivies en alternance par le médecin généraliste et/ou la sage-femme libérale et/ou le service hospitalier aient en leur possession un document commun permettant une prise en charge coordonnée et non redondante, en particulier pour les bilans biologiques (annexe 4).

7.1.3. ETUDE DES RESULTATS CONCERNANT LA CONTRACEPTION

7.1.3.1. CONTRACEPTION ORALE

153 médecins (soit 96,8%) prescrivent des contraceptions orales. Les motifs de non prescription sont le manque de demande pour 4 médecins, la volonté de ne pas prescrire de contraception pour 2 médecins, et enfin le manque de formation et de pratique pour 1 médecin. Des problèmes de iatrogénie n'ont été mentionnés par aucun médecin répondeur.

7.1.3.2. CONTRACEPTION PAR STERILET

15 médecins réalisent la pose de stérilet soit 9,5%. Les principales motivations de la non réalisation sont le manque de formation et de pratique à ce geste technique (33,2% et 26,7%). Il s'agit d'un choix délibéré pour 15,4% des répondeurs. Le geste et ses implications apparaissent trop chronophages pour 12,5% des médecins. 16 médecins (soit 6,5%) ont donné la réponse « autre » qui correspond ici à des problèmes d'installation matérielle du cabinet et/ou des problèmes d'assurance professionnelle.

77 répondeurs réalisent des ablations de stérilet soit 48,7%. Ici encore, les raisons invoquées de non réalisation de ce geste sont le manque de formation (33,8%) et de pratique (21,8%). Arrivent ensuite le choix des praticiens de ne pas réaliser ce type d'acte (16,5%) et l'absence de demande dans la patientèle (12,1%).

Il semble intéressant de noter la forte proportion de médecins ayant le sentiment de ne pas avoir les compétences pour la réalisation de ces actes. Il s'agit probablement d'une faille dans le cursus universitaire de médecine, et en particulier de médecine générale puisqu'il n'est pas obligatoire de se former à la gynécologie. Or ces actes nécessitent un apprentissage tant théorique que pratique à même d'être enseigné au cours d'un stage hospitalier.

Il faut envisager ce geste au cours d'une consultation dédiée et programmée car la préparation, le geste et la surveillance prennent du temps.

Enfin, l'absence de demande peut être envisagée sous deux aspects. Le premier est en faveur d'une préférence des patientes pour une prise en charge par le médecin spécialiste de ces gestes techniques. Le second est la conséquence du manque d'information des patientes sur la capacité des médecins généralistes à réaliser ces actes.

7.1.3.3. CONTRACEPTION PAR IMPLANT SOUS CUTANE

14 répondeurs réalisent la pose d'implants sous-cutanés soit 8,9%. Dans le groupe des médecins ne réalisant pas ce geste, il est mentionné le manque de formation et de pratique pour 34,2 et 24,5% des répondeurs. Il s'agit d'un choix délibéré pour 14,7% et d'une absence de demande pour 13,2%. Les répondeurs ayant coché l'item « autre » mettent en avant la mauvaise tolérance et les effets indésirables de ce moyen contraceptif.

21 réponders réalisent le retrait des implants sous-cutanés soit 13,3%. Cette fois encore, les motifs invoqués de non réalisation sont identiques ; manque de formation (36,1%), manque de pratique (24,5%), absence de demande dans la patientèle (15,4%), choix délibéré (12%).

La mauvaise tolérance alléguée à l'implant sous-cutané peut être due, en partie, à de mauvaises indications découlant de la méconnaissance des effets indésirables (spotting et aménorrhée principalement). Il s'agit probablement d'un manque d'information lors de la commercialisation de ce contraceptif qui présente par ailleurs des avantages. De plus, la pose et le retrait s'avèrent être des gestes techniques qu'il semble nécessaire d'acquérir dans un environnement spécialisé. L'absence de demande est, ici encore, mixte entre la volonté des patientes d'un suivi spécialisé et le manque d'information sur la possibilité d'une prise en charge par le médecin généraliste.

7.1.4. ETUDE DES RESULTATS CONCERNANT LE FROTTIS CERVICO-VAGINAL

123 médecins généralistes (77,8%) réalisent des frottis cervico-vaginaux, ce qui apparaît être un chiffre satisfaisant. 35 n'en font pas (22,2%).

Les motifs de non réalisation des frottis sont multiples comme en atteste le nombre moyen de réponse par médecin n'en réalisant pas (1,60 réponse par médecin).

13 médecins déclarent ne pas faire de frottis cervico-vaginaux par choix. Ils sont 7 à ne pas en réaliser du fait de l'absence de demande (12,7%). Pour 5 de ceux-ci la présence d'un laboratoire d'anatomie pathologique réalisant des frottis cervico-vaginaux dans leur localité est l'élément mis en avant. Seul l'item 6 n'a pas été cité (dans cette question était évoqué l'achat d'une table d'examen gynécologique, de pinces de Pozzi, d'une lumière pour examen, de spéculums à usage unique ou en inox avec un stérilisateur).

Le manque de formation ou de pratique (item 3 et 4) représentent 31% des réponses à cette question mais ont été cités de façon concomitante à plusieurs reprises, laissant penser que les médecins généralistes considèrent avoir le savoir et le savoir-faire concernant ce geste. Pour 10 médecins, le temps demandé pour la réalisation de cet examen, qui doit s'intégrer dans une consultation dédiée avec examen complet et éducation des patientes, n'est pas compatible avec leur planning de consultations. La demande de frottis cervico-vaginal à la fin d'une consultation ayant un autre motif doit amener le médecin à planifier cet examen lors d'une consultation ultérieure.

Quand on étudie les modalités de la surveillance par les frottis cervico-vaginaux (tableaux 5, 6, 7), on observe que la moitié des réponders réalisent un frottis à leurs patientes tous les deux ans. Les recommandations de l'ANAES sur le sujet préconisent un intervalle de trois ans. Il semble cependant que ce chiffre fasse débat au sein même de la spécialité de gynécologie. On peut donc considérer qu'un frottis cervico-vaginal tous les deux à trois ans est une bonne solution.

L'âge de début de la surveillance est appliqué correctement par une large majorité des médecins réponders (83,5% dont 33,1% dans l'année suivant les premiers rapports sexuels ; 30,7% dans

l'année suivant la prescription de contraception et 19,7% entre 15 et 25 ans). Les réponses «dès que possible » et «à la demande » restent trop vagues pour être interprétées.

L'âge de fin de surveillance est, pour sa part, beaucoup plus disparate. La majorité des réponses (41,4%) sont entre 70 et 80 ans alors que les recommandations préconisent une surveillance systématique jusqu'à l'âge de 65 ans hors cas particulier. Il n'y a que 20,3% des répondants à avoir mentionné la bonne fourchette de 60 à 70 ans.

Le tableau 8 met en évidence une très large majorité de médecins répondants informés de façon satisfaisante sur la vaccination anti-HPV, ainsi que de médecins l'ayant déjà pratiqué. L'étude détaillée des questionnaires permet de s'apercevoir que les médecins ayant déjà réalisé des vaccinations anti-HPV ne se considèrent pas tous comme bien informés. Il reste cependant capital d'obtenir la plus vaste adhésion possible à cette vaccination car elle représente une avancée importante afin de limiter le nombre de cancer du col de l'utérus. Couplée à une surveillance stricte du plus grand nombre, elle permettrait d'abaisser le nombre de décès (diminution du nombre de cas par le vaccin et diminution de la gravité au moment de la découverte par une surveillance efficace et rapprochée).

7.1.5. ETUDE DES RESULTATS CONCERNANT L'EXAMEN SENOLOGIQUE

155 répondants réalisent la palpation mammaire soit 98,1%. Les 3 répondants n'effectuant pas cet examen le font de plein gré et se reposent sur le programme de dépistage de masse.

La fréquence de réalisation de cet examen est très variable chez les répondants. La fréquence idéale est d'une fois par an, ce qui est cité par 61 médecins soit 40,3%. Pour 18,7% des répondants la fréquence n'a pas été précisée. 16% des répondants réalisent une palpation mammaire tous les six mois, 7,3% à chaque consultation, et 4,7% tous les trois mois. Seulement 6% des répondants réalisent cet examen moins d'une fois par an.

La totalité des répondants (158) prescrivent des mammographies à titre individuel à leurs patientes en cas d'antécédents personnels ou familiaux, ou encore en cas d'anomalie à l'examen clinique.

Ils sont 145 à déclarer participer au dépistage de masse soit 91,8% dont 133 par le biais de l'ADCCO (91,7%). Il s'agit pour ces derniers de contrôler la participation de leurs patientes à ce programme, à les inciter à se rendre aux rendez-vous, ainsi qu'à contrôler les résultats des mammographies. Pour les 12 autres, les modalités de participation à ce programme n'ont pas été mentionnées.

7.2. LIMITES DE L'ETUDE

Comme mentionné précédemment, le but du questionnaire était une étude de la pratique de la gynécologie en médecine générale et non de la qualité des consultations prodiguées pour les motifs fréquents de recours en médecine générale. Il s'agissait plus ici de prendre un instantané de la situation telle qu'elle est actuellement dans le département de la Corrèze et de recenser sommairement les difficultés et les freins rencontrés par les médecins généralistes dans cet exercice.

Il existe de multiples études, pour la plupart étrangères, étudiant les facteurs favorisant la bonne adhésion des patientes à la surveillance du cancer du col de l'utérus par le frottis cervico-vaginal. Elles portent principalement sur le sexe du praticien et/ou sa spécialité. Les résultats montrent une préférence des patientes pour les médecins de sexe féminin ainsi que pour les spécialistes pour la réalisation de leur suivi gynécologique. Il serait intéressant de connaître les préférences des femmes françaises à cet égard, ainsi que leur connaissance de la capacité de leur médecin généraliste pour la réalisation de ces actes courants.

Une autre limite de cette étude est la superposabilité aux autres départements français. En effet, il n'est pas démontré que la population médicale de la Corrèze soit représentative, sur ce point, de l'ensemble des médecins de France.

Plusieurs biais sont à mentionner dans cette étude :

- Biais de sélection déjà évoqué ci-dessus, en effet les médecins de Corrèze ne sont pas représentatifs de la population médicale française. Les résultats de cette étude ne pourront ainsi pas être transposés à une autre zone géographique.
- Biais d'envoi car l'adresse de certains praticiens n'a pu être trouvée dans la liste fournie par le conseil de l'ordre ; pour d'autres, il se peut que l'adresse d'envoi ait été erronée.
- Biais de réponse car le questionnaire a été complété et renvoyé de façon préférentielle par les médecins intéressés par la gynécologie. De plus, le questionnaire ne permet pas d'évaluer de façon quantitative exacte la pratique des différents items par les médecins répondants.

Il est évident que le questionnaire ne pouvait pas être exhaustif et explorer tous les items de la gynécologie. Ainsi, je n'ai pas traité d'item concernant les pathologies infectieuses gynécologiques, qui en dehors de la mycose vaginale, nécessitent des examens complémentaires et/ou un avis spécialisé.

Il semble nécessaire, afin d'obtenir des informations objectives et quantifiables, de réaliser des études complémentaires (audit) sur chacun des items explorés.

7.3. HYPOTHESES ET PROSPECTIVES

Les enseignements tirés de la recherche bibliographique sont de trois ordres :

- Le premier concerne les préférences des patientes pour le sexe et la spécialité du praticien effectuant leur suivi gynécologique. Il semble que leur préférence aille aux médecins de même sexe ainsi qu'aux spécialistes [1], [2], [3], [4].
- Le deuxième concerne la surcharge de travail ainsi que les difficultés d'organisation pour les médecins généralistes réalisant des suivis gynécologiques [5].
- Le troisième concerne la nécessité d'une formation initiale et continue à la fois théorique et pratique de qualité permettant une pratique délibérée et épanouissante de la gynécologie [14], [15], [16].

L'étude réalisée permet de mettre en évidence l'implication des médecins généralistes dans le suivi gynécologique des patientes. Cette implication doit être renforcée et valorisée si l'on prend en compte les données de démographie médicale dans les années à venir. Elle indique également que des difficultés et des freins sont ressentis par ces derniers. Il me paraît donc important de réfléchir au cursus de formation médicale initiale, notamment de l'internat de médecine générale. En effet, l'apprentissage des gestes techniques (examen au spéculum, frottis cervico-vaginal, contraception par stérilet et implant sous cutané) ne peut s'acquérir qu'au cours d'un stage hospitalier (volume d'actes significatif, supervision par des spécialistes). Je pense donc qu'un passage obligatoire au cours de la « maquette » dans un service de gynécologie obstétrique est indispensable (la possibilité d'un semestre « partagé » entre gynécologie et pédiatrie paraît intéressante).

La tenue des séances de formation médicale continue pour les médecins déjà installés afin de rappeler les indications, contre-indications et recommandations concernant la gynécologie apparaît primordiale. De par leur répartition territoriale et le recrutement, les médecins généralistes doivent être les premiers acteurs du dépistage des pathologies gynécologiques.

Du fait de mon expérience à la fois en service hospitalier de gynécologie et en libéral, je crois qu'un document commun à tous les professionnels de santé impliqués dans la surveillance des grossesses est indispensable tant dans l'intérêt de la patiente que dans un souci d'économie des dépenses de santé. Ce document permettrait en effet de noter tous les examens médicaux et les pathologies intercurrentes et de conserver tous les examens complémentaires (radios, échographies, biologies) réalisés. En particulier ceci pourrait permettre d'éviter les examens biologiques redondants ou les oublis. Il existe, conformément aux recommandations de l'HAS, de tels documents disponibles sur simple demande des médecins auprès des conseils généraux (annexe 7).

Il me paraît également important d'informer les médecins sur la cotation des actes de gynécologie (annexe 8) ainsi que sur les dispositions réglementaires assurantielles et matérielles.

Ce travail m'a permis de prendre en considération les difficultés rencontrées par les médecins généralistes. Je pense, cependant, compte tenu des biais énoncés plus haut, que des audits individuels des médecins généralistes permettraient d'obtenir des informations plus objectives sur la réalisation des actes courants de gynécologie.

De même, des études complémentaires sur la préférence des patientes françaises concernant leur suivi gynécologique, leurs connaissances sur les capacités des médecins généralistes à réaliser ce type d'actes me semble indispensable afin d'optimiser la prise en charge des femmes (suivi, dépistage...).

8. CONCLUSION

Ce travail permet de mettre en évidence une implication importante des médecins généralistes dans le suivi gynécologique de leurs patientes. Il est cependant à nuancer du fait de l'absence de données quantitatives sur la proportion de patientes suivies dans chaque patientèle (nécessité d'un audit des pratiques). Les gestes techniques sont peu réalisés (frottis cervico-vaginaux, implanon, stérilet) du fait d'un manque de pratique, de problèmes assurantiels ainsi que de la méconnaissance de la nomenclature et de la tarification de ces actes.

Compte tenu des particularités démographiques de la médecine générale et des évolutions de la démographie médicale dans les années à venir, les médecins généralistes doivent s'impliquer encore plus fortement dans le suivi et le dépistage des pathologies gynécologiques de leurs patientes. Dans ce but, la formation médicale initiale pour les futurs médecins et continue pour les médecins déjà installés doit insister sur la gynécologie.

Pour finir, il me semble important de compléter ce travail par des études complémentaires telles que des audits de pratiques professionnelles plus quantitatives ainsi que de recueillir les préférences des patientes.

9. ANNEXES

ANNEXE 1

POPULATION TOTALE PAR AGE ET PAR SEXE EN France METROPOLITAINE

age quinquennal	SEXe		
	Hommes	Femmes	Total
0 à 4 ans	1 529 915	1 457 010	2 986 925
5 à 9 ans	1 858 444	1 770 850	3 629 294
10 à 14 ans	1 959 694	1 873 426	3 833 120
15 à 19 ans	2 010 204	1 921 897	3 932 101
20 à 24 ans	1 876 612	1 834 936	3 711 548
25 à 29 ans	2 091 373	2 086 403	4 177 776
30 à 34 ans	2 110 021	2 128 908	4 238 929
35 à 39 ans	2 150 411	2 189 076	4 339 487
40 à 44 ans	2 096 099	2 148 598	4 244 697
45 à 49 ans	2 095 742	2 126 074	4 221 816
50 à 54 ans	1 985 266	1 984 086	3 969 352
55 à 59 ans	1 371 578	1 385 938	2 757 516
60 à 64 ans	1 313 366	1 412 859	2 726 225
65 à 69 ans	1 272 868	1 484 985	2 757 853
70 à 74 ans	1 085 926	1 403 212	2 489 138
75 à 79 ans	876 122	1 290 561	2 166 683
80 à 84 ans	333 659	581 025	914 684
85 à 89 ans	285 186	636 632	921 818
90 à 94 ans	96 168	294 221	390 389
95 à 99 ans	19 289	80 455	99 744
100 ans ou plus	1 476	10 117	11 593
Total	28 419 419	30 101 269	58 520 688

Source : Recensement de la population 1999 - Exploitation principale - Copyright INSEE

ANNEXE 2

POPULATION TOTALE PAR AGE ET PAR SEXE EN CORREZE

<u>âge quinquennal</u>	<u>SEXe</u>		Total
	Hommes	Femmes	
<u>0 à 4 ans</u>	4 488	4 306	8 794
<u>5 à 9 ans</u>	5 526	5 420	10 946
<u>10 à 14 ans</u>	6 306	5 938	12 244
<u>15 à 19 ans</u>	6 923	6 305	13 228
<u>20 à 24 ans</u>	6 100	4 792	10 892
<u>25 à 29 ans</u>	7 070	6 613	13 683
<u>30 à 34 ans</u>	7 388	7 103	14 491
<u>35 à 39 ans</u>	8 037	7 825	15 862
<u>40 à 44 ans</u>	8 366	8 351	16 717
<u>45 à 49 ans</u>	8 549	8 428	16 977
<u>50 à 54 ans</u>	8 214	7 858	16 072
<u>55 à 59 ans</u>	5 647	5 845	11 492
<u>60 à 64 ans</u>	6 331	7 063	13 394
<u>65 à 69 ans</u>	6 882	7 983	14 865
<u>70 à 74 ans</u>	6 359	7 978	14 337
<u>75 à 79 ans</u>	5 678	7 979	13 657
<u>80 à 84 ans</u>	2 107	3 396	5 503
<u>85 à 89 ans</u>	1 962	4 082	6 044
<u>90 à 94 ans</u>	671	1 905	2 576
<u>95 à 99 ans</u>	137	497	634
<u>100 ans ou plus</u>	10	66	76
Total	112 751	119 733	232 484

Source : Recensement de la population 1999 - Exploitation principale - Copyright INSEE

ANNEXE 3

Évolution des effectifs ayant une activité régulière par discipline et par département entre 2004 et 2005

Départements	Gynécologie-obstétrique				Hématologie				Médecine du travail				Médecine générale			
	H 2005	F 2005	Total 2005	var (%) 05/04	H 2005	F 2005	Total 2005	var (%) 05/04	H 2005	F 2005	Total 2005	var (%) 05/04	H 2005	F 2005	Total 2005	var (%) 05/04
Aude	5	5	10	11	0	0	0	-	5	18	24	0	379	165	545	1
Gard	14	8	22	5	1	0	1	0	20	36	56	0	683	390	1073	1
Hérault	49	10	59	9	5	2	7	0	26	60	86	-2	1072	686	1758	1
Lozère	2	1	3	50	0	0	0	-	1	4	5	-17	67	41	108	7
Pyrénées Orientales	9	6	15	7	0	1	1	0	10	16	26	4	481	237	718	2
Languedoc-Roussillon	79	30	109	9	6	3	9	0	63	134	197	-1	2682	1520	4202	1
Corrèze	10	1	11	0	0	1	1	-	4	19	23	0	293	121	414	0
Creuse	1	0	1	0	0	0	0	-	2	4	6	0	133	62	195	-3
Haute Vienne	10	4	14	0	1	0	1	0	6	34	40	9	390	288	678	1
Limousin	21	5	26	0	1	1	2	100	12	57	69	-5	746	471	1217	0
Meurthe et Moselle	28	14	42	14	0	2	2	0	16	70	88	4	730	501	1231	1
Meuse	5	2	8	0	0	0	0	-	4	5	9	0	178	60	238	0
Moselle	40	6	46	0	0	0	0	-	39	53	92	1	972	435	1407	1
Vosges	13	3	16	23	0	0	0	-	4	21	25	-7	349	187	536	0
Lorraine	87	25	112	8	0	2	2	0	65	149	214	-2	2229	1183	3412	1
Ariège	1	3	4	33	0	0	0	-	1	7	8	0	158	77	235	-1
Aveyron	4	2	6	20	0	0	0	-	4	9	13	-7	290	124	414	-1
Haute Garonne	39	24	63	0	3	1	4	33	42	121	163	0	1166	820	1986	2
Gers	2	1	3	0	0	0	0	-	2	9	11	0	182	105	287	2
Lot	4	1	5	0	0	0	0	-	4	8	12	20	176	90	266	2
Hautes Pyrénées	5	1	6	20	0	0	0	-	1	21	22	5	314	158	472	-2
Tarn	14	3	17	13	0	0	0	-	10	24	34	3	359	199	558	3
Tarn et Garonne	5	3	8	14	0	0	0	-	5	16	21	0	206	91	297	1
Midi-Pyrénées	74	38	112	6	3	1	4	33	69	215	284	1	2652	1659	4311	1
Nord	99	41	140	13	7	7	14	8	82	172	254	0	2711	1352	4063	0
Pas de Calais	45	8	53	8	0	3	3	-25	29	72	101	0	1454	615	2069	0
Nord-Pas-de-Calais	144	49	193	12	7	10	17	0	111	244	355	0	4165	1967	6132	0
Loire Atlantique	41	18	59	5	7	3	10	43	34	103	137	2	1055	670	1725	3
Maine et Loire	24	9	33	6	0	3	3	0	30	59	89	-1	653	389	1042	3
Mayenne	5	1	6	-14	0	0	0	-	6	13	19	12	231	108	339	1
Sarthe	19	4	23	5	0	0	0	-	12	30	42	-5	463	210	673	1
Vendée	14	5	19	27	1	0	1	-	16	36	52	-2	502	255	757	1
Pays-de-la-Loire	103	37	140	7	8	6	14	40	98	241	339	0	2904	1632	4536	2
Aisne	21	5	26	8	0	0	0	-	8	19	27	-1	474	215	689	1
Oise	22	8	30	3	0	1	1	-	11	34	45	-2	598	386	984	0
Somme	16	6	22	-4	1	0	1	-50	16	32	48	-2	307	302	609	0
Picardie	59	19	78	3	1	1	2	0	35	85	120	-2	1679	903	2582	0
Charente	7	2	9	0	0	0	0	-	15	22	37	6	326	156	482	-1
Charente Maritime	13	9	22	16	0	0	0	-	20	38	58	-2	504	287	791	0
Deux Sèvres	6	2	8	14	0	0	0	-	13	25	38	-5	324	195	519	3
Vienne	10	7	17	13	2	3	5	0	15	37	52	2	407	243	650	4
Poitou-Charentes	36	20	56	12	2	3	5	0	63	122	185	0	1661	891	2552	1
Alpes de Haute Provence	5	1	6	0	0	0	0	-	5	7	12	-8	178	99	277	-1
Hautes Alpes	3	2	5	0	0	0	0	-	3	7	10	0	156	117	273	1
Alpes Maritimes	84	23	107	9	1	2	3	0	33	70	103	10	1251	681	1932	0
Bouches du Rhône	76	44	120	8	5	5	10	11	60	161	221	1	2229	1388	3617	0
Var	51	9	60	13	0	1	1	0	26	49	75	4	1042	462	1504	0
Vaucluse	29	9	38	6	0	0	0	-	16	28	44	0	570	312	882	0
Prov.-Alpes-Côtes d'Azur	228	88	316	9	6	8	14	8	143	322	465	3	5436	3059	8495	0
Als	6	4	10	11	0	1	1	0	18	35	53	0	427	209	636	1
Ardèche	5	5	11	10	0	0	0	-	5	16	21	5	279	130	409	3
Drôme	16	2	18	0	1	0	1	0	23	37	60	0	413	224	637	1
Isère	28	14	42	0	2	4	6	20	26	84	110	3	1009	784	1793	1
Loire	24	8	32	7	1	1	2	100	21	43	64	2	639	464	1103	0
Rhône	62	43	105	3	4	8	12	9	77	154	231	0	1544	1351	2895	1
Savoie	10	8	18	20	0	0	0	-	10	27	37	-10	404	230	634	0
Haute Savoie	21	9	30	3	1	0	1	0	28	51	79	-2	643	382	1025	1
Rhône-Alpes	173	93	266	4	9	14	23	15	208	447	655	0	5358	3774	9132	1
Total France Métropolitaine	4022	370	4392	23	106	109	215	7	1774	4706	6480	1	61472	35407	96879	0

Source : CNOM au 1^{er} janvier 2006

ANNEXE 4

ÉPREUVES CLASSANTES NATIONALES

Année universitaire 2005-2006

PROPOSITIONS 2005-2006	SPECIALITES medicales	SPECIALITES chirurgicales	MÉDECINE générale	ANESTHÉSIE- réanimation	BIOLOGIE médicale	GYNÉCOLOGIE médicale	GYNÉCOLOGIE- obstétrique	MÉDECINE du travail	PÉDIATRIE	PSYCHIATRIE	SANTÉ publique	TOTAL
Midi-Pyrénées	144	89	474	35	11	5	32	10	36	40	15	891
Nord-Est	119	81	555	39	10	2	20	10	34	53	12	935
Strasbourg	29	19	145	8	2	0	6	3	8	10	2	232
Nancy	33	19	137	8	2	1	5	2	8	13	6	233
Besançon	17	20	91	7	2	0	3	2	6	12	2	162
Dijon	22	11	91	8	2	0	4	1	5	8	1	153
Reims	18	12	91	8	2	1	2	2	7	10	2	165
Nord-Ouest	132	97	396	43	7	3	27	13	35	61	8	822
Caen	21	14	83	8	2	0	4	1	5	9	1	148
Rouen	39	19	115	9	2	0	4	3	7	12	2	202
Lille	59	53	98	16	2	2	14	7	15	25	3	265
Amiens	22	12	98	10	1	1	8	2	8	15	2	177
Rhône-Alpes	68	42	227	26	4	0	11	4	17	22	5	426
Grenoble	15	10	68	8	1	0	2	1	5	6	1	116
Lyon	42	25	95	16	2	0	7	2	9	12	3	213
Saint-Etienne	11	7	63	4	1	0	2	1	3	4	1	97
Ouest	122	101	348	38	12	4	26	8	30	56	10	755
Brest	15	12	31	5	2	1	2	1	3	6	1	89
Bornes	18	12	52	8	2	0	4	2	5	9	2	114
Angers	15	14	56	6	2	1	4	2	6	8	1	109
Nantes	26	21	60	7	2	1	6	2	5	10	2	142
Tours	25	19	80	6	2	0	6	1	8	10	2	184
Poitiers	23	22	65	8	2	1	4	0	5	13	2	143
Secl	77	56	137	26	5	2	16	4	19	26	4	372
Montpellier	20	19	39	9	2	0	4	1	6	9	1	119
Aix-Marseille	33	24	71	13	2	2	8	2	8	11	2	176
Nice	16	13	27	4	1	0	4	1	5	6	1	77
Sud-Ouest	94	75	197	33	8	4	16	7	21	41	15	511
Bordeaux	20	26	49	6	2	2	3	2	5	12	6	143
Océan Indien	2	4	15	2	1	0	2	0	3	3	1	33
Toulon	23	26	48	15	2	2	6	2	5	12	4	155
Limoges	14	8	35	4	2	0	1	1	3	5	1	74
Clermont-Ferrand	15	11	50	6	1	0	4	2	5	9	3	106
Antilles-Guyane	4	9	66	3	1	0	2	0	4	1	1	91
Total	760	550	2 400	243	58	20	150	56	196	300	70	4 803

PROPOSITIONS 2006-2007	SPECIALITÉS médicales	SPECIALITÉS chirurgicales	MÉDECINE générale	ANESTHÉSIE réanimation	BIOLOGIE médicale	GYNÉCOLOGIE médicale	GYNÉCOLOGIE obstétrique	MÉDECINE du travail	PÉDIATRIE	PSYCHIATRIE	SANTÉ publique	TOTAL
Toulousse	33	25	63	15	2	2	6	2	5	12	4	169
Limoges	14	7	35	4	2	0	1	1	2	5	1	72
Clermont-Ferrand	15	12	50	6	1	0	4	2	5	9	3	107
Antilles-Guyane	4	9	66	3	1	0	2	0	4	1	1	91
Total	760	550	2 053	243	58	20	150	60	196	300	70	4 789

ÉPREUVES CLASSANTES NATIONALES

Année universitaire 2007-2008

INTERREGIONS et subdivisions	SPECIALITES medicales	SPECIALITES chirurgicales	MEDECINE generale	ANES-TE-SIE etobimtion	BIOLOGIE medicale	GYNECOLOGIE medicale	GYNECOLOGIE obstetrique	MEDECINE du travail	PEDIATRIE	PSYCHIATRIE	SANTÉ publique	TOTAL
Ile-de-France.....	144	91	372	35	11	5	20	9	36	40	15	783
Nord-Est.....	143	88	554	43	10	3	24	11	38	55	12	978
Strasbourg.....	28	17	108	3	1	0	6	3	8	10	2	192
Nancy.....	38	20	150	11	2	1	6	3	9	13	5	258
Besancon.....	23	20	50	5	2	0	4	2	6	12	2	127
Dijon.....	28	15	125	7	2	1	5	1	7	9	1	201
Rains.....	24	16	121	3	3	1	3	2	8	11	2	199
Nord-Ouest.....	148	95	540	45	6	4	27	16	37	58	8	986
Caen.....	27	16	125	3	2	0	6	2	7	9	1	203
Reun.....	36	16	115	9	2	1	5	4	8	12	2	210
Lilla.....	63	47	170	13	2	2	12	7	15	25	3	364
Aniers.....	22	15	130	11	2	1	4	3	7	12	2	209
Rhône-Alpes.....	92	57	323	35	6	0	16	6	22	32	9	507
Clermont-Ferrand.....	21	12	70	7	2	0	5	2	5	9	3	136
Grenoble.....	16	11	73	7	1	0	2	1	5	6	1	123
Eyon.....	42	26	125	13	2	0	7	2	9	12	3	244
Saint-Etienne.....	13	8	55	5	1	0	2	1	3	5	1	94
Ouest.....	144	95	564	37	12	2	26	9	28	56	10	983
Brest.....	16	11	71	5	2	1	3	1	3	6	1	120
Rennes.....	26	13	73	7	2	0	5	2	5	9	1	137
Angers.....	26	13	75	5	2	0	4	2	4	8	2	136
Nantes.....	28	21	75	7	2	1	5	2	4	13	2	160
Tours.....	31	19	160	5	2	0	5	1	6	10	2	242
Poitiers.....	20	18	110	5	2	0	4	1	6	10	2	188
Sud.....	77	57	190	23	5	2	14	4	19	26	4	424
Montpellier.....	29	20	95	9	2	0	4	0	6	9	1	145
Aix-Marseille.....	33	24	90	13	2	2	6	3	8	11	2	194
Nice.....	15	13	25	4	1	0	4	1	5	6	1	85
Sud-Ouest.....	92	58	257	23	7	4	16	5	16	32	12	518
Bordeaux.....	30	26	117	7	2	2	4	2	6	12	6	214
Océan Indien.....	2	3	25	3	1	0	4	0	3	3	1	45
Toulouse.....	33	22	90	15	2	2	6	2	5	12	4	183
Limoges.....	17	7	35	4	2	0	2	1	2	5	1	76
Antilles-Guyane.....	5	9	66	3	1	0	2	0	4	1	1	92
Total.....	835	550	2 895	259	60	20	155	60	200	300	70	5 386

ANNEXE 5

Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus

État des connaissances – Actualisation 2008

1.3 En France

Le cancer du col de l'utérus est le dixième cancer chez la femme par sa fréquence, avec 3 068 cas estimés pour l'année 2005, l'intervalle de confiance à 95 % étant [2 739-3 399], et le neuvième lorsque l'on considère le taux d'incidence standardisé (monde) qui est, pour l'année 2005, estimé à 7,1 pour 100 000 femmes [6,7]. À titre de comparaison, les estimations pour l'année 2000 selon la même méthodologie sont de 3 295 cas pour un taux d'incidence standardisé (monde) de 7,8 pour 100 000 femmes. Pour l'année 2005, le cancer du col de l'utérus est le quinzième cancer le plus meurtrier chez la femme avec 1 067 décès estimés, et au douzième rang si l'on considère le taux de mortalité standardisé (monde) qui est estimé à 1,9 pour 100 000 femmes [6,7]. À titre de comparaison, les estimations pour l'année 2000 selon la même méthodologie sont de 1 215 décès pour un taux de mortalité standardisé (monde) de 2,2 pour 100 000 femmes.

Le taux d'incidence du cancer du col de l'utérus n'a cessé de diminuer entre 1980 et 2005 avec un taux annuel moyen de décroissance de 2,9 %. Dans le même temps, le taux de mortalité a diminué en moyenne de 4,0 % par an (figure 2). Toutefois, cette décroissance a tendance à se ralentir depuis 2000. Entre 2000 et 2005, la décroissance moyenne annuelle du taux d'incidence était de 1,8 % et celle du taux de mortalité de 3,2 % [6,7].

Limite des estimations des décès par cancer du col de l'utérus

La notification des décès par cancer de l'utérus dans les certificats de décès enregistrés au Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) est peu précise. En effet, le décès par cancer de l'utérus peut être codé, d'après la classification internationale des maladies, selon trois modalités : "décès par cancer du col de l'utérus", "décès par cancer du corps de l'utérus" ou "décès par cancer de l'utérus sans autre information (SAI)". D'après les données nationales de mortalité, 60 % des décès par cancer de l'utérus sont notifiés comme cancer de l'utérus SAI [6,15-19].

Pour le calcul de la mortalité par cancers du col et du corps de l'utérus, le réseau Francim des registres du cancer réaffecte les décès par cancer de l'utérus SAI sur ces deux localisations. Afin de déterminer la proportion de décès attribuable au col et au corps de l'utérus, chacune des mortalités a été estimée à partir de l'incidence et de la survie relative correspondante.

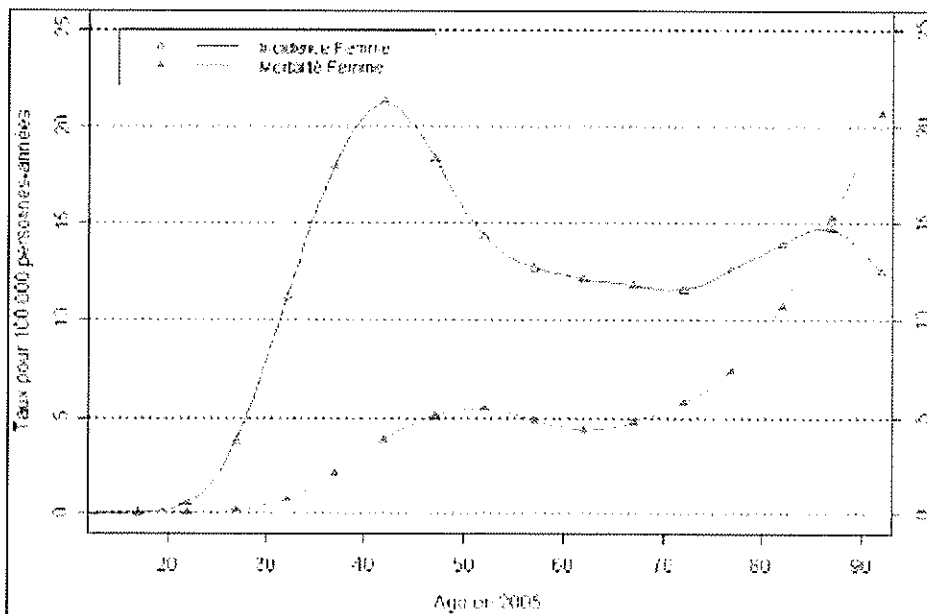
Une étude de faisabilité de répartition des cancers du col et du corps de l'utérus a été réalisée à l'InVS en 2006 [20]. Cette étude a permis de tester une méthode d'appariement entre les décès recueillis par les registres du cancer et par le CépiDc. La phase d'extension de cette méthodologie à l'ensemble des registres généraux de cancer est en cours. Cette étude a pour but d'obtenir des

chiffres de référence français qui pourraient être utilisables pour les estimations d'incidence nationale.

Institut de veille sanitaire — *Données épidémiologiques sur le cancer du col de l'utérus - État des connaissances - Actualisation 2008 / p. 7*

Ces courbes transversales d'incidence et de mortalité selon l'âge ne reflètent pas le risque qu'une femme subit tout au long de sa vie, car ce risque pour le cancer du col utérin a diminué de façon importante au cours des générations. Ainsi, lorsqu'on compare en 2005 le risque d'une femme âgée de 90 ans, c'est-à-dire née en 1915, à celui d'une femme âgée de 50 ans, c'est-à-dire née en 1955, deux éléments interviennent : la différence d'âge mais également la différence entre deux générations qui n'ont pas le même niveau de risque. Les figures 4 et 5 [6] illustrent ces deux aspects. La figure 4 présente les variations du risque en fonction de l'âge pour les femmes nées en 1930 (appelé effet longitudinal de l'âge). Le risque d'incidence augmente avec l'âge jusqu'à 40 ans puis diminue ensuite et le risque de mortalité augmente jusqu'à 50 ans pour également diminuer ensuite. La figure 5 présente les risques d'être atteinte ou de décéder d'un cancer du col de l'utérus entre 0 et 74 ans, selon l'année de naissance. Le risque d'être atteinte d'un cancer du col utérin avant 74 ans diminue de 3,57 % pour les femmes nées en 1910 à 0,85 % pour celles nées en 1940, puis décroît plus lentement ensuite pour atteindre 0,57 % pour les femmes nées en 1950. Le risque de décéder de ce cancer avant 74 ans diminue avec l'année de naissance pour les cohortes de 1910 (1,25 %) à 1940 (0,22 %) puis se stabilise à 0,2 %

Figure 3 Taux d'incidence et de mortalité par âge en 2005 (courbes transversales) – France (taux bruts) [6]



Ce qu'il faut retenir sur l'épidémiologie du cancer du col utérin en France

Dixième cancer chez la femme en France pour le nombre de cas incidents avec près de 3 070 cas estimés pour l'année 2005.

Le pic d'incidence est à 40 ans.

Quinzième cancer chez la femme en France pour le nombre de décès avec près de 1 070 décès estimés pour l'année 2005.

Le pic de mortalité est à 50 ans.

Le risque cumulé de développer un cancer du col de l'utérus avant 74 ans a considérablement diminué avec l'année de naissance : 3,6 % chez les femmes nées en 1910 ; 0,6 % chez les femmes nées en 1950.

Cancer du sein chez la femme : incidence et mortalité, France 2000

Brigitte Trétarre¹, Anne Valérie Guizard², Danièle Fontaine³, les membres du réseau Francim⁴ et le CépiDc-Inserm⁵

¹ Registre des tumeurs de l'Hérault, Montpellier ² Registre général des tumeurs du Calvados, Caen

³ Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé, Paris

⁴ Réseau français des registres de cancer, Toulouse ⁵ Inserm, CépiDc, Le Vésinet

INTRODUCTION

Le cancer du sein est le plus fréquent des cancers dans les pays occidentaux. En France, des estimations d'incidence régionales et nationales ont été réalisées à partir des données des registres de cancers qui couvrent 13 % de la population. L'objectif de cet article est de décrire les variations temporelles et géographiques de l'incidence et de la mortalité du cancer du sein chez la femme en France, à partir des estimations du réseau français des registres de cancers (Francim).

MATÉRIELS ET MÉTHODE

Les données d'incidence provenaient de 10 départements couverts par un registre de cancers : le Bas-Rhin (période 1978-1996), le Calvados (1978-1996), le Doubs (1978-1996), le Haut-Rhin (1988-1997), l'Hérault (1986-1996), l'Isère (1979-1997), la Loire-Atlantique (1991-1996), la Manche (1984-1996), la Somme (1982-1996) et le Tam (1982-1997). Le calcul de l'incidence ne concernait que les cancers invasifs chez la femme.

Tous les cas de code topographique C50 selon la classification internationale des maladies en oncologie, 2^e édition, (CIM-O-2), ont été inclus. Les décès observés en France de 1978 à 1997 induits par un cancer du sein ont été extraits, au niveau du CépiDc de l'Inserm, à partir des codes topographiques 174 de la classification internationale des maladies, version 9 (CIM 9). Les données de population ont été fournies par l'Insee.

Nous avons calculé les taux d'incidence et de mortalité par âge, zone géographique et cohorte de naissance (en ce qui concerne les estimations nationales).

Les estimations des incidences françaises et régionales reposent sur la modélisation du rapport incidence/mortalité observé dans les départements couverts par un registre de cancers. L'application de ce modèle aux autres départements où seule la mortalité est connue permet de calculer le nombre de cas attendus. Toutefois, cela suppose que les variations observées de mortalité sont traduites en variations d'incidence (et donc que la prise en charge diagnostique et thérapeutique est égale entre les régions). Les estimations nationales ont la particularité d'avoir été calculées par une méthode utilisant un modèle âge-cohorte. Elles viennent d'être publiées par le réseau Francim [1,2].

Les estimations régionales ont été calculées par le réseau Francim à la demande de la Fédération nationale des observatoires régionaux de la santé (Fnors) et c'est donc avec son accord que nous avons intégré ces résultats à cet article.

RÉSULTATS

Incidence et mortalité du cancer du sein en France

En 2000

En 2000, on estime à 41 845 le nombre de nouveaux cancers du sein invasifs diagnostiqués chez les femmes en France. Le taux brut d'incidence est de 138,5 pour 100 000 femmes et le taux d'incidence standardisé sur la population mondiale est de 69,9 pour 100 000.

Le nombre de décès par cancer du sein en 2000 est de 11 637. Le taux brut de mortalité est de 38,6 pour 100 000 et le taux de mortalité standardisé sur la population mondiale est de 19,7 pour 100 000.

Le cancer du sein est le cancer le plus fréquent chez la femme. Son incidence représente 35,7 % de tous les cancers féminins en 2000. Il concerne les femmes jeunes : la moitié d'entre elles avaient moins de 61 ans au moment du diagnostic (âge médian).

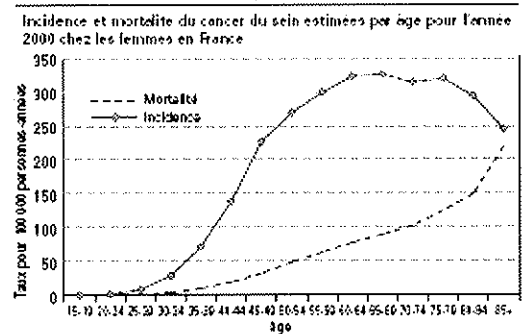
C'est aussi la première cause de mortalité par cancer chez la femme. Durant l'année 2000, sur les 57 734 femmes qui sont décédées d'un cancer, 20,2 % l'ont été à la suite d'un cancer du sein. La mortalité prématurée par cancer du sein est importante puisqu'elle a concerné 4 354 femmes âgées de moins de 65 ans, en 2000.

En fonction de l'âge (figure 1)

En 2000, les taux d'incidence augmentaient de façon importante et régulière, entre 20 et 60 ans pour atteindre un plateau à 320 cas pour 100 000 chez les femmes âgées de 60 à 80 ans. Puis ils diminuent légèrement et avoisinent les 245 cas pour 100 000 à 85 ans et plus.

Les taux de mortalité augmentent régulièrement dès l'âge de 30 ans pour atteindre 218,6 décès pour 100 000, proches des taux d'incidence chez les femmes de 86 ans et plus.

Figure 1



En fonction de la période (figure 2)

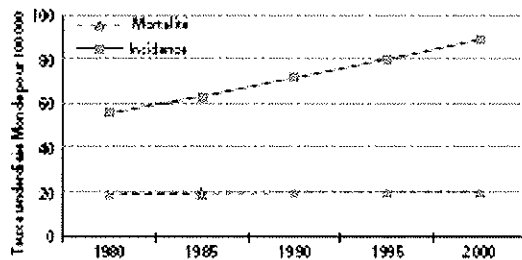
L'incidence du cancer du sein a considérablement augmenté au cours des deux dernières décennies. Entre 1980 et 2000, le taux annuel moyen d'évolution de l'incidence est de + 2,42 %. Le nombre de nouveaux cas a pratiquement doublé en 20 ans (21 211 cas en 1980 et 41 845 cas en 2000).

Durant la même période, la mortalité est restée relativement stable, avec un taux annuel moyen d'évolution de 0,42 %. Le nombre de décès est passé de 8 629 en 1980 à 11 637 en 2000.

La publication d'un article dans le BEH n'empêche pas sa publication ailleurs. Les articles sont publiés sous la seule responsabilité de leur(s) auteur(s)

Figure 2

Tendances de l'incidence et de la mortalité du cancer du sein chez la femme en France, 1960 à 2000



En fonction de la cohorte

Le risque de développer un cancer du sein augmente considérablement avec l'année de naissance. Cette augmentation concerne l'ensemble des cohortes : une femme née en 1963 a 1,8 fois plus de risque d'avoir un cancer du sein qu'une femme née en 1928. En revanche, le risque de décéder d'un cancer du sein reste à peu près stable pour l'ensemble des cohortes.

Pour les femmes nées en 1928, le taux d'incidence cumulé de 0 à 74 ans est estimé à 7,14 %. En d'autres termes, pour cette génération, une femme sur 14 développerait un cancer du sein avant 75 ans, en l'absence de toute autre cause de décès. Pour les femmes nées en 1963, ce risque est beaucoup plus élevé, puisqu'il est estimé à 12,9 %, soit une femme sur huit. Le taux cumulé de mortalité de 0 à 74 ans pour les femmes nées en 1928 est de 2,21 % (soit une femme sur 45). Ce taux reste sensiblement le même pour toutes les cohortes.

Incidence et mortalité régionales

Les taux d'incidence standardisés sur la population mondiale sont relativement stables entre les différentes régions. Nous observons un pic à 114,9 pour 100 000 dans le Nord-Pas-de-Calais et un taux bas d'incidence à 75,3 pour 100 000 en Auvergne. La grande majorité des autres régions a des taux d'incidence compris entre 80 et 95 pour 100 000. Le nombre de décès pour l'année 2000 est donné dans le tableau 1, pour chaque région.

Tableau 1

Incidence (nombre estimé de cas), incidence et taux standardisés et nombre de décès par cancer du sein chez la femme en France, estimations régionales, 2000

	INCIDENCE		Nombre Décès
	Total	WASR*	
Alsace	1 654	80,3	278
Aquitaine	1 239	80,1	624
Auvergne	901	75,3	240
Basse-Normandie	1 666	82,8	286
Bourgogne	1 188	85,6	368
Bretagne	3 016	84,1	804
Centre	1 739	85,2	516
Champagne-Ardenne	876	82,5	284
Franche-Comté	726	81,6	212
Hauts-Normandie	1 358	86,4	328
Ile-de-France	7 677	84,3	1 939
Languedoc-Roussillon	1 726	86,6	474
Limousin	833	86,6	160
Loire	1 667	85,1	422
Midi-Pyrénées	1 710	78,1	478
Nord-Pas-de-Calais	3 298	114,9	804
Pays-de-la-Loire	1 282	82,6	666
Picardie	1 201	82,7	386
Poitou-Charentes	1 188	84,8	329
PRCA	3 298	84,1	869
Rhône-Alpes	3 782	83,7	693

* WASR : taux d'incidence standardisés sur la population mondiale.

DISCUSSION

Les taux d'incidence présentés dans ce travail n'incluent pas les cancers *in situ* qui peuvent représenter 5 à 12 % de la totalité des cancers, selon les départements.

L'augmentation d'incidence observée est certainement multifactorielle, sans que l'on puisse déterminer la part réelle des différents facteurs de risques, qu'ils soient génétiques, hormonaux et/ou environnementaux. Les formes familiales avec une prédisposition génétique concernent 5 à 10 % des

cancers du sein. Les facteurs de risque les plus connus sont l'âge, l'exposition aux œstrogènes trisque accru si puberté précoce, première grossesse tardive ou nulliparité, ménopause tardive, traitement substitutif de la ménopause et les antécédents personnels d'hyperplasie atypique.

Le contraste entre l'augmentation d'incidence et la stabilité de la mortalité, observé depuis 20 ans en Europe et aux Etats-Unis, est en majeure partie expliqué par l'amélioration des traitements et par le diagnostic précoce, sans qu'il soit possible d'estimer l'implication de ces facteurs dans l'évolution observée.

L'étude Eurocare-3 qui analyse la survie des patients atteints de cancer dans 22 pays à partir des données de 68 registres européens montre une survie relative globale à cinq ans de 78 % pour le cancer du sein. Cette survie dépasse les 80 % dans les pays nordiques et avoisine les 60-70 % dans les pays de l'Europe de l'Est. La France arrive en troisième position avec une survie relative à 5 ans de 82 % [3]. Une étude plus détaillée sur les données de 17 registres européens de six pays différents a analysé la survie relative à cinq ans de 4 478 patientes ayant présenté un cancer du sein en 1990-1992 en fonction des stades et des traitements réalisés [4]. Cette étude a montré que la différence de survie entre les pays était principalement liée au stade de la maladie au moment du diagnostic. La meilleure survie était observée dans le groupe français formé par le Bas-Rhin, la Côte d'Or, l'Hérault et l'Isère (86 %), la survie la plus basse en Estonie (66 %). Or, ces deux groupes géographiques sont caractérisés, respectivement, par les plus hauts (35 % de T1N0M0) et les plus bas (19 %) pourcentages de femmes présentant un stade précoce de la maladie au moment du diagnostic.

CONCLUSION

Le cancer du sein reste un problème majeur de santé publique. C'est le cancer le plus fréquemment observé (35,7 % des cancers féminins), son incidence s'accroît régulièrement (+ 60 % en 20 ans), il atteint majoritairement des femmes jeunes et actives (âge médian au diagnostic de 61 ans), il est la cause de nombreux décès chaque année (première cause de décès par cancer chez la femme) avec une mortalité prématurée importante (4 354 décès avant 65 ans en 2000). Le seul moyen de combattre cette maladie, en dehors des avancées thérapeutiques, est de faire un diagnostic précoce pour améliorer le pronostic, puisque la survie est fortement associée au stade de la tumeur au moment du diagnostic. D'où l'intérêt de la généralisation du dépistage qui se met progressivement en place sur le territoire français, en plus de la détection des femmes qui présentent des formes familiales avec une prédisposition génétique particulière.

ONT PARTICIPE A CET TRAVAIL :

L. Ramontal et J. Estève (Service de biostatistiques, Lyon-Sud), F. Ménagez et M. Colonna (Registre des cancers de l'Isère), J. Macé-Lesoch (Registre des cancers du Calvados), J. Peng (Registre des Cancers de la Somme), A. Buemi (Registre des cancers du Haut-Rhin), M. Velten (Registre des cancers du Bas-Rhin), F. Arveux (Registre des cancers du Doubs), F. Molinié (Registre des cancers de Lotre-Atlantique), E. Jouglé (Inserm CÉPIDe), E. Michel (Inserm CÉPIDe).

REMERCIEMENTS

Nous remercions, pour leur collaboration, tous les médecins (pathologistes, oncologues, chirurgiens et autres spécialistes ou généralistes) qui contribuent au bon fonctionnement des registres de cancers, d'une manière tout à fait bénévole, dans le seul souci d'apporter leur contribution à la santé publique.

REFERENCES

- Ramontal L, Estève J, Bouvier AM, Grosclaude P, Launoy G, Menagez F, Extraval C, Trotter B, Carli FM, Guizard AV, Troussard X, Barclet P, Colonna M, Hain JM, Hédin G, Macé-Lesoch J, Peng J, Buemi A, Velten M, Jouglé E, Arveux F, Le Bodic L, Michel E, Sauvage M, Schwartz C, Falys J: Cancer incidence and mortality in France over the period 1973-2000. *Rev Epidemiol Santé Publique* 2003, 51: 3-30.
- Ramontal L, Buemi A, Velten M, Jouglé E, Estève J: Evolution de l'incidence et de la mortalité par cancer en France de 1973 à 2000. Publié par les Registres des cancers français (Francim), l'Institut de veille sanitaire et l'Inserm Paris. *Actes* : 2001 1217 pages.
- Coleman MP, Gatta G, Verdecchia A, Estève J, Sant M, Storm H, Alfaman C, Ciccolallo L, Santagustini, Barino F and the Eurocare Working Group : Eurocare-3, summary : cancer survival in Europe at the end of the 20th century. *Annals of oncology* 14 (supplément 5): v128-v140, 2003.
- Sant M, Alfaman C, Capocaccia R, Hakulinen T, The Eurocare working group. Stage at diagnosis is a key explanation of differences in breast cancer survival across Europe. *Int. J. Cancer* (2002) 106, 416-22.

ANNEXE 6

CHARIER Yann
1 rue Pierre Leroux
87000 LIMOGES
06 87 43 16 30
Chef.yann@voilà.fr

Madame, Monsieur,

J'effectue actuellement un travail de thèse, en vue de l'obtention du doctorat en médecine générale, qui porte sur votre pratique des motifs fréquents de consultation en gynécologie-obstétrique.

Cette étude a pour but de mettre en lumière les difficultés que vous pourriez rencontrer dans votre pratique quotidienne de la gynécologie afin de mieux évaluer les améliorations à apporter pour une prise en charge optimale des patientes (information du public, formation des étudiants...); car de l'aveu même des gynécologues avec lesquels j'ai pu travailler, les plannings sont embolisés par des consultations de suivi pouvant relever de la médecine générale.

Je vous remercie par avance des quelques minutes que vous voudrez bien consacrer au remplissage de ce questionnaire ainsi que de me le renvoyer à l'aide de l'enveloppe retour prévue à cet effet.

Cordialement.

CHARIER Yann
Interne de médecine générale

1. Votre âge?

moins de 35 35-50 50-65 plus de 65

2. Votre sexe?

Masculin Féminin

3. Combien faites-vous de consultations gynécologiques par semaine?

0-5 5-10 + de 10

4. Suivez-vous des grossesses?

Oui
Non

Si oui, rencontrez-vous des difficultés dans la prise en charge (veuillez préciser brièvement)

.....

Si non, veuillez cocher une ou des cases ci-après

- par choix (je n'ai pas envie de faire de la gynéco)
- pas de demande
- manque de formation (je n'ai pas eu de formation universitaire ou post-universitaire concernant cet item)
- manque de pratique (j'ai été formé à cet item mais je ne le pratique pas assez pour être performant)
- trop chronophage (l'acte, sa préparation ou son prolongement prennent trop de temps)
- trop cher (l'acte nécessite du matériel qui vous apparaît trop onéreux)
- autre (veuillez préciser brièvement)

.....

5. Faites-vous des consultations de contraception?

- contraception orale (pilule)

Oui
Non

Si non, veuillez cocher une ou des cases ci-après

- par choix
- pas de demande
- manque de formation
- manque de pratique
- trop chronophage
- trop cher
- autre (veuillez préciser brièvement)

.....

Avez-vous des problèmes de iatrogénie quand vous prescrivez une contraception orale?

Oui
Non

- pose de stérilet

Oui
Non

Si non, veuillez cocher une ou des cases ci-après
par choix
pas de demande
manque de formation
manque de pratique
trop chronophage (geste en lui-même ou surveillance d'une éventuelle complication comme
le malaise vagal)
trop cher
autre (veuillez préciser brièvement)

.....

- retrait de stérilet

Oui
Non

Si non, veuillez cocher une ou des cases ci-après
par choix
pas de demande
manque de formation
manque de pratique
trop chronophage
trop cher
autre (veuillez préciser brièvement)

.....

- pose d'implanon

Oui
Non

Si non, veuillez cocher une ou des cases ci-après
par choix
pas de demande
manque de formation
manque de pratique
trop chronophage
trop cher
autre (veuillez préciser brièvement)

.....

- retrait d'implanon

Oui
Non

Si non, veuillez cocher une ou des cases ci-après
par choix
pas de demande
manque de formation

manque de pratique
trop chronophage
trop cher
autre (veuillez préciser brièvement)

.....

6. Faites-vous des frottis cervico-vaginaux?

Oui
Non

Si non, veuillez cocher une ou des cases ci-après

par choix
pas de demande
manque de formation
manque de pratique
trop chronophage
trop cher
autre (veuillez préciser brièvement)

.....

Si oui, à quelle fréquence faites-vous des frottis à vos patientes?

.....

Quand débutez-vous la surveillance ?

.....

Jusqu'à quel âge ?

.....

Avez-vous été bien informé sur la vaccination anti-HPV ?

.....

Avez-vous déjà réalisé des vaccinations ?

.....

7. Faites-vous des examens sénologiques?

-palpation des seins

Oui
Non

Si non, veuillez cocher une ou des cases ci-après

par choix
pas de demande
manque de formation
manque de pratique
trop chronophage

trop cher
autre (veuillez préciser brièvement)

.....

Si oui, à quelle fréquence ?

.....

-Prescription de mammographie (en cas d'antécédent personnel ou familial, ou d'anomalie clinique)

Oui
Non

Si non, veuillez cocher une ou des cases ci-après

- par choix
- pas de demande
- manque de formation
- manque de pratique
- trop chronophage
- trop cher
- autre (veuillez préciser brièvement)

.....

-Participez-vous au dépistage de masse du cancer du sein ?

Oui
Non

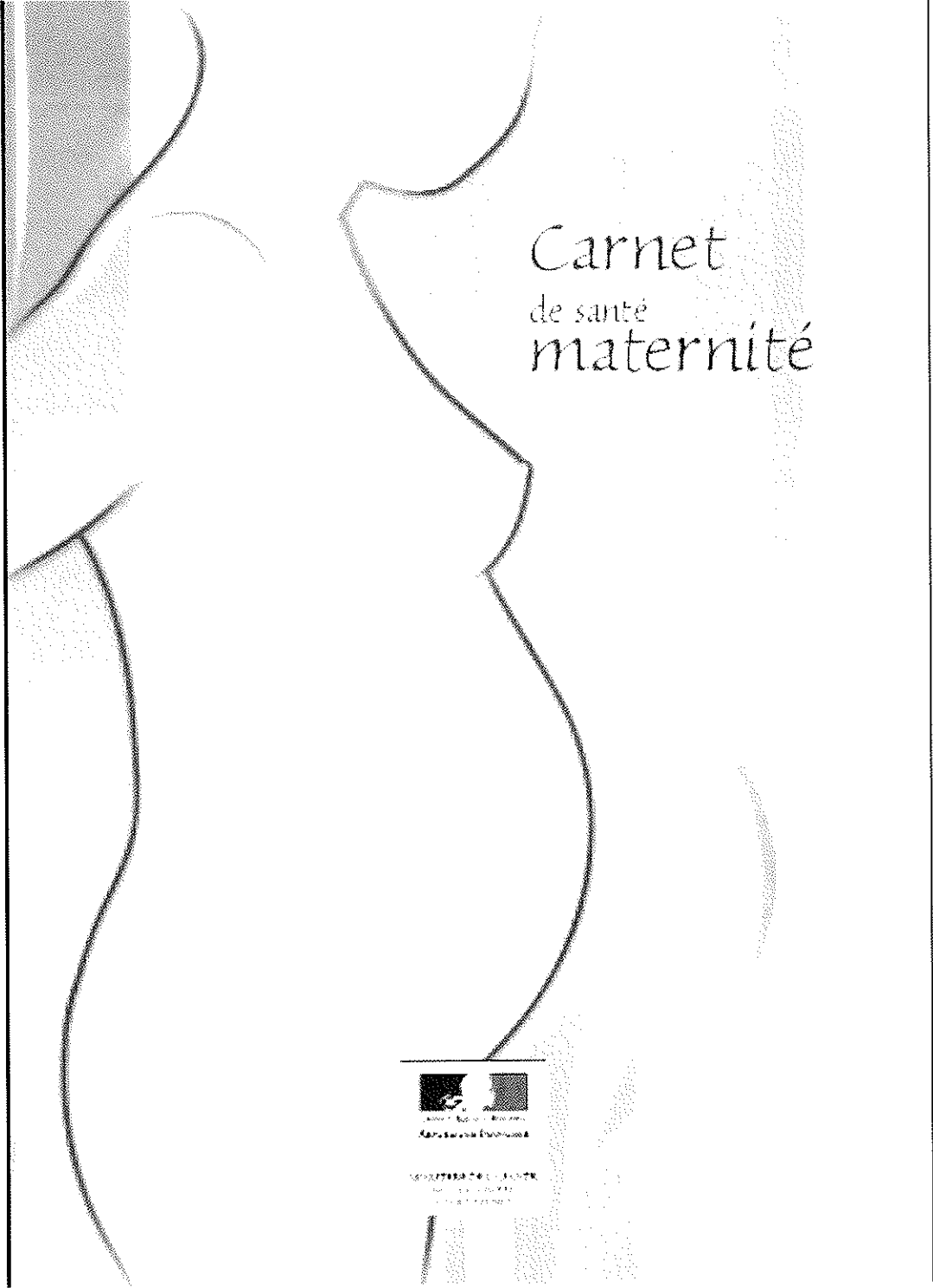
Si oui, de quelle façon?

.....

Avez-vous des remarques sur la pratique de la gynéco en médecine libérale ou sur ce questionnaire:

.....
.....
.....
.....

ANNEXE 7



Antécédents : absence de règles, les premières règles de sa vie comptent le stade du stade postmenstruel ou saut d'andromède à partir du premier jour des règles normales.

Clarté : malade : mesure de l'épaissement de la muqueuse de l'utérus en échographie.

Étiologie : métrite chronique du périmètre pouvant être prélevée sous anesthésie locale, afin d'éviter l'infériorité vésicale et ainsi éviter une déficience au moment de l'engagement de la tête de l'enfant.

Diagnose : métrite infectieuse transmise par les aliments, elle peut provoquer des métrites graves chez le fœtus. Elle ressemble souvent à une métrite grippale. En cas de doute, vous devez toujours consulter votre médecin.

Étiologie : métrite infectieuse de la partie inférieure du corps réalisée par infection de nature tuberculeuse.

Étiologie : règles sautées entre la 10^e et la 12^e, elle est composée d'un ensemble de maladies, en dit ainsi « plethore prémenstruelle ».

Étiologie : organe qui assure les échanges entre le fœtus et la mère, situé à l'intérieur de l'utérus. Il cesse de fonctionner pendant la grossesse. Il est éliminé après la naissance de l'enfant.

Étiologie : métrite ou vaginite.

Présentation par le siège quand le fœtus présente les deux en premier.

Projet de naissance : les données des souhaits des parents sur le déroulement de la naissance de leur enfant, leur rôle, l'organisation des soins, les soins médicaux, la préparation de la naissance et de la parentalité, les modalités de l'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, les temps de consultation d'un suivi postnatal d'urgence, le soutien en cas de difficulté, il peut être formulé par un document écrit rédigé par les parents.

Médication du périnée : destinée à réduire le tonus aux muscles du périnée visés et être distendus pendant l'accouchement. Elle consiste en mouvements de gymnastique ou en des médicaments spécifiques du périnée.

Médication du périnée : destinée à réduire le tonus aux muscles du périnée visés et être distendus pendant l'accouchement. Elle consiste en mouvements de gymnastique ou en des médicaments spécifiques du périnée.

Rôle de soins : accompagner votre professionnelle destinée à faciliter le suivi des parents. Le rôle de « périnéologie » est le rapprochement de l'ensemble des professionnels de la périnéologie sur un territoire précis. L'objectif est de sécuriser la naissance dans le respect de trois principes fondamentaux : qualité et sécurité des soins en privilégiant le proximité, le lien parent-enfant et le libre choix des familles.

Rôle de soins : rôle essentiel de gérer l'information chez le fœtus, l'information sera donnée pendant les trois premiers mois de la grossesse. Le vaccin est contre-indiqué chez la femme enceinte.

Forme : infection de la grossesse au premier trimestre.

Étiologie : infection transmise par les aliments. Elle peut provoquer des métrites chez le fœtus. Les symptômes commencent dès la première consultation prénatale. Il est déguisé par le fœtus à l'utérus à tous les trimestres contre la grossesse. Si vous ne êtes pas, l'information est mal connue.

Pré-partum : période qui suit l'accouchement.

Vous attendez un enfant: dès maintenant, aidez-le à venir au monde avec le maximum de sécurité. L'état de santé de votre bébé à la naissance ainsi qu'il sera né peut être influencé par :

- votre mode de vie;
- les précautions que vous prendrez au quotidien;
- la qualité de suivi médical de votre grossesse.

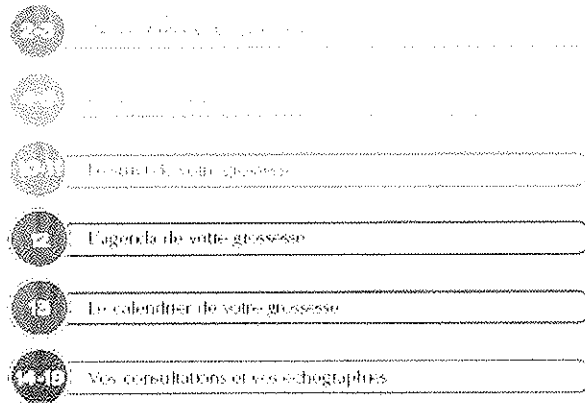
Ce carnet a pour buts :

- de vous donner une information sur le déroulement du suivi médical de votre grossesse, vos droits, vos obligations, les aides diverses;
- d'améliorer le suivi de votre grossesse et la communication avec et entre les professionnels de santé et soignants qui vous suivront jusqu'à votre accouchement.

Ce carnet vous appartient. Présentez-le à chaque consultation. Il est strictement confidentiel, et il est couvert par le secret médical.

Il comprend trois parties :

- un livret d'accompagnement de votre grossesse: il comporte des espaces d'annotations pour vous et les professionnels qui vous encourent; n'hésitez pas à le remplir;
- des fiches, situées dans le rabat de la première feuille de couverture, pour compléter les annotations;
- un dossier prénatal (de suivi médical), situé dans le rabat de la dernière feuille de couverture: à remplir par les professionnels de santé. Il peut être remplacé par le dossier que eux-mêmes utilisent dans le réseau de soins.



Bien débiter votre grossesse

Votre grossesse vient d'être confirmée. Être enceinte est un événement important qui entraîne des changements dans votre vie et celle de votre entourage.

Aujourd'hui, des professionnels organisés en réseaux de soins* et des institutions travaillent ensemble pour suivre, accompagner votre grossesse et préparer l'accueil de votre enfant, en collaboration avec des associations.

Le suivi médical de grossesse

Vous bénéficiez d'un suivi médicalisé prévu par la loi, avec sept consultations médicales prénatales (avant l'accouchement) et des examens complémentaires systématiques. D'autres consultations et d'autres examens complémentaires peuvent être proposés.

Ce suivi est complété par un entretien individuel ou en couple et des séances de préparation à la naissance.

Les rendez-vous de suivi de grossesse

- ◊ À partir de la date de vos dernières règles, et des résultats de la première échographie (autour de 12 semaines d'aménorrhée), le médecin ou la sage-femme détermine la date de début de grossesse et la date probable de votre accouchement.
- ◊ Ensemble, vous établissez le calendrier des consultations médicales, des échographies, des examens complémentaires et de l'entretien individuel, et vous prévoyez le lieu d'accouchement.
- ◊ La connaissance de votre passé médical et de celui de votre famille permet d'adapter le suivi de la grossesse (prévention, dépistage, médicaments).
- ◊ Si vous prenez un traitement avant votre grossesse, parlez-en à votre médecin ou à votre sage-femme dès la première consultation prénatale, même s'il s'agit de médicaments vendus sans ordonnance.

Préparation à la naissance

* Voir page 83.

Les démarches à entreprendre

LES DÉMARCHES

Seul document officiel, le formulaire de déclaration de grossesse rempli doit être adressé à votre organisme de prestations familiales et à votre organisme d'assurance-maladie.

Envoyez au plus tard avant la fin de la quatorzième semaine de grossesse :

- les deux premiers volets à l'organisme chargé de vous verser les prestations familiales ;
- le troisième volet à l'organisme d'assurance-maladie avec les feuilles de soins correspondant aux examens médicaux et de laboratoire que vous venez de passer, afin d'obtenir la prise en charge du suivi de votre grossesse et de votre accouchement.

Il n'y a pas d'obligation à présenter l'employeur (voir fiche 5).

LES ENTRETIENS INDIVIDUELS ET EN COUPLE

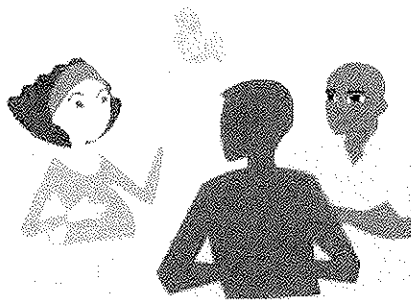
Un entretien individuel ou en couple, réalisé par une sage-femme ou par un médecin, vous sera proposé systématiquement lors de la première consultation.

C'est un temps d'échanges et d'écoute. Il permet d'exprimer vos besoins, vos anxiétés, notamment par rapport à votre projet de naissance, de répondre à vos interrogations, d'évoquer vos difficultés psychologiques, matérielles, sociales et familiales et de trouver ensemble les moyens d'y répondre.

C'est vous qui choisissez le moment où vous souhaitez avoir cet entretien, qui doit de préférence se dérouler durant le premier trimestre de la grossesse. Il permet notamment de définir le calendrier et le programme des séances de préparation à la naissance. Celles-ci sont au nombre de sept (voir fiche 4 et page 7).

LES POINTS CLÉS

Exprimez les changements dans vos plans, vos souhaits, vos craintes, vos interrogations. Vous pouvez échanger avec le médecin ou la sage-femme sur les professionnels de santé à choisir.



PRENDRE SOIN DE VOUS PENDANT LA GROSSESSE

La grossesse est un temps important de la vie.

Elle entraîne de nombreux changements. Acceptez-les. N'hésitez pas à en parler.

Ces changements concernent :

- votre corps ;
- votre façon de ressentir les événements ;
- vos relations avec les autres, proches et moins proches ;
- votre mode de vie : prenez soin de vous et de l'enfant que vous portez.

Evitez votre bébé d'être exposé à la fumée de tabac et à l'alcool

Évitez tout ce qui peut être nocif à son développement.

Dès aujourd'hui, cessez toute consommation d'alcool, de tabac et de drogue (voir fiche 2).

Si vous ne pouvez pas le faire seule, votre médecin ou votre sage-femme peut vous y aider ou vous orienter vers une consultation de soutien.

Demandez aux membres de votre entourage de ne pas fumer en votre présence. La fumée que vous respirez est nocive pour votre bébé.



Evitez votre bébé d'être exposé à des médicaments et à d'autres produits chimiques avant et pendant la grossesse

Si vous prenez un traitement avant votre grossesse, parlez-en à votre médecin ou à votre sage-femme dès la première consultation prénatale, même s'il s'agit de médicaments vendus sans ordonnance.



Prenez soin de vos dents

Continuez à vous brosser soigneusement les dents.

Les gencives peuvent devenir plus sensibles pendant la grossesse.

N'hésitez pas à consulter votre chirurgien dentiste. Grossesse et soins dentaires ne sont pas incompatibles.



Un bon suivi médical pendant la grossesse

Alimentation

Une alimentation saine, variée et équilibrée est recommandée pendant la grossesse (voir fiche 2).
Ne pas hésiter à introduire une collation le matin et en milieu d'après-midi.

Pour une femme de poids normal, la prise de poids recommandée pendant la grossesse est en moyenne de douze kilos. Cette prise de poids doit être régulière.
En cas de forte maigreur ou d'obésité, un entretien spécialisé est justifié.

Le repos pendant la grossesse

Le repos est important pour le bon déroulement de la grossesse.

Pendant la grossesse, veillez à conserver un temps de sommeil d'au moins huit heures par nuit. Des difficultés de sommeil peuvent vous gêner. N'hésitez pas à en parler à votre médecin ou à votre sage-femme.

Vous pouvez pratiquer si possible une courte sieste, en milieu de journée ou simplement vous accorder à plusieurs moments de la journée des temps de repos, en position allongée ou semi-assise.

Organisez votre vie de façon à votre ménage. Éviter de porter des charges lourdes, de faire de longs trajets inutiles et de rester en position assise prolongée (plus de deux à trois heures).



Il est conseillé d'avoir une activité physique douce (marcher), d'éviter les activités comportant un risque de chute ou les sports violents. Renseignez-vous sur les activités sportives que vous pouvez pratiquer. Lors de vos déplacements en voiture, le port de la ceinture de sécurité est obligatoire.



Conclusion

Sauf indication médicale contraire, il n'y a pas de raison de changer vos habitudes.

Mon vécu Anténatal

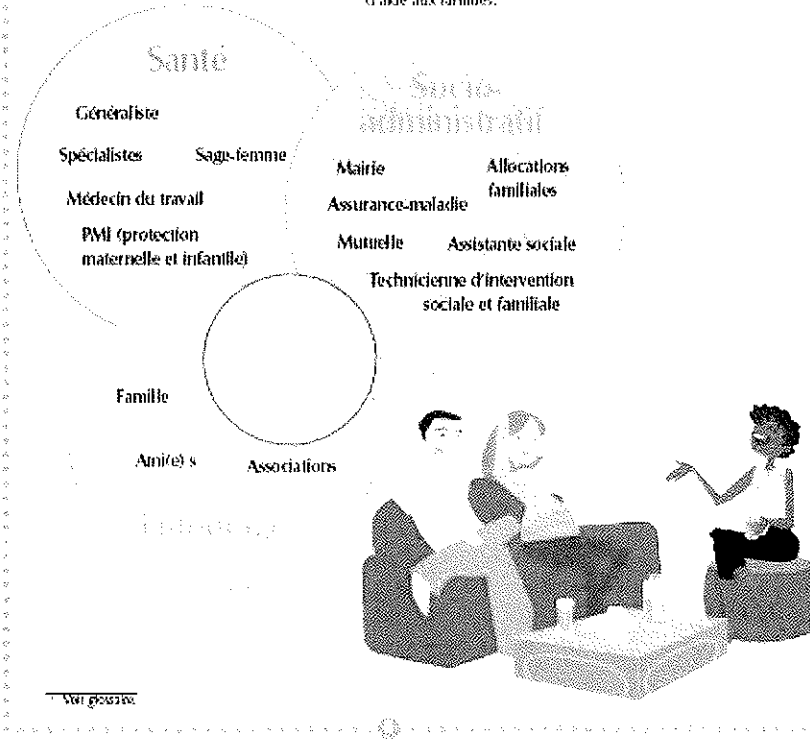
Préparer l'enfant, préparer la famille et vous-même

Votre grossesse est suivie sur le plan médical par un médecin ou une sage-femme en libéral, à l'hôpital ou en PMI (Protection maternelle et infantile). Si vous en avez besoin pour des raisons médicales, psychologiques ou sociales, et si vous le souhaitez, ils peuvent vous orienter vers d'autres professionnels : médecin spécialiste, infirmier puéricultrice, diététicien, psychologue, assistante sociale, technicienne d'intervention sociale et familiale...

Ces professionnels, qui peuvent être organisés en réseau de soins, ne partageront les informations vous concernant qu'avec votre accord.

Vous pouvez également vous adresser à votre mairie, à votre organisme d'assurance-maladie et à votre organisme de prestations familiales.

N'hésitez pas à vous renseigner auprès des associations d'aide aux familles.



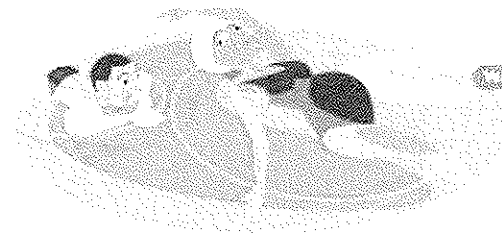
• Voir page 106

NON VIVERE VOLO' E' POSSIBILE

PREPARAZIONE L'INIZIATIVA E LA GENITORIALITÀ

Elle comprend trois périodes:

1. L'entretien individuel ou en couple du premier trimestre (voir page 31).
2. Sept séances de préparation à la naissance et à la parentalité (voir fiche 1). Elles ont plusieurs objectifs:
 - permettre de poser les questions qui vous préoccupent et d'échanger avec d'autres femmes;
 - aider à accueillir votre bébé (son arrivée, son alimentation, notamment l'allaitement);
 - savoir qui appeler en cas de besoin, où rechercher des informations utiles et connaître les associations d'aide à la parentalité;
 - proposer des exercices physiques pour vous aider à mieux vivre les changements corporels dus à votre grossesse et à préparer votre accouchement.
3. Un suivi après la naissance peut être mis en place, notamment en cas de sortie précoce de la maternité, pour:
 - vous accompagner dans les soins au nouveau-né et vous aider pour l'allaitement;
 - s'assurer avec vous du bon développement de l'enfant;
 - vous aider à rechercher l'aide nécessaire en cas de difficultés;
 - vous soutenir dans les rôles de mère et de père.



PREPARAZIONE L'INIZIATIVA E LA GENITORIALITÀ

Aménagements et congés

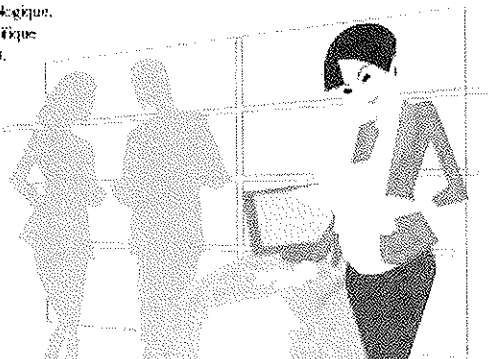
La grossesse est un état fastidieux, mais elle implique quelques précautions.

Concernant le poste de travail, les horaires, les trajets pour se rendre au travail, des aménagements peuvent être souhaitables. Certains sont prévus par la loi (voir fiche 5).

Avant le congé maternité, quel que soit le stade de la grossesse, peuvent être prescrits si besoin :

- un arrêt de travail arrêté maladie indemnisé aux conditions habituelles hors grossesse ;
- un arrêt de deux semaines au maximum (d'un arrêt de grossesse pathologique, indemnisé de façon spécifique comme le congé maternité).

Parlez-en à votre médecin du travail, à une assistante sociale (ils sont tenus au secret professionnel) ou à votre employeur.



Le congé maternité

Les périodes de repos prénatal et postnatal sont nécessaires. Si vous avez une activité professionnelle, vous avez droit à un congé maternité pendant les semaines précédant et suivant votre accouchement. Ce congé n'est pas un arrêt maladie. Sa durée et son éventuelle indemnisation dépendent de votre situation au début de votre grossesse (voir fiche 5).

La loi interdit toute activité professionnelle pendant les deux semaines qui précèdent la date présumée de votre accouchement et pendant les six semaines qui le suivent.

Pendant votre maternité, vous bénéficiez d'une protection contre le licenciement (voir fiche 5).

Le congé paternité

Le père a droit à un congé paternité. Il doit en faire la demande à son employeur au moins un mois avant la date souhaitée du début de congé.

Comment va votre grossesse ?

La couverture de vos soins pendant la grossesse

L'assurance maternité prend en charge à 100 % sur la base du tarif de la Sécurité sociale (voir fiche 4) :

- les sept consultations prénatales et la consultation postnatale obligatoires ;
- certains examens pendant toute la grossesse ;
- l'entretien et les sept séances de préparation à la naissance ;
- les honoraires de l'accouchement ;
- les frais de séjour à l'hôpital ou en clinique conventionnés (dans la limite de douze jours) ;
- tous les soins en lien avec la grossesse à partir du premier jour du sixième mois de grossesse ;
- l'hospitalisation éventuelle du nouveau-né au cours de ses trente premiers jours de vie ;
- l'échographie du huitième mois.

Les deux échographies pratiquées avant le sixième mois sont remboursées à 70 %.

Le complément de libre choix de garde d'enfant

Elle comprend quatre prestations :

- une prime à la naissance versée en une seule fois au septième mois de grossesse ;
- une allocation de base mensuelle versée du mois de la naissance de l'enfant jusqu'à ses 3 ans, selon vos ressources ;
- un complément de libre choix d'activité, versé quelles que soient vos ressources, jusqu'à ce que votre enfant ait 3 ans, en cas de réduction ou d'arrêt de votre activité professionnelle ;
- si vous faites garder votre enfant de moins de 6 ans par une assistante maternelle ou par une garde à domicile, un complément de libre choix du mode de garde est versé selon vos ressources. Vous devez exercer une activité professionnelle pour le percevoir.

Pour connaître les conditions et les modalités d'attribution, contactez votre organisme de prestations familiales.

Le complément de libre choix de mode de garde

Elle peut vous être attribuée sous certaines conditions si vous vivez seule ou si vous êtes divorcée, séparée ou veuve, le cas échéant avec un ou plusieurs enfants de moins de vingt ans, et selon vos ressources. Cette allocation vous sera versée jusqu'au troisième anniversaire de votre enfant.

Les modalités sont variables. Renseignez-vous.

Le complément de libre choix de mode de garde

Le suivi de votre grossesse

Le grossesse n'est pas une maladie, mais un suivi médical régulier est bénéfique pour vous et votre enfant.

En l'absence de problème particulier, vous serez accompagnée par un ou plusieurs médecins au cours de votre grossesse.

À chaque consultation, votre médecin ou votre sage-femme vous interroge sur les événements survenus depuis la dernière consultation, répond à vos questions, vous examine (poids, tension artérielle, examen de l'utérus, bruits du cœur fœtal) pour s'assurer de votre état et de celui de votre enfant et prescrit les examens complémentaires.

Chaque consultation a un objectif précis.

En particulier, la dernière permet d'évaluer les modalités de l'accouchement.

Il est préférable que chaque consultation se fasse au début de chaque mois de grossesse.



Examens complémentaires

Les échographies programmées généralement pendant la grossesse ont un objectif précis. Elles doivent être faites à des dates précises (autour de 12, 22 et 32 semaines d'aménorrhée) : les prises de rendez-vous sont donc à préciser à l'avance avec le médecin ou la sage-femme qui va les réaliser. Ces échographies ne permettent pas de tout dépister. Elles doivent répondre à des nécessités médicales et selon des modalités de réalisation précises.

D'autres échographies peuvent être nécessaires en cas de problème particulier.

Le dépistage des anomalies et des malformations repose sur l'examen clinique et certains examens complémentaires (échographies et examens de laboratoire). Votre médecin vous en explique le bénéfice, l'intérêt et les risques.

Dans certains cas, d'autres examens vous seront proposés. Tous doivent être motivés, expliqués et acceptés. Certains nécessitent un accord de votre part (igné (manque de techniques, amniocentèse, etc.).

Ne pas hésiter à parler à votre praticien de ce qui vous préoccupe, que ce soient des conseils, des informations données par votre entourage ou provenant de vos lectures.

Votre grossesse

Le suivi de votre grossesse

Quand consulter votre médecin ?

La grossesse peut provoquer des symptômes gênants, appelés petit maux de la grossesse (nausées, vomissements, crampes, varices, douleurs ostéarticulaires...), qui peuvent être soulagés.

Ne prenez aucun médicament sans un avis médical.

La grossesse et votre maladie par les soins de votre médecin

Tout nouveau symptôme ou anomalie justifie une consultation.

En cas de fièvre, vous devez toujours consulter votre médecin.

Il est recommandé de consulter votre médecin ou votre sage-femme dès que se produit une des situations suivantes :

- Pertes vaginales de liquide ou de sang, quelle qu'en soit la quantité.
- Contractions ou douleurs dans le bas du dos ou dans le bas-ventre, ne s'arrêtant pas malgré un repos d'au moins une 1/2 heure en position allongée.
- Fièvre (au-delà de 37,5 °C).
- Chute.
- Le matin, gonflement des jambes, des doigts et/ou du visage.
- Maux de tête qui ne passent pas malgré le paracétamol, surtout si vous avez de l'hypertension artérielle.
- Vomissements en fin de grossesse.
- Diminution ou disparition brutale des mouvements du bébé.

Autres conseils importants

L'agenda de la grossesse

Mois	Déroulé administratif	Conseils
	Date des prochaines pages	
1	1ère consultation prénatale	
2-3	2 ^e Consultation prénatale 1 ^{er} échographie (sauf si vous êtes à risque de fausse couche) 3 ^e Consultation prénatale	2 ^e et 3 ^e consultations prénatales 1 ^{er} échographie (sauf si vous êtes à risque de fausse couche) 3 ^e consultation prénatale
4	4 ^e Consultation prénatale	
5	5 ^e Consultation prénatale	
6	6 ^e Consultation prénatale	
7	7 ^e Consultation prénatale	
8	8 ^e Consultation prénatale	
9	9 ^e Consultation prénatale	
10	10 ^e Consultation prénatale	
11	11 ^e Consultation prénatale	
12	12 ^e Consultation prénatale	

sur pastille

Le calendrier de votre grossesse

Neuf mois de grossesse bien suivie, c'est au minimum :

→ Sept consultations prénatales			
	Date	Médecin ou sage-femme	Lieu
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Date	Médecin	Lieu

→ Trois échographies			
	Date	Médecin ou sage-femme	Lieu
Autour des 12 semaines d'aménorrhée			
Autour des 22 semaines d'aménorrhée			
Autour des 32 semaines d'aménorrhée			

→ Trois échographies			
Entretien		séance	
séance		séance	
séance		séance	
séance		séance	

Date	Médecin ou sage-femme	Lieu

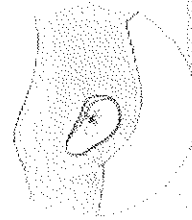
Vos consultations et vos échographies

1^{ère} Première échographie (autour de 12 semaines d'aménorrhée)

Elle permet de confirmer le terme de la grossesse, de déterminer le nombre d'embryons, de mesurer la cote cervicale* et de rechercher certains signes de malformation.

12 semaines d'aménorrhée

* Cote cervicale : mesure de la longueur du col de votre vagin.



2^e Deuxième consultation (4^e mois)

16 semaines d'aménorrhée

* Cote cervicale : mesure de la longueur du col de votre vagin. Exemple : cote cervicale de 25 mm.

16 semaines

Vos consultations et vos échographies

Deuxième échographie autour de 22 semaines d'aménorrhée

Elle permet d'analyser la morphologie du fœtus, de vérifier la croissance fœtale et de localiser le placenta

Comment se déroule-t-elle ?

Il s'agit d'une échographie abdominale. Vous serez allongée sur le dos, nue ou en tenue légère. Le médecin ou l'infirmière appliquera un gel sur votre ventre et vous examinera avec une sonde échographique.

C'est sans douleur et ne nécessite aucun geste particulier.

Troisième consultation (51ème jour)

Reception et explication de l'échographie

Comment se déroule-t-elle ?

Il s'agit d'une consultation de suivi. Vous serez allongée sur le dos, nue ou en tenue légère. Le médecin ou l'infirmière appliquera un gel sur votre ventre et vous examinera avec une sonde échographique.

C'est sans douleur et ne nécessite aucun geste particulier.

VOUS SUREZ
VOUS ENFANT
BOUGER

Vos consultations et vos échographies

Quatrième consultation (6 mois)

La croissance de votre bébé est en cours de surveillance.

Cinquième consultation (7 mois)

La croissance de votre bébé est en cours de surveillance. Les progrès de la motricité et de la communication sont surveillés.



Vos consultations et vos échographies

Troisième échographie (autour de 32 semaines d'aménorrhée)

Elle permet de vérifier la croissance fœtale, la présentation et la localisation placentaire (voir glossaire).

À l'issue de cette échographie, vous recevrez :

1. un résumé de votre dossier de suivi de grossesse

Sixième consultation (58^e mois)

Interprétation de l'échographie et information sur le mode d'accouchement.

À l'issue de cette consultation, vous recevrez :

1. un résumé de l'échographie de votre dossier de suivi de grossesse
2. un résumé de la consultation de votre dossier de suivi de grossesse

Vos consultations et vos échographies

Septième consultation (9^e mois)

À la consultation du neuvième mois, en fonction du déroulement de votre grossesse, le médecin ou la sage-femme :

- vous informe sur le suivi de la fin de votre grossesse ;
 - vous confirme le lieu et les modalités de l'accouchement ;
 - vous informe sur les signes qui doivent vous faire venir à la maternité en urgence (perte de liquide, contractions régulières, douleurs, crampes, aussi diminution des mouvements du bébé, perte de sang...) ou tout autre sujet d'inquiétude.
- À la date prévue pour votre accouchement, même en l'absence de ces signes, vous devez consulter votre médecin ou sage-femme.

Vous pouvez aussi le voir [ici](#) : [le suivi de votre grossesse](#)

© 2012 - 2013 - 2014 - 2015 - 2016 - 2017 - 2018 - 2019 - 2020 - 2021 - 2022 - 2023 - 2024 - 2025 - 2026 - 2027 - 2028 - 2029 - 2030 - 2031 - 2032 - 2033 - 2034 - 2035 - 2036 - 2037 - 2038 - 2039 - 2040 - 2041 - 2042 - 2043 - 2044 - 2045 - 2046 - 2047 - 2048 - 2049 - 2050 - 2051 - 2052 - 2053 - 2054 - 2055 - 2056 - 2057 - 2058 - 2059 - 2060 - 2061 - 2062 - 2063 - 2064 - 2065 - 2066 - 2067 - 2068 - 2069 - 2070 - 2071 - 2072 - 2073 - 2074 - 2075 - 2076 - 2077 - 2078 - 2079 - 2080 - 2081 - 2082 - 2083 - 2084 - 2085 - 2086 - 2087 - 2088 - 2089 - 2090 - 2091 - 2092 - 2093 - 2094 - 2095 - 2096 - 2097 - 2098 - 2099 - 2100



Toutes les maternités offrent les conditions d'efficacité et de sécurité nécessaires pour la mère et pour l'enfant : obstétricien, sage-femme, anesthésiste, pédiatre et réseau.

En France, les maternités répondent à trois types d'organisation des soins selon l'état de l'enfant prénatal ou pathologique :

- le type I est réservé à la plupart des grossesses normales ;
- le type II est réservé aux grossesses à risque ;
- le type III est réservé aux femmes de moins de 16 ans, aux femmes de plus de 35 ans, aux femmes atteintes de diabète.

Votre médecin vous oriente vers une maternité de type I, II ou III en fonction des difficultés qu'il peut pressoir. À tout moment et en cas de nécessité, le transfert d'un établissement à un autre peut être organisé rapidement dans des conditions optimales de sécurité.

Autres consultations médicales

Vos observations personnelles

(Par exemple, notes sur les sources de préparation à la naissance.)



Vous allez être maman. Votre bébé aura besoin de vous: soyez attentive à ses pleurs, car c'est pour lui une façon de s'exprimer. N'hésitez pas à le porter, le tenir, le cajoler, lui parler tendrement, le caresser, le bercer, le réconforter.

Alimentation et allaitement

Le lait maternel est l'aliment le mieux adapté aux besoins de votre enfant (voir fiche 1). Il existe des moyens simples pour remédier aux éventuelles difficultés de l'allaitement.

Continuez d'allaiter aussi longtemps que vous le souhaitez ou que vous le pouvez. La reprise du travail n'est pas une raison à elle seule pour arrêter l'allaitement.

Vous pouvez également choisir de nourrir votre bébé au biberon.

Prévention des accidents

Tout en voiture

Prévoyez un matériel de puériculture portant mention de son homologation, c'est-à-dire dont la qualité a été contrôlée.

En voiture, attachez votre bébé dans un dispositif adapté à son poids et homologué par la sécurité routière.

Tout en couchant

Couchez votre bébé seul dans son lit, sur le dos, jamais sur le ventre, ni sur le côté.

Né pas utiliser de couvertures, d'oreillers ou de couettes pour le berceau de votre bébé. Il est préférable de le mettre dans une gigoteuse (ou turbulente).

La température conseillée pour la chambre est 19 °C.

Né jamais fumer en présence de votre bébé et ne pas fumer les autres à côté.

Respecter ces conseils permet de réduire au minimum le risque de mort subite du nourrisson.

La naissance de votre enfant doit être déclarée à la mairie du lieu de naissance, dans les trois jours après l'accouchement. Cette déclaration peut être faite par le père ou toute personne ayant assisté à l'accouchement.

Par le lien de filiation

Par le lien de filiation, votre enfant entre dans votre famille.

Que vous soyez mariée ou non, la filiation de votre enfant à votre égard résulte de l'indication de votre nom dans l'acte de naissance de votre enfant. Vous n'avez donc aucune démarche à accomplir; cette inscription n'est pas obligatoire: vous pouvez accoucher dans le secret ou souhaiter que votre identité ne figure pas dans l'acte de naissance.

Si vous êtes mariée, la filiation est établie automatiquement à l'égard de votre mari.

Si vous n'êtes pas mariée avec le père, celui-ci peut reconnaître l'enfant devant un officier de l'état civil (ou un notaire), avant la naissance, lors de la déclaration de celle-ci ou postérieurement.

Par la reconnaissance

Que vous soyez mariée ou non, vous pouvez, par déclaration conjointe remise à l'officier de l'état civil lors de la déclaration de naissance, choisir pour nom de votre enfant soit votre nom, soit celui de son père ou choisir d'accoler les deux noms dans l'ordre que vous préférez. Ce choix s'appliquera pour tous les éventuels autres enfants de votre couple.

En l'absence de déclaration conjointe, l'enfant porte soit:

- le nom du père, si la filiation est établie simultanément à l'égard de son père et de sa mère (cas des époux ou d'une reconnaissance conjointe de l'enfant par ses père et mère);
- le nom de son parent à l'égard duquel la filiation est établie en premier si vous n'êtes pas mariée.

Par l'adoption

Vous exercez conjointement l'autorité parentale dès lors que le lien de filiation est établi à l'égard des deux parents avant le premier anniversaire de votre enfant.

Autres situations

--- voir glossaire.

1.3.1. Soigner vous

Après l'accouchement, votre corps va mettre un certain temps à retrouver un nouvel équilibre.

Vous êtes maman. Les premières semaines sont une période de grande fragilité; prenez soin de vous. Ne restez pas isolée.

Ménagez-vous le plus possible. N'hésitez pas à demander l'aide de votre entourage, famille, amis, professionnels. Des aides sont possibles. Renseignez-vous auprès des services sociaux de votre mairie, de votre CAF (Caisse d'Allocations Familiales) ou de votre centre de Protection Maternelle et Infantile.

La sortie précocement (deuxième ou troisième jour après l'accouchement) est fréquente, elle varie en fonction du mode d'accouchement, des suites de couches et des maternités. Un protocole d'accompagnement est alors proposé.

Quelles que soient les difficultés que vous rencontrez, vous pouvez en parler à un des professionnels qui vous entourent, médecin traitant, gynécologue, pédiatre, sage-femme, pharmacien, infirmière, kinésithérapeute...

1.3.2. Prévenir

Si vous n'êtes pas protégée contre la rubéole, faites-vous vacciner avant votre sortie de maternité.

1.3.3. Soigner bébé

Certains symptômes physiques ou psychiques peuvent survenir (peine d'urines à l'occasion d'un effort même minime, sensation de gêne à type de pesanteur en bas du ventre, incontinence, sentiment de culpabilité...).

N'hésitez pas à en parler à votre médecin ou à votre sage-femme.

Consultez également en cas de fièvre, saignements anormaux, pertes malodorantes...

1.3.4. Prévenir une nouvelle grossesse

Une nouvelle grossesse peut survenir rapidement après un accouchement.

N'attendez pas la consultation postnatale pour commencer une contraception (voir fiche 24).

Demandez à votre médecin ou sage-femme de vous expliquer quelles méthodes sont adaptées à votre situation.

Préparation à la consultation

Réalisée dans les 11 semaines après l'accouchement, elle permet :

- de faire le point sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement, tous les événements survenus depuis (pour vous ou vos proches) et les relations avec votre enfant;
- d'effectuer un examen clinique de contrôle;
- de prescrire des séances de rééducation périnéale (si besoin) ;
- de faire le point sur le choix d'une méthode de contraception.

Préparation à la consultation

Le présent document n'a pas de valeur médicale ou juridique. Les services de soins

Vous propose

EXAMENS MÉDICAUX DE PRÉVENTION OBLIGATOIRES

Votre enfant va bénéficier d'examen médicaux de prévention obligatoires. Ce sont des examens qui permettent de vérifier la bonne santé et le développement harmonieux de votre enfant. Le premier examen a lieu dans les 8 jours qui suivent la naissance, les autres une fois par mois jusqu'à 6 mois et tout 20 examens jusqu'à l'âge de 6 ans. Ils sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

Le carnet de santé de votre enfant vous est remis après sa naissance. Ne le perdez pas. Apportez-le à chaque consultation médicale de votre enfant. Il comporte des repères et questions qui peuvent vous aider à préparer la consultation. N'oubliez pas d'emporter le carnet de santé quand vous voyagez avec votre enfant.

PRÉVENTION DES MALADIES

Cinq dépistages biologiques néonataux sont pratiqués sur votre enfant à partir du prélèvement d'une goutte de sang au troisième jour de vie.

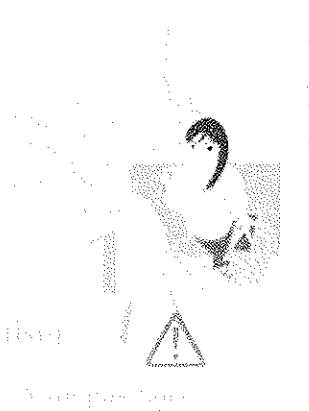
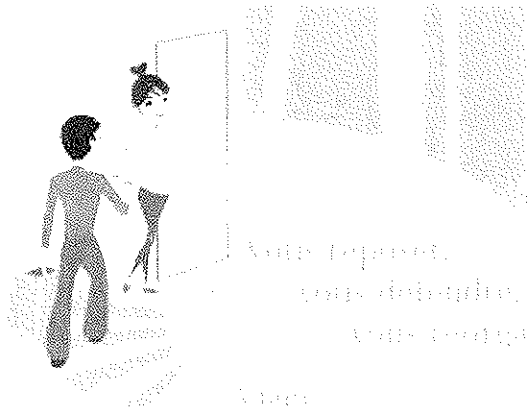
- Le dépistage de la phénylcétonurie, de l'hyperplasie congénitale des surrénales, de l'hyposphycidie et de la mucopolysaccharidose est systématique pour l'ensemble des nouveau-nés.
- Le dépistage de la drépanocytose est réservé aux nouveau-nés originaires des départements d'outre-mer, du pourtour méditerranéen, du Moyen-Orient, d'Afrique et d'Asie.

Le dépistage de la mucopolysaccharidose peut demander une recherche de mutation génétique, ce qui nécessite votre consentement écrit.

PROTECTION DE VOTRE ENFANT

Coordonnées

URGENCES	
Maternité	Médecin généraliste
SAMU 15	Obstétricien
Pompiers 18	Sage-femme
Lieu d'accouchement	
Pédiatre	Mairie
PMI	Caisse d'allocations familiales
Autres	Organisme d'assurance-maladie
Assistante sociale	Mutuelle
Aide ménagère	Association d'aide à la parentalité
Technicienne d'intervention sociale et familiale	Association d'allaitement



Activité physique

Alimentation (voir fiche 1)

Sommeil

Hygiène de vie (voir fiche 1)

Travaux domestiques

Travail (voir fiche 1)

Médicaments

Votre santé

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

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

- Respecter un horaire régulier pour dormir.

- Se laver les mains souvent.
- Se brosser les dents après chaque repas.
- Se doucher quotidiennement.
- Porter des vêtements amples et souples.

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

- Consulter avec le médecin tout traitement en cours.

Vos postures

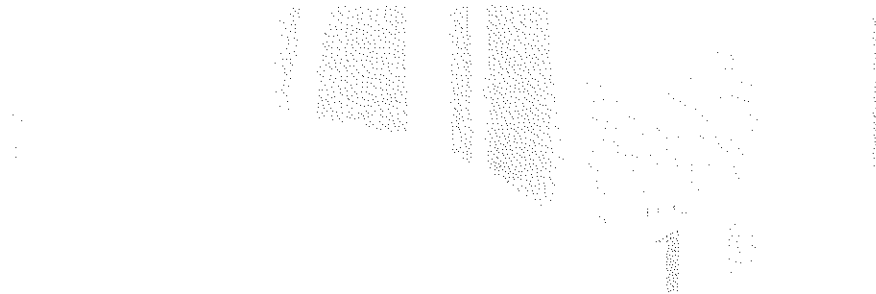
- Activités violentes ou à risque de chute et de choc.
- Soulever des charges trop lourdes.

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

- Fumer.
- Boire de l'alcool.
- Consommer des drogues (cannabis, héroïne, cocaïne, ...).
- Entreprendre de longs trajets.

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

- Prendre des médicaments sans avis médical.



Préparation à la naissance

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

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

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

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

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

L'allaitement maternel est recommandé de façon exclusive jusqu'à 6 mois et au moins jusqu'à 4 mois pour un bénéfice accru, même de plus courte durée. L'allaitement reste toujours recommandé. À la reprise du travail, il existe des possibilités pour continuer l'allaitement.

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

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

L'allaitement au sein comme l'alimentation au biberon sont l'occasion d'un contact privilégié avec votre enfant : réconfort, plaisir, tendresse. N'hésitez pas à demander des documents explicatifs aux professionnels qui vous entourent.

Les liens de ce site vous aident à trouver tout ce dont vous avez besoin.

* Préparations pour nourissons : des lains de 1er âge de la naissance à 4 mois, puis entre 4 et 6 mois, la préparation de 2ème ou 3ème âge, puis 4ème et 5ème âge.

Bien manger, bien bouger

Fluïdy

2

Si vous êtes en bonne santé, une alimentation variée et équilibrée permet de couvrir la totalité de vos besoins nutritionnels au cours de la grossesse. Un apport supplémentaire en fer et en vitamine D peut être prescrit. Les autres apports nutritionnels doivent être discutés avec votre médecin ou votre sage-femme. La consommation de thé et de café doit être limitée.

Activités physiques

Pratiquer des activités physiques régulières et adaptées.

Maintenir les sorties physiques habituelles de la vie quotidienne. Ne pas commencer de sport pendant la grossesse si l'altération. Éviter les sports présentant un risque de chute ou de choc et la compétition.

Fruits et légumes

Pratiquer la consommation de fruits et légumes.

A chaque repas se en cas de fringale. Crues, cuites, mixées ou préparées. Bien les laver, éliminer toute trace de terre, insecte, champignon ou autres organismes nuisibles.

Pain, céréales, pommes de terre et légumes secs

Pratiquer la consommation de pain, céréales, pommes de terre et légumes secs.

Favoriser les céréales complètes ou le pain complet, à exception de la farine. Privilégier les variétés de céréales. Limiter les produits à base de soja.

Lait et produits laitiers

Pratiquer la consommation de lait et produits laitiers.

Privilégier les fromages les plus riches en calcium, les moins gras et les moins salés. Ne consommer que les fromages à pâte pressée cuite (dont il faut éviter la croûte) (Boursin, gruyère...) et les fromages fondus à l'ailant.

Vianes, produits de la pêche, œufs

Pratiquer la consommation de viandes, produits de la pêche, œufs.

En quantité inférieure à celle du accompagnement légumes et féculents. Bien cuire les viandes et les poissons. Éviter: privilégier les morceaux les moins gras. Privilégier au moins 2 œufs par semaine, soit au moins un poisson gras (saumon, sardine, maquereau, hareng). **Supprimer certains produits de charcuterie (relishes, pâtés, file gras, produits en gelée, viandes crues, viandes fumées ou marinées, coquillages crus, poissons crus ou frites).**

Aliments gras, épices

Pratiquer la consommation d'aliments gras, épices.

Privilégier les matières grasses végétales (huile d'olive, de colza...). Limiter les graisses d'origine animale (beurre, crème...). La consommation de margarine est limitée en proportion au développement.

Produits sucrés

Pratiquer la consommation de produits sucrés.

Limiter les aliments gras ou sucrés (bonbons, viennoiseries, crèmes dessert, chocolats, glaces...).

Boissons

Pratiquer la consommation de boissons.

Au cours et en dehors des repas, eau du robinet ou eau en bouteille. Limiter les boissons sucrées (sirops, sodas...).

Sel

Pratiquer la consommation de sel.

Ne pas utiliser de sel de table. Limiter l'apport de sel dans les plats de cuisson. Limiter la consommation de produits très salés, produits transformés... Limiter ou éviter le...

Bien manger, bien bouger



Alcool : consommation zéro

L'alcool est un toxique extrêmement puissant au niveau des cellules du cerveau du fœtus. Il fait courir un risque élevé de déficit sur ses fonctions, avec, comme conséquences possibles, des troubles de l'apprentissage, de la mémoire, de l'attention et de la réflexion chez le futur enfant. Il est recommandé aux femmes enceintes d'arrêter toute consommation de boissons alcoolisées dès le début et pendant toute la durée de leur grossesse, que cette consommation soit régulière ou occasionnelle.

Faite

2

Tabac : consommation zéro



Pour vous aider à arrêter de fumer, vous pouvez vous adresser à votre médecin ou à une consultation en tabacologie.

<http://www.tabacinfo.org/>

Drogues : consommation zéro

La consommation de toutes les drogues, y compris la consommation de cannabis, peut avoir des conséquences sur le poids de naissance et le comportement du nouveau-né. Votre médecin ou votre sage-femme peuvent vous aider et vous guider vers une consultation spécialisée.

<http://www.drogues.gouv.fr/fr/faq/le-haut>

Zéro limite, zéro risque, zéro tolérance, zéro compromis, zéro ambiguïté, zéro élimination

Ce sont principalement la toxoplasmose, la listériose, le ver glossinère et les intoxications alimentaires.

Des précautions peuvent permettre de les éviter :

- ne consommer que des viandes et des poissons bien cuits ;
- ne consommer que des végétaux (fruits, légumes ou herbes aromatiques) soigneusement lavés, épluchés ou cuits ;
- respecter les dates limites de consommation et les températures de conservation des aliments réfrigérés ou congelés (moins de 4°C) ;
- se laver soigneusement et systématiquement, les mains soigner au moins 30 secondes, après avoir touché des légumes, des fruits ou de la viande et avant de passer à table ;
- éviter les contacts directs avec les objets qui pourraient être contaminés par de la terre ;
- laver soigneusement les ustensiles de cuisine et le plan de travail ;
- nettoyer et désinfecter le réfrigérateur régulièrement avec de l'eau javellisée ;
- pour prévenir la toxoplasmose :
 - éviter les chats et tout ce qui peut être contaminé par leurs excréments. Cependant, si vous en avez un : désinfecter son bac à litière avec de l'eau de Javel, si possible, confier une tâche à une autre personne, s'occuper toujours des gants pour ce genre de manipulation ;
 - porter tout le temps des gants pour jardiner.

Examens complémentaires

Table

3

Quelques exemples de la façon dont les données de l'AMU peuvent être utilisées pour interpréter les résultats des examens complémentaires.

Examen	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre	3 ^e trimestre	4 ^e trimestre
Examens obligatoires								
si le résultat est :	si doute							
Prévalence de toxémie	✓							
Coef. de variation	✓							2 ^e détermination si non faite avant
Recherche d'agglutinines irrégulières	✓	si résultat négatif ou si zéro-croixes de transition, poursuivre des recherches d'agglutinines irrégulières renouvelées au cours des 6 ^e et 9 ^e mois						
Prévalence de Rhésus négatif	si RAI ✓				si RAI ✓			si RAI ✓
Recherche d'anticorps	✓	✓						
Recherche d'allo-ABO	✓							
Recherche d'allo-ABO	✓							
Recherche d'allo-ABO	✓	si résultat négatif, renouveler jusqu'au 9 ^e mois et après accouchement						
Recherche d'allo-ABO				✓				
Recherche d'allo-ABO	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Recherche d'allo-ABO				✓				
Examens à proposer systématiquement								
Recherche d'allo-ABO	entre 14 et 16 SA							
Recherche d'allo-ABO	✓							
Recherche d'allo-ABO								entre 16 et 18 SA
Recherche d'allo-ABO	si plus de 3 ans							
Examens à proposer selon la symptomatologie ou les antécédents								
Recherche d'allo-ABO	✓							
Recherche d'allo-ABO	✓							
Recherche d'allo-ABO	✓							

- 1. 2^e détermination d'anticorps
- 2. 2^e recherche d'agglutinines irrégulières
- 3. 1^{er} renouvellement acquis par des croix de transition

Contraception et suites de couches

Les suites de couches sont le temps de vos premiers rendez-vous. Il est important de vous en occuper. Il est parfois possible d'une consultation si vous ne devez pas être de retour en ville. Il est très facile d'adapter rapidement une méthode contraceptive après l'accouchement.



Un entretien avec un médecin ou une sage-femme vous sera proposé lors de votre séjour en maternité afin de déterminer la méthode contraceptive qui vous conviendra le mieux.

Comme allaiter votre enfant

La méthode de l'allaitement maternel et de l'aménorrhée (MAMA) est une méthode de contraception naturelle efficace pendant les 6 premiers mois ou au moins jusqu'au retour de couches, mais elle nécessite un allaitement exclusif, à la demande, jour et nuit, et la persistance d'une aménorrhée.

Comme faire un allaitement artificiel avec un bébé(e)

Les méthodes dont vous pouvez disposer :

- les préservatifs et certains spermicides, utilisables dès les premiers rapports sexuels ;
- un dispositif intra-utérin (stérile) : il peut être posé soit dans les 48 heures qui suivent l'accouchement, soit 4 semaines après celui-ci ;
- les pilules microprogestatives et l'implant, utilisables ultérieurement ;
- les capes et diaphragmes, utilisables 6 à 8 semaines après l'accouchement ;
- les œstrogènes (pilules, timbre et anneau) : proposés ultérieurement, en tenant compte de la durée de l'allaitement ;
- les méthodes naturelles (autres que la MAMA) sont inadaptées en période postnatale, car elles sont basées sur l'observation de cycles mensuels réguliers.

Voie microprogestatif ou implant

Les microprogestatifs et l'implant sont utilisables immédiatement après l'accouchement. Les méthodes œstrogéniques peuvent être prescrites 4 semaines après celui-ci.

La stérilisation à visée contraceptive est autorisée pour les personnes majeures. Contrairement à toutes les autres méthodes contraceptives, elle est irréversible. Sa réalisation est soumise à des conditions strictes : au cours d'une première consultation, la femme exprime et motive sa demande, le médecin lui délivre une information sur la contraception et lui remet le livret « stérilisation à visée contraceptive ». Un délai de réflexion de 4 mois entre la première consultation et la confirmation écrite de la demande de stérilisation est prévu par la loi.

Quelle que soit la méthode utilisée, seul le préservatif masculin ou féminin protège des infections sexuellement transmissibles et de l'infection par le VIH.

Document élaboré par l'Association Française pour l'Éducation Sexuelle (AFES) en collaboration avec les professionnels de santé publique.

Les formalités administratives

Titre

4

1. Le certificat médical

Elle doit être effectuée à l'aide du formulaire médical spécifique établi par un médecin ou une sage-femme, dans les quatorze premières semaines de la grossesse. Les feuillets sont à adresser à l'organisme d'assurance maladie et à la Caisse d'allocation familiale. Elle permet d'avoir accès aux prestations de l'assurance maternité et maladie et à certaines prestations familiales.

2. L'assurance maternité

Voir aussi le site de maternité pages 4 et 5.

3. L'assurance maternité couvre

L'assurance maternité couvre l'ensemble des coûts médicaux, pharmaceutiques, d'analyses et d'examen de laboratoire, d'appareils et d'hospitalisation relatifs ou non à la grossesse, à l'accouchement et à ses suites, pendant une période qui débute quatre mois avant la date présumée de l'accouchement et qui se termine douze jours après celui-ci, dans la limite du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. En dehors de cette période, les examens suivants sont pris en charge en totalité par l'assurance maternité :

- caryotype fœtal et amniocentèse, notamment si l'âge de la femme est égal ou supérieur à 35 ans à la date du prélèvement ;
- test de dépistage du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ;
- dosage de la glycémie ;
- séances de préparation à l'accouchement ;
- interruption volontaire de grossesse pour un motif thérapeutique ;
- séances de rééducation abdominale et périnéo-pelvienne.

Les consultations et les examens complémentaires prévus par le code de santé publique sont également pris en charge par l'assurance maternité.

Qui en bénéficie ?

- Toute femme

- en tant qu'assurée si vous travaillez ;

- ou "ayant droit" d'un assuré ;

- ou bénéficiaire de la CMU (Couverture Maladie Universelle) ;

- ou de l'Aide Médicale de l'Etat ;

- ou dans toute autre situation (vous renseigner auprès des services sociaux de votre caisse d'assurance maladie, de votre mairie, ou de votre centre de PMI).

Les formalités administratives

Fiche

4

Pour le **maternité**

- les frais d'hospitalisation du nouveau-né;
- les soins délivrés en établissement de santé dans les trente jours qui suivent la naissance sont pris en charge également pour le futur père;
- un examen général éventuellement accompagné d'examen de laboratoire complémentaires;
- le dépistage de l'immunodéficience humaine (VIH).

Les indemnités journalières

Ce sont les indemnités journalières destinées à compenser la perte de revenu résultant de la cessation d'activité du fait de la grossesse et de l'accouchement.

Les indemnités journalières pour les salariés

Pour avoir droit à des indemnités pendant le congé maternité, il faut :

1. Avoir travaillé au moins 200 heures au cours des mois précédant la date de début de grossesse ou de début du repos prénatal, ou avoir cotisé sur un salaire équivalant au moins à 1,03 fois le SMIC horaire au cours des six derniers mois précédant la date de début de grossesse ou de début du congé prénatal.
2. Justifier de dix mois d'immatriculation à la date prescrite de l'accouchement (être immatriculée, c'est-à-dire disposer d'un numéro d'assuré social) et justifier d'une durée d'affiliation au régime dont on relève.

Pour bénéficier du versement des indemnités journalières, il faut cesser tout travail salarié pendant au moins huit semaines, dont six semaines après l'accouchement.

Précaution en espèces pour les non-salariés

Vous êtes titulaire chef d'entreprise artisan, commerçant, industriel ou profession libérale ou professionnelle de sorte conventionnée et à jour de vos cotisations, vous bénéficiez en cas de grossesse d'une allocation forfaitaire de repos maternel versée pour moitié à la fin du septième mois de grossesse et pour moitié après l'accouchement. Cette allocation est destinée à compenser partiellement la diminution de vos revenus d'activité. Vous pouvez également bénéficier d'indemnités journalières forfaitaires en cas d'interruption de toute activité.

Conjointes collaboratrices

Vous pouvez bénéficier d'une allocation forfaitaire de repos maternel et, en cas d'interruption de la collaboration ayant donné lieu à remplacement, d'une indemnité destinée à compenser les frais d'embauche du personnel salarié qui vous a remplacé.

Pour toute information, vous adressez à l'organisme conventionné d'assurance-maladie dont vous dépendez ou à votre mutuelle.



Fiche

5

1. Obligation de révéler son état de grossesse

La salariée enceinte n'a pas obligation de révéler son état de grossesse, que ce soit au moment de l'embauche, même pour un contrat à durée déterminée (CDD), pendant la période d'essai ou pendant l'exécution du contrat de travail. En effet, le Code du travail prévoit uniquement l'obligation d'informer l'employeur avant de partir en congé maternité.

La salariée informe donc son employeur de son état de grossesse au moment où elle le souhaite, par écrit ou verbalement.

2. Interdiction de licencier pendant la grossesse

Il est interdit de licencier une femme pendant la grossesse, le congé de maternité et les quatre semaines qui suivent ce congé, sauf en cas de faute grave ou si l'entreprise est dans l'impossibilité de maintenir le contrat de travail pour une cause étrangère à la grossesse (difficultés économiques, par exemple). Même lorsque le licenciement est prononcé pour une de ces deux raisons, il ne peut prendre effet avant la fin du congé.

Pour bénéficier effectivement de cette protection, vous devez envoyer à votre employeur, en recommandé avec accusé de réception, un certificat médical attestant de votre état de grossesse et précisant la date probable de l'accouchement.

Si votre employeur vous licencie avant d'avoir été avisé de votre état de grossesse, vous devez lui adresser dans les quinze jours, par lettre recommandée avec accusé de réception, un certificat médical attestant de votre état de grossesse. Le licenciement sera de ce fait annulé.

• Votre employeur ne peut en aucun cas :

- vous demander de travailler plus de dix heures par jour ;
- vous faire exécuter des tâches pénibles ;
- vous demander de travailler pendant les deux semaines qui précèdent la date probable de votre accouchement et les six semaines qui le suivent.

Si votre travail expose à certains risques incompatibles avec votre état de grossesse (agents chimiques ou toxiques pour la reproduction, plomb et ses dérivés...), l'employeur est tenu de vous proposer temporairement un autre emploi compte tenu des conclusions du médecin du travail et de ses indications sur votre aptitude à exercer une des tâches existantes. En cas d'impossibilité technique de vous proposer un poste compatible avec votre état, l'employeur suspend provisoirement votre contrat.

Si ces risques ont des répercussions sur votre état ou l'allaitement que vous pratiquez, vous pouvez, le cas échéant, bénéficier dans les mêmes conditions d'une suspension de votre contrat de travail à l'issue de votre congé postnatal, pendant une durée maximale d'un mois.

Maternité et travail

Figure

5

Si vous ne pouvez occuper un poste de travail de nuit, vous pouvez, à votre demande ou si le médecin juge ce poste incompatible avec votre état de grossesse, être affectée sur un poste de jour jusqu'au début de votre congé prénatal. En cas d'impossibilité de reclassement, l'employeur suspend provisoirement votre contrat de travail.

En revanche, le reclassement sur un poste de jour à l'issue du congé prénatal ne peut intervenir que si le médecin du travail juge le travail de nuit incompatible avec votre état.

Lorsque ce reclassement est impossible, l'employeur suspend le travail pendant une durée maximale d'un mois.

Dans les deux cas, la salariée bénéficie, pendant la période de suspension du contrat de travail, d'une garantie de rémunération composée :

- d'allocations journalières versées par son organisme d'assurance-maladie ;
- et d'un complément d'indemnités à la charge de l'employeur.

Tableau des durées de suspension

Type de grossesse et situation familiale	Indemnités journalières de l'organisme d'assurance-maladie	Complément d'indemnités à la charge de l'employeur	Total des allocations	
Prénatal	Grossesse ou le foyer a moins de 2 enfants à charge ou pas stables	16 semaines	5 semaines	10 semaines
	Grossesse ou le foyer a déjà 1 enfant à charge ou le foyer a déjà 2 enfants ou pas stables	26 semaines	0 semaines	18 semaines
Post-natal		18 semaines	12 semaines	22 semaines
Après congé prénatal		16 semaines	24 semaines	22 semaines

1. Ce tableau est en vigueur à partir du 1^{er} septembre 2013. Avant cette date, les durées étaient de 10 semaines.

2. Le complément d'indemnités est versé par l'employeur. Le complément d'indemnités est versé par l'employeur.

3. Le complément d'indemnités est versé par l'employeur. Le complément d'indemnités est versé par l'employeur.

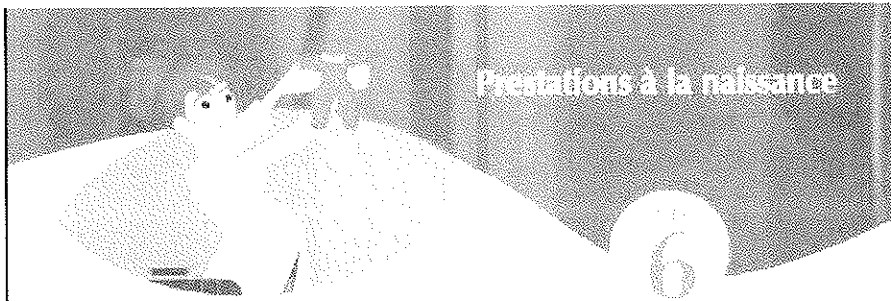
Fin du congé de maternité

Pendant le congé de maternité, la salariée enceinte peut percevoir, en plus des indemnités journalières de la Sécurité sociale, un complément d'indemnités versé par l'employeur, si la convention collective dont elle relève le prévoit.

Fin du congé de maternité : À l'issue de son congé de maternité, la salariée retrouve son emploi précédent ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente, sauf situations particulières (travail de nuit, exposition à certains risques...). Elle a également le droit à un entretien avec son employeur en vue d'une orientation professionnelle.

Adresser une demande de renseignements

- au Centre national d'information et de documentation des femmes et des familles (CNIDFF) : <http://www.cnidff.fr>;
- à la Direction départementale du travail, de l'emploi et de la formation professionnelle (DDTEFP) : <http://www.travail.gouv.fr>;
- à la Caisse primaire d'assurance-maladie (CPAM) dont vous dépendez : <http://www.ameli.fr>;
- aux représentants du personnel ;
- à une organisation syndicale ;
- au service Info-Emploi du ministère de l'Emploi et des Solidarités : <http://www.mats.gouv.fr>;



6 Les prestations à la naissance

- deux prestations ayant pour objet de faire face aux dépenses liées à la naissance d'un enfant et à son entretien :
 - une prime à la naissance (ou à l'adoption),
 - une allocation de base;
- le complément de libre choix d'activité, pour aider l'un des parents à réduire ou à cesser son activité professionnelle afin de s'occuper de son enfant;
- le complément de libre choix du mode de garde, destiné à compenser le coût occasionné par l'emploi d'une assistante maternelle ou d'une employée de maison pour assurer la garde de l'enfant.

Cette prestation est attribuée sous certaines conditions.

6.1 La prime à la naissance

- La femme enceinte peut en bénéficier, si elle :
 - a des ressources inférieures à un plafond;
 - se soumet au premier examen prénatal médical;
 - envoie sa déclaration de grossesse à l'organisme débiteur des prestations familiales dans les quatorze premières semaines.

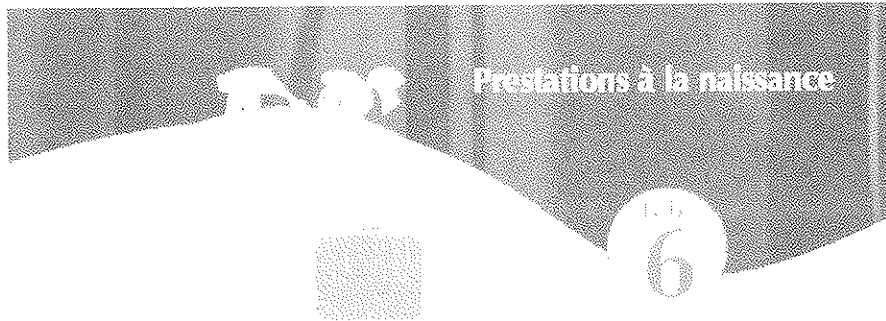
6.2 Le complément de libre choix d'activité

- La personne peut en bénéficier, si :
 - elle a un enfant de moins de 3 ans;
 - elle se soumet aux examens médicaux obligatoires prévus pour les enfants de moins de 6 ans;
 - ses ressources ne dépassent pas le plafond donnant droit à la prime à la naissance.

Cette prestation est versée à compter du premier jour du mois de la naissance de l'enfant et jusqu'au dernier jour du mois civil précédant son troisième anniversaire.

6.3 Le complément de libre choix du mode de garde

- La personne peut en bénéficier :
 - dès le premier enfant;
 - si elle interromp totalement ou partiellement son activité professionnelle pour s'occuper de son enfant de moins de 3 ans;
 - si elle justifie d'au moins huit trimestres de cotisation vieillesse en continu ou non valides au titre d'une activité professionnelle :
 - dans les deux ans qui précèdent la naissance de son enfant si elle n'a qu'un enfant,
 - ou dans les quatre ans s'il s'agit d'un deuxième enfant,
 - ou dans les cinq ans si elle a trois enfants ou plus.



Les deux parents peuvent bénéficier d'un à deux jours par la base de prestations de base plus d'un jour de congés.

- un seul enfant à charge pendant six mois;
- deux enfants à charge ou plus: jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant ou jusqu'au sixième, s'il s'agit de triplés ou plus.

Les congés peuvent être cumulables avec:

- l'indemnité des congés maternité, paternité et d'adoption;
- l'indemnité des congés de maladie ou d'accident du travail;
- un rattachement de vieillesse ou d'invalidité;
- l'allocation aux adultes handicapés;
- les indemnités servies aux travailleurs sans emploi.

Le congé parental d'éducation

Un ménage ou une personne seule peut en bénéficier, si:

- elle emploie à domicile une ou plusieurs personnes pour assurer la garde d'au moins un enfant de moins de 6 ans, ou si elle emploie un assistant maternel agréé;
- elle perçoit un minimum de revenus de son activité professionnelle;
- en cas de garde par un assistant maternel, la rémunération qu'elle verse n'exécède pas, par enfant et par jour de garde, cinq fois la valeur du SMIC brut horaire.

Le congé parental d'éducation est basé sur:

- 50 % des cotisations et contributions sociales dues pour l'emploi, dans la limite d'un plafond, en cas de garde à domicile;
- 100 % de celles-ci en cas de garde par un assistant maternel agréé;
- une partie de la rémunération du salarié qui assure la garde de l'enfant.

Le congé parental d'éducation est basé sur le nombre d'enfants:

- par enfant gardé par une assistante maternelle agréée;
- par famille en cas de garde à domicile (quel que soit le nombre d'enfants gardés).

Les employeurs et les assistants maternels agréés doivent être informés de la prise en compte de ce congé parental d'éducation par l'employeur.

Le congé parental d'éducation

- à la Caisse d'allocations familiales dont vous dépendez;
- à la Mutualité sociale agricole (MSA) de votre département;
- ou à l'organisme chargé du versement des prestations familiales (pour certains régimes spéciaux (SNCF...)).

MATERNITÉ :

Correspondant(e)is :

MATERNEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nom :
 Prénom :
 Date de naissance : Age :
 Adresse :
 Téléphone :
 Nationalité : Lieu de naissance :
 Profession :
 En couple : non oui

SPARTIN

Age : Poids : Taille :
 Nationalité : Lieu de naissance :
 Profession :
 Pathologies :

• Tabac : non oui avant la grossesse nombre/jour :
 pendant la grossesse nombre/jour :
 • Alcool : non oui avant la grossesse nombre/jour :
 pendant la grossesse nombre/jour :
 • Toxicomanie : non oui

ÉTAT DE SANTÉ (MÉTABOLISME / GÉNÉTIQUE)

MÉTABOLISME	<input type="checkbox"/>	HTA	<input type="checkbox"/>	PATRIENNE	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	diabète	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	maladies héréditaires	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	malformations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	allergies	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
.....	<input type="checkbox"/>	autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

ANAMNÈSE

MATERNITÉ

CHU DE LYON

CANICULON/BIEN

DESIGNER AIN - LAINES COUCHES - GROSSEUR ÉCRANEMENT

date	type	résumé	grossesse	grossesse	grossesse

ANAMNÈSE

GROUPES SANGUINS	A	B	AB	O	RAI (+)	positif	négatif
					RAI		

- Rubéole: le _____
- Toxoplasmose: le _____
- Syphilis (treponème): le _____
- Recherche Ag HBs: le _____ vaccinée: non oui
- Sérologie VIH 1 et 2: le _____
- Sérologie hépatite C: le _____
- Hémoglobine: le _____
- Plaquettes: le _____
- Électrophorèse de l'hémoglobine: non oui
- HT 21 proposé: non refus
- class. 217 55 31 42: oui résultat: _____
- Amniocentèse: oui motif: _____
- Bilan glycémique: Test oraux (0h) de charge en glucose (24 5h - 28 5h) le: _____
 HbA1c: normale
 pathologique
- Frotis cervical (moins de 3 ans): non oui
- Poids initial _____ Taille _____

Quotient de sucre DDB:

EC: norme

AP

ÉTUDES PÂTIÈRES

Psychographe Date: Nombre d'embryons:
T: CN:
LCC: Autres:
BIP:

Psychographe Date: T:
Conclusion:

Psychographe Date: T:
Conclusion:

ANALYSES

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

ANALYSES

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

CONSTITUTION PRÉNATALE

Le: à: Docteur: SF:

Le: à: Docteur: SF:

Le: à: Docteur: SF:

Le: à: Docteur: SF:

Le: à: Docteur: SF:

Le: à: Docteur: SF:

Consultation d'anesthésie: le: à:

Cours de préparation à la naissance: le: à:

Par:

ANAMNÈSE

Date de naissance: Heure de naissance: h min

Lieu de naissance (nom de l'établissement et adresse):

Âge gestationnel (en semaines d'aménorrhée révoquée):

Présentation: sommet siège autre

Début de travail: spontané déclenché césarienne avant travail

Rupture membranaire plus de 12 heures avant l'accouchement: non oui

Analgésie: aucune générale péridurale rachianesthésie autre

Naissance par: voie basse non instrumentale extraction voie basse instrumentale

césarienne programmée césarienne en urgence

En cas de césarienne, quelle est l'indication? cause maternelle cause fœtale

Couleur du liquide amniotique: clair teinté méconial autre

Fèvre maternelle: non oui

Examen de l'enfant à la naissance:

Poids: g DCI: cm Taille: cm

Transient: non oui

Pathologie pendant le séjour en maternité:

.....

.....

CONTINUED

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

CONTINUED

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

CONTINUED

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

CONTINUED

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

QUESTIONNAIRE

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

QUESTIONNAIRE

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

QUESTIONNAIRE

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

QUESTIONNAIRE

Le:	Terme:	Par:
Poids:		Signes particuliers:
TA:	Sucre:	
HU:	Albumine:	
BDC:	Toxoplasmose:	Bilans et traitements:
MA:	RAI:	
TV:		

Sites Internet utiles

Santé Solidarité : <http://www.sante.gouv.fr>

Service Public.fr : <http://www.service-public.fr/particuliers/N147.html?n=Famille&n=N10>

Addictions

<http://www.sauv.fr/sauv/accueil>

01 25 00 310 (Tarification : numéros spéciaux)

<http://www.drogues.gouv.fr/ukb/ukb05.html>

0800 23 13 13 (Tarification : numéros spéciaux)

Alimentation

Le Guide alimentaire pour tous

<http://www.leges.sante.fr/CTE/Bases/catalogue/pd0501.pdf>

Le Guide nutrition de la naissance - 3 ans

<http://www.leges.sante.fr/CTE/Bases/catalogue/pd0500.pdf>

Prochainement un guide nutrition destiné aux femmes enceintes

<http://www.mangerbouger.fr>

Risque domestique et environnemental

Le Guide de dépistage et de prise en charge de l'intoxication par le plomb de l'enfant

et de la femme enceinte http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/guide_de_depistage_et_de_prise_en_charge.pdf

INVS <http://www.invs.sante.fr>

Prestations

Assurance-maladie en ligne <http://www.ameli.fr>

Protection sociale du monde agricole et rural <http://www.mrsa.fr>

Caisse nationale d'assurance-maladie des professions indépendantes <http://www.cnap.fr>

Allocations familiales <http://www.aifa.fr>

Urssaf <http://www.urssaf.fr>

Travail

Portail Cohésion sociale <http://www.cohesion-sociale.gouv.fr>

<http://www.sante-securite.travail.gouv.fr/accueil.html> - Rythme professionnel - parents - Maternité et

Institut national de recherche et de sécurité

<http://www.inrs.fr/regions/regions.html>

Service Info du ministre de l'Emploi

Tél. : 0800 1347 347 (Tarification : numéros spéciaux)

Violences conjugales

<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/violences.pdf>

Fédération nationale solidarité femmes

<http://www.fnsf.org>

Tél. : 01 40 53 90 00

Ministère de la Santé et des Solidarités
Direction générale de la Santé
14 Avenue Daumesnil - 75012 PARIS
Tél. : 01 40 50 00 00 - Fax : 01 40 50 00 00

140218 (Mars 2012) - 15 pages (hors sommaire) - 100% financé par le Ministère de la Santé

ANNEXE 8 (source snjmg.com)

▼ Gynécologie (*) ▼		Au cabinet médical						
		Feuille de soins						
Actes	Code des actes	Activités	C, CS, CNPSY, V, VS, VNPSY	Autres actes (K, CSC, P...) éléments de tarification CCAM	montant des honoraires facturés	ID/M D	Montant total	Tiers payant
Prélèvement cervicovaginal (pour frottis cytologique) <u>Informations</u>	JKHD001	1			9,64		9,64	2,39
Frottis unilatéral ou bilatéral d'un écoulement mamelonnaire	QEHP002	1			11,68		11,68	3,50
Pose d'un dispositif intra-utérin <u>Informations</u>	JKLD001	1			38,40		38,40	11,52
Changement d'un dispositif intra-utérin	JKKD001	1			38,40		38,40	11,52
Ablation d'un dispositif intra-utérin par voie vaginale <u>Informations</u>	JKGD004	1			0,00		0,00	0,00
Ablation d'un dispositif intra-utérin par un matériel intra-utérin de préhension, par voie vaginale	JKGD001	1			62,70		62,70	18,81
Pose de dispositif intravaginal (Pose de pessaire, de diaphragme, de cape cervicale)	JLLD001	1			0,00		0,00	0,00
Pose d'implant contraceptif sous cutané	QZLA004	1			14,47		14,47	3,71
Ablation ou changement d'implant contraceptif sous cutané	QZGA002	1			41,80		41,80	12,54
Libération non chirurgicale de coalescence des petites lèvres de la vulve <u>Informations</u>	JMPP001	1			31,35		31,35	9,41
Libération chirurgicale de coalescence des petites lèvres de la vulve <u>Informations</u>	JMPA003	1			31,35		31,35	9,41
Accouchement céphalique unique chez une primipare <u>Informations</u>	JQGD010	1			313,50		313,50	94,05
Accouchement céphalique unique chez une multipare	JQGD012	1			313,50		313,50	94,05

10. BIBLIOGRAPHIE

- [1] CUMMINGS DM, WHETSTONE L, SHENDE A, WEISMILLER D. Predictors of screening mammography: Implications for office practice. Arch Fam Med 2000;9:870-875
- [2] LURIE N, SLATER J, MC GOVERN P, EKSTRUM J, QUAM L, MARGOLIS K. Preventive care for women-Does the sex of the physician matter ?. The New England Journal of Medicine 1993;329:478-482
- [3] PEMBERTON AG, MARGOLIS K, MINK P, MC GOVERN P, LURIE N. Women's preferences for specialists who provide cancer screening and general medical care. J Gen Intern Med 1998;13:624-626
- [4] LURIE N, MARGOLIS K, MC GOVERN P, MINK P, SLATER J. Why do patients of female physicians have higher rates of breast and cervical cancer screening?. J Gen Intern Med 1997;12:34-43
- [5] DRESDEN G, BALDWIN LM, ANDRILLA CHA, SKILLMAN S, BENEDETTI T. Influence of obstetric practice on workload and practice patterns of family physicians and obstetrician-gynecologists. Annals of family medicine 2008;6:5-11
- [6] INSTITUT NATIONAL DU CANCER. Etat des lieux du cancer du col de l'utérus. INCa ; 2007
- [7] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Cahier des charges du dépistage organisé du cancer du col de l'utérus. www.santé.gouv.fr; 2006
- [8] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Conduite à tenir devant une patiente ayant un frottis cervico-vaginal aormal. Actualisation 2002. Anaes ; 2002
- [9] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Stratégies de choix des méthodes contraceptives chez la femme. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis : Anaes ; 2004
- [10] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Saint-Denis La Plaine : HAS ; 2005
- [11] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Rapport d'élaboration du référentiel d'évaluation des pratiques professionnelles. Dépistage du cancer du sein en médecine générale. Anaes ; 2004
- [12] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Le dépistage du cancer du sein par mammographie dans la population générale. Anaes ; 1999

[13] AGENCE NATIONALE D'ACCREDITATION ET D'EVALUATION EN SANTE. Dépistage du cancer du sein par mammographie : évaluation de la méta-analyse de Gotzsche et Olsen. Anaes ; 2002

[14] JAIN N, IRWIN K, MONTANO D, KASPRZYK D, CARLIN L, FREEMAN C, BARNES R, CHRISTIAN J, WOLTERS C. Family physicians' knowledge of genital human papillomavirus (hpv) infection and hpv-related conditions, United States, 2004. Fam med 2006;38(7):483-489

[15] KITAMURA K, FETTERS M, BAN N. Preconception care by family physicians and general practitioners in Japan. BMC Family Practice 2005;6:31-38

[16] KITAMURA K, FETTERS M, BAN N. Contraceptive care by family physicians and general practitioners in Japan: attitudes and practices. Fam Med 2004;36(4):279-283

[17] MINISTERE DE LA SANTE ET DES SOLIDARITES. Avis du comité technique des vaccinations et du conseil supérieur d'hygiène publique de France relatif à la vaccination contre les papillomavirus humains 6, 11,16 et 18. www.sante.gouv.fr ;2007

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, et 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 mes 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° 343

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

RESUME

Sujet : Les médecins généralistes peuvent ressentir des difficultés dans la pratique de la gynécologie, avec pour effet une limite de leur pratique.

Objectifs et méthodes : Cette étude s'intéresse aux difficultés rencontrées par les médecins généralistes de Corrèze dans la pratique courante de la gynécologie. Il s'agit d'une enquête réalisée auprès de 240 médecins entre le 15 Décembre 2007 et le 15 Mars 2008.

Résultats : 160 réponses ont été reçues dont 158 exploitables (65,8%). Les répondeurs sont âgés (64,6% > à 50 ans), de sexe masculin (76,6%), avec un faible volume de consultations à motif gynécologique (86,1% < à 10 consultations par semaine). Les actes techniques sont les moins pratiqués (9,5% pour la pose de stérilet, 48,7% pour le retrait de stérilet, 8,9% pour la pose d'implant sous cutané, 13,3% pour le retrait d'implant) en dehors du frottis cervico-vaginal (77,8%). 79,1% des médecins interrogés suivent des grossesses, 96,8% prescrivent des contraceptions orales, 94,9% pratiquent la surveillance sénologique. Le frein principal à la réalisation des actes techniques est le manque de formation et/ou de pratique. Il en va de même pour les suivis de grossesses. Pour les frottis cervico-vaginaux, il ne se dégage pas d'élément principal identifiable.

Conclusion : Les médecins généralistes ont un rôle important à jouer dans le suivi gynécologique des patientes. Pour ce faire, il importe d'insister sur la formation médicale initiale et continue (en particulier la partie pratique) et d'informer les patientes sur la capacité des médecins généralistes à réaliser un tel suivi. Il semble intéressant également de rappeler les cotations ainsi que les dispositions réglementaires inhérentes à ces actes.

TITLE: THE REASON FOR GYNAECOLOGICAL CONSULTATIONS MOST FREQUENTLY ENCOUNTERED IN GENERAL PRACTICE: PRACTICE AND DIFFICULTIES. FINDINGS OF A SURVEY OF GENERAL PRACTITIONERS IN CORREZE.

ABSTRACT

Background: Some General practitioners may encounter difficulties in practising gynaecology thus limiting their activity.

Objectives and methods: Our study analyses the difficulties of GPs in Corrèze in the practice of common gynaecologic consultations. It consists in a survey of 240 GPs. The period of response was from 15 December 2007 to 15 March 2008.

Results: 160 replies were received of which 158 were useful (65,8%). The GPs are quite old (64,4% of respondents were aged over 50 years), and 76,6% were male. Their volume of gynaecologic consultations was relatively slight (< to 10 per week in 86,1% of cases). Technical procedures are less practiced by GPs (9,5% for intra uterine device insertion, 48,7% for intra uterine device removal, 8,9% for implant insertion, 13,3% for implant removal), except Pap smear's realisation (77,8%). 79,1% of interested GPs do pregnancy supervision, 96,8% prescribe oral contraception, 94,9% do breast examination. The principal difficulty is the lack of formation and/or training to make technical procedures and to follow through pregnancy. Concerning the Pap smear, there is no main item found.

Conclusions: GPs have a major part to play in the gynaecologic follow up. Therefore, initial and continuous medical education must be intensified (particularly technical procedures). The course of action is to inform patients about the GP's ability to do gynaecologic follow up. It would seem of interest to remind GPs of the valuation and legal arrangements of those procedures.

Médecine générale- Doctorat en Médecine

MOTS-CLEFS Gynécologie, enquête, médecine générale, difficultés

KEY-WORDS Gynecology, survey, general practitioners, difficulty

UFR de Médecine ¹ Faculté de Médecine de Limoges – 2 rue du Docteur Marcland – 87025
Limoges Cedex