



AVERTISSEMENT

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

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

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

Contact : ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

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

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

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

THESE

Pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement
Dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

Par

Jean-Philippe FIZAINÉ

Le lundi 13 Octobre 2003

LE MEDECIN GENERALISTE ET LA PREVENTION DANS LE DOMAINE PERINATAL

**Réflexions et propositions issues d'une enquête portant sur les actions
de prévention en Périnatalité**

**« Pour une participation au plus large
des professionnels dans le cadre du Réseau Périnatal Lorrain »**

Examineurs de la thèse

Monsieur Michel SCHWEITZER	Professeur	Président
Monsieur Jean-Pierre DESCHAMPS	Professeur	Juge
Monsieur Jean-Dominique DE KORWIN	Professeur	Juge
Madame Nelly DEQUIDT	Docteur en Médecine	Juge
Monsieur Gilbert ALIN	Docteur en Médecine	Juge

FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY



Président de l'Université : Professeur Claude BURLET

Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Patrick NETTER

Vice-Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE

Assesseurs

du 1^{er} Cycle :

du 2^{ème} Cycle :

du 3^{ème} Cycle :

de la Vie Facultaire :

Mme le Docteur Chantal KOHLER

Mr le Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

Mr le Professeur Hervé VESPIGNANI

Mr le Professeur Bruno LEHEUP

DOYENS HONORAIRES

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Jacques ROLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

Louis PIERQUIN – Etienne LEGAIT – Jean LOCHARD – René HERBEUVAL – Gabriel FAIVRE – Jean-Marie FOLIGUET

Guy RAUBER – Paul SADOUL – Raoul SENAULT – Marcel RIBON

Jacques LACOSTE – Jean BEUREY – Jean SOMMELET – Pierre HARTEMANN – Emile de LAVERGNE

Augusta TREHEUX – Michel MANCIAUX – Paul GUILLEMIN – Pierre PAYSANT

Jean-Claude BURDIN – Claude CHARDOT – Jean-Bernard DUREUX – Jean DUHEILLE – Jean-Pierre GRILLIAT

Pierre LAMY – Jean-Marie GILGENKRANTZ – Simone GILGENKRANTZ

Pierre ALEXANDRE – Robert FRISCH – Michel PIERSON – Jacques ROBERT

Gérard DEBRY – Georges GRIGNON – Pierre TRIDON – Michel WAYOFF – François CHERRIER – Oliéro GUERCI

Gilbert PERCEBOIS – Claude PERRIN – Jean PREVOT – Jean FLOQUET

Alain GAUCHER – Michel LAXENAIRE – Michel BOULANGE – Michel DUC – Claude HURIET – Pierre LANDES

Alain LARCAN – Gérard VAILLANT – Daniel ANTHOINE – Pierre GAUCHER – René-Jean ROYER

Hubert UFFHOLTZ – Jacques LECLERE – Francine NABET – Jacques BORRELLY

Michel RENARD – Jean-Pierre DESCHAMPS – Pierre NABET – Marie-Claire LAXENAIRE – Adrien DUPREZ – Paul VERT

Philippe CANTON – Henri HEPNER – Bernard LEGRAS – Pierre MATHIEU – Jean-Marie POLU

Antoine RASPILLER – Gilbert THIBAUT – Michel WEBER

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS -
PRATICIENS HOSPITALIERS

(Disciplines du Conseil National des Universités)

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (*Anatomie*)

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

2^{ème} sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Professeur Bernard FOLIGUET

3^{ème} sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD – Professeur Eric LABOUYRIE

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Professeur Alain BERTRAND – Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE

2^{ème} sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Professeur Luc PICARD – Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Professeur Jean-Pierre NICOLAS

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Professeur Jean-Pierre CRANCE – Professeur Jean-Pierre MALLIE

Professeur François MARCHAL – Professeur Philippe HAOUZI

3^{ème} sous-section : (*Biologie cellulaire*)

Professeur Claude BURLET

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Professeur Olivier ZIEGLER

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)

Professeur Alain LE FAOU – Professeur Alain LOZNIOWSKI

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Professeur Bernard FORTIER

3^{ème} sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON

Professeur Francis GUILLEMIN – Professeur Denis ZMIROU

2^{ème} sous-section : (*Médecine et santé au travail*)

Professeur Guy PETIET – Professeur Christophe PARIS

3^{ème} sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)

Professeur Henry COUDANE

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Professeur Christian JANOT – Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Pierre LEDERLIN – Professeur Jean-François STOLTZ

2^{ème} sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie*)

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Pierre BEY – Professeur Didier PEIFFERT

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Dan LONGROIS - Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES

2^{ème} sous-section : (*Réanimation médicale*)

Professeur Henri LAMBERT – Professeur Alain GERARD

Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT – Professeur Bruno LÉVY

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

4^{ème} sous-section : (*Thérapeutique*)

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD

49^{ème} Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION

1^{ère} sous-section : (Neurologie)

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ

2^{ème} sous-section : (Neurochirurgie)

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

3^{ème} sous-section : (Psychiatrie d'adultes)

Professeur Jean-Pierre KAHN

4^{ème} sous-section : (Pédopsychiatrie)

Professeur Colette VIDAILHET – Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC

5^{ème} sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)

Professeur Jean-Marie ANDRE



50^{ème} Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE

1^{ère} sous-section : (Rhumatologie)

Professeur Jacques POUREL – Professeur Isabelle VALCKENAERE

2^{ème} sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)

Professeur Daniel SCHMITT – Professeur Jean-Pierre DELAGOUTTE – Professeur Daniel MOLE

Professeur Didier MAINARD

3^{ème} sous-section : (Dermato-vénéréologie)

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

4^{ème} sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique)

Professeur François DAP

51^{ème} Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE

1^{ère} sous-section : (Pneumologie)

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT

2^{ème} sous-section : (Cardiologie)

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL –

Professeur Christian de CHILLOU

3^{ème} sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT

Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACE

4^{ème} sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)

Professeur Gérard FIEVE

52^{ème} Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE

1^{ère} sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie)

Professeur Marc-André BIGARD

Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI

2^{ème} sous-section : (Chirurgie digestive)

-

3^{ème} sous-section : (Néphrologie)

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN (Mme)

4^{ème} sous-section : (Urologie)

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Luc CORMIER

53^{ème} Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE

1^{ère} sous-section : (Médecine interne)

Professeur Francis PENIN – Professeur Denise MONERET-VAUTRIN – Professeur Denis WAHL

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS – Professeur Gisèle KANNY

2^{ème} sous-section : (Chirurgie générale)

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION

1^{ère} sous-section : (Pédiatrie)

Professeur Danièle SOMMELET – Professeur Michel VIDAILHET – Professeur Pierre MONIN
Professeur Jean-Michel HASCOET – Professeur Pascal CHASTAGNER – Professeur François FEILLET

2^{ème} sous-section : (Chirurgie infantile)

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Gilles DAUTEL – Professeur Pierre JOURNEAU

3^{ème} sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)

Professeur Michel SCHWEITZER – Professeur Jean-Louis BOUTROY

Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

4^{ème} sous-section : (Endocrinologie et maladies métaboliques)

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

5^{ème} sous-section : (Biologie et médecine du développement et de la reproduction)

Professeur Hubert GERARD

55^{ème} Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU

1^{ère} sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI

2^{ème} sous-section : (Ophtalmologie)

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

3^{ème} sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)

Professeur Michel STRICKER – Professeur Jean-François CHASSAGNE

=====

PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

64^{ème} Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Daniel BURNEL

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

42^{ème} Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

1^{ère} sous-section : (Anatomie)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Jean-Pascal FYAD

2^{ème} sous-section : (Cytologie et histologie)

Docteur Edouard BARRAT – Docteur Jean-Claude GUEDENET

Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

3^{ème} sous-section : (Anatomie et cytologie pathologiques)

Docteur Yves GRIGNON – Docteur Béatrice MARIE

Docteur Laurent ANTUNES

43^{ème} Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

1^{ère} sous-section : (Biophysique et médecine nucléaire)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE – Docteur Amar NAOUN

44^{ème} Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

1^{ère} sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Xavier HERBEUVAL – Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Bernard NAMOUR – Docteur Marc MERTEN

2^{ème} sous-section : (*Physiologie*)

Docteur Gérard ETHEVENOT – Docteur Nicole LEMAU de TALANCE – Docteur Christian BEYAERT

4^{ème} sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Didier QUILLIOT

45^{ème} Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

1^{ère} sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Michèle WEBER – Docteur Christine LION

Docteur Michèle DAILLOUX – Docteur Véronique VENARD

2^{ème} sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Marie-France BIAVA – Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU

46^{ème} Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

1^{ère} sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur François ALLA

4^{ème} sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication (type biologique)*)

Docteur Pierre GILLOIS

47^{ème} Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE

1^{ère} sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)

Docteur François SCHOONEMAN

3^{ème} sous-section : (*Immunologie*)

Docteur Marie-Nathalie SARDA

4^{ème} sous-section : (*Génétique*)

Docteur Christophe PHILIPPE

**48^{ème} Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

1^{ère} sous-section : (*Anesthésiologie et réanimation chirurgicale*)

Docteur Jacqueline HELMER – Docteur Gérard AUDIBERT

3^{ème} sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT

Docteur Damien LOEUILLE

**54^{ème} Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-OBSTÉTRIQUE,
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

5^{ème} sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction*)

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES

19^{ème} section : SOCIOLOGIE, DÉMOGRAPHIE

Madame Michèle BAUMANN

32^{ème} section : CHIMIE ORGANIQUE, MINÉRALE, INDUSTRIELLE

Monsieur Jean-Claude RAFT

40^{ème} section : SCIENCES DU MÉDICAMENT
Monsieur Jean-Yves JOUZEAU

60^{ème} section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE
Monsieur Alain DURAND

64^{ème} section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE
Madame Marie-Odile PERRIN – Mademoiselle Marie-Claire LANHERS

65^{ème} section : BIOLOGIE CELLULAIRE
Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY – Madame Anne GERARD
Madame Ketsia HESS – Monsieur Pierre TANKOSIC – Monsieur Hervé MEMBRE

67^{ème} section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE
Madame Nadine MUSSE

68^{ème} section : BIOLOGIE DES ORGANISMES
Madame Tao XU-JIANG

=====

MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

Médecine Générale
Docteur Alain AUBREGE
Docteur Francis RAPHAEL

=====

PROFESSEURS ÉMÉRITES

Professeur Georges GRIGNON – Professeur Michel PIERSON – Professeur Michel BOULANGE
Professeur Alain LARCAN – Professeur Michel WAYOFF – Professeur Daniel ANTHOINE
Professeur Hubert UFFHOLTZ – Professeur Pierre GAUCHER – Professeur Claude CHARDOT
Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Paul VERT – Professeur Jean PREVOT – Professeur Jean-Pierre GRILLIAT
Professeur Philippe CANTON – Professeur Henri HEPNER – Professeur Pierre MATHIEU – Professeur Gilbert THIBAUT

=====

DOCTEURS HONORIS CAUSA

Professeur Norman SHUMWAY (1972)
Université de Stanford, Californie (U.S.A)
Professeur Paul MICHELSEN (1979)
Université Catholique, Louvain (Belgique)
Professeur Charles A. BERRY (1982)
Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)
Brown University, Providence (U.S.A)
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)
Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)
Wanderbilt University, Nashville (U.S.A)
Harry J. BUNCKE (1989)
Université de Californie, San Francisco (U.S.A)

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)
Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)
Université de Pennsylvanie (U.S.A)
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)
Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)
Université d'Helsinki (FINLANDE)
Professeur James STEICHEN (1997)
Université d'Indianapolis (U.S.A)
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur Michel SCHWEITZER
Professeur de Gynécologie-Obstétrique,

Vous nous faites le grand honneur d'accepter la présidence de notre thèse.

Nous avons eu l'occasion, lors de notre stage à la Maternité Régionale, d'apprécier votre esprit clinique et vos grandes qualités humaines.

Puissiez-vous trouver dans ce travail le témoignage de notre vive reconnaissance et de notre haute considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Pierre DESCHAMPS
Professeur Honoraire,
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques,

Vous nous faites l'honneur de participer au jury de cette thèse.

Nous avons apprécié votre aide et votre confiance quant à la réalisation de ce travail. Nous vous en remercions vivement.

Nous vous prions de bien vouloir trouver ici l'expression de notre profond respect et le témoignage de notre reconnaissance.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Monsieur le Professeur Jean-Dominique DE KORWIN
Professeur de Médecine Interne,

Pour la spontanéité avec laquelle vous avez
accepté de juger cette thèse.

Nous avons eu le privilège de bénéficier de
votre enseignement notamment dans le cadre
du Troisième Cycle Universitaire de
Médecine Générale. Votre rigueur et votre
dynamisme nous ont beaucoup touché.

Nous vous prions de croire en l'expression
de notre respectueuse gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

**Madame le Docteur Nelly DEQUIDT,
Docteur en Médecine,
Médecin Départemental de PMI Meurthe et Moselle,**

Vous nous avez confié le sujet de cette thèse et vous avez toujours su nous soutenir et nous guider quant à la réalisation de ce travail.

Durant ces deux années de régulières rencontres, nous avons pu apprécier vos compétences, votre dynamisme, votre disponibilité et vos grandes qualités humaines.

Permettez-nous de vous exprimer nos plus vifs remerciements et notre profonde admiration.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

**Monsieur le Docteur Gilbert ALIN,
Docteur en Médecine,
Médecin Généraliste,**

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en jugeant cette thèse destinée à valider le troisième cycle d'études d'un futur médecin généraliste.

Au cours de ce travail que vous avez soutenu et encouragé, nous avons pu apprécier l'importance de vos compétences, de votre expérience ainsi que la chaleur de votre accueil.

Soyez assuré de notre respectueuse reconnaissance.

A tous les médecins généralistes, gynécologues et gynécologues obstétriciens,
Pour votre importante participation à cette enquête.

**A tous les médecins, toutes les sages femmes et tous les autres membres de la
Commission de Prévention du Réseau Périnatal Lorrain,**
Pour votre dynamisme et l'intérêt que vous portez à l'égard de la
Prévention.

A l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Lorraine,
Monsieur le Docteur Alix Fiorletta,
Monsieur le Docteur Rémi Unvois,
Madame Michèle Antoine,
Pour nous avoir permis l'envoi de cette enquête.

**Au service d'Epidémiologie et d'Evaluation Clinique du Centre Hospitalier et
Universitaire de Nancy,**
Monsieur Jean-Marc Virion,
Madame Monique Fischer,
Pour vos compétences et votre aide dans l'interprétation statistique de ce travail.

Au Réseau Périnatal Lorrain,
Monsieur le Docteur Philippe Dulucq,
Praticien Hospitalier,
Chef de Service de Pédiatrie au Centre Hospitalier de Remiremont,
Président du Réseau Périnatal Lorrain,
Pour votre soutien envers cette thèse.

A madame le docteur Dominique Lingk,
Médecin Inspecteur de Santé Publique,
Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales de Lorraine,
Pour vos précieux conseils.

A madame le docteur Angeline Fresse,
Médecin Départemental de PMI Meuse.
En souvenir de votre accueil, votre enseignement, et vos multiples
conseils lors de mon stage au Centre Médico-social de Verdun.

**Veillez trouver ici l'expression de notre reconnaissance
et nos plus vifs remerciements.**

A Céline,

Pour ta présence et ton continuel renfort pendant ces années estudiantines,
Pour tous ces moments merveilleux déjà partagés et
pour tous ceux que nous allons vivre ensemble,
Pour tout le bonheur que tu m'apportes,
Je te fais part de tout mon amour.

A mes parents,

Pour tous vos encouragements et votre aide au fil de ces longues études,
Que ce travail soit aujourd'hui la marque de toute ma gratitude,
Je vous dédie cette thèse avec tout mon amour.

A Marie-Pierre, ma sœur,

Pour ton constant soutien et ton aide précieuse au cours de ces années,
Pour cette complicité qui nous lie depuis toujours,
Avec toute mon affection.

A Matthias et Francis,

A toute ma famille,

A Dolorès, à Régis, à Célia et à toute ma belle-famille,

A la mémoire de mes grands-parents disparus,

Pour votre gentillesse et vos encouragements,
Tous mes remerciements.

A tous mes amis,

A Lou-Anne, Carole et Vincent,

A Audrey et Franck,

A Marie et William,

A Ingrid et Régis,

**A toutes les « filles », Alexandra, Bénédicte, Dorothee, Géraldine,
et leurs « hommes »,**

Pour notre amitié de longue date,
Pour tous ces bons moments passés en votre compagnie,
Et pour tous les moments à venir...

A Arlette et au Docteur Jacques Stalars,

Pour votre accueil des plus chaleureux à Damvillers
au cours de mon stage chez le praticien,
Pour m'avoir guidé dans mes premiers pas de Docteur,
Pour vos précieux conseils,

Tous mes remerciements.

A tous les médecins que j'ai eu la chance de rencontrer au cours de ces premiers
remplacements en Médecine Générale :

A Tien Aï et Philippe Favier,

A la future maison médicale de Vigneulles-les-Hattonchatel,
En souvenir de nos éternelles discussions sur la formation
des futurs médecins généralistes,

A Caroline et Manu Pinard,

Pour mes remplacements en Haute-Marne, à Joinville,

A Thierry Kosc et Patrice Delette,

Pour mes remplacements dans la Marne, à Damery,

Pour votre gentillesse et la qualité de votre accueil, mille fois merci.

SERMENT

"Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque".

SOMMAIRE

INTRODUCTION

P.22

PREMIERE PARTIE : LA SANTE POUR TOUT LE MONDE : DIFFICULTES ET MOYENS

I CONTEXTE ACTUEL.

P. 24

I.1. EVOLUTION SOCIETALE

- I.1.1. Vieillessement de la population et allongement de la durée de vie.
- I.1.2. Evolution de la structure familiale.
- I.1.3. Evolution du statut des femmes.
- I.1.4. Augmentation du niveau de vie mais creusement des écarts.
- I.1.5. Urbanisation des territoires et mondialisation de l'information.

I.2. DECISIONS ET MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES DE SANTE.

- I.2.1. Au niveau national.
- I.2.2. A l'échelon régional.
- I.2.3. La planification des ressources du territoire.

II LA SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU NE.

P.33

II.1. LES INDICATEURS DE SANTE.

- II.1.1. Le taux de mortalité périnatale.
- II.1.2. Le taux de mortalité maternelle.
- II.1.3. Les causes de ces différentes mortalités.

II.2. HISTORIQUE DES ACTIONS EN PERINATALITE.

- II.2.1. Légitimité des actions entreprises.
- II.2.2. Les différents plans de périnatalité.
- II.2.3. Les décrets de périnatalité.

II.3. L' EVALUATION REGIONALE DES BESOINS.

- II.3.1. La Commission Régionale de la Naissance.
- II.3.2. Le SROS Périnatalité.

III LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE.

P.40

III.1. RAPPEL DES CONCEPTS.

III.2. LA MISE EN PLACE DES INSTANCES ET DES MOYENS D'EVALUATION.

III.2.1. A l'échelon national.

III.2.2. A l'échelon régional.

III.3. ORIENTATIONS 2003.

III.3.1. Emergence des réseaux de santé.

III.3.2. Les nouveaux édifices régionaux de santé.

III.3.3. L'élaboration des Schémas de Services Collectifs.

III.3.4. De nouvelles bases pour la définition des objectifs de Santé Périnatale.

DEUXIEME PARTIE : LE MEDECIN GENERALISTE ET LE SUIVI DE GROSSESSE

I L'EXERCICE DE SUIVI DE GROSSESSE PAR LE MEDECIN GENERALISTE

P.49

I.1. LA DECLARATION DE GROSSESSE.

I.2. LES EXAMENS PRENATAUX.

- I.2.1. La première consultation.
- I.2.2. Les consultations suivantes.
- I.2.3. Les consultations du 8^o et 9^o mois.
- I.2.4. La consultation post natale.

I.3. LES FACTEURS DE RISQUE.

- I.3.1. Les antécédents généraux médicaux.
- I.3.2. Les facteurs individuels et sociaux.
- I.3.3. Les antécédents chirurgicaux.
- I.3.4. Les antécédents gynécologiques.
- I.3.5. Les antécédents obstétricaux.
- I.3.6. L'hérédité.

I.4. LES EXAMENS BIOLOGIQUES.

- I.4.1. Les examens obligatoires.
- I.4.2. Les autres examens biologiques (réalisables mais non obligatoires).

I.5. LES EXAMENS ECHOGRAPHIQUES.

- I.5.1. Premier examen.
- I.5.2. Deuxième examen.
- I.5.3. Troisième examen.

II PLACE DE LA PREVENTION DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE.

II.1. RECOMMANDATIONS GENERALES.

P.60

II.2. ROLE D'UNE ALIMENTATION EQUILIBREE.

- II.2.1. Besoins nutritionnels de la femme enceinte.
- II.2.2. Besoins et supplémentation en minéraux, vitamines et en oligoéléments.
- II.2.3. Les conseils alimentaires.

II.3. PREVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES.

- II.3.1. Maladies à transmission oro digestive.
- II.3.2. Maladies à transmission aéroportée.
- II.3.3. Maladies transmises par les sécrétions sexuelles.
- II.3.4. Maladies à transmission sanguine.
- II.3.5. Maladies transmises par d'autres sécrétions : salive, urinaire ... : mixtes.
- II.3.6. Maladies à transmission vectorielle.
- II.3.7. Vaccination et grossesse.

II.4. L'ACCOMPAGNEMENT DES MODIFICATIONS LIEES A LA GROSSESSE.

- II.4.1. Les troubles digestifs.
- II.4.2. Les troubles veineux.
- II.4.3. Les troubles cutanéomuqueux.
- II.4.4. Les troubles gingivodentaires.
- II.4.5. Les troubles neurologiques, ORL et ophtalmologiques.
- II.4.6. Les troubles psychiques.
- II.4.7. Les troubles du sommeil.

II.5. LA PREVENTION AU QUOTIDIEN.

- II.5.1. Transports et voyages.
- II.5.2. Sports, loisirs et sexualité.
- II.5.3. Travail.

II.6. PREVENTION DES CONDUITES A RISQUE.

- II.6.1. Grossesse et tabac.
- II.6.2. Grossesse et alcool.
- II.6.3. Substances illicites et grossesse.

II.7. PROMOTION DE L'ALLAITEMENT MATERNEL.

- II.7.1. Introduction. Contexte actuel.
- II.7.2. Les bénéfices de l'allaitement maternel.
- II.7.3. Les facteurs qui influencent l'allaitement maternel.
- II.7.4. Place de la prévention.

TROISIEME PARTIE : LA PROMOTION DE LA SANTE AUTOUR DE LA NAISSANCE

I LES DIFFERENTS ACTEURS DE SANTE : LA NOTION DE RESEAU.

P.86

II LES OUTILS DEJA EXISTANTS.

P.88

II.1. PROTECTION SOCIALE.

- II.1.1. Les examens obligatoires.
- II.1.2. Prestations gérées par les différentes Caisses d'Assurance Maladie.
- II.1.3. Prestations gérées par les Caisses d'Allocations Familiales.
- II.1.4. Suivis particuliers en cas de pathologie ou de problèmes médico-sociaux.
- II.1.5. Le congé de Paternité.

II.2. LES SEANCES DE PREPARATION A LA NAISSANCE.

- II.3.1. Présentation.
- II.3.2. Objectifs.
- II.3.3. Thématique.
- II.3.4. Méthodes.
- II.3.5. Intérêts.

II.3. LE CARNET DE SANTE DE MATERNITE.

- II.4.1. Présentation.
- II.4.2. Objectifs.
- II.4.3. Problématique.

III LE RESEAU PERINATAL LORRAIN.

P.94

III.1. LEGITIMITE ET MISE EN PLACE DU RESEAU.

III.2. FONCTIONNEMENT.

- III.2.1. Objectifs : La Charte aux Usagers.
- III.2.2. Les groupes de travail : les différentes Commissions.
- III.2.3. Organisation – Charte Constitutive.

III.3. LA COMMISSION PREVENTION DU RESEAU PERINATAL LORRAIN.

III.4. L'ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE.

III.4.1. Présentation.

III.4.2. Objectifs.

III.4.3. Mise en œuvre – Problématique.

III.4.4. Evaluation.

III.4.5. Conclusion.

IV LA PLACE DU GENERALISTE DANS LA PREVENTION PERINATALE

P.101

IV.1. PRESENTATION.

IV.2. PROTOCOLE.

IV.3. RESULTATS.

IV.4. DISCUSSION, COMMENTAIRES ET PROPOSITIONS.

IV.4.1. La Déclaration de Grossesse {Question 2}.

IV.4.2. L'Entretien Périnatal Précoce {Questions 4, 5,6 et 7}.

IV.4.3. Le Carnet de Santé de Maternité {Questions 8, 9 et 10}.

IV.4.4. La Prévention autour de la grossesse {Question 12}.

IV.4.5. Le médecin généraliste et la prévention dans le domaine périnatal.

IV.4.6. Les réseaux de santé en périnatalité {Question 11}.

CONCLUSION

P.122

BIBLIOGRAPHIE

P.124

ANNEXES

P.134

LISTE DES ABREVIATIONS UTILISEES

AES : Accident d'Exposition au Sang.
AFEAMA : Aide à la Famille pour l'emploi d'une Assistante Maternelle Agrée.
AGED : Allocation de Garde d'Enfants à Domicile.
ANAES : Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
APE : Allocation Parentale d'Education.
API : Allocation Parent Isolé.
APJE : Allocation Pour Jeune Enfant.
ARH : Agence Régionale de l'Hospitalisation.
CHU : Centre Hospitalier Universitaire.
CLIN : Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales.
CMV : Cytomégalovirus.
CNGOF : Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français.
CO : Monoxyde de Carbone.
CRADT : Comité Régional d'Aménagement Durable du Territoire.
CREDES : Centre de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé.
CROS : Comité Régional d'Organisation Sanitaire.
DDASS : Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DHOS : Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.
DIM : Département d'Informatique Médicale.
DOM : Département d'Outre Mer.
DRASS : Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales.
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques.
EGF : Epidermal Growth Factor.
ELISA : Enzyme Link Immunosorbent Assay.
FAQSV : Fond d'Aide à la Qualité des Soins de Ville
FTA : Fluorescent Treponema Antibody Absorption.
HTA : Hypertension Artérielle.
IMAGE : Information Médicale pour l'Aide à la Gestion des Etablissements.
INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé.
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques.
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.
MFIU : Mort Foetale in utéro.
MG : Médecin Généraliste.
MST : Maladie Sexuellement Transmissible.
MTEV : Maladie Thromboembolique Veineuse.
OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ORS : Observatoire Régional de Santé.
PACS : Pacte Civil de Solidarité.
PCEM : Premier Cycle d'Etudes Médicales.
PCMN : Pour Cent Mille Naissances.
PCR : Polymerase Chain Reaction.
PFLSS : Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale.
PMI : Protection Maternelle et Infantile.
PMN : Pour Mille Naissances
POSU : Pôle Spécialisé d'accueil et de traitement des Urgences.
PRAPS : Programme d'Accès à la Prévention et aux Soins de Personnes.
PVP : Pathologie Vasculaire Placentaire.
RCIU : Retard de Croissance Intra-utérin.
RMI : Revenu Minimum d'Insertion.
RMO : Références Médicales Opposables.
RR : Risque Relatif.
SA : Semaines d'Aménorrhée.
SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente.
SIDA : Syndrome d'Immunodéficience Acquise.
SPE : Médecin Spécialiste.
SRES : Schéma Régional d'Education Pour la Santé.
SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire.
SSCS : Schéma de Service Collectif de Santé.
TPHA : Treponema Pallidum Heamagglutination Assay.
UNICEF : United Nations Children's Fund.
URCAM : Union Régionale des Caisses d'Assurance Maladie.
URML : Union Régionale des Médecins Libéraux.
VDRL : Venereal Disease Research Laboratory.
VHC : Virus de l'Hépatite C.
VIH : Virus d'Immunodéficience Humaine.
VRS : Virus Respiratoire Syncytial.
VZV : Virus Varicelle Zona.

INTRODUCTION

La périnatalité peut se définir comme l'ensemble des conditions et des soins qui entourent la naissance de l'enfant avant, pendant et après la grossesse (Le Garnier Delamare). La prévention et la promotion de la santé sont des actions primordiales à mener dans ce cadre : la qualité des prises en charge physique et psychoaffective conditionne le devenir et la qualité de vie de l'enfant à naître et de ses parents.

La grossesse apparaît comme un moment privilégié pour aborder des mesures de prévention avec la future mère et ceci pour diverses raisons :

- La période de grossesse est un intervalle court et limité, qui ne dure que neuf mois durant lesquels les différentes préoccupations vont s'articuler autour d'un être en développement.
- La majeure partie des grossesses (90%) se déroule sans pathologie intercurrente et permet un dialogue plus préventif que curatif.
- Les différentes pathologies qui peuvent survenir au cours des 10% de grossesses restantes pourraient être diminuées en grande partie par l'amélioration d'un suivi régulier et une politique de prévention bien définie.
- La grossesse survient le plus souvent chez des femmes jeunes, soucieuses de faire naître un enfant en bonne santé et dont l'adhésion est alors facile à obtenir.
- Les mesures préventives vont pouvoir avoir un impact dépassant la future mère : elles s'adressent au couple ayant pour projet un enfant à naître.

Le médecin généraliste, par sa connaissance du milieu familial, sa proximité géographique, sa disponibilité et ses compétences professionnelles constitue un observateur privilégié de l'environnement psychologique et social de la grossesse. Il intervient notamment dans le début du suivi obstétrical et lors de la prise en charge des événements intercurrents.

Dans le cadre de la mise en place du Réseau Périnatal Lorrain, la Commission Prévention du Réseau a jugé intéressant l'organisation d'une enquête à destination des médecins libéraux (généralistes et spécialistes) de la région avec pour objectifs de :

- Analyser et générer une réflexion autour du partage de l'information concernant la grossesse au sein de la région.
- Recueillir la perception des professionnels vis à vis des formulaires de suivi (déclaration de grossesse, entretien prénatal précoce, carnet de santé de maternité).
- Promouvoir les actes d'éducation à la santé et améliorer la collaboration entre les professionnels.
- Situer le médecin généraliste dans la prévention et le suivi de la grossesse afin qu'il s'intègre au mieux au sein du Réseau Périnatal Lorrain.

Ce travail illustre ces objectifs et comprend trois parties :

- La première évoque le contexte actuel, en matière de démographie, de santé périnatale et dresse les grandes tendances des politiques de santé menées dans ce cadre.
- La seconde partie rappelle les grands axes du suivi de grossesse et les recommandations de prévention qui peuvent être délivrés aux futures mères.
- Après avoir présenté les différents acteurs et moyens existants destinés à améliorer l'accompagnement de la grossesse, les résultats de l'enquête sont présentés et commentés.

Puisse ce travail encore renforcer la coordination entre les professionnels afin d'allier attention, sécurité et efficacité autour de la naissance.

PREMIERE PARTIE :

LA SANTE POUR TOUT LE MONDE : DIFFICULTES ET MOYENS

I CONTEXTE ACTUEL

I.1. EVOLUTION SOCIETALE.

A l'aube du XXI^e siècle, la société française, par le biais du recensement de la population de 1999 par l'INSEE, a été analysée afin de connaître les grandes tendances démographiques et définir les besoins à venir. En 2000, la France compte 59 millions d'habitants {C1}, associés aux 1,7 millions de français d'Outre-mer. Cela représente à plus grande échelle 1 être humain sur 6 en Europe et 1/100 à l'échelon mondial. La France est ainsi au deuxième rang de l'Union Européenne après l'Allemagne et légèrement devant le Royaume-Uni. Les tendances d'évolution de la population sont des données majeures à prendre en compte pour l'évaluation des besoins de santé à venir.

I.1.1. Vieillessement de la population et allongement de la durée de vie.

Le vieillissement de la population française est inéluctable, quels que soient les scénarios retenus de fécondité, mortalité et de migrations. En 2050, plus du tiers de la population sera âgé de plus de 60 ans contre un cinquième en 2000 {C2}. La part des plus de 60 ans dans la population totale sera plus élevée que celle des moins de 20 ans. Le nombre de moins de vingt ans va régresser, passant de un français sur quatre à un français sur cinq.

a/ Evolution de la fécondité.

Le taux moyen de fécondité en France sur les 25 dernières années du siècle est de 1,8 enfant par femme, soit un taux inférieur au taux de renouvellement de la population de 2,1 enfants par femme. Au cours des 25 prochaines années, le rythme annuel moyen de croissance de la population va donc décroître et ceci malgré la récente augmentation des naissances en 2000 (779 000 naissances soit un indice conjoncturel de fécondité à 1,89).

b/ Evolution de la mortalité – Espérance de vie.

Le nombre de décès en France est stable depuis 1995, aux alentours de 535 000 décès par an. En corollaire, l'espérance de vie à la naissance augmente régulièrement, de trois mois par an en moyenne. En 2000, elle est de 75,2 ans pour les hommes et 82,7 ans pour les femmes, ce qui fait des françaises les femmes d'Europe dont l'espérance de vie est la plus forte. On compte de plus en plus de grands parents (12,6 millions en 1999) et le fait d'être centenaire ne paraît plus rarissime (environ 100 000 au 1^{er} janvier 2001).

c/ Conséquences sur la population active.

Le ratio entre les personnes les plus âgées et celles en activité pourrait doubler passant de 274 pour mille en 2000 à 575 pour mille en 2050, compte tenu de l'incidence du baby-boom. Ceci implique deux conséquences en matière d'économie de santé : le problème des retraites compte tenu de la diminution des actifs et la prise en charge de personnes de plus en plus âgées et de plus en plus nombreuses.

I.1.2. Evolution de la structure familiale.

L'organisation de la famille évolue également : on constate un recul de l'âge moyen des mères et une hausse du nombre de personnes vivant seules.

a/ Taux de nuptialité.

Sur les 29 millions de personnes vivant en couple en France, 4,8 millions ne sont pas mariées, soit près d'un couple sur six {C2}. Les mariages ont lieu de plus en plus tard à 27 ans 8 mois pour la mariée et à 29 ans et 10 mois pour le marié. Les risques de divorces augmentent à tous les âges, ils peuvent toucher statistiquement 4 mariages sur 10 selon les données de 1999 (2,4 sur 10 mariages en 1981). L'an 2000 voit l'entrée en vigueur du Pacte Civil de Solidarité, dont il faudra tenir compte pour l'analyse des prochains recensements. Quoiqu'il en soit, les enfants qui naissent hors mariage sont de plus en plus nombreux : 4 enfants sur 10 depuis les vingt dernières années.

b/ Augmentation de l'âge moyen des mères.

Les femmes ont en moyenne en 2000 leur premier enfant à 28 ans avec un âge moyen à la maternité de 29 ans et 5 mois {C2}, soit un recul de 2 ans et demi en 20 ans, ceci pouvant avoir un impact sur les indicateurs et notamment sur la mortalité périnatale.

c/ Augmentation des ménages monoparentaux et des personnes vivant seules.

Les familles monoparentales augmentent fortement : on compte une famille monoparentale pour quatre couples avec enfants sur les 16 millions de foyers existants. Dans ces familles, cet unique parent est sans emploi dans près de la moitié des cas {C3}. Ces profondes transformations de la vie familiale dans notre société ont des répercussions dans le domaine social dont la prise en compte par les intervenants médico-sociaux ne doit pas être négligée.

I.1.3. Evolution du statut des femmes.

a/ les femmes sont les plus touchées par la solitude :

Une femme sur cinq vit seule en 1999, principalement des femmes de plus de 60 ans et veuves. Mais ce caractère de solitude se retrouve également dans des tranches d'âge plus jeunes et notamment dans les ménages monoparentaux : 11 % des femmes de 30 à 45 ans élèvent seules leurs enfants contre 1,4 % des hommes {C4}.

b/ Des inégalités hommes/femmes qui persistent...

Le taux de scolarisation au-delà de l'âge de l'enseignement obligatoire est plus élevé pour les filles que pour les garçons qui choisissent d'avantage les filières d'apprentissage. La proportion de femmes en activité grandit de plus en plus : elle passe de 60 % en 1975 à 80 % en 2001 {C5}. Si les femmes représentent aujourd'hui 45 % de la population active, elles sont moins nombreuses à accéder aux plus hauts postes de la hiérarchie professionnelle. Ces femmes actives ont également un salaire net inférieur à celui des hommes. Ces inégalités se retrouvent également dans le domaine du chômage avec un taux de 10,7 % contre 7,1 % pour les hommes.

I.1.4. Augmentation du niveau de vie mais creusement des écarts.

De 1970 à 1990, le niveau de vie moyen des ménages français s'est fortement accru passant de 760 €/mois/UC (Unité Consommation) à 1150 €/mois/UC, soit une augmentation de 50 % du niveau de vie en 20 ans {C6}. Les retraités sont les principaux bénéficiaires de la croissance. En parallèle, on constate une augmentation de la grande précarité avec 7 % de ménages français (soit 7 millions de personnes) vivant en 2000 au-dessous du seuil de pauvreté. La Couverture Maladie Universelle, instituée par la loi du 27 juillet 1999 et mise en place au 1^{er} janvier 2000, concerne environ 4,5 millions de personnes en juin 2001 soit 8,8 % de la population française {C7}. Les familles avec enfants ont des revenus inférieurs à 11% par rapport aux familles sans enfants et le chiffre chute à 6 % après redistribution.

En matière de politique de santé, on doit s'efforcer de réduire ces écarts afin de garantir un accès aux soins pour le plus grand nombre, mais également pour une meilleure efficacité des actions de prévention, plus difficiles à mettre en place dans les milieux défavorisés.

I.1.5. Urbanisation des territoires et mondialisation de l'information.

La concentration de la population dans les villes continue à croître : la France métropolitaine compte 5 954 communes urbaines qui regroupent 75,5 % de la population sur 18,4 % du territoire. A l'inverse, la population rurale a diminué de 400 000 personnes entre 1990 et 1999 {C8}. La population médicale, longtemps excédente, commence à décroître et les médecins suivent les principaux courants de population : l'accès aux soins devient alors inégal suivant les territoires. En conséquence, l'aménagement du territoire doit être réévalué et le développement local des politiques de santé est à promouvoir, la proximité auprès des usagers étant une condition importante.

Les autoroutes de la communication, à l'instar du Web, révolutionnent les systèmes de connaissances. La facilitation de l'accès des données médicales au public amène à modifier les rapports entre professionnels et usagers, qui peuvent devenir très informés sur des pathologies bien précises. A titre d'exemple, un américain passe en moyenne huit minutes par jour sur Internet pour obtenir des informations sur la santé.

I.2. EVOLUTION DE LA DEMOGRAPHIE MEDICALE

I.2.1. Données actuelles.

Au 1^{er} janvier 2001, l'Ordre National des Médecins recense en France métropolitaine 196 006 médecins en activité {A1}; la population médicale a triplé en 30 ans : la densité est de 335 médecins pour 100 000 habitants en 2001. Néanmoins, cette forte progression des effectifs ralentit nettement depuis le début des années 1990, conséquence de l'instauration du *numerus clausus* en 1971. Cette limitation du nombre d'étudiants admis en deuxième année de médecine n'a cessé de décroître au fil des années : 8 555 places par an en 1971 à 3 700 en 1990.

Les médecins se répartissent en 52 % d'omnipraticiens et 48 % de spécialistes. Au sein de chaque groupe, on recense, parmi les omnipraticiens, 81 % qui exercent la médecine générale et 19 % ayant des modes d'exercice particuliers ; parmi les spécialistes, on compte la moitié de spécialités médicales, un quart de spécialités chirurgicales, le reste comprenant la psychiatrie, la médecine du travail et la santé publique {C9}.

I.2.2. Les grandes tendances.

a/ Vieillessement des praticiens.

Compte tenu de la forte augmentation du nombre de diplômés dans les années 1970, l'âge moyen des médecins en activité est élevé : 46 ans en 2001 {A1}. Ainsi, l'analyse de la pyramide des âges montre que les médecins de moins de 40 ans sont moins nombreux que ceux de plus de 50 ans, avec pour conséquence des départs en retraite importants prévus d'ici 10 ans qu'il faudra combler dans les années à venir.

b/ Féminisation de la profession.

L'exercice médical se féminise de plus en plus : 37 % des médecins en activité en 2001 sont des femmes, proportion qui est quasi identique chez les spécialistes et chez les omnipraticiens. Et cette tendance va encore progresser : les jeunes filles représentent 55 % des effectifs en PCCEM2 ces dernières années. La parité en terme d'effectifs hommes/femmes se profile à l'horizon 2020.

c/ Des spécialités médicales qui n'évoluent pas au même rythme...

Le nombre de médecins spécialistes inscrits au Tableau de l'Ordre augmente encore ces dernières années, mais il s'agit d'une croissance relative : celle-ci résulte surtout de l'arrivée et de la régularisation des médecins diplômés hors Union Européenne exerçant en France et des mesures de facilitation de départ en retraite anticipée (MICA). En raison du *numerus clausus*, on constate un taux de renouvellement en spécialistes plus faible. Du fait de la demande croissante des soins, la pénurie en médecins commence à poindre surtout dans certaines spécialités, qui voient leurs effectifs augmenter moins vite que les autres : c'est le cas notamment des disciplines comme la gynécologie, l'obstétrique, l'anesthésie, la réanimation, et l'ophtalmologie.

d/ L'essor de la médecine de groupe.

L'exercice collectif occupe une place de plus en plus importante en médecine de ville. Par cet exercice de groupe, les médecins recherchent d'une part à limiter le coût des charges et des infrastructures, mais cela constitue également un moyen d'assurer une meilleure permanence des soins, notamment en milieu rural. Ainsi 41 % des libéraux en 2001 déclarent exercer en cabinet de groupe contre 30 % en 1989 {A1}.

e/ Des répartitions géographiques inégales.

La répartition des médecins selon les territoires est variable suivant l'échelle à laquelle l'on se réfère :

- Au niveau national, on constate une opposition très forte, connue depuis longue date, entre le nord et le sud, exception faite de l'Île de France, ceci pour les omnipraticiens et les spécialistes. Néanmoins ces dernières années, il semblerait qu'il existe une recrudescence des installations de nouveaux omnipraticiens dans le nord du pays.
- A l'échelon local, les villes et surtout les centres-villes sont les plus prisés par les médecins, généralistes et spécialistes confondus. Les futurs spécialistes privilégient les départements déjà bien pourvus en médecins souvent le siège d'un CHU. Les futurs généralistes préfèrent les centres-villes au détriment des communes rurales et surtout de la périphérie des villes.

I.2.3. Les perspectives d'avenir.

La prochaine décennie, compte tenu du vieillissement de la population médicale, va aller à court terme vers une stabilisation puis très vite une diminution des effectifs de 10 % à 15 % pour 2020. Le rapport du doyen Berland {B1} en novembre 2002, tenant compte d'une part du vieillissement, de la féminisation et du changement de pratique des nouveaux praticiens avec une tendance confirmée à la réduction du temps de travail, soulignait la nécessité d'augmenter le numerus. Il suggérait « de corriger le tir » en faisant grimper le numerus clausus de 725 places par an jusqu'en 2007 de manière à passer à 8000 étudiants admis en PCEM2 à cette date.

Selon le rapport préparatoire à la mise en place des schémas de services collectifs remis en octobre 2000 au Gouvernement, les fonctions de Veille, d'alerte et d'épidémiologie en médecine générale devraient se développer facilitées par les nouvelles techniques informatiques de tenue du dossier {A2}. L'exercice médical individuel pourrait être orienté vers une approche plus globale du patient, voire de groupes d'individus, facilitée par le développement des réseaux. Toujours selon ce rapport, la prise en charge de l'individu à l'avenir dépasserait le colloque singulier médecin – malade, pour accéder à une démarche plus communautaire dans les domaines de la prévention et l'éducation à la santé, intégrant la médecine prédictive.

I.2. DECISIONS ET MISE EN ŒUVRE DES POLITIQUES DE SANTE.

I.2.1. Au niveau national.

L'Etat, garant de l'intérêt public et de l'amélioration de l'état sanitaire de la population, a un rôle principal dans l'administration du système de santé français. Il intervient soit directement, soit par l'intermédiaire de services déconcentrés ayant des compétences dans des domaines plus spécifiques (aliments, transfusions, greffes, cancer) sur la prise en charge des problèmes généraux de santé publique. Il intervient également sur le financement de la Protection Sociale, en veillant à l'équilibre des comptes sociaux et en assurant la balance entre l'offre et la demande de soins de la population.

C'est le Ministère chargé des Affaires Sociales et le Ministère chargé de la Santé regroupés sous la même tutelle depuis la mise en place du dernier gouvernement qui intervient au nom de l'état sur le système de santé. Quatre directions de ce ministère sont principalement concernées :

- La Direction de la Sécurité Sociale.
- La Direction des Hôpitaux.
- La Direction Générale de la Santé.
- La Direction de l'Action Sociale.

Depuis 1996, c'est le Parlement qui fixe annuellement les objectifs sanitaires, dans le cadre du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale (PFLSS). Cette loi détermine le montant de l'allocation des ressources attribuée aux différents acteurs du système de soins, établissements de santé et professionnels libéraux.

I.2.2. A l'échelon régional.

Une dynamique régionale de gestion du système de santé se développe depuis environ une dizaine d'années marquant une rupture totale de tendance avec les vingt années précédentes qui ont connu une très forte centralisation. Les disparités inter et intra régionales, retrouvées dans le rapport du Haut Comité de Santé Publique en 1994, ont amené à la volonté de faire de la région une échelle de décision.

Les Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) qui déterminent et animent la politique régionale de santé ont vu croître leurs compétences. Elles assurent le secrétariat des Conférences Régionales de Santé, officialisées en 1996 ayant pour rôle de définir des priorités régionales de santé publique, compte tenu de l'évolution des indicateurs de santé locaux mis à disposition par les Observatoires Régionaux de Santé. Elles sont prolongées localement par les Directions Départementales des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS), placées sous l'autorité du Préfet du Département, et chargées de veiller au bon fonctionnement de la distribution des soins et des actions de prévention au niveau local.

Ces DRASS ont également pour mission l'élaboration de Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale (SROS), qui déterminent pour les années à venir la répartition géographique des installations (lits, places, et équipements matériels lourds) et des activités de soins.

Sur ce même principe de gestion régionale des besoins, d'autres organisations ont vu le jour au cours de cette décennie dans un but de contrôle de l'offre de soin :

- Les Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH), instituées par les Ordonnances de 1996, qui ont pour mission de définir et mettre en œuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés. Ce sont des groupements d'intérêt public constitués entre l'Etat et les caisses d'Assurance Maladie. Ce sont elles qui ont pour rôle d'arrêter les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire, et de conclure avec les établissements de santé des contrats d'objectifs et de moyens.
- Les Unions Régionales des Caisses d'Assurance Maladie (URCAM), qui coordonnent l'action des différentes caisses départementales d'assurance maladie et définissent une politique de gestion des risques dans le domaine des dépenses des soins de ville.
- Les Unions Régionales de Médecins Libéraux (URML), instituées en 1993, qui regroupent des élus de la profession et constituent l'interface entre les médecins libéraux et les décideurs publics. Elles ont pour objet de contribuer à l'amélioration de la gestion du système de santé et de la qualité des soins, et doivent s'impliquer dans des actions de prévention, d'information, et de formation des médecins. Les présidents des Unions Régionales ont créé une Conférence Nationale qui coordonne les diverses actions.

Par contre, les attributions des collectivités territoriales en matière de santé (médico-social, prévention) demeurent départementales et non régionales ; la structuration d'une politique régionale suppose donc une coordination renforcée avec tous les conseils généraux d'une région, notamment les PMI concernant la santé périnatale.

Cette architecture est en cours d'évolution, les institutions sont multiples et leur coordination n'est pas sans poser problème. La manière dont elles vont pouvoir s'articuler pour mener des politiques régionales cohérentes, autour d'objectifs bien définis, constitue un enjeu majeur pour l'avenir.

I.2.3. La planification des ressources du territoire.

a/ Historique. La planification hospitalière. La Carte Sanitaire.

La planification sanitaire recouvre l'ensemble des mesures par lesquelles l'Etat s'efforce d'adapter l'offre sanitaire du pays aux besoins de la population et à leur évolution.

Elle s'est mise en place progressivement dans les années 1950 et l'évolution s'est marquée par trois phases bien caractérisées :

- De 1958 à 1970 : l'ordonnance du 11 décembre 1958 {F1}, essayant d'articuler les moyens du secteur public et privé, marque ainsi une première démarche en matière de planification. La politique de santé répondait à une volonté manifeste de développer des structures sanitaires performantes compte tenu des besoins croissants.
- La seconde phase, de 1970 à 1991, débute par la loi hospitalière du 31 décembre 1970 {F2}, qui crée la notion de service public hospitalier et instaure la carte sanitaire. La carte a d'abord été conçue pour assurer un développement équilibré des capacités d'hospitalisation et des équipements lourds, en vue de la satisfaction optimale des besoins de la population. Pour ce faire, elle proposait un découpage géographique en 256 secteurs sanitaires répartis sur 21 régions, visant l'instauration d'un plateau technique minimum et un rééquilibrage des équipements hospitaliers au sein de chaque secteur. Mais au fur et à mesure de sa mise en place, il est apparu que, dans la plupart des régions et dans la plupart des disciplines, les objectifs prévus initialement étaient satisfaits, voir dépassés.
- La loi du 31 Juillet 1991 {F3} portant réforme hospitalière correspond au début de cette troisième phase et renforce le contenu de la carte sanitaire.

La carte fixe les limites des régions et des secteurs sanitaires. Elle détermine la nature et l'importance, d'une part des installations (moyens d'hospitalisation, équipements lourds) et d'autre part des activités de soins à coût élevé ou nécessitant des dispositions particulières dans l'intérêt de la santé publique. Elle sert de référence pour l'instruction des demandes d'autorisation des établissements ; ainsi, une nouvelle autorisation ne peut être accordée que s'il existe un déficit dans la zone sanitaire. Si cette loi maintient le principe de carte sanitaire, elle assouplit et affine la planification avec la délégation du pouvoir de l'Etat, en partie, aux instances régionales ou locales avec la création des Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS).

b/ Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire.

Ce nouveau dispositif est entré en vigueur à partir de la mise en place des nouvelles instances, à la fin du mois d'avril 1993 pour la période 1994-1999. Les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire sont des documents stratégiques définissant les évolutions nécessaires de l'offre de soins hospitalière dans une perspective à cinq ans. Le Préfet de Région (assisté par la DRASS) devient l'autorité compétente de droit commun et le principal maître d'œuvre de la planification.

Des Comités d'Organisation Sanitaire (CROS), déjà prévus par des textes antérieurs, héritent alors d'importantes fonctions consultatives. Il s'agit d'assemblées qui réunissent des élus politiques, des fonctionnaires, des administrations de tutelle, des représentants des organismes d'Assurance Maladie, des établissements, des professionnels libéraux, ainsi que de personnes qualifiées. Ces comités comprennent une section sanitaire et une section sociale, dont les membres sont désignés pour 5 ans.

Le comité national, qui siège auprès de la Direction des Hôpitaux, regroupe les différents comités régionaux, dont les membres sont également nommés pour cinq ans. Toutefois les premiers SROS n'ont constitué que des axes prioritaires de planification ; en effet, les établissements de santé assurant le service public hospitalier doivent fournir un projet d'établissement qui définit ses objectifs généraux ; ce projet d'établissement est repris dans le cadre de contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens conclus entre les établissements et les Agences Régionales de l'Hospitalisation pour leur financement par dotation globale. Le SROS indiquait alors les cibles à atteindre mais en laissant des marges de manœuvre aux établissements de santé sur les modalités. D'autre part, il persistait des inégalités au sein et entre les différentes régions.

En lançant la révision des SROS {C10} au mois de mars 1998 (circulaire du 26 mars 1998), le Gouvernement a assigné trois objectifs à ces schémas : promouvoir la qualité et la sécurité des soins, réduire les inégalités dans l'accès de soins entre les régions comme entre les établissements, et adapter l'offre de soins aux besoins de la population. L'arrêté du 31 mars 1992, qui fixait le contenu obligatoire des SROS, a été abrogé laissant le libre choix des priorités à chaque région. Les ARH ont établi leur schéma en centrant la démarche sur les spécificités régionales. L'élaboration des SROS de deuxième génération pour la période 1999-2004 a été marquée également par la participation des représentants des usagers. Lors de leur mise en place, 21 SROS métropolitains sur 22 (ou 24 sur 26 avec les DOM) étaient signés {C11}. Entre 4 et 12 priorités ont été retenues selon les régions dont quatre priorités essentielles : les urgences (25/26 régions), la cancérologie (24), la périnatalité (21), et la cardiologie (17).

c/ Perspectives ultérieures. {C12}

Dans le « plan Hôpital 2007 », les différentes mesures prises par le Gouvernement tentent encore de renforcer les SROS, afin qu'ils deviennent un outil central de la régulation de l'offre de soins. La Carte Sanitaire serait alors supprimée ainsi que les indices nationaux d'offre de soins au profit d'une répartition qualitative des activités et des équipements par besoin de santé. Cette répartition serait arrêtée par l'ARH indépendamment d'un encadrement national.

De plus, les ARH auront désormais seules le choix de délivrer ou de refuser les autorisations en équipements lourds et en installations, option réservée auparavant au Ministre chargé de la Santé. De même, les calendriers seront harmonisés : ces notions d'installations et d'équipements lourds disparaissent ainsi que leur différentes durées d'autorisation (respectivement de 7 et 10 ans) ; elles seront intégrées aux activités de soins des SROS et toutes les autorisations seront ramenées à cinq ans.

II LA SANTE DE LA MERE ET DU NOUVEAU NE

II.1. LES INDICATEURS DE SANTE

II.1.1. Le taux de mortalité périnatale.

Le taux de mortalité périnatale se définit comme le nombre de morts nés ajouté au nombre de décès de nouveau-nés entre 0 et 7 jours révolus et ceci pour 1000 naissances vivantes. On peut définir la mortalité autour de la naissance par plusieurs variables :

- Mortinatalité : nombre d'enfants morts nés.
- Mortalité néonatale :
 - * Précoce : entre 0 et 7 jours.
 - * Tardive : entre 0 et 28 jours.
- Mortalité post néonatale : 28 jours à 1 an.

La mortalité infantile est l'addition de la mortalité néonatale et post néonatale.

La mortalité périnatale est l'indicateur qui apprécie au mieux la qualité des soins obstétricaux et c'est l'indicateur utilisé au plan international :

Taux de Mortalité Périnatale	=	$\frac{\text{Mortinatalité} + \text{Mortalité Néonatale Précoce}}{1000 \text{ naissances totales (morts nés} + \text{nés vivants)}}$
---------------------------------	---	--

La mortalité périnatale décroît progressivement au fil des années compte tenu de l'amélioration des soins, des techniques et du suivi des femmes enceintes : 110 PMN (PMN : pour mille naissances) en 1945, 18 PMN en 1975, 7,4 PMN en 1995{B2} et 6,5 décès PMN en 1999 {C20}; la mortalité périnatale baisse progressivement mais la France reste mal classée par rapport à ses voisins européens (au 13° rang selon l'OMS {C20}) et notamment l'Europe du nord (Finlande 3,65 PMN en 1999) et ceci même s'il existe des disparités de recueil entre les différents pays. En conséquence d'ailleurs, l'OMS a conseillé de définir la mortalité périnatale en se fixant les limites suivantes : naissance après 22 SA et/ou pesant plus de 500 g et/ou mesurant plus de 25 cm.

II.1.2. Le taux de mortalité maternelle.

Il est défini par l'OMS par la mortalité des femmes survenant pendant leur grossesse et jusqu'à 42 jours après l'accouchement. Depuis ces vingt dernières années, le nombre de décès maternels fluctue fortement : de 12,9 décès PCMN en 1980 (PCMN : pour cent mille naissances), une tendance à la baisse a été effective jusqu'en 1989 (8,5 PCMN) mais liée en partie à une dégradation des enregistrements. Une amélioration du recueil à la suite a conduit à une augmentation à 12 PCMN en 1993 {B2} et 7,38 décès PCMN en 1997 soit 75 à 80 femmes par an qui décèdent des suites de la grossesse {C20}.

La France se situait également dans le bas du classement européen avec un taux plus de six fois supérieur à celui de la Suède {C20}; il existe néanmoins des fluctuations annuelles liées essentiellement à la rareté du phénomène. Ainsi, pour lutter contre les biais liés au recueil des informations, une modification du certificat médical de décès a été établie, avec une mention spécifique relative à l'existence d'un état de grossesse.

II.1.3. Les causes de ces différentes mortalités.

a/ Causes de la mortalité périnatale.

Les causes de la mortalité périnatale sont multifactorielles, englobant des facteurs endogènes, environnementaux, sociaux, iatrogènes... Cependant, deux facteurs prépondérants se dégagent et paraissent prioritaires dans la lutte contre la mortalité périnatale : la prématurité et l'hypotrophie.

La prématurité est définie par la naissance avant la 37^e semaine. Elle ne diminue plus voire même augmente depuis 1995 (7 % en 1998) {B3}. L'hypotrophie est définie par un retard de poids inférieur à l'âge gestationnel (RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin) et un poids inférieur à 2500g à la naissance. Son évolution se calque sur la prématurité (6,8 % en 1998) {B3}.

Ces augmentations sont en grande partie liées à une hausse de la grande prématurité, principalement d'origine iatrogène : inductions de l'ovulation, fécondations in vitro, progrès techniques de réanimation néonatale.

Les autres causes sont associées, ou liées à la grossesse :

- Les facteurs sociaux, comportementaux et environnementaux (notamment les habitudes de vie : tabac, alcool) : ces facteurs sont déterminants en matière de mortalité périnatale. Les diminutions les plus importantes du taux ont été réalisées dans les pays industrialisés qui ont encouragé le développement d'actions visant à modifier ces facteurs, englobant le social, l'économique et l'environnemental.
- L'hypertension artérielle et ses complications : prééclampsie, éclampsie.
- Les infections.
- Le diabète gestationnel.

Les principales mesures entreprises en faveur d'une meilleure sécurité prénatale depuis une trentaine d'années sont donc des actions de prévention :

- Améliorer la précocité des diagnostics et renforcer la surveillance prénatale en augmentant le nombre de consultations et le nombre de femmes suivies.
- Divulguer les mesures de prévention et d'hygiène de vie.
- Optimiser la prise en charge par une régionalisation et une graduation des soins.
- Développer le partenariat entre les différents professionnels de santé et avec les partenaires sociaux.

b/ Causes de la mortalité maternelle.

On peut distinguer deux grands groupes de causes :

- Les décès par cause obstétricale directe :
 - Les hémorragies sont la première cause, comprenant les hémorragies de la délivrance, les avortements et les grossesses extra-utérines.
 - Les autres causes sont dominées par les embolies (pulmonaires et amniotiques), l'hypertension artérielle gravidique et ses complications, puis les infections.
- Les décès par cause obstétricale indirecte, représentés par des décès liés à une maladie préexistante ou à une affection apparue au cours de la grossesse non due à des causes obstétricales directes mais aggravée par les effets physiologiques de la grossesse (cardiopathie, maladies systémiques, pathologies psychiatriques).

Chaque mort maternelle est d'autant plus inacceptable pour l'environnement médico-social qu'elle est souvent évitable : dans certains pays européens, les morts maternelles sont classées dans des pathologies dites « évitables ». Dans le cadre du plan de périnatalité de 1994, un comité national d'experts sur la mortalité maternelle {G1} a été saisi par arrêté du 2 mai 1995, avec pour objectif une diminution de 30 % d'ici l'an 2000.

Ce comité avait pour mission d'analyser ces morts maternelles et d'en tirer les recommandations visant à les réduire. Cette expertise réalisée d'octobre 1995 à octobre 1998 puis septembre 2001 a permis d'établir que plus des trois quarts des décès liés aux hémorragies et deux tiers des décès liés à l'hypertension auraient pu être évités si des soins plus rapides et adéquats avaient été délivrés soit au total plus de 50 % de décès évitables.

Cette analyse a abouti à une série de recommandations insistant notamment sur la nécessité de protocoles écrits, régulièrement mis à jour et accessibles dans les unités d'obstétrique pour une plus grande rapidité de prise en charge des urgences obstétricales. Mais ce rapport indique « que l'amélioration des soins suppose également la prévention des deux principales complications que sont les hémorragies et les embolies cruoriques ».

II.2. HISTORIQUE DES ACTIONS EN PERINATALITE

II.2.1. Légitimité des actions entreprises.

Comme il est indiqué ci-dessus, la lutte contre la mortalité périnatale et maternelle passe par une meilleure qualité de la surveillance de la grossesse. Depuis plus de 30 ans, les différentes mesures entreprises visent à améliorer cette surveillance par le biais d'une meilleure prévention des risques qui sont de mieux en mieux connus.

II.2.2. Les différents plans de périnatalité.

La première campagne de diminution de mortalité périnatale remonte aux années 1970, avec la création du Programme Finalisé de Périnatalité, faisant suite à une enquête de rationalisation des choix budgétaires ; différentes mesures étaient alors retenues dont :

- Vaccination contre la rubéole.
- Renforcement de la surveillance prénatale.
- Amélioration des conditions d'accouchement.
- Réanimation des nouveau-nés en salle de travail.
- Création de centres de réanimation spécialisés.

L'objectif fixé était de baisser la mortalité périnatale de 24 pour 1000 en 1970 à 18 pour 1000 en 1980 ; ces chiffres ont été atteints et même dépassés puisque cette mortalité est tombée à 13 pour 1000 en 1980, baisse résultant de ce programme, mais également liée aux progrès énormes réalisés en néonatalogie.

Sa décroissance s'est ralentie dans les années 1980. De ce fait et à la suite d'un rapport du Haut Comité de Santé Publique, le gouvernement a élaboré en avril 1994 un plan d'action visant à améliorer la qualité et la sécurité des grossesses. A la suite d'une enquête nationale périnatale en 1995 (mortalité périnatale : 7,4 pour 1000 et mortalité maternelle : 13 pour 100 000), le gouvernement prévoyait les objectifs fixés pour l'horizon 2000 :

- diminuer de 30 % la mortalité maternelle.
- diminuer d'au moins 20 % la mortalité périnatale.
- diminuer le nombre d'enfants de faible poids de naissance de 25 %.
- réduire de moitié le nombre de femmes peu ou pas suivies.

Un programme d'action définissant une série de 15 mesures était alors adopté comprenant notamment les objectifs suivants :

- impulser une politique régionalisée favorisant la mise en réseau des divers acteurs et établissements concernés.
- responsabiliser les femmes enceintes en les informant.
- améliorer la qualité de surveillance de la grossesse.
- pouvoir disposer d'indicateurs de santé fiables et actualisés en périnatalité.

La seconde enquête nationale périnatale a été réalisée en décembre 1998 sous l'impulsion de la Direction Générale de la Santé en collaboration avec les maternités, la PMI, la DREES, et l'unité 149 de l'INSERM {C13}. L'enquête a permis de dégager des évolutions par rapport à la première de 1995, surtout sur des indicateurs plus fins :

- Hausse de la prématurité et des enfants de faible poids de naissance liée notamment à un accroissement de la proportion de jumeaux (les grossesses multiples sont en augmentation régulière depuis le début des années 1970, du fait des progrès techniques de traitement de l'infertilité).
- Hausse du taux global de césariennes, avec augmentation du taux des femmes avec antécédents de césarienne mais également du taux de première césarienne (primipare, ou multipare sans antécédent de césarienne). Ce taux global devrait donc encore s'accroître ces prochaines années).
- Amélioration des conditions de suivi et de sécurité (préparation à la naissance, péridurale). Mais augmentation également de l'âge moyen des mères à la naissance, donc amplification des risques qui sont liés à l'âge maternel.

Le comité a souligné l'intérêt du renouvellement de cette enquête de manière régulière dans le temps afin de mieux apprécier l'évolution des principaux indicateurs et de disposer d'informations plus pertinentes sur les problèmes de santé de la population française. Une nouvelle enquête périnatale est prévue à l'automne 2003.

II.2.3. Les décrets de Périnatalité.

Conjointement à la réalisation de la deuxième enquête périnatale nationale, sont parus deux décrets prévoyant le principe d'une organisation régionale et favorisant la mise en réseau des différentes structures concernées. La mise en place d'un aménagement régional en niveau de soins voyait le jour visant à faire accoucher la femme enceinte dans l'établissement le plus adapté à prendre en charge les éventuels risques identifiés au cours de la grossesse.

2.3.1. Les notions d'unités de soins : décret n° 98-899 du 9 octobre 1998 {F4}.

Ce présent décret définit les fonctions et les interactions des différentes unités d'obstétrique, néonatalogie et de réanimation néonatale :

- L'unité d'Obstétrique représente une unité de soins avec prise en charge des grossesses, dépistage des facteurs de risque pour la mère et l'enfant et assure les actes d'accouchement et de chirurgie abdomino pelvienne ainsi que le suivi post natal de la mère et de l'enfant.
- L'unité de Néonatalogie participe à « la surveillance et les soins spécialisés des nouveaux-nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé à la naissance ».
- L'unité de Réanimation néonatale apporte « la surveillance et les soins spécialisés des nouveaux-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux ». Cette réanimation doit s'associer à un secteur de soins intensifs pour une meilleure surveillance des nouveaux-nés en sortie de réanimation.

Le décret introduit pour ces trois unités une obligation de continuité 24h/24 et 7jours/7 en matière de personnel médical (astreinte ou sur place) et pour le personnel paramédical (sur place). Il oblige à la réalisation de conventions entre les différentes maternités et prévoit en outre le regroupement des plateaux techniques des établissements effectuant moins de 1500 accouchements par an. Les structures qui réalisent moins de 300 accouchements par an n'ont plus d'autorisation à posséder une unité d'obstétrique. Ces établissements, ne réalisant plus d'accouchements, peuvent continuer à exercer des activités pré ou post natales sous l'appellation de Centre Périnatal de Proximité (réalisation de consultations prénatales, préparation à la naissance, planification familiale).

2.3.2. Fonctionnement des unités : décret n°98-900 du 9 octobre 1998 {F5}.

Le second décret prévoit les conditions techniques de fonctionnement des différentes unités au sein des établissements de santé. Il précise les exigences techniques à fournir en termes de locaux et de personnel pour chaque activité.

Concernant les locaux, la salle des naissances doit comporter un minimum de 15 lits, l'unité de néonatalogie 6 lits au minimum (si soins intensifs : au moins 12 lits), et pour l'unité de réanimation néonatale un minimum de 6 lits.

Il indique et renforce la nécessité de permanence du personnel médical dans les maternités : les trois catégories concernées (gynécologues obstétriciens, pédiatres, anesthésistes) ont une obligation de permanence qui dépend de l'activité de la maternité : présence obligatoire sur place 24h/24 si plus de 1500 accouchements par an, astreinte obligatoire 24h/24 si plus de 300 accouchements par an.

D'autres obligations pour le reste du personnel notamment en terme de sage femmes, infirmières et puéricultrices sont également définies suivant l'activité du service. Concernant le secteur d'hospitalisation mère-enfant, le concours d'un psychologue ou d'un psychiatre attaché au service doit être prévu.

II.3. L' EVALUATION REGIONALE DES BESOINS.

II.3.1. La Commission Régionale de la Naissance.

Créée au sein de chaque région à la suite de l'arrêté du 8 janvier 1999, cette commission est placée sous la tutelle de la DRASS afin de contribuer à la définition et à la mise en œuvre de la politique périnatale de la région. Elle se compose de représentants de la DRASS ainsi que de professionnels des établissements de santé, de libéraux, et de membres de différentes institutions régionales : ARH, URCAM, URML, Conférence Régionale de la Santé, et au moins une association ; tous ces professionnels ou associatifs interviennent dans le champs de la périnatalité. Elle a pour mission de favoriser le développement de réseaux associant professionnels et institutions, d'impulser des actions de formation, et d'apporter son concours à l'évaluation des actions régionales menées dans le cadre périnatal.

Elle est notamment consultée pour l'élaboration du volet périnatal des SROS ainsi que pour le Programme Régional de santé retenu par la Conférence Régionale de Santé. Les membres sont nommés pour une durée de deux ans par arrêté du Préfet de Région.

I.3.2. Le SROS Périnatalité.

Dans le domaine périnatal, les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire et Sociale de deuxième génération élaborés pour la période 1999-2004 ont pris en compte à la fois les indicateurs statistiques régionaux et l'analyse de la répartition territoriale de l'offre de soins régionale. La périnatalité apparaît comme une priorité majeure, 21 régions sur 26 l'ayant retenue. Les régions ont repris les grands axes définis lors de la révision des SROS de 1998 à savoir :

- Améliorer la qualité et la sécurité des soins.
- Allier proximité et technicité.
- Rendre un meilleur service à la population.

Toutes les régions ont souhaité la mise en application des décrets de 1998 relatifs à la sécurité prénatale, à savoir :

- La mise en réseau des établissements de santé avec la mise en place d'une graduation en niveaux :
 - Les centres de niveau I : établissements qui possèdent un unité d'obstétrique.
 - Les centres de niveau II : une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie.
 - Les centres de niveau III : établissements qui regroupent les unités d'obstétrique, de néonatalogie, et de réanimation néonatale.
- Le principe de transfert de l'enfant in utero vers l'établissement le plus apte à prendre en charge la grossesse et l'accouchement, en s'efforçant de préserver le lien mère-enfant.
- La restructuration des établissements qui effectuent moins de 300 accouchements par an : les Centres Périnataux de Proximité.

Certaines régions ont choisi de compléter ce travail par d'autres projets notamment :

- le développement de la télémedecine.
- l'extension du réseau inter établissements aux médecins libéraux et PMI.
- la prise en charge de certains problèmes spécifiques (problèmes psychosociaux pendant la grossesse et le post partum, accueil et suivi des femmes les plus démunies).

D'autres régions ont misé sur la mise en œuvre de démarches plus ambitieuses :

- la fédération au niveau régional des structures d'Aide Médicale à la Procréation, de Diagnostic Prénatal et d'imagerie obstétricale.
- un programme spécifique de lutte contre la douleur à l'accouchement.
- développement de la Formation Médicale Continue dans le domaine de la périnatalité.

III LE DEVELOPPEMENT DE LA PREVENTION ET DE LA PROMOTION DE LA SANTE.

III.1. RAPPEL DES CONCEPTS.

La prévention est une démarche globale, ne cherchant pas à prouver l'existence de la maladie mais à l'éviter. Elle inclut :

- La prévention primaire, définie par l'ensemble des mesures destinées à éviter la survenue de maladies : c'est le cas des vaccinations.
- La prévention secondaire, correspondant à l'ensemble des moyens destinés à éviter l'aggravation des affections qui sont déjà apparues mais non diagnostiquées jusqu'alors : le dépistage permet cette détection précoce.
- La prévention tertiaire, regroupant l'ensemble des mesures permettant d'éviter les séquelles qui peuvent survenir une fois la maladie installée.

La promotion de la santé, comme cela a été défini lors de la rédaction de la Charte d'Ottawa en 1986, va encore au delà. Organisée sous l'égide de l'OMS et réunissant 212 délégués de 38 pays, cette conférence internationale précisait les stratégies de promotion de la santé à l'aube de l'an 2000 {C14}; ayant pris comme base de départ la déclaration d'Alma Ata sur les soins primaires et le document « les buts de la santé pour tous », elle définissait la promotion de la santé comme « le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'en améliorer celle-ci ».

Cette charte a permis de lister les différentes conditions préalables à l'accès à la santé et notamment obtenir :

- une démarche vis à vis des professionnels : « réorienter les services de santé »,
- une démarche de l'individu lui même : « acquérir les aptitudes individuelles »,
- une démarche collective et coordonnée : « élaborer une politique publique saine ».

III.2. LA MISE EN PLACE DES INSTANCES ET DES MOYENS D'EVALUATION.

En 1994, le Haut Comité de Santé Publique, devenu Haut Conseil de la Santé (après la loi du 4 mars 2002), soulignait, dans son rapport triennal sur la santé des français, l'amélioration de l'état de santé de la population, compte tenu des indicateurs et en particulier de l'espérance de vie à 65 ans qui était la plus élevée de l'Union Européenne.

Mais il mettait aussi en évidence d'importantes inégalités, notamment inter, intra et infra régionales, ainsi que des résultats médiocres concernant la mortalité prématurée, c'est-à-dire intervenant avant l'âge de 65 ans. L'examen des causes de cette mortalité (dont une part conséquente est liée au tabac, à l'alcool, et aux accidents de la route) montrait qu'au moins la moitié d'entre elles pourrait le plus souvent être évitée par des actions intervenant très en amont du système de soin.

En conséquence, deux volontés essentielles se dégagent pour améliorer la politique de santé future, volontés mises en pratique avec les ordonnances d'avril 1996 :

- développer des actions de prévention et d'éducation à la santé avec la mise en place d'une structure d'évaluation bien définie,
- réduire les inégalités régionales en faisant de la région un niveau de référence.

Dans cette optique, différentes structures nationales et régionales ont été modifiées ou créées de façon à renforcer la politique de santé ; celles-ci doivent agir en complémentarité compte tenu de leur diversité ; cette organisation échelonnée doit pouvoir répartir au mieux ces actions ;

III.2.1. A l'échelon national.

a/ Le Haut Conseil de la Santé.

Contribuant à la définition des objectifs de santé, il établit différents rapports :

- un rapport annuel adressé à la Conférence Nationale de la Santé et au Parlement, dans le cadre de la Préparation de Loi de Finance de la Sécurité Sociale (PLFSS),
- un rapport triennal sur la santé des français,
- des rapports thématiques sur saisine du Ministre de la Santé.

b/ La Conférence Nationale de Santé.

Elle est réunie chaque année par le Ministre de la Santé. Elle a pour objet :

- d'analyser les données relatives à la situation sanitaire ainsi que l'évolution des besoins en santé de celle-ci.
- de proposer des priorités de politique de santé publique et des orientations pour l'organisation des soins.

Pour cette analyse, elle s'appuie notamment sur les travaux du Haut Conseil de la Santé et sur les rapports des Conférences Régionales de Santé. Ses propositions font l'objet d'un exposé remis au Gouvernement dont il est tenu compte au Parlement pour l'élaboration du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale. Cette conférence nationale est composée de représentants des institutions, des établissements, des professionnels ainsi que des représentants du Jury des conférences régionales.

c/ L'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

Dans le cadre de la loi du 4 mars 2002 {F6}, l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé s'est substitué au Comité Français d'Education pour la Santé qui ne reposait sur aucune base réglementaire. Il a pour mission d'exercer une fonction d'expertise et de conseil en matière de prévention et de promotion de la santé. Il doit concevoir et produire les différents supports des Programmes Nationaux de Prévention et d'accréditer les organismes oeuvrant dans ce sens. Sa composition et son fonctionnement sont fixés par le décret du 29 avril 2002 {F7}. Il comprend un Conseil d'Administration et un Conseil Scientifique dont les membres du Haut Conseil de la Santé et un représentant des Observatoires Régionaux de la Santé.

d/ Comité Technique National de Prévention.

Institué par l'article L 1417-3 du Code de la Santé Publique, il assure la coordination des actions de prévention et d'éducation pour la santé et leur financement. Il comprend différents membres dont les directeurs des Agences Publiques Sanitaires et en particulier le directeur de l'INPES. Il établit chaque année un rapport d'activité qui peut comporter des propositions de nature à renforcer les programmes et les actions de prévention.

III.2.2. A l'échelon régional.

a/ Les Conférences Régionales de Santé {F9}.

Elles ont été créées dans chaque région par l'Ordonnance du 24 avril 1996 {F8}. Elles sont chargées d'analyser l'évolution des besoins de santé et de définir des propositions de politique de santé centrée sur les besoins de la population dans la région. Elles déterminent des priorités de santé publique dans les domaines sanitaire et social pouvant faire l'objet de Programmes Régionaux de Santé dont l'élaboration et la mise en oeuvre sont coordonnées par la DRASS.

Les membres de chaque conférence sont désignés par le Préfet de Région et représentent quatre groupes :

- les représentants de l'Etat dont les collectivités territoriales, l'URCAM et l'ARH,
- des représentants des professionnels de santé exerçant à titre libéral,
- des représentants des établissements de santé et des institutions,
- des représentants du domaine associatif.

Chaque séance de la conférence se tient tous les ans, ouverte au public, et un rapport y est rédigé par un Jury constitué de huit à dix personnes et transmis à la Conférence Nationale de la Santé, à l'ARH, à l'URCAM, à l'URML.

b/ Observatoires Régionaux de Santé (ORS).

Mis en place au début des années 1980, les ORS sont présents dans toutes les régions de France. Ce sont pour la plupart des structures associatives (type loi 1901) destinées à améliorer la connaissance de l'état sanitaire de la population sur le territoire régional. Ils ont un rôle essentiel d'aide à la décision et alimentent ainsi par leurs travaux les Conférences Régionales de Santé.

Ces observatoires sont subventionnés par l'Etat, les Conseils Régionaux et Généraux, et peuvent réaliser nombre de démarches à type d'enquêtes spécifiques, de recherche documentaire, de formation dans le cadre de la politique sanitaire régionale. Depuis 1988, les ORS sont regroupés au sein d'une fédération nationale pour associer la richesse des dynamiques régionales ou locales et l'intérêt des synthèses nationales.

c/ Comité Régional des Politiques de Santé.

Institué par le décret du 29 décembre 1998 {F10}, ce comité, présidé par le Préfet de Région, est composé des représentants des décideurs régionaux et du Jury de la Conférence Régionale. Le secrétariat du comité est assuré par la DRASS. Il assure la fonction de pilotage des Programmes Régionaux de Santé et veille à l'implication départementale et locale à l'organisation de la Conférence Régionale.

d/ Les Programmes Régionaux de Santé.

Les Programmes Régionaux sont des instruments privilégiés de mise en oeuvre des priorités identifiées par la Conférence Régionale de Santé. Ils complètent les Schémas d'Organisation Sanitaire et Sociale, essentiellement centrés sur l'organisation des soins hospitaliers. Ces programmes peuvent permettre aux différents acteurs médico-sociaux d'entreprendre des actions communes au sein de la région, et concernant des domaines bien définis (cancer, SIDA, alcoolisme) ou encore la lutte contre les exclusions avec notamment les Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins de personnes les plus démunies (PRAPS : créés à l'occasion de la loi de lutte contre les exclusions du 29/07/98). Dans le même esprit que les SROS, des Schémas Régionaux d'Education pour la Santé (SRES) sont en cours d'évaluation dans certaines régions.

III.3. ORIENTATIONS 2003.

III.3.1. Emergence des réseaux de santé.

Le concept de réseau, comme « ensemble de mailles » regroupant différents professionnels qui coopèrent, s'est imposé progressivement. De nombreux liens existent déjà à des degrés divers entre les différents intéressés. Les années 1990 et suivantes ont vu l'explosion de la création des réseaux dont les premiers ont concerné la prise en charge des patients atteints du SIDA.

Les premiers enjeux étaient marqués par la coopération des professionnels sur des activités de soins spécifiques ainsi que le regroupement de ceux-ci au sein d'une zone géographique donnée afin d'améliorer leur coordination. Ainsi l'on pouvait distinguer des réseaux d'établissements, des réseaux de soins ambulatoires (ville-hôpital) et des réseaux monothématiques de référents. La mise en place d'un cadre législatif s'imposait, et débutait avec les ordonnances de 1996 : notamment l'article 6 de l'Ordonnance 24 avril 1996 {F8}, qui encourageait « l'organisation de filières de soins et de réseaux de soins expérimentaux permettant une prise en charge à la fois globale et pluraliste ». L'article 29 de l'Ordonnance du 24 avril 1996 {F11}, incitait les établissements à la création de réseaux de soins de manière à favoriser la coordination et la continuité des soins.

a/ Du réseau de soins au réseau de santé.

Cette même Ordonnance {F11} instaure le terme de réseau de santé : celui-ci permet d'associer, aux établissements publics ou privés, d'autres professionnels médicaux mais aussi médico-sociaux. En effet, la notion de réseau de santé reprend l'effet de coopération déjà initiée depuis les premiers réseaux mais ajoute d'autres enjeux majeurs : le décroisement multiple du système de santé à la fois :

- ville – hôpital,
- spécialistes – généralistes,
- professionnels de santé – acteurs sociaux,
- secteur public – secteur privé,
- soin – prévention,

ceci pour que le patient bénéficie d'une intervention coordonnée des différents professionnels.

Le patient se place alors au centre du système et devient également acteur de la prise en charge de ses propres problèmes de santé.

b/ Objectifs.

Les réseaux de santé constituent donc une organisation de divers professionnels destinée à répondre à un besoin de santé de la population dans une aire géographique définie. Les acteurs regroupent donc le patient lui-même, des professionnels médicaux, spécialistes ou non, de la ville ou des établissements de santé mais aussi des professionnels sociaux ainsi que des membres associatifs. La participation au réseau est basée sur un principe d'adhésion volontaire.

Les objectifs généraux sont multiples :

- améliorer l'efficacité d'une prise en charge plus globale de la personne.
- accroître la compétence individuelle et collective des intervenants et des partenaires.
- remplir un double rôle : rôle d'observation sur un besoin de santé et sur une population cible et rôle d'évaluation des différentes stratégies mises en œuvre.

Le but principal des réseaux de santé est d'optimiser l'accès aux soins de la population ciblée.

c/ Principes de fonctionnement (décret du 17 décembre 2002) {F12}.

- Libre choix.

Le libre choix des professionnels et du patient à adhérer au réseau est souligné. Un document d'information précisant le fonctionnement et les moyens du réseau sera remis aux usagers ; il doit souligner en outre le respect de la confidentialité des données médicales.

- Charte de réseau.

Elle permet de définir dans le champ de santé spécifique retenu, les modalités d'accès, de sortie du réseau et le rôle des différents intervenants. Les membres du réseau doivent s'engager à la mise en œuvre d'actions de soins, de prévention, d'éducation et de suivi sanitaire et social.

- La Convention Constitutive.

Elle regroupe et définit les modalités de fonctionnement du réseau et précise les différents travaux à accomplir. Elle doit être signée par tout nouveau membre du réseau.

- Financement (décret du 25 octobre 2002) **{F13}**.

Les demandes de financement sont adressées par le ou les promoteurs du réseau au directeur de l'ARH et de l'URCAM dans la circonscription géographique où le réseau siège. Selon des critères de priorité ou de qualité, les directeurs s'engagent à faire bénéficier le réseau pour une durée de trois ans, de fonds inclus dans la dotation régionale de développement des réseaux. Chaque réseau doit faire l'objet de processus de suivi et d'évaluation par le biais de la transmission d'un rapport d'activité annuel et un rapport d'évaluation des procédures (avant chaque décision de financement).

d/ Enjeux actuels.

Le développement de réseaux implique à ce jour la mise en place de critères de fonctionnement, d'évaluation et des structures d'observation communs à tous. Des référentiels professionnels et des recommandations de bonnes pratiques en réseau pourraient alors voir le jour compte tenu de la multiplicité des projets et des champs d'actions, par exemple par la mise en place au sein de chaque région de comités régionaux d'évaluation et de financement des réseaux.

A l'échelon national, la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins (DHOS) s'est vue sollicitée en juin 2001 par le Gouvernement pour jouer ce rôle d'observation nationale de recensement des réseaux et d'étude de leurs caractéristiques et modes de fonctionnement.

III.3.2. Les nouveaux édifices régionaux de santé.

Les articles 35 à 39 du chapitre 6 de la loi du 4 mars 2002 **{F6}** modifient les instances régionales pour la santé :

- Les Conseils Régionaux de Santé font suite aux Conférences Régionales de Santé.
- Les Comités Régionaux de l'Organisation Sociale et Médicosociale remplacent la branche sociale des Comités Régionaux d'Organisation Sanitaire.

a/ Le Conseil Régional de santé.

Le Conseil Régional de Santé créé dans chaque région de France a pour objectif de contribuer à définir et à mettre en œuvre les politiques régionales de santé. Comme les Conférences, il analyse l'évolution des besoins de santé, retient les priorités de santé portant sur l'organisation des soins et de prévention. Il établit chaque année un bilan de l'application de la politique de santé au sein de chaque région. Il veille au respect du droit des malades et des usagers.

Il se compose de membres d'horizons multiples : représentants des collectivités territoriales, du conseil économique et social, des organismes d'Assurance Maladie, des professionnels du champ sanitaire et social, du Comité Régional d'Organisation Sociale ainsi que des représentants des usagers.

Le Conseil Régional de Santé est divisé en cinq sections :

- Une section émettant un avis sur les projets de Carte Sanitaire et de SROS.
- Une section chargée de repérer au sein de la région des zones rurales ou urbaines où l'on peut constater un déficit dans l'offre de soins.
- Trois autres sections chargées de donner leur opinion sur les différents Programmes Régionaux en cours :
 - Programmes Régionaux d'Accès à la Prévention et aux Soins.
 - Programmes Régionaux de Santé.
 - Programmes Régionaux de Statistiques.

b/ Le Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-Sociale.

Les Comités Régionaux de l'Organisation Sociale et Médico-sociale remplacent à la suite du 4 mars 2002 les sections sociales des Comités Régionaux de l'Organisation Sanitaire (la section sanitaire étant reprise par les Conseils Régionaux de Santé). Ces comités régionaux ont pour objectif d'évaluer les besoins sociaux et de proposer des priorités pour l'action sociale et médico-sociale.

Un rapport doit être transmis tous les cinq ans aux autorités locales et gouvernementales précisant l'évolution de ces besoins et les propositions du comité. Ces Comités Régionaux de l'Organisation Sociale et Médico-sociale se composent également de différents membres de l'Etat, des collectivités locales, des établissements, des travailleurs sociaux, des professionnels de santé ainsi que des représentants du Conseil Régional de Santé.

III.3.3. L'élaboration des Schémas de Services Collectifs.

La loi du 25 juin 1999 {F14} prévoit la mise en place au niveau national de Schémas de Services Collectifs. Ces schémas doivent permettre de concilier les priorités nationales et les besoins locaux dans une perspective de vingt ans dans différents domaines et notamment dans le cas de la santé pour les Schémas de Services Collectifs de Santé (SSCS).

Ces schémas, élaborés dans le cadre des Comités Régionaux d'Aménagement Durable du Territoire (CRADT), ont pour but d'assurer un égal accès à des soins de qualité en tout point du territoire ; le but étant de corriger les inégalités inter et intra régionales en matière d'offre de soins, et de contribuer à une prise en charge plus humaine et plus globale de la personne. Ils s'appuient sur la coordination renforcée des médecines de ville, hospitalière, préventive et du secteur social autour d'objectifs de prévention, de soins, et d'insertion des malades dans la société. Pour ce faire, ils soutiennent la mise en réseau des différents professionnels sous forme d'associations en vue de la création de réseaux coopératifs de santé.

III.3.4. De nouvelles bases pour la définition des objectifs de Santé Périnatale.

3.4.1. Rapport 2003 du Groupe Technique National de Définition des Objectifs.

Ce rapport remis à la Direction Générale de la Santé en Mars 2003 {C20} analyse les connaissances et définit des objectifs concernant soixante dix « problèmes de santé » dans le cadre de l'élaboration de la loi d'orientation en santé publique. Il s'appuie sur les travaux du Haut Conseil de la Santé, de l'Organisation Mondiale de la Santé sur le retentissement des maladies et les principaux facteurs de risque, et sur les consultations régionales organisées par les DRASS.

Concernant la santé périnatale, de nouveaux objectifs sont fixés dans l'optique d'être atteints dans les cinq années à venir :

- « réduire la mortalité maternelle de 15 à 20% (soit entre 5,9 et 6,3 décès PCMN (pour cent mille naissances) au lieu de 7,38 actuellement) ».
- « réduire la mortalité périnatale de 15% (soit 5,5 décès PMN (pour mille naissances) au lieu de 6,5 actuellement) ».
- « réduire de 50% la part des handicaps d'origine périnatale dans l'ensemble des handicaps à long terme ».

Différents axes de mesures sont déjà envisagés dans l'attente du rapport prévu pour Juin 2003 notamment :

- « Etablir et diffuser des recommandations de pratique clinique à destination des spécialistes et des généralistes » (guides de bonnes pratiques pour les grossesses normales, l'infertilité, et la prévention des troubles affectifs liés à la séparation mère-enfant).
- « Améliorer le suivi des grossesses » (grossesses peu ou pas suivies, bon usage du Carnet Maternité, information des femmes sur les facteurs de risques modifiables).
- « Assurer la formation des professionnels » (dépistage et traitement précoce des pathologies de la grossesse pour les médecins généralistes et spécialistes, formation des sages-femmes aux premiers gestes de réanimation).
- « Promouvoir la qualité des soins et du système de santé » (travail en réseau des professionnels et des services médico-sociaux, tels que la PMI, mesures de sécurité à la naissance avec présence médicale permanente obligatoire).

3.4.2. Les premiers volets du « Plan de Soutien à la Périnatalité ».

a/ La création de « Maisons Périnatales ».

Dans le cadre de la politique de recomposition hospitalière entamée par les décrets de Périnatalité de 1998, les établissements qui réalisent moins de 300 accouchements par an n'ont plus la capacité d'effectuer des accouchements ; appelés initialement « Centres Périnataux de Proximité », leur restructuration se poursuit avec le nouveau terme de « Maisons Périnatales ». Ces établissements sont destinés au suivi des grossesses avant et après la naissance, en collaboration étroite avec les maternités réalisant les accouchements, et visant à assurer une plus grande proximité avec les futures mères.

b/ Augmentation du nombre d'étudiants dans les disciplines de la Périnatalité.

Pour faire face à la pénurie de personnels dans les établissements de soins, le nombre d'étudiants admis dans les disciplines de la périnatalité est relevé de 10% pour les différents concours de recrutement concernés : obstétriciens, anesthésistes, pédiatres et sages-femmes.

3.4.3. « Mission Périnatalité 2003 » {C15}.

Le gouvernement actuel a confié une mission le 11 septembre 2002 à trois professeurs d'universités (Professeurs G. BREARD, JC. ROZE et F. PUECH) portant évaluation dans le domaine périnatal. Seront notamment étudiés une étude critique de la répartition des différents centres de néonatalogie, une mise au point des différents systèmes de recueil des informations et des études épidémiologiques en cours, un compte rendu de la mise en place effective des réseaux, ainsi que d'autres éléments dans le domaine de la périnatalité. Cette mission doit permettre la réactualisation future des décrets de périnatalité de 1998. Le rapport doit être rendu au Ministère courant juin 2003 et doit servir à l'élaboration de nouvelles mesures en matière de politique de santé périnatale dans le cadre du « Plan Hôpital 2007 » prévu pour l'automne 2003.

DEUXIEME PARTIE :

LE MEDECIN GENERALISTE ET LE SUIVI DE GROSSESSE

I L' EXERCICE DE SUIVI DE GROSSESSE PAR LE MEDECIN GENERALISTE.

I.1. LA DECLARATION DE GROSSESSE

Le fascicule « vous attendez un enfant » est composé de trois volets destinés aux institutions compétentes:

- les deux volets bleus pour la Caisse d'Allocations Familiales.
- le volet rose pour la Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

Ce formulaire doit être rempli par les futurs parents et par le médecin qui atteste de l'état de grossesse de la future maman, au plus tard avant la fin de la 14^e semaine de grossesse {F16}. Ces documents ouvrent droit à des prestations en espèces (Allocations Familiales) et en nature (prise en charge des frais médicaux et d'accouchement). Le fascicule a également un intérêt en terme de santé publique, chaque grossesse devant être déclarée. Mais l'intérêt de ce formulaire est bien plus vaste : il s'agit du seul document administratif qui sera rempli lors de la grossesse. C'est le document qui permettra de reconnaître l'état de grossesse éventuel ouvrant la possibilité d'une action partagée entre les différents professionnels.

Il joue également un rôle important pour les services de PMI qui reçoivent à terme les différents volets : à chaque déclaration, la PMI envoie un courrier de mise à disposition.

Le médecin doit donc préciser sur le fascicule trois éléments:

- la date de déclaration,
- la date présumée de début de grossesse,
- les différents examens de laboratoires prescrits compte tenu de l'état de grossesse.

I.2. LES EXAMENS PRENATAUX {A3} {A4}.

Les consultations prénatales obligatoires sont au nombre de 7 associées à une consultation postnatale, soit une consultation par mois à partir du 4^e mois de grossesse. Ces examens cliniques et biologiques sont définis par décret {F15} et encadrés par un article du Code de la Sécurité Sociale.

Ces consultations ont un double intérêt:

- s'assurer que la grossesse évolue de façon normale,
- rechercher la présence d'éléments anormaux pouvant porter préjudice à la mère ou à l'enfant à naître.

I.2.1. La première consultation.

Elle doit être légalement effectuée avant la 14^e semaine de grossesse. Elle se déroule en général au courant du 2^e mois, soit entre 6 et 10 semaines d'aménorrhée. C'est une consultation majeure, ayant plusieurs objectifs, et permettant de planifier le reste du suivi de grossesse. Le praticien doit donc être vigilant et le plus complet possible.

- Elle confirme «l'état de grossesse», le début et le terme probable. Le caractère «normal» ou «anormal» de la grossesse en cours.
- Elle évalue les facteurs de risque par un interrogatoire précis de la patiente.
- Elle permet le remplissage du formulaire de déclaration de grossesse et la mise en place d'un calendrier de surveillance de la grossesse
- Elle apporte des conseils à la patiente sur son mode de vie et sur l'évolution ultérieure de la grossesse.

Certains éléments recueillis sont importants dans le domaine de la prévention au cours de la grossesse:

a/ la notion de « normalité» renvoie à la recherche de grossesse évoluant de façon anormale :

- soit de grossesse dont l'évolution est impossible voire dangereuse (rétention d'œuf mort, grossesse extra-utérine, grossesse molaire).
- soit de grossesse nécessitant un suivi plus rapproché par son caractère propre (grossesse gémellaire ou multiple) ou par la présence d'éléments intercurrents pouvant compliquer la suite de la grossesse (utérus fibromateux, kyste ovarien).

Il convient donc de repérer l'existence d'évènements anormaux comme des douleurs pelviennes, des métrorragies, une masse annexielle, ou un utérus de taille non conforme au terme; chacun de ces signes d'alerte devant aboutir à un diagnostic précis en s'aidant au mieux d'examen complémentaires (βhCG, échographie).

b/ Dès le début de la grossesse, on doit fixer le terme de celle-ci. C'est à ce moment que l'interrogatoire est le plus détaillé et il est indispensable pour programmer le calendrier de suivi. On pourra affiner le terme au mieux grâce à la première échographie (± 4 jours).

c/ les conseils à la patiente : les habitudes de vie de la patiente sont à appréhender dès la première consultation afin d'aider la patiente à les modifier si nécessaire et au plus tôt dans la grossesse ; Ils feront l'objet d'un paragraphe spécifique.

I.2.2. Les consultations suivantes.

Elles sont à réaliser entre la 15^e et 37^e SA, à raison d'une par mois à partir du 4^e mois de grossesse. Il est préférable qu'elles soient réalisées par le même consultant et à partir du 7^e mois par les professionnels des structures susceptibles d'accueillir la patiente pour l'accouchement. Les objectifs consistent à :

- Vérifier la bonne évolutivité de la grossesse sur le plan clinique, biologique et échographique.
- Formuler des conseils adaptés aux patientes (allaitement).
- Prendre des mesures nécessaires si une anomalie est décelée à l'entretien ou lors de l'examen.
- Discuter de l'arrêt de travail ou de l'aide familiale à domicile si le repos est indispensable.
- Débuter la préparation à la naissance.

Chaque consultation peut se décomposer ainsi :

a/ Interrogatoire :

- Etat général : vécu de la grossesse, événements intercurrents, échange mutuel sur la santé globale de la future mère et sur son bien être.
- Signes fonctionnels gynécologiques anormaux : leucorrhées, métrorragies, douleurs, brûlures urinaires, contractions inhabituelles (contractions utérines : activité devenant plus perceptible à partir du 6^e mois).
- Recherche des mouvements actifs fœtaux (à partir de la 20^e semaine).

b/ Examen clinique complet : poids, tension artérielle, état des membres inférieurs, auscultation cardio-pulmonaire, hauteur utérine, palpation abdominale, recherche des bruits du cœur fœtaux, toucher vaginal.

c/ Examens complémentaires (biologiques et/ou échographiques) qui s'imposent en fonction de la date d'examen. La surveillance de la grossesse pourra alors être renforcée en fonction des facteurs de risques évalués et des éléments anormaux décelés lors de la consultation.

I.2.3. Les consultations du 8^e et 9^e mois.

Elles doivent faire l'objet de consultations spécialisées et sont à réaliser par l'équipe obstétricale qui prendra en charge l'accouchement. Ces dernières consultations prolongent les examens réalisés en début de grossesse : toutes les informations collectées lors des premiers entretiens sont à transmettre à l'établissement où s'effectuera l'accouchement ; il est donc nécessaire pour le praticien et la patiente de les conserver soigneusement.

L'objectif de ces dernières consultations est de prévoir l'accouchement : les circonstances (mode de présentation, volume fœtal, dimensions du bassin) et les modalités de l'accouchement (spontané ou programmé, voie basse ou césarienne).

I.2.4. La consultation post natale.

Elle doit être réalisée dans le courant du deuxième mois qui suit l'accouchement par le médecin choisi par la patiente et informé de l'évolution de la grossesse, du travail et des suites de couches. Ses objectifs sont également multiples :

a/ Vérifier le caractère physiologique des suites de couches et s'assurer de l'absence de complications (thromboemboliques, hémorragiques, endocriniennes). L'interrogatoire peut révéler l'existence de troubles allégués par la patiente (incontinence urinaire d'effort, problèmes esthétiques, troubles digestifs, fatigue). En cas d'allaitement maternel, il faut s'assurer du bon déroulement de celui-ci et de l'absence de complications.

b/ Examen clinique : On s'assure à l'interrogatoire du bon contrôle sphinctérien, tant urinaire que fécal, et de l'absence de douleurs puis l'on réalise un examen périnéal et gynécologique méthodique (examen au spéculum, toucher vaginal, testing des releveurs, examen des cicatrices de césarienne ou périnéales). Il convient de s'assurer que la jeune maman a débuté ou doit débuter des séances de rééducation périnéale, programmées vers la 6^e-8^e semaine après la naissance. La rééducation du périnée doit tenir compte des signes fonctionnels, des signes objectifs obtenus au testing ainsi que des circonstances de l'accouchement (macrosomie, expulsion rapide, présentation du siège, manœuvres obstétricales : forceps, expression utérine); elle doit être parfaitement assimilée avant de débiter une gymnastique abdominale.

c/ Vérifier la disparition ou la persistance voire l'apparition de séquelles de pathologies révélées par la grossesse, en insistant sur trois complications principales (infections urinaires, hypertension artérielle, troubles de la glycorégulation). Selon les cas, le praticien pourra réaliser un contrôle biologique et prendre un avis spécialisé.

d/ Discuter sur le type de contraception ultérieure envisagée : quelle que soit la contraception proposée à la sortie de la maternité, les méthodes contraceptives doivent être revues en tenant compte des désirs de la patiente, de la période d'allaitement, et l'apparition de nouvelles pathologies (glycorégulation, ou cardio-vasculaires).

I.3. LES FACTEURS DE RISQUE {A3}.

La grossesse est le plus souvent normale dans 80 à 90 % des cas {A3}. La recherche de facteurs de risque est fondamentale et doit être réalisée le plus précocement possible afin d'adapter au mieux le suivi ultérieur. La découverte de pathologie(s) préexistante(s) ou survenant au cours de la grossesse doit amener à une prise en charge spécialisée. Les facteurs de risque d'ordre social, familial ou professionnel ont également toute leur importance. Le recours à d'autres professionnels pourra alors être réalisé de façon à obtenir un suivi le plus complet possible.

On peut distinguer ces facteurs de risque en six groupes :

<u>Les antécédents généraux médicaux :</u>	a/ Le diabète. b/ Hypertension artérielle (précédant ou induite par la grossesse). c/ Recherche de facteur de risque de maladie thromboembolique veineuse (MTEV) : ▪ Antécédent personnel ou familial de thrombose veineuse profonde ou d'embolie pulmonaire et de leur contexte de survenue (âge, facteurs déclenchants, nombre). ▪ Facteur(s) de risque clinique(s) : âge > 35 ans, obésité, alitement prolongé, prééclampsie, césarienne. ▪ Facteur de risque biologique (antithrombine, protéine C, protéine S, facteur V Leiden, FII 20210A). ▪ Facteur de risque acquis : syndrome des anticorps antiphospholipides, hyperhomocystéinémie. d/ Autres pathologies à prendre en compte : ▪ Pathologie endocrinienne (thyroïde) et hépatopathie. ▪ Pathologie des voies urinaires (infectieuses, affections glomérulaires et vasculaires rénales). ▪ Maladie systémique (Lupus Erythémateux Disséminé, Sclérose en plaques...). ▪ Epilepsie : le risque est double : la survenue de crises au cours de la grossesse et la toxicité du traitement pour le fœtus. ▪ Maladies infectieuses : Hépatite, VIH, Herpès génital. ▪ Anémie, cardiopathie, insuffisance respiratoire.
<u>Les facteurs individuels et sociaux :</u>	a/ Facteurs psychologiques (cf. paragraphe spécifique). b/ Conditions socio-économiques. c/ Consommation de toxiques : alcool, drogues, tabac. d/ Age: < 16 ans ou > 38 ans. e/ Poids, Taille: T < 150 cm , P < 40 kg , P > 80 kg.
<u>Les antécédents chirurgicaux :</u>	▪ Utérus cicatriciel (fibromes, césariennes). ▪ Chirurgie urologique (néphrectomie). ▪ Chirurgie vasculaire. ▪ Antécédents traumatiques : bassin, rachis.
<u>Les antécédents gynécologiques :</u>	a/ Antécédents d'infection utérine ou de pathologie tubaire. b/ Stérilité avec recours à l'Assistance Médicale à la Procréation. c/ Pathologies modifiant le contenant (DES syndrome, fibromyomatose).

<u>Les antécédents obstétricaux :</u>	▪ Accouchement prématuré : ils représentent 7 % des accouchements mais 75 % de la mortalité et morbidité néonatale. Il faut également s'attacher à rechercher les causes de la prématurité (souvent multiples) et l'association à une hypotrophie. ▪ Antécédent de rupture prématurée des membranes. ▪ Antécédent de fausse couche spontanée : il faudra préciser le terme, l'attitude entreprise, et les résultats des examens anatomopathologiques. ▪ Antécédent d'Interruption Volontaire de Grossesse : le nombre, les modalités, le terme et la date sont à relever. ▪ Antécédent de grossesse à risque : hypotrophie (nouveau-nés à terme dont le poids < 2500g ; enfants dont le poids < 10^e percentile), mort fœtale in utero (MFIU), grossesse gémellaire, iso immunisation Rhésus, macrosomie, hypertension gravidique, diabète gestationnel, antécédents de non fermeture du tube neural, pathologie vasculaire placentaire (PVP). ▪ Antécédent d'accouchement à risque : spontané ou provoqué, extraction instrumentale, hémorragie.
<u>L'hérédité :</u>	▪ Les antécédents familiaux d'affections chroniques (HTA, diabète...). ▪ Les pathologies malformatives. ▪ Les maladies génétiques.

I.4. LES EXAMENS BIOLOGIQUES.

I.4.1. Les examens obligatoires {F15}.

I.4.1.1. Détermination des Groupes Sanguins (ABO, Rhésus complet, Kell)

Toute femme enceinte doit posséder une carte de groupe sanguin avec deux déterminations et un phénotype Rhésus et Kell complet. C'est dès la première consultation qu'il faut s'enquérir de la carte de groupe et la mettre à jour si nécessaire.

I.4.1.2. La recherche d'agglutinines.

La recherche d'agglutinines est systématique au cours de la première consultation quel que soit le Rhésus de la patiente. Si la femme est Rhésus négatif, on doit renouveler la recherche au 3^e, 6^e, 8^e et 9^e mois, soit au total cinq fois en cours de grossesse. En cas de rhésus négatif, il faut expliquer à la patiente la nécessité d'une surveillance plus rapprochée, et l'informer des circonstances dans lesquelles elle doit consulter pour bénéficier d'une injection de gamma-globulines anti-D.

Si la patiente est rhésus positif, un contrôle au 9^o mois est tout de même nécessaire car une immunisation dans les autres systèmes que D est possible. Ce statut doit bien être contrôlé avant l'accouchement compte tenu du risque de saignement. En cas d'apparition d'anticorps, il faut diriger la patiente vers un centre spécialisé qui pourra réaliser une identification et un titrage de l'agglutinine.

1.4.1.3. Dépistage de la Syphilis (VDRL, TPHA).

Il doit toujours être réalisé malgré l'incidence peu élevée de la syphilis maternelle (0,025%). Il est répété au cours du 8^o mois uniquement s'il existe des facteurs de risques (partenaires occasionnels, prostitution, toxicomanie, infection par le VIH, par le virus de l' Hépatite C, origine ethnique).

1.4.1.4. Dépistage de la Rubéole.

La sérologie de rubéole a été idéalement réalisée lors de l'examen prénuptial et dans le cas où la femme n'était pas immunisée, une vaccination a dû être réalisée. Elle ne doit donc pas être renouvelée si l'on possède la preuve écrite d'une immunisation antérieure et récente. Les RMO de 1996 prévoient qu'il est souhaitable de réaliser une sérologie de rubéole chez toutes les femmes dont le résultat date de deux ans et plus, compte tenu de la négativation possible de la sérologie au cours du temps. En cas de sérologie négative, il est recommandé de la contrôler mensuellement jusqu'à 17 SA (quatrième mois). Si la femme n'est pas immunisée, on doit prévoir une vaccination dans le post partum.

1.4.1.5. Sérologie de la Toxoplasmose.

Elle doit également avoir été réalisée lors de l'examen prénuptial. Elle est à effectuer tous les mois dès le début de la grossesse et jusqu'à un mois après l'accouchement chez les patientes non immunisées ou immunisées mais présentant une immunodépression chronique (corticothérapie, splénectomie, traitement immunosuppresseur, VIH+). Chez les femmes non immunisées, il faut donc prévoir des conseils diététiques afin d'éviter une contamination durant la grossesse.

1.4.1.6. Sérologie VIH.

Elle n'est pas obligatoire mais doit être obligatoirement proposée (et a dû être obligatoirement proposée lors de l'examen prénuptial) {F18}. Avec l'accord de la patiente, elle doit se faire en début de grossesse et peut être renouvelée au 8^o mois (si facteurs de risques).

1.4.1.7. Dépistage de l'Hépatite B.

Ce dépistage doit être effectué au cours du quatrième examen prénatal (sixième mois de grossesse). Les RMO de 1996 préconisaient de l'effectuer dès le premier examen et de réaliser une enquête familiale afin, éventuellement, de débiter une vaccination chez les femmes enceintes encore non immunisées mais à risque (les populations à risque étant : professions de santé, toxicomanes, migrants, sujets contacts). Chez la femme non vaccinée contre l'hépatite B, on recherche l'antigène HBs pour dépister un portage chronique.

En cas de séropositivité, on doit déterminer le caractère récent ou ancien et guéri ou chronique de l'infection à l'aide des anticorps HBe et HBc. On doit également dépister une co-infection par le VHC. Chez la femme vaccinée avec sérologie négative avant la vaccination, il est inutile de refaire la sérologie.

1.4.1.8. Numération formule sanguine.

Elle doit être réalisée au cours du quatrième examen prénatal (sixième mois de grossesse). Les RMO de 1996 proposent cependant de la faire dès le premier examen prénatal associé à un dosage du fer sérique et de la ferritinémie, afin de débiter une supplémentation martiale en cas d'anomalie.

1.4.1.9. Recherche d'une glycosurie et d'une albuminurie.

Cette recherche est réalisée à l'aide de bandelettes diagnostiques et sont à effectuer lors de chaque consultation prénatale obligatoire. Une glycosurie effective doit aboutir à la réalisation de tests de dépistage du diabète. La recherche d'une albuminurie a un intérêt double: elle est le signe indirect d'une infection urinaire et un test précoce pour la toxémie gravidique.

1.4.2. Les autres examens biologiques (réalisables mais non obligatoires).

1.4.2.1. Dépistage de l'Hépatite C.

Ce dépistage doit être proposé lors du premier examen prénatal et s'il existe des facteurs de risque, il peut être renouvelé lors du huitième mois de grossesse.

1.4.2.2. Marqueurs sériques de la Trisomie 21.

Ces dosages concernent au moins deux marqueurs : β hCG + α FP +/- oestradiol. Au-dessus d'un certain seuil, une amniocentèse pour caryotype fœtal est proposée. On peut retenir un seuil de 1/250 qui permet le dépistage de 60% des trisomies 21 au prix de 5 % d'amniocentèses. Le dosage doit être systématiquement proposé à toutes les femmes entre 14 et 17 SA. Le médecin a l'obligation d'informer la patiente dès le premier examen prénatal de l'existence d'un test permettant d'apprécier le risque d'être enceinte d'un enfant atteint de trisomie 21 {F17}.

Après l'avoir informée sur les différentes modalités du test, il faut demander le consentement de la patiente et rédiger une ordonnance spécifiant : la date de naissance de la patiente, la date de début de grossesse et les facteurs pouvant influencer le test : gémellité, ethnie maternelle, tabagisme.

Les limites du test seront précisées à la patiente, en particulier :

- Le dépistage n'est pas obligatoire et l'amniocentèse proposée à l'issue si le résultat montre un risque accru ne l'est pas non plus.
- La sensibilité et la spécificité ne sont pas parfaites (sur 10 000 naissances, il y a environ 10 trisomies 21, le test va sélectionner 500 femmes à risque, l'amniocentèse révélera 7 trisomies 21 et 493 enfants normaux).
- L'amniocentèse a également ses limites : elles doivent être signalées ainsi que les complications d'une éventuelle interruption de grossesse au décours de ce geste (1% des cas).

1.4.2.3. Sérologie CMV.

Dans l'état actuel des connaissances, il n'y a pas lieu d'effectuer à titre systématique une sérologie CMV à toutes les femmes enceintes. En effet, il n'existe pas, à ce jour de vaccination contre ce virus, et l'utilité d'une politique de dépistage systématique n'a pas encore été démontrée. Les conseils de prévention et d'hygiène de vie sont par contre indispensables (cf. prévention des maladies infectieuses).

1.4.2.4. Dépistage de l'infection urinaire.

La recherche d'une bactériurie asymptomatique doit être réalisée lors de chaque consultation mensuelle. Elle repose sur l'utilisation des bandelettes urinaires. La présence d'une bactériurie asymptomatique augmente le risque d'accouchement prématuré. Son traitement permet d'éviter la survenue de 60% des pyélonéphrites et de diminuer par la même le risque de prématurité. En cas de positivité de la bandelette, la bactériurie sera contrôlée par un examen cyto bactériologique des urines.

1.4.2.5 Les prélèvements vaginaux.

A l'exception des femmes ayant un antécédent d'accouchement prématuré, le prélèvement vaginal systématique n'est pas recommandé au début de grossesse {A5}. La recherche systématique du portage de streptocoque du groupe B est recommandée en fin de grossesse, entre 34 et 38 semaines d'aménorrhée ; en effet, la prévalence des porteuses est fréquente : 4 à 25 % des femmes enceintes et 60 à 70 % des enfants de ces femmes naissent colonisés. Une antibio prophylaxie per partum sera alors réalisée. Le dépistage est inutile chez les femmes ayant des antécédents d'infection materno fœtale à streptocoque B, l'antibio prophylaxie étant systématique. Le traitement à distance de l'accouchement des femmes enceintes porteuses asymptomatiques ne doit pas être réalisé compte tenu du risque de récurrence.

1.4.2.6. Examens spécifiques.

a/ Dépistage du diabète gestationnel.

Il est recommandé par le CNGOF (1996) {C16} de prescrire un test de charge en glucose ou test de O'Sullivan à toutes les femmes enceintes entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée, même si elles n'ont pas de facteur de risque. Néanmoins, il n'existe pas à l'heure actuelle de consensus international sur la stratégie de dépistage de façon systématique à toutes les femmes enceintes.

Ce test consiste à doser la glycémie veineuse une heure après l'ingestion de 50 g de glucose, que la femme soit à jeun ou non. Il est considéré comme positif si la glycémie est supérieure ou égale à 1,30g/l et doit alors entraîner une prise en charge spécialisée avec la réalisation d'une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO).

La population à risque de diabète gestationnel se caractérise par : antécédent familial de diabète, obésité, âge supérieur à 35 ans, antécédent de gros bébé (> 3900g), de mort-nés, d'enfants malformés, antécédent d'hyperglycémie lors de la prise d'oestroprogestatifs ou de corticoïdes, ou encore antécédent de toxémie gravidique lors d'une grossesse précédente.

Chez ces femmes présentant un facteur de risque précité ou ayant déjà présenté un diabète gestationnel lors d'une précédente grossesse, un test de O'Sullivan doit être réalisé lors de la première consultation puis renouvelé entre 24 et 28 semaines.

b/ Electrophorèse de l'hémoglobine.

Elle est souhaitable s'il on craint une anomalie de l'hémoglobine compte tenu de la numération formule et de l'origine ethnique. Si une hémoglobinopathie est dépistée, il faut proposer ce même examen chez le père du futur enfant et par la suite demander un conseil génétique.

c/ Autres examens pouvant s'avérer nécessaires :

Radiographie de thorax, ECG, fond d'œil, dosages hormonaux....

I.5. LES EXAMENS ECHOGRAPHIQUES {A3} {A6}.

Les recommandations précisent qu'il n'y a pas lieu de pratiquer ou de prescrire plus de trois échographies dans la surveillance d'une grossesse normale.

Des échographies supplémentaires peuvent néanmoins être effectuées mais dans des cas bien particuliers :

- Grossesse à risque (assistance médicale à la procréation, antécédent de grossesse extra-utérine, de grossesse molaire, de grossesse multiple, de fausses couches à répétition...)
- Grossesse compliquée (toxémie, retard de croissance intra utérin, diabète, malformations...)
- Signes d'appels cliniques (métrorragies, examen clinique anormal).

Les patientes doivent être clairement informées que les échographies obstétricales leur étant proposées ont pour objectif principal le dépistage des anomalies fœtales et que comme tout examen de dépistage, l'échographie a ses propres limites.

I.5.1. Premier examen.

Cette échographie, réalisée à 11-13 semaines d'aménorrhée, permet d'affirmer l'existence de la grossesse par la visualisation de l'œuf ; elle permet de préciser la vitalité et le nombre de fœtus. Elle est dite « échographie de datation » car c'est à ce stade que l'évaluation du terme est la plus précise (± 4 jours) grâce à la longueur cranio caudale. C'est également à ce stade que l'on peut le mieux repérer une pathologie utérine associée compte tenu de la taille encore restreinte de l'utérus (fibrome, kyste de l'ovaire, malformation utérine).

L'examen peut déjà dépister précocement certains risques d'anomalies chromosomiques (clarté nucale, hygroma kystique) ou certaines malformations (anencéphalie, omphalocèle ...).

I.5.2. Deuxième examen.

La seconde échographie a pour but d'étudier la morphologie fœtale, la croissance fœtale à l'aide de différents paramètres de biométrie :

- Pour le crâne: Périmètre crânien et diamètre bipariétal.
- Pour l'abdomen : Périmètre abdominal et diamètre abdominal transverse.
- Pour les membres : Longueur fémorale et longueur du pied.

C'est l'échographie dite « morphologique ». Réalisée entre 22 et 24 semaines d'aménorrhées, elle permet également l'étude des annexes : localisation et morphologie placentaire, volume de liquide amniotique, étude des vaisseaux du cordon. Elle permet également de vérifier l'absence de signes échographiques révélateurs d'anomalies chromosomiques. Elle peut enfin avoir un intérêt dans l'étude de la longueur du col utérin à la recherche d'une béance isthmique.

I.5.3. Troisième examen.

Il permet une étude plus complète des organes du fœtus : croissance fœtale (hypotrophie, macrosomie), recherche de malformations (ventriculomégalie cérébrale, cardiopathie, uropathie obstructive, atrésie digestive) ; un score de bien être fœtal peut être établi : score de Manning. Les annexes sont également mieux précisées: localisation et morphologie du placenta, quantité de liquide amniotique, anomalie du cordon ombilical). Il détermine enfin précisément le mode de présentation fœtal.

II PLACE DE LA PREVENTION DANS LE SUIVI DE LA GROSSESSE.

II.1. RECOMMANDATIONS GENERALES.

La place de la prévention autour de la naissance est capitale et son intérêt a été illustré dans le chapitre d'introduction de ce travail. Rappelons que ces mesures peuvent s'appliquer sur un temps court, limité, chez des femmes voir des familles jeunes, soucieuses de faire naître un enfant en bonne santé.

Les différents conseils d'hygiène de vie pour la femme enceinte sont nombreux et doivent donc être divulgués progressivement et répétés. La future mère doit avoir d'emblée à l'esprit plusieurs notions :

- La possibilité pour elle de faire appel aux professionnels référents en cas de doute (conseils téléphoniques).
- La complémentarité des diverses structures de suivi.
- Son calendrier de suivi de grossesse, mentionnant les différentes étapes à venir avec notamment les différentes consultations prénatales, les examens biologiques et échographiques, les dates des congés de maternité, et les renseignements nécessaires pour la pratique des séances de préparation à la naissance.
- Enfin l'extrême prudence lors de la prise de médicaments, en évitant l'automédication.

Le choix de la structure d'accouchement pourra être envisagé au cours du premier entretien. La visite des locaux où se dérouleront l'accouchement et les soins postnataux doit être vivement conseillée.

Seront abordés dans ce chapitre les différents axes de prévention possibles par le médecin généraliste. Les traitements des différentes pathologies concernées seront donc volontairement écartés. Enfin, ces recommandations ne sont pas figées, elles peuvent évoluer au fur et à mesure de la progression des connaissances médicales.

II.2. ROLE D'UNE ALIMENTATION EQUILIBREE.

II.2.1. Besoins nutritionnels de la femme enceinte.

a/ Besoins énergétiques.

Le métabolisme de base s'élève à partir de la 24^e semaine : il est de 418 KJ (100 Kcal) par jour durant le deuxième trimestre et passe à 832 KJ/jour (200 à 250 Kcal/jour) pendant le troisième trimestre. En France, la consommation moyenne des femmes enceintes se situe entre 2200 et 2800 Kcal/jour {C17} alors que le seuil à partir duquel la croissance fœtale commence à être compromise est évaluée à un apport de 1600 Kcal/jour en cas de restriction au troisième trimestre{A7}. Un apport calorique correct doit donc se situer aux environs de 1800 à 2000 Kcal/jour, en tenant compte des habitudes alimentaires, du poids, de la taille, des activités et de l'état psychologique de la patiente.

b/ Besoins protéiques.

Les protéines doivent représenter 20 % de la ration calorique quotidienne. Elles sont indispensables au développement cérébral du fœtus. La consommation doit varier entre 70 et 80 g/jour (non enceinte : 60g/j ; premier trimestre : 70 g/j ; 2° et 3° trimestre : 80 g/j). Le rapport protéines animales sur protéines végétales doit être égal à 2/3 (les protéines animales étant à haute valeur biologique, du fait de leur richesse en acides aminés indispensables).

c/ Besoins glucidiques.

Les glucides doivent représenter 50 % de la ration calorique quotidienne. Les sucres simples, d'assimilation rapide ne doivent pas excéder 10 % de la ration énergétique totale. Les amidons des céréales et leurs dérivés, d'assimilation plus lente, peuvent être consommés à raison de un plat de féculents par jour associé à une consommation modérée de pain (150 à 250 g/jour), permettant au mieux de contrôler les phases de variations glycémiques liées à l'hyperinsulinisme des deuxième et troisième trimestres.

d/ Besoins lipidiques.

Les lipides entrent dans la composition des membranes cellulaires nerveuses et doivent représenter 30 % de la ration calorique quotidienne, soit 70 à 80 g/jour. Leur consommation doit être variée (beurre, huile végétale, et graisse de constitution des aliments).

e/ Besoins hydriques.

Un apport quotidien d'un litre et demi d'eau, de préférence minérale et faiblement minéralisée est nécessaire.

f/ Fibres végétales.

Les fibres végétales de l'alimentation sont de deux types :

- les fibres tendres (légumes verts et fruits frais), qui favorisent le transit intestinal et qui peuvent être consommés sans problème (environ 400 g/jour).
- Le son des céréales et les enveloppes des légumineuses, qui doivent être employés avec plus de circonspection et en faible quantité (risque d'irritation colique).

II.2.2. Besoins et supplémentation en minéraux, vitamines et oligoéléments.

Dans l'état actuel des connaissances, et pour des femmes enceintes vivant en métropole, ne sont envisagés dans ce chapitre que les nutriments ayant fait l'objet de recommandations précises et dont la supplémentation été clairement évaluée.

Trois catégories de situations sont détaillées :

- Les supplémentations systématiques.
- Les situations pouvant justifier une supplémentation.
- Nutriments dont l'intérêt d'une supplémentation n'est pas prouvée.

II.2.2.1. Supplémentation systématique.

- Vitamine D : par une dose de 100 000 UI au début du septième mois.

Compte tenu de la pauvreté de notre alimentation en vitamine D et des climats peu ensoleillés en France, une supplémentation est recommandée. Elle peut se faire à partir de 28 SA de façon quotidienne à raison de 1000 unités de vitamine D3 ou en dose unique de 100 000 unités à la même période {A7} {C17}.

➤ Pour la vitamine B9 : par une alimentation riche en folates voire une supplémentation à 0,4 mg par jour dans la période périconceptionnelle. En France, la consommation moyenne des femmes enceintes est de 300 µg/jour {A7}. Or les besoins sont accrus pendant la grossesse (jusqu'à 400 à 800 µg/jour en fin de grossesse). La carence en acide folique peut induire un retard de croissance intra utérin et différentes malformations, en particulier des fentes labio palatines et des défauts de fermeture du tube neural.

La prévalence de ces anomalies de fermeture (essentiellement spina bifida et anencéphalie) touche chaque année en France près de une grossesse pour mille. Elles se constituent très tôt au cours de la grossesse, lors de la troisième ou quatrième semaine post conceptionnelle et sont souvent responsables d'handicaps sévères ; ces anomalies surviennent en l'absence d'antécédents dans environ 95 % des grossesses. Le risque de récurrence est estimé entre 3 et 5 %.

Même si la survenue de ces malformations est multifactorielle (génétique, environnementale), la carence en vitamine B9 paraît être un facteur de risque bien établi au point que la Direction Générale de la Santé recommande {F19} la mise en œuvre d'une supplémentation systématique en acide folique de toutes les femmes désirant être enceintes et ceci durant la période péri conceptionnelle. Le communiqué rappelle d'ailleurs l'importance d'insister, auprès des femmes en âge de procréer, sur la nécessité de consommer des aliments riches en folates : légumes verts à feuilles, légumes secs, agrumes, fromages fermentés.

Deux types de supplémentation sont possibles suivant les risques de la femme :

- Pour les femmes sans antécédent particulier et qui désirent concevoir, une supplémentation systématique à 0,4 mg/jour d'acide folique encadrant les quatre semaines avant la conception et jusqu'à huit semaines après peut être réalisée.
 - Chez les femmes qui ont un antécédent de grossesse avec anomalie du tube neural, sous antiépileptique, ou porteuses d'une anémie hémolytique chronique, un apport à plus forte dose de 5 mg/jour est préconisé.
- Une alimentation permettant un apport adapté en iode.

II.2.2.2. Situations particulières où la supplémentation peut s'avérer nécessaire.

- En folates en cas d'anémie par carence en folates ou antécédent d'anomalie de fermeture du tube neural (cf. ci-dessus).

- En fer en cas d'anémie hypochrome.

Les apports en fer sont suffisants dans le cas d'une alimentation variée et sans exclusion des aliments d'origine animale, ceci compte tenu qu'il existe une augmentation considérable des capacités d'absorption du fer et que les besoins journaliers sont estimés à 20 mg. La supplémentation s'avère donc nécessaire en cas d'anémie hypochrome, de grossesse gémellaire ou chez la multipare dès le début de la grossesse ou après contrôle de la numération formule sanguine du 6^e mois, à raison de 25 à 30 mg/jour.

- En iode pour certaines populations immigrées ou dans certaines régions.

Les besoins journaliers sont augmentés et se situent entre 150 et 200 µg/jour {A7}. Une supplémentation médicamenteuse (100 à 150 µg/jour) ne doit être réalisée que dans les situations de risque de carence avérée (régions de France du goitre endémique, immigrés de la zone subsaharienne) {C17}.

- En vitamine K1 en cas de traitement particulier.

La supplémentation en vitamine K1 peut s'avérer nécessaire en fin de grossesse uniquement dans certains cas particuliers dans le cadre d'une prévention des hémorragies cérébrales du nouveau-né. Ces cas particuliers sont liés au fait de la prise médicamenteuse maternelle : anticonvulsivants, antituberculeux et salicylés {C17}. Elle se fait à partir de la 36^e semaine. Concernant la prévention des hémorragies cérébrales du nouveau-né prématuré, il n'existe pas, à ce jour, de données concernant l'intérêt d'une supplémentation plus précoce.

- En vitamine B12.

Elle intervient en favorisant l'absorption des folates qui participent au mécanisme d'érythropoïèse, dont la carence peut favoriser la survenue des maladies du tube neural. La supplémentation systématique n'est néanmoins pas nécessaire sauf en cas de régime végétalien ou végétarien ou d'anémie hémolytique chronique.

- En vitamines B1 et B6.

La supplémentation systématique n'est pas nécessaire compte tenu des apports alimentaires dans l'alimentation (cas particuliers : vomissements, alcoolisme, diabète gestationnels).

II.2.2.3. Nutriments dont l'intérêt d'une supplémentation n'est pas prouvée.

➤ Fluor.

L'apport en fluor n'est pas admis de façon unanime ; il peut être envisagé partant du principe que la plupart des eaux de distribution sont faiblement dosées en France et qu'après la naissance, la supplémentation en fluor permet de réduire la carie dentaire. Mais rien ne prouve qu'il soit systématiquement nécessaire.

➤ Calcium.

Les apports quotidiens recommandés au cours de la grossesse sont de 1000 à 1200 mg/jour de calcium élément, pour une consommation moyenne journalière entre 700 et 1000 mg/jour {A7}. L'absorption intestinale de calcium est augmentée dès le début de la grossesse. En conséquence, il n'y a pas lieu de prévoir une supplémentation. De façon exceptionnelle, en cas d'apports lactés insuffisants, un apport en calcium par voie orale à la dose de 1000 mg/jour est possible.

II.3. PREVENTION DES MALADIES INFECTIEUSES {A8} {A3}.

II.3.1. Maladies à transmission oro digestive.

a/ Conseils généraux.

- Cuire soigneusement les aliments crus d'origine animale (viandes, poissons).
- Laver soigneusement les légumes crus et les herbes aromatiques.
- Après manipulation d'aliments crus, se laver soigneusement les mains ainsi que les ustensiles de cuisine.
- Consulter immédiatement un médecin en cas de fièvre isolée, sans cause évidente.

b/ Conseils spécifiques.

❖ TOXOPLASMOSE.

Si la femme est séronégative, il est nécessaire, outre les recommandations générales, d'éviter le contact avec les chats : il ne faut pas leur donner de viande crue et la litière doit être nettoyée par une autre personne.

❖ LISTERIOSE.

Les aliments à éviter sont les fromages à pâte molle ou au lait cru, les fromages vendus râpés, les poissons fumés, les graines germées crues, les produits de charcuterie cuite consommés en l'état : dans le cas contraire, il faut les cuire et les consommer rapidement. Avant d'être consommés, les fromages doivent être lavés et débarrassés de leur croûte.

II.3.2. Maladies à transmission aéroportée.

a/ Conseils généraux.

- Compte tenu de la contagiosité importante de ces maladies, la prévention repose sur la limitation des contacts avec les personnes infectées.

b/ Conseils spécifiques.

❖ TUBERCULOSE.

Des mesures préventives doivent être adoptées lorsque le procréateur est suivi pour tuberculose ou si une tuberculose est diagnostiquée dans l'entourage proche.

❖ VARICELLE.

Il n'y a pas, à ce jour et en France, de recommandation de vaccination contre la varicelle des femmes en âge de procréer. En cas d'exposition récente avec une personne ayant la varicelle ou un zona, le médecin doit demander un sérodiagnostic ELISA avec titrage des anticorps anti-VZV IgG :

- S'il est positif : rassurer, la femme et le fœtus sont protégés.
- S'il est négatif : répéter à 15 jours d'intervalle la prise de sang : si c'est positif (séroconversion) : il y a indication de traitement par aciclovir® et il faut effectuer une surveillance échographique (diagnostic anténatal par PCR sur liquide amniotique au besoin).

❖ RUBEOLE.

La vaccination des femmes séronégatives en âge de procréer est vivement conseillée. Elle doit s'effectuer en dehors de la grossesse et peut se réaliser juste après un accouchement dans l'optique d'une grossesse future. La généralisation de la vaccination à tous les enfants devrait diminuer le risque.

❖ PARVOVIRUS B19.

Il n'existe pas, à l'heure actuelle, d'argument en faveur d'un dépistage systématique. Les femmes enceintes étant, du fait de leur profession, en contact avec des enfants de moins de trois ans, doivent être écartées des activités de soins et, s'il existe des contacts, recourir à des règles d'asepsie rigoureuse pour l'hygiène des mains (institutions, crèches).

II.3.3. Maladies transmises par les sécrétions sexuelles.

a/ Conseils généraux.

- Le préservatif est le moyen de prévention le plus sûr en cas de partenaires multiples ou à risques.
- Le dépistage systématique de ces MST doit être proposé et effectué chez des populations à risque, de même que la sérologie VIH.

- Le partenaire doit être également sous surveillance : la maladie est transmise par ou au partenaire lors du rapport.
- Il faut rechercher d'autres MST : plusieurs agents pathogènes peuvent être transmis en même temps.

b/ Conseils spécifiques.

❖ VIH.

On peut distinguer 3 cas possibles :

- La femme est séronégative : il faut conseiller au conjoint un dépistage lors de l'examen prénuptial.
- Le partenaire est séropositif : les rapports sexuels doivent impérativement être protégés et une surveillance biologique régulière de la future maman est nécessaire.
- La femme est séropositive : un traitement prophylactique antirétroviral est effectué, ainsi qu'un protocole spécifique lors de l'accouchement. Sa prise en charge est spécialisée et multidisciplinaire à la fois médicale, sociale et psychologique. Dans ce cas, l'allaitement est contre-indiqué dans les pays industrialisés.

❖ HERPES.

Pendant la grossesse, les règles générales sont appliquées : le port du préservatif est obligatoire. Une prévention de la contamination per partum peut être réalisée par césarienne s'il existe une primo-infection herpétique récente (deux derniers mois) ou récurrente ou s'il existe une rupture prématurée des membranes datant de moins de six heures. Autrement, en l'absence de lésions cliniques et après prélèvement, l'accouchement peut être réalisé par voie basse, dans des conditions d'asepsie stricte. Un traitement antiviral oculaire sera institué à l'enfant. Si la culture des prélèvements est positive, le pédiatre peut être amené à traiter l'enfant par aciclovir. L'allaitement maternel n'est pas contre-indiqué sauf si la primo-infection est récente.

❖ SYPHILIS.

Le meilleur moyen de prévention est certainement le préservatif. Le partenaire doit être dépisté et traité. Le dépistage est systématique et obligatoire en début de grossesse : TPHA & VDRL. Si le dépistage est positif, il est nécessaire de réaliser des réactions quantitatives : FTA, TPHA, VDRL quantitatifs et recherche d'IgM. Le traitement effectué avant le quatrième mois évite tout risque de contamination. Il repose sur l'injection de Pénicilline retard par voie parentérale, en milieu hospitalier.

A noter la possibilité de faux positifs (VDRL faiblement positif et TPHA + FTA négatifs) : ils sont le reflet de la présence d'anticorps antiphospholipide et peuvent témoigner de la présence d'une maladie systémique auto-immune ou d'un syndrome antiphospholipidique. Dans ces deux cas (sérologie positive et faussement positive), le recours au spécialiste est indispensable.

❖ CHLAMYDIAE et GONOCOQUE.

Pour tous les nouveaux-nés, à la naissance, une prévention systématique de la conjonctivite gonococcique, par instillation de collyre à la rifamycine ou au nitrate d'argent, est effectuée. Chez les patientes atteintes d'une autre maladie sexuellement transmissible quelle qu'elle soit, ou dont le partenaire est atteint d'une infection urogénitale, il est recommandé de réaliser un prélèvement endocervical, même en l'absence de signe de cervicite, à la recherche de chlamydia et de gonocoque.

II.3.4. Maladies à transmission sanguine :

a/ Conseils généraux.

- La prévention repose sur les recommandations et les protocoles d'accidents exposants au sang (AES). En milieu hospitalier, les recommandations de précaution universelles du CLIN doivent être respectées (ne pas re-capuchonner, mettre les seringues dans un container adapté, port de gants).
- En cas d'AES, déclaration au CLIN, et recours à une chimiothérapie antirétrovirale adaptée.

b/ Conseils spécifiques.

❖ HEPATITE C.

Le dépistage est recommandé en cas de population exposée au risque (antécédent de transfusion sanguine ou d'administration de produits dérivés du sang, infection à VIH, toxicomanie). Un protocole de suivi est nécessaire en cas de conjoint séropositif et des mesures de prévention doivent être délivrées (matériel de toilette). L'allaitement n'est pas contre-indiqué (sauf en cas de coinfection avec le VIH).

II.3.5. Maladies transmises par d'autres sécrétions : salive, urinaire ... :

Les transmissions MIXTES : ce sont toutes des maladies virales :

❖ HEPATITE A.

La vaccination est recommandée en cas de profession exposée au risque : travail en crèche, en internat, et dans le traitement des eaux usées.

❖ HEPATITE B.

Un sérodiagnostic de dépistage est systématique lors de l'examen du sixième mois. (Antigène HBs). Chez les femmes Ag HBs positif, un bilan sérologique complémentaire doit être effectué, le suivi est spécialisé et multidisciplinaire. La prévention à la naissance repose sur l'immunisation passive et active du nouveau-né : la sérovaccination (Immunoglobulines + vaccin) est systématique à la naissance chez tout nouveau-né de mère Ag HBs positif. Une vaccination des sujets contacts (conjoint, enfants) s'ils n'ont ni antigène, ni anticorps anti-HBs, doit être recommandée. L'allaitement maternel est à éviter autant que possible de façon à éviter une réinfection. La prévention primaire repose sur une amélioration de la couverture vaccinale chez tous les enfants et dans les professions où la vaccination est obligatoire.

❖ CMV.

Il n'y a pas, à l'heure actuelle, d'argument en faveur d'un dépistage systématique. Il faut conseiller à toutes les femmes qui, de par leur activité, s'occupent d'enfants âgés de moins de trois ans, d'éviter le contact avec les urines, la salive et les larmes. (à savoir : ustensiles de cuisine, tétines, affaires de toilettes et lors des activités de change, bains...). Une hygiène des mains adaptée est à adjoindre {F20} (Arrêté du 8 Mars 2002).

II.3.6. Maladies à transmission vectorielle.

a/ Conseils généraux.

- Il s'agit d'infections pouvant se contracter hors métropole. La prévention est possible au cours de la grossesse, mais la femme doit être avertie des risques encourus, inhérents aux voyages en zone tropicale aux autres maladies infectieuses pour lesquelles il n'y a aucun moyen préventif connu.
- Chaque voyage est donc à juger au cas par cas et pendant la grossesse, les zones tropicales sont à proscrire (cf. voyages et grossesse).

b/ Conseils spécifiques.

❖ FIEVRE JAUNE.

La vaccination est efficace pour plus de 90 % des vaccinés. Elle est possible pendant la grossesse (cf. vaccins et grossesse).

❖ PALUDISME.

Les moyens permettant de diminuer l'exposition aux piqûres de moustiques sont à employer : moustiquaires, insecticides, vêtements couvrants. La chimioprophylaxie antipalustre est possible :

- Pays de zone I : nivaquine® 1/jour à débiter la veille du départ
- Pays de zone II : nivaquine® + proguanil® ou savarine® , 1/jour.
- Pays de zone III : idem zone II (lariam® formellement contre-indiqué).

II.3.7. Vaccination et grossesse {A3}.

La grossesse n'est pas, bien sûr, une période favorable à la vaccination. Cependant, en cas d'urgence (épidémie, voyages, plaie souillée), certains vaccins peuvent s'avérer nécessaires.

D'autre part, il arrive, parfois, que devant la méconnaissance d'une grossesse en cours, des vaccins soient malencontreusement administrés. Néanmoins, dans les différentes études de mise sur le marché, aucun cas de tératogénicité n'a été retenu. En conséquence, il n'y a aucune raison à proposer une IVG après une vaccination accidentelle, même si elle est réalisée en début de grossesse.

En cas de grossesse en cours, les vaccins vivants atténués sont à proscrire notamment contre : la rougeole, la rubéole, les oreillons et la tuberculose (BCG).

Les vaccins qui peuvent être réalisés sans danger au cours de la grossesse se résument au seul vaccin antitétanique. D'autres le sont également, mais n'ont que peu d'indication chez les femmes françaises en âge de procréer ou peuvent être différés : le vaccin antipoliomyélitique inactivé (injectable) et le vaccin anticholérique.

Les données concernant le vaccin antigrippal ne sont pas complètes bien que les différentes études n'ont pas trouvé d'effet malformatif. La grippe survenant au cours de la grossesse peut néanmoins être grave à la fois pour la mère et le fœtus si bien que les autorités sanitaires américaines recommandent la vaccination au cours de la grossesse. En France, il n'existe pas de recommandation à la vaccination systématique, et l'injection doit être évaluée au cas par cas suivant le rapport bénéfice sur risque. En ce qui concerne les voyages, les vaccins anti-morue, anti-méningococcique A+C et anti-hépatite A peuvent être réalisés seulement s'il existe une nécessité absolue de se rendre en zone d'endémie en tenant compte de l'inhospitalité de ces régions pour une métropolitaine enceinte (cf. voyages et grossesse). Il en est de même pour le vaccin contre l'hépatite B, qui ne présente pas de risque démontré, mais qui peut le plus souvent être différé. Enfin le vaccin anti-rabique inactivé, théoriquement contre-indiqué, peut néanmoins s'avérer nécessaire en cas de morsure par un animal suspect de rage, fait de plus en plus rarissime compte tenu du net recul de l'endémie en France.

Par contre, compte tenu des sérologies réalisées au cours de la grossesse, le praticien est amené à connaître le statut immun de chaque patiente ; certains vaccins doivent alors être programmés pour plus tard : c'est le cas du vaccin contre la rubéole, qui peut être protecteur dans le cas d'une grossesse ultérieure chez une femme séronégative ou encore le cas du vaccin contre l'hépatite B, les nouveaux-nés de mères porteuses de l'antigène HBs devant recevoir une sérovaccination à la naissance (Immunoglobulines + vaccin).

II.4. L' ACCOMPAGNEMENT DES MODIFICATIONS LIEES A LA GROSSESSE.

II.4.1. Les troubles digestifs.

a/ Nausées, vomissements et reflux gastro oesophagien.

Les nausées sont présentes dans 35 % des grossesses {A4} et sont l'apanage du premier trimestre (s'arrêtent après la 16^e SA).

Les vomissements gravidiques ne sont physiologiques qu'en l'absence d'étiologie organique et doivent attirer l'attention s'ils apparaissent tardivement (troisième trimestre) ou s'ils s'accompagnent de signes généraux.

Le reflux gastro œsophagien touche 50 à 80 % des femmes enceintes surtout au dernier trimestre de la grossesse. Il est lié à des facteurs hormonaux (hypotonie du sphincter inférieur de l'œsophage) et mécaniques (ascension du fond utérin).

Il faut rassurer la patiente et expliquer la bénignité des troubles. Les repas doivent être fractionnés, peu abondants, riches en hydrates de carbone et on évitera les aliments pouvant provoquer ces troubles. En présence de reflux, certains facteurs favorisants sont à supprimer (tabac, alcool, repas gras, boissons gazeuses) et des attitudes posturales sont à respecter (vêtements serrés, gestes ou positions qui augmentent la pression gastrique)

b/ Constipation.

Elle est également très fréquente, surtout au troisième trimestre, et touche environ 50 % des grossesses {A4}. Elle peut correspondre à l'aggravation d'une constipation préalable ou survenir inopinément, compte tenu de l'hypotonie des muscles lisses liée à l'imprégnation en progestérone. Des conseils d'hygiène alimentaires sont en général suffisants pour la combattre : manger des légumes verts, des fibres, du pain complet, et avoir des apports hydriques suffisants (1.5l d'eau minérale/jour).

II.4.2. Les troubles veineux.

a/ Varices.

Elles touchent environ une femme enceinte sur deux, {A8} et peuvent apparaître précocement dès le premier trimestre. Leur survenue est liée à des mécanismes multiples : compressif (veine cave inférieure par l'utérus gravide), hémodynamique (augmentation de la masse sanguine et diminution de l'activité physique), hormonal (diminution du tonus veineux).

Différents conseils peuvent limiter leur apparition et diminuer les symptômes gênants : il faut effectuer des périodes de repos diurne, jambes allongées, surélever les pieds du lit la nuit, utiliser un siège adapté en hauteur et confortable, effectuer une marche quotidienne en évitant les piétinements, voir de la gymnastique anti-stase, sports et automassages manuels.

Certaines postures seront déconseillées : la station debout ou assise prolongée, les strictions vestimentaires, les talons hauts, les sources de chaleur sur les membres inférieurs (douches, bains de soleil).

La contention élastique (collants, bas, chaussettes) peut être prescrite précocement. Elle contribue à maintenir une pression veineuse de repos significative. La force est à adapter au degré d'insuffisance veineuse :

- Signes d'insuffisance veineuse superficielle sans varices ou inférieures à 5mm : contention légère 10mmHg ou classe I.
- Varices de moyen calibre : contention 15mmHg.
- Varices de gros calibre supérieur à 10mm ou antécédents thromboemboliques personnels : contention forte à 25mmHg ou cl. III.

En présence de facteurs de risque identifiés de maladie thromboembolique veineuse, une consultation spécialisée est nécessaire afin de prévoir les examens paracliniques à la recherche d'une thrombophilie et d'apprécier l'intérêt d'un traitement prophylactique par héparinothérapie (facteurs de risque classés en trois niveaux selon les recommandations de l'ANAES : modéré, élevé, majeur {C25}).

b/ Hémorroïdes.

Une femme enceinte sur trois peut en être victime {A8}. La prévention est basée sur la lutte contre les facteurs favorisants : fractionnement des repas et lutte contre la constipation.

II.4.3. Les troubles cutané muqueux.

a/ Vergetures.

Elles concernent 80 à 90 % des femmes enceintes {A4}. Le risque est maximal lors de la première grossesse, essentiellement entre le 6^o et 8^o mois. Elles sont liées à la rupture des fibres élastiques et favorisées par une prise de poids rapide. Elles sont définitives mêmes si elles s'atténuent après la grossesse. Les crèmes hydratantes peuvent être un appoint, mais doivent être surtout utilisées préventivement.

b/ Hyperpigmentation.

Elle touche les zones déjà pigmentées (mamelons, aisselles, périnée, ligne brune) ou peut survenir sur le visage réalisant le mélasma ou chloasma, qui apparaît à partir du troisième mois de grossesse chez environ 50 % des femmes enceintes ; il régresse totalement après la grossesse ; le soleil joue un rôle aggravant.

c/ Cheveux.

Une chute très importante des cheveux au cours des trois mois après l'accouchement peut survenir : c'est l'effluvium télogène. Elle est en partie réactionnelle à la croissance marquée des cheveux au cours des deuxièmes et troisièmes trimestres de la grossesse ; il faut donc rassurer, expliquer et éviter des traitements coûteux et peu efficaces.

d/ Prurit et grossesse {A4}.

Au cours de la grossesse, la survenue d'un prurit généralisé gravidique peut témoigner d'une cholestase intrahépatique et le pronostic vital du fœtus peut être mis en cause ; son explication physiopathologique est discutée. L'association à des lésions cutanées peut par contre correspondre à une dermatose spécifique de la grossesse : l'herpès gestationis. En pratique, devant l'association de prurit et de lésions cutanées, un avis spécialisé sera nécessaire pour établir le diagnostic de la dermatose et prévoir au besoin les examens paracliniques nécessaires.

II.4.4. Les troubles gingivodentaires {A4}.

Leur origine est avant tout infectieuse (caries, abcès) ; la carie dentaire est classée par l'OMS troisième fléau mondial chez la femme enceinte. Les principales causes favorisant les infections buccodentaires au cours de la grossesse sont les habitudes alimentaires (notamment en sucres rapides), l'insuffisance d'apport fluoré et l'imprégnation hormonale avec diminution des défenses locales.

Les lésions gingivales sont représentées par l'épulis (hyperplasie gingivale localisée à un espace interdentaire) et les gingivites (érythémateuse ou hyperplasique). Le médecin doit être vigilant devant la fréquence habituelle de ces troubles et s'aider d'un examen de la cavité buccale. La période la plus propice aux soins buccodentaires se situe entre le 4^e et 8^e mois. S'ils doivent se faire en fin de grossesse, la position semi assise, inclinée un peu sur la gauche est la plus confortable.

En cas de nécessité, des radiographies dentaires (avec protection par tablier de plomb) et une anesthésie locale sont possibles. A partir du 5^e mois, la prise en charge des soins est à 100 %. La supplémentation systématique en fluor n'est pas retenue à ce jour (cf. chapitre alimentation).

II.4.5. Les troubles neurologiques, ORL et ophtalmologiques.

Des troubles neuromusculaires (syndrome du canal carpien, névralgies paresthésiques, crampes musculaires, lombalgies) sont fréquents au troisième trimestre. Invalidants, ils peuvent être prévenus par des conseils d'hygiène de vie.

Des troubles ORL (rhinites vasomotrices, épistaxis) ou ophtalmologiques (myopisation par œdème cornéen au troisième trimestre) peuvent également survenir ; il faut rassurer quant à l'effet transitoire des troubles et conseiller un contrôle en post partum.

II.4.6. Les troubles psychiques {A8}.

La grossesse et surtout le post partum sont des périodes propices au développement de troubles psychologiques compte tenu des importants bouleversements occasionnés par cette étape de la vie. En effet, la grossesse amène la future mère à s'interroger sur le lien essentiel qu'est la filiation ; c'est une période de changement qui doit déboucher sur un nouvel état psychosocial : le statut de mère. Cette évolution ne se fait pas sans une grande ambivalence de sentiments, qu'il s'agisse du désir de grossesse ou du désir d'enfant.

Le désir de grossesse fait appel à la fois au sentiment de bien être d'être enceinte, de pouvoir mettre au monde mais introduit aussi un contexte de stress, d'anxiété quant au bon déroulement de cette période. Le processus d'acceptation de la grossesse par la future mère fait appel inconsciemment à un retour aux étapes infantiles de son développement et au type de relations qu'elle a pu élaborer avec ses propres parents. Le désir d'enfant, tout autre, nécessite également des étapes de maturation progressive : l'enfant doit d'abord être objectivé, la femme passant progressivement du « je suis enceinte » à « j'attends un bébé ». L'enfant imaginaire est l'enfant idéalisé par la mère et le couple. Après l'accouchement, l'enfant réel devra se substituer à cet enfant rêvé et parfait.

L'environnement, à la fois familial, social et le couple sont des éléments déterminants. Différents facteurs de risque peuvent être individualisés, dont le vécu antérieur, le contexte psychosocial, les modifications somatiques, et la vulnérabilité individuelle avec les antécédents personnels et familiaux psychiatriques.

L'expression de ces modifications psychiques est ainsi dominée par l'anxiété, qui peut avoir une traduction somatique ou exacerber des troubles somatiques préexistants. Ces modifications psychologiques sont à différencier des pathologies psychiatriques gravidiques, rares et survenant sur des états psychiques prédisposés (réactions névrotiques, épisodes dépressifs ou psychotiques).

Après l'accouchement, les troubles psychiques sont également fréquents : le syndrome du troisième jour ou Post Partum Blues, touchant plus de la moitié des accouchées, est bénin. Il doit être distingué de la dépression du post partum, beaucoup plus rare. Enfin, les psychoses puerpérales, dont les risques majeurs sont l'infanticide, le suicide ou les deux, restent des pathologies bien plus spécifiques.

Pour prévenir la survenue et l'aggravation de ces troubles psychologiques, il importe d'adopter un rôle d'écoute auprès de la future mère :

- lui laisser évoquer ses propres difficultés,
- dédramatiser les situations,
- apporter une information claire et lui donner les possibilités de participer aux décisions, avec le concours de son compagnon.

Ce rôle d'écoute est d'autant plus facile et nécessaire que cette période de grossesse induit une attention toute particulière aux différents conseils.

Dans la plupart des cas, il doit être possible d'éviter les traitements psychotropes. Ils ne sont à envisager que dans les cas de pathologies bien caractérisées et sous avis spécialisé. La maternologie, spécialité reconnue par le Ministère de la Santé en 1998, étudie ce processus de maternité psychique, les soins et la prévention de ces troubles. Elle vise à améliorer la constitution du lien mère-enfant par leur repérage précoce. Les séances de préparation à la naissance favorisent également ce travail psychique et peuvent être un soutien pour la future mère.

II.4.7. Les troubles du sommeil.

Les troubles du sommeil sont plus fréquents pendant la grossesse. Ainsi, dans les trois premiers mois, la somnolence diurne et l'augmentation de sommeil nocturne sont habituels et liés à une hypersécrétion de progestérone. A l'opposé, les derniers mois sont fréquemment marqués par une insomnie, liée à un raccourcissement des cycles de sommeil pouvant occasionner alors des réveils plus fréquents en raison de stimulations diverses : mouvements du bébé, envies d'uriner, inquiétudes au sujet du bébé. Ces troubles du sommeil peuvent s'accompagner de troubles psychiques ou en être la conséquence. Le recours aux hypnotiques doit toujours être évité. Il faut conseiller des heures régulières de coucher, et bien préparer son sommeil : il faut calmer son esprit, s'installer confortablement, et réaliser des exercices de relaxation. En cas d'insomnie liée à des angoisses, il faut aider la patiente à verbaliser ses craintes. La participation aux séances de préparation à la naissance représente, comme pour les modifications psychiques, une aide importante pour améliorer ces troubles (relaxation, sophrologie, piscine).

II.5. CONSEILS POUR LA VIE QUOTIDIENNE.

II.5.1 Transports et voyages {A8}.

a/ Conseils généraux quel que soit le voyage et le transport.

La patiente doit être informée des possibilités et des limites concernant ses déplacements au cours de sa grossesse, notamment :

- La possibilité de demander conseil à son médecin avant d'entreprendre un long voyage.
- Le besoin de faire des pauses régulières pour marcher et se détendre.
- La nécessité d'éviter les grosses chaleurs.

b/ Moyens de transport.

** L'avion.*

L'altitude ne représente pas un danger pour le fœtus ; cependant, la plupart des compagnies aériennes interdisent en tant que passagères les femmes enceintes en fin de grossesse (7°-8° mois) pour des raisons de sécurité et du fait de la proximité du terme. Un certificat médical indiquant qu'il n'existe aucune contre-indication au vol peut néanmoins être fourni en cas de voyage indispensable, déchargeant ainsi la compagnie aérienne. En vol, on peut recommander aux femmes enceintes de boire régulièrement, de surélever les jambes, de marcher dans l'allée et de porter des bas de contention surtout si la durée du vol est importante;

** Le train.*

Il n'y a aucune contre-indication à voyager en train, à n'importe quel stade de la grossesse, et il est même recommandé en cas de long trajet.

** La voiture.*

Il n'y a pas de contre-indication à effectuer un voyage en voiture pendant une grossesse. Néanmoins, il faut veiller à ce qu'il ne soit pas trop long ; l'autoroute est la voie la plus adaptée. Il faut conseiller d'effectuer des pauses régulières et de bien s'hydrater. En cas de nausées pouvant provoquer des troubles de la vigilance, il faut éviter de prendre le volant. Le port de la ceinture de sécurité est obligatoire : il faut utiliser les points d'appui osseux, la sangle horizontale reposant sur le bassin, et la sangle diagonale passant par dessus l'épaule entre les deux seins, les deux sangles étant ainsi au dessus et en dessous de l'utérus.

II.5.2. Sports, loisirs et sexualité {A8}.

a/ Activité physique et grossesse.

La pratique d'une activité physique n'est pas contre-indiquée au cours d'une grossesse normale, et surtout durant les cinq premiers mois. Le sport n'est pas reconnu comme facteur de risque d'accouchement prématuré, pour autant que la grossesse ait un déroulement normal ; Enfin, l'activité doit être modulée en fonction du terme et du nombre de grossesses antérieures.

b/ Exposition solaire.

Elle doit être prudente au cours de la grossesse. Il faut recommander l'utilisation de crème protectrice à indice élevé, éviter les heures de forte intensité (10 et 16 heures) et limiter les surfaces cutanées exposées. Une trop forte exposition entraîne à court terme des risques de coups de soleil, accentue les taches pigmentées notamment au niveau du visage, et à plus long terme entraîne un vieillissement prématuré de la peau et un risque de survenue de carcinome ou de mélanome.

c/ Sexualité.

L'activité sexuelle durant une grossesse normale est possible et peut être pratiquée selon les désirs du couple.

II.5.3. Travail.

a/ Législation du travail.

Il n'existe pas de délai légal pour avertir son employeur mais la future mère est tenue de l'informer par lettre recommandée de la date d'accouchement et faire la demande de son congé de maternité. Pendant ce congé, elle ne peut être licenciée (à l'exception d'une faute grave ou si la poursuite du contrat est impossible pour motif étranger à la grossesse). Cette protection contre le licenciement se poursuit pendant les quatre semaines qui suivent la reprise du travail, à l'issue de la période de suspension du contrat de travail. La loi l'autorise à passer des visites médicales pendant le temps de travail, ceci sans réduction de salaire.

De nombreuses conventions collectives prévoient un aménagement du temps de travail des futures mères au cours de leur grossesse : à compter du quatrième mois, les employées de la fonction publique bénéficient d'une heure de travail en moins chaque jour. Il en va de même en cas d'allaitement maternel, où des moments d'arrêts de travail peuvent être négociés avec l'employeur.

Lorsque la future mère reprend son activité professionnelle, elle doit retrouver son ancien emploi ou un emploi similaire. La durée du congé de maternité est prise en compte pour le calcul de l'ancienneté et les droits qui y sont liés. Enfin, la future mère peut démissionner à tout moment de son poste et sans préavis.

b/ La vie professionnelle.

Les activités professionnelles ne sont pas incompatibles avec la grossesse. La femme peut donc poursuivre son activité, ceci sous certaines conditions :

- Certaines professions sont à risque, du fait d'un travail pénible : station debout prolongée, port de charges lourdes. Un changement d'affectation ou une réduction du temps de travail peuvent être établis, en accord avec le médecin du travail.
- D'autres professions exposent à des risques professionnels notamment :
 - Secteur agricole (pesticides).
 - Industrie du caoutchouc et des plastiques (colle, ciment, peintures, silicone).
 - Chimie (métaux lourds, produits électriques et électroniques, batteries).
 - Industrie des textiles (solvants).
 - Travaux de laboratoires et blocs opératoires (gaz volatiles, produits antinéoplasiques).
- Enfin, il peut exister des situations de syndrome d'épuisement professionnel et/ou de harcèlement moral qui sont à repérer ; un travail d'écoute et de soutien est à mettre en place.

II.6. PREVENTION DES CONDUITES A RISQUE.

II.6.1 Grossesse et tabac.

a/ Epidémiologie et conséquences du tabagisme maternel.

La proportion de femmes enceintes qui fument augmente encore régulièrement et a même doublé ces vingt dernières années : de 12 % à 25 % aujourd'hui en France.

On compte jusqu'à 35 % de fumeuses en début de grossesse. Environ un tiers arrête de fumer lors de leur grossesse, principalement au premier trimestre. Il reste deux tiers de femmes enceintes qui continuent à fumer. 30% des femmes disent qu'elles ont pensé arrêter au cours de leur grossesse mais 80% ajoutent qu'elles n'ont pas eu d'information complète sur la question. Et malgré tout, si on ne leur a pas présenté des stratégies d'arrêt adaptées, 97 % d'entre-elles reprennent leurs habitudes vis à vis du tabac après la naissance ... {C18}.

Les conséquences cliniques du tabagisme maternel sont multiples :

- Sur l'organisme maternel : cancers, pathologies cardio vasculaires ... ;
- Sur la grossesse : (RR : risque relatif)
 - diminution de la fécondité naturelle.
 - accouchement prématuré (RR à 2 + relation effet-dose) {E8}
 - fausses couches spontanées (RR = 2 voir 3) {C18}.
 - grossesse extra-utérine (RR proportionnel à la consommation multiplié de 1,5 à 3) {E8}.
 - rupture des membranes (RR à 2){E8}.
 - mort fœtale in utéro, risque tératogène et carcinogène probables.
- A l'accouchement :
 - hématome rétroplacentaire (RR = 1.5 à 2 + relation effet-dose).
 - placenta bas inséré (RR = 2 voir 3) {E8}.
 - retard de croissance intra utérin avec en moyenne une perte de 150 à 300g de poids par rapport aux non fumeuses (relation effet-dose existe : une cigarette par jour diminue d'environ dix à vingt grammes le poids de naissance) {C18}.
- Après la naissance de l'enfant :
 - infections ORL à répétition.
 - prévalence accrue des bronchiolites, pneumopathies et asthme
 - augmentation du risque de mort subite du nourrisson {A8}.
 - (Risque relatif multiplié par 2.5 à 7.5 selon la consommation)
 - retard intellectuel, troubles du comportement, dysthyroïdies.
 - incidence accrue de cancer (lymphomes, tumeurs cérébrales, cancers du testicule).

b/ Eléments de prise en charge : La prévention au cabinet nécessite une bonne implication de l'omnipraticien pour les conseils d'aide au sevrage afin de :

- Créer ou renforcer la motivation : environ 30 % des femmes fumeuses arrêtent de fumer spontanément et sans aucune aide médicale.
- Responsabiliser la femme en expliquant comment fonctionne la dépendance et lui donner les moyens de la traiter si besoin.
- Aider à fixer une date précise d'arrêt du tabac, tout en laissant le sentiment d'être libre et de décider elle-même de l'arrêt.
- Proposer des stratégies de reconstruction du quotidien sans cigarette.
- Prévenir l'entourage familial ou professionnel.
- Améliorer les habitudes alimentaires : boire d'avantage notamment à chaque envie de fumer, diminuer le café, éviter toute augmentation des apports caloriques, adapter les conseils diététiques.
- Prévenir les rechutes : anticiper les émotions qui peuvent déclencher l'envie de cigarette, contacts avec d'autres femmes enceintes ayant arrêté de fumer, organisation d'un suivi régulier de sevrage, valoriser l'argent économisé en cas d'arrêt.

➤ Méthodes pharmacologiques d'aide au sevrage :

Les substituts nicotiniques sont à proposer aux femmes enceintes (et/ou aux pères) qui présentent une forte dépendance pharmacologique, c'est-à-dire des manifestations du syndrome de sevrage et qui ne parviennent pas à arrêter sans aide pharmacologique. Différentes formes de substitution sont possible : patches transdermiques, gommes à la nicotine, pastilles et inhalateurs.

➤ Soutien multidisciplinaire.

Tous les intervenants au cours de la grossesse doivent travailler dans le même sens et aider la femme au sevrage. Les divers moyens de dépistage et de quantification du tabagisme doivent être diffusés largement permettant une prise de conscience plus réelle de l'intoxication (test de Fagerström, analyseurs de CO). Dans les cas de femmes très dépendantes ou présentant des symptômes dépressifs, le praticien peut avoir recours à des centres spécialisés au sevrage tabagique.

➤ Rôle du généraliste.

C'est le professionnel qui est le plus à même de conseiller une démarche d'arrêt du tabac, du fait de sa proximité et parce qu'il réalise déjà des actes de prévention (vaccinations, certificats). Le simple fait de poser la question « souhaitez-vous arrêter ? » entraîne déjà une diminution de 2 % du taux de fumeurs {C19}.

II.6.2 Grossesse et alcool.

a/ Epidémiologie et conséquences de l'intoxication alcoolique.

L'alcool représente la troisième cause de mortalité en France. La toxicomanie alcoolique toucherait environ 6 % de femmes enceintes{A9}, en sachant qu'elle est difficile à appréhender et que l'alcool est tératogène.

Les conséquences de l'alcoolisme maternel ont un retentissement global, à la fois sur la mère elle même, mais également sur la grossesse et le futur enfant :

- Conséquences maternelles : les femmes sont d'ailleurs plus vulnérables que les hommes vis à vis de l'alcool : avec une alcoolisation identique, les femmes atteignent le stade de cirrhose dix ans plus tôt que les hommes, compte tenu de leur plus faibles capacités de détoxification hépatique. Au-delà du retentissement organique, la consommation excessive d'alcool a des effets nocifs sur le psychisme de la future mère et engendre une malnutrition pouvant retentir sur le développement du fœtus.

- Conséquences obstétricales : prématurité (risque relatif égal à 2), fausse couche spontanée et hématome rétro placentaire, hypotrophie.

- Conséquences chez le nouveau-né : syndrome d'Alcoolisme Fœtal, qui se caractérise par quatre éléments fondamentaux de diagnostic :
(Syndrome de Jones et Lemoine 1968)
 - La dysmorphie craniofaciale : elle comprend une microcéphalie avec rétrécissement des fentes oculaires, un nez retroussé en trompette, avec une racine écrasée, un philtrum allongé et convexe, et une réduction de la taille du menton.
 - Un retard de croissance intra-utérin souvent harmonieux.
 - Des malformations essentiellement cardiaques (cardiopathies, angiomes tubéreux) ou neurologiques (microcéphalie, hydrocéphalie, agénésie du corps calleux), elles peuvent aussi toucher les systèmes musculo squelettique et uro-génital.
 - Des anomalies neuro comportementales, avec une hypotonie globale associée à une hyperexcitabilité et des difficultés de l'alimentation ou du sommeil. Ultérieurement, le développement psychomoteur de l'enfant peut être atteint à des degrés divers : déficit intellectuel, syndrome hyperkinétique, troubles de la coordination et/ou de l'attention.

En France, ce syndrome d'alcoolisme fœtal est estimé à environ un nouveau-né pour mille naissances, en moyenne, avec des variations géographiques {A9}.

b/ Eléments de prise en charge.

➤ Surveillance.

Une surveillance pluridisciplinaire doit alors être mise en œuvre compte tenu de ces grossesses à haut risque, associant le personnel de maternité aux professionnels médicaux et médico-sociaux de proximité (médecin généraliste, protection maternelle et infantile, aides familiales) et les mouvements associatifs. Cette surveillance doit permettre d'assurer un suivi psychologique tout au long de la grossesse, afin de renforcer la relation mère-enfant et améliorer les habitudes alimentaires et d'hygiène de vie.

➤ Traitement de fond : Abstinence totale.

La grossesse peut être la chance d'aborder l'alcoolodépendance et de la traiter en élaborant un réel réseau d'aide à ces femmes enceintes en danger. En cas d'alcoolisation aiguë, il faut proposer une hospitalisation qui se doit d'être le point de départ de la prise en charge. Le reste du suivi doit consister en une surveillance accrue de ces grossesses avec un encouragement à la participation aux séances de préparation à la naissance. Une supplémentation en vitamine B, acide folique et magnésium pourra également être instaurée.

➤ Prévention primaire.

Quelle que soit la forme d'absorption et ses modalités, l'alcool passe chez le fœtus et a un retentissement fœtal. Par principe de précaution, l'option sans risque, à choisir pendant la grossesse, est donc l'option zéro : toutes les boissons alcoolisées sont dangereuses pendant la grossesse.

II.6.3. Substances illicites et grossesse.

a/ Epidémiologie et conséquences cliniques.

La plupart des toxicomanes ont moins de trente ans (99 %), deux sur trois entre 15 et 25 ans et un quart sont des femmes {A8}. On compte en France : 150 000 à 200 000 héroïnomanes, 1 à 2 millions de consommateurs de cannabis, 10 à 50 000 consommateurs d'ecstasy {A9}. 3 % des femmes déclarent avoir pris une drogue au cours de l'année écoulée et dans plus de 90 % des cas, il s'agit du cannabis {A8}.

Les conséquences de la consommation de drogues illicites sont nombreuses au premier rang desquelles on distingue les complications sociales avec le risque de dé-marginalisation et les difficultés de réinsertion dans la vie active. On peut distinguer des conséquences générales, retrouvées dans tous les types de consommation, et des complications spécifiques aux produits :

- Conséquences générales :

- * Psychologiques : la survenue d'une grossesse chez une femme toxicomane induit encore d'autres bouleversements psychiques (peur des conséquences de l'intoxication sur l'enfant), imposant une écoute attentive du praticien sur le vécu de cette grossesse : nécessité de prise en compte de la situation réelle du sujet d'un point de vue psychopathologique, familial et social. La grossesse, si elle est désirée, peut être une chance pour guider la future mère vers la réinsertion sociale et prévoir, à la suite, après la naissance, un arrêt du traitement substitutif.

- * Pharmaco toxiques : les effets néfastes de chaque drogue sont nombreux mais il convient également de prendre en compte la polytoxicomanie souvent associée avec des risques toxiques surajoutés. Les principales grandes complications sont les mêmes que les autres toxiques durant la grossesse : risques de fausses couches spontanées, accouchements spontanés, et risque de retard de croissance intra-utérin et de prématurité accrus. Il existe également des complications propres à la consommation et surtout à l'arrêt brutal de la toxicomanie. Le syndrome de manque peut avoir des répercussions maternelles assez intenses et le sevrage pour le fœtus peut être gravissime avec risque de mort in utéro.

- * Infectieuses : elles sont liées à l'utilisation même de ces substances (mauvaises conditions d'hygiène) et/ou à des activités de prostitution. Les maladies sexuellement transmissibles et hépatites se surajoutent avec leurs propres effets délétères sur la grossesse.

- Conséquences spécifiques :

- * Cannabis : les différentes études déjà réalisées sont difficiles à apprécier précisément et font l'objet de controverses. Néanmoins, le cannabis provoquerait une diminution de la fertilité. Pendant la grossesse, l'intoxication aurait pour effet une diminution modérée de la taille et du poids du fœtus, avec en conséquence une prévalence accrue de retard de croissance intra-utérin et d'accouchements prématurés.

* Héroïne : la consommation d'héroïne chez la femme en âge de procréer peut induire des troubles du cycle avec hypofertilité et des aménorrhées. Le nombre de fausses couches spontanées est plus élevé que dans la population générale (15 à 30 % en plus) et le taux d'accouchements prématurés également (20 à 50%). Chez le nouveau-né, on retrouve aussi un taux de retard de croissance intra-utérin accru (30 à 50 % des grossesses de mères toxicomanes). On observe un syndrome de sevrage néonatal dans 60 à 95 % des cas, survenant quelques heures à quelques jours suivant l'accouchement {A9}. Il associe chez le nouveau-né un ensemble anormal de comportements et de symptômes : hyperexcitabilité, hyperactivité, hypertonie, trémulations, diarrhée, polypnée... l'intensité du syndrome de sevrage du nouveau-né peut être évaluée et surveillée par des scores notamment celui de Finnegan. Les conséquences sont donc d'une gravité certaine et on enregistre un taux de mortalité périnatale deux à trois fois supérieur à la population générale, sans compter les difficultés sociales surajoutées.

* Cocaïne : les effets délétères de la cocaïne provoquent des perturbations générales et obstétricales qui peuvent être redoutables. Les conséquences néfastes sont nombreuses, tant chez la mère que chez l'enfant. Les complications maternelles sont d'ordre cardio-vasculaires (hypertension artérielle, ischémie myocardique, troubles du rythme, arrêt cardiaque, atteintes valvulaires), respiratoires (dyspnée, toux chronique, pneumothorax, pneumo-médiastin, pneumonies, œdème pulmonaire), neurologiques (accident vasculaire cérébral, hémorragies cérébrales), digestives (hépatiques), endocriniennes et hématologiques). Il s'y ajoute des complications obstétricales (prééclampsie, avortements spontanés, décollements placentaires) ainsi qu'un risque malformatif chez le nouveau-né (cardiopathies, hypoplasie des membres, malformations digestives).

* Ecstasy : la consommation est également dangereuse avec là encore un risque de retard de croissance intra-utérin accru et un risque neurotoxique élevé : la drogue a une action directe de destruction de certaines cellules du cerveau notamment les astrocytes avec pour conséquence des troubles neurologiques et comportementaux chez le nourrisson.

b/ Eléments de prise en charge.

➤ Acteurs.

La prise en charge se doit d'être spécialisée et multidisciplinaire, offrant un suivi renforcé, avec une prise en compte de la personnalité de chaque femme et le souci constant de privilégier le lien mère-enfant (environnement, facteurs associés).

➤ Traitement substitutif (héroïnomanes).

Un traitement de substitution (subutex® ou méthadone®) aura été prescrit et poursuivi par la maternité travaillant en collaboration étroite avec un centre spécialisé en toxicomanie. Le médecin généraliste constitue un acteur essentiel dans cette prise en charge compte tenu de son implication dans les réseaux de suivi des toxicomanes. Enfin, une intervention des travailleurs sociaux est également nécessaire.

II.7. PROMOTION DE L' ALLAITEMENT MATERNEL.

II.7.1. Introduction. Contexte actuel.

Un peu plus de la moitié des françaises allaitent leur enfant à la naissance : 52,3% ces dernières années {B4}. La France se place en dernière position des pays occidentaux, loin derrière le Danemark, la Suède, et la Suisse où près de neuf femmes sur dix allaitent à la naissance. Il existe également de grandes disparités régionales du taux d'allaitement à la maternité, l'Ile de France se positionnant en tête ; en Meurthe et Moselle, les chiffres sont un peu plus élevés que la moyenne nationale (69% en 1999).

La prévalence à 3 mois de l'allaitement maternel exclusif est encore plus faible, puisque seuls 25% des enfants sont encore allaités, démontrant à la fois la mauvaise position française et la fréquence du sevrage lors des trois premiers mois de vie.

Le choix du mode d'alimentation se fait pour la majorité des femmes avant l'accouchement {A10}. Il est alors fondamental d'aider la future mère à prendre cette décision en lui apportant des conseils adaptés tout en respectant son libre choix. Ceci implique une bonne sensibilisation des professionnels pour une information claire et pertinente.

L'allaitement peut se poursuivre aussi longtemps que l'enfant et la mère le souhaitent. Un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois est reconnu comme le mode d'alimentation le plus approprié et ayant le plus d'avantages pour la santé de l'enfant (recommandation partagée par toutes les organisations internationales dont l'Organisation Mondiale de la Santé, la Leche League, l'American Academy of Pediatrics, et le Comité de Nutrition de la Société Française de Pédiatrie) {A10}.

II.7.2. Les bénéfices de l'allaitement maternel.

Les bénéfices médicaux de l'allaitement maternel en terme de santé pour la mère et l'enfant sont loin d'être figés et de nombreuses études en démontrent régulièrement son intérêt.

7.2.1. Une relation privilégiée.

L'allaitement prolonge la symbiose mère-enfant établie pendant la grossesse. Il renforce cette relation et crée un lien psychoaffectif très important entre l'enfant et sa mère. Il réalise alors une prévention hors pair des troubles de l'attachement et de la maltraitance.

7.2.2. Une composition idéale, inégalable et inégalée.

L'allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois permet un développement optimal du nourrisson. Sa composition, très spécifique, révèle une teneur élevée en lactose et basse en protéines notamment en caséines.

Les glucides, sous forme de lactose principalement, sont favorables au développement de la flore intestinale, facilitant la colonisation par le lactobacille bifidus conférant à l'enfant de meilleures capacités pour la digestion et pour la lutte contre les microorganismes pathogènes.

Les lipides sont dans le lait humain sous la forme de globules gras, essentiellement composés par les triglycérides. Le lait féminin est particulièrement riche en acides gras poly insaturés à longue chaîne dits essentiels car non synthétisables par l'organisme. Ces lipides de structure jouent un rôle fondamental dans le développement neurosensoriel de l'enfant intervenant dans la composition et le fonctionnement des membranes cellulaires (système nerveux, rétine).

Au niveau des protéines, il est caractérisé par sa richesse en alpha lactalbumine et sa teneur en lactoferrine, en immunoglobuline et en lysozyme qui renforcent le pouvoir anti-infectieux de la flore. Son rapport plus favorable entre protéines solubles et caséine lui confère une meilleure digestibilité. En outre, l'absorption des oligoéléments est facilitée : le fer par le biais de la présence de lactoferrine, le calcium du fait d'un rapport calcium/phosphore égal à 2/1.

7.2.3. Les effets sur la santé de l'enfant.

a/ Rôle anti-infectieux.

Sa richesse en éléments cellulaires, et en protéines solubles (Ig A sécrétoires, lysozyme, lactoferrine...) permet de mieux lutter contre les microorganismes : la fréquence, la durée, et la gravité des infections est alors réduite en cas d'allaitement maternel. Il diminue le risque de diarrhée de 3 à 5, d'otites de 2 à 3, d'infections respiratoires en particulier par le VRS par 2.2, d'entérococolite ulcéro nécrosante par 20 {B5}{B6}; la prévalence des méningites, septicémies et infections urinaires est également moindre. L'allaitement maternel entraîne une meilleure immunisation postinfectieuse et postvaccinale.

b/ Renforcement de l'immunité.

L'allaitement maternel aurait un effet protecteur vis à vis des maladies allergiques, par l'intermédiaire des différents mécanismes :

- Il contient des facteurs de croissance dont l'EGF (Epidermal Growth Factor) qui favorise le renouvellement des entérocytes et renforce l'effet protecteur de la barrière intestinale de l'enfant.
- Il n'existe pas de bêta-lactoglobuline dans le lait maternel, protéine du lait de vache, qui constitue un composé étranger à l'organisme de l'enfant.
- Le lait maternel stimule la production d'Ig A sécrétoires qui ont un rôle de lutte contre les micro-organismes et les agents pathogènes environnementaux.

c/ Effets sur la croissance de l'enfant.

Aucune étude à ce jour n'a montré qu'un allaitement maternel exclusif pendant les six premiers mois avait des effets délétères sur la croissance des nourrissons (poids et taille). Au contraire, l'allaitement maternel réduirait la prévalence de l'obésité infantile {B7}.

d/ Rôle protecteur vis à vis de pathologies spécifiques.

L'allaitement maternel pourrait avoir un effet protecteur vis à vis de la mort subite du nourrisson mais les études apparaissent contradictoires ; la pathogénie apparaît comme multifactorielle et le tabagisme parental joue un rôle déterminant. Il prévient la survenue d'une malocclusion dentaire, compte tenu du mécanisme de succion, qui favorise une croissance faciale harmonieuse {A11}.

7.2.4. Les effets sur la santé de la mère.

L'allaitement au sein stimule la sécrétion d'ocytocine, qui favorise l'involution de l'utérus, et donc diminue les pertes sanguines. Les suites de couches sont facilitées et les réserves en fer sont mieux économisées.

Il favorise également la perte de poids dans le post partum par une meilleure redistribution des graisses accumulées pendant la grossesse {B8}. L'allaitement au sein aurait un effet protecteur vis à vis du cancer du sein, quelque soit l'âge de la femme {B9}. Enfin, dans des conditions d'allaitement exclusif, il confère un effet contraceptif naturel, les tétées entretenant une hyperprolactinémie.

7.2.5. Des bénéfices évidents.

L'allaitement au sein ne représente aucun coût financier ni pour le foyer, ni pour la collectivité. Il ne nécessite aucun matériel destiné à nourrir l'enfant. Le lait maternel est prêt à être consommé et à la bonne température.

II.7.3. Place de la prévention.

La promotion de l'allaitement maternel passe par une meilleure information et sensibilisation des futures mères pendant la grossesse, à l'accouchement et dans le post partum. Il convient d'aider la future mère à réaliser son choix en toute confiance et en accord avec elle-même.

7.4.1. Pendant la grossesse.

Le moment du choix du mode d'alimentation se situe avant la grossesse pour deux tiers des allaitantes et pour plus des trois-quarts des non allaitantes {B10}. En conséquence, toute rencontre avec une femme enceinte doit être l'occasion pour les professionnels de santé d'aborder la question du mode d'alimentation du nouveau né afin d'évaluer l'expérience, les désirs de la future mère et du père. Aucune préparation des seins à l'allaitement n'est nécessaire au cours de la grossesse.

7.4.2. A l'accouchement et pendant les premiers jours.

Les recommandations visant à encourager l'allaitement au sein à la naissance sont fondées sur tout ou partie sur les « dix conditions pour le succès de l'allaitement » proposées par l'OMS et l'UNICEF en 1990 dans le cadre de l'initiative « hôpitaux amis des bébés » {A12}.

Le succès de mise en œuvre de l'allaitement maternel tient aux facteurs suivants :

- Le contact peau à peau et une première tétée précoce.
- La proximité de la mère et de l'enfant 24h/24.
- La bonne position du nouveau-né face à la mère et la prise correcte du sein par l'enfant.
- L'allaitement maternel exclusif sans utilisation de compléments.
- Une information et un soutien de tous les personnels soignants formés à la pratique de l'allaitement.

(en sachant que l'absence de l'un ou plusieurs de ces facteurs ne compromettent en rien le bon déroulement de celui-ci).

7.4.3. A la sortie de la maternité.

Le soutien à l'allaitement lors du retour au domicile est particulièrement nécessaire compte tenu de la fréquence des sevrages précoces avant le troisième mois.

Cet accompagnement passe par trois axes principaux :

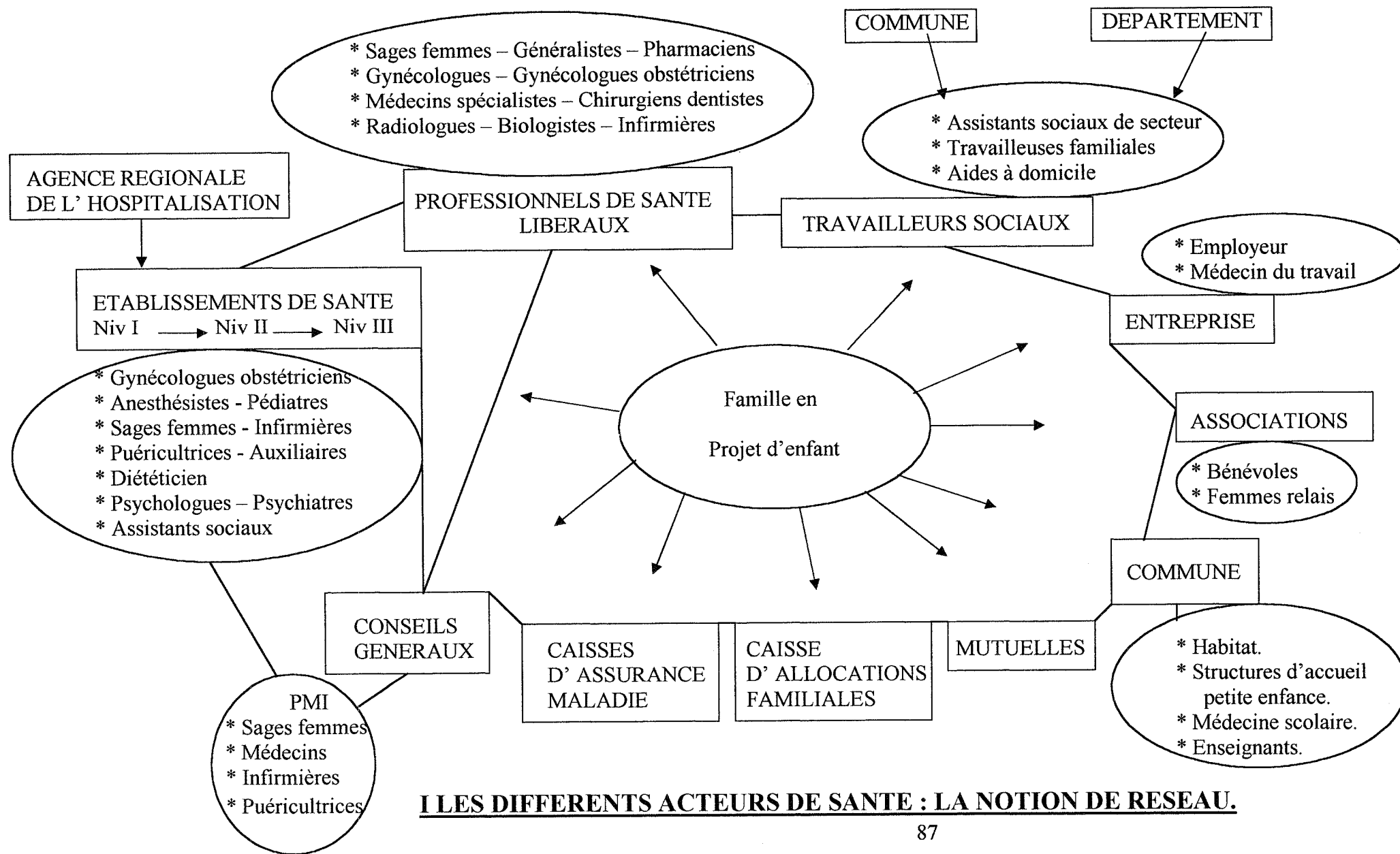
- La prévention des complications (engorgement mammaire, crevasses, lymphangite, abcès) par des conseils rappelant les bonnes positions et l'importance d'une hygiène adéquate et mesurée.
- L'adaptation de l'allaitement au mode de vie maternel par un rappel des principes déjà recommandés pendant la grossesse : une nutrition variée et équilibrée, une hydratation saine et suffisante (au moins 1,5 litres d'eau par jour), un repos conséquent et une attention particulière lors de la prise de médicaments.
- L'accompagnement au sevrage, de façon progressive, en diminuant petit à petit le nombre de tétées et avec une transition possible par un allaitement mixte.

TROISIEME PARTIE :

LA PROMOTION DE LA SANTE AUTOUR DE LA NAISSANCE

I LES DIFFERENTS ACTEURS DE SANTE.

Cf. Organigramme à la page suivante.



I LES DIFFERENTS ACTEURS DE SANTE : LA NOTION DE RESEAU.

II LES OUTILS DEJA EXISTANTS.

II.1. PROTECTION SOCIALE.

II.1.1. Les examens obligatoires.

Les examens de surveillance sont réglementés par le décret du 14 Février 1992 {F15} qui stipule que chaque grossesse peut et doit justifier de sept examens prénataux et un examen postnatal. Ces examens sont obligatoires pour chaque femme enceinte (le versement des prestations en dépend) et sont pris en charge à 100 % par l'assurance maternité.

II.1.2. Prestations gérées par les différentes Caisses d'Assurance Maladie : l'Assurance Maternité.

1.2.1. Bénéficiaires.

Peut prétendre à des prestations en nature toute femme, personnellement assurée ou vivant maritalement avec un assuré et qui se trouve à sa charge effective, totale et permanente. Seule l'assurée peut prétendre à des prestations en espèces.

1.2.2. Congés de maternité.

La durée du repos maternité dépend de la situation familiale :

- Nombre d'enfants nés antérieurement (enfants nés viables).
- Nombre d'enfants attendus par la femme enceinte.
- Nombre d'enfants à la charge du ménage.

Type de grossesse		Période prénatale (en semaines)	Période postnatale (en semaines)	Durée totale du congé (en semaines)
Grossesse simple	L'assurée ou le ménage a moins de deux enfants	6	10	16
	L'assurée ou le ménage assume déjà la charge d'au moins deux enfants ou l'assurée a déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables	8*	18	26
Grossesse gémellaire		12**	22	34
Grossesse triple ou plus		24	22	46
Article 25 I à IV de la loi n° 94-629 du 25 Juillet 1994 (applicable au 1 ^{er} janvier 1995) {F21} {B2}				

Remarques :

* La période prénatale peut être augmentée de deux semaines au maximum sans justification médicale, la période postnatale étant réduite d'autant.

** La période prénatale peut être augmentée de quatre semaines au maximum sans justification médicale, la période postnatale étant réduite d'autant.

Cas particuliers :

- Si l'enfant est hospitalisé jusqu'à l'expiration de la 6^e semaine suivant l'accouchement, l'assurée peut demander le report à la date de la fin de l'hospitalisation de l'enfant de tout ou partie de la période d'indemnisation à laquelle elle peut encore prétendre.
- En cas de maladie due à la grossesse ou aux suites de l'accouchement, le congé peut être augmenté sur prescription médicale : de deux semaines avant la date présumée de l'accouchement durant lesquelles la bénéficiaire perçoit les indemnités journalières de maternité et de quatre semaines après celui-ci où l'assurée perçoit des indemnités maladie.
- En cas d'accouchement avant la date des congés maternité, le cumul des congés prénatal et postnatal est calculé à partir de la date réelle de l'accouchement.
- En cas d'accouchement post terme, la femme bénéficie du congé postnatal en totalité après la date réelle de l'accouchement.

1.2.3. Les prestations en espèces.

Elles sont variables selon le régime d'assurance maladie. Les indemnités journalières d'arrêt de travail sont versées pendant toute la durée du repos maternité (pré et postnatal) et également en cas de repos supplémentaire pour grossesse pathologique. Elles sont calculées sur la base de 84 % du salaire journalier de base, sous condition de cesser tout travail salarié en cours. L'ouverture des droits est possible si la femme justifie d'une immatriculation supérieure à dix mois avant la date de l'accouchement, et de 200 heures de travail effectuées pendant trois mois (soit en début de grossesse, soit avant le congé de maternité).

1.2.4. Les prestations en nature.

L'ouverture des droits est possible si 60 heures de travail ont été effectuées pendant un mois. Elles comprennent :

- En période prénatale :
 - * Les 7 examens prénataux obligatoires.
 - * Les examens complémentaires.
 - * Les transports, hospitalisations, soins et traitements.
 - * Les séances de préparation à la naissance.
 - * La consultation dentaire au 5^e mois.
 - * L'examen éventuel du père.
- A l'accouchement :
 - * Le Forfait Maternité.
(séjour, transport, hospitalisations éventuelles du nouveau-né)

II.1.3. Prestations gérées par les Caisses d'Allocations Familiales.

Les prestations sont accordées aux allocataires de nationalité française ou aux étrangers en situation régulière de séjour. Ces prestations familiales sont versées, sous conditions de ressources, en aide aux familles qui remplissent les différents critères d'attribution :

- Les Allocations Familiales : elles sont versées à partir du deuxième enfant à charge résidant en France et ceci jusqu'à la vingtième année (en cas de scolarisation).
- Le Revenu Minimum d'Insertion (RMI) : il peut être demandé par toutes les personnes étant non scolarisées, ni stagiaires, âgées de plus de 25 ans ou moins pour celles qui attendent un enfant à naître.
- L'Allocation Logement, peut être versée pour les couples mariés depuis moins de 5 ans, percevant une allocation familiale, ayant au moins une personne à charge, occupant un logement en tant que résidence principale et dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond.
- L'Allocation Parent Isolé (API) : elle est destinée à toute future mère considérée comme isolée : veuve, divorcée, séparée de droit ou de fait, célibataires, non liée à un PACS et dont le niveau de ressources ne dépasse pas un certain plafond.
- L'Allocation de Soutien Familial concerne les personnes seules assumant la charge d'un ou plusieurs enfants du fait de la disparition d'un des deux parents (abandon, décès) ou de l'incapacité de celui-ci à faire face à ses obligations.
- Le Complément Familial peut être versé aux ménages ayant au moins trois enfants de plus de trois ans, à charge, âgés de moins de 21 ans et sans activité professionnelle, et ne dépassant pas un certain plafond de ressources.

La dernière Conférence de la Famille, tenue le 29 avril 2003, a modifié en partie les différentes prestations prévues : à partir du 1^{er} janvier 2004, une seule allocation doit regrouper les quatre précédentes : la Prestation d'Accueil du Jeune Enfant.

Cette prestation se décompose en une allocation de base à laquelle peuvent s'ajouter des compléments selon l'activité des parents ou le mode de garde choisi :

- L'allocation de base, correspondant à l'actuelle « Allocation Pour Jeune Enfant (APJE) », sera versée, sous conditions de ressources, à toutes les familles comprenant au moins un enfant de moins de trois ans. Par rapport à l'APJE, cette nouvelle allocation devrait être destinée à un plus grand nombre de familles. Toujours dans le cadre de cette allocation de base, une « prime de naissance », versée en une fois, regroupera les versements étalés prévus par l'APJE.

- Le Complément « Retrait d'Activité » qui correspond à l'actuelle « Allocation Parentale d'Education (APE) », sera versé pendant trois ans aux familles possédant au moins deux enfants, dont un de moins de trois ans, lorsqu'un parent arrête de travailler. Ce complément ouvre désormais la possibilité de recevoir une allocation dès le premier enfant en cas de retrait d'activité pour congé parental pendant les six mois qui suivent le congé de maternité.
- Le Complément « Mode de Garde » qui doit regrouper les actuelles « Aide à la Famille pour Emploi d'une Assistante Maternelle Agréée (AFEAMA) » et « Allocation de Garde d'Enfant à Domicile (AGED) ». Ce complément, modulé en fonction des revenus des parents et du mode de garde choisi, sera accordé jusqu'aux six ans de l'enfant.

II.1.4. Le congé de Paternité.

Proposé à la Conférence de la Famille de 2001 puis voté dans le cadre du Projet de Loi de Financement de la Sécurité Sociale pour 2002 {F22}, le congé de Paternité permet aux pères de cesser leur activité dans la période de naissance de leur enfant : 11 jours non fractionnables et cumulables pour les salariés avec les 3 jours dont ils bénéficiaient déjà. Le congé peut être porté à 18 jours pour les naissances multiples.

Peuvent bénéficier de ce congé l'ensemble des actifs, c'est à dire les salariés, mais également les travailleurs indépendants, les employeurs, les chômeurs, les conjoints collaborateurs, les agents de la fonction publique..., en attente d'enfant naturel ou adopté.

La demande doit s'effectuer un mois avant par lettre recommandée avec accusé de réception. Il faut fournir un justificatif attestant la date prévue de la naissance ou de l'adoption. Le congé doit être pris dans un délai de 4 mois suivant la naissance de l'enfant. La rémunération correspond pour les salariés à 80% du salaire brut (soit 100% du salaire net) dans la limite d'un plafond et pour les non salariés, les indemnités journalières sont forfaitaires et correspondent à 1/60^e du plafond versé par la Sécurité Sociale.

II.2. LES SEANCES DE PREPARATION A LA NAISSANCE.

II.3.1. Présentation.

Depuis les années 1950, les futures mamans bénéficient d'une préparation à l'accouchement ayant suivi les évolutions de la société. Par la circulaire n° 127 du 5 mai 1988, relative à la sécurité et à l'environnement de la naissance, les pouvoirs publics proposent d'encourager la préparation à la naissance : huit séances sont entièrement prises en charge à 100 % par l'Assurance Maladie Maternité.

L'enquête périnatale de 1998 {C13} comportait une évaluation du recours des femmes à ces séances avec des résultats contrastés : en augmentation certes par rapport aux chiffres de 1995 : 69% des primipares et 25% des multipares en avaient bénéficié (contre respectivement 64% et 22% en 1995). Mais il existait encore des éléments perfectibles pour le suivi : notamment 20% des primipares déclaraient qu'elles n'avaient pas pu en bénéficier parce que la préparation ne leur avait pas été proposée, et pour 13,5% des primipares parce que la distance par rapport à leur domicile était trop grande ; enfin 45% des primipares avaient réalisé moins de six séances.

II.3.2. Objectifs.

Le principe de ces séances est d'informer la future mère sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement et sur les méthodes qui peuvent l'aider à préparer cette naissance et la vivre dans les meilleures conditions. L'étalement des cours peut se faire à compter du 5^e mois et se dérouler sur les trois à quatre mois qui précèdent l'accouchement.

II.3.3. Thématique.

Les préparations ne sont pas standardisées : elles proposent toutes, en général, une discussion sur tous les thèmes touchant à la grossesse et un travail corporel portant sur la prise de conscience de l'état de grossesse en utilisant différentes techniques de relaxation. Les thèmes ainsi abordés sont pluriels, par exemple l'accouchement et ses modalités éventuelles : péridurale, forceps, épisiotomie, césarienne mais aussi les suites de couches, l'allaitement, la puériculture à la naissance, l'accueil de l'enfant, la relation père-mère-enfant... ; la visite des locaux notamment de la salle de naissance et du secteur d'hospitalisation fait partie intégrante des cours ; des rencontres pluridisciplinaires avec des anesthésistes, des pédiatres peuvent également être réalisées.

II.3.4. Méthodes.

La séance est le plus généralement et quasi-exclusivement animée par une sage femme qui propose des échanges d'opinions sur les thèmes prévus précédemment. Les techniques de travail corporel proposées sont également multiples :

- L'accouchement sans douleur ou psychoprophylaxie (PPO de Lamaze) : méthode classique consistant à dédramatiser l'accouchement en réduisant l'angoisse de l'inconnu avec des techniques de détente et de respiration.
- La préparation aquatique en piscine proposant des exercices musculaires et respiratoires visant à soulager les douleurs liées à la tension et à la fatigue.
- Le yoga alliant des exercices de relaxation, de maîtrise de soi et d'assouplissement.
- La sophrologie qui correspond également à une technique de relaxation, grâce à une respiration lente et profonde.

- L'haptonomie, basée sur l'établissement d'une relation affective avec le futur enfant par le toucher, des massages.
- Le chant prénatal, préparation corporelle et vocale, ce travail aide à la maîtrise du souffle et à acquérir une sensation de bien-être.

II.3.5. Intérêts.

Ces séances sont avant tout un lieu de rencontre et d'échange avec les futurs parents et avec les autres femmes ou couples présents. Les mères sont écoutées, entendues, comprises, et soutenues. La participation des pères y est encouragée, permettant d'effectuer en couple cette double préparation à la fois psychologique et corporelle. En outre, cette préparation privilégie la collaboration entre les animateurs et les professionnels extérieurs, dans l'esprit d'un véritable réseau de compétences. Enfin, elle s'inscrit plus justement dans le cadre de la prévention : informations médicales, conseils pratiques et entraînement corporel seront d'autant plus bénéfiques qu'ils interviennent tôt dans la grossesse. L'entretien prénatal précoce, par son rôle d'échange avec la future mère, peut s'intégrer à ces séances de préparation.

II.3. LE CARNET DE SANTE DE MATERNITE.

II.4.1. Présentation.

Le carnet de santé de maternité doit être remis à toutes les futures mères gratuitement lors du premier examen prénatal. Son modèle et son mode d'utilisation sont déterminés par arrêté interministériel en application de l'article L.2122-2 du nouveau Code de la Santé Publique. Il doit regrouper les différents résultats des examens prescrits et toutes les constatations importantes concernant la grossesse. Chaque département a la possibilité d'y ajouter des pages « personnalisées ». Ce carnet appartient à la future mère et nul ne peut en exiger la communication : toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel.

II.4.2. Objectifs.

Le carnet a pour but :

- D'apporter une information à la future mère sur l'évolution de la grossesse, le déroulement du suivi médical, et lister ses différents droits et obligations au cours de celle-ci.
- D'améliorer la communication entre les acteurs de santé et le suivi des données cliniques pour chaque grossesse.

II.4.3. Problématique

Ce carnet de santé est peu employé par les praticiens. Une analyse des causes de cette insuffisance doit permettre de trouver des solutions pour améliorer son utilisation dans le cadre du réseau.

III LE RESEAU PERINATAL LORRAIN.

III.1. LEGITIMITE ET MISE EN PLACE DU RESEAU.

La création du Réseau Périnatal Lorrain fait suite aux différentes impulsions, à la fois à l'échelon national et régional et aux différentes structures déjà existantes afin de faire bénéficier chaque mère et chaque enfant naissant en région Lorraine, de la prise en charge la plus adaptée. A l'échelon national, le gouvernement a prévu la création d'une politique régionalisée favorisant la mise en place de réseaux de divers acteurs et établissements (mesure n°2 du Plan de Périnatalité de 1994, rapport du Haut Comité de Santé Publique, repris par les décrets de Périnatalité d'octobre 1998). A l'échelon régional, le deuxième SROS 1999-2004, dans son volet Périnatalité, confirme cette organisation en réseau regroupant des professionnels de différentes origines, hospitaliers, libéraux, PMI...

En fait, il existait déjà en Lorraine différents dispositifs œuvrant dans le domaine périnatal visant à améliorer la sécurité à la naissance :

- L'association Obstétrico-Pédiatrique de Médecine Périnatale, fondée en 1974, réunissant différents professionnels pour la réalisation de formations autour de la naissance.
- La campagne « Bien Naître en Lorraine » visant à une sensibilisation des différents acteurs en périnatalité sur la nécessité d'une prise en charge globale de la santé de la mère et du nouveau-né.
- La Commission Technique Régionale Consultative de la Naissance, créée en 1989, puis remplacée par la Commission Régionale de la Naissance en 1999 qui coordonne une enquête périnatale biannuelle permettant d'évaluer les indicateurs de périnatalité.
- Le Réseau de Prévention Périnatal, créé au courant de l'année 2000 sous l'impulsion des services de PMI de Meurthe et Moselle, regroupant des médecins et sages femmes de la PMI des quatre départements ayant la volonté de renforcer l'intérêt d'une meilleure prévention au cours de la grossesse et de s'associer avec les autres partenaires libéraux et institutionnels.

En décembre 1999, une lettre du Président de la Commission Régionale de la Naissance, était adressée aux chefs de service d'obstétrique et de pédiatrie des différents établissements de soins de la région lorraine, afin de recueillir leurs attentes sur la constitution d'un réseau périnatal : 23 établissements ont alors répondu favorablement. Le 8 Décembre 2000 se réunissait l'Assemblée Générale Constitutive de Réseau Périnatal Lorrain, chaque établissement adhérent au réseau étant représenté par 6 électeurs. L'Assemblée élisait alors un Conseil de Coordination composé de 38 membres.

C'est le 25 Juin 2001, à l'occasion de la deuxième Assemblée Générale du Réseau, que la Charte Constitutive du Réseau était agréée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation de la région Lorraine, le réseau adoptant un statut de type Loi 1901.

III.2. FONCTIONNEMENT.

III.2.1. Objectifs : La Charte aux Usagers {E1}.

Les différents objectifs du Réseau sont rappelés dans la charte destinée aux usagers, élaborée à l'occasion de la première Assemblée Générale du Réseau en décembre 2000 puis à la troisième Assemblée en décembre 2002.

Le Réseau a pour but principal « d'offrir à la population Lorraine des soins obstétricaux et néonataux selon une prise en charge coordonnée et graduée entre les différents acteurs de la Périnatalité ». Les différents acteurs sont constitués par des professionnels de toute discipline motivés par le fonctionnement du Réseau et impliqués dans le suivi de la grossesse et la naissance. Ils s'engagent à faire bénéficier la femme et son enfant de tous les moyens et compétences disponibles, selon une orientation adaptée au risque décelé dans un principe de graduation du niveau de soins, maternels et néonataux, en privilégiant la proximité autant que possible.

Le Réseau s'engage à respecter la Charte du patient Hospitalisé, en terme d'information, de confidentialité et de libre choix et en privilégiant le lien mère-enfant. Il a également pour mission d'établir des recommandations en matière de bonne pratique médicale, de façon à augmenter le niveau de compétence de l'ensemble des professionnels engagés.

III.2.2. Les groupes de travail : les différentes Commissions {E1}.

Le comité de pilotage a veillé au cours de l'année 2000 à la mise en place de groupes de travail nécessaires pour aborder les différents champs d'actions inhérents au réseau. Sept commissions étaient retenues au cours des Conseils de Coordination de décembre 2000 et janvier 2001.

2.2.1. Commission Charte et Statuts.

Elle a réalisé ses objectifs à l'occasion de la deuxième Assemblée Générale lors de l'approbation de la Charte par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation.

2.2.2. Commission Evaluation du Réseau - Dossier Commun Minimum.

L'objectif de ce groupe de travail est la mise en place d'outils d'évaluation avec la réalisation d'une base de données régionale périnatale. Son intérêt est d'unifier et d'améliorer les données en regroupant les enquêtes périnatales déjà existantes. Les moyens attribués pour cette évaluation doivent amener au recrutement de médecin(s) et d'un secrétariat propres au Réseau.

2.2.3. Commission Informatisation – Communication – Télémédecine.

Une meilleure communication entre les différents établissements membres du Réseau passe par l'acquisition de moyens performants : chaque établissement se doit d'acquérir des ponts multipoints pour permettre l'organisation de visioconférences sur des sites multiples.

2.2.4. Commission Obstétrique – Transferts.

Cette commission est chargée d'améliorer les transferts in utero inter établissements. Elle a permis l'élaboration de fiches de renseignements pour faciliter les décisions de transferts et organiser ceux-ci entre les établissements de différents niveaux. Une collaboration avec le SAMU et le Centre 15 est nécessaire et fait également objet de réflexion dans le cadre du SROS Urgences. Enfin, l'évaluation de ces transferts est également à la charge de cette commission.

2.2.5. Commission Néonatalogie – Transferts.

Les transferts néonataux sont gérés depuis 1994 par le SMUR Néonatal dépendant de la Maternité de Nancy. Une organisation est proposée depuis 1999 par le SROS Urgences reposant sur un SMUR Néonatal de référence autour duquel s'articulent des SMUR relais ; le SMUR Néonatal est chargé des transferts vers le niveau III coordonnés par le POSU Néonatal qui est la Maternité Régionale de Nancy ; les transferts entre les établissements de niveau II et inférieurs sont assurés par les SMUR relais. L'évaluation et l'analyse de ces transferts sont remises à la charge de cette commission.

2.2.6. Commission Ville-Hopital et FAQSV.

Ce groupe de travail est chargé d'élaborer des liens avec d'autres groupes institutionnels dont l'URCAM et l'URML. La mise en place d'un dossier commun, informatisé et sécurisé, permettrait une meilleure communication entre les différents établissements membres et les professionnels libéraux engagés dans le Réseau.

2.2.7. Commission Prévention – Hospitalisation à Domicile.

(cf. paragraphe spécifique)

III.2.3. Organisation – Charte Constitutive {E1}.

La Charte Constitutive, agréée le 25 juin 2001, définit ainsi l'organisation du réseau sous forme d'une association de type Loi 1901. Son fonctionnement est basé sur des liens de coopération permettant un meilleur dialogue et ainsi une meilleure coordination dans la prise en charge de la grossesse et de la naissance.

Le Conseil d'Administration est constitué de 46 membres comprenant :

- des membres élus par l'Assemblée Générale en son sein, membres dits de droit représentant les établissements,
- des membres désignés du fait de leur structure ou leur organisation professionnelle (libéraux, PMI, usagers),
- d'autres élus, à type de professionnels susceptibles d'apporter leur concours dans le domaine de la périnatalité ,
- ainsi que des membres ayant un droit consultatif: le médecin coordonnateur, le médecin DIM, le représentant des organismes de tutelle (ARH), le représentant des financeurs (URCAM).

Compte tenu du statut de type Loi 1901, des volontaires peuvent adhérer au Réseau. Chaque adhérent s'engage à observer les recommandations de bonne pratique médicale discutées au sein de l'association et à respecter strictement la confidentialité des patients.

III.3. LA COMMISSION PREVENTION DU RESEAU PERINATAL LORRAIN.

Au printemps 2000, au terme d'une réunion à l'initiative de la PMI de Meurthe et Moselle, l'intérêt de la formation d'un Réseau de Prévention Périnatal avec le souci de prendre en compte la santé globale des femmes enceintes prenait forme autour des quatre services de PMI de Lorraine. Une prise en compte globale, sous entendue médicale mais aussi psychologique et sociale était soulignée ainsi que l'intérêt de promouvoir les actions de prévention dans le suivi des grossesses. Après avoir recensé les actions spécifiques de prévention mises en œuvre ou en projet dans chaque département, le groupe s'est enrichi rapidement d'acteurs de santé d'horizons différents :

- professionnels de santé : libéraux, hospitaliers ou institutionnels, de tout corps confondu : médecins, sages femmes, psychologues...,
- employés et directeurs des différentes caisses d'assurance maladie et des allocations familiales,
- associatifs.

Une globalisation régionale de certaines initiatives locales ainsi que des travaux abordant la problématique de la prévention au cours de la grossesse pouvaient alors être discutés et analysés. En juin 2001, la branche Réseau de Prévention s'associe au Réseau de soins Périnatal pour devenir la Commission Prévention.

Différents thèmes ont été abordés dont certains ont fait l'objet d'actions spécifiques {E2}:

Dans le domaine de la lutte contre les dépendances, la commission a participé aux campagnes de lutte anti-tabac (notamment la Journée Nationale Sans Tabac), et a permis la réalisation de formations des professionnels à l'aide au sevrage tabagique.

Le « groupe prévention » a également aidé et contribué à la réalisation d'une étude sur la prévention de l'alcoolisme fœtal en Lorraine, organisée par l'Association Nationale de Prévention de l'Alcoolisme permettant à la fois le recueil d'informations concernant la dépendance maternelle aux drogues (tabac, alcool, psychotropes, drogues illicites) mais également l'échange d'expériences des professionnels dans ces domaines, en verbalisant leurs attitudes et leur difficultés à l'égard des personnes dépendantes.

Dans le cadre du recensement des grossesses à l'aide du formulaire de déclaration de grossesse, il est apparu des disparités départementales concernant le cheminement du formulaire, certains services de PMI le recevant tardivement, ce qui empêchait une visite précoce des futures mères. Les rencontres des membres des différentes institutions concernées (Caisses - PMI) ont permis une homogénéisation et l'amélioration de la rapidité de transmission des documents entre les divers services.

Dans le domaine de la promotion de l'allaitement maternel, le groupe est intervenu activement dans l'organisation des Semaines Mondiales de l'Allaitement, ainsi que dans l'aide à la conception d'un Cd-rom destiné au public et aux professionnels dans le cadre d'un travail de mémoire de fin d'étude de DESS.

D'autres thèmes ont également été abordés et ont fait l'objet de « tours de table » sur les difficultés rencontrées par les principaux professionnels présents : notamment dans le cadre de la prise en charge des troubles psychologiques périnataux, la grossesse à l'adolescence, l'accompagnement des futures mères toxicomanes.

Enfin, d'autres grands travaux sont en cours de réalisation ou d'étude en particulier concernant l'entretien prénatal individuel (cf. chapitre spécifique), le rapprochement et la collaboration avec les médecins libéraux, l'accompagnement des sorties précoces de maternité.

Outre la réalisation de ces projets, la création de ce groupe de travail s'est accompagnée de la mise en place de « forums » de discussion et d'échange entre les différents professionnels de tout bord permettant ainsi de lister les problèmes et les tâches à accomplir ; ainsi cette union de professionnels s'inscrit dans le cadre des différents travaux des commissions définies par le Réseau Périnatal Lorrain mettant l'accent sur la prévention à réaliser autour de chaque grossesse ainsi que sur la collaboration nécessaire de tous les professionnels de la périnatalité afin de mettre en place un véritable réseau de santé.

III.4. L' ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE.

III.4.1. Présentation.

Les décrets de Périnatalité du 9 octobre 1998 {F4} soulignaient la nécessité d'apprécier au mieux le contexte global (familial, social, psychologique et médical) de chaque grossesse en cours et d'orienter au mieux la mère avant l'accouchement vers une structure adaptée.

Le projet d'arrêté du 9 avril 1999 envisageait de proposer alors aux femmes enceintes un entretien prénatal précoce individuel au cours du quatrième mois. A ce jour, ce décret n'est pas paru. A l'échelon du département de Meurthe et Moselle, un groupe de travail composé de sages-femmes a œuvré pendant plus de 12 mois à la mise en place d'objectifs et à l'élaboration d'un formulaire standardisé de recueil des données. Cette action a été reprise dans le cadre des travaux de la commission Prévention du Réseau Périnatal Lorrain qui a poursuivi les réflexions et recherché les obstacles à sa mise en œuvre. Une enquête d'évaluation a débuté dans la région à l'automne 2002 {E3}.

III.4.2. Objectifs {E4}.

L'Entretien Prénatal Précoce ou première séance de préparation à la naissance doit contribuer à l'identification et à la prise en compte des facteurs de risque pour la mère et son enfant.

Réalisé au mieux entre le troisième et le cinquième mois de grossesse, cette rencontre, individuelle et personnalisée, est à proposer systématiquement à l'issue de la première consultation de déclaration de grossesse et permettrait de faire le relais avec les séances collectives de préparation à la naissance. Cette consultation se doit d'être un temps d'échange, d'information, de recherche des facteurs de risque et d'accompagnement à la parentalité.

a/ Echange :

L'entretien doit être interactif : le praticien doit favoriser l'expression de la future mère sur son vécu de grossesse et être à son écoute. Il doit réaliser une écoute active, ouvrant la possibilité de dialogue et permettant à la suite un soutien adapté à chaque patiente.

b/ Information :

Comme les autres séances de préparation à la naissance, des conseils pourront être transmis, sur les comportements de vie favorables à la santé de la mère et son enfant, sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale.

c/ Recherche des facteurs de risque :

Les facteurs de risque médicaux, déjà abordés lors de la première consultation prénatale ou lors de l'examen prénuptial, pourront être précisés et approfondis. Les risques psychologiques seront d'autant mieux évalués par une écoute attentive de la patiente et éventuellement du futur père : l'absence d'inquiétude, l'investissement des futurs parents et l'évocation du projet parental seront des éléments importants à recueillir. La dimension sociale sera très importante à prendre en compte pour évaluer de façon plus pertinente la situation familiale. Des facteurs de risque liés à un suivi médiocre seront à repérer : âge inférieur à 20 ans, femme sans couverture sociale, de nationalité étrangère ou en situation irrégulière, grande multiparité, conduites addictives...

d/ Accompagnement à la parentalité :

Cette séance ouvre la possibilité de favoriser le développement précoce du lien mère-enfant. La place du père sera abordée, avec la participation de celui-ci chaque fois que cela est possible. L'entretien prénatal précoce figure d'ailleurs dans le rapport 2002 du défenseur du droit des enfants de Claire Brisset {A15}.

III.4.3. Mise en œuvre – Problématique.

Si l'utilité de cet entretien fait l'unanimité, compte tenu de la richesse des informations et des actions qui peuvent être entreprises, certains freins à sa mise en place peuvent être dès à présent listés : le coût, l'indemnisation et le besoin de formation commune pour les professionnels qui l'assureront. D'autre part, cette activité peut amener un relais vers d'autres professionnels et implique alors le recours à des compétences pluridisciplinaires. Ce recours serait d'autant plus facilité par la mise en place d'un réseau adapté.

III.4.4. Evaluation.

Une enquête de faisabilité {E3} afin d'évaluer l'intérêt de cet entretien prénatal précoce pour les femmes et les professionnels a été décidée dans le cadre du Réseau Périnatal Lorrain. Le déroulement de l'étude a fait l'objet d'une demande de financement acceptée par l'URCAM et la DRASS dans le cadre du FAQSV. Elle a concerné 2250 femmes habitant en région Lorraine dont la date de conception se situait entre le 24 juillet et le 24 août 2002. Une lettre personnelle leur a été envoyée par les sages-femmes de PMI en leur proposant un entretien prénatal individuel entre fin novembre et fin décembre qui pouvait être réalisé par la sage-femme de leur choix : libérale, hospitalière ou de PMI de leur département.

III.4.5. Conclusion.

L'enquête est en cours et les résultats seront disponibles en septembre 2003. L'enquête de satisfaction réalisée auprès des usagers augure l'intérêt qu'il semble présenter. Dans ce cadre, une réflexion pourra être menée sur une éventuelle généralisation avec une participation des médecins de famille.

IV LA PLACE DU GENERALISTE DANS LA PREVENTION PERINATALE.

ENQUETE / SONDAGE SUR LA DECLARARTION, LE SUIVI, ET LE PARTAGE DES INFORMATIONS AU COURS DE LA GROSSESSE.

IV.1. PRESENTATION.

Dans le cadre des travaux de la Commission de Prévention du Réseau Périnatal Lorrain, il est apparu opportun de réaliser une enquête portant sur les différents outils de prévention à disposition des professionnels pour le suivi de grossesse. La réalisation de ce travail tient à de multiples raisons exposées ci-dessous :

- Le Réseau Périnatal Lorrain, regroupant les différents établissements de santé de la Région Lorraine, a la volonté de s'élargir à tous les professionnels et toutes les personnes intéressées à œuvrer pour un meilleur suivi des grossesses. Il a donc pour ambition de s'élargir aux professionnels libéraux pour devenir un véritable réseau d'échange de compétences pour une prise en charge globale, coordonnée et graduée des grossesses et des accouchements. Ce travail doit permettre de contacter les professionnels et les sensibiliser afin que l'existence du Réseau soit connue de tous et de générer une dynamique d'adhésion à l'association « Réseau Périnatal Lorrain ».
- La Commission Prévention, au début de ses travaux, a relevé certaines disparités entre les quatre départements de Lorraine concernant la gestion des information par les Caisses (pour la déclaration de grossesse notamment) et sur les différents types d'actions de groupe entreprises localement. Les objectifs de cette Commission sont d'harmoniser ces pratiques au sein de la Région, non pas pour supprimer les initiatives départementales ou locales, au contraire, mais créer une dynamique régionale regroupant les propositions de chaque département et mettre en œuvre des actions sur la Région Lorraine afin de corriger les disparités et obtenir un poids conséquent pour leur réalisation face à la nouvelle organisation régionale des politiques de santé.
- L'efficacité d'un réseau implique sa reconnaissance par tous les acteurs concernés (usagers et professionnels) et une fluidité des informations grâce à des outils de communication efficaces. Dans ce cadre, ce présent travail intervient pour recueillir l'avis des médecins impliqués dans le suivi de grossesse, notamment concernant l'entretien prénatal individuel et le carnet de santé de maternité.

- Enfin cette organisation en réseau a concerné en priorité les établissements compte tenu de la nécessité d'une gradation en niveaux de la chaîne des soins. Les professionnels libéraux non hospitaliers n'ont donc pas ou peu été invités à prendre part à la construction du réseau. Cette enquête permet donc également de connaître l'avis de ces professionnels en terme de collaboration et de promouvoir la mise en œuvre d'actions de prévention au cours de la grossesse.

IV.2. PROTOCOLE.

Le travail d'élaboration, d'envoi puis d'analyse de l'enquête s'est déroulé de Septembre 2001 à Avril 2003, soit environ 18 mois au total. Il a été accompli avec l'aide de professionnels d'horizons multiples, témoignant ainsi d'une première démarche de collaboration en réseau.

La mise en forme du questionnaire a été réalisée avec le concours d'un groupe de travail issu de la Commission Prévention du Réseau et le soutien des quatre services départementaux de PMI. Le projet a été présenté lors de la séance de la Commission Régionale de la Naissance du 27/09/01 qui a émis un avis favorable au déroulement de l'enquête.

L'envoi du questionnaire s'est effectué avec l'aide de l'Union Régionale des Médecins Libéraux de Lorraine, dont les membres ont soutenu le projet après sa présentation lors de l'Assemblée Générale de la section « généralistes » le 15/05/02. Le questionnaire a été envoyé par courrier aux 2176 médecins généralistes et aux 209 médecins spécialistes, gynécologues et gynécologues obstétriciens, soit l'ensemble de la population libérale de la région Lorraine. Une enveloppe pré affranchie leur était mise à disposition pour la réponse.

Le recueil des réponses s'est déroulé sur la période de Décembre 2002 à Février 2003 inclus permettant de comptabiliser 412 questionnaires retour. L'analyse des documents a été réalisée avec le concours du service d'Epidémiologie et d'Evaluation Clinique du Centre Hospitalier et Universitaire de Nancy. La saisie des données a été effectuée sur le logiciel ACCESS {H1} puis l'analyse de celles-ci a été achevée à l'aide du logiciel SAS/STAT {H2}.

Les résultats sont présentés dans le chapitre suivant. L'analyse est proposée selon quatre variables :

- La spécialité des médecins (généralistes ou spécialistes).
- Le département d'exercice (Meurthe et Moselle, Meuse, Moselle et Vosges).
- Le sexe du médecin (pour les médecins généralistes).
- Le type d'exercice du médecin (rural ou urbain) pour les généralistes.

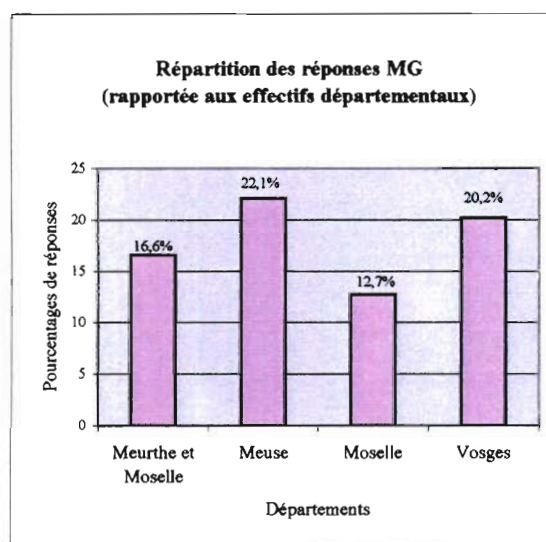
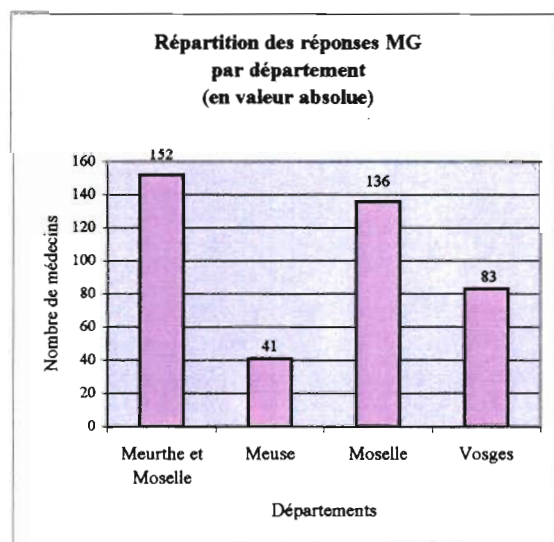
Certaines questions de l'enquête permettent un commentaire libre : elles laissent place aux remarques et suggestions des médecins. Elles ont fait l'objet d'un relevé manuel et certaines sont proposées dans le chapitre « discussion » pour mieux illustrer ce travail ; toutes les réponses n'y figurent pas, mais celles-ci tiennent compte des idées les plus fréquemment citées.

IV.3. RESULTATS.

IV.3.1. Données générales.

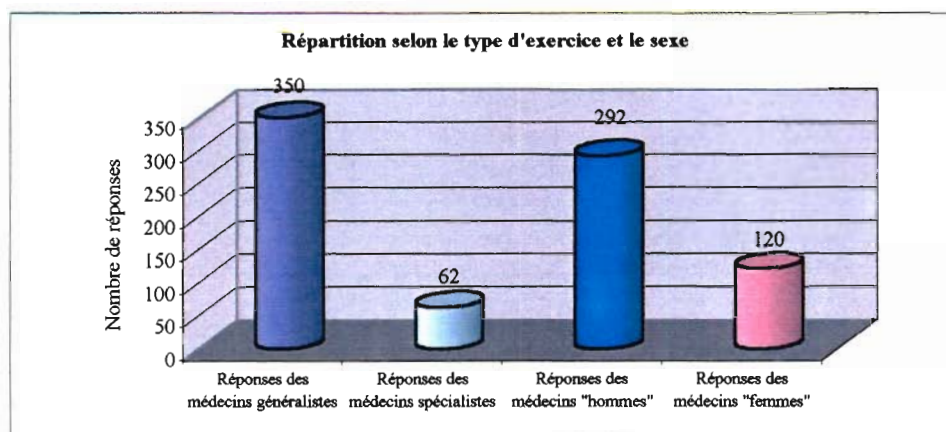
QUESTION 1 :

412 questionnaires ont été renvoyés par courrier sur les 2385 médecins interrogés soit un taux de participation de 17,27% : 29,6% des spécialistes gynécologues et gynécologues obstétriciens libéraux et 16% des médecins généralistes. Les départements de la Meuse et des Vosges, dont la démographie médicale est plus faible, ont enregistré un plus fort taux de participation (par exemple, pour la participation des généralistes, 22,1% pour la Meuse et 20,2% pour les Vosges).

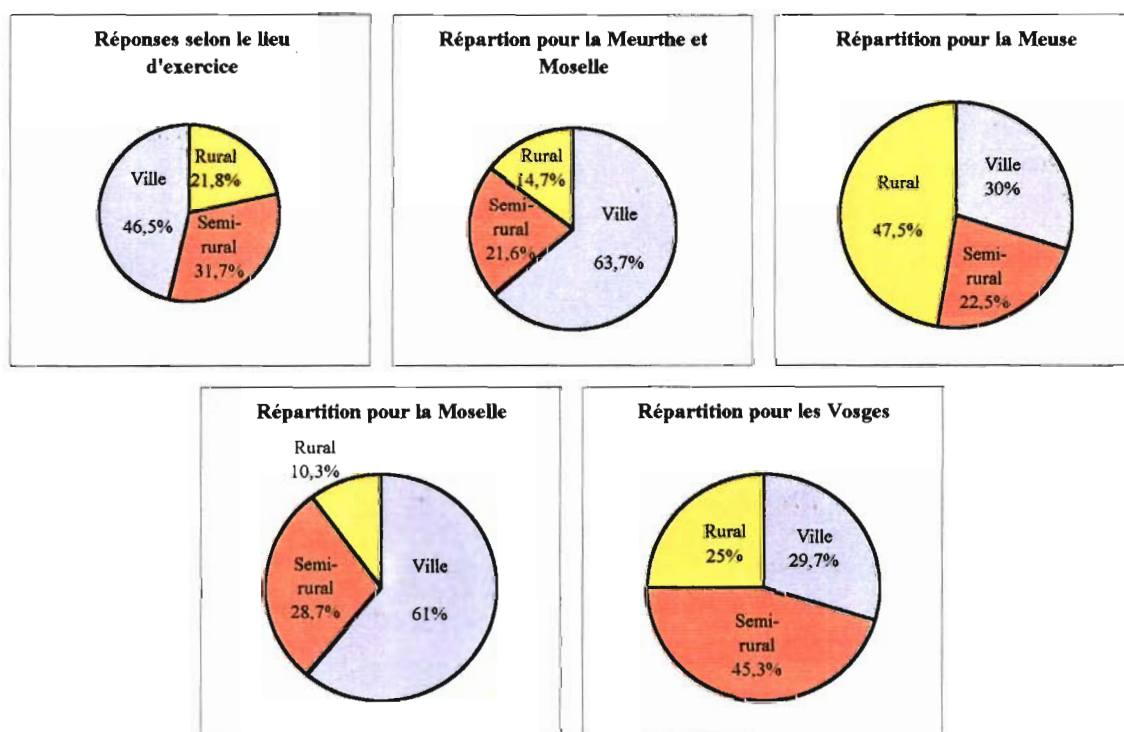


L'âge moyen des praticiens ayant répondu est de 46,4 ans pour les médecins généralistes et de 49,7 ans pour les médecins spécialistes (soit un âge correspondant aux données nationales recueillies en 2001 de 46 ans pour l'âge moyen des médecins en activité).

Les 412 réponses se répartissent en 350 réponses pour la médecine générale et 62 réponses pour la spécialité gynécologie obstétrique. 120 femmes toutes spécialités confondues ont répondu à l'enquête sur 292 hommes : pour les réponses des spécialistes, elles représentent la moitié, alors que pour la médecine générale les réponses des femmes représentent le quart de la totalité des réponses des médecins généralistes (24,9%). Si l'on tient compte des dernières données nationales pour les femmes généralistes exerçant en secteur libéral et en région Lorraine (23%) {C26}, le questionnaire a donc légèrement mobilisé un peu plus d'omnipraticiens du sexe féminin.



Concernant le lieu d'exercice des médecins généralistes : 46% d'entre eux déclarent exercer en zone urbaine, 31% en milieu semi rural, et 21% en milieu rural. Selon les départements étudiés, le type d'exercice rural ou urbain varie beaucoup : si l'on tient compte des médecins qui disent exercer en ville, ils sont environ 60% pour la Meurthe et Moselle (63,7%) et la Moselle (61%) contre 30% environ pour les Vosges (29,7%) et la Meuse (30%).



Concernant le type de pratique des médecins spécialistes participants, les trois quarts (77%) d'entre eux ont une activité libérale isolée (soit un quart des spécialistes exerçant une activité mixte, libérale et hospitalière).

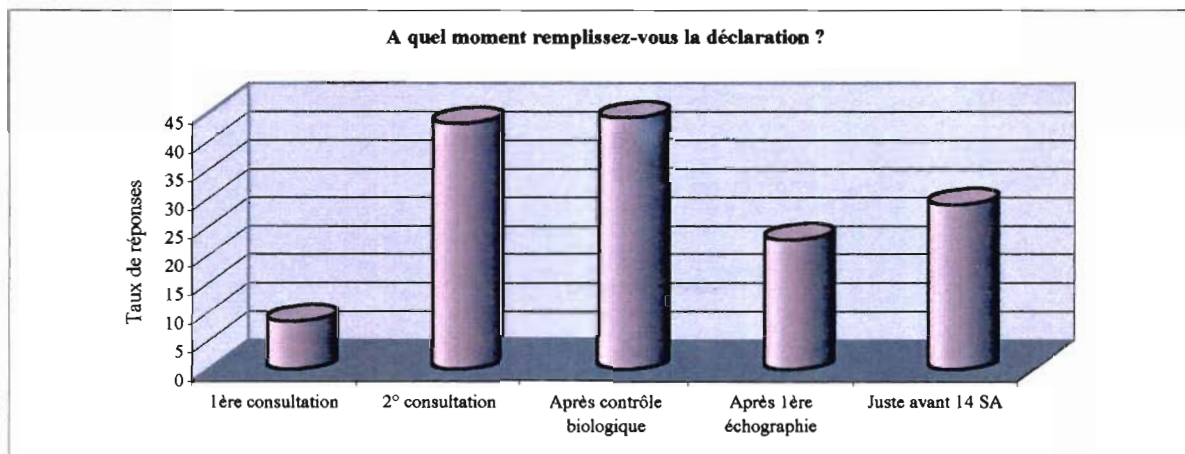
QUESTION 2 :

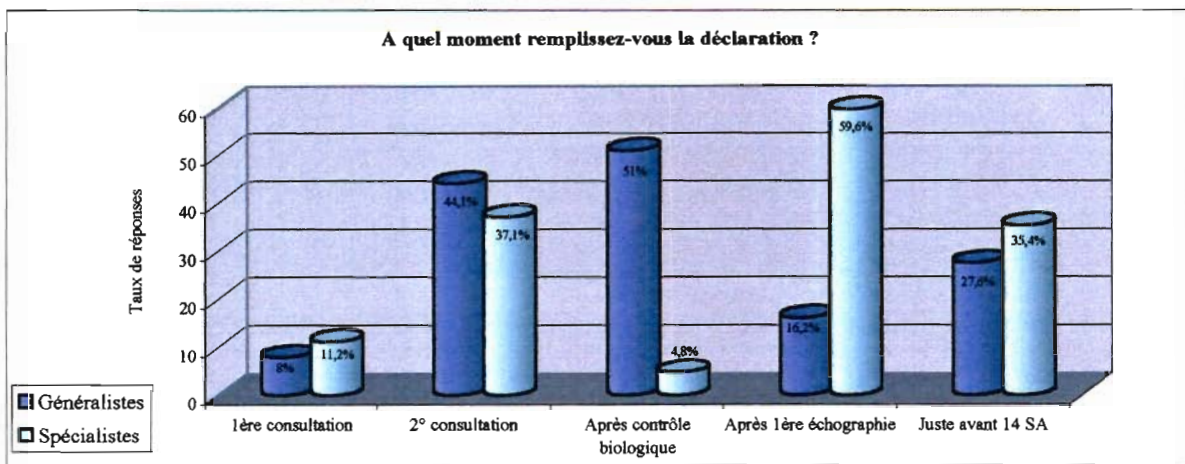
La deuxième question est destinée à évaluer à quel moment, le médecin généraliste ou spécialiste, doit remplir le formulaire de déclaration ; la durée de la période de grossesse étant limitée, un recensement au plus tôt est souhaitable afin d'organiser au mieux les moyens de prévention et de suivi pour chaque grossesse.

Les institutions destinataires du document sont les Caisses d'Assurance Maladie, les Caisses d'Allocations Familiales, et en second lieu les services de PMI qui regroupent les formulaires des caisses. Depuis la création de la Commission Prévention du Réseau, la rapidité de communication des données s'est améliorée grâce à la mise en place d'un échange des fichiers informatiques entre les PMI et les caisses.

Les médecins interrogés remplissent le formulaire de déclaration principalement lors du deuxième rendez-vous avec la patiente :

- Ils sont 8,5% à le remplir dès la première consultation.
- Ils sont 43,2% à le remplir à la deuxième consultation.
- Et ils sont 28,8% à le remplir juste avant 14 semaines d'aménorrhée pour être sûrs de l'évolution de la grossesse.





Les médecins généralistes attendent en priorité le contrôle biologique (51% des médecins généralistes contre seulement 4,8% des gynécologues obstétriciens) tandis que les spécialistes patientent jusqu'à la première échographie réalisée entre 9 et 12 semaines d'aménorrhée pour remplir la déclaration (59,6% des gynécologues obstétriciens contre 16,2% des médecins généralistes).

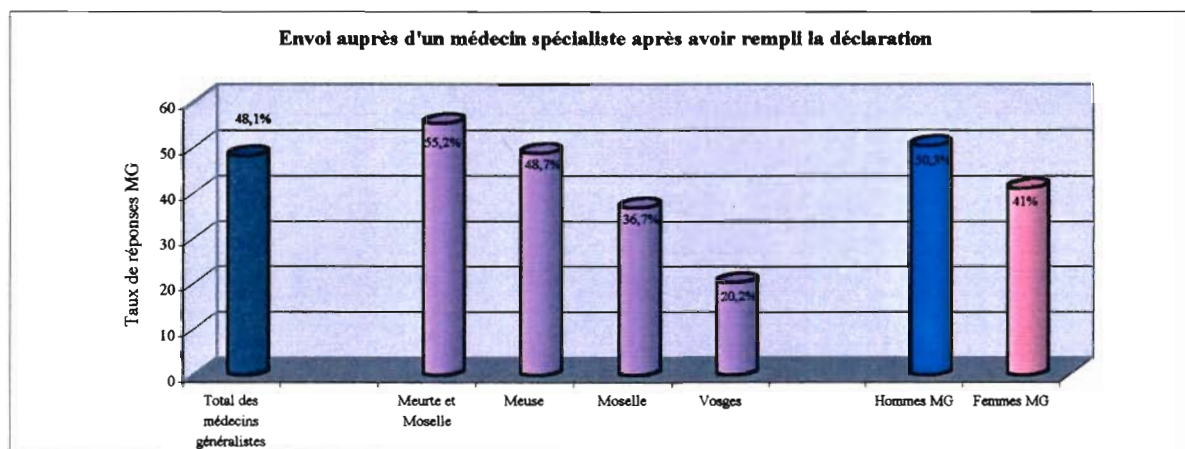
QUESTION 3 :

Une fois le formulaire de déclaration rempli, le médecin peut effectuer un certain nombre de recommandations à sa patiente. Le médecin généraliste peut notamment être questionné sur le choix d'un praticien spécialiste ou d'une structure d'accouchement ; il doit répondre dans le respect de la déontologie, en laissant libre choix à la patiente.

Un calendrier de grossesse, précisant les différentes étapes de suivi, est proposé par 80% des gynécologues obstétriciens et 51,8% des omnipraticiens. Un rendez-vous pour une prochaine consultation permettant de maintenir le contact avec la patiente, est fixé par 83,8% des spécialistes et 32,1% des généralistes. D'autres examens complémentaires que ceux réalisés pour le diagnostic de grossesse sont prescrits par 82,2% des spécialistes et 46,7% des médecins généralistes.

Cette enquête, destinée à évaluer les outils de prévention à disposition des médecins, a été envoyée au plus grand nombre afin d'obtenir un large éventail de réponses ; les médecins généralistes, qu'ils suivent ou non les grossesses, pouvaient ainsi répondre à la majorité des questions. Néanmoins, certains ont jugé opportun de signaler qu'ils n'effectuaient pas ou plus du tout de suivi de grossesse : d'après les réponses données dans le formulaire, c'est le cas de 14,2% d'entre eux.

Lorsque la déclaration est remplie, les médecins généralistes sont 48,1% à déclarer qu'ils « passent la main » au spécialiste. Ce chiffre varie néanmoins en fonction du département étudié : la Meurthe et Moselle et la Meuse ont plus facilement recours au spécialiste à cette période (respectivement 55,2% et 48,7%) par rapport à la Moselle et les Vosges (36,7% et 20,2%). Le sexe du médecin généraliste influe également : 50,3% des hommes contre 41% des femmes adressent au spécialiste à cette période. Par contre, le lieu d'exercice (ville/rural) pèse peu sur l'attitude de l'omnipraticien (50,9% en zone urbaine déclarent passer la main contre 47,3% en milieu rural).



QUESTION 4 :

L'entretien prénatal précoce représente un autre outil de prévention pour le réseau. L'enquête de faisabilité de cet entretien s'est déroulée du 27 novembre au 27 décembre 2002, soit globalement à la même période que la date d'envoi de ce questionnaire.

Les médecins spécialistes avaient été informés par courrier du déroulement de cette enquête réalisée dans le cadre du réseau avec le concours de sages-femmes de la région Lorraine. 75,8% des gynécologues obstétriciens et gynécologues connaissent le projet d'entretien prénatal précoce. Les médecins généralistes sont pour leur part très nettement moins informés, voire pas du tout, 4,9% des médecins traitants attestent en avoir eu connaissance. Ces chiffres varient peu en fonction du département étudié et il n'existe pas de différence selon le type d'exercice du médecin généraliste (rural ou urbain).

Parmi les spécialistes qui ont répondu dans l'affirmative, la moitié d'entre eux déclarent connaître le projet en rapport avec l'enquête de faisabilité organisée par le Réseau Périnatal Lorrain, et près d'un quart avance avoir été informé dans le cadre des travaux officiels entrepris avec les décrets de périnatalité de 1998, ou lors de séances de formation médicale continue ou lors de discussions informelles entre confrères.

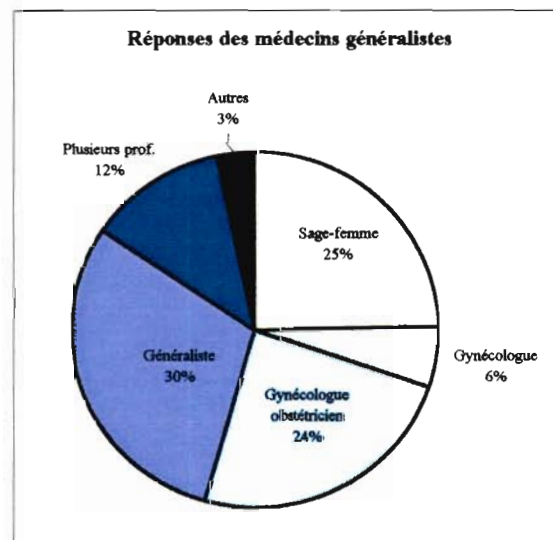
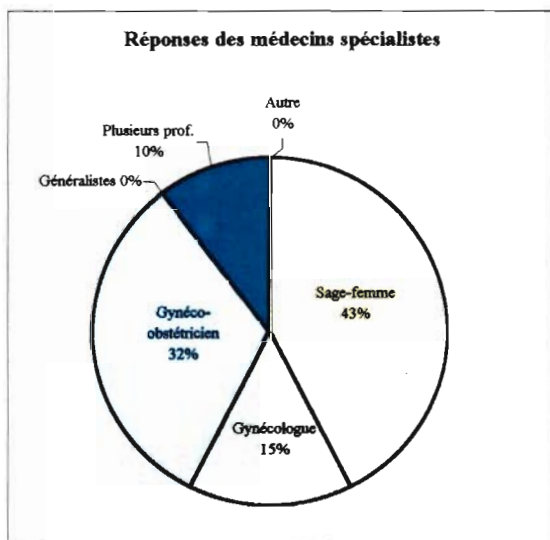
QUESTION 5 :

L'intérêt de cet entretien est partagé par 58,6% des spécialistes et par 47,3% des généralistes. Ce soutien varie peu selon les départements et selon le type d'exercice en cause. Les femmes généralistes sont plus convaincues de ses avantages que les hommes (61% versus 42,1% pour les hommes).

Les principaux avantages de l'entretien sont d'après les médecins interrogés et favorables :

- Pour 47% des généralistes et 20% des spécialistes, cette consultation permettrait un échange particulier avec le but d'informer, d'expliquer et de répondre aux questions de la patiente ou de la famille.
- Le second argument cité est l'intérêt de la présence du couple et de l'évocation du projet parental.
- Enfin ils soulignent la possibilité de dépister au cours de cet entretien certaines difficultés extra médicales pouvant survenir au cours de la grossesse.

QUESTION 6 :



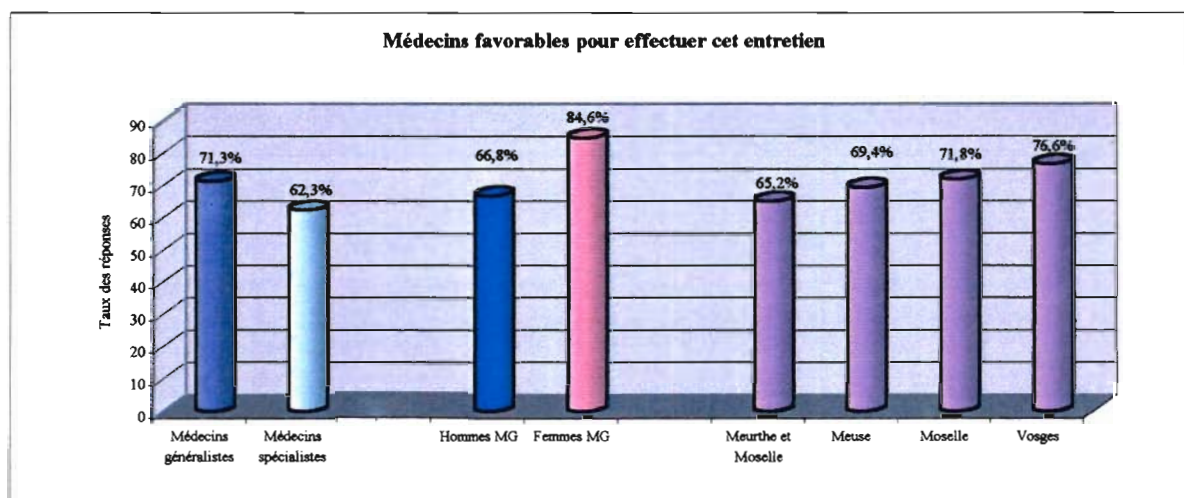
A la question du professionnel le plus apte à réaliser cette consultation, les avis sont plus partagés : il est prévu en effet que l'entretien puisse être réalisé par tous les professionnels cités.

Les spécialistes mentionnent dans l'ordre pour 47,4% les gynécologues et les gynécologues obstétriciens, pour 42,3% les sages-femmes, et pour 10% plusieurs professionnels possibles (sages-femmes, spécialistes, omnipraticiens). Aucun des spécialistes n'a cité le généraliste en réponse « seule ».

Les médecins traitants répondent pour 29,8% les généralistes eux-mêmes, à pourcentage égal avec les spécialistes, pour 24,6% d'entre eux les sages-femmes et pour 12,3% d'entre eux plusieurs professionnels. Ces chiffres ne varient pas ou peu selon que l'on étudie les départements, le sexe ou le type de pratique des médecins généralistes.

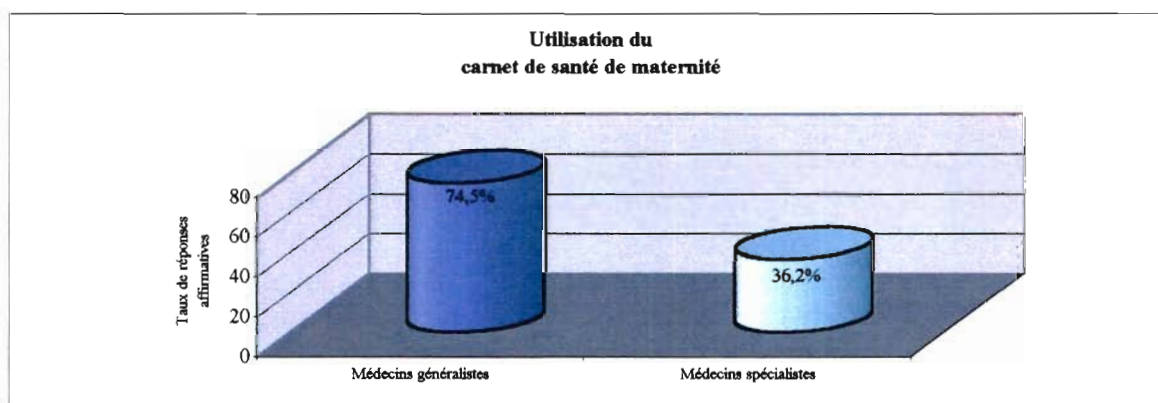
QUESTION 7 :

Les médecins sont favorables à cet entretien : ils représentent 62,3% des médecins gynécologues et gynécologues obstétriciens, et 71,3% des médecins généralistes ayant répondu au questionnaire. Selon le département ou la zone d'exercice, peu de différence notable, mais les femmes généralistes sont, là encore, plus volontaires : elles sont 84,6% à avoir répondu dans l'affirmative contre 66,8% des hommes.



QUESTION 8 :

Le carnet de santé de maternité est le document remis à la future mère pour la guider au cours de son suivi et informer les différents professionnels qu'elle peut être amenée à consulter au cours de la grossesse. Le carnet est différemment utilisé selon la spécialité du médecin : 36,2% des spécialistes disent l'utiliser couramment contre 74,5% des généralistes qui le consultent et le remplissent. Il n'existe pas de différence notable selon les départements d'installation, le sexe et le lieu d'exercice des médecins interrogés.

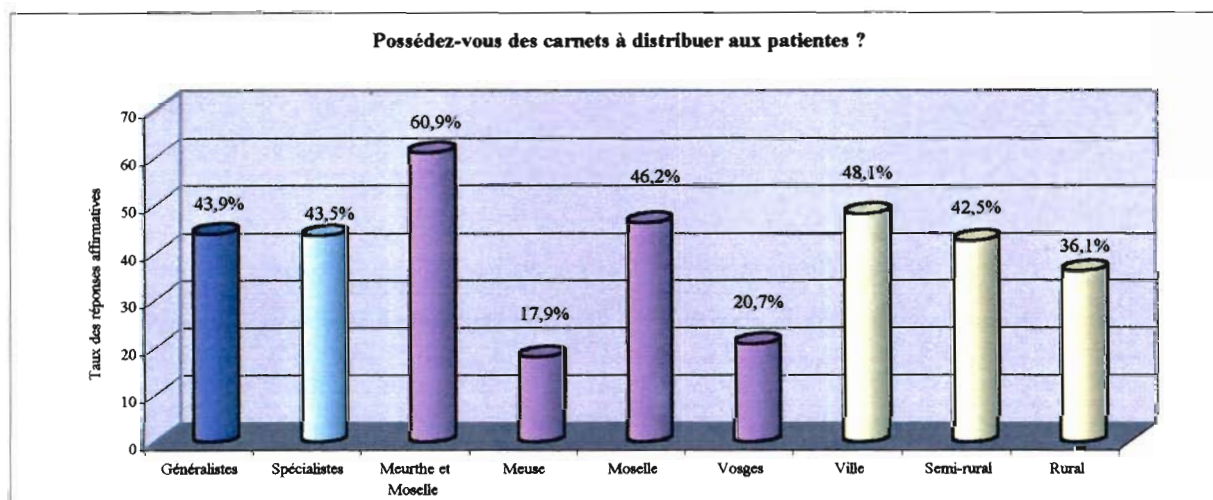


Concernant les raisons pour lesquelles les médecins n'utilisent pas ce carnet, la plus fréquente est qu'il fait double emploi avec le dossier du médecin (54,8% des gynécologues obstétriciens et 10,8% des médecins généralistes ont répondu en ce sens). En effet, la plupart des médecins avouent avoir un dossier obstétrical personnel, qu'il s'agisse du dossier de l'établissement où ils consultent, de leur dossier informatique ou de leur propre dossier papier.

Les autres réponses mentionnent que les praticiens le trouvent peu facile d'utilisation (29% des spécialistes et 8,8% des généralistes) et que les patientes ne le présentent pas systématiquement (24,1% des spécialistes et 14,5% des généralistes).

QUESTION 9 :

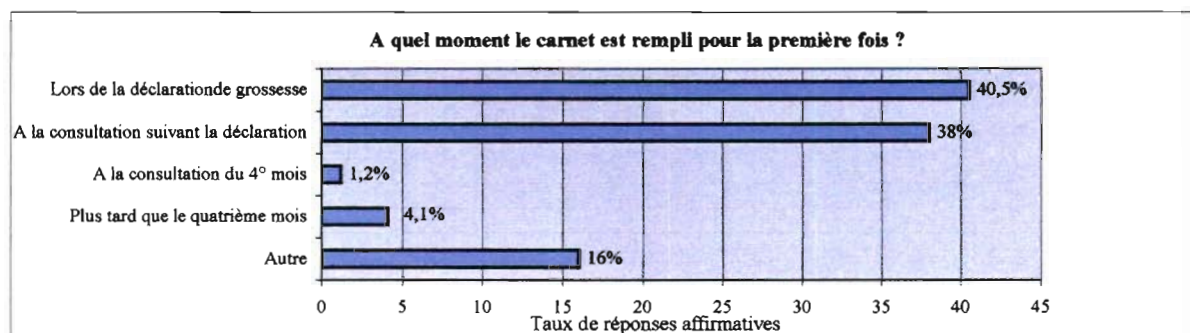
Ce carnet est destiné à toutes les femmes enceintes une fois leur grossesse déclarée. Sa diffusion diffère néanmoins selon les départements : en Moselle et dans les Vosges, la Caisse Primaire envoie directement les carnets aux patientes ; en Meuse, c'est la PMI qui est chargée de sa distribution en même temps que la lettre de mise à disposition de la sage-femme. En Meurthe et Moselle, sur leur demande, le carnet peut être remis aux praticiens.



43% des médecins (gynécologues obstétriciens et médecins généralistes) disposent d'exemplaires à distribuer à leurs patientes. Ces chiffres sont plus importants en ville qu'en milieu rural et dans les plus gros départements (Meurthe et Moselle et Moselle : 60,9% des médecins en Meurthe et Moselle contre 17,9% en Meuse).

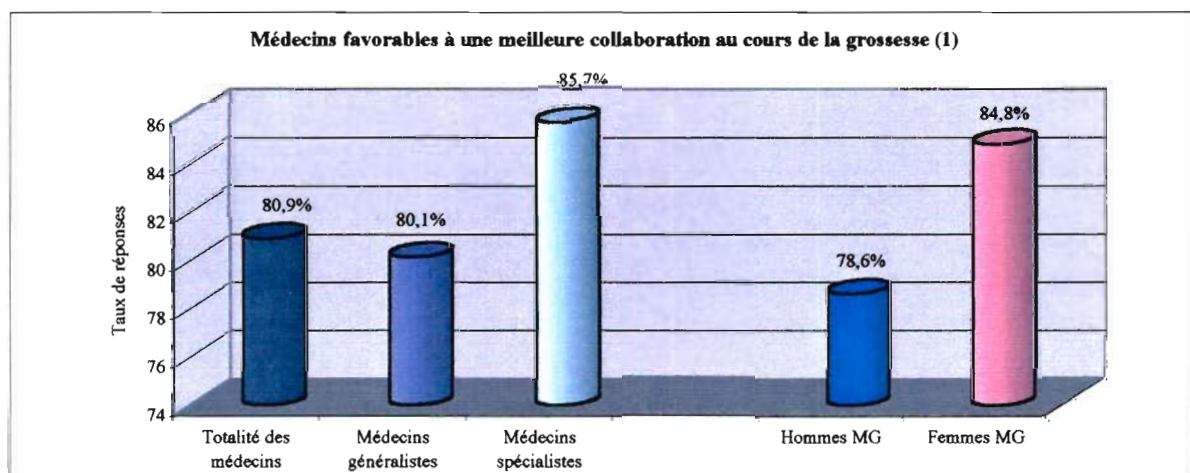
QUESTION 10 :

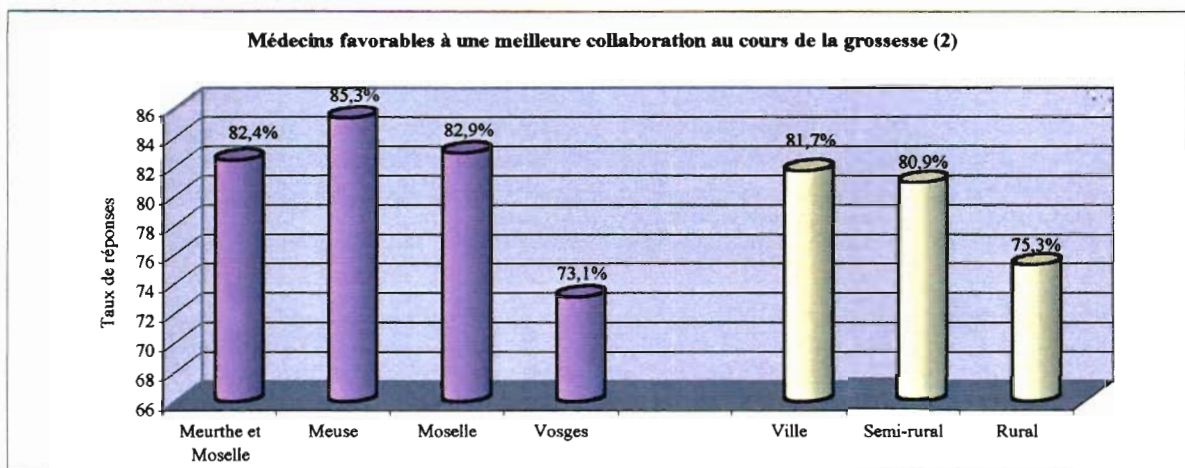
Le carnet est rempli pour la première fois lors de la déclaration de grossesse par 40% des médecins (30,9% des gynécologues obstétriciens et 42% des médecins généralistes). Il l'est ensuite à la consultation qui suit la déclaration pour 38% des cas (33,3% pour les spécialistes et 38,7% pour les médecins généralistes).



QUESTION 11 :

Dans tous les départements et dans plus de 80% des cas, les médecins sont convaincus de l'intérêt d'une meilleure collaboration entre les différents acteurs du suivi de grossesse (85,7% pour les spécialistes et 80,1% pour les généralistes). C'est dans les Vosges que le taux est le plus faible (73%). Chez les médecins généralistes, les femmes sont également plus convaincues que les hommes : 84,8% contre 78,6%. Enfin les médecins exerçant en zone urbaine y sont plus favorables que les médecins exerçant en zone rurale (81,7% en ville versus 75,3% en rural).





IV.4. DISCUSSION, COMMENTAIRES ET PROPOSITIONS.

IV.4.1. La Déclaration de Grossesse {Question 2}.

L'enquête indique que près de 3 médecins sur 10, toute spécialité confondue, remplissent la déclaration juste avant 14 semaines d'aménorrhées, délai indiqué sur le formulaire comme date échéance à l'envoi du document (35,4% des spécialistes et 27,6% des généralistes). Or, si la déclaration est remplie à la 14^e semaine, soit au début du troisième mois, il ne reste environ qu'un mois pour que la patiente envoie le document aux caisses, qu'il soit transmis ensuite au service de PMI et qu'elle en ait un retour lui précisant la possibilité de réaliser un entretien particulier de type entretien prénatal individuel ou lui fournissant le carnet de santé de maternité.

D'autre part les médecins n'ont pas le même réflexe pour la rédaction du document : la plupart des généralistes attendent le contrôle biologique uniquement alors que la majorité des spécialistes préfèrent signer le document une fois la première échographie réalisée. Il est vrai que le formulaire ne précise pas les examens nécessaires au diagnostic de grossesse : il est seulement mentionné : « j'atteste que les examens obligatoires prévus par la réglementation ont été prescrits », le médecin ne devant indiquer uniquement que la date présumée de début de grossesse. Les généralistes semblent donc répondre plus précocement que leurs confrères spécialistes mais sont déjà très minoritaires à ce stade de suivi : sur les 6500 déclarations de grossesse en Meurthe et Moselle, 9,3% des déclarations sont réalisées par les médecins généralistes {E5}. En comparaison, les données de Loire-Atlantique sont superposables à la Meurthe et Moselle (9,4%) {B11}.

Quoiqu'il en soit, le formulaire de déclaration est un document fondamental dans le suivi de la grossesse : il s'agit du seul document administratif et constitue le point de départ d'actions de prévention et de soutien de la famille en projet d'enfant. Il est établi lorsque le diagnostic de grossesse évolutive intra-utérine est confirmé.

Le médecin généraliste peut jouer un rôle conséquent dans son élaboration :

- De part sa plus grande disponibilité : la future mère peut avoir recours à son médecin traitant le jour même ou les jours suivants.
- De part sa plus grande proximité : il peut aider à la rédaction des imprimés. Comme médecin de famille, il peut prendre connaissance de la grossesse en cours et mieux appréhender la situation familiale. Il est alors averti du déroulement de la grossesse et peut ainsi en tenir compte plus facilement lors des consultations ultérieures quel qu'en soit le motif.
- Enfin, l'omnipraticien connaît les antécédents personnels et familiaux du couple, le nombre d'enfants à charge et peut juger au mieux des conditions dans lesquelles débute la grossesse.

Ce rôle peut s'envisager dans le cadre d'une collaboration effective et réciproque entre les différents intervenants, soutenue par la mise en place d'un réseau d'échange de compétences et assurant une bonne transmission des informations.

IV.4.2. L'Entretien Prénatal Précoce {Questions 4,5,6 et 7}.

Les médecins sont globalement favorables à la mise en place de l'entretien prénatal précoce : en effet, même si les généralistes n'étaient que très peu informés du projet, la moitié des médecins ont souligné l'intérêt de réaliser un entretien de façon plus prolongée. Certains ont même déclaré déjà l'effectuer en partie et beaucoup avouent que la première consultation dépasse largement le temps normal généralement attribué. L'information a été diffusée auprès de tous les spécialistes : ils sont près de trois quarts à le signaler, et près de six médecins sur dix à le soutenir. Les médecins qui ne trouvent pas d'utilité à la mise en place d'une consultation spécifique avancent divers arguments :

- Soit parce qu'ils l'effectuent déjà lors de la déclaration et qu'ils n'ont pas besoin d'un cadre particulier supplémentaire.
- Soit parce qu'ils en justifient l'intérêt uniquement pour les jeunes mères, lors de leur première grossesse.
- Soit, en particulier pour les médecins généralistes, parce qu'ils pensent qu'au quatrième mois, il est déjà un peu tard pour bénéficier de cet entretien.

Concernant la question du professionnel le plus apte à l'assurer, les avis divergent mais il faut noter que, toutes spécialités confondues, c'est la sage-femme qui est la plus souvent citée : c'est le cas dans trois départements sur quatre, le département des Vosges ayant voté massivement pour le généraliste mais la sage-femme conserve un nombre de voix identique (27%). Après avoir voté selon leur mode d'exercice, les médecins pensent que la sage-femme est la plus apte à faire cette consultation. Cela conforte l'expérience réalisée par le Réseau qui a reçu le soutien des sages-femmes dans l'évaluation de cet entretien.

On remarque également qu'une partie non négligeable a voté pour que tous les professionnels cités dans la question aient la possibilité de l'effectuer, ce qui est d'ailleurs prévu par le groupe ayant travaillé sur le contenu de cet entretien.

Enfin les médecins sont majoritairement volontaires pour qu'il ait lieu : six spécialistes et sept généralistes sur dix. Les femmes généralistes sont encore plus enthousiastes : 85%.

Globalement, les médecins sont favorables à la mise en place d'un tel examen. Il est souhaitable que chacun des professionnels ait la possibilité de le réaliser, comme cela a été prévu par le groupe de travail du réseau. Une formation adaptée aux professionnels, notamment aux médecins généralistes et aux sages-femmes, paraît souhaitable et nécessaire. Il reste à établir le cadre de sa mise en place : avertir les femmes enceintes de l'importance de ce nouvel entretien et prévoir un financement adapté pour les professionnels.

IV.4.3. Le Carnet de Santé de Maternité {Questions 8, 9 et 10}.

Les médecins spécialistes (gynécologues et gynécologues obstétriciens) utilisent peu le carnet de santé de maternité : seulement quatre médecins sur dix le remplissent régulièrement. Les causes sont multiples, principalement parce qu'il fait doublon avec le dossier obstétrical de la patiente. Dans la réponse « autre » de la question n°8, les praticiens insistent sur l'utilisation de leur dossier personnel, souvent informatisé. Certains avouent le remplir occasionnellement (en cas de voyage, d'absence, ou de nomadisme médical) et peu de médecins avouent en remettre une copie à la patiente.

Les médecins généralistes l'utilisent beaucoup plus volontiers (74,5%) mais ils sont nettement moins majoritaires dans le suivi. Ils n'ont en fait que peu d'informations sur le déroulement de la grossesse par le biais de ce document. Il constitue pourtant un relais précieux des informations médicales concernant la future mère.

Sa diffusion est disparate selon les médecins, mais la grande majorité des femmes enceintes reçoit ce carnet par les caisses ou la PMI. Il est rempli lors de la déclaration ou à la consultation suivant celle-ci dans 95% des cas.

Le carnet de santé de maternité est donc un outil de communication sous utilisé. Il représente cependant un coût important pour les Conseils Généraux dans l'édition et l'envoi de ce document. C'est également le moyen le plus simple et le plus rapide d'informer les différents intervenants. Son emploi doit être renforcé par une plus grande sensibilisation des médecins et des patientes. La mise en place d'un réseau périnatal de suivi implique l'utilisation d'un dossier commun à tous les intervenants afin d'en faciliter les échanges. L'informatisation des cabinets libéraux est un frein à la rédaction du carnet. Enfin, un tiers des médecins le trouvent peu facile d'utilisation.

Une réflexion sur une nouvelle présentation du document pourrait être discutée dans le cadre du réseau. Les médecins adhérents pourraient indiquer leurs souhaits, et en améliorer la conception. Une réactualisation des conseils apportés aux patientes dans le carnet serait alors plus facilement réalisable. Enfin, des informations pratiques et de proximité (associations, numéros téléphoniques) pourraient y figurer ainsi que des parties à remplir directement par les patientes elles-mêmes.

IV.4.4. La Prévention autour de la grossesse {Question 12}.

Les médecins ont été également interrogés sur la notion de prévention, au sens large, au cours de la grossesse : la dernière question (question 12) de l'enquête leur permettait de donner leur libre avis sur le sujet.

La majorité des médecins, toutes spécialités confondues, insiste sur la nécessité d'agir sur des points précis en donnant des exemples concrets : la lutte contre le tabagisme et plus généralement contre les addictions est l'élément le plus cité. Sont ensuite évoqués le dépistage sérique de la trisomie 21, la promotion de l'allaitement maternel, les conseils alimentaires ainsi qu'un repérage plus facile des grossesses peu suivies. La prévention des anomalies de fermeture du tube neural par la prescription d'acide folique est également mentionnée avec la suggestion d'une attention particulière lors des consultations de type « pré arrêt de pilule » {SPE 54 n°22}. D'autres médecins vont plus loin et demandent la production de documents-type par le réseau à remettre aux patientes pour les sensibiliser sur les attitudes à avoir : au sujet des maladies infectieuses (listériose, toxoplasmose, CMV) {SPE 54 n°10, MG 54 n°36}, ou à la première échographie afin de bien préciser aux patientes ses avantages et ses limites médico-légales {SPE 57 n° 14}.

Enfin d'autres remarques sont également mentionnées : on distingue :

- « les séances de préparation à la naissance débutent trop tardivement » {MG 54 n° 128},
- « en prévention, les solutions ne sont pas médicales mais sociales, organisationnelles et financières » {MG 88 n° 65},
- « une plus grande implication des pères dans la grossesse paraît souhaitable. Rien n'est prévu. Tout au plus peuvent-ils se présenter au cours de séances de préparation à la naissance, s'ils le souhaitent, mais rien n'est obligatoire » {MG 54 n° 54}.

La deuxième idée exprimée par les réponses concerne la nécessité d'améliorer la communication entre les différents intervenants pour une meilleure prévention :

- « en association avec tous les partenaires de la naissance » {SPE 54 n° 18},
- « une bonne communication entre les différents intervenants » {SPE 57 n° 27},
- « la grossesse est l'exemple même des états nécessitant une prise en charge globale et multidisciplinaire » {MG 88 n° 37}.

Différents professionnels sont cités pour partager cette collaboration : spécialistes, généralistes, PMI, sages-femmes, médecins du travail, assistants sociaux.

Certains médecins, notamment les spécialistes, font part du manque de temps pour réaliser des consultations axées sur une meilleure prévention et réclament une plus grande disponibilité au cours de leurs consultations et la mise en place de cotations spécifiques :

- « manque de temps, surtout en début de grossesse ; c'est une course contre la montre » {SPE 57 n° 26},
- « il faut du temps pour écouter : cela nécessite la mise en place de cotations spécifiques » {SPE 57 n°7},
- « une consultation spécifique pour le médecin généraliste devrait être prévue et honorée comme telle » {MG 57 n°37},
- « la première consultation est importante en durée car riche en informations et en prévention » {MG 57 n°25}.

Les médecins sont convaincus de l'intérêt d'insister sur les comportements à risque en début de grossesse :

- « insister sur l'éducation à la santé des patientes durant cette période privilégiée où la femme est plus attentive à son bien être et à celui de son enfant » {MG 55 n° 7},
- « la meilleure prévention que j'ai réalisée l'a été lors d'une consultation prénuptiale » {MG 57 n°100},
- « 90% de l'obstétrique, c'est de la prévention ; or, la prévention a toujours été le parent pauvre des politiques de santé en France » {SPE 57 n° 17}.

Enfin les médecins généralistes font remarquer le rôle essentiel du médecin traitant en matière de prévention :

- « le généraliste a un rôle primordial et ne doit pas être exclu de l'hyper technicité du suivi » {MG 54 n°46},
- « le généraliste est probablement l'acteur le plus proche et il est celui qui va appréhender la grossesse dans son contexte global » {MG 88 n°49}.

IV.4.5. Le médecin généraliste et la prévention dans le domaine périnatal.

Le questionnaire porte sur les moyens de prévention mis à la disposition des praticiens dans le cadre du suivi de grossesse. Nombreux médecins généralistes ont pu faire part de leurs remarques concernant l'activité de suivi de grossesse en médecine générale ; le sujet fait débat et les avis sont contradictoires :

- « j'estime qu'actuellement un médecin généraliste ne peut plus assumer, ni en temps, ni en capacité, le suivi de grossesse qui demande une surveillance très étroite » {MG 54 n° 104},
- « le suivi de grossesse est-il encore de la compétence du médecin généraliste ? » {MG 57 n°17},
- « le médecin généraliste est l'acteur essentiel pour le suivi de grossesse » {MG 54 n°19},
- « les médecins généralistes devraient être plus sollicités pour des surveillances de proximité » {MG 54 n° 59},
- « les médecins généralistes devraient suivre les grossesses jusqu'au sixième mois » {MG 55 n° 17},
- « une meilleure collaboration médecin généraliste/gynécologue obstétricien serait souhaitable pour un meilleur suivi. Actuellement, la grossesse échappe totalement aux généralistes » {MG 57 n°15}.

Les médecins généralistes apparaissent donc très divisés sur leur rôle et leur place dans le suivi de grossesse. Il résulte de cette enquête que 15% des médecins généralistes ayant répondu ont déclaré ne pas ou ne plus suivre de grossesse. La question n°3 indique que la moitié « passe la main » au spécialiste une fois la déclaration de grossesse remplie, soit environ au troisième mois de grossesse.

Les médecins généralistes femmes semblent suivre plus longtemps leur patientes ; par contre, le type d'exercice (rural/urbain) n'influe pas sur l'attitude de l'omnipraticien.

Quelle place occupe le médecin traitant dans le suivi de grossesse ?

La principale étude réalisée à ce sujet a eu lieu en 1996, et a fait l'objet d'un travail de thèse {D1} : une enquête prospective d'une semaine a été menée en Loire-Atlantique et en Vendée auprès de 1260 médecins. Pendant la semaine d'observation, 397 femmes enceintes ont consulté auprès des 119 médecins investigateurs.

Les médecins ont effectué 34 déclarations de grossesses (9,3%) pendant la période d'observation. Les visites systématiques représentaient 51,8% des consultations. En moyenne, 15 grossesses étaient suivies par médecin et par an {B11}, soit 2,6 patientes pour les généralistes hommes et 4,6 patientes pour les généralistes femmes. Une autre enquête, réalisée sur la ville de Cholet et ses environs, constate des résultats quelque peu similaires : 14% de déclarations de grossesses, 2,5 grossesses par semaine pour un médecin généraliste homme et 5,1 grossesses pour un médecin généraliste femme {D2}. L'analyse des informations issues des bases de données médicales disponibles en France sur l'activité médicale (panel EPPM) apporte d'autres chiffres : le médecin généraliste serait consulté pour environ 8% des grossesses {C21}.

En Lorraine, une enquête de pratique auprès de 35 généralistes de la région sous l'impulsion de l'AMVPPU (Association Médicale Vosgienne de Perfectionnement Post Universitaire) a été réalisée du 1^{er} octobre au 31 décembre 1997 {E6} : la consultation « femme enceinte » c'est-à-dire tout motif confondu (suivi de grossesse ou non), représente 0,97% de l'activité du médecin généraliste. Selon cette étude, les médecins généralistes assurent 15% des consultations prénatales de la région. Les motifs de consultation sont pour la majorité des cas le suivi de grossesse (45,5%) ou la survenue d'un problème intercurrent (45,5%).

La pluralité des données de ces enquêtes montre la difficulté d'évaluation précise de la pratique médicale libérale : il n'existe pas de statistique précise par les caisses sur la part des déclarations effectuées par les médecins généralistes. Les seules données disponibles indiquent le chiffre de 9,3% (PMI de Meurthe et Moselle). Concernant le suivi, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie de Longwy possède des statistiques sur la spécialité du prescripteur des différentes échographies systématiques : selon l'enquête, les généralistes sont 13,4% à la prescrire au premier trimestre, 24,4% au second trimestre, et 4,9% au troisième trimestre {E7}.

Il en ressort que le suivi de grossesse par le médecin généraliste est minoritaire mais pourtant bien effectif. Si le chiffre de 15 grossesses par an et par généraliste concerne des médecins sensibilisés, il est néanmoins conséquent face à la pluralité des patients en médecine générale, où les patients de plus de 50 ans et les enfants sont plus nombreux que les femmes en âge de procréer.

Mais au delà du suivi, le médecin généraliste peut également consulter des femmes enceintes pour d'autres motifs : une enquête réalisée par le CREDES en 1992 indique que l'omnipraticien réalise plus de la moitié des consultations de femmes enceintes, tout motif de consultation confondu {A13}.

Enfin, le généraliste a un rôle important à jouer dans le cadre de la prévention : 90% des problèmes de santé sont pris en charge en médecine de soins primaires, 8% en médecine de soins secondaires et environ 2% donnent lieu à une hospitalisation. Par le biais de la déclaration de grossesse, par sa participation au projet d'entretien prénatal précoce, et par le biais du carnet de santé de maternité, le médecin généraliste peut jouer un rôle conséquent dans la prévention périnatale, encore faut-il qu'il ait été formé. Dans cette enquête, de nombreux médecins souhaitent suivre une formation sur ce sujet :

- « j'aimerais participer à des EPU sur le sujet : ils ne sont que très rarement proposés » {MG 57 n°93},
- « la majeure partie des consultations prénatales pourrait être réalisée chez le médecin généraliste à condition qu'il soit formé et qu'il puisse être aidé par ses confrères spécialistes » {MG 57 n°63}.

Enfin, 70% des médecins généralistes souhaitent pouvoir réaliser un entretien prénatal précoce, au besoin à l'aide d'une formation adaptée (84% de médecins généralistes femmes).

Concernant la formation des internes en médecine générale, le troisième cycle ne comporte pas, à ce jour, d'enseignement destiné au suivi et à la prévention des problèmes courants lors de la grossesse ; une mise au point pourrait être réalisée sous forme d'enseignement dirigé ou de séminaire.

L'activité de suivi et de prévention au cours de la grossesse par le médecin généraliste peut se concevoir dans des organisations de type réseau. La surveillance de la grossesse pourrait être le résultat d'un travail d'équipe où le médecin spécialiste serait le maître d'œuvre et pourrait intervenir en cas de nécessité ; dans ce cadre, chaque professionnel (gynécologue obstétricien, gynécologue, sage-femme, assistante sociale, psychologue, médecin du travail et médecin généraliste) aurait des compétences bien définies et travaillerait en concertation.

IV.4.6. Les réseaux de santé en périnatalité {Question 11}.

La question n°11 de l'enquête interrogeait les médecins sur l'intérêt d'une meilleure collaboration entre les différents acteurs du suivi de grossesse. Plus de quatre médecins sur cinq ont répondu favorablement.

Lorsqu'ils ne souhaitent pas une meilleure coordination, ce qui est rare, ils justifient cette attitude par l'absence de problème dans leur pratique quotidienne. Quand ils sont demandeurs, ils soulignent que le principal avantage de cette meilleure communication entre professionnels serait une amélioration de la prise en charge des femmes enceintes :

- « *meilleure prise en charge des problèmes médico-sociaux* » {SPE 88 n°1}, « *afin que tous tournent autour de la gestante* » {SPE 57 n°1},
- « *améliorer la prise en charge des mères sur le plan psychoaffectif* » {MG 54 n° 22},
- « *importance d'un travail en équipe pour un meilleur suivi* » {MG 54 n°90}.

Les spécialistes voient ensuite comme principaux intérêts de ce travail en réseau, une formation partagée et une meilleure coordination entre l'exercice ambulatoire et l'exercice en établissement :

- « *dossier médical partagé ; protocoles communs de suivi* » {SPE 57 n°8},
- « *améliorer le lien entre les libéraux et la maternité pour le bon déroulement de la fin de grossesse* » {SPE 88 n°5},
- « *organisation de staffs médicaux* » {SPE 54 n°18}.

Chez les médecins généralistes, une forte proportion aimerait recevoir une information sur le déroulement du suivi de grossesse et non pas uniquement un compte rendu des circonstances de l'accouchement :

- « *nous ne sommes pas souvent au courant des problèmes rencontrés par nos patientes durant leur grossesse. Nous pouvons servir de relais* » {MG 54 n°98},
- « *prévenir le médecin généraliste quand une grossesse se déroule difficilement* » {MG 54 n° 125},
- « *nous n'avons jamais de courrier de suivi de grossesse. L'information nous est le plus souvent rapportée par la patiente elle-même* » {MG 57 n°83}.

Certains médecins proposent l'élaboration d'un compte-rendu trimestriel de suivi mais ils sont plus nombreux à réclamer une utilisation généralisée du carnet de santé de maternité par tous les intervenants :

- « *le carnet facilite les échanges et les simplifie. Il permet d'informer chaque collaborateur des actions entreprises* » {MG 54 n°8},
- « *que tous les intervenants communiquent par le biais du carnet de santé de maternité* » {MG 54 n°85}.

Les médecins généralistes, avec cette volonté de travail en équipe, voient également des avantages dans leur pratique quotidienne : ils soulignent l'intérêt d'un travail en réseau dans le cadre des grossesses à risque afin de faciliter le recours au spécialiste :

- « *dépistage plus précoce des complications* » {MG 54 n°15},
- « *travail en réseau dans le cas des grossesses difficiles* » {MG 55 n°5}.

Les médecins traitants sont parfois sollicités du fait de leur proximité en cas de problèmes alors qu'ils n'ont que peu de renseignements sur le déroulement de la grossesse : « *le généraliste est le plus souvent celui que la femme enceinte consulte en premier lorsqu'il y a un problème du fait de sa plus grande disponibilité ; il est fréquemment hélas celui qui est le plus mal informé par les autres structures* » {MG 57 n° 61}.

Enfin, ils voient, dans une plus grande communication des données, un moyen d'éviter les redondances notamment en ce qui concerne les examens sérologiques :

- « *afin de ne pas perdre les données médicales (biologie, antécédents)* » {MG 88 n°20},
- « *avoir la connaissance des facteurs de risque pour mieux intervenir ponctuellement. Eviter les examens redondants* » {MG 88 n°40}.

Tous les médecins qui ont répondu positivement sont donc prêts à accroître la collaboration entre les différents acteurs du suivi. La notion d'organisation en réseau de professionnels est citée à plusieurs reprises :

- « *organisation en réseau pour agir en complémentarité* » {SPE 54 n°1},
- « *favoriser l'échange des informations pour obtenir un décloisonnement et un partenariat entre les différents intervenants* » {MG 54 n°128},
- « *l'avenir appartient aux réseaux* » {MG 57 n°67}.

Le Réseau Périnatal Lorrain, basé initialement sur une coordination inter hospitalière afin de faciliter les transferts anténataux entre les différents établissements de la région, a l'ambition de s'élargir aux professionnels extrahospitaliers, et notamment les professionnels libéraux pour permettre un suivi de grossesse plus global. La rédaction de la Charte et des statuts de type loi 1901 confirme cette volonté de faire adhérer les particuliers à l'association. Pour la réussite de ce projet et afin qu'il devienne un véritable réseau de santé, les médecins libéraux devront adhérer au Réseau.

Qu'en est-il des autres expériences dans ce cadre ?

En France, les principaux réseaux périnataux régionaux sont basés sur cette coordination inter-hospitalière afin d'orienter au mieux les futures mères dans les établissements les plus adaptés au déroulement de la grossesse. Certains ont également prévu d'élargir le réseau à la médecine de ville : c'est le cas notamment du Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire {C22} qui regroupe 26 maternités sur les cinq départements de la région, du Réseau Maternité en Yvelines {C23} avec 14 maternités pour l'Ouest de l'Ile de France, ainsi que le réseau Périnatalité en Haute Normandie {C24}.

En parallèle, il existe d'autres initiatives plus locales avec l'organisation de micro réseaux regroupant des médecins libéraux exerçant autour d'une maternité :

- Le réseau Bluets-Ville qui matérialise le partenariat entre la maternité des Bluets et un groupe de généralistes de l'Est parisien et dont la collaboration est régie par une charte {B12}. Dans ce réseau ville-hôpital, la maternité a organisé de nombreuses réunions de formation médicale continue pour les généralistes dans ce domaine. Les omnipraticiens réalisent, pour toutes les femmes qui débutent leur grossesse, un examen prénatal afin de les orienter au mieux vers le suivi le plus adapté à leur situation. Dans la majorité des cas, en l'absence de facteur de risque, un suivi standardisé est réalisé par les médecins généralistes jusqu'à la consultation du sixième mois.

Ensuite, les patientes sont prises en charge à la maternité mais le médecin traitant reste associé au suivi par une information rapide s'il existe une complication. En post partum, il est également un partenaire précieux pour le suivi à domicile.

- Un autre exemple de réseau ville-hôpital existe en région Bourgogne : c'est le réseau de suivi des grossesses et des naissances de Clamecy ou Réseau de Santé du Haut Nivernais {A14}. L'organisation s'est mise en place pour faire face à une situation critique : en 1995, la maternité de l'hôpital de Clamecy, qui réalise 170 accouchements par an, est menacée de fermeture. Un audit, réalisé par le groupe IMAGE de l'Ecole Nationale de Santé Publique, repère que 60% des grossesses dans le secteur sont suivies par des médecins généralistes et conclut à la nécessité de maintenir la maternité moyennant la mise en place d'un réseau avec l'aide des omnipraticiens. Un groupe de travail est chargé de mettre au point un carnet commun de suivi des grossesses et d'établir des règles de fonctionnement dans le cadre d'un réseau avec la rédaction d'un guide de bonnes pratiques. A ce jour, le réseau qui a huit ans, regroupe une trentaine de médecins généralistes du secteur de Clamecy. Il existe également un entretien prénatal chargé de repérer les facteurs de risque médicaux, sociaux et psychologiques pour chaque grossesse. Une sage-femme de réseau est chargée de réaliser cette consultation et d'évaluer le niveau de risque et le type de prise en charge ultérieure nécessaire. En 1998, 204 femmes ont été suivies par le réseau soit 70% des femmes concernées. Une structure analogue se développe dans un secteur voisin : le réseau de Surveillance Périnatale de l'Autunois Morvan.

Ces micros réseaux se fondent dans le réseau régional périnatal de Bourgogne qui regroupe 24 établissements répartis sur les quatre départements de la région.

En conclusion, la place du médecin généraliste au sein des réseaux est réelle et peut se développer grâce à la création des réseaux ville-hôpital qui gravitent autour du réseau inter établissements régional. La mise en place de ces micros réseaux permet de maintenir un suivi de qualité dans des secteurs où l'accès aux soins est plus limité, secteurs qui seront de mieux en mieux repérés par la gestion régionale des besoins de santé. D'autre part, ces réseaux sont des moteurs pour la formation continue des médecins généralistes. Ils disposent en outre d'un recours facilité au spécialiste pour des actions en plus grande complémentarité.

Le médecin traitant peut donc être un acteur spécifique dans l'organisation du réseau. Au-delà des professionnels de santé, les personnels médico-sociaux et les travailleurs sociaux ont également un rôle important à jouer au sein du réseau, et c'est d'ailleurs la volonté et l'originalité du Réseau Périnatal Lorrain d'intégrer ces professionnels afin de regrouper des compétences multi partenariales. Enfin, la place du domaine associatif et des usagers est également un enjeu majeur au bon fonctionnement du réseau ; dans ce cadre, le réseau peut alors mieux répondre aux besoins de la population et constituer un véritable réseau de santé.

CONCLUSION

La prévention et l'éducation à la santé doivent faire partie intégrante de la prise en charge de tout patient et s'associer de façon complémentaire à toute démarche curative. Au vu des constats actuels, il importe de développer toutes les mesures visant à diminuer les pathologies évitables. Pour atteindre les objectifs de santé fixés par voie réglementaire, l'implication du plus grand nombre de professionnels est essentielle.

Une telle démarche de prévention apparaît particulièrement opportune au moment de la période périnatale ; elle conditionne le devenir des enfants et des futurs parents. Or, si les différentes actions réalisées ces dernières années ont montré leur intérêt, on ne peut se satisfaire des chiffres actuels de prématurité, d'hypotrophie et de handicaps. C'est pourquoi, il importe dans ce cadre de développer des actions de prévention ou d'accompagnement pour permettre le déroulement optimum de cette étape de la vie, en complément des progrès techniques et d'une prise en charge spécialisée.

La notion de réseau, regroupant des acteurs médicaux et médico-sociaux, afin d'œuvrer pour un suivi plus global des grossesses, est un moyen de renforcer la mise en place de ces politiques de prévention. La réussite d'une telle organisation tient à la facilité de coopération entre les différents professionnels, renforcée par la complémentarité de leurs actions, si diverses soient-elles. Le Réseau Périnatal Lorrain a la volonté de s'élargir aux professionnels de santé libéraux. L'enquête présentée dans ce travail recueille les avis des professionnels sur l'intérêt d'une meilleure prévention au cours de la grossesse et l'intérêt d'un travail en équipe. Les résultats de l'enquête montrent que les médecins libéraux sont majoritairement favorables à une meilleure collaboration dans le cadre de la grossesse. La déclaration de grossesse est un document capital dans le suivi et doit être accompagnée d'actions concrètes destinées à renforcer la sécurité et la qualité de la prise en charge des futures mères. Les médecins libéraux sont favorables au projet d'entretien prénatal précoce et volontaires pour le réaliser. Il reste à espérer que cet entretien retienne l'attention des pouvoirs publics. Le carnet de santé de maternité n'est pas employé de façon optimale ; une réflexion doit s'opérer dans le cadre du réseau afin d'augmenter son utilisation par les professionnels et gérer ainsi, au mieux, sa diffusion. Les médecins libéraux et les médecins généralistes doivent participer au Réseau Périnatal Lorrain. Ce travail de collaboration entre les différents acteurs de la périnatalité, qu'ils soient médicaux ou médico-sociaux, permettra de montrer l'intérêt de la complémentarité de ces compétences.

Grâce à sa proximité auprès du patient, le médecin généraliste est un acteur essentiel en matière de prévention et d'éducation à la santé. Il peut réaliser des actes individualisés, sur mesure, ce qui semble particulièrement opportun pour les 90% de grossesses physiologiques.

Cette activité de prévention est en lien direct avec les quatre autres fonctions du médecin généraliste : assurer la fonction de premier recours et la prise en charge globale du patient, assumer la continuité et la coordination des soins. L'omnipraticien est également un renfort non négligeable aux « campagnes » de prévention et de dépistage mises en œuvre par les pouvoirs publics.

Dans le cadre de la réforme du troisième cycle de Médecine Générale prévue par l'arrêté du 19 octobre 2001, cette formation de prévention, d'éducation à la santé et d'éducation thérapeutique est encouragée. Elle est relayée par une réactualisation régulière des connaissances grâce à une participation active en Formation Médicale Continue et au mieux mise en œuvre par la réalisation d'actions collectives.

L'existence des réseaux est un moyen d'optimiser cette démarche éducative et d'allier la double dimension de prise en charge de la santé de l'individu en Médecine Générale, tant au niveau du lien singulier médecin-patient, qu'au niveau collectif, dans le cadre d'une démarche de santé publique.

BIBLIOGRAPHIE

A} OUVRAGES.

- A1 ORDRE NATIONAL DES MEDECINS. CONSEIL NATIONAL DE L' ORDRE.
En partenariat avec le Centre De Recherche Et de Documentation en Economie de la Santé.(CREDES).
Démographie médicale française. Etude n°34.
Novembre 2001 – 95p.
- A2 MINISTERE DE L' EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE – DATAR – CREDES
Quel système de santé à l'horizon 2020.
Paris ; La documentation française, octobre 2000 – 358p.
- A3 AGENCE NATIONALE POUR LE DEVELOPPEMENT DE L'EVALUATION MEDICALE (ANDEM)– Société Française de Médecine Fœtale – Fédération Nationale des Associations de Sages Femmes – Fédération Nationale des Groupes d'Etude en Néonatalogie et Urgences Pédiatriques.
Guide de la surveillance de la grossesse.
Paris ; ANDEM, 1996 – 157p.
Egalement disponible sur : www.anaes.fr
- A4 LANSAC P. – BREGER C. – MAGNIN G.
Obstétrique pour le praticien.
Chapitre 2 : Examen obstétrical et surveillance de la grossesse.
Chapitre 5 : Petits maux de la grossesse.
Paris ; Masson, 1983, 2000 – 473p.
- A5 AGENCE NATIONALE D' ACCREDITATION ET D' EVALUATION EN SANTE (ANAES).
Prévention anténatale du risque infectieux bactérien néonatal précoce.
Paris ; ANAES, septembre 2001 – 10p.
Egalement disponible sur : www.anaes.fr
- A6 AGENCE NATIONALE D' ACCREDITATION ET D' EVALUATION EN SANTE (ANAES).
L'échographie obstétricale au cours de la grossesse en l'absence de facteurs de risque.
Paris ; ANAES, décembre 1998 – 80p.
Egalement disponible sur : www.anaes.fr

- A7 ANTOINE JM.
De la conception à la naissance.
Item 16 : Grossesse normale : besoins nutritionnels d'une femme enceinte.
Paris ; Masson, 2002 – 207p.
Collection Abrégés connaissances et pratiques.
- A8 DELCROIX M. – GUERIN DU MAGENET B.
Décisions en gynécologie obstétrique. Deuxième édition.
Chapitre 16 : Petits problèmes de la grossesse.
Chapitre 17 : Conseils hygiéno-diététiques au cours de la grossesse.
Chapitre 30 : Troubles psychologiques et/ou psychiatriques.
Chapitre 33, 34 et 35 : Grossesse et tabac, alcool et drogues.
Chapitres 37, 38, 39 : Infections bactériennes, virales et parasitaires au cours de la grossesse.
Paris ; Maloine, 2001 – 708p.
- A9 FERRARO F.
La grossesse et les drogues.
Paris ; Presses Universitaires de France, novembre 1998 – 128p.
- A10 AGENCE NATIONALE D' ACCREDITATION ET D' EVALUATION EN SANTE (ANAES).
Allaitement maternel : mise en œuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. Recommandations.
Paris ; ANAES, Mai 2002 – 18p.
Egalement disponible sur : www.anaes.fr
- A11 STRICKER M. – RAPHAEL B.
Croissance cranio-fasciale normale et pathologique.
Morfos Editions, 1993.
- A12 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (OMS).
FONDS DES NATIONS UNIES POUR L' ENFANCE (UNICEF).
Protection, encouragement et soutien de l'allaitement maternel.
Genève ; OMS, 1989 – 32p.
- A13 AGUZZOLI F. – LE FUR P. – SERMET C.
Clientèle et motifs de consultation en médecine libérale en 1992
Centre De Recherche Et de Documentation en Economie de la Santé.
CREDES, 1994.
- A14 Groupe IMAGE (Information Médicale pour l'Aide à la Gestion des Etablissements).
Pratiques coopératives dans le système de santé. Les réseaux en question.
Rennes ; ENSP, 1998 – 99p.

- A15 BRISSET C.
Rapport annuel 2002 du défenseur du droit des enfants au Président de la République et au Parlement.
Paris ; La Documentation Française, 2002 – 234p.
Egalement disponible sur : www.defenseurdesenfants.fr

B} ARTICLES DE PERIODIQUES.

- B1 PAILLARD J.
Démographie : rapport BERLAND : la piste des généralistes salariés.
Le Généraliste, décembre 2002, n°2228, p 19.
- B2 KREMP O.
Protection prénatale ; mortalité prénatale.
La revue du praticien, 1998, n°48, p1233-1238
- B3 BADEYAN et coll.
La situation périnatale en France en 1998
DREES, étude et résultats 2000, N°73, p1-7
Egalement disponible dans La revue prescrire, septembre 2001, tome 21, N°220, p623.
- B4 CROST M. – KAMINSKI M.
L'allaitement maternel à la maternité en France en 1995.
Enquête nationale périnatale.
Archives Pédiatriques, 1998, vol 5
- B5 CUNNINGHAM A.S. – JELLIFFE D.B. – JELLIFFE E.F.
Breastfeeding and health in the 1980s : a global epidemiologic review.
Journal of Pediatrics, 1991, n° 118, p659-666
- B6 DUNCAN B.
Exclusive breastfeeding for at least four months protects against otitis media
Pediatrics, 1993, n° 91, p 867-872.
- B7 AMSTRONG J. – REILLY J.J. – And the Child Health Information Team.
Breastfeeding and lowering the risk of childhood obesity.
The Lancet, Juin 2002, n°359, p2003-2004.
- B8 DEWEY K.G. – HEINING M.J. – NOMMSEN L.A.
Maternal weight loss patherns during prolonged lactation
American Journal Clinical Nutrition, 1993 , n°58, p162-166.

- B9 NEWCOMB P.A. – STORER B.E. – LONGNECKER M.P. and al.
Lactation and a reduce risk of premenopausal breastcancer.
New England Journal Of Medicine, 1994, n°330, p 81-87.
- B10 JODELET D. – OHANA J.
Représentations sociales de l'allaitement maternel.
Une pratique de santé entre nature et culture.
In Santé et Société. La santé et la maladie comme phénomènes sociaux.
Lausanne, Paris ; Delachaux et Nestlé, 2000 p139-165.
- B11 CHAMBONNET J.Y. – SENAND R. – COLLET N.
Surveillance de la grossesse : que font les médecins généralistes ?
La Revue du Praticien Médecine Générale, Février 1999, tome 13, n°447,
p169- 172.
- B12 HATERN G. – ADORIAN E.
Suivi de grossesse par le généraliste.
Concours Médical, Février 2002, tome 124-06, p375-379.

C} DOCUMENTS ELECTRONIQUES.

- C1 BRUTEL Ch. – INSEE (INSTITUT NATIONAL DE LA STATISTIQUE ET
DES ETUDES ECONOMIQUES)
La population de la France métropolitaine en 2050 : un vieillissement
inélucltable.
INSEE, 2002, Economie et statistiques - N° 355-356.
Disponible sur : www.insee.fr
- C2 DOISNEAU L. – INSEE
Panorama démographique de la France en 2000.
INSEE, Août 2002, Données sociales 20002, chapitre I.
Disponible sur : www.insee.fr
- C3 CRISTOFARI MF. – LABARTHE G. – INSEE
Des ménages de plus en plus petits
INSEE, Juillet 2001, Document « INSEE Première » N°789.
Recensement de la population de 1999.
Disponible sur : www.insee.fr
- C4 CHALEIX M. – INSEE
7,4 millions de personnes vivant seules en 1999.
INSEE, Juillet 2001, Document « INSEE Première » N°788.
Recensement de la population de 1999.
Disponible sur : www.insee.fr

- C5 DJIDER Z. – INSEE
Femmes et hommes : des inégalités qui subsistent.
INSEE, Mars 2002, Document « INSEE Première » N°834.
Recensement de la population de 1999.
Disponible sur : www.insee.fr
- C6 GUILLEMIN O. – ROUX V. – INSEE
Le niveau de vie des ménages de 1970 à 1999.
INSEE, Août 2002, Données sociales 20002, chapitre 6.
Disponible sur : www.insee.fr
- C7 AUVRAY L. – DUMESNIL S. – LE FUR Ph. – CREDES.
Santé, soins et protection sociale en 2000.
CREDES, décembre 2001, « questions d'économie de la santé » n°46.
Disponible sur : www.credes.fr
- C8 CHAVOUET JM. – FANOUILLET JCh. – INSEE.
Forte extension des villes entre 1990 et 1999.
INSEE, Avril 2002, Document « INSEE Première » N°707.
Recensement de la population de 1999.
Disponible sur : www.insee.fr
- C9 COFFINHAL A. – MOUSQUES J.
CENTRE DE RECHERCHE ET DE DOCUMENTATION EN ECONOMIE
DE LA SANTE.(CREDES). En partenariat avec le Conseil National de l'Ordre
des Médecins.
Bulletin d'information en économie de la santé.
« Questions d'économie de la santé ». N°44, décembre 2001.
La démographie médicale française : état des lieux.
Disponible sur : www.credes.fr
- C10 DIRECTION DES HOPITAUX.
La révision des Schémas régionaux d'Organisation Sanitaire.
Dossiers SROS. Novembre 1999.
Disponible sur : www.santegouv.fr
- C11 LA DOCUMENTATION FRANCAISE.
Dossiers en ligne. La politique hospitalière.
Les Schémas régionaux d'Organisation Sanitaire de deuxième génération.
Disponibles sur : www.ladocumentationfrancaise.fr
- C12 MINISTERE DE LA SANTE.
Dossier de presse : Plan « Hôpital 2007 ».
Disponible sur : www.sante.gouv.fr

- C13 MINISTERE DE LA SANTE.
Périnatalité : Enquête Nationale Périnatale (1998)
Janvier 2001.
Disponible sur : www.sante.gouv.fr
- C14 ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE.
Charte d'Ottawa
Disponible sur : www.inserm.fr
- C15 MINISTERE DE LA SANTE.
Communiqué de presse : Mission Périnatalité.
Disponible sur : www.sante.gouv.fr
- C16 COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS DE FRANCE (CNGOF). Recommandations pour la pratique clinique.
Diabète et grossesse (1996).
Disponible sur : www.cngof.asso.fr
- C17 COLLEGE NATIONAL DES GYNECOLOGUES OBSTETRICIENS DE FRANCE (CNGOF). Recommandations pour la pratique clinique.
Supplémentations au cours de la grossesse (1997).
Disponible sur : www.cngof.asso.fr
- C18 DELCROIX M. – LE HOUEZEC J.
Tabac et grossesse.
THS La Revue. Mai 1998.
Disponible sur : www.appri.asso.fr
- C19 ASSOCIATION PERINATALITE PREVENTION RECHERCHE INFORMATION (Association APPRI).
Rôle du généraliste dans la prise en charge du tabagisme.
Août 2002.
Disponible sur : www.appri.asso.fr
- C20 DIRECTION GENERALE DE LA SANTE.
Rapport du Groupe Technique National de Définitions des Objectifs.
Santé Périnatale.
Mars 2003.
Disponible sur : www.sante.gouv.fr
- C21 COHEN J. – MADELENAT P. – LEVY-TOLEDANO R.
La prise en charge des femmes françaises.
Editorial Assistance, 2000.
Disponible sur : www.cngof.asso.fr

- C22 RESEAU SECURITE NAISSANCE DES PAYS DE LOIRE.
Actualités du réseau. Grandir ensemble en Pays de Loire.
Disponible sur : www.reseau-naissance.com
- C23 RESEAU MATERNITE EN YVELINES.
Disponible sur : www.ressy.org
- C24 RESEAU PERINATALITE HAUTE NORMANDIE.
L'actualité du FAQSV.
Disponible sur : www.haute-normandie.assurance-maladie.fr
- C25 AGENCE NATIONALE D' ACCREDITATION ET D' EVALUATION EN SANTE (ANAES).
Thrombophilie et grossesse. Prévention des risques thrombotiques maternels et placentaires.
Paris ; ANAES, mars 2003.
Disponible sur : www.anaes.fr
- C26 MINISTERE DE LA SANTE.
Effectifs des médecins généralistes par région et par secteur d'activité au 1^{er} janvier 2000.
Disponible sur : www.santegouv.fr

D} THESES.

- D1 HOUDU-COLLET N.
La surveillance de la grossesse. Enquête auprès des médecins généralistes de Loire- Atlantique et en Vendée.
Thèse Médecine, Nantes 1997.
- D2 LEMONNIER E.
Modalités de surveillance des grossesses par les médecins généralistes.
Thèse Médecine, Nantes 1999.

E} DOCUMENTS INTERNES.

- E1 RESEAU PERINATAL LORRAIN.
Comptes rendus des deux premières Assemblées Générales (8/12/2000 et 25/06/2001).
Charte destinée aux usagers.
Charte constitutive.
Document de déclaration de l'Association au Journal Officiel.

- E2 COMMISSION PREVENTION DU RESEAU PERINATAL LORRAIN.
DEQUIDT N. – DEBAR MH.
Comptes rendus des différentes réunions du groupe de travail.
Avril 2000 à décembre 2002.

- E3 RESEAU PERINATAL LORRAIN.
Document groupe de travail « Entretien Prénatal Précoce ».
Courrier médecins d'information sur le déroulement de l'enquête.

- E4 AGENCE REGIONALE DE L' HOSPITALISATION.
Document « Recommandations SROS 1999-2004 fascicule 7 : Périnatalité »,
Chapitre 5, titre 6 « Entretien Prénatal Précoce »,
Septembre 1999.

- E5 PROTECTION MATERNELLE ET INFANTILE DE MEURTHE ET
MOSELLE.
Statistiques internes réalisées à partir du recueil des déclarations de grossesses
du département pour l'année 2002.

- E6 ASSOCIATION MEDICALE VOSGIENNE DE PERFECTIONNEMENT
POST UNIVERSITAIRE (AMVPPU).
Enquête MGFE – AMVPPU – GLAM.
Enquête de pratique T4/1997.

- E7 CAISSE PRIMAIRE D' ASSURANCE MALADIE DE LONGWY.
DEC/STET Février 2003.
Source : REQUETE (ECHO).

- E8 DEQUIDT N.
La femme et la cigarette.
Mai 2000, intervention à Lille lors des journées annuelles de l'APPRI.

F} ARTICLES OFFICIELS.

- F1 Ordonnance du 11 Décembre 1958.

- F2 Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière dite « loi
Boulin ».

- F3 Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière.

- F4 Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et
privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

- F5 Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux établissements de santé publics et
privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale.

- F6 Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé
- F7 Décret n° 2002-639 du 29 avril 2002 relatif à l'Institut National de Prévention et d'Education à la Santé et au Comité Technique National de Prévention institués par les articles L 1417-3 et L 1417-4 du Code de la Sécurité Sociale.
- F8 Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.
- F9 Décret n° 97-360 du 17 avril 1997 relatif aux Conférences Régionales de Santé
- F10 Décret du 18 décembre 1998 relatif au Comité Régional des politiques de santé.
- F11 Article 29 de l'Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme à l'hospitalisation publique et privée.
- F12 Décret n°2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé.
- F13 Décret n°2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L 162-43 à L 162-46 du Code de la Sécurité Sociale.
- F14 Loi n° 99-533 du 25 juin 1999 d'orientation pour l'aménagement et le développement durable du territoire.
- F15 Décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens prénuptial, pré et post natal modifiant les arrêtés du 27 Août 1971 et le du 19 avril 1995.
- F16 Article R 534-1 du code de la Sécurité Sociale. Livre V, Titre 3, chapitre 4 : dispositions relatives aux examens médicaux de la mère et de l'enfant.
- F17 Décret n°95-559 du 6 mai 1995 (article R.162-16-7), portant application de la loi dite bioéthique (29 juillet 1994).
- F18 Loi n°93-121 du 27 janvier 1993 portant sur diverses mesures d'ordre social.
- F19 Recommandations du Secrétariat d'Etat à la Santé et aux Handicapés par communiqué de presse du 31 août 2000 sur la prévention des anomalies de fermeture du tube neural.

- F20 Avis du Conseil Supérieur d'hygiène Publique de France section maladies transmissibles par arrêté du 8 mars 2002, relatif aux recommandations pour la prévention de l'infection à cytomégalo virus chez les femmes enceintes
- F21 Article 25 I à IV de la loi n°94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille.
- F22 Article 55 de la loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la Sécurité Sociale pour 2002.

G} RAPPORTS.

- G1 RAPPORT 1995-2001 du Comité National d'experts sur la Mortalité Maternelle.
Remis au Ministre de la Santé, mai 2001.

H} LOGICIELS UTILISES.

- H1 Microsoft® ACCESS 97
Copyright© 1989-1997,
Microsoft Corporation.
- H2 SAS/STAT version 8.2 pour Windows
Copyright 1999-2001
SAS Institute Inc. , Cary, NC, USA.

ANNEXES

I EXEMPLAIRE DE L'ENQUETE DESTINEE AUX PROFESSIONNELS

P.135

II CHARTE DU RESEAU PERINATAL LORRAIN DESTINEE AUX USAGERS.

P.139

III CHARTE CONSTITUTIVE DU RESEAU PERINATAL LORRAIN.

P.140

IV TEXTES REGLEMENTAIRES CONCERNANT LES RESEAUX DE SANTE.

1. Articles de loi.

P.147

2. Décrets d'application.

P.149

3. Circulaire de la Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins.

P.158

Jean-Philippe FIZAINE
Interne en Médecine Générale
Faculté de Médecine de Nancy

Nancy, Décembre 2002

Madame, Monsieur et cher confrère,

Je suis actuellement en Troisième cycle de Médecine Générale et j'effectue une thèse dans le domaine de la périnatalité, intitulée:

**Le Médecin Généraliste et la Prévention dans le domaine périnatal.
Articulation avec le Réseau Périnatal Lorrain.**

Il s'agit dans le cadre de l'accompagnement des couples en **projet d'enfant** de situer le **Médecin Généraliste**: son rôle dans la prévention, le suivi de grossesse et les interactions avec les **Médecins Spécialistes** et le **Réseau Périnatal Lorrain**.

Je vous adresse donc un questionnaire qui servira de support à ma thèse et dont les finalités sont:

- analyser la perception des professionnels vis à vis des formulaires de suivi
- montrer l'intérêt des actes de prévention au cours de la grossesse
- et surtout aider à améliorer la collaboration entre les professionnels dans le cadre du Réseau Périnatal Lorrain.

Il ne doit vous prendre que quelques minutes pour y répondre; une enveloppe déjà affranchie vous est fournie pour le retour.

Ce questionnaire a reçu le soutien et la collaboration de :

- **La Commission Régionale de la Naissance,**
- **L'Union Régionale des Médecins Libéraux,**
- **Le Réseau Périnatal Lorrain**
- **Les quatre Services de PMI Lorrains**
- **Le Département d'Epidémiologie et Evaluation clinique du CHRUN**

Je vous remercie par avance de votre aide et vous prie de croire, Madame, Monsieur et cher confrère, en l'assurance de mes sentiments les meilleurs.

Jean Philippe FIZAINE

**LA DECLARATION DE GROSSESSE:
QUELLE SIGNIFICATION POUR QUEL AVENIR ?**

PRESENTATION DU QUESTIONNAIRE

Dans le cadre du Réseau Périnatal Lorrain et d'une réflexion autour du partage de l'information vers un meilleur accompagnement de la grossesse, un questionnaire vous est remis portant sur :

- La Déclaration de Grossesse
- L'Entretien Prénatal Précoce
- Le Carnet de Santé de Maternité.

La **déclaration de grossesse** est le document médical remis à la future mère par le médecin constatant la grossesse et précisant la date de conception présumée. Ce formulaire est destiné à évaluer l'intérêt de cette déclaration et à savoir si le remplissage de ce document est bien le point de départ d'une action de Santé Publique. Un autre questionnaire est transmis aux institutions (CAF et CNAM) ainsi qu'aux futurs parents.

La généralisation au niveau national de l'**entretien prénatal précoce** est à ce jour au stade de projet. Cet entretien constituera un temps d'écoute privilégié et de réflexion partagée, permettant d'aborder les différentes problématiques pouvant se présenter aux futurs parents pendant la grossesse. Il reste à préciser son contenu et à assurer sa reconnaissance et sa codification. Il devrait se situer entre le 3^e et le 5^e mois de grossesse et constituer la première séance de préparation à la naissance.

Enfin, les dernières questions portent sur le **carnet de santé de maternité**. Ce document, véritable «journal de bord» et outil de liaison, est le témoin de l'évolution de la santé de la future mère au cours de la grossesse...

QUESTIONNAIRE

QUESTION 1

Identifiez-vous :

* Votre âge : (en année)

* Votre sexe :

* Votre spécialité : (une seule réponse possible)

- ☐ gynécologue
- ☐ gynécologue obstétricien
- ☐ généraliste
- ☐ autre: laquelle?

* Précisez votre type de pratique : (une seule réponse possible)

- ☐ libéral
- ☐ hospitalier: secteur: ☐ public
- ☐ privé
- ☐ participant au service publique hospitalier (PSPH)

* Votre lieu d'exercice : (une seule réponse possible)

- ☐ Ville
- ☐ semi rural
- ☐ rural

* Votre département d'exercice : (une seule réponse possible)

- ☐ 54 ☐ 55 ☐ 57 ☐ 88

QUESTION 2

* Quel est le moment le plus opportun pour le remplissage du document de déclaration de grossesse ?
(une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ lors de la première consultation
- ☐ à la seconde consultation
- ☐ après contrôle biologique des β HCG
- ☐ après une première échographie
- ☐ juste avant 14 SA pour être sûr de l'évolution de la grossesse

QUESTION 3

* Quelle suite apportez-vous à cette déclaration ? (une ou plusieurs réponses possibles)

- ☐ un calendrier de suivi de grossesse
(vous précisez à la patiente l'organisation
à mettre en place en évoquant les différentes étapes de suivi)
- ☐ un rendez-vous pour une prochaine consultation
- ☐ l'envoi auprès d'un autre praticien
- ☐ une prescription d'examens complémentaires (lesquels ?)
- ☐ autre :

QUESTION 4

* Avez-vous déjà entendu parler de l'entretien prénatal précoce ? (cf. page 1/4 si besoin)

☐ Oui

☐ Non

* Si oui, où et dans quel cadre ?

.....

.....

.....

.....

QUESTION 5

*Voyez-vous un intérêt à la réalisation de cet entretien plus prolongé au 4^o mois de grossesse :

☐ Oui

☐ Non

* Si oui, pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

QUESTION 6

* Quels professionnels seraient, selon vous, les plus aptes à réaliser cette consultation ?

(une seule réponse possible)

☐ la sage-femme

☐ le gynécologue

☐ le gynécologue obstétricien

☐ le généraliste

☐ autre :

QUESTION 7

* Au besoin à l'aide d'une formation adaptée, seriez-vous favorable à effectuer cet entretien ?

☐ Oui

☐ Non

QUESTION 8

* Lors du suivi d'une grossesse, utilisez-vous le carnet de santé de maternité ?

☐ Oui

☐ Non

* Si non, pourquoi ?

☐ vous n'en voyez pas l'utilité

☐ vous le trouvez peu facile d'utilisation

☐ vous pensez qu'il existe une redondance entre votre dossier et le carnet

☐ la patiente ne vous le présente pas systématiquement

☐ autre réponse : précisez :

QUESTION 9

* Possédez-vous au cabinet des exemplaires de carnets à distribuer aux patientes ?

☐ Oui

☐ Non

QUESTION 10

* Quand remplissez vous le carnet de santé pour la première fois ? (une seule réponse possible)

☐ lors de la déclaration de grossesse

☐ à la consultation suivant la déclaration

☐ à la consultation du 4° mois

☐ plus tard (que le 4° mois)

☐ autre:

.....

.....

.....

.....

QUESTION 11

* Dans votre pratique quotidienne, voyez-vous un intérêt à une meilleure collaboration entre les différents acteurs du suivi de la grossesse (libéraux, PMI. et hospitaliers) ?

☐ Oui. Si oui, lequel :

.....

.....

.....

.....

☐ Non. Si non, pourquoi ?

.....

.....

.....

.....

QUESTION 12

* Avez vous des remarques ou des avis à formuler sur la notion de prévention au cours du suivi de grossesse ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**A RENVoyer DANS L' ENVELOPPE T CI- JOINTE
&
MERCI DE VOTRE COLLABORATION**

CHARTRE DESTINEE AUX USAGERS

- La Maternité de (*).....,
 - Le Centre Hospitalier de (*).....,
 - Madame, Monsieur (*).....,
 - Professionnel (*) travaillant dans le Centre Hospitalier ou la Clinique
- (*) Utilisez la formule appropriée

A adhéré au Réseau Périnatal Lorrain.

Le Réseau Périnatal Lorrain a rédigé une charte de prise en charge de la mère et de l'enfant qui a été agréée par l'Agence Régionale de l'Hospitalisation, le 25 juin 2001.

Les professionnels adhérant au Réseau Périnatal Lorrain s'engagent à faire bénéficier chaque mère et chaque enfant de la prise en charge la plus adaptée.

I - Le Réseau Périnatal Lorrain est constitué de professionnels de toutes disciplines et institutions ayant pour mission d'offrir à la population lorraine une prise en charge et un accompagnement global de la grossesse et de la naissance selon une organisation coordonnée et graduée entre les différents acteurs de la périnatalité.

II - Sont acteurs de ce réseau tous les professionnels impliqués dans la prise en charge globale de la femme et de l'enfant pendant la grossesse et autour de la naissance.

III - Ils s'engagent à privilégier votre accouchement à proximité de votre lieu de vie, dans les meilleures conditions d'accueil et de sécurité.

IV - Ils s'engagent à vous informer et à vous faire bénéficier de tous les moyens et de toutes les compétences disponibles dans ce réseau pour la surveillance de votre grossesse, la sécurité de votre accouchement, les soins nécessaires à votre enfant.

V - Si la situation l'exige, pour vous et pour votre enfant, un transfert vers l'établissement le plus adapté vous sera proposé. Dans ce cas, le lien mère-enfant sera privilégié et soutenu par des équipes proches de votre domicile en cas de transfert et de retour.

VI - Les établissements et les professionnels du Réseau s'engagent à respecter la charte du patient hospitalisé et vos droits de parents, notamment en ce qui concerne l'information, la confidentialité et le libre choix. Les données médicales anonymes peuvent être utilisées pour une évaluation.

VII - le fonctionnement du Réseau s'inscrit dans une démarche qualité ayant pour but d'évaluer et d'améliorer de manière permanente la qualité des soins et de promouvoir la santé des mères et des enfants.

VII - les membres du Réseau s'engagent à faire connaître l'existence de cette charte aux usagers et à l'ensemble des professionnels de santé de la région.

Réseau Périnatal Lorrain, Mai 2003.

RESEAU PERINATAL LORRAIN

- CHARTE CONTITUTIVE -

I - PREAMBULE

- Vu l'ordonnance n° 96-386 du 24.04.1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée notamment les articles 29 et 30,
- Vu l'article R712-89 du décret no98-899 du 09.10.1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale,
- Vu la circulaire DH/EO/971277 du 09.04.1997 relative à la création et la mise en œuvre des réseaux de soins,
- Vu la circulaire DGS/SQT/DAS/DH/DSS/DIRML/99/648 du 25.11.1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux,
- Vu l'arrêté du 25.04.2000 relatif aux locaux de pré travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale,
- Vu le schéma régional d'organisation sanitaire et sociale de Lorraine et plus particulièrement son volet périnatalité arrêté le 29/11/1999 par le Directeur de L'Agence Régionale de l'Hospitalisation Lorraine,
- Vu le rôle dévolu aux réseaux en tant que nouvelle organisation des soins,

Les établissements de santé publics et privés signataires prennent l'initiative de la création du Réseau Périnatal Lorrain. Ce Réseau est constitué par des établissements et des professionnels ayant effectué une démarche:

- Volontaire,
- Révisable,
- Fondée sur des liens de coopération non exclusifs afin d'organiser une prise en charge optimale de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale.

Tous les établissements ou organismes, les praticiens libéraux et les professionnels de santé concernés par la Périnatalité pourront adhérer à ce Réseau dès lors qu'ils s'engagent à respecter les dispositions de la charte constitutive. Le Réseau pourra être étendu à d'autres établissements de santé des régions avoisinantes.

II - PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT

Ce réseau est fondé sur des liens de coopération et non de dépendance hiérarchique. L'organisation du Réseau Périnatal Lorrain devra permettre :

- de donner les moyens d'une communication forte entre les établissements et les professionnels de santé participants,
- d'assurer le fonctionnement du réseau par les professionnels eux-mêmes de se doter d'un organe de gestion compétent et représentatif.

RESEAU PERINATAL LORRAIN

- CHARTE CONTITUTIVE -

I - PREAMBULE

- Vu l'ordonnance n° 96-386 du 24.04.1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée notamment les articles 29 et 30,
- Vu l'article R712-89 du décret no98-899 du 09.10.1998 relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale,
- Vu la circulaire DH/EO/971277 du 09.04.1997 relative à la création et la mise en œuvre des réseaux de soins,
- Vu la circulaire DGS/SQT/DAS/DH/DSS/DIRML/99/648 du 25.11.1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux,
- Vu l'arrêté du 25.04.2000 relatif aux locaux de pré travail et de travail, aux dispositifs médicaux et aux examens pratiqués en néonatalogie et en réanimation néonatale,
- Vu le schéma régional d'organisation sanitaire et sociale de Lorraine et plus particulièrement son volet périnatalité arrêté le 29/11/1999 par le Directeur de L'Agence Régionale de l'Hospitalisation Lorraine,
- Vu le rôle dévolu aux réseaux en tant que nouvelle organisation des soins,

Les établissements de santé publics et privés signataires prennent l'initiative de la création du Réseau Périnatal Lorrain. Ce Réseau est constitué par des établissements et des professionnels ayant effectué une démarche:

- Volontaire,
- Révisable,
- Fondée sur des liens de coopération non exclusifs afin d'organiser une prise en charge optimale de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale.

Tous les établissements ou organismes, les praticiens libéraux et les professionnels de santé concernés par la Périnatalité pourront adhérer à ce Réseau dès lors qu'ils s'engagent à respecter les dispositions de la charte constitutive. Le Réseau pourra être étendu à d'autres établissements de santé des régions avoisinantes.

II - PRINCIPES DE FONCTIONNEMENT

Ce réseau est fondé sur des liens de coopération et non de dépendance hiérarchique. L'organisation du Réseau Périnatal Lorrain devra permettre :

- de donner les moyens d'une communication forte entre les établissements et les professionnels de santé participants,
- d'assurer le fonctionnement du réseau par les professionnels eux-mêmes de se doter d'un organe de gestion compétent et représentatif.

III - OBJECTIFS - MISSIONS

Les objectifs du fonctionnement en réseau sont d'optimiser la prise en charge en obstétrique et en néonatalogie, à savoir:

- favoriser l'offre de proximité en évitant à chaque fois que cela s'avère possible la séparation de la mère et de l'enfant,
- améliorer la sécurité en trouvant la meilleure adéquation entre la gravité des pathologies prises en charge et les moyens disponibles dans chaque centre, dans le principe des graduations des niveaux de soins maternels et néonataux,
- établir des recommandations de bonne pratique médicale,
- augmenter le niveau de compétence de l'ensemble des soignants en périnatalité, notamment par la formation professionnelle en lien avec la Commission Régionale de la Naissance,
- garantir une équité de prise en charge pluridisciplinaire en tout point du réseau,
- assurer une information adaptée aux usagers.

IV - ORGANISATION DU RESEAU

Le réseau sera constitué sous forme associative.

1. L'Assemblée Générale

IV.1.1. Composition.

Elle est composée par:

- Les membres fondateurs du Comité de Pilotage du Réseau constitué le 5 mai 2000.
- Les membres de droit représentant les établissements publics et privés autorisés à pratiquer des activités d'Obstétrique et/ou de Néonatalogie et les Centres Périnataux de Proximité selon les modalités suivantes:
 - 5 professionnels de santé par établissement impliqués dans la périnatalité désignés à l'initiative de la CME : un gynécologue obstétricien, une sage femme, un pédiatre, un anesthésiste réanimateur, une puéricultrice,
 - un directeur par établissement.
- Tout établissement de santé, toute personne morale ou tout professionnel dont l'action concourt aux objectifs du réseau, ayant adhéré au Réseau Périnatal Lorrain.

IV.1.2. Modalités de représentation de ses membres.

Sont électeurs, disposant chacun d'une voix :

- Les 5 professionnels de santé et le Directeur représentant les établissements cités à l'article IV.1.1 alinéa 2,

- Les Membres Fondateurs du Comité de Pilotage constitué le 5 mai 2000 et qui ne représentent pas leur établissement,
- Tous les professionnels adhérents individuels,
- Le représentant désigné de chaque personne morale autre que ceux cités à l'article IV.1.1.

Chaque électeur n'a qu'une voix et ne peut détenir plus de deux pouvoirs.

IV.1.3. Fonctionnement.

L'Assemblée Générale se réunit au moins une fois par an à l'initiative du Président avec un quorum de 50% des membres présents ou représentés. Les décisions sont prises à la majorité des voix sauf pour une modification de statuts, pour laquelle deux tiers des voix sont nécessaires.

IV.2. Le Conseil de Coordination

IV.2.1. Composition.

Il est composé par des membres élus, des membres désignés représentant les institutions concernées, et des membres avec voix consultative.

- 1°) Membres représentant les établissements de santé élus par l'Assemblée Générale en son sein:
 - 8 gynécologues obstétriciens dont 2 praticiens d'établissement universitaire, 2 praticiens d'établissement privé à but lucratif, 2 praticiens d'établissement PSPH, 2 praticiens d'établissement public non universitaires,
 - 8 pédiatres dont 2 praticiens d'établissement universitaire, 2 praticiens d'établissement privé à but lucratif, 2 praticiens d'établissement PSPH, 2 praticiens d'établissement public non universitaires,
 - 2 médecins anesthésistes réanimateurs dont 1 impliqué dans la régulation des transferts inter-établissements,
 - 1 médecin DIM,
 - 4 directeurs dont 1 issu des hôpitaux universitaires, 1 des hôpitaux publics non-universitaires, 1 du secteur privé et 1 des hôpitaux PSPH,
 - 4 sages-femmes d'établissement de santé (dont 1 d'un centre périnatal de proximité),
 - 2 puéricultrices d'établissement de santé,
- 2°) Membres représentant les adhérents individuels:
 - 4 professionnels, élus par l'Assemblée Générale, susceptibles d'apporter leur concours aux actions dans le domaine de la Périnatalité.
- 3°) Membres désignés par leur structure ou organisation professionnelle:
 - 4 sages-femmes libérales (une par département),
 - 4 représentants de l'Union Régionale des Médecins Libéraux 2 pour chaque collège de généralistes et spécialistes,
 - 4 représentants de la PMI, désignés par les quatre Conseils Généraux de la région,
 - 1 représentant des usagers.

4°) Participent avec voix consultative au Conseil de Coordination:

- le médecin coordinateur et le médecin de Santé Publique qui seront désignés par le Conseil de Coordination,
- le directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation ou son représentant,
- un représentant de chaque financeur non déjà membre du Conseil.

IV.2.2. Missions

- Le conseil de coordination initie et valide les travaux des commissions de travail. Il veille à ce que les textes de recommandations soient établis de manière consensuelle. Il définit et valide les modalités de diffusion des travaux du Réseau.
- Le conseil de coordination assure la gestion du réseau et veille au respect de la charte. Il recherche les financements. Il établit des conventions avec les partenaires financiers et les prestataires de service. Il élabore le budget. Il met en œuvre l'évaluation. Il fait appel en cas de besoin à toute personne qualifiée et gère les éventuels conflits.

IV.2.3. Fonctionnement

- Les membres élus du Conseil de Coordination le sont par l'Assemblée Générale à la majorité des membres. Tous les membres de l'Assemblée Générale peuvent présenter leur candidature dans la catégorie correspondant à leur fonction. La durée du mandat est de deux ans, renouvelable par moitié tous les ans. Tout membre peut disposer de deux mandats et l'élection se fait à la majorité simple des membres présents et représentés.
- En cas de démission ou de départ de l'un de ses membres, le Conseil de Coordination désigne un suppléant dans la même catégorie professionnelle qui siégera au Conseil jusqu'à la prochaine Assemblée Générale.
- Le conseil de coordination se réunit au moins quatre fois par an.
- Le conseil de coordination élit en son sein un bureau de 10 membres dont un président, un secrétaire, un trésorier, un vice-président, un secrétaire adjoint et un trésorier adjoint. Ce bureau comporte au moins un praticien d'établissement universitaire, un praticien d'établissement non universitaire, un praticien d'établissement privé à but lucratif, et un praticien d'établissement PSPH et un directeur d'établissement de santé.
- Le Président est médecin. Un Médecin Coordinateur et un Médecin de Santé Publique sont nommés sur proposition du Conseil de Coordination.
- Le Bureau est renouvelé chaque année par le nouveau Conseil de Coordination.

IV.4.3. Siège du Réseau

L'établissement de santé désigné par l'Assemblée Générale pour assurer la gestion des moyens affectés au Réseau précisera les conditions de mise à disposition des locaux par la convention passée entre le Réseau et l'établissement de santé concerné.

V - MODALITÉ D'ADHESION ET DE SORTIE DU RÉSEAU

- Tout établissement de santé autre que ceux concernés par l'article 4.1.1, alinéa 2, toute personne morale ou tout professionnel dont l'action concourt aux objectifs du Réseau peut demander à adhérer au Réseau Périnatal Lorrain (les établissements et les personnes morales désignent alors un représentant à l'Assemblée Générale).
- La demande d'adhésion est adressée au Président du Conseil de Coordination qui la soumet à l'Assemblée Générale. L'admission est soumise à l'agrément donné à la majorité des deux tiers des membres présents de l'Assemblée Générale.
- L'entrée dans le Réseau implique l'obligation de respecter les dispositions contenues dans la présente Charte Constitutive, ainsi que les décisions prises par les organes délibérant dans le cadre de leurs pouvoirs en particulier l'acquittement des cotisations.
- La qualité de membre se perd :
 - par démission adressée par écrit au Président du Conseil de Coordination,
 - par radiation prononcée par le Conseil de Coordination pour non-paiement de la cotisation,
 - par exclusion sur proposition du Conseil de Coordination prononcée par l'Assemblée Générale qui statuera à la majorité des deux tiers des membres présents ou représentés.
- Les mouvements d'adhésion au Réseau ou de sortie du Réseau par un membre sont spécifiés à l'Agence Régionale de l'Hospitalisation qui modifiera alors par avenant l'arrêté fixant la liste des membres du Réseau.

VI - OBLIGATION DES PARTICIPANTS

- Ils s'engagent à observer les recommandations de bonne pratique médicale préalablement discutées et admises par tous.
- Les différents établissements organiseront un système de communication entre les praticiens pouvant fonctionner 24h/24h en utilisant notamment les nouvelles technologies de l'information et de la communication. Les échanges permanents, outre leur efficacité technique, développeront les sentiments de solidarité qui doivent être l'un des principes de fonctionnement du réseau. Ces échanges devront être consignés.
- Les établissements et les praticiens s'engagent à respecter strictement la confidentialité des dossiers des patients.
- L'orientation des patientes à l'intérieur du réseau doit offrir une qualité de soin identique à toute femme et à tout nouveau-né en adaptant le niveau de soin au niveau de risque tout en respectant le principe de consentement et de libre choix de la patiente.
- Les acteurs du réseau s'engagent à favoriser autant que possible le retour de la patiente ou du nouveau-né une fois la période critique passée, vers le professionnel de santé ou l'établissement qui l'a adressé(e).
- Les acteurs du réseau s'engagent à faire connaître à leurs usagers et aux médecins de ville l'existence du réseau. Un document spécifique est rédigé à l'intention des usagers.

VII - INFORMATION - EVALUATION - ACCREDITATION

- Le réseau doit évaluer son fonctionnement et avoir un rôle d'évaluation des pratiques en périnatalité. Les acteurs du Réseau s'engagent à fournir les informations nécessaires à ces évaluations.
- Le réseau enregistre et analyse les données sur la base d'un dossier minimum commun avec recueil d'indicateurs de santé.
- Il établit les indicateurs de l'évaluation du réseau dès sa mise en place sur :
 - son fonctionnement,
 - son efficience,
 - ses résultats sous forme d'un bilan périnatal régional,
 - son évaluation économique,
 - la satisfaction des usagers.

Les résultats de l'évaluation seront disponibles au plus tard dans le délai d'un an à compter de la mise à disposition des moyens financiers et humains.

- Un bilan annuel d'activité est présenté devant le Conseil de Coordination et devant l'Assemblée Générale.
- Conformément à la réglementation, les établissements participant au réseau s'engagent à solliciter pour ce dernier la mise en œuvre de la procédure d'accréditation.

VIII - FINANCEMENT

- Les moyens financiers du Réseau sont constitués par:
 - les cotisations de ses membres : une cotisation par établissement de santé, par personne morale et une cotisation par adhérent individuel.
 - les moyens spécifiques alloués par l'Agence Régionale d'Hospitalisation
 - les financements apportés par les autres organismes concernés (Conseils Généraux, URCAM, financeurs privés ...).
- Pour les établissements de santé, le taux de cotisation est fixé au prorata du nombre de naissances. Ces différentes cotisations sont fixées par le Conseil de Coordination, sur proposition du Bureau.
- L'établissement-siège social du Réseau est l'établissement de rattachement vis-à-vis de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Une convention lie le Réseau Périnatal Lorrain et l'établissement de santé désigné afin de préciser les modalités d'utilisation et du suivi des moyens du Réseau.
- Un rapport financier est présenté à l'Assemblée Générale chaque année.

VIII - AGREMENT

La charte constitutive du Réseau Périnatal Lorrain ainsi que ses éventuels avenants sont agréés par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Cette charte est établie pour une durée de trois ans à compter de son agrément par le Directeur de l'Agence Régionale de l'Hospitalisation. Elle est renouvelable par tacite reconduction pour une même durée.

ANNEXES

- Liste des établissements de santé adhérents au Réseau.
- Liste des membres de l'Assemblée Générale.
- Liste des membres du Conseil de Coordination.
- Charte des Usagers.

LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé (1)

NOR : MESX0100092L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

Chapitre V

Réseaux

Article 84

I. - Il est inséré, dans le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, un chapitre Ier ainsi rédigé :

« Chapitre Ier

« Réseaux de santé

« Art. L. 6321-1. - Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations.

« Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

« Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'Etat, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4o du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 6321-2. - Régis par la loi no 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération et soumis aux dispositions du présent chapitre, les réseaux coopératifs de santé sont des sociétés de prise en charge pluridisciplinaire répondant aux critères et conditions définis à l'article L. 6321-1.

« Les coopératives hospitalières de médecins et les réseaux coopératifs de santé peuvent adhérer à des structures de coopération publique et privée, notamment des groupements de coopération sanitaire, des groupements d'intérêt économique, des groupements d'intérêt public ou des associations, ou signer des conventions en vue de mettre en place une organisation commune au sein de réseaux de santé, associant des établissements de santé et des professionnels libéraux. « Les réseaux coopératifs de santé sont soumis aux mêmes dispositions que les sociétés coopératives hospitalières de médecins sauf :

« - celles concernant l'inscription au tableau du conseil départemental des médecins ;
« - celles concernant l'engagement d'utilisation exclusive des services de la société, tel qu'énoncé à l'article visant les associés coopérateurs. Cependant, les statuts des réseaux coopératifs de santé devront comporter des règles d'engagement d'activité claires et adaptées à la spécificité du réseau concerné et prévoir les modalités des sanctions d'exclusion nécessaires en cas de manquement au respect de ces engagements par un membre. »

II. - Dans les articles L. 6113-4, L. 6114-2, L. 6114-3, L. 6122-15, au 8o de l'article L. 6143-1 et au 6o de l'article L. 6144-1 du même code, la référence aux réseaux de soins et à l'article L. 6121-5 est remplacée par la référence aux réseaux de santé et à l'article L. 6321-1.
III. - L'article L. 6121-5 du même code est abrogé.

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 4 mars 2002.

Jacques Chirac
Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
Lionel Jospin

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,
Laurent Fabius

La ministre de l'emploi et de la solidarité,
Elisabeth Guigou

La garde des sceaux, ministre de la justice,
Marylise Lebranchu

Le ministre de l'intérieur,
Daniel Vaillant

Le ministre délégué à la santé,
Bernard Kouchner

Le secrétaire d'Etat à l'outre-mer,
Christian Paul

(1) Loi n° 2002-303.

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux de santé et portant application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique

NOR: SANH0223594D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6321-1 ;

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-43 à L. 162-46 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale d'assurance maladie en date du 22 octobre 2002,

Décète :

Article 1

Au livre VII du code de la santé publique (troisième partie : Décrets) est inséré un titre V ainsi rédigé :

« TITRE V

« RÉSEAUX ET AUTRES SERVICES DE SANTÉ

« Chapitre 1er

« Réseaux de santé

« Art. D. 766-1-1. - Les réseaux de santé définis à l'article L. 6321-1 peuvent bénéficier de subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ainsi que de financements de l'assurance maladie, notamment de la dotation nationale de développement des réseaux en application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale, sous réserve de satisfaire aux conditions définies par les articles D. 766-1-2 à D. 766-1-6 du présent code.

« Art. D. 766-1-2. - Les réseaux de santé répondent à un besoin de santé de la population, dans une aire géographique définie, prenant en compte l'environnement sanitaire et social. En fonction de leur objet, les réseaux mettent en oeuvre des actions de prévention, d'éducation, de soin et de suivi sanitaire et social.

« Chaque réseau définit son objet et les moyens nécessaires à sa réalisation. Il rappelle et fait connaître les principes éthiques dans le respect desquels ses actions seront mises en oeuvre. Il met en place une démarche d'amélioration de la qualité des pratiques, s'appuyant notamment sur des référentiels, des protocoles de prise en charge et des actions de formation destinées aux professionnels et intervenants du réseau, notamment bénévoles, avec l'objectif d'une prise en charge globale de la personne.

« Le réseau prévoit une organisation, un fonctionnement et une démarche d'évaluation décrits dans une convention constitutive, lui permettant de répondre à son objet et de s'adapter aux évolutions de son environnement.

« Art. D. 766-1-3. - Le réseau garantit à l'usager le libre choix d'accepter de bénéficier du réseau ou de s'en retirer. Il garantit également à l'usager le libre choix des professionnels de santé intervenant dans le réseau.

« Le réseau remet un document d'information aux usagers qui précise le fonctionnement du réseau et les prestations qu'il propose, les moyens prévus pour assurer l'information de l'usager à chaque étape de sa prise en charge, ainsi que les modalités lui garantissant l'accès aux informations concernant sa santé et le respect de leur confidentialité.

« Lorsqu'une prise en charge individualisée est proposée dans le cadre du réseau, le document prévu à l'alinéa précédent est signé, lorsque cela est possible, par l'usager ou, selon le cas, par les titulaires de l'autorité parentale ou par le tuteur, dans les conditions définies à l'article L. 1111-2 ou par la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6. Ce document détermine également les règles de cette prise en charge et les engagements réciproques souscrits par l'usager et par les professionnels.

« La charte du réseau décrite à l'article D. 766-1-4 et la convention constitutive décrite à l'article D. 766-1-5 sont portées à la connaissance de l'usager. Le réseau remet également la charte du réseau à l'ensemble des professionnels de santé de son aire géographique.

« Art. D. 766-1-4. - L'amélioration de la qualité du service rendu à l'usager au sein du réseau implique une coordination organisée entre les membres du réseau pour assurer la continuité et la globalité des interventions, pluriprofessionnelles et, le cas échéant, interdisciplinaires.

« Une charte, dite "charte du réseau", définit les engagements des personnes physiques et des personnes morales, notamment des associations, intervenant à titre professionnel ou bénévole. Cette charte, cosignée par chacun des membres du réseau, rappelle les principes éthiques. En outre, elle précise :

« 1° Les modalités d'accès et de sortie du réseau ;

- « 2° Le rôle respectif des intervenants, les modalités de coordination et de pilotage ;
- « 3° Les éléments relatifs à la qualité de la prise en charge ainsi que les actions de formation destinées aux intervenants ;
- « 4° Les modalités de partage de l'information dans le respect du secret professionnel et des règles déontologiques propres à chacun des acteurs.
- « Les référentiels utilisés et les protocoles de prise en charge font l'objet d'une annexe à la charte.
- « Le document d'information prévu au deuxième alinéa de l'article D. 766-1-3 est également annexé à la charte du réseau.
- « Les signataires de la charte s'engagent à participer aux actions de prévention, d'éducation, de soins et de suivi sanitaire et social mises en oeuvre dans le cadre du réseau, en fonction de son objet, et à la démarche d'évaluation.
- « Les signataires de la charte s'engagent également à ne pas utiliser leur participation directe ou indirecte à l'activité du réseau à des fins de promotion et de publicité. Le bénéfice des financements prévus à l'article D. 766-1-1 est subordonné au respect de cette règle. Cette interdiction ne s'applique pas aux opérations conduites par le réseau et destinées à le faire connaître des professionnels ou des patients concernés, dans le respect des règles déontologiques relatives à la publicité et à la concurrence entre confrères.
- « Art. D. 766-1-5. - Le ou les promoteurs du réseau et ses autres membres, au moment de sa création, signent une convention constitutive qui précise notamment :
 - « 1° L'objet du réseau et les objectifs poursuivis ;
 - « 2° L'aire géographique du réseau et la population concernée ;
 - « 3° Le siège du réseau ; l'identification précise des promoteurs du réseau, leur fonction et, le cas échéant, l'identification du responsable du système d'information ;
 - « 4° Les personnes physiques et morales le composant et leurs champs d'intervention respectifs ;
 - « 5° Les modalités d'entrée et de sortie du réseau des professionnels et des autres intervenants ;
 - « 6° Les modalités de représentation des usagers ;
 - « 7° La structure juridique choisie et ses statuts correspondants, les différentes conventions et contrats nécessaires à sa mise en place ;
 - « 8° L'organisation de la coordination et du pilotage, les conditions de fonctionnement du réseau et, le cas échéant, les modalités prévues pour assurer la continuité des soins ;

« 9° L'organisation du système d'information, et l'articulation avec les systèmes d'information existants ;

« 10° Les conditions d'évaluation du réseau ;

« 11° La durée de la convention et ses modalités de renouvellement ;

« 12° Le calendrier prévisionnel de mise en oeuvre ;

« 13° Les conditions de dissolution du réseau.

« Cette convention constitutive est signée par tout nouveau membre du réseau. Elle est portée à la connaissance des professionnels de santé de l'aire géographique du réseau.

« Art. D. 766-1-6. - Les réseaux qui sollicitent les financements mentionnés à l'article D. 766-1-1 présentent à l'appui de leur demande un dossier comprenant les documents prévus aux articles D. 766-1-3 à D. 766-1-5, ainsi qu'un plan de financement. Les financements acquis ou demandés, l'ensemble des moyens en personnel, en locaux ou en matériel mis à leur disposition et valorisés, y sont énumérés. Les documents comptables correspondants y sont annexés, ainsi que les accords passés entre les membres du réseau et des tiers, le cas échéant.

« Art. D. 766-1-7. - Chaque année, avant le 31 mars, les promoteurs du réseau transmettent aux représentants des organismes qui leur ont accordé les financements mentionnés à l'article D. 766-1-1 un rapport d'activité relatif à l'année précédente comportant des éléments d'évaluation ainsi qu'un bilan financier et les documents comptables s'y rapportant.

« Tous les trois ans, ainsi que, le cas échéant, au terme du projet, un rapport d'évaluation est réalisé permettant d'apprécier :

« 1° Le niveau d'atteinte des objectifs ;

« 2° La qualité de la prise en charge des usagers (processus et résultats) ;

« 3° La participation et la satisfaction des usagers et des professionnels du réseau ;

« 4° L'organisation et le fonctionnement du réseau ;

« 5° Les coûts afférents au réseau ;

« 6° L'impact du réseau sur son environnement ;

« 7° L'impact du réseau sur les pratiques professionnelles. »

Article 2

Le ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales, le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire et le ministre délégué aux libertés locales sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 17 décembre 2002.

Par le Premier ministre :
Jean-Pierre Raffarin

Le ministre de la santé, de la famille
et des personnes handicapées,
Jean-François Mattei

Le ministre de l'intérieur,
de la sécurité intérieure
et des libertés locales,
Nicolas Sarkozy

Le ministre des affaires sociales,
du travail et de la solidarité,
François Fillon

Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,
Francis Mer

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation,
de la pêche et des affaires rurales,
Hervé Gaymard

Le ministre délégué au budget
et à la réforme budgétaire,
Alain Lambert

Le ministre délégué aux libertés locales,
Patrick Devedjian

Décrets, arrêtés, circulaires

Textes généraux

Ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées

Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat)

NOR: SANH0222527D

Le Premier ministre,

Sur le rapport du ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,

Vu le code de la sécurité sociale, notamment ses articles L. 162-43, L. 162-44 et L. 162-46 ;

Vu le code de la santé publique, notamment son article L. 6321-1 ;

Vu l'avis du comité interministériel de coordination en matière de sécurité sociale en date du 8 avril 2002 ;

Vu l'avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs en date du 23 avril 2002 ;

Vu la saisine de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles en date du 16 avril 2002 ; Le Conseil d'Etat (section sociale) entendu,

Décète :

Article 1

Le chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) est complété par une section 10 ainsi rédigée :

« Section 10

« Réseaux

« Art. R. 162-59. - Les réseaux de santé prévus à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique peuvent bénéficier des financements au titre de la dotation nationale de développement des réseaux mentionnée à l'article L. 162-43. Les demandes de financement sont adressées par le ou les promoteurs du réseau aux directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie dans la circonscription géographique où le réseau a son siège.

« Art. R. 162-60. - Dans chaque région, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie concluent une convention définissant les conditions de l'instruction conjointe des demandes.

« Art. R. 162-61. - La décision conjointe prévue par l'article L. 162-44 prend en considération, pour chaque demande :

« a) La prise en compte des priorités pluriannuelles de santé publique ;

« b) L'intérêt médical, social et économique, au regard de l'organisation, de la coordination, de la qualité et de la continuité des soins tenant compte de l'offre de soins existante et des orientations définies par les schémas régionaux ou nationaux d'organisation sanitaire et les schémas médico-sociaux ainsi que des actions de prévention, d'éducation pour la santé et de formation ;

« c) Les critères de qualité et les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation ;

« d) L'organisation et le plan de financement du réseau, les conditions de prise en charge financière des prestations ;

« e) La justification des dérogations demandées en application de l'article L. 162-45.

« Art. R. 162-62. - La décision conjointe des directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie autorise le réseau à bénéficier des dispositions de l'article L. 162-45 dans la limite du montant disponible de la dotation régionale de développement des réseaux après prise en compte des dépenses engagées au titre des décisions précédentes affectant cette enveloppe.

« Ne s'imputent pas sur cette dotation régionale les frais couverts par l'assurance maladie en application des articles L. 321-1, L. 322-2 et L. 322-3.

« Art. R. 162-63. - La décision conjointe est publiée et notifiée dans les conditions prévues par l'article R. 710-17-7 du code de la santé publique. Le silence gardé pendant plus de quatre mois sur la demande vaut rejet. Ce délai ne court qu'à compter de la réception d'un dossier complet comportant les éléments suivants :

« a) Les conditions dans lesquelles les professionnels de santé et les établissements manifestent leur volonté de participer au réseau ;

« b) Les modalités par lesquelles les patients manifestent leur volonté d'être pris en charge dans le réseau ;

« c) Les modalités de suivi des dépenses du réseau.

« La décision précise la durée de l'application qui ne peut excéder trois ans. Elle peut être prorogée dans les mêmes formes que la décision initiale et au vu de l'évaluation.

« Pour mettre en oeuvre la décision conjointe, l'organisme désigné, dans la circonscription où le réseau a son siège, définit avec le ou les promoteurs du réseau les modalités d'application de la décision.

« Art. R. 162-64. - Le retrait de la décision de financement est pris conjointement par les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie en cas de violation des dispositions législatives, réglementaires ou conventionnelles applicables ou de non-respect des engagements souscrits par le ou les promoteurs.

« Art. R. 162-65. - Chaque réseau bénéficiant d'une décision de financement fait l'objet d'un suivi et d'une évaluation. A cet effet, le promoteur transmet aux directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie concernés :

« - au plus tard le 31 mars de chaque année un rapport d'activité relatif à l'année précédente qui précise les résultats obtenus au regard des objectifs initiaux ;

« - au plus tard trois mois avant le terme de la décision de financement prévu à l'article R. 162-63 un rapport d'évaluation des procédures de financement et des actions du réseau. Ce rapport analyse le bilan des actions menées et leur apport au regard de l'offre de soins préexistante et fait état des modalités de financement global du réseau retraçant l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

« Art. R. 162-66. - A partir des rapports qui leur sont adressés, les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie élaborent une synthèse régionale annuelle comprenant :

« 1° L'analyse des rapports d'activité selon les modalités fixées par la convention et qui comporte les éléments nécessaires à apprécier :

« a) La consommation de la dotation régionale de développement des réseaux ;

« b) Un récapitulatif détaillé des dérogations et des dépenses financées à ce titre.

« 2° L'analyse des évaluations des réseaux arrivant à terme.

« Ces documents de synthèse sont transmis au ministre chargé de la santé et de la sécurité sociale pour le 30 juin au plus tard et communiqués aux caisses nationales d'assurance maladie et au conseil régional de santé.

« Art. R. 162-67. - Lorsque la demande de financement émane d'un réseau dont le champ d'application excède la région, la décision de financement est prise par les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie de la circonscription où le réseau a son siège après consultation de chacun des directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation et d'union régionale des caisses d'assurance maladie concernés. En cas de désaccord de l'un des directeurs d'une région limitrophe, la décision de financement du réseau ne s'applique pas aux assurés sociaux ressortissant de la caisse d'assurance maladie de la région considérée.

« Les dépenses du réseau s'imputent sur chacune des dotations régionales de développement des réseaux, au prorata des bénéficiaires relevant des organismes d'assurance maladie de chaque région concernée.

« Art. R. 162-68. - Lorsque la décision conjointe met en oeuvre le règlement forfaitaire prévu par l'article L. 162-45 du code de la sécurité sociale, le paiement de ce règlement est assuré par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription où le réseau a son siège. Toutefois, par convention entre les régimes, le paiement correspondant peut être assuré par une caisse relevant d'un autre régime.

« La répartition de ce règlement forfaitaire entre les régimes obligatoires d'assurance maladie est effectuée selon les taux retenus, pour l'année considérée, en application des dispositions de l'article R. 174-1 du code de la sécurité sociale. »

Article 2

La sous-section 2 de la section VI du chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) est abrogée.

Article 3

A compter de la date de publication du présent décret, les directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'union régionale des caisses d'assurance maladie sont destinataires des informations concernant les décisions d'agrément des réseaux expérimentaux prises avant le 31 décembre 2001. Les dispositions de l'article R. 162-64 du code de la sécurité sociale sont applicables à ces décisions.

Article 4

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales et le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent décret, qui sera publié au Journal officiel de la République française.

Fait à Paris, le 25 octobre 2002.

Par le Premier ministre :

Jean-Pierre Raffarin

Le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées,
Jean-François Mattei

Le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie,
Francis Mer

Le ministre de l'agriculture, de l'alimentation, de la pêche et des affaires rurales,
Hervé Gaymard

Le ministre délégué au budget et à la réforme budgétaire,
Alain Lambert

Circulaire DHOS/03/DSS/CNAMTS n° 2002-610 du 19 décembre 2002 relative aux réseaux de santé, en application de l'article L. 6321-1 du code de la santé publique et des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et des décrets n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation des réseaux de santé

NOR : SANH0230614C

Date d'application : immédiate.

Références :

Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 de financement de la sécurité sociale pour 2002 (art. 36), codifiée aux articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale ;

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (art. 84), codifiée aux articles L. 6321-1 et L. 6321-2 du code de la santé publique ;

Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 portant rénovation des rapports conventionnels entre les professionnels de santé libérales et les organismes d'assurance maladie ;

Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 relatif au financement des réseaux et portant application des articles L. 162-43 à L. 162-46 du code de la sécurité sociale et modifiant ce code (deuxième partie : décrets en Conseil d'Etat) ;

Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002 relatif aux critères de qualité et conditions d'organisation, de fonctionnement ainsi que d'évaluation des réseaux ;

Décret n° 2002-793 du 3 mai 2002 relatif aux conditions d'exercice des professionnels de santé délivrant des soins palliatifs à domicile pris pour l'application de l'article L. 162-1-10 du code de la sécurité sociale ;

Arrêté du 30 avril 2002 portant détermination de la dotation nationale de développement des réseaux pour 2002.

Texte abrogé : circulaire n° 99-648 du 25 novembre 1999 relative aux réseaux de soins préventifs, curatifs, palliatifs ou sociaux qu'elle annule et remplace.

Mesdames et Messieurs les directeurs des agences régionales de l'hospitalisation (pour exécution), Mesdames et Messieurs les préfets de région (directions régionales des affaires sanitaires et sociales), Mesdames et Messieurs les préfets de département (directions départementales des affaires sanitaires et sociales [pour information]) ; Mesdames et Messieurs les directeurs des unions régionales des caisses d'assurance maladie et des caisses générales de sécurité sociale (pour exécution) ; Mesdames et Messieurs les directeurs de CPAM ; Mesdames et Messieurs les directeurs des caisses régionales d'assurance maladie ; Mesdames et Messieurs les médecins-conseils régionaux ; Monsieur le médecin-conseil chef de service de la Réunion (pour information)

Selon les termes de la loi du 4 mars 2002, les réseaux de santé ont pour objet « de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires... »

Ils sont ainsi interdisciplinaires et multiprofessionnels, centrés sur le patient dont ils assurent une prise en charge adaptée à ses besoins tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.

Les réseaux de santé contribuent à l'évolution de notre système de santé, qui doit être moins cloisonné et s'ouvrir à la coopération et à la complémentarité entre structures sanitaires, établissements de santé publics et privés, secteur libéral et structures médico-sociales et sociales. Les lois précitées ont posé le fondement de leur encadrement juridique, leur organisation, leurs financements : la présente circulaire en précise les modalités de mise en oeuvre.

Deux axes opérationnels la structurent :

- les principes généraux communs aux réseaux : structuration et organisation, coordination, système d'information, qualité et évaluation, financement ;
- l'instruction régionale : dispositif commun d'instruction, modalités d'organisation de la décision conjointe ARH/URCAM de financement sur la dotation régionale de développement des réseaux.

I - UN CADRE LÉGISLATIF ET RÉGLEMENTAIRE RÉNOVÉ ET SIMPLIFIÉ

Les nouvelles dispositions législatives et réglementaires reconnaissent et définissent les réseaux de santé d'une part, simplifient et modifient les procédures administratives et financières applicables d'autre part. Ainsi les procédures d'agrément des réseaux de soins par les ARH ou des réseaux de soins expérimentaux « SOUBIE » par le ministère sont supprimées, mais les financements acquis à ce titre sont poursuivis jusqu'à échéance.

La loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité des soins (art. 84) a introduit au sein du code de la santé publique l'article L. 6321-1 qui donne une définition unique et souple des « réseaux de santé » et se substitue à l'ancien article L. 6121-5 relatif aux réseaux de soins. Le décret d'application fixe les critères de qualité ainsi que les conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation auxquels les réseaux doivent satisfaire pour bénéficier de financements publics.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (art. 36) introduit de nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale, articles L. 162-43 à L. 162-46, qui créent au sein de l'ONDAM une enveloppe financière mixte ville/hôpital et clinique, champs sanitaire/médico-social et social, spécifiquement dédiée aux réseaux ; le montant de cette dotation nationale de développement des réseaux est fixé et réparti chaque année entre les régions par arrêté ministériel. Le décret d'application du 25 octobre 2002 précise les modalités minimales communes relatives à l'instruction préalable et à la décision conjointe.

II.- DES PRINCIPES GÉNÉRAUX COMMUNS

Pour bénéficier de financements publics, les réseaux de santé doivent s'inscrire dans le cadre des priorités de santé publique et des orientations régionales en matière sanitaire, médico-sociale et sociale ; des priorités de santé publique et s'intégrer dans les orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire et médico-sociaux ; ils répondent à un besoin de santé identifié, dans une aire géographique définie, pour une pathologie et/ou des pathologies et/ou une population déterminée.

A. - La structuration générale des réseaux et la coordination

Organisés autour du patient, les réseaux en assurent une prise en charge sanitaire et médico-sociale globale et continue, qui associe la ville et l'hôpital.

« Constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers », les réseaux de santé formalisent leur mode de coordination.

Pour pouvoir bénéficier de financements publics, conformément à la loi, ils doivent formaliser également leurs objectifs, leurs modes d'organisation, et de fonctionnement et d'évaluation suivant des modalités décrites dans le décret d'application de la loi droit des malades, et en garantir la transparence.

Les réseaux sont organisés et formalisés

Les réseaux de santé définissent leurs objectifs et font connaître les principes selon lesquels leur action est mise en oeuvre pour les atteindre. Des documents contractuels, définis dans le décret précité, sont indispensables nécessaires à leur formalisation :

- document d'information à destination des patients, signé par le patient, sa famille ou son entourage lors d'une prise en charge personnalisée individualisée ;
- charte qualité du réseau cosignée par chacun des acteurs ;
- convention constitutive.

Les droits du patients sont garantis

Toute personne a le libre choix d'entrer ou de sortir d'un réseau.

Conformément à la loi, toute personne prise en charge par un réseau de santé a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant ; toutefois, « deux ou plusieurs professionnels peuvent, sauf opposition de la personne dûment avertie, échanger des informations relatives à une même personne prise en charge, afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge sanitaire possible » (art. 3 de la loi droits des malades).

Les réseaux sont structurés

Si la personnalité morale du réseau n'est pas une obligation légale, la création d'une structure juridique adaptée et librement choisie (association, groupement d'intérêt public, groupement d'intérêt économique, groupement de coopération sanitaire...) permettra de donner un support à la gestion et au financement du réseau et d'apporter des garanties juridiques minimales aux financeurs. Un règlement intérieur peut venir compléter ce dispositif et préciser les modalités de fonctionnement.

La coordination constitue le fondement essentiel du réseau

La coordination administrative est assurée par un coordonnateur identifié, voire une cellule de coordination qui constitue l'équipe de référence à l'intérieur comme à l'extérieur du réseau. A partir des référentiels de pratiques interdisciplinaires élaborés par les professionnels de santé, elle organise la concertation entre les différents intervenants (réunions de travail transversales, mise en place d'actions pluridisciplinaires de prévention et formation). Elle est aussi l'interlocutrice des institutions et partenaires extérieurs au réseau.

La coordination médicale nécessite au sein de l'équipe des professionnels de santé intervenant dans le réseau la désignation d'un médecin coordonnateur (ou d'une cellule de coordination) ; celui-ci organise l'accueil du nouveau patient, définit dans la continuité sa trajectoire, et assure son orientation au sein du réseau à chaque étape de sa prise en charge. Il assure l'échange d'informations entre les intervenants et l'étude partagée des cas.

Cette coordination médico-administrative peut être assurée par les mêmes personnes.

B. - Le système d'information

Un des enjeux majeurs de la coordination est la mise en oeuvre d'un système d'information, permettant la transmission d'informations de nature médicale et administrative entre les professionnels de santé concernant la prise en charge globale du patient, dès lors qu'il a donné son consentement et désigné les professionnels qu'il autorise à accéder à ces informations. Les modalités d'accès, d'échange, de partage et d'archivage des informations pour l'ensemble des partenaires du réseau dans le respect des règles de déontologie et de confidentialité sont précisées dans la charte du réseau. Les procédures d'accès doivent être sécurisées. Les conditions d'utilisation et d'archivage des informations nominatives relatives aux patients doivent être prévues notamment pour ce qui concerne la dissolution du réseau ou lorsqu'un professionnel ou un malade quittent le réseau.

La CNIL doit avoir donné son accord sur l'utilisation des applications. Il est recommandé que les différents systèmes d'information informatisés utilisés au sein d'un réseau soient interopérables ; l'ARH et l'URCAM favoriseront l'utilisation par les réseaux, au sein de leur région, d'une même norme d'échange.

C. - Qualité et évaluation

S'inscrivant dans une démarche d'amélioration de la prise en charge, les réseaux proposent à leurs membres un dispositif et une démarche qualité et s'engagent à procéder à leur évaluation. La qualité des services et prestations du réseau est garantie :

les professionnels s'engagent au sein de la charte du réseau, dans le respect des règles déontologiques applicables, à suivre les recommandations de bonnes pratiques et mettre en commun référentiels et protocoles ; ils participent à des formations interprofessionnelles et pluridisciplinaires au travail en réseau, à des actions de prévention et à l'éducation thérapeutique du patient et de son entourage ;

ils garantissent également le respect des droits des malades, leur droit à l'information, leurs droits en termes de protection des données individuelles. Ils précisent le système d'information choisi tant pour le traitement des données médicales que pour l'évaluation.

Les actions menées sont évaluées

Le promoteur du réseau définit, à partir de l'analyse des besoins sanitaires constatés, pathologies ou problèmes de santé spécifiques, et compte tenu de l'organisation des soins proposée dans l'aire géographique considérée, la liste des objectifs à atteindre et les résultats escomptés ainsi que les modalités d'évaluation de ces résultats.

L'évaluation portera notamment sur les processus de prise en charge médicale et médico-sociale, les processus organisationnels, les coûts correspondants et confrontera les résultats observés aux objectifs attendus.

Les professionnels du réseau s'engagent, afin de vérifier le respect des objectifs de ce dernier, à assurer le suivi de son activité tout au long de son développement. Dans le cadre du réseau, les professionnels de santé engageront également une démarche d'auto-évaluation.

En fonction de l'importance du projet, les dispositions suivantes pourront être adoptées pour mener à bien cette évaluation :

- le réseau pourra organiser en son sein une cellule spécifique d'évaluation comprenant éventuellement des membres venus de structures extérieures et des experts en évaluation ;
- les ARH et les URCAM pourront proposer des outils élaborés en commun, à partir de référentiels prédéfinis ;
- les ARH et les URCAM pourront demander au promoteur l'intervention d'un prestataire extérieur.

Cette évaluation du réseau est ainsi structurée :

- au plus tard le 31 mars de chaque année, le promoteur du réseau transmet aux différents financeurs un rapport d'activité relatif à l'année précédente, qui précise les résultats obtenus au regard des objectifs initiaux ;
- tous les trois ans, ou au plus tard trois mois avant le terme de la décision de financement prévue à l'article R. 162-63, un rapport d'évaluation des procédures de financement et des actions du réseau est également produit et transmis. Ce rapport fait notamment état des modalités de financement global du réseau retraçant l'emploi et l'affectation des différentes ressources dont il a bénéficié.

D. - Le financement

Les réseaux de santé doivent être assurés de pouvoir poursuivre leurs missions par des financements stables, dès lors que l'ARH et l'URCAM font le constat qu'ils répondent à des besoins de santé et que leur action est utile. Ils ont la possibilité d'avoir recours simultanément à des sources de financement multiples :

- financements pluriannuels sur crédits de l'assurance maladie (notamment au sein de l'ONDAM), subventions de l'Etat et des collectivités territoriales ;
- financements conjoncturels sur le fonds d'aide à la qualité des soins de ville géré par l'assurance maladie et les représentants des professionnels de santé libéraux (prise en charge des études préalables, des évaluations et des aides au démarrage - investissement, fonctionnement - pour la première voire, la seconde année de fonctionnement des réseaux).

Ces financements publics ne sont pas exclusifs d'autres financements, à condition que la participation financière directe ou indirecte à l'activité d'un réseau ne soit pas utilisée à des fins de promotion et de publicité et que les règles déontologiques soient respectées.

Afin de pouvoir bénéficier de ces ressources, les réseaux présentent un plan de financement comportant un budget prévisionnel, en fonctionnement et en investissement, en recettes et en dépenses. Dans le cadre de la décision de financement sur la dotation régionale qui peut porter sur trois ans, le budget pluriannuel se décompose en budgets annuels, présentés chaque année.

Les documents budgétaires précisent :

- les frais de structure qui comprennent la rémunération des professionnels hors champ conventionnel (diététiciens, psychologues, assistants sociaux...) ;
- le nombre prévisionnel de professionnels de santé susceptibles d'intervenir dans le réseau et le volume prévisionnel de leurs interventions ainsi que les propositions de tarifs dérogatoires à la nomenclature correspondants, en distinguant par nature d'intervention ;
- les dérogations aux prestations légales en faveur des patients.

Les réseaux de soins « SOUBIE » sont autorisés à mener leur expérimentation jusqu'au terme de la période autorisée par la loi et à bénéficier des financements acquis (dérogations tarifaires) sur le risque et des financements acquis au titre d'autres sources (FAQSV, collectivités territoriales...). A la fin de cette période, le résultat de l'évaluation de leurs structure et actions servira de support à la décision de poursuivre leur financement sur la nouvelle enveloppe « réseaux ».

S'agissant de la prise en charge des soins palliatifs à domicile, la rémunération des professionnels libéraux exerçant dans le cadre d'une équipe de soins à domicile, dès lors que des dispositions conventionnelles seront mises en oeuvre, sera financée sur le risque assurance maladie conformément à la loi n° 99-947 du 9 juin 1999, y compris lorsque les professionnels de l'équipe de soins palliatifs interviennent à domicile au sein d'un réseau. Les membres de l'équipe ainsi rémunérés bénéficient en revanche des actions de formation et d'évaluation proposées par le réseau et financés sur l'enveloppe.

La rémunération des professionnels par des forfaits en application de l'article L. 162-12-20 du code de la sécurité sociale permet d'encourager l'engagements des professionnels à participer à « des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins, notamment à des réseaux de soins ». Ce dispositif n'est pas réservé à des réseaux spécifiques mais a une portée générale pour l'ensemble des professionnels de la ville intervenant dans le cadre des réseaux de santé.

III. - LES MODALITÉS D'ORGANISATION DANS LES RÉGIONS

A. - Un dispositif d'instruction commun aux différents financeurs autour de l'arh-urcam

Pour simplifier les démarches, éviter au promoteur d'avoir une multiplicité d'interlocuteurs et aider les financeurs potentiels à prendre leur décision, la mise en place d'une structure régionale de coordination sous forme de « guichet unique » qui organise l'ensemble de la procédure d'examen des projets et demandes de financements des réseaux est recommandée :

- un secrétariat technique, commun à l'ARH et à l'URCAM, permet de recevoir, pendant au moins deux périodes prédéterminées dans l'année, les projets de réseaux sollicitant un financement et d'en assurer, le cas échéant, une instruction coordonnée avec les autres financeurs publics. Il enregistre les dossiers, se prononce sur leur recevabilité (dossier déclaré complet), reçoit le promoteur, et lui apporte, le cas échéant, un appui méthodologique ;

il analyse les projets en sollicitant les diverses institutions représentant l'assurance maladie et les services de l'Etat, leurs experts respectifs, notamment médicaux, ainsi que les représentants des collectivités territoriales éventuellement financeurs ; il peut faire appel à d'autres experts médico-administratifs et auditeurs préalablement formés ;

- le secrétariat technique peut organiser la consultation des représentants des professionnels de santé libéraux et hospitaliers ainsi que des fédérations d'établissements concernés, des élus éventuellement cofinanceurs et des représentants des usagers, sur les projets de réseaux finalisés. Cette concertation peut avoir lieu au sein d'un comité régional des réseaux lorsqu'un tel comité est constitué. L'avis du comité est consultatif et technique et peut constituer ainsi une aide à la décision des financeurs sollicités. Le comité est informé du suivi et de l'évaluation du plan régional des réseaux de santé.

B. - Modalités d'organisation de la décision de financer un réseau sur la dotation régionale

La décision de financer un réseau sur la dotation régionale de développement des réseaux (issue de l'enveloppe créée au sein de l'ONDAM) est prise conjointement par le directeur de l'ARH et le directeur de l'URCAM concernés ; déconcentrée, elle est donc prise au plus près des préoccupations régionales, dans le cadre des orientations relatives au développement des réseaux proposées chaque année par les directeurs, pour délibération respective, à la commission exécutive de l'ARH et au conseil d'administration de l'URCAM concernée. Elle devrait ainsi faciliter l'émergence d'initiatives locales adaptées aux besoins.

La prise de décision

Une convention conclue dans chaque région entre le directeur de l'ARH et de l'URCAM définit les conditions de l'instruction conjointe des demandes de financement.

La décision conjointe de financer le réseau est prise dans les quatre mois à partir de la réception d'un dossier complet (enregistré à sa réception), indiquant nécessairement les modalités par lesquelles acteurs du réseau et patients manifestent leur volonté de participer au réseau ainsi que les modalités prévues de suivi des dépenses. Elle ne peut porter sur une période supérieure à trois ans. Elle est publiée et notifiée à son promoteur et comprend le numéro d'identification du réseau attribué par l'ARH (suivant des modalités définies en annexe), le silence gardé pendant plus de quatre mois valant rejet.

Les modalités d'imputation sur la dotation régionale

S'agissant des modalités de prise en charge des dépenses des réseaux, l'article L. 162-45 du CSS précise que « la décision peut prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. »

Les dépenses qui peuvent être imputées sur la dotation régionale de développement des réseaux sont les dépenses liées aux frais de fonctionnement du réseau (notamment la rémunération des membres de la cellule de coordination, y compris du salaire du coordonnateur), aux actions collectives de prévention (hors financement par les FNPEIS ou FNASS ad hoc, aux formations pluridisciplinaires au travail en réseau (hors formation continue des professionnels concernés qui relève du cadre conventionnel ad hoc), la rémunération des prestations des professionnels hors champ conventionnel, les dérogations aux prestations légales au bénéfice des assurés ou des professionnels de santé (non prévues par les conventions).

Lorsque l'engagement de financer le réseau est pluriannuel, le montant du financement est calculé annuellement. Au terme de chaque année du financement autorisé, le budget prévisionnel de l'année suivante doit être soumis à l'approbation du directeur de l'URCAM et de l'ARH pour bénéficier et ajuster, le cas échéant, le versement annuel suivant à la baisse comme à la hausse. Dans ce dernier cas, la hausse doit être limitée au budget pluriannuel initialement accordé. La décision conjointe prend en compte pour chaque nouveau projet le montant de l'enveloppe disponible après imputation des dotations résultant des décisions antérieures.

Les modalités de versement du financement accordé

Lorsqu'un financement est accordé sur la dotation régionale de développement des réseaux c'est la décision de financement qui détermine les modalités de versement ainsi que sa périodicité (échéances de paiement).

Une attention particulière doit être apportée au respect de l'enveloppe disponible, ce qui conduit à avoir une vision globale de l'ensemble des charges qui seront imputées sur cette enveloppe en terme de fonctionnement et d'activité des professionnels.

La décision favorisera le versement d'une dotation globale couvrant l'ensemble des dépenses inscrites au budget, y compris la rémunération des professionnels libéraux, imputées sur la dotation régionale des réseaux.

Le versement sera effectué par la CPAM dans la circonscription de laquelle le réseau a son siège, la CPAM prenant le rôle de « caisse pivot ». Toutefois, par convention entre les régimes, le paiement correspondant peut être assuré par une caisse relevant d'un autre régime.

La répartition entre les régimes s'effectuera selon les modalités applicables pour la répartition de la dotation hospitalière pour l'année considérée.

Lorsque des dérogations sont versées par le réseau aux professionnels de santé libéraux ou que des prises en charge dérogatoires sont accordées aux patients, un dispositif de suivi est établi par le promoteur avec la CPAM afin de suivre les dépenses correspondantes.

S'agissant de la rémunération des professionnels de santé intervenant dans le réseau, elle peut néanmoins être payée directement au professionnel concerné sous forme forfaitaire, tant que des dispositions conventionnelles n'ont pas prévu de rémunérations spécifiques.

Dès lors que des dispositions conventionnelles auront prévu des rémunérations spécifiques pour les professionnels de santé libéraux participant aux réseaux de santé, ces rémunérations seront imputées sur le compte risque de l'assurance maladie, s'agissant de prestations de droit commun.

Ce transfert impliquera que les montants des forfaits versés aux professionnels ne pourront en aucun cas être différents de ceux définis dans les annexes tarifaires des conventions.

IV. - RELATIONS ENTRE LES RÉGIONS ET LES INSTANCES NATIONALES

Chaque année, les directeurs de l'ARH et de l'URCAM élaborent une synthèse régionale des rapports d'activité et d'évaluation des réseaux qui leur sont adressés ainsi que de la consommation de la dotation régionale de développement des réseaux, et récapitulent les dérogations et dépenses financées à ce titre.

Ces documents de synthèse sont transmis à la commission exécutive de l'ARH et au conseil d'administration de l'URCAM concernés ainsi qu'au ministre chargé de la santé (DHOS) et communiqués aux caisses nationales d'assurance maladie pour un suivi national.

V. - DISPOSITIONS TRANSITOIRES POUR LA FIN 2002

La parution des différents textes permet dès maintenant de notifier aux réseaux dont les dossiers sont prêts et opérationnels les moyens financiers leur permettant de mener d'ores et déjà leurs actions. Les CPAM sont en mesure de verser les montants prévus dans l'arrêté portant notification de la décision conjointe ARH/URCAM, à condition que la notification leur parvienne au plus tard le 23 décembre et précise le numéro d'identification du réseau, les modalités de versement et les échéances de paiement dès l'exercice 2002.

S'agissant des réseaux relevant du dispositif « SOUBIE », l'amendement à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 permet de poursuivre les financements sur les bases déjà acquises. En conséquence, le relais de ces financements n'a pas à être assuré dès maintenant sur la dotation régionale des réseaux.

Conclusion

L'ensemble des dispositifs législatifs et réglementaires et la présente circulaire doivent permettre aux partenaires régionaux de répondre aux besoins de santé publique par une approche coordonnée des dispositifs et faciliter le développement des réseaux, en appuyant les initiatives des promoteurs qui apportent une vraie valeur ajoutée pour le patient. Des annexes viendront compléter cette circulaire dans les prochains mois afin de proposer des outils adaptables localement, d'aide au montage d'un projet de réseau, à l'instruction et à la décision à partir de la mutualisation des expériences ainsi valorisées : « quatre page » régional d'informations générales et pratiques sur les réseaux, guide pour l'instruction et l'évaluation, guide du promoteur, modèles-type...

Afin de pouvoir accompagner la mise en place du dispositif et en cas de difficulté, vous pouvez contacter au ministère de la santé Mlle Bentegat (Sophie), tél. : 01-40-56-54-33, mél. sophie.bentegat@sante.gouv.fr et à la CNAMTS Mlle Drolez (Stéphanie), tél. : 01-42-79-31-31, mél. : stephanie.drolez@cnamts.fr.

Le directeur de l'hospitalisation
et de l'organisation des soins,
E. Couty
Le directeur de la sécurité sociale,
D. Libault
Le directeur,
D. Lenoir



VU

NANCY, le 11 JUIN 2003

Le Président de Thèse

NANCY, le 4 SEPTEMBRE 2003

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Professeur M. SCHWEITZER

Professeur P. NETTER

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 8 SEPTEMBRE 2003

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1

Professeur C. BURLET



RESUME DE LA THESE :

La grossesse est un moment privilégié pour entreprendre des actions de prévention. Le médecin généraliste constitue un acteur essentiel en matière d'éducation à la santé, de par sa disponibilité et sa proximité. Les professionnels ont la possibilité de se regrouper en réseau pour garantir un suivi plus global, à la fois médical social et psychologique de la grossesse; le Réseau Périnatal Lorrain s'inscrit dans ce cadre pour devenir un véritable réseau de santé.

Une enquête a été envoyée aux 2385 médecins libéraux de la région (gynécologues, gynécologues obstétriciens et généralistes) afin de mieux connaître leurs souhaits pour une plus grande collaboration ainsi que leurs avis sur certains outils de prévention qui sont ou qui pourraient être mis à leur disposition : la Déclaration de Grossesse, l'Entretien Prénatal Précoce, et le Carnet de Santé de Maternité.

17,2% des médecins ont répondu. 70% sont motivés pour réaliser une consultation prolongée en début de grossesse de type entretien prénatal précoce. 80,9% des médecins interrogés voient un intérêt à une plus grande coordination entre les professionnels de la naissance. Parmi ces médecins libéraux, le médecin généraliste peut jouer un rôle conséquent dans la prévention périnatale et dans l'efficacité de ces réseaux.

TITRE EN ANGLAIS :

The general practitioner and the prevention in perinatal medicine.

Reflections and proposals suggested by survey concerning preventive actions in perinatal medicine.
For a wider participation of the professionals within the frame of the "Reseau Perinatal Lorrain"

THESE : MEDECINE GENERALE - HENRI POINCARE NANCY I - ANNEE 2003

MOTS CLES : Grossesse - Médecine Générale - Prévention - Réseau -
Réseau Périnatal Lorrain - Entretien Prénatal Précoce.

ADRESSE DE L'U.F.R. :

Faculté de Médecine de Nancy
9, Avenue de la Forêt de Haye
54.505 – VANDOEUVRE LES NANCY Cedex