

UNIVERSITÉ PIERRE ET MARIE CURIE
(Paris 6)

FACULTE DE MEDECINE PIERRE ET MARIE CURIE

Année 2006

N° 2006PA06G036

THÈSE
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
Discipline: Médecine générale

Par Mme CASALS Céline
Née le 25 septembre 1976 à Perpignan

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 30 juin 2006

LE CARNET DE MATERNITÉ :

un outil indispensable

pour le suivi des grossesses

Directeur de thèse : Dr Simone RADENNE

Président du Jury : Pr Jean-Louis BENIFLA

**Membres du jury : Pr Jean CABANE, Pr Antoine FLAHAULT,
Dr Marie-Pierre TARAVELLA, Dr Jean LAFORTUNE**

UN GRAND MERCI,

Au Pr Jean-Louis Bénifla, qui a accepté sans hésitation de présider cette thèse, pour la compréhension qu'il m'a témoigné,

**Aux membres du jury, le Pr Flahaut, le Pr Cabane, le Dr Taravella et le Dr Lafortune, qui ont accepté aimablement d'assister à ma soutenance, merci pour le temps accordé,
Et tout particulièrement au Pr Cabane pour son accord de dernière minute,**

À M. Pierre Yves Ancel, qui grâce à sa grande disponibilité et ses excellents conseils a rendu ce projet possible,

À ma chère directrice de thèse, le Dr Simone Radenne, pour sa patience et son soutien,

Aux patientes, médecins et sages-femmes qui ont eu la gentillesse de répondre à mon questionnaire,

A tous mes amis, et particulièrement à Isabelle et à Caroline pour leurs précieux conseils,

**A mon adorable famille, pour son aide, tant physique que morale, et son affection,
et tout particulièrement à mon père et à mes frères Christian et Gilles pour les heures passées devant l'ordinateur,**

A Milena, pour sa présence et son appui inconditionnel,

A mon Mus, pour son Amour et sa compréhension,

et à notre enfant qui aura partagé de fortes émotions avant même sa naissance....

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	4
I. PRÉSENTATION DU CARNET DE MATERNITÉ	7
I A. Historique	8
1. Protection maternelle et infantile et suivi de grossesse obligatoire	8
2. Le carnet de maternité: de 1976 à nos jours	8
3. Le futur carnet de maternité : le plan périnatalité 2005-2007	9
I B. Législation	10
1. Code de la Santé Publique : Articles L 154 et L 155	10
2. Arrêté du 16 novembre 1990	11
3. Autres arrêtés	11
I C. Description du carnet de maternité actuel	12
1. Une partie éducative	12
2. Un guide administratif et juridique	14
3. Un dossier obstétrical	15
I D. Le carnet de maternité dans d'autres pays	17
1. En Afrique et en Asie, dans les pays en voie de développement : Home Based Maternal Record (HBMR)	17
2. En Espagne	18
3. En Belgique	19
4. En Grande Bretagne	22
II. NÉCESSITÉ D'UN OUTIL DE COMMUNICATION INTER-PROFESSIONNELLE ET D'INFORMATION PENDANT LE SUIVI OBSTÉTRICAL	23
II A. Le suivi des grossesses sans facteurs de risque par les médecins généralistes ne compromet pas leur pronostic	26
1. Études comparant le suivi de grossesse par les généralistes (et/ou sages femmes) versus le suivi par les spécialistes	26
2. Organisation du suivi des grossesses à bas risque	28
II B. La participation croissante des MG au suivi des grossesses rend indispensable la création d'un outil de communication entre intervenants	32
1. L'insuffisance de communication entre intervenants est un problème récurrent	32
2. Le carnet de maternité : outil de liaison et de communication entre les intervenants	34
3. Nécessité d'une utilisation systématique du carnet par tous	35
4. Autres outils de communication parfois disponibles	36
II C. Nécessité d'un outil d'information et d'éducation pour les patientes	40
1. Les séances de préparation à la naissance	40
2. Le carnet de maternité	41

III. ENQUÊTE	44
III A. Matériel: les questionnaires	46
1. <i>Forme</i>	46
2. <i>Contenu</i>	46
III B. Méthode	48
1. <i>Sélection des échantillons</i>	48
2. <i>Méthode d'intervention : Enquête d'opinion</i>	51
3. <i>Méthode d'évaluation</i>	53
III C. Résultats des Médecins généralistes	54
1. <i>Population des MG</i>	54
2. <i>Activité obstétricale</i>	55
3. <i>Le carnet de maternité</i>	58
III D. Résultats des gynécologues-obstétriciens	64
1. <i>Population de GO</i>	64
2. <i>Activité obstétricale</i>	65
3. <i>Le carnet de maternité</i>	67
III E. Résultats des sages-femmes	73
1. <i>Population de sages-femmes</i>	73
2. <i>Activité obstétricale</i>	74
3. <i>Le carnet de maternité</i>	76
III F. Résultats des femmes enceintes	81
1. <i>Population des femmes</i>	81
2. <i>Leur grossesse</i>	83
3. <i>Le carnet de maternité</i>	86
III G. Enquête sur le mode de distribution à Paris	89
1. <i>Qui le distribue aux patientes ?</i>	89
2. <i>Utilisation dans l'Est Parisien: état des lieux</i>	89
IV. DISCUSSION	91
IV A. Discussion de la méthode	92
1. <i>Le questionnaire</i>	92
2. <i>Les échantillons</i>	94
IV B. Discussion des résultats	97
1. <i>Les échantillons</i>	97
2. <i>Le suivi obstétrical</i>	102
3. <i>Le carnet de maternité</i>	106
4. <i>Remarques générales</i>	121
IV C. Propositions	122
1. <i>Améliorer la partie destinée aux professionnels de santé</i>	122

<i>2. Améliorer la partie destinée à la patiente</i>	<i>126</i>
<i>3. Respect de la confidentialité des informations concernant la patiente</i>	<i>129</i>
<i>4. Utilisation statistique</i>	<i>129</i>
<i>5. Distribution du carnet</i>	<i>129</i>
<i>6. Mesures incitatives pour l'utilisation du carnet de maternité par tous les professionnels de santé</i>	<i>130</i>
<i>7. Compléter la formation des médecins généralistes, intégrer le carnet de maternité dans toute formation obstétricale</i>	<i>131</i>

CONCLUSION	133
-------------------	------------

<i>Annexe 1 : Code de la Santé Publique (Nouvelle partie législative)</i>	<i>136</i>
<i>Annexe 2 : J.O. n° 283 du 6 décembre 1990</i>	<i>137</i>
<i>Annexe 3 : Conférence de consensus de 1998 (extraits)</i>	<i>138</i>
<i>Annexe 4 : Mission périnatalité (extraits)</i>	<i>140</i>
<i>Annexe 5 : Plan périnatalité 2005-2007 (extraits)</i>	<i>142</i>
<i>Annexe 6 : "Carnet de maternité" (extraits)</i>	<i>145</i>
<i>Annexe 7: "HBMR" (Zimbabwe)</i>	<i>153</i>
<i>Annexe 8: "Carnet de la mère" (Belgique, ONE) (extraits)</i>	<i>154</i>
<i>Annexe 9: "Obstetric record card" de 1956 (Grande Bretagne)</i>	<i>164</i>
<i>Annexe 10: "Engagement de la patiente"(Réseau de Santé du Haut-Nivernais)</i>	<i>166</i>
<i>Annexe 11: Questionnaire médecin généraliste</i>	<i>168</i>
<i>Annexe 12: Questionnaire gynécologue-obstétricien</i>	<i>170</i>
<i>Annexe 13: Questionnaire sage-femme</i>	<i>172</i>
<i>Annexe 14: Questionnaire patiente</i>	<i>174</i>
<i>Annexe 15: Lettre accompagnant les questionnaires</i>	<i>176</i>
<i>Annexe 16: Les différents niveaux des maternités</i>	<i>177</i>
<i>Annexe 17: Tableau récapitulatif des examens biologiques (Clinique des Bluets)</i>	<i>179</i>

BIBLIOGRAPHIE	180
----------------------	------------

INTRODUCTION

L'idée de cette thèse m'est venue quand, après plusieurs stages en milieu hospitalier et en ville, j'ai découvert, en lisant un article, l'existence du « carnet de maternité ». Je ne l'avais jamais vu, ni n'en avais entendu parler tout au long de ma formation d'externe et de résidente !

Son intérêt m'a paru alors évident devant les multiples problèmes rencontrés au cours des consultations obstétricales en ville comme à l'hôpital, chez le gynécologue obstétricien ou le généraliste (de plus en plus sollicité au cours des grossesses). En effet, le manque de coordination du suivi obstétrical, la répétition inutile des examens, l'insuffisance des informations délivrées aux patientes sont des problèmes largement répandus.

Malgré son évidente utilité, force est de constater que ce carnet n'est guère utilisé en région parisienne et dans une moindre mesure dans le reste de la France. Le chiffre de 3% (!) d'utilisation réelle sur l'ensemble du territoire français a été avancé aux Journées Nationales de la Médecine Générale de 2004 organisées par la Revue du Praticien.

Après plusieurs recherches dans les articles scientifiques et thèses je n'ai trouvé qu'un travail concernant ce sujet : il s'agit d'un mémoire de sage-femme, mais seule l'opinion de ses consoeurs y est demandée.

Aucun autre travail ne propose une explication, et une éventuelle solution, à cette situation d'échec avéré !

J'ai donc décidé d'étudier les raisons qui ont fait que cet outil de suivi et d'information destiné aux femmes enceintes et aux professionnels de santé n'a pas réussi à s'imposer partout en France.

C'est dans ce but que j'ai réalisé une enquête auprès des acteurs concernés : patientes, médecins généralistes, gynéco-obstétriciens et sages femmes, travaillant en privé comme à l'hôpital.

Je voulais ainsi mieux cerner les origines de l'échec de l'utilisation de ce carnet de maternité (qui est pourtant disponible depuis 1990) afin de pouvoir proposer les modifications susceptibles d'en faire un instrument indispensable à chacun d'eux.

Ce travail se divise en quatre parties :

Dans un premier temps, après un rappel historique et législatif, nous décrirons le contenu du carnet de maternité.

Puis, avec plusieurs articles à l'appui, nous montrerons à quel point tout le personnel de santé concerné semble unanime quant à la nécessité d'un outil de communication et d'information, confié à la patiente, pour améliorer le suivi des grossesses.

Nous présenterons ensuite les résultats de notre enquête, réalisée dans les 11^e, 12^e et 20^e arrondissements à Paris, auprès de 79 médecins généralistes, 45 gynécologues obstétriciens, 45 sages femmes et 169 femmes enceintes.

Pour finir, en nous appuyant sur notre enquête et d'autres travaux, nous tenterons d'expliquer pourquoi le carnet actuel a échoué et comment le transformer en un véritable « carnet de santé pour suivi de grossesse », de la même façon que le carnet de santé de l'enfant paraît actuellement indispensable au suivi et à la bonne prise en charge des enfants.

I.

PRÉSENTATION DU CARNET DE MATERNITÉ

I A. HISTORIQUE

Le premier arrêté employant le terme de « carnet de maternité » date du **4 juillet 1972 (1)**. La création de ce carnet intervient après un long processus visant à améliorer la survie pendant et après la grossesse.

1. Protection Maternelle et Infantile et suivi de grossesse obligatoire

C'est en effet suite à la guerre dévastatrice de 1939-1945 qu'est créée la **Protection Maternelle et Infantile (PMI)** au travers de l'Ordonnance du 2 novembre 1945 : elle stipule que **« les futures mères doivent bénéficier d'une surveillance sanitaire régulière à un rythme fixé par voie réglementaire »** et qui doit par conséquent être **gratuite**. Son principal objectif était de lutter contre la forte mortalité périnatale et d'aider ainsi à la reconstruction du pays

Il faut cependant attendre l'action « *Périnatalité* », menée par **Marie-Madeleine Dienesch**, Secrétaire d'Etat à la Santé publique au début des années 70, pour réduire de façon significative la prématurité et la mortalité materno-infantile. C'est dans ce but qu'elle décide de **rendre obligatoires** la consultation prénuptiale, **la surveillance médicale de la grossesse** (avec un minimum de cinq visites) et la prise en charge de la naissance dans des **maternités adaptées** techniquement et humainement.

Et effectivement, grâce à ce plan et à ceux qui ont suivi, la **mortalité maternelle** passe progressivement de 28.1/100 000 en 1970 à **9/100 000 en 2004** et la **mortalité périnatale** de 24‰ en 1970 à **6,5‰ en 2004 (4)**.

2. Le carnet de maternité : de 1976 à nos jours

C'est à partir de **1976**, soit quatre ans après son apparition dans les textes législatifs, qu'est diffusé le **carnet de grossesse « rose »** (document CERFA n°60.3909), dont l'utilisation **conditionne la perception des Allocations Familiales**.

Ce carnet, facultatif, n'est délivré par la caisse que si les droits de la patiente à l'Assurance Maladie sont ouverts. Ses feuillets devront être alors produits à l'appui de toute demande de prestation.

Le changement de situation de l'assuré en cours de grossesse ne modifiera en rien la prise en charge qui est définitive (une fois qu'elle a été attribuée)(2).

Le « **nouveau carnet de maternité** », diffusé par la Direction Générale de la Santé, qui supplantera le « carnet rose » **en 1990** deviendra par contre **obligatoire** dans les textes, mais sans aucune répercussion financière.

L'actuel carnet de maternité est toujours identique au modèle de 1990. Il n'a subi aucune modification depuis, malgré les bouleversements importants dans le domaine du suivi obstétrical. On envisageait déjà une actualisation de ce carnet en 1999, notamment en ce qui concerne la partie information (3).

3. Le futur carnet de maternité : le plan périnatalité 2005-2007 (4)

Le **plan périnatalité 2005-2007**, (annexe 5), publié en novembre 2004 et entrepris par Philippe Douste-Blazy alors Ministre de la Santé et de la Protection Sociale, **prévoit une refonte du carnet de maternité** avec pour principal objectif de le réactualiser en y intégrant les principaux messages de prévention et les dernières recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Il insiste sur la nécessité d'améliorer la cohérence du suivi de la grossesse et l'adhésion de la femme enceinte aux prescriptions médicales, et ce grâce au partage d'informations entre les professionnels. Ces informations ont pour projet d'être « **intégrées à la définition du dossier médical personnel (DMP)** », qui sera informatisé.

A noter que le plan ne précise pas ce qui doit être fait en attendant la généralisation du DMP, qui ne devrait pourtant avoir lieu que dans quelques années : le nouveau carnet de maternité prévoira-t-il un support papier pour y faire figurer les informations indispensables au bon suivi des grossesses ? Ou sera-t-il exclusivement composé de la partie « informative » destinée aux patientes ?

Ce nouveau carnet de maternité devrait être disponible **vers le mois de juillet 2006** d'après Mme Jacqueline Patureau, médecin responsable chargée de ce projet au Ministère de la Santé et de la Protection Sociale.

I B. LÉGISLATION

Deux articles de loi et trois arrêtés viennent préciser le rôle, les modalités de distribution et d'utilisation du carnet de maternité actuel.

1. Code de la Santé Publique : Articles L 154 et L 155 (5)

Ils ont été promulgués le **18 décembre 1989** (loi n° 89-899) et sont toujours en vigueur.

Ils stipulent que :

- ❑ « *Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte en particulier des **examens prénataux et postnataux obligatoires** pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme. Toutefois le premier examen prénatal ainsi que l'examen postnatal ne peuvent être pratiqués que par un médecin (...)* ».
- ❑ « *Toute femme enceinte est pourvue gratuitement, lors du premier examen prénatal, d'un carnet de grossesse (...) où sont mentionnés obligatoirement les résultats des examens prescrits en application de l'article L. 154 et où sont également notées, au fur et à mesure, toutes les constatations importantes concernant le déroulement de la grossesse et la santé de la future mère* ».
- ❑ « ***Le carnet appartient à la future mère.** Celle-ci doit être informée que nul ne peut en exiger la communication et que toute personne appelée, de par sa fonction, à prendre connaissance des renseignements qui y sont inscrits est soumise au secret professionnel (...)* ».

L'ordonnance du 15 juin 2000 donne naissance à une nouvelle codification de la partie législative du Code de la Santé Publique : les articles L 154 et L155 seront désormais les **articles L 2122-1 et L 2122-2** (Journal Officiel) (6). Ils n'ont subi aucune modification (**annexe 1**).

Il s'agit donc d'un carnet de surveillance de la grossesse distribué systématiquement et obligatoirement à toutes les femmes enceintes dès le début de la grossesse, avec pour objectif de résumer les consultations et les résultats d'examens, permettant ainsi une meilleure communication entre les différents professionnels de santé.

Il reste la propriété des patientes qui l'apportent à chaque consultation.

Le texte ne précise pas de façon claire qui est chargé de distribuer ce carnet aux femmes, mais il laisse supposer qu'il s'agit des médecins, seuls responsables de la première consultation prénatale.

2. Arrêté du 16 novembre 1990 (publié au Journal Officiel le 6 décembre 1990, **annexe 2**) (7)

Il **fixe le modèle du carnet de maternité**, homologué par le C. E. R. F. A. (Centre d'Enregistrement et de Révision des Formulaires Administratifs) sous le numéro 65-0036.

Il peut être personnalisé par le département, mais les mentions « carnet de santé », « maternité », « Ministère des affaires sociales et de la solidarité », et l'illustration symbolisant la maternité présente sur le modèle doivent figurer sur la couverture de chaque carnet.

La distribution de ce carnet est sous la responsabilité du Président du Conseil Général.

L'arrêté rappelle encore que *« lors de chaque examen médical, le médecin ou la sage-femme consigne ses constatations et indications sur le carnet de grossesse que la femme enceinte lui présente »*.

Enfin, le directeur général des collectivités locales et le directeur général de la santé sont chargés de l'exécution de cet arrêté.

3. Autres arrêtés

Les arrêtés successifs de **novembre 1993 et mars 1996** (8) concernent les différents modèles de carnets de maternité, homologués par le C. E. R. F. A., ciblant différentes professions « libérales » au sens large (non salariés, non agricoles, chefs d'entreprise, femmes d'artisans/commerçants ou membres de professions libérales).

I C. DESCRIPTION DU CARNET DE MATERNITÉ ACTUEL

Le carnet de maternité (**annexe 6**) est un petit cahier de 21 cm sur 15 cm (format A5), d'un total de 30 pages.

Sur la première page figurent : le nom, le numéro de téléphone et l'adresse de la patiente, de son (ses) médecin(s) traitant(s), sage-femme(s) et le lieu prévu de l'accouchement.

Le carnet se divise en trois parties :

1. Une partie éducative

Celle-ci est illustrée et agréablement présentée.

Plusieurs thèmes sont abordés successivement :

1.a. La vie quotidienne et les mesures hygiéno-diététiques :

- éviter les efforts physiques importants, les voyages
- recommandations succinctes contre l'automédication, la consommation d'alcool et de tabac
- prévention de la séroconversion de la toxoplasmose...

1.b. Le suivi médical :

Les **sept visites sont obligatoires**, même en l'absence de pathologie.

- Information sur la nécessité de s'inscrire en maternité dès le début de la grossesse et prévoir au moins une consultation dans la maternité choisie, six à huit semaines avant le terme prévu.
- Cette partie précise le nombre d'échographies prescrites habituellement (deux d'après le carnet de maternité : à 19-21 SA et à 31-33 SA !).
- Et enfin elle rappelle les **principaux facteurs de risque de grossesse pathologique**: antécédents de prématurité, d'hypotrophie, de malformation ou de mortalité périnatale, grossesse gémellaire, hypertension artérielle, diabète ou âge supérieur ou égal à 38 ans.
Dans ces cas le suivi pourra se faire en milieu spécialisé ou par une sage-femme à domicile, en fonction de l'appréciation du médecin.

A noter que sur un schéma illustré sur les deux pages précédentes sont représentés les différents interlocuteurs de la femme enceinte (ceux responsables du suivi médical, les services sociaux,...). Y sont également cités les **motifs de**

consultation en urgence (le terme « danger » est employé) : fièvre, contractions, métrorragies, brûlures mictionnelles et disparition des mouvements fœtaux.

1.c. La préparation à la naissance et à l'accueil de l'enfant :

- Présentation des divers acteurs médicaux et sociaux pouvant intervenir au cours de la grossesse ; dans quels cas et comment faire appel à eux.
- Possibilité à partir du septième mois d'assister à huit séances de préparation à l'accouchement remboursées par la sécurité sociale.

1.d. La description des différentes étapes de l'accouchement :

- Partie assez détaillée avec comme **recommandations** de consulter en urgence en cas de rupture de la poche des eaux ou de contractions régulières.
- L'épisiotomie, la césarienne et le forceps sont évoqués.

1.e. L'allaitement :

- « *Le lait maternel reste l'aliment le mieux adapté au bébé* ».
- Le texte incite à faire son choix avant l'accouchement.

1.f. La rééducation post-natale :

- Explications brèves : la distension des tissus secondaire à la grossesse et à l'accouchement impose souvent ce type de ré-éducation.
- Celle-ci est prise en charge par la sécurité sociale, pour un total de dix séances de rééducation abdominale et/ou périnéale.

1.g. La contraception :

- Précisions sur le délai habituel pour le retour de couches, avec ou sans allaitement maternel.
- Est signalé clairement le risque de grossesse pendant cette période, avec ou sans allaitement, d'où la nécessité de mesures contraceptives.

1.h. Vaccination anti-rubéolique :

Rappel de l'importance de se vacciner le plus tôt possible (en post-partum) contre la rubéole **en cas de séronégativité**.

Un **calendrier de la grossesse** en cours est fourni dans cette partie, permettant ainsi à la femme d'anticiper et de planifier l'ensemble des consultations systématiques.

Sont également représentés, de façon ludique et très schématique, les **différentes étapes de la grossesse** (mois, événements principaux et recommandations correspondantes) :

- la perception des mouvements fœtaux à partir du cinquième mois,
- l'attribution du 100% à partir du sixième mois,
- la description des contractions utérines anormales au septième mois afin de prévenir les accouchements prématurés,
- l'importance du repos au huitième mois, ainsi que la consultation auprès de l'équipe obstétricale,
- et enfin, au neuvième mois, le rappel des motifs de consultation en maternité (perte des eaux, contractions utérines régulières, dépassement du terme,...).

2. Un guide administratif et juridique

Celui-ci précise plusieurs questions :

2.a. L'état civil de l'enfant à naître: déclaration de naissance avant le troisième jour à la mairie, reconnaissance de l'enfant par le père en l'absence de mariage, nom de l'enfant,...

2.b. Les droits auprès des caisses d'assurance maladie et d'allocations familiales: prise en charge des soins relatifs à la grossesse, durée de l'indemnisation du congé maternité en fonction du type de grossesse et de profession, différentes allocations et prestations disponibles,...

2.c. Les démarches obligatoires à accomplir : déclaration de grossesse, premier certificat prénatal et les six autres consultations mensuelles,...

2.d. Les garanties d'emplois et conditions de travail liées à la maternité: pas d'obligation de signaler la grossesse à l'employeur lors de l'embauche, licenciement quasi-impossible pendant la grossesse, aménagement possible du travail par le médecin du travail, congé parental,...

Le carnet de maternité comprend également une **fiche de liaison travail-grossesse** ayant pour but de faciliter la communication entre le(s) médecin(s) responsable(s) du suivi de la grossesse et le médecin du travail.

Cette fiche est divisée en trois volets :

- a) Le premier concerne la ***vie professionnelle en début de grossesse***: durée de travail hebdomadaire, de transport, pénibilité du travail, degré de concentration requise,...
- Elle peut y être évaluée à l'aide d'un ***score professionnel des risques encourus par la future mère*** qui permet ainsi d'apprécier la nécessité d'aménager ou non le poste de travail (rôle du médecin du travail), voire même de bénéficier du congé prénatal supplémentaire pour grossesse pathologique.
- b) Le deuxième volet décrit les types d'***aménagement des conditions de travail*** effectués en fonction des mois de grossesse : autre affectation temporaire, diminution du nombre d'heures de travail par jour, arrêt de travail,...
- c) Enfin le troisième volet concerne le ***congé maternité***, précisant sa date théorique de début et sa date effective, accompagnée des différentes raisons pour lesquelles la patiente n'aurait pas respecté la date initialement prévue.

3. Un dossier obstétrical

Ce dossier est auto-duplicant (un exemplaire pour le médecin ou la sage-femme, l'autre destiné à rester dans le carnet, la patiente gardant ainsi la trace des constatations médicales).

Situé au centre du carnet, il est lui-même composé de quatre parties :

3.a. Le dossier médical

Il comprend l'identité, l'activité professionnelle en précisant sa « pénibilité » et la durée des transports quotidiens, la consommation de tabac et enfin les antécédents médicaux, chirurgicaux, obstétricaux et familiaux.

3.b. La grossesse actuelle

- Spécifiant la date des dernières règles, le ***début de grossesse*** (en faisant préciser le mode de détermination : DDR, courbe de température ou échographie avant 21 SA) et le calcul du terme.
- Cette partie cite, sans les développer, les ***recommandations*** importantes en début et en fin de grossesse: remplir la déclaration de grossesse, donner des conseils hygiéno-diététiques, prescrire les échographies de 19-21 SA et 31-33 SA, prévoir la péridurale et aborder l'allaitement maternel,....
- Elle énumère également les ***résultats*** du groupe sanguin, des sérologies obligatoires et de l'hémoglobine, ainsi que l'éventualité d'un caryotype fœtal,

l'évaluation clinique du bassin et enfin la conduite à tenir pour l'accouchement.

3.c. Les consultations prénatales

Elles sont présentées chronologiquement sous forme de tableau en précisant l'âge de la grossesse :

- avec d'abord l'**interrogatoire** qui précise les symptômes les plus souvent recherchés au cours des grossesses (métrorragies, contractions utérines anormales, mouvements fœtaux, signes urinaires,...),
- puis l'**examen clinique** qui énumère poids et prise de poids depuis le début de la grossesse, tension artérielle, bruits du cœur fœtal, hauteur utérine, toucher vaginal,...
- les **examens complémentaires** : bandelette urinaire, RAI et sérologie de la toxoplasmose,
- et enfin les **conclusions et prescriptions** où doit paraître le nom du responsable.

3.4. Le résumé de l'accouchement, enfant(s) et suites de couches

- Précisant la date et le terme de l'accouchement, le début du travail, l'aspect du liquide amniotique, les anomalies du monitoring du cœur fœtal, le type de présentation, le **mode d'accouchement** (voie basse ou césarienne, expulsion spontanée ou assistée) et ses indications, les pathologies au cours du travail (fièvre, HTA,...), le type de délivrance, l'état du périnée et le recours à l'anesthésie.
- Puis, est décrit également le **nouveau-né** : vivant ou non, sexe, poids et taille, APGAR, nécessité de réanimation et/ou transfert, ainsi que l'état de l'enfant à la sortie de sa mère de l'hôpital.
- Enfin sont détaillées les **suites de couches**, avec leurs principales complications (fièvre, hémorragies, phlébites, anémies,...), le type d'allaitement, l'injection éventuelle de gammaglobulines anti-D, le vaccin anti-rubéole et le type de contraception proposée, permettant ainsi de clôturer le suivi relatif au post-partum.

I D. LE CARNET DE MATERNITÉ DANS D'AUTRES PAYS

1. En Afrique et en Asie, dans les pays en voie de développement : Home Based Maternal Record (HBMR) (9, 10)

L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), pour assurer la continuité des soins pendant toute la grossesse et le post-partum, a créé la « **fiche de santé maternelle tenue à domicile** » (ou HBMR) dans les années 80, destinée à de nombreux pays en voie de développement d'Afrique et d'Asie.

1.a. Objectifs

Cet HBMR est une sorte de carnet de maternité simplifié.

- Il permet le repérage des facteurs de risque et des signes précoces de complication de la grossesse par les sages femmes rurales, mais surtout par les patientes elles-mêmes ou leur communauté.
Il permet ainsi de s'appuyer directement sur les femmes (et leur communauté) en les impliquant personnellement dans le suivi de leur grossesse et en leur donnant les informations simplifiées nécessaires pour détecter et prévenir les problèmes de santé éventuels.
- Un autre de ses objectifs est **d'améliorer la continuité des soins pendant la grossesse** en fournissant un document contenant des informations complètes sur la patiente et sa grossesse constamment accessibles par tous.
- Il fournirait également une assistance aux accoucheuses traditionnelles et autres personnels de santé communautaire en leur indiquant les conduites à tenir (soins appropriés, nécessité d'adresser à un centre de santé...).
- L'objectif est qu'il soit distribué, complété et expliqué aux patientes dès la première visite obstétricale. Celles-ci le présentent ensuite à chaque consultation.

1.b. Contenu

La 1^{ère} page récapitule **identité** de la patiente, adresse, âge, antécédents obstétricaux ou autres, situation familiale.

La 2^e page est présentée sous forme de **tableau** :

- Les colonnes représentent les mois de grossesse
- à chaque ligne correspond le signe ou le symptôme à rechercher (soit sous forme de texte, soit par une illustration schématique) : pâleur sévère, oedèmes, HTA, présentation anormale, saignements, protéinurie,...

- Des cases plus ou moins sombres composent chaque ligne, correspondant à la gravité de la situation : plus la case cochée est sombre, plus le risque est élevé et cela signifie qu'il faut consulter le plus rapidement possible un centre de santé (**annexe 7**)(**10**)

1.c. Résultats

Cette fiche a connu un réel succès tant auprès des patientes, qui se sentent plus impliquées et mieux soignées pendant leur grossesse, qu'auprès des professionnels de santé.

- Une étude collective, menée par l'OMS dans huit pays en voie de développement entre 1984 et 1988, a montré que l'HBMR contribuait à améliorer de façon très significative la qualité et la quantité des soins anténataux, post-nataux et même entre deux grossesses, en faisant tout particulièrement progresser la prise en charge des grossesses à risque (**9**).
- Au Vietnam en 1991 il a même été constaté, suite à son introduction, une baisse importante du taux de mortalité maternelle passant de 105 à 68/100 000 en l'espace d'un an ! (**9**)

2. En Espagne

L'Espagne est composée de dix-sept Communautés Autonomes (ou Régions) qui ont chacune un fonctionnement indépendant. Seuls des renseignements concernant la Catalogne ont pu être obtenus.

En Catalogne est édité depuis plus de 15 ans le « *Carnet de la Embarazada* », livret destiné à toutes les femmes enceintes, édité par la Direction Générale de Santé Publique, et distribué par les Centres de Soins Primaires ou « Centros de Atención primaria » (l'équivalent des centres de PMI français).

2.a. Contenu (informations obtenues par mail)

- **Informations générales** concernant les deux (futurs) parents, antécédents personnels de la mère, antécédents gynécologiques et obstétricaux, antécédents du père et antécédents familiaux.
- **Informations concernant la grossesse en cours et l'accouchement** : les médecins ou sages femmes sont sensés y noter tous les événements en rapport avec la grossesse (histoire clinique et résultats des analyses), ainsi que les informations concernant le nouveau-né, l'accouchement et le post-partum.
- **Éducation sanitaire** : partie destinée à la patiente, avec des informations générales sur la grossesse, les différentes conduites à tenir...

Ce contenu est actualisé régulièrement, à chaque fois qu'il y a des nouveautés.
La dernière édition date de 2005.

2.b. Utilisation

Un article écrit en 96 (11) révélait que son utilisation était insuffisante, seules 44% des patientes en possédaient un au cours de l'enquête. Les auteurs recommandaient avec insistance l'utilisation systématique du carnet par les professionnels de santé : en plus d'être un document porté en permanence par la patiente, il est le reflet de toute l'activité d'assistance et d'éducation réalisée par le personnel de santé au cours de la grossesse.

Selon Mme Blanca Prats, chargée du programme de santé materno-infantile au Département de Santé de la Catalogne (*Departament de Salut*), ce carnet semble très apprécié puisqu'il est souvent réclamé par les patientes et très utilisé par les professionnels. Elle avoue cependant qu'aucune étude exhaustive n'a été réalisée à ce sujet.

Remarque: Malgré plusieurs courriers électroniques au Ministère de la Santé espagnol et au Département de Santé de Catalogne je n'ai pas eu de réponse quant à la répercussion de l'utilisation du carnet sur les indicateurs de « périnatalité ».
A noter cependant que les taux de mortalité maternelle (à 7.2/100 000) et infantile (5.6‰) espagnols en 2001 étaient inférieurs à ceux de la France.

3. En Belgique

Chez nos voisins belges existe également un ***Carnet de la Mère*** (annexe 8) édité par l'O.N.E. (Office de la Naissance et de l'Enfance) depuis mars 1999 (12).

3.a. Mode de distribution

Précédemment, ce carnet était co-financé par une firme pharmaceutique et distribué par leurs délégués médicaux aux médecins et gynécologues et envoyé par l'ONE aux maternités et aux consultations prénatales organisées par l'ONE (en quelque sorte l'équivalent de nos consultations PMI).

Depuis 2002, suite à la signature d'un Contrat de Gestion interdisant la publicité dans les publications de l'ONE, ce carnet est entièrement subventionné, élaboré et envoyé par l'Office :

- dans les ***consultations prénatales ONE*** qui les distribuent automatiquement aux futures mères venant consulter,
- aux ***hôpitaux, maternités et polycliniques*** qui les distribuent également à celles-ci,

- aux ***gynécologues libéraux*** qui en font la demande, pour le distribuer à leur patientèle privée,
- aux ***futures mères qui en font la demande*** à l'Office

Un stock est également disponible dans les comités provinciaux de l'ONE.

3.b. Utilisation :

D'après Mme Anne-Françoise Bouvy, attachée de Direction Etudes et Stratégies à l'ONE, le taux actuel d'utilisation n'est pas connu. Le but est que toutes les futures mères le reçoivent.

La seule évaluation globale du carnet a eu lieu en 1999, année de son lancement. Le mode de distribution a changé depuis. L'état des stocks et commandes est suivi chaque année, mais il n'y a pas eu de nouvelle étude.

En Communauté française de Belgique, le *Carnet de la Mère* est principalement utilisé lors des consultations prénatales auprès de l'O.N.E., lors des consultations chez le médecin traitant ou le gynécologue, lors de la visite du Travailleur Médico-Social de l'O.N.E ou encore lors du séjour à la maternité.

D'après les travailleuses de terrain, ce carnet est fortement apprécié des mamans, notamment la partie relative aux démarches et informations législatives. Le carnet se révèle aussi être un bon outil de liaison entre les professionnels qui sont amenés à suivre les femmes enceintes.

3.c. Objectifs :

- C'est un outil qui a pour objectif d'aider les parents à créer un premier lien avec l'enfant à naître, en leur fournissant diverses **informations sur le développement du fœtus**.
- Le carnet leur propose également **d'établir un dialogue avec le médecin** chargé de surveiller la grossesse ainsi qu'avec les autres professionnels qui se succéderont tout au long des étapes de la période périnatale.

Il répond donc principalement à trois impératifs :

- il est destiné à **toutes** les futures mères (mais les futurs pères sont également invités à le consulter)
- il est diffusé **gratuitement**
- il est un **lien** entre la future mère et son médecin.

3.d. Présentation, contenu :

- Il a été conçu de façon à être **agréable** à utiliser, lisible et aéré « afin de favoriser le dialogue et rappeler à la future maman qu'elle n'est pas seule dans cette aventure ». Tout au long du carnet, celle-ci est invitée à noter ses impressions et à compléter certaines indications sur l'évolution de sa grossesse.
- Le **contenu scientifique** du « Carnet de la Mère », a été validé par le Groupement des Gynécologues et Obstétriciens de Langue française de Belgique (G.G.O.L.F.B.), les Professeurs d'obstétrique des Universités de la Communauté française et un certain nombre de gynécologues travaillant en polyclinique ou en cabinet privé.
- La première partie du carnet est destinée aux parents. Quant aux **pages destinées aux remarques des médecins**, elles s'intitulent « en consultation prénatale » et se trouvent au centre du document.

3.e. Mise à jour :

Ce carnet est mis à jour **annuellement**, notamment en ce qui concerne la partie administrative et législative et au cas par cas pour les autres chapitres, suivant les remarques qui sont transmises à l'ONE par les professionnels de terrain et/ou les utilisateurs.

3.e. Incidence sur la morbi-mortalité périnatale ou maternelle :

D'après Mme Anne-Françoise Bouvy, un volet statistique prénatal est rempli par les travailleurs de terrain lors des consultations prénatales organisées par l'ONE. Ce volet comporte des indicateurs de suivi des grossesses. Cependant comme les futures mamans suivies par l'ONE reçoivent automatiquement le *carnet de la mère*, il n'est pas possible d'analyser d'incidence sur la morbi-mortalité périnatale ou maternelle.

Remarque : Le taux de mortalité périnatale en Belgique était de **5.4‰** en 2001 (3^e rang en Europe) et celui de la mortalité maternelle était de **6.5/100 000** (6^e rang européen), tous deux bien inférieurs à ceux de la France.

4. En Grande Bretagne

La Grande Bretagne utilise une « **carte de coopération** » (*obstetric record card* ou *cooperation card*), portée par les patientes enceintes, depuis déjà 1956 (**annexe 9**). Elle a pour but de **faciliter la liaison entre les différents professionnels** sollicités pour le suivi de grossesse.

En effet, très fréquemment en Grande Bretagne les suivis de grossesse sont intégrés dans un **système de soins partagés** ou «soins communautaires»(sorte de « réseau » ville-hôpital) afin de diminuer l'affluence des femmes enceintes dans les consultations hospitalières : les généralistes et sages femmes assument le suivi des grossesses à bas risque jusqu'à l'accouchement, en gardant évidemment la possibilité d'avoir recours aux spécialistes (consultation ou transfert à la maternité) à tout moment en cas de complication ou d'apparition de facteurs de risques importants (**13, 14**).

Par exemple, un article de 1991 (**14**) mentionne la mise en place d'une « carte de coopération » standardisée, toujours portée par la patiente, dans le cadre d'un système de soins partagés dans le West Berkshire.

Les patientes qui pouvaient intégrer ce système de suivi étaient « prédéfinies » : elles devaient avoir entre 16 et 37ans, peser entre 46 et 90kg, mesurer au moins 152cm et avoir une grossesse mono-fœtale.

Cette carte, sur laquelle étaient notés tous les éléments nécessaires au suivi, assurait une continuité des soins tout au long de la grossesse et en cas de transfert ou d'avis spécialisé.

Le taux de mortalité périnatale obtenu par l'introduction de ce système était le plus bas de Grande Bretagne en 1989 (6.3‰) !

Néanmoins cette carte a été plusieurs fois critiquée pour le manque d'espace prévu pour les informations concernant le suivi et pour l'impossibilité d'y consigner les résultats des bilans.

C'est pourquoi la tendance est, depuis plusieurs années en Angleterre, de **confier le dossier obstétrical complet aux patientes (15)**, sensées le présenter à chaque consultation...Depuis 1998 on assiste même à la généralisation progressive d'un **dossier médical informatisé partagé** qui devrait s'achever en 2010. A noter cependant que celui-ci connaît (déjà) certaines limites : les systèmes informatiques ne sont pas uniformes d'une région à une autre, ce qui peut parfois retarder de plusieurs semaines la communication d'un dossier !

II.

NÉCESSITÉ D'UN OUTIL DE COMMUNICATION INTER- PROFESSIONNELLE ET D'INFORMATION PENDANT LE SUIVI OBSTÉTRICAL

Depuis les trente dernières années, on a observé en France des progrès considérables en matière de diminution des mortalités maternelle, périnatale et infantile. Toutefois, ils ne sont pas ceux que l'on pourrait attendre compte tenu du niveau de développement du pays (la France est la quatrième puissance mondiale par son Produit Intérieur Brut) et des dépenses consacrées au système de santé.

- **En 2004**, le taux de **mortalité maternelle était à 9 pour 100.000** naissances (*source DOS-DHOS-DREES*), soit le double de celui des pays scandinaves. La France occupait le **11^e rang européen en 2001**, derrière l'Irlande (2.8/1000), le Portugal, Pays Nordiques, la Grèce... (*Sources PERISTAT-OCDE*)
Des progrès sont réalisables, puisque d'après les experts **30% des décès maternels sont évitables (16)**.
- Le constat est le même, malgré d'importants progrès en dix ans, pour la **mortalité périnatale** : son taux est à **6.5/1000 en 2004** (*source DOS-DHOS-DREES*), bien supérieur à celui de certains de ses voisins européens. La France était au **8^e rang européen en 2001**, derrière les pays Nordiques, la Belgique, l'Autriche, et même l'Espagne et l'Italie (*sources PERISTAT-OCDE*)

Or, lors de la **conférence de consensus de décembre 1998 (annexe 3) (17)**, le C.N.G.O.F. (Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français) a admis que l'amélioration de ces chiffres dépendaient plus d'une **réorganisation des structures et des pratiques médicales** que de « l'augmentation des moyens ou de perfectionnement des techniques ».

D'après le **rapport de la « mission périnatalité »** publié en octobre **2003 (Annexe 4)(16)**, l'évolution démographique des différents professionnels concernés par le suivi de grossesse explique la plus forte participation des médecins généralistes dans ce suivi.

- En effet, depuis plusieurs années les **obstétriciens sont en diminution constante** : en 1999 la CREM (Commission de Réformes des Études Médicales) signalait leur réduction de moitié en 15 ans.
Beaucoup de leurs collègues (surtout libéraux) cessent leurs activités obstétricales devant la pénibilité du travail, la judiciarisation de la pratique, etc., pour se consacrer essentiellement au versant gynécologique de leur profession.
De plus la mise en place des 35 heures et du Repos de Sécurité rencontre des difficultés d'application puisqu'elle nécessiterait une augmentation significative du nombre de praticiens par unité. Les obstétriciens ne peuvent

donc plus garantir le suivi de l'ensemble des grossesses, en particulier celles qualifiées de « normales », sans facteurs de risque.

A noter que les nouveaux ***gynécologues médicaux***, malgré la réapparition très récente (en 2003) de leur filière à l'internat, ***ne sont pas encore présents*** sur le marché du travail (ils ne seront diplômés qu'en 2007): les statistiques du Conseil National de l'Ordre en témoignent (18).

- Les ***sages-femmes, également, sont peu nombreuses***. Elles assurent prioritairement les urgences obstétricales en milieu hospitalier, ce qui les amène à supprimer occasionnellement des consultations de suivi « programmées » et provoque donc (involontairement) une augmentation des grossesses non suivies, en particulier chez les femmes en situation précaire. Cette diminution de la surveillance des grossesses, ainsi que la disparition dans certains établissements de la préparation à la naissance, augmentent à leur tour le nombre de consultations en urgence. Ce qui génère un cercle vicieux ...
- Enfin, la politique de santé des dernières années conduit à une restructuration des hôpitaux avec ***disparition progressive des maternités de proximité*** un peu partout en France, prétextant que leur plateau technique est insuffisant pour garantir un accouchement en toute sécurité. Cette évolution joue probablement un rôle important dans le retour des femmes enceintes à la « médecine de proximité » : la médecine générale.

C'est pour toutes ces raisons que ***les médecins généralistes voient revenir les femmes enceintes pour le suivi de grossesse par manque de places en consultation hospitalière***.

Les médecins généralistes sont donc de plus en plus impliqués dans le suivi des grossesses.

Quel suivi peuvent-ils assurer ? Quelle serait leur place dans ce suivi souvent « réservé » aux spécialistes ?

Ce sont les interrogations auxquelles je vais d'abord tenter de répondre.

II A. LE SUIVI PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES NE COMPROMET PAS LE PRONOSTIC DES GROSSESSES SANS FACTEURS DE RISQUE

Le suivi des grossesses physiologiques (environ 90% des grossesses) est avant tout *prévention, préparation, éducation et soutien, et seulement si nécessaire, intervention*, le but étant d'interférer le moins possible avec le processus naturel et l'autonomie de la patiente.

Les médecins généralistes et les sages-femmes semblent à priori les professionnels de choix pour suivre ce type de grossesses :

- Le **médecin généraliste (MG)**, a pour fonction d'assurer la **continuité et la coordination des soins**. Il a une approche globale de ses patients, incluant **éducation, prévention et dépistage**. Il est **facilement disponible**, souvent à proximité du domicile de ses patients. Sa formation initiale devrait lui permettre de **suivre les grossesses à bas risque** et de reconnaître celles nécessitant un recours au spécialiste.
- La **sage femme (SF)** est **habilitée à assurer de façon autonome le suivi médical des grossesses « normales »**.
Elle a un statut de personnel médical à compétence définie et encadrée.
Sur prescription médicale elle peut surveiller les grossesses pathologiques (au domicile ou au cabinet). Elles ont également un rôle dans l'accompagnement psychologique des futures mères et les séances de préparation à la naissance. Enfin, elles peuvent diriger l'accouchement eutocique ainsi que le post-partum.

1. Études comparant le suivi de grossesse par les généralistes (et/ou sages femmes) versus le suivi par les spécialistes

Les études effectuées à ce sujet semblent unanimes :

- 1.a. Une **étude écossaise menée en 1993-1994 (19)** a comparé les suivis « partagés » (par obstétriciens, sages-femmes et médecins généralistes) des grossesses normales, au suivi par les sages-femmes ou médecins généralistes seuls **après établissement d'un protocole commun avec les obstétriciens**.

Elle mettait en évidence que ***les suivis de ces grossesses par les généralistes ou les sages-femmes :***

- ***amélioraient la continuité des soins,***
- diminuaient le nombre de consultations spécialisées et de routine, le nombre d'absences,
- diminuaient également le nombre d'admissions anténatales et de complications au cours de la grossesse (HTA, protéinurie et pré-éclampsie),
- diminuaient l'interventionnisme en salle de travail, sans pour autant affecter le pronostic materno-fœtal.
- Les ***résultats étaient similaires*** quant au type d'accouchement, à la mortalité materno-infantile, aux jours d'hospitalisation, et à l'allaitement.

À noter que les patientes étaient globalement ***plus satisfaites par l'entente relationnelle*** avec les professionnels de santé dans le groupe « généralistes/sages-femmes ».

1.b. Une revue de la littérature (sur un ensemble d'études de différents pays) effectuée par **B. Blondel** en 1999 (20) confirme la compétence des MG et SF dans ce domaine.

Elle conclut que la surveillance prénatale sous la responsabilité principale de généralistes ou de sages-femmes :

- ***permet de réduire la consommation médicale*** pendant la grossesse et en début de travail,
- ***limite le dépistage « abusif »*** de pathologies ou complications pendant la grossesse,
- et ***satisfait davantage les patientes***, qui se sentent mieux considérées et informées.
- Ce type de surveillance ne semble pas s'accompagner d'une détérioration de l'état de santé à la naissance (mais effectifs insuffisants dans les études disponibles).

1.c. Les études menées en France vont également dans ce sens:

- Celle effectuée **en 1987 en Basse Normandie** (21) montre que malgré un fort taux de femmes enceintes suivies uniquement par des généralistes (l'un des plus élevés de France), il n'y a ***pas d'incidence sur la mortalité maternelle ou périnatale.***

L'auteur affirme même que « le médecin généraliste est le mieux à même d'évaluer les conditions de la grossesse de sa patiente. Sa connaissance du contexte familial lui permet de reconnaître une angoisse, (...) s'exprimant sous une forme somatique. ***Sa formation et son expérience sont suffisantes pour surveiller une grossesse présumée normale et dépister à temps une complication éventuelle.*** »

- Les mêmes réflexions sont émises **en 1999** dans la Revue du Praticien Médecine Générale (22) par J-Y Chambonet, R. Senand et N. Collet. Leur enquête auprès des médecins généralistes montre que ceux-ci ***peuvent parfaitement s'impliquer dans le suivi des grossesses normales***, et ce d'autant plus s'ils bénéficient d'une formation complémentaire.
- Une expérience menée dans la région d'Ambert en 1984 (23) a même permis d'obtenir un ***taux de mortalité périnatale de 6.5/1000*** pour toutes les grossesses (en France en 1985 elle était à 10.7/1000) ! Les MG assuraient les six premières consultations des grossesses à bas risque (les grossesses à risque plus élevé faisant l'objet d'un suivi alterné généraliste/obstétricien). Ils communiquaient avec le spécialiste grâce à un carnet de surveillance de la grossesse, porté par la patiente. L'obstétricien prenait ensuite le relais à partir de la 32^e semaine jusqu'à l'accouchement.

Il n'y aurait donc **pas ou peu de bénéfice pour les patientes sans facteurs de risque à se faire suivre exclusivement par les spécialistes**. Les médecins généralistes pourraient participer activement, voire systématiquement, à ce suivi, comme c'est déjà souvent le cas en milieu rural ou dans certains réseaux « grossesse » ville-hôpital.

2. Organisation du suivi des grossesses à bas risque

Le suivi des grossesses normales pourrait donc être confié à nouveau, en partie, aux médecins généralistes (ainsi qu'aux sages-femmes).

2.a. La nécessaire adaptation du suivi au niveau de risque obstétrical

- La mission périnatalité 2003 (16) nous a mis en garde sur le fait que ***la surmédicalisation peut engendrer des effets iatrogènes*** (interventions inutiles, effets secondaires inattendus,...) et « *éloigner la future mère de la notion du caractère physiologique et naturel de la grossesse et de la naissance* ».

- Déjà l'étude menée en France en 1987 par l'INSERM (24) évoquait ce risque: elle montrait comment le **nombre de consultations, d'échographies et d'hospitalisations augmentait avec le degré de spécialisation du suivi obstétrical**. Les auteurs se demandaient si l'augmentation de la spécialisation, et donc de l'utilisation de techniques alors insuffisamment évaluées, était souhaitable pour les grossesses dites normales.

La mission périnatalité 2003 confirme ce point de vue en affirmant que « *les données disponibles laissent penser qu'il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque, et moins (et mieux) dans les situations à faible risque* ». Elle insiste également sur la nécessité de *restaurer la place du médecin de famille* dans le suivi de grossesse.

- Cette nouvelle politique reposerait donc sur une **prise en charge précoce différenciée entre le bas risque et le haut risque périnatal**. Le but serait d'éviter l'intervention de techniques de surveillance non nécessaires (et souvent coûteuses) et de privilégier ainsi un suivi personnalisé. Cette attitude « minimaliste » concernerait la grande majorité de la population.
- La comparaison des pratiques obstétricales et des résultats en terme de mortalité périnatale entre les différents pays européens encourage cette nouvelle orientation: d'après J. Lansac, « *la **qualité des soins** exprimée par le taux de mortalité périnatale n'est pas proportionnelle au nombre de gynécologues-obstétriciens. Elle **dépend de l'organisation des soins**: place du médecin généraliste, rôle des sages-femmes, éducation sanitaire des populations et peut-être aussi législation sociale* ». (25)

Il faut cependant insister sur l'**importance d'un contact systématique** (pour toute grossesse) **avec l'équipe obstétricale en fin de grossesse**.

- En effet, d'après une étude de l'INSERM (26), l'absence de consultation dans la maternité d'accouchement **majore le risque**, pour les femmes enceintes, **d'aboutir en unité de soins intensifs** (que leur grossesse ait été suivie ou non).
- La conférence de consensus de 98 (annexe 3) rappelle d'ailleurs qu'une **consultation au début du troisième trimestre de la grossesse** doit être assurée par une sage-femme ou un obstétricien de l'établissement où l'accouchement est prévu. Cette consultation est prévue par le **décret du 9 octobre 1998**. Son objectif principal est de rechercher les pathologies de fin de grossesse et de repérer certains risques de l'accouchement.

2.b. Proposition d'un suivi partagé pour les grossesses à bas risque

Pourrait donc être imaginée une **collaboration « médecin généraliste (ou sage femme) – maternité »** dans laquelle le suivi, au moins jusqu'au 6^e mois, pourrait être assuré par les médecins généralistes (ou les sages-femmes) seuls.

- Le médecin généraliste (ou la sage-femme) aurait pour principale mission de ***s'assurer du bon déroulement de la grossesse.***
- Il garderait également le privilège de voir la patiente tout au long de sa grossesse pour les ***consultations « intercurrentes »***, ne faisant pas partie du suivi systématique et ne relevant pas des compétences de la maternité (« urgences », « petits maux », aide et soutien psychologique...).
- ***En cas de problème*** intercurrent sévère ou d'apparition d'éléments de gravité (la grossesse devenant alors « pathologique »), la patiente serait bien sûr alors ***adressée à l'équipe obstétricale*** prévue pour son suivi pour avis ou poursuite de la prise en charge.

A partir du 6^e mois (ou plus tard en cas d'accord préalable avec la maternité) les généralistes ***seraient alors relayés par l'équipe obstétricale*** hospitalière (obstétricien et/ou sage-femme) jusqu'à l'accouchement. Les sages femmes, elles, pourraient par contre poursuivre le suivi, seules, jusqu'à l'accouchement, si la grossesse est toujours à bas risque.

Plusieurs auteurs s'accordent pour ce suivi partagé :

- Le Dr A. Benbassa (gynécologue-obstétricien), dans un article en 1998 de la revue Contraception-Fertilité-Sexualité (27), rappelle que ***le spécialiste « n'a pas le monopole de la surveillance de la grossesse, sauf au-delà du 8^e mois ou plus tôt, si un risque particulier est décelé »***: il s'agit donc d'une surveillance « partagée ».
- Le Pr M-F Le Goaziou (médecin généraliste) dans la même revue (28), insiste sur le fait que ***le médecin de famille est capable d'assurer le suivi des grossesses « sans problème particulier » jusqu'au début du 3^e trimestre*** de grossesse. Elle souligne également la nécessité pour la patiente de faire connaissance avec l'équipe obstétricale au moins deux mois avant l'accouchement ainsi que le bénéfice pour la patiente de participer aux séances de préparation à l'accouchement.

- Dans le réseau grossesse « ville-hôpital » de la clinique des Bluets (29), ce suivi partagé est la règle pour les grossesses à bas risque. Le généraliste assure les consultations des six premiers mois ainsi que les consultations « urgentes » ne nécessitant pas une consultation spécialisée. Ce n'est qu'à partir de 6 mois de grossesse que la patiente est adressée, dans la majorité des cas, à la maternité. L'accent est cependant mis sur la ***nécessité pour le généraliste de rester associé au suivi de sa patiente au-delà du 6^e mois*** par le biais d'une information rapide en cas de complication, du compte-rendu de l'accouchement...En effet, il reste, jusqu'à l'accouchement et dans le post-partum (après le retour à domicile de la patiente), le praticien privilégié pour tous les problèmes intercurrents.

Bien entendu, le rapport de la mission 2003 (16) rappelle qu'il est indispensable de continuer de donner, à toute femme enceinte quelque soit son niveau de risque, la possibilité de **confier son suivi au soignant qu'elle aura choisi** (y compris le gynécologue-obstétricien).

Il me faut également signaler la **mise en place progressive d'un entretien individuel et/ou en couple, au 4^{ème} mois de grossesse** dans les maternités. Il devrait devenir **systematique** (conformément au plan périnatalité 2005-2007), et être principalement confié aux sages-femmes :

- Son but est de dépister, essentiellement par le dialogue, tout facteur de risque en mettant l'accent sur le ***risque « psychosocial »*** qui est souvent négligé: mise en danger de la future relation « parent-enfant » ainsi que tout retentissement sur la grossesse. La patiente pourra y aborder librement certains thèmes qui ne l'auraient pas été antérieurement (**annexe 5**).
- Il a pour but également, si besoin, d'**activer le réseau** médical-PMI-travailleurs sociaux...ainsi que la CAF-CPAM afin de récupérer les droits sociaux, ce qui est souvent nécessaire en cas de précarité. La **préparation du post-partum** fait également partie de ses objectifs (16).
- Enfin, je pense que cet entretien pourrait également permettre un ***tout premier contact de la patiente avec la maternité***, confortant dans la plupart des cas le médecin généraliste dans son diagnostic de « grossesse à bas risque », qu'il pourrait donc continuer à suivre. Il ouvre par la même occasion un dossier médical à la maternité, ce qui pourra faciliter la prise en charge de la patiente en urgence en cas de complication ultérieure.

On peut donc parfaitement envisager l'intégration de cet entretien, dont l'apport sera certain, dans le suivi « partagé » proposé ci-dessus.

II B. LA PARTICIPATION CROISSANTE DES MEDECINS GÉNÉRALISTES AU SUIVI DE LA GROSSESSE REND INDISPENSABLE LA CRÉATION D'UN OUTIL DE COMMUNICATION ENTRE LES INTERVENANTS

1. L'insuffisance de communication entre intervenants est un problème récurrent

Le « retour » des patientes vers les médecins généralistes ne s'est pas accompagné d'une amélioration de la communication avec le personnel hospitalier, au grand dam des généralistes (**annexe 4**).

La conférence de consensus de 1998 (**17**) déplore également les cloisonnements trop fréquents entre « *médecine de ville - médecine hospitalière, secteur public - secteur privé, médecins - sages-femmes, généralistes – spécialistes* ».

Ce **problème de communication entre la ville et l'hôpital**, qui semble être universel, existe en effet dans un sens comme dans l'autre.

1.a. De la « ville vers l'hôpital » ou « du généraliste vers le spécialiste » :

- Une étude Sud-africaine de 1994 montrait à quel point les lettres avec lesquelles les médecins adressaient leurs patientes à l'hôpital (en gynécologie) étaient souvent incomplètes : **seuls 11% des médecins généralistes mentionnaient le traitement** qu'ils avaient prescrit à leur patiente! (**30**).
- Ce problème est tout aussi évident en France, où il m'a suffi d'assister à quelques consultations obstétricales en milieu hospitalier pour constater que certains médecins généralistes, qui adressent leurs patientes pour la prise en charge de la grossesse à partir du sixième mois, oublient de préciser aux patientes qu'elles doivent apporter tous les résultats d'examens effectués depuis le début de la grossesse (que de temps perdu pour les récupérer), et ne prennent pas la peine de leur fournir un résumé du suivi obstétrical des six premiers mois...
- Le Dr Benbassa (**27**) le rappelle aussi dans son article: une des grandes erreurs des généralistes est de confier la patiente à un spécialiste sans lui donner les informations nécessaires par le biais d'un carnet de maternité, d'une lettre, ou même d'un appel téléphonique...

1.b. De « l'hôpital vers la ville » ou du « spécialiste vers le généraliste »

- Le **médecin généraliste**, est **souvent confronté aux consultations «intercurrentes»** pendant la grossesse (vomissements, fièvre, douleurs, jambes lourdes, problèmes dermatologiques, etc.) : dans la plupart des enquêtes il s'agit d'environ 50% des motifs de consultations de femmes enceintes chez le généraliste (22). D'après, la thèse de Mme Ader Etcheto en 2005, 99% des consultations pour problèmes intercurrents pendant la grossesse ont lieu auprès des MG, du fait de leur plus grande disponibilité (31).

Le médecin généraliste se retrouve alors souvent face à une patiente suivie par un gynécologue de ville ou hospitalier et dont il ne connaît ni les résultats sérologiques, ni le groupe sanguin, ni même le poids à la consultation précédente. Or, ces éléments peuvent être essentiels pour l'orientation diagnostique ou la prise en charge thérapeutique adaptée.

- Un article australien de 1992 met également en évidence le **manque de communication entre l'hôpital et les médecins généralistes dans le cadre d'un suivi « partagé »**. Ce premier oublie parfois de transmettre les résultats des bilans anténataux, les informations concernant les grossesses qui se compliquent ainsi que le compte-rendu de l'accouchement (32)
- Le Dr Benbassa (27) le souligne encore : une des principales erreurs de ses collègues gynéco-obstétriciens serait *de négliger de partager la surveillance* de la grossesse avec le généraliste (d'autant plus qu'une lettre explicative peut avoir pour celui-ci une valeur pédagogique non négligeable).
- Enfin, plusieurs thèses (33, 34, 35) s'interrogeant sur la place du médecin généraliste dans le suivi des grossesses ont montré qu'ils étaient **nombreux à regretter un manque de communication et de coordination** entre les différents acteurs de ce suivi. Les généralistes *« réclament plus de liens avec les maternités, l'instauration de protocoles de suivi, la mise en commun des dossiers ou une correspondance plus importante entre les interlocuteurs »* (34)

2. Le carnet de maternité : outil de liaison et de communication entre les intervenants

Le suivi de la grossesse implique le plus souvent la **participation de plusieurs acteurs de santé** (gynécologue, obstétricien, sage-femme et médecin généraliste) et en différents lieux (cabinet privé, hôpital ou clinique, PMI).

La prise en charge de la grossesse est le type même d'une surveillance médicale partagée entre le praticien de ville (généraliste ou gynécologue) et le spécialiste qui sera chargé de l'accouchement (27).

C'est pourquoi, il apparaît de plus en plus incontournable de devoir travailler sur la base d'une **collaboration ville-hôpital** imposant « *le développement de la communication* » entre les différents acteurs du suivi obstétrical (16).

Cette coopération suppose la **mise à disposition d'un moyen de communication**, entre les différents intervenants du suivi. Celui-ci, **porté par la patiente**, favoriserait :

- le **partage d'informations** entre les différents professionnels de santé participant au bon déroulement de la grossesse, avec une meilleure prise en charge de la patiente en cas d'événement intercurrent ou de relais par le spécialiste.
- la **continuité et la coordination des soins**. Il permettrait une meilleure répartition des tâches, d'éviter la répétition d'examens inutiles, de compléter les « parties manquantes » du dossier,...
- le **repérage plus facile des grossesses insuffisamment suivies** : le taux de grossesses peu ou pas suivies atteignait **1% en 1994** (étude de l'INSERM). Celles-ci sont probablement une cause non négligeable de morbi-mortalité materno-fœtale (26).

Le carnet de maternité constitue l'outil le plus simple pour partager l'information, d'après le rapport de la mission périnatalité en octobre 2003 (**annexe 4**). Il doit être porté par la patiente « *seule dépositaire de l'information concernant sa grossesse* ». Mais, (et ce n'est pas la moindre des choses !) il nécessite une amélioration de son utilisation.

En 1998 le jury de la Conférence de Consensus **recommandait** déjà **l'utilisation d'un document commun tel que le *Carnet de santé maternité*** dont l'objectif

serait l'amélioration de la circulation de l'information médicale avec pour conséquence logique la suppression des examens inutilement répétés (**annexe 3**).

L'expérience d'Ambert que nous avons déjà citée plus haut (23) montre ***l'impact positif qu'a eu l'utilisation systématique du carnet de surveillance de la grossesse*** (dont la description ressemble étrangement au carnet de maternité actuel, pourtant édité 6 ans après).

Celui-ci rassemblait toutes les informations concernant la patiente pendant sa grossesse: examens cliniques, bilans, et échographies. Il contenait également un volet pour l'admission en début de travail, un pour le résumé de l'accouchement et un dernier pour l'examen du nouveau-né. Sa taille permettait son transport dans le sac à main.

Le généraliste guidé par le carnet « *se sentait plus à l'aise pendant toute la grossesse* » et l'obstétricien connaissant parfaitement la patiente, pouvait donc l'accueillir « *dans les meilleures conditions médicales et psychologiques* ».

Plusieurs auteurs, généralistes ou gynécologues-obstétriciens, s'accordent sur l'intérêt réel de ce carnet de maternité, ***outil de suivi conjoint*** (28), ***indispensable lien entre les différents acteurs*** (27) et ***reflet du suivi obstétrical*** (11), dont ils recommandent avec insistance l'utilisation.

3. Nécessité d'une utilisation systématique du carnet par tous

3.a. Utilisation par les professionnels de santé

Pour que ce carnet soit fonctionnel, c'est-à-dire pour qu'il remplisse efficacement sa fonction d'outil de communication toujours à jour et disponible, il ***doit être utilisé (et rempli) par tous les intervenants au cours de la grossesse***, que ces interventions fassent ou non partie du suivi « systématique ».

Dans un article énumérant les erreurs à éviter par le praticien et le spécialiste, le Dr Benbassa (27) insiste sur la nécessité de remplir le carnet de maternité que ce soit par le médecin généraliste comme par le spécialiste, même dans les cas où ce dernier assumerait le suivi de la totalité de la grossesse.

Si tous les professionnels écrivent dans un support commun, cela réduira les erreurs cliniques et aidera à la communication.

Mme Le Goaziou (28) précise elle aussi: ces outils de suivi conjoint ne seront vraiment utiles que s'ils sont ***faciles à utiliser, à disposition dès la première consultation d'une femme enceinte et utilisés par tous***.

Le Réseau ville-hôpital du Haut Nivernais, qui existe depuis 1994, a élaboré un carnet de suivi de la grossesse, adapté à la pratique du Réseau.

Ce carnet, distribué par les médecins systématiquement à toutes les femmes enceintes dès le début de la grossesse, sert de lien entre les différents acteurs : **chacun doit y noter le résultat de sa consultation** (annexe 10), condition de son succès.

Il a été adopté par 92% d'entre eux (selon Mme Capgras Baberon, sage-femme coordinatrice du réseau, aux *Journées Nationales de la Revue du Praticien Médecine Générale* 2004).

3.b. Utilisation par la patiente

Pour garantir sa **disponibilité en toute circonstance** (urgence obstétricale ou non, consultation sans lien direct avec la grossesse) il est fondamental que le carnet **suive la patiente dans tous ses déplacements** (36).

Cela implique deux conditions :

- Le carnet doit avoir un **format facile à transporter**.
C'est le cas du carnet actuel qui a un format A5 (demi-A4).
C'était également une des qualités du carnet utilisé en 1984 dans la région d'Ambert (23) : l'auteur insistait sur son **format pratique, permettant l'insertion dans un sac à main**.
- La patiente doit être **informée et responsabilisée quant à sa participation à la prise en charge de sa grossesse**.
Dans le Réseau du Haut-Nivernais **l'usagère s'engage à présenter le carnet de suivi à tous les intervenants qu'elle rencontrera, afin qu'il puisse être renseigné** (annexe 10) : engagement qui doit être signé par la patiente lorsqu'elle accepte d'être prise en charge par le Réseau. A noter que ce carnet a lui aussi un petit format.

4. Autres outils de communication parfois disponibles

Il est important de signaler le développement d'autres **moyens d'échange d'information** au sein des réseaux « grossesse » :

4.a. Le dossier informatique périnatal partagé

De plus en plus utilisé par les différents réseaux, il s'agit d'un **dossier unique sécurisé et partagé** via « extranet » et dont la patiente possède la clef (37).

Il permet le **partage d'information** entre les différents intervenants du réseau. Le logiciel comprend également un **guide informatisé**, validé par le réseau, avec un calendrier de tâches à effectuer en fonction du terme de la grossesse.

Cependant, malgré tous ces avantages, ce moyen de communication me paraît avoir trois inconvénients majeurs :

- d'abord celui d'être **dépendant de l'utilisation d'un ordinateur**,
- celui de **n'être accessible qu'aux membres du réseau**, puisqu'il faut avoir un identifiant et un mot de passe personnels pour être connectés au système « extranet » et que le dossier puisse être consulté... Ceci exclut d'emblée beaucoup d'autres praticiens pourtant disposés à suivre des grossesses et pose problème lors des consultations chez d'autres praticiens « hors-réseau » par manque de disponibilité du médecin habituel ou lors des déplacements, ponctuels ou prolongés, de la patiente, ce qui est courant de nos jours,
- et enfin, celui de ne **pas faire participer directement la patiente**, qui se trouve alors écartée de ce mode de communication et qui n'a plus accès à la partie éducative qui lui était destinée.

4.b. Le dossier obstétrical unique partagé porté par la patiente

Malgré son aspect « pratique » pour le personnel médical (limitation du temps d'écriture, ensemble du suivi rassemblé sur le même dossier, responsabilisation de la patiente), il a plusieurs inconvénients non négligeables:

- Il **limite la « liberté d'expression »** de ses utilisateurs puisqu'il est destiné à être lu par la patiente et éventuellement ses proches. A l'inverse il peut être source d'inquiétude pour la patiente qui ne comprend pas tous les termes employés, souvent insuffisamment expliqués par les professionnels (15).
- Il est **trop encombrant** pour un sac à main (format A4, épaisseur importante à cause des examens complémentaires) compromettant ainsi sa disponibilité à tout moment. Dans une étude anglaise elles ne sont que 13% à le porter en permanence sur elles versus 50% pour celles qui ont les cartes traditionnelles de coopération (15).
- Et enfin il **n'a pas pour objectif d'éduquer la patiente**, contrairement au carnet de maternité.

4.c. Le futur Dossier Médical Personnalisé (DMP)

C'est un nouveau dispositif institué par la **loi du 13 août 2004** de réforme de l'assurance maladie, prévu pour juillet 2007.

Ce dossier médical sera **personnel, unique et informatisé**, destiné à chaque assuré social de plus de 16 ans (38).

Il comportera **tous les éléments diagnostiques et thérapeutiques** reportés par les professionnels de santé en ville et à l'hôpital, ainsi que les éléments du compte-rendu de sortie en cas de séjour dans un établissement de santé. L'imagerie devrait également y figurer.

Le Plan Périnatalité 2005-2007 prévoit d'intégrer au DMP la partie du **Carnet de maternité destinée aux informations personnelles concernant la patiente** (annexe 5).

Principaux objectifs du DMP :

- Faciliter une **prise en charge coordonnée des soins et le partage d'information** dans le respect du secret médical et de la vie privée du patient.
- **Réduire les interactions médicamenteuses.**
- Permettre de **dépenser mieux**, en évitant notamment de multiplier inutilement les examens complémentaires.
- Permettre une **meilleure évaluation des pratiques** médicales des professionnels de santé.
- Assurer une **traçabilité** : toute personne modifiant ou consultant le DMP pourra être identifiée.
- Être **compatible avec certains logiciels** informatiques déjà employés par les professionnels de santé pour leurs dossiers médicaux propres (cela éviterait les problèmes de double saisie).

L'accès au DMP se fera via Internet. Il sera **sécurisé** par l'utilisation conjointe de la carte du professionnel de santé (CPS) et de la nouvelle carte Vitale (avec photo) du patient. Il pourra lui-même consulter son DMP sur Internet à l'aide d'un code personnel.

Le patient sera le seul à avoir le code d'accès à son DMP et il **pourra déterminer qui, en dehors de lui-même, pourra y accéder** : les médecins de son choix (libéraux et hospitaliers) et seulement en sa présence.

Remarques: Les autres professionnels de santé (infirmiers, pharmaciens, kinésithérapeutes, etc.) pourront y avoir un accès limité, avec accord du patient. De même que l'Assurance Maladie, dans son rôle de contrôle médical : elle pourra

obtenir des copies de pièces du dossier avec l'accord du médecin et du patient (dans le cadre de la réglementation en vigueur). N'y auront pas accès les médecins des assurances privées, les mutuelles et la police.

Le DMP ne pourra être créé qu'après accord du patient. Il choisira lui-même, avec le professionnel de santé, quelles informations y figureront ou non (le patient peut s'opposer à ce que certaines informations y figurent « *pour des raisons légitimes* »). Les modifications éventuelles du contenu du DMP ne pourront se faire sans l'intervention du médecin.

Cependant le DMP aura, à mon avis, plusieurs limites :

- Le ***patient pourra refuser*** de donner sa carte Vitale au médecin, lui interdisant ainsi ***l'accès à son DMP*** (même s'il risque dans ce cas un remboursement moindre par l'Assurance maladie).
- Son accès sécurisé n'est pas une garantie de confidentialité pour certains professionnels de santé et patients qui ***craignent une rupture du secret médical*** (le Code Pénal prévoit déjà une sanction en cas d'intrusion...).
- Ce système est ***entièrement dépendant de l'informatisation, qui est loin d'être généralisée*** en France.
D'après le rapport du Sénateur J-J. Jégou de novembre 2005, seul un praticien libéral sur deux environ, tient un dossier médical informatisé pour ses patients (même si 80% à 85% des professionnels de santé libéraux sont informatisés, leur équipement sert essentiellement à envoyer les feuilles de soins électroniques) et 75% à 80% des établissements hospitaliers utilisent encore un dossier médical «papier» !!
- ***Il existe déjà un retard important dans le calendrier prévisionnel*** initial prévu pour sa mise en place (le manque de précisions sur le contenu exact des futurs DMP et des problèmes importants de budget devraient encore le retarder davantage...) (rapport J-J. Jégou).
- ***Cas particulier de la partie « dossier obstétrical » du carnet de maternité : « le DMP ne sera accessible que pour les bénéficiaires de l'Assurance maladie de plus de 16 ans ».***
On peut alors s'interroger sur le support du suivi obstétrical chez les ***patientes en situation de précarité*** (femmes migrantes en situation irrégulière, Sans Domicile Fixe ou bénéficiaires de l'Aide Médicale d'Etat, jeunes mineures...) qui sont, comme le rappelle le Plan Périnatalité lui-même, parmi les grossesses les plus à risque puisque souvent insuffisamment suivies.

II C. NÉCESSITÉ D'UN OUTIL D'INFORMATION ET D'ÉDUCATION POUR LES PATIENTES

L'éducation et l'information du public représentent une dimension importante de toute politique de Santé Publique.

Il est impératif d'associer les futurs parents au développement de la politique périnatale : pour participer, les patientes et leurs conjoints ont besoin de **comprendre quels sont les facteurs de risque de morbi-mortalité et quelles en sont les mesures de prévention (10)**.

La conférence de consensus de 1998 le rappelle : « *L'objectif poursuivi sera (...) la **participation active et informée des femmes et de leur famille** à la prise en charge de la grossesse* » (17).

Cette information est malheureusement souvent insuffisante ou trop tardive. La thèse de J.Perret en témoigne. Elle montre l'insatisfaction des patientes quant à la qualité des informations qui leur sont délivrées par leur médecin traitant au cours de leur grossesse : déroulement de la grossesse et du suivi, précautions à prendre, allaitement. Elles se plaignent également d'un manque important d'information concernant le retour à domicile après l'accouchement, de la part des généralistes comme de la maternité (39).

Le gouvernement s'était pourtant déjà fixé ces objectifs en créant les séances de préparation à la naissance et le carnet de maternité.

1. Les séances de préparation à la naissance

Il s'agit de séances de préparation à l'accouchement « *psycho-prophylactiques* » **collectives**.

Le plus souvent dirigées par les sages-femmes, elles sont proposées (théoriquement) à toutes les femmes enceintes et visent à **améliorer l'état de santé des femmes enceintes, des accouchées et des nouveau-nés par une approche éducative et préventive** (Plan Périnatalité 2005-2007, **annexe 5**).

Leurs objectifs sont (3) :

- effectuer un **travail corporel** par l'apprentissage de la relaxation, le renforcement musculaire et la préparation du périnée à l'accouchement,
- favoriser un **temps d'écoute** des patientes (permettant parfois le dépistage d'une fragilité psychosociale),

- **informer les futurs parents** sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale, sur les droits sociaux afférents à la maternité (congés légaux, travail,...),
- **responsabiliser le couple** face à l'enfant à venir en l'incitant à adopter des comportements de vie favorables à la santé familiale (tabac, alcool, alimentation, médicaments,...),
- encourager l'**allaitement**.

Elles sont **remboursées à 100%** par la Sécurité Sociale à condition qu'elles soient prescrites. Huit séances peuvent ainsi être effectuées pour chaque grossesse.

D'après le Plan Périnatalité 2005-2007, **47% des femmes enceintes suivent ces séances**.

Malheureusement, les femmes (souvent primipares) qui décident d'y assister **attendent souvent le dernier trimestre de grossesse** (voire le début de leur congé prénatal), moment où elles se croient plus concernées (3).

Ces séances sont alors bien trop tardives pour qu'elles aient l'action préventive escomptée sur la grossesse en cours.

Elles devraient désormais **débuter par l'entretien du 4^e mois** (cf. IIA.2b), qui correspondra donc à la première séance de préparation à l'accouchement.

Cependant, il serait préférable que les mesures préventives soient menées dès le début de la grossesse pour toutes les femmes, que celles-ci souhaitent ou non participer aux séances proposées.

2. Le carnet de maternité

Le carnet de maternité a ainsi pour vocation **d'informer et d'éduquer les patientes**, afin d'assurer leur **collaboration** au bon déroulement de leur grossesse.

C'est avec cet outil, théoriquement à la portée de toutes les patientes et distribué précocement dans la grossesse (lors du premier examen prénatal, d'après la loi), que l'on pourra espérer prévenir au mieux les comportements à risque.

En effet, les mesures hygiéno-diététiques doivent être appliquées **dès le premier trimestre de la grossesse**.

Pour que la participation des femmes enceintes soit efficiente, le carnet de maternité **doit être facilement compris** et donc rédigé en termes accessibles à une majorité d'entre elles.

L'OMS l'avait déjà compris: en créant un HBMR simple et illustré, elle avait pour ambition de **centraliser l'éducation sanitaire** se rapportant aux risques et aux soins pendant la grossesse et l'allaitement, et de **garantir la participation active** de la mère et de la famille (40).

2.a. Partie informative destinée aux patientes

- Elle contient (cf. IC) les **conseils hygiéno-diététiques**, la **description** du déroulement de la grossesse et de l'accouchement, les différentes **conduites à tenir** en cas de survenue d'événements imprévus, les informations concernant le post-partum,...ainsi que ses **droits et obligations**, les **aides** possibles, pendant ou au décours de la grossesse.
- Ces **informations standardisées** contenues dans tous les carnets de maternité doivent **s'adresser à toutes les patientes**, quelque soit leur niveau intellectuel.
- Les **illustrations** associées au texte ont pour but d'en faciliter la compréhension et de le rendre plus agréable à lire.

2.b. Le « dossier obstétrical », lien entre les professionnels

Cette partie, destinée aux échanges entre personnel médical, a elle aussi un rôle éducatif certain :

- Le personnel soignant, en la remplissant, doit lui aussi employer des **termes lisibles et accessibles** aux patientes (41), tout en expliquant ce qu'il y écrit (40).
- Elle améliorerait la qualité des soins par les **échanges entre patiente et soignants** et la **participation** de la patiente à sa grossesse (36).
- Elle améliorerait également la **compliance** des patientes aux décisions médicales par leur compréhension du risque encouru.
Grâce à l'utilisation de l'HBMR un nombre plus important de patientes se sont rendues effectivement aux centres de référence où elles étaient adressées (10).

Plusieurs études (10, 13, 15, 36, 41) confirment l'intérêt marqué des femmes à ce qu'on leur confie leur « dossier obstétrical »:

- elles ont l'impression de mieux maîtriser leur grossesse, **se sentent plus impliquées** dans les décisions prises,

- elles se sentent ***plus à l'aise pour communiquer*** avec le personnel soignant,
- elles sont plus satisfaites de leurs soins de maternité, se sentiraient ***plus informées, plus confiantes***,
- l'***absence de perte ou d'oubli***, ainsi que l'entretien soigné des dossiers ou carnets confiés témoigne de l'attachement des patientes à leur égard, en Europe comme dans les pays les plus pauvres.

2.c. Implication du conjoint

Pour certaines femmes le carnet peut par ailleurs favoriser la **participation de leur conjoint** à leur grossesse par un meilleur partage de l'information (36).

- Le futur père pourrait se sentir ainsi ***plus concerné*** par la grossesse. Il a trop longtemps été exclu de cet épisode de la vie du couple. Il est essentiel de lui redonner sa place : son soutien aura un impact positif évident.
- Sa meilleure compréhension de la grossesse lui permettrait de ***mieux appréhender certaines situations*** (en particulier les conduites à tenir en cas d'urgence, d'accouchement...).
- Le carnet pourrait également, dans les rares cas où c'est nécessaire, permettre à la future mère d'***appuyer certaines prescriptions médicales*** auprès de son compagnon...
Par exemple, le dessin illustrant le « repos » dans l'HBMR a permis à certaines patientes des pays en voie de développement d'argumenter le fait qu'elles doivent réduire leur activité pendant la grossesse (10).

III.

ENQUÊTE

L'enquête que je vous expose ici avait pour principaux objectifs de répondre à plusieurs questions :

- Qui assure le suivi de grossesses ? Quels moyens de communication sont utilisés entre correspondants ? Quelle est la participation des médecins généralistes à la prise en charge des femmes enceintes ?
- Le carnet de maternité est-il connu et utilisé ? Qu'en pensent ceux qui l'ont déjà employé ?
- Quelles qualités et quels défauts peut-on reprocher à ce type d'outil ?
- Les professionnels et les patientes sont-ils prêts à l'utiliser ?
- Quand faut-il le distribuer ? Comment ?

C'est pour cette raison que j'ai jugé intéressant d'interroger **toutes les personnes concernées** par cette réflexion :

- les patientes en tant que principales actrices: sans leur participation le carnet de maternité restera soigneusement rangé au fond d'un placard,
- les gynéco-obstétriciens et les sages femmes en tant que « spécialistes » du domaine obstétrical
- et enfin, les médecins généralistes qui, comme nous l'avons déjà vu, vont être de plus en plus impliqués dans la prise en charge des grossesses.

C'est une **enquête d'opinion**, menée à l'aide de questionnaires.

J'ai sollicité les professionnels de santé libéraux et hospitaliers, ainsi que les patientes en consultation ou hospitalisées en maternité.

Elle s'est déroulée entre les **mois de mars et de mai 2006** dans trois arrondissements de l'Est parisien : **le 11^e, le 12^e et le 20^e**.

III A. MATÉRIEL : LES QUESTIONNAIRES (annexes 11 à 14)

1. Forme

Les questionnaires ont été façonnés de manière à être **faciles et rapides à remplir**.

Pour avoir un maximum de réponses il me semblait essentiel qu'ils soient le plus concis possible, en évitant les redondances.

J'ai pour cela sollicité l'aide d'un médecin épidémiologiste de l'INSERM (M. P-Y Ancel), qui m'a efficacement conseillée sur la présentation et la simplification des questions.

Pour les patientes j'ai cherché à employer un vocabulaire simple, celui-ci s'adressant à toutes, quelque soit leur niveau d'instruction.

J'ai voulu aussi **éviter les questions ouvertes** afin de faciliter l'interprétation des résultats de l'enquête.

La grande majorité des questions se présentent donc sous forme d'affirmations auxquelles correspondent des propositions (le plus souvent oui/non) à entourer.

J'ai cependant laissé aux personnes interrogées la possibilité d'émettre des **propositions supplémentaires ou des commentaires personnels**.

Après plusieurs révisions, chaque questionnaire a pu ainsi être concentré sur deux pages.

2. Contenu

2.a. Pour les professionnels de santé (annexes 11, 12, 13)

Trois questionnaires ont été rédigés : un pour les généralistes, un pour les gynéco-obstétriciens et le troisième pour les sages-femmes. Le même questionnaire s'adressait à chaque spécialité, que ce soit en milieu libéral ou hospitalier.

Leurs questionnaires respectifs se divisaient en trois parties :

- Le **profil** du professionnel interrogé (médecin généraliste, gynécologue-obstétricien ou sage-femme), précisant : son sexe, son âge, son secteur d'activité et son lieu d'exercice, sa participation à une formation médicale continue.
Pour les médecins généralistes une question supplémentaire sur la qualité de leur formation en gynéco-obstétrique était posée.
- Son **activité obstétricale** : quels sont ses correspondants pour le suivi des grossesses ? Quels moyens de communication emploie-t-il avec eux ? Comment juge-t-il la qualité des informations échangées ?

Les médecins généralistes devaient, en plus, chiffrer les consultations de femmes enceintes pour l'année en cours et préciser leur composition (consultations intercurrentes et/ou de suivi).

- Le **carnet de maternité** : connaissance et utilisation éventuelle du carnet par le professionnel, comment le juge-t-il (s'il a déjà été utilisé) ?
A-t-il déjà regretté l'absence d'un tel carnet, est-il prêt à l'utiliser ?
Les avantages et inconvénients que cet outil « pourrait » avoir.
Cet outil pourrait-il modifier sa pratique obstétricale actuelle ?
Quel est le moment propice (d'après lui) pour sa distribution ? Accepterait-il qu'il soit distribué systématiquement par les médecins lors de la 1^{ère} consultation prénatale ?

Le questionnaire se terminait par une rubrique de « **commentaires personnels** ».

2.b. Pour les patientes (annexe 14)

Leur questionnaire débutait par une courte explication du sujet de mon enquête, indiquant que je suis médecin généraliste en cours de thèse et que le questionnaire resterait anonyme.

Il se divisait également en trois parties :

- Le **profil** de la patiente interrogée (« vous ») : âge, profession, lieu de vie, nombre d'enfants.
- Sa **grossesse actuelle** : nombre de mois de grossesse (ou patiente venant d'accoucher) ? Sa grossesse est-elle normale ?
Enumération des différents professionnels de santé consultés pendant la grossesse.
Qualité des informations délivrées ? Moyens et qualité des échanges d'informations entre professionnels ?
Oublis des documents par la patiente ?
- Le **carnet de maternité** : a-t-elle déjà eu un carnet ? (Quand ? Comment ? Qu'en pense-t-elle ?) Contenu et présentation qu'elle souhaiterait qu'il ait ? Est-ce qu'elle accepterait de le présenter à chaque consultation ?

Une rubrique « **commentaires personnels** » était également présente à la fin de ce questionnaire.

III B. METHODE

1. Sélection des échantillons

Parce que j'y vis, j'y ai étudié et j'y effectue des remplacements, j'ai choisi comme zone géographique pour mon enquête les **11^e, 12^e et 20^e arrondissements de Paris**.

Pour avoir un aperçu complet de ce que représente (ou pourrait représenter) le carnet de maternité pour chacune des personnes concernées, j'ai décidé de les interroger toutes: professionnels de santé comme femmes enceintes.

1.a. Médecins généralistes (MG)

Je m'étais initialement fixé comme objectif d'obtenir un minimum de 50 réponses de médecins généralistes : sachant qu'ils sont de plus en plus impliqués dans le suivi des grossesses, il m'a semblé important d'avoir un aperçu suffisamment représentatif de leurs opinions.

J'ai dans un premier temps répertorié les MG sur les *pages jaunes* en ayant écarté d'emblée les MG ayant un exercice particulier (homéopathie, acupuncture, SOS médecins...).

Sur l'ensemble des trois arrondissements concernés par mon enquête (11^e, 12^e, et 20^e) j'ai ainsi obtenu un nombre total de 347 MG : 125 dans le 11^e, 112 dans le 12^e et 110 dans le 20^e.

J'ai opté pour en sélectionner un sur trois en respectant l'ordre alphabétique des pages jaunes, ce qui a fait un **total de 116 MG** sur l'ensemble des trois arrondissements.

1.b. Gynécologues obstétriciens (GO)

Je souhaitais obtenir les réponses d'une quarantaine de gynéco-obstétriciens sur les trois arrondissements : moins nombreux que les médecins généralistes je supposais qu'il me serait difficile d'en avoir davantage.

- **35 Gynécologues et Gynéco-obstétriciens libéraux** ont été sélectionnés également sur les pages jaunes. Sur les 70 répertoriés sur les trois arrondissements, j'en ai sélectionné, toujours dans l'ordre alphabétique, un sur deux, étant donné leur plus petit nombre.
- Pour ce qui est des **GO hospitaliers**, je me suis adressée par courrier électronique aux Chefs des Services de gynécologie obstétrique des 5 hôpitaux disposant d'une maternité dans les trois arrondissements choisis.
Parmi les cinq sollicités, **quatre hôpitaux** ont accepté de participer à mon enquête:
 - Les **Diaconesses**, hôpital privé à but non lucratif, dans le 12^e arrondissement de Paris, a une maternité de niveau I (**annexe 16**).

- **Rothschild**, a une maternité de niveau I bis appartenant à l'Assistance Publique - Hôpitaux de Paris (AP-HP), dans le 12^e. Elle deviendra une maternité de niveau III d'ici 2007, grâce à la formation d'un nouveau pôle de périnatalité avec l'hôpital pédiatrique A. Trousseau et la Clinique des Bluets.

- **Saint Antoine**, de l'AP-HP et dans le 12^e également, a une maternité de niveau II.

- La **Clinique des Bluets** ou « hôpital des Métallurgistes », hôpital privé à but non lucratif, situé dans le 11^e à Paris. Elle était une maternité de niveau I jusqu'à ce jour, mais son déménagement imminent à l'hôpital pédiatrique A.Trousseau, en coordination avec la maternité Rothschild, va la convertir en maternité de niveau III.

J'ai ainsi pu interroger les médecins gynéco-obstétriciens présents en consultation, en hospitalisation et aux urgences de la maternité.

Tenon, seul hôpital du 20^e, n'a pas souhaité participer à l'enquête (sans donner de motif).

A noter que je n'ai pas jugé utile de contacter les Cliniques privées : la plupart ont un fonctionnement particulier, les patientes étant suivies du début à la fin par l'accoucheur qu'elles se sont choisies. J'ai présumé que mon enquête y serait moins informative que dans les structures publiques ou semi-privées.

1.c. Sages-femmes

Je m'étais fixé un objectif de réponses d'une quarantaine de sages femmes, sachant qu'en milieu libéral elles sont peu nombreuses.

➤ **12 sages-femmes libérales** exercent en 2006 dans les 11^e, 12^e et 20^e arrondissements.

Elles ont toutes été sollicitées, sans tenir compte d'une éventuelle orientation « spécialisée ».

➤ Dans les **quatre hôpitaux** sus-cités, j'ai également interrogé les sages-femmes présentes en consultation, en hospitalisation et aux urgences de la maternité.

➤ J'ai souhaité interroger les sages-femmes de la Protection Maternelle et Infantile (PMI), mais l'autorisation pour débiter mon enquête, que j'avais sollicité auprès de la DASES, ne m'est parvenue que très tardivement (fin avril).

1.d. Patientes (femmes enceintes)

Je m'étais fixé comme objectif un minimum de 100 patientes : pour que le carnet de maternité soit opérationnel il faut qu'elles soient d'accord pour l'utiliser. Je voulais donc que l'échantillon soit le plus représentatif possible.

Je n'ai pu enquêter que dans les *quatre hôpitaux sus-cités*.

J'ai beaucoup regretté de ne pouvoir enquêter auprès de la population du 20^e arrondissement, particulièrement défavorisée par rapport à celles du 11^e et 12^e. Pour essayer de rétablir un certain « équilibre », j'ai décidé d'interroger davantage de patientes de Saint Antoine, dont la population est plus diversifiée que celles des trois autres hôpitaux participants.

- J'ai choisi de m'adresser aux femmes enceintes **des salles d'attente de consultation** des maternités, **ayant plus de six mois de grossesse**.
En effet, c'est à partir du 6^e mois de grossesse que la majorité des patientes jusque-là suivies en ville s'orientent pour un suivi vers la maternité de leur choix.
- J'ai également sollicité les patientes hospitalisées en **suites de couches précoces**, pensant ainsi aborder certaines patientes sans suivi « hospitalier » préalable.

Le but était d'avoir un échantillon de patientes le plus représentatif possible des femmes enceintes « habituelles », sans risquer de « présélectionner » involontairement les femmes interrogées.

En effet, je présumais que les femmes enceintes de moins de six mois suivies à l'hôpital le sont (plus souvent qu'en ville) pour grossesse pathologique ou parce qu'issues d'un milieu social moins favorisé.

D'autre part, les grossesses « trop jeunes », n'avaient pas encore été confrontées à suffisamment de consultations pour intéresser mon enquête : mon objectif était en partie d'interroger les patientes sur leur vécu quant à la communication entre les professionnels de santé et à la qualité des informations reçues.

2. Méthode d'intervention : Enquête d'opinion

2.a. Enquête en milieu libéral

➤ *1^{ère} étape :*

J'ai sollicité les sages-femmes et médecins libéraux **par courrier** courant **mi-mars 2006**, chaque questionnaire étant accompagné d'une lettre explicative (**annexe 15**) et d'une enveloppe pré-timbrée pour la réponse.

Dans mon courrier j'informais de l'objectif de mon enquête et leur annonçais qu'en l'absence de réponse de leur part, sous 15 jours, je les contacterais par téléphone.

Le questionnaire était (évidemment) anonyme. Pour identifier les professionnels ayant répondu, j'avais numéroté chaque questionnaire envoyé. Chaque numéro correspondait à un des professionnels sélectionnés en respectant l'ordre alphabétique des pages jaunes.

➤ *2^{ème} étape :*

Deux à trois semaines plus tard (début avril), j'ai ainsi pu **relancer par téléphone** ceux qui ne m'avaient pas répondu. Je n'avais alors reçu que 62 questionnaires sur 116 pour les MG, 9/35 pour les GO et 9/12 pour les SF.

Un médecin généraliste a souhaité me rencontrer et a rempli le questionnaire en ma présence. Un deuxième m'a demandé de l'interroger au téléphone, j'ai moi-même rempli le questionnaire sous sa dictée. Enfin cinq généralistes ayant perdu le questionnaire, je leur en ai renvoyé un deuxième exemplaire: quatre d'entre eux m'ont effectivement répondu par la suite.

Les gynécologues et les sages-femmes ne m'ont pas posé de problèmes particuliers.

Lors de la relance téléphonique plusieurs professionnels m'ont expliqué (et confirmé) leur absence de participation: retraite, absence d'activité obstétricale ou refus par manque de disponibilité.

➤ *Clôture de l'enquête :*

Le 23/04 je clôturais mon enquête postale ayant reçu **82 réponses de MG**, 23 de GO et **9 de SF** sur les trois populations respectives. Je recevais cependant encore une réponse mi-mai d'une GO (une erreur d'adresse avait retardé la réception du courrier), que j'ai quand même pu intégrer aux résultats, ce qui portait donc le total de GO à **24/35**.

A noter que trois questionnaires de MG m'ont été retournés vierges : deux d'entre eux pour cause de retraite, le troisième s'excusant de n'avoir aucune activité obstétricale.

Une GO m'a également renvoyé un questionnaire vierge car elle ne faisait que des échographies.

2.b. Enquête en milieu hospitalier

J'ai conduit mon enquête à raison de deux à trois demi-journées par hôpital **entre le 28 mars 2006 et le 2 mai 2006**.

➤ *Les Gynécologues-obstétriciens :*

J'ai abordé les GO le plus souvent **directement** (à la fin de leurs consultations) ou par **l'intermédiaire de leur secrétaire** (pour six d'entre eux que je n'arrivais pas à joindre).

Certains (environ deux à trois par hôpital) n'ont pas pu ou pas souhaité répondre au questionnaire faute de disponibilité.

Au total **22 GO ont participé** à l'enquête en milieu hospitalier, soit quatre à sept GO par hôpital : 4 aux Diaconesses, 5 à Rothschild, 6 à Saint Antoine et 7 aux Bluets.

➤ *Les sages-femmes :*

J'ai également interrogé **directement** toutes les sages-femmes (SF) présentes à chaque fois que je me déplaçais dans les maternités : je n'ai eu que trois refus, dont deux SF de Rothschild qui n'assuraient que les suites de couches et une des Bluets, trop occupée ce jour-là.

Au total, j'ai ainsi enquêté auprès de **36 sages-femmes**: 11 aux Diaconesses, 9 à Rothschild, 8 à Saint Antoine, 8 aux Bluets. Une seule d'entre elles était de la PMI (elles ne sont que sept sur les trois arrondissements).

➤ *Les patientes :*

En salle d'attente la plupart des patientes étaient très disposées à remplir le questionnaire: j'ai pu ainsi interroger **122 femmes enceintes**.

J'ai dû exclure de mon enquête les patientes ne parlant pas le français (pour la plupart asiatiques), exceptée une patiente indienne que j'ai pu interroger en anglais.

Aux patientes parlant français mais ne sachant pas le lire j'ai proposé mon aide : j'ai ainsi pu interroger quatre patientes (une asiatique et trois africaines).

Parmi ces 122 patientes six ont dû être exclues de l'enquête car ne rentrant pas dans les critères d'inclusion (grossesses de moins de six mois) ou questionnaire ininterprétable.

De la même façon les patientes **en suites de couches** ont le plus souvent accepté de participer à l'enquête : elles sont **53** à avoir rempli le questionnaire (environ 1/3 du total). Celles qui ont refusé l'ont fait par manque de disponibilité au moment où je me présentais (visites, fatigue excessive, allaitement...).

Au total, j'ai pu interroger 169 patientes dont 38 aux Diaconesses, 37 à Rothschild, 52 à Saint Antoine et 42 aux Bluets.

3. Méthode d'évaluation

J'ai dans un premier temps effectué le **codage de chaque variable** (ou question) pour chaque questionnaire, que j'ai saisi ensuite sur Excel : les données étaient ainsi résumées sur quatre tableaux (un par type d'échantillon), chacun comprenant entre 37 (patientes) et 57 (généralistes) variables.

Avec l'aide de M. P-Y Ancel, nous avons ensuite analysé les différentes variables pour chaque tableau pris individuellement, à l'aide du logiciel informatique stata (version 8).

- Nous avons ainsi effectué une **analyse descriptive** pour chaque question: le logiciel chiffrait chaque type de réponse à chaque variable et calculait leur pourcentage.
Il nous a permis de croiser certaines questions, précisant ainsi si telle réponse était influencée par telle autre.
Les résultats étaient présentés sous forme de tableaux.
- J'ai ensuite confronté les réponses des différents échantillons à certaines questions communes (cf. IV B. Discussion des résultats).

III C. RÉSULTATS DES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

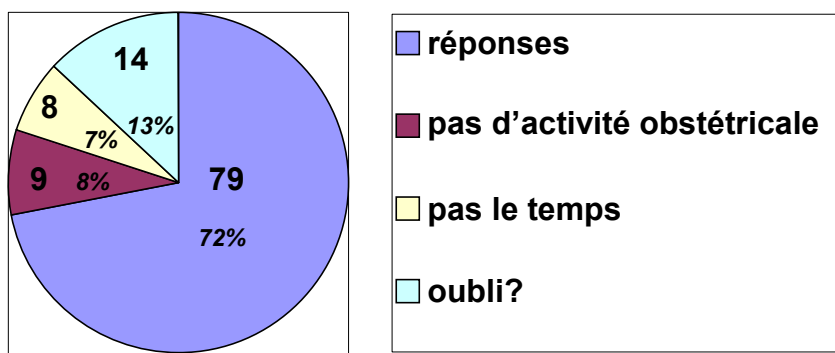
1. Population des MG

1.a. Population étudiée

La population cible était de 110 MG, puisque sur les 116 contactés initialement six avaient pris leur retraite dans l'année.

La population étudiée correspondait en fait à la population de MG ayant effectivement répondu au questionnaire, c'est à dire 72% de la « population cible » (=79/110).

Fig.1. Population cible (110 MG)



1.b. Sexe

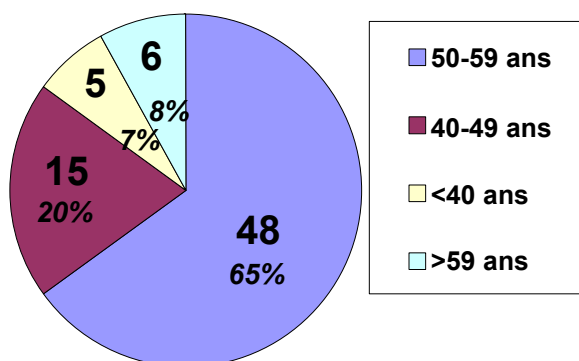
33% de femmes pour 67% d'hommes dans la pop étudiée (pourcentage comparable à la population cible).

Pas de différence significative entre le taux de réponse des MG femmes et MG hommes (p 0.694).

1.c. Âge

Âge moyen 51.3 ans, les âges se répartissant entre 35 et 75 ans.

Fig.2. Distribution des âges (74 MG)



65% ont entre 50 et 59 ans (48/74), cinq MG n'ont pas répondu.

1.d. Arrondissements

Les MG sollicités sont également répartis sur les trois arrondissements (environ 1/3 pour chaque)...mais le **taux de réponses est très influencé par l'arrondissement** en question : les MG du 11^e ont répondu à 82% (32/39), ceux du 12^e à 77% (27/35) et ceux du 20^e seulement à 55.5% (20/36).

1.e. Secteur d'activité

Répartition:en gros 1/3 de secteurs 2 (35.4%) et **2/3 de secteurs 1** (64.6%).

1.f. Formation en gynéco-obstétrique

Seuls 42.6% sont satisfaits de leur formation, 28% sont peu satisfaits, et 29.4% la jugent insuffisante (sur les 75 MG ayant répondu).

1.g. Participation à la FMC

73% participent à la FMC, 27% non (sur 78 MG ayant répondu).

2. Activité obstétricale

2.a. Activité obstétricale globale :

87% (69/79) des MG interrogés ont vu des femmes enceintes en consultation au cours de l'année écoulée.

En moyenne, les MG voient 17 grossesses par an: les MG femmes en voient en moyenne 19/an contre 13/an pour les MG hommes.

- **13% (10/79) n'ont pas vu de femmes enceintes au cours de l'année écoulée**, quelque soit le sexe du MG,
- 23% (18/79) en ont vu moins de 10, ou 11% (3/26) des MG femmes versus 28% (15/53) des MG hommes,
- **21.5% (17/79) entre 10 et 20**, (27% des MG femmes versus 19% des hommes),
- 16.5% (13/79) entre 20 et 50, ou 27% des femmes versus 11% des hommes,
- et 11.5% (9/79) plus de 50, dont trois qui en voient au moins 100/an. Avec cette fois-ci une plus forte représentation des MG hommes (13% versus 8% pour les MG femmes).
- Enfin, 15% (12/79) consultent des femmes enceintes mais n'ont pas précisé combien.

Tableau 1 : Type d'activité obstétricale dans la population de MG étudiée

Type d'activité obstétricale	Pas de suivi	Consultations (cs) de suivi				Total
		1 ^{er} T	2 ^e T	3 ^e T	Total*	
Pas de cs intercurrentes	10 (13%)	8	5	2	8 (10%)	18 (23%)
Cs intercurrentes	13 (16%)	46	20	5	46 (58.5%)	59 (74.5%)
Pas de réponse	0 (0%)	2	2	0	2 (2.5%)	2 (2.5%)
Total	23 (29%)	56 (71%)	27 (34%)	7 (9%)	56 (71%)	79 (100%)

* les médecins faisant à la fois le suivi du 1^{er}, 2^e voire 3^e trimestre ne sont comptés qu'une seule fois dans le « total » des consultations de suivi.

Deux médecins n'ont pas précisé s'ils faisaient ou non des consultations intercurrentes.

Sur l'ensemble de la population étudiée ils sont donc **71% (56/79) à faire du suivi de grossesse !**

Parmi les 69 MG qui consultent des femmes enceintes :

- **88% (59/67) les voient au cours de consultations intercurrentes** (urgence ou pour motifs sans lien direct avec la grossesse),
- **81%(26/69)** pour des consultations systématiques de **suivi du 1^{er} trimestre**, alors qu'ils ne sont que 39% à les suivre encore au 2^e trimestre et plus que 10% au 3^e trimestre de grossesse.

19% des 69 MG ne font que des consultations intercurrentes au cours de la grossesse et 12% ne font que du suivi, la grande majorité, **69% (46/67), faisant à la fois du suivi et des consultations intercurrentes.**

2.b. Modalités du suivi de grossesse

Parmi les 69 MG qui consultent les femmes enceintes :

- **72,5% des MG ne suivent jamais seuls les grossesses**, ils sont 23% à dire les suivre parfois seuls (certains précisent qu'il s'agit alors du premier voire du deuxième trimestre) et près de 6% (4/69) à dire les suivre entièrement seuls (parmi ces quatre MG, un seul ne fait que des consultations intercurrentes),
- 54% font parfois appel au GO libéral,
- **78% travaillent avec la maternité**,
- seuls 10% utilisent les services de la PMI et des SF libérales...

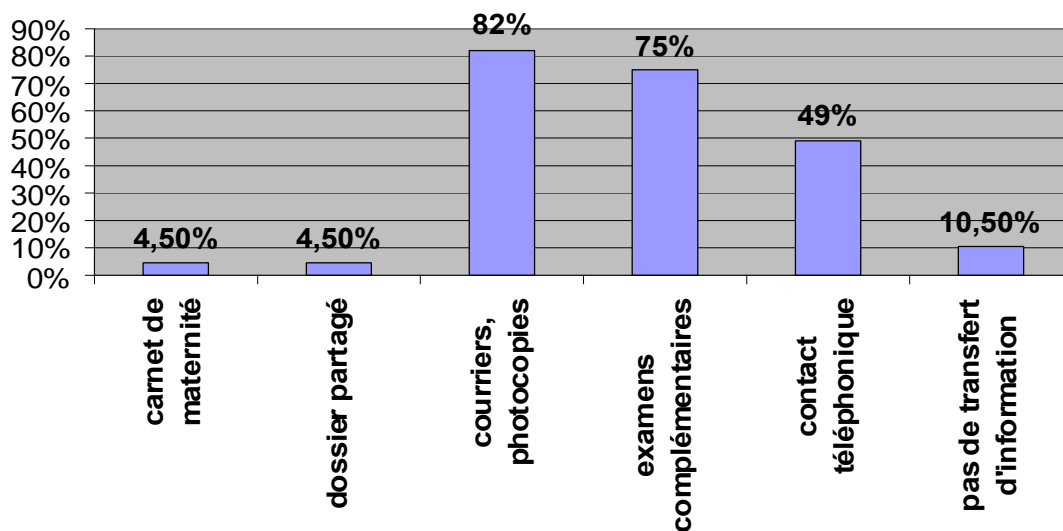
Les MG travaillent souvent avec **plusieurs partenaires**: 33% font appel à la fois à la maternité et aux GO libéraux...les 16% travaillant avec la PMI ou les SF libérales travaillent également avec la maternité et/ou avec le GO.

A noter que parmi les 69 médecins consultant des femmes enceintes, six n'ont pas répondu à cette question puisqu'ils ne font que des consultations intercurrentes (ils ne se sentent donc pas concernés par la question du suivi).

2.c. Moyens de communication avec les correspondants

- 95.5% des MG consultant des femmes enceintes (64/67) n'utilisent jamais le carnet de maternité,
- 82% (55/67) utilisent des courriers ou des photocopies de dossier,
- 10.5% des MG (7/67) disent (parfois) ne pas transférer des informations à leurs confrères (Cette réponse n'est pas influencée par le type d'activité obstétricale: 10% des MG, qu'ils suivent ou non les grossesses).

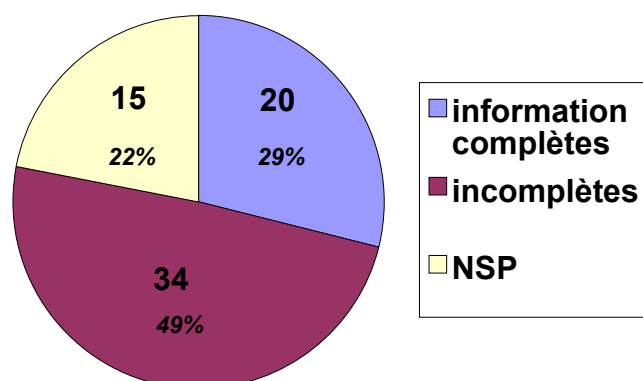
Fig.3. Moyens de communication des MG



2.d. Qualité des informations échangées

Seuls 29% (20/69) des MG interrogés estiment complètes les informations échangées entre eux et les autres intervenants au cours de la grossesse...

Fig. 4. Qualité des informations échangées(69 MG)



3. Le carnet de maternité

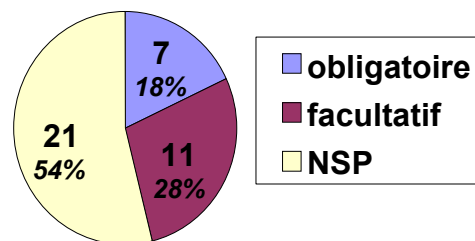
3.a. Connaissance

Ils ne sont que la **moitié** à connaître l'existence des carnets de maternité (39/79)

La proportion de MG connaissant ou non le carnet de maternité varie en fonction du suivi de grossesses : **55% de ceux qui suivent des grossesses le connaissent** contre seulement 35% pour ceux qui n'en suivent pas ($p = 0.097$).

- 36% d'entre eux l'ont découvert au cours de leurs études ou FMC, de même que ceux qui l'ont découvert au cours de consultations (36%), seuls 5% l'ont découvert dans une revue médicale, les 23% restants ne précisent pas.
- **seuls 18% le savent légalement obligatoire (7/39).**

Fig. 5. Statut légal du carnet (39 MG)



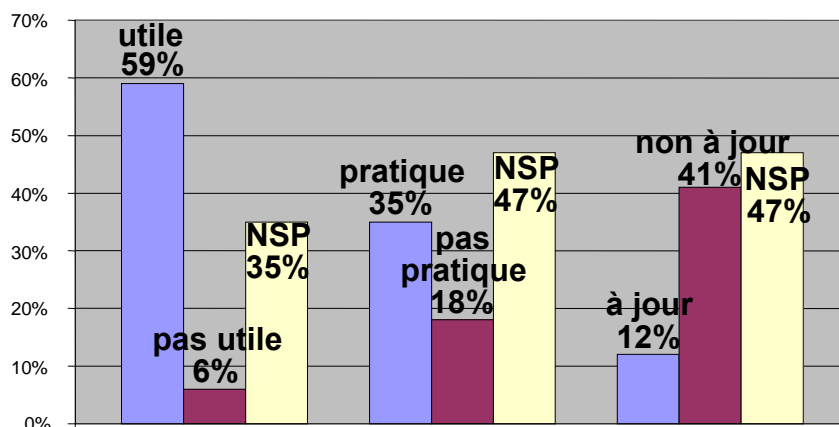
- Pour ce qui est de son mode de distribution, les réponses « maternité, PMI et CAF/CPAM » ont été cochées dans environ un cas sur deux, ils sont cependant **59% à ignorer que les MG et les GO ont la possibilité de les distribuer eux-mêmes** à leurs patientes !
- De façon attendue, ils ignorent également auprès de qui ils doivent s'adresser pour se les procurer : 60% avouent ne pas savoir, **seuls 20% mentionnent** dans leurs réponses **la DASES et/ou le Conseil Général** (ce qui peut être considéré comme une réponse valable, puisque la DASES dépend du Conseil Général).

3.b. Utilisation

Parmi les 39 MG connaissant l'existence des carnets de maternité ils ne sont que 43.6% (17/39) à l'avoir déjà utilisé. Soit **21.5% de la population totale étudiée (17/79)**, ou encore 27% des MG assurant des suivis de grossesse (15/56).

- Ils sont 29.5% (5/17) à l'avoir utilisé dans l'année en cours, mais pour 41% (7/17) d'entre eux cela remonte à au moins 5 ans !
- **59% (10/17) le considèrent utile** (un seul MG, qui pourtant suit des grossesses, précise qu'il ne l'est pas), alors que seuls **12% le trouvent à jour.**

Fig. 6. Qualités du carnet de maternité pour les MG qui l'ont utilisé (17 MG)

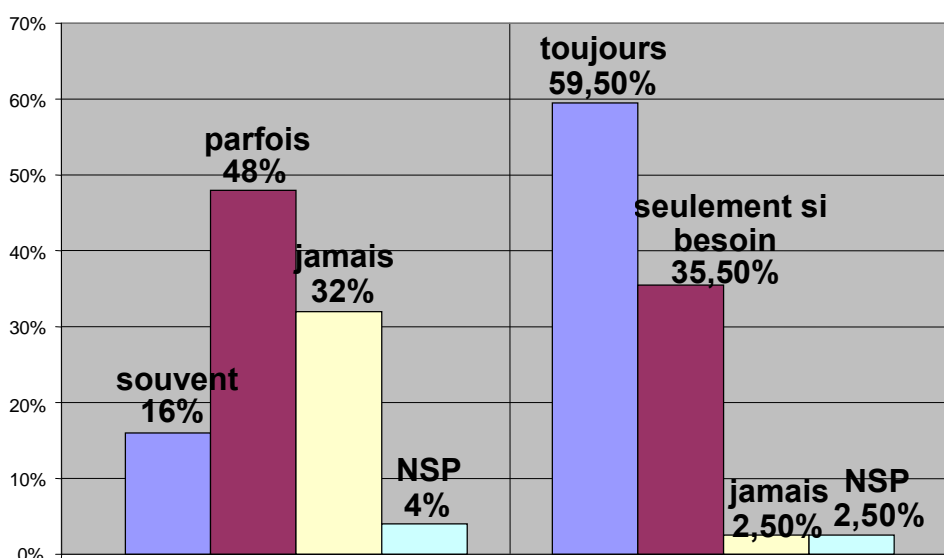


3.c. Estimation de sa place dans la pratique obstétricale

- 64% des MG interrogés ont déjà regretté l'absence d'un tel carnet (51/79) : 16% l'ont regretté souvent (ce sont tous des MG faisant du suivi de grossesse), 48% parfois. Si on ne s'intéresse qu'aux MG suivant des femmes enceintes, ils sont 75% (42/56) à en avoir regretté l'absence, dont 23% souvent ($p = 0.007$). Seuls 32% des MG ne l'ont jamais regretté : 52% de ceux qui ne suivent jamais de grossesses, et seulement 23% de ceux qui en suivent.

Fig.7. Position des MG concernant le carnet de maternité (79 MG)

Ont-ils déjà regretté son absence ? | Sont-ils prêts à l'utiliser ?



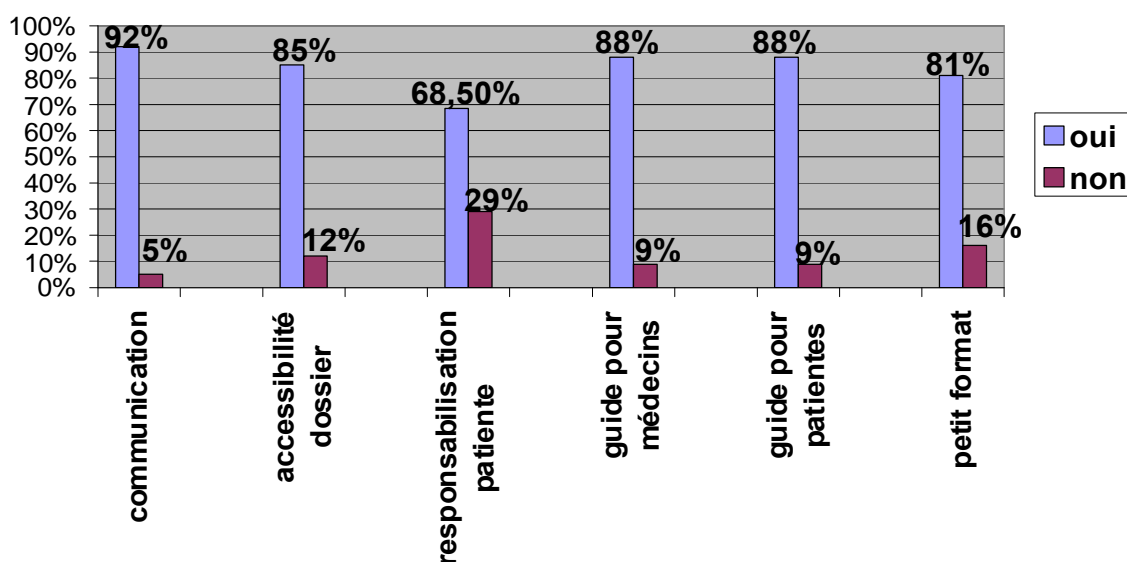
- Seuls deux MG sur les 79 (2.5%) ne sont jamais disposés à utiliser le carnet de maternité : ils n'ont d'ailleurs aucune activité obstétricale.

Parmi les généralistes ayant une activité obstétricale, quelle qu'elle soit, ils sont **65% (44/68) à se dire prêts à toujours utiliser ce carnet**. Les 35% restants ne le feront « que s'ils le jugent nécessaire ».

3.d. Avantages

- **92% (70/76) des MG interrogés estiment qu'il favoriserait la communication, la continuité des soins.** Ils sont même 95% (52/55) parmi ceux qui suivent les grossesses.
 - **85% (63/74) pensent qu'il permettrait l'accessibilité du dossier en toute circonstance.**
 - **68.5% (50/73) supposent qu'il responsabiliserait la patiente, qu'il lui permettrait une participation active à sa grossesse.**
 - **88% des MG (67/76) considèrent qu'il pourrait servir de « guide » pour leur pratique obstétricale** (cette réponse n'étant pas significativement influencée par la satisfaction de leur formation en gynéco-obstétrique ou le type d'activité obstétricale).
 - **88% (66/75) pensent qu'il pourrait également être un « guide » pour les patientes.**
 - **81% (57/70) préfèrent un petit format (A5).**
- Neuf MG ont omis de répondre à cette question.

Fig.8. Avantages du carnet de maternité pour les MG



A noter : résultats très superposables si on étudie seulement la population de MG ayant une activité obstétricale quelconque ou faisant du suivi de grossesse.

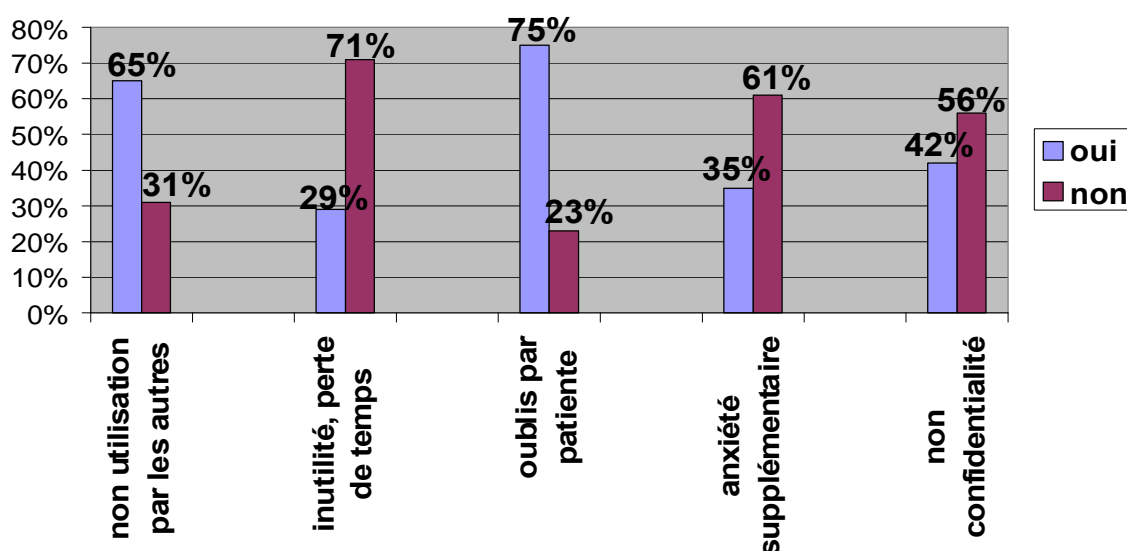
3.e. Inconvénients

- 65% (46/71) des MG appréhendent une non utilisation par les autres intervenants...
- Seuls 26% (19/72) pensent qu'il pourrait s'agir d'une inutilité, d'une perte de temps. 37% (7/19) de ceux qui le trouvent « inutile » sont pourtant prêts à le remplir toujours...et 16% (3/19) d'entre eux en ont regretté souvent l'absence. Les deux MG qui ne veulent pas le remplir ne se prononcent pas pour cette question.
- 75% (56/75) craignent des oublis par la patiente.
- 35% (26/74) redoutent que le carnet soit une cause d'anxiété supplémentaire pour leurs patientes (accès aux informations médicales les concernant).
- 42%(30/72) voient comme inconvénient important la « non confidentialité » de ce document « transporté » à l'extérieur du cabinet ou de l'hôpital.

Tableau 2. Inconvénients du carnet de maternité en comparant la population MG étudiée avec les MG faisant du suivi de grossesse

	Non utilisé par les autres	Inutilité, perte de temps	Oublis par la patiente	Cause d'anxiété	Non confidentialité
Tous	65% (46/71)	26% (19/72)	75% (56/75)	35% (26/74)	42% (30/72)
Suivi	73% (37/51)	31% (16/51)	79% (42/53)	35% (18/52)	43% (23/53)

Fig.9. Inconvénients du carnet de maternité pour MG

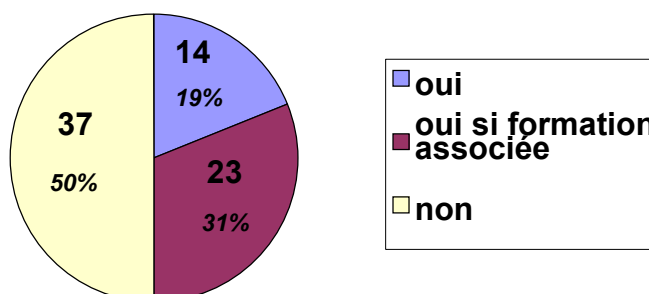


3.f. Modifications de l'activité obstétricale

19% (14/74) des MG sont prêts à suivre davantage de grossesses si le carnet de maternité est utilisé systématiquement et par tous.

Ils sont même 25% (13/53) parmi ceux qui assurent déjà un suivi de grossesse et 33% (10/30) parmi ceux qui sont satisfaits de leur formation initiale.

**fig. 10. Augmentation de l'activité obstétricale
avec le carnet de maternité (74 MG)**



50% (37/74) des MG interrogés sont donc disposés à augmenter leur activité obstétricale grâce à l'utilisation d'un carnet de maternité +/- associée à une formation.

Cette proportion est la même pour les MG assurant ou non le suivi de grossesse.

72% (16/22) de ceux qui sont prêts à suivre davantage de grossesses avec le carnet s'ils ont une formation complémentaire associée, ne sont pas satisfaits de leur formation initiale en gynéco-obstétrique.

3.g. Moment « idéal » de distribution du carnet de maternité

61% (48/79) sont pour une distribution dès le diagnostic de grossesse,
et 38% (30/79) pour une distribution vers le 3^e mois.

Tableau 3. Moment choisi par les MG pour distribuer le carnet de maternité

	1 ^{ère} consultation	Pas la 1 ^{ère} consultation	NSP	Total
3 ^{ème} mois	8% (6)	22 (17)	8 (7)	38% (30)
Pas le 3 ^e mois	33% (26)	1% (1)	0	34% (27)
NSP	20% (16)	0	8% (6)	28% (22)
Total	61% (48)	23% (18)	16% (13)	100% (79)

Si on retranche les 8% de MG qui pensent que la distribution peut se faire indifféremment à la première consultation ou au troisième mois, ils sont en fait 53% (42/79) à vouloir qu'il soit distribué exclusivement dès le diagnostic de grossesse, et 30% (24/79) qui préfèrent qu'il le soit au 3^e mois.

3.h. Distribution du carnet par les médecins dès la 1^{ère} consultation prénatale

65% (51/79) des MG se disent prêts à le distribuer systématiquement lors de la 1^{ère} consultation prénatale. On obtient même 79% (38/48) pour les MG qui étaient déjà d'accord pour sa distribution au cours de la 1^{ère} consultation.

28% des MG ne le sont pas, parmi lesquels :

- **56% (10/18) des MG qui ne sont pas d'accord pour sa distribution dès la 1^{ère} consultation,**
- 15% (7/48) des MG qui sont pourtant d'accord pour une distribution la plus précoce possible,
- 35% (8/23) des MG qui ne suivent pas de grossesse (contre 25% (14/56) des MG qui en suivent).

III D. RÉSULTATS DES GYNÉCOLOGUES OBSTÉTRICIENS

1. Population de GO

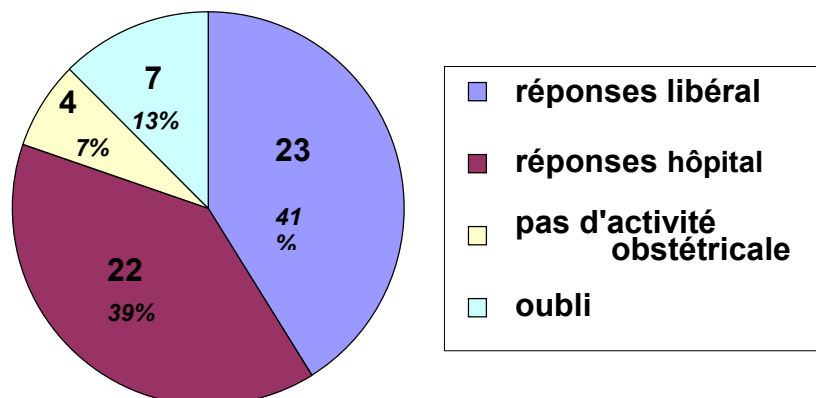
1.a. Population étudiée

Population cible= 56 gynéco-obstétriciens, dont 22 interrogés à l'hôpital et 34 par voie postale (« réponses libéral ») puisque sur les 35 GO ainsi sollicités, un était à la retraite.

Population étudiée = 80% de la population cible (45/56) :

- **68% des GO sollicités par courrier ont répondu (23/34),**
- **12% (4/34) n'ont pas répondu** car n'avaient pas d'activité obstétricale (échographie seule ou gynécologie médicale uniquement),
- **21% (7/34) avaient promis de répondre** lors de la relance téléphonique et ne l'ont pas fait.

Fig 1. Population cible des GO (56 GO)



1.b. Sexe

31% d'hommes pour **69% de femmes** dans la population étudiée (pourcentage superposable à celui de la population cible).

Pas de différence significative entre le taux de réponse des GO femmes (79.5%) et GO hommes (82%).

1.c. Âge

Âge moyen : 47.9 ans.

49% ont moins de 50 ans, 38% entre 50-59 ans, 13% plus de 59 ans (huit GO n'ont pas répondu).

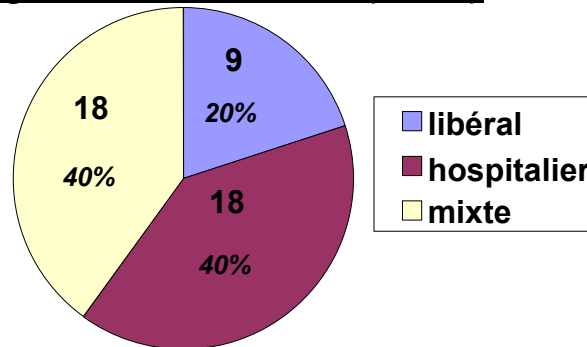
1.d. Spécialité

75% de la population étudiée sont **gynéco-obstétriciens**, 25% des gynécologues médicaux. Ces derniers représentent en fait 48% des GO « libéraux », sollicités par voie postale.

1.e. Lieu d'exercice

40% d'entre eux exercent à la fois au cabinet et à l'hôpital et/ou à la clinique (seuls 6/45 ont une activité en clinique).

Fig.2. Lieu d'exercice GO (45 GO)



1.f. Arrondissements

Les GO sollicités (hospitaliers et libéraux) sont très inégalement répartis sur les trois arrondissements : **51% sont du 12^e**, 36% du 11^e et seulement 13% du 20^e.

Le taux de réponses est peu influencé par l'arrondissement en question : les GO « libéraux » du 11^e et du 12^e ont répondu environ à 65% et ceux du 20^e à 75% (6/8).

1.g. Secteur d'activité

55% sont en secteur 1, 45% en secteur 2 (sur 44 GO ayant répondu).

1.h. Participation à une FMC

89% participent à une FMC, 11% non (sur 44 GO).

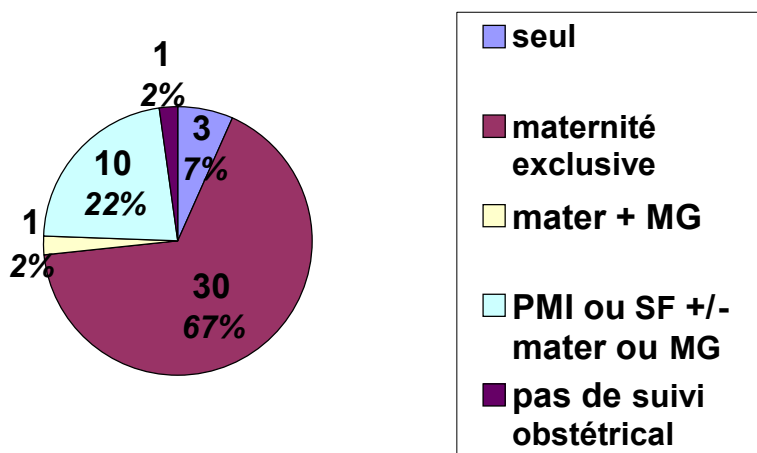
2. Activité obstétricale

2.a. Suivi de grossesse

- **48% (21/44) des GO suivent parfois seuls les grossesses**, et ils sont près de 7% (3/45) à dire les suivre entièrement seuls,
- 23% (10/44) seulement collaborent parfois avec des MG, parmi lesquels un seul GO libéral,
- **93% font appel à la maternité (41/44)**,
- seuls environ 20% utilisent les services des SF libérales (9/44) ou de la PMI (8/44)...

Les GO travaillent dans **67%** (30/45) des cas avec la maternité exclusivement, rarement avec d'autres partenaires, mais dans ce cas ils sont multiples.

Fig. 3. Suivi de grossesse pour GO (45 GO)



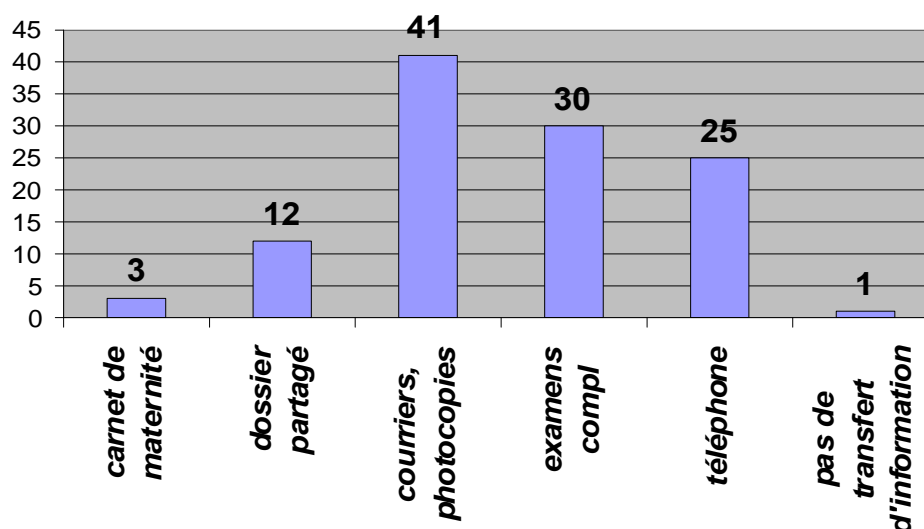
Parmi cette grande majorité de GO qui ne travaille qu'avec la maternité comme partenaire, se trouvent 56% (10/18) des gynéco-obstétriciens « hospitaliers ».

A noter : un des GO ne suivant pas de grossesses, il a répondu « non » à toutes les propositions.

2.b. Moyens de communication avec les correspondants

- **93%** (42/45) n'utilisent jamais le carnet de maternité,
- la très grande majorité (91% soit 41/45) utilise des courriers ou des photocopies de dossier,
- seul un GO (2%) dit ne pas transférer systématiquement les informations à ses confrères, il s'agit pourtant d'un GO ne travaillant jamais seul...(toujours avec la maternité)

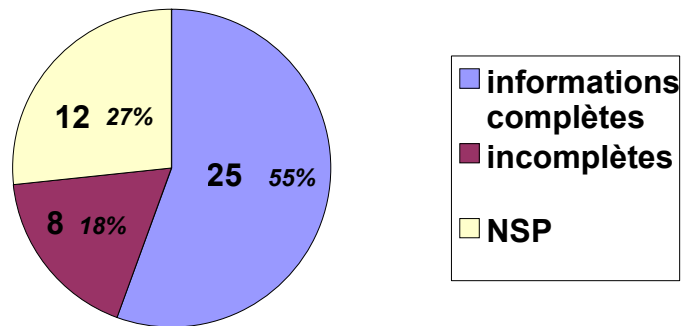
Fig. 4. Moyens de communication pour les GO (45 GO)



2.c. Qualité des informations échangées

55.5% des GO interrogés estiment complètes les informations échangées entre eux et les autres intervenants au cours de la grossesse...ils sont 18% à les trouver incomplètes, et 26.5% ne se sont pas prononcés...

Fig.5. Qualité des informations échangées
pour GO (45 GO)



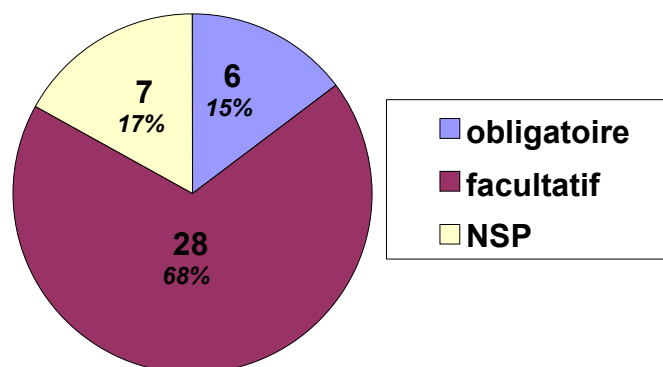
3. Le carnet de maternité

3.a. Connaissance

Ils sont la grande majorité à connaître l'existence des carnets de maternité: 91% (41/45), à noter que 17% (3/18) des GO « hospitaliers » ne le connaissent pas.

- La moitié d'entre eux (51%) l'a découvert au cours de consultations, seuls 20% l'ont découvert pendant leurs études ou FMC, un seul GO l'a découvert dans une revue médicale, les 27% restants ne précisent pas.
- 68% le pensent facultatif, seuls 15% le savent légalement obligatoire (6/41), le reste ne sait pas.

Fig.6. Statut légal du carnet (45GO)



- Mode de distribution: ils sont **88% à ignorer que les MG et les GO ont la possibilité de les distribuer eux-mêmes** à leurs patientes (seuls 9 GO/41 le savent, sans influence du lieu d'exercice),
63% pensent que c'est le rôle de la CAF ou de la CPAM...,
41% mentionnent la maternité et 46% les centres de PMI.
- De façon attendue, ils ignorent également auprès de qui ils doivent s'adresser pour se les procurer : 61% avouent ne pas savoir, **seuls 15% mentionnent la DASES et/ou le Conseil Général** (réponse considérée comme valable).

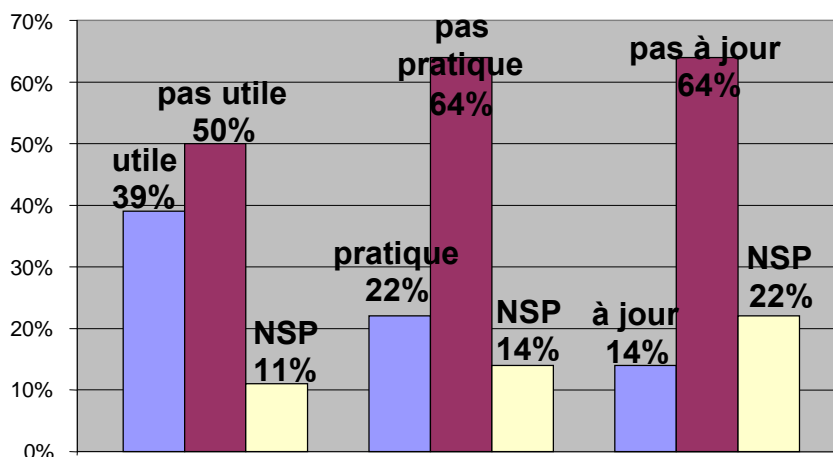
3.b. Utilisation

Ils sont **68% (28/41)** à l'avoir déjà utilisé parmi les GO qui le connaissent.

- Un seul GO (sur les 17 qui ont répondu à cette question) l'a utilisé dans l'année en cours (6%), et **pour 59% (10/17) d'entre eux cela remonte au minimum à 5 ans.**
- **Seuls 39% (11/28) le trouvent utile.**
- 21% (6/28) le trouvent pratique et ils ne sont plus que 14% (4/28) à le trouver à jour...

Ils sont six à ne pas répondre à la dernière question (aucun lien avec l'ancienneté d'utilisation n'a été retrouvé).

Fig.7. Qualités du carnet de maternité pour les GO qui l'ont utilisé (28 GO)

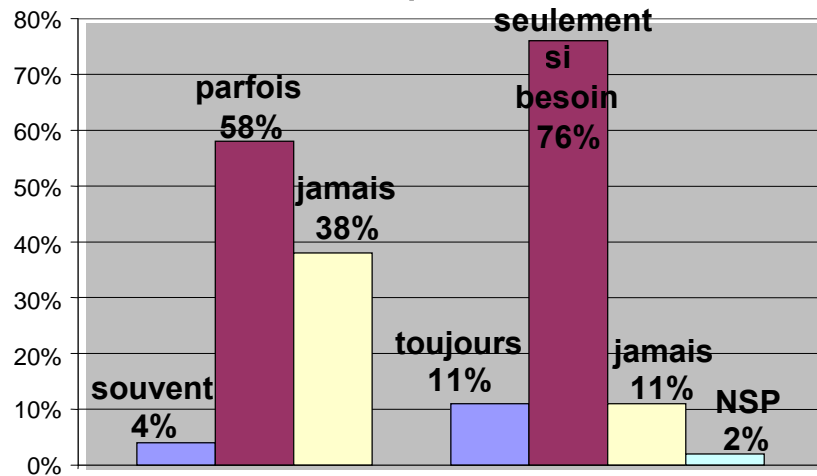


3.c. Estimation de sa place dans la pratique obstétricale

- **62% des GO interrogés ont déjà regretté l'absence d'un tel carnet (28/45) :** seuls deux GO (4%), l'un « hospitalier » l'autre non, l'ont regretté souvent. Le lieu d'exercice n'influence pas le type de réponse : les GO « hospitaliers » l'ont regretté dans 61% des cas versus 56% pour les autres.
- **87% (39/44) se disent prêts à l'utiliser.**

Fig.8. Position des GO concernant le carnet de maternité

Ont-ils déjà regretté son absence ? | Sont-ils prêts à l'utiliser ?

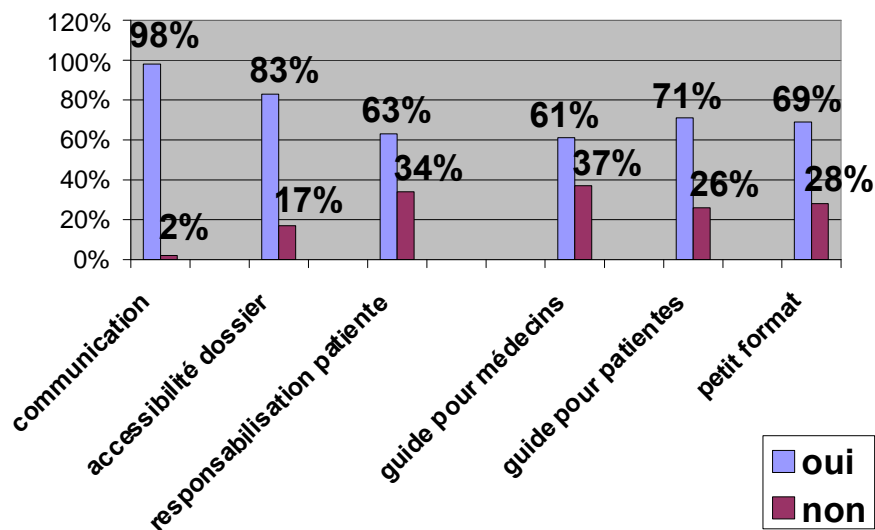


A noter qu'un seul « hospitalier » est disposé à l'utiliser « toujours » (6%) et 83% (15/18) « seulement s'ils le jugent nécessaire ».

3.d. Avantages

- **98% (42/43) des GO interrogés estiment qu'il favoriserait la communication, la continuité des soins** (seule une GO, qui travaille exclusivement au cabinet et suit entièrement seule les grossesses, pense le contraire).
- **83% (34/41) pensent qu'il permettrait l'accessibilité du dossier en toute circonstance**, les réponses étant superposables chez les GO « hospitaliers » ou non.
- Seuls **63% (26/41) présument qu'il responsabiliserait la patiente**, qu'il la ferait participer activement à sa grossesse : ils sont 56% à le penser parmi les GO « hospitaliers » contre 70% chez les autres.
- **61% des GO (25/41) pensent qu'il pourrait servir de « guide » pour leur pratique obstétricale**, le même taux de réponse que ce soit chez les « hospitaliers » ou non.
- **71% (30/42) considèrent qu'il serait également un « guide » pour les patientes**, 75% (18/24) chez les non « hospitaliers » versus 67% chez les autres.
- **69% (27/39) préfèrent un petit format (A5)**, sans différence pour les réponses des GO « hospitaliers » ou non.

Fig. 9. Avantages du carnet de maternité pour les GO



3.e. Inconvénients

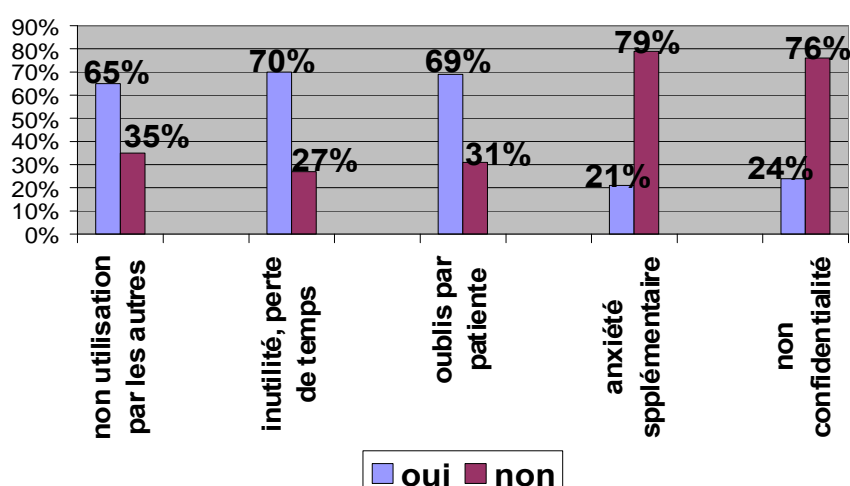
- 65% des GO (28/43) appréhendent une **non utilisation** par les autres intervenants.
- 70% pensent qu'il pourrait s'agir d'une inutilité, d'une perte de temps (31/44).

Sur ces 70% ils sont pourtant : une GO (3%) à en avoir souvent regretté l'absence, 55% (17/31) parfois et seuls 42% jamais. Ou encore, la même **GO (3%) se dit prête à l'utiliser toujours et 81% (25/31) se disent prêts à l'utiliser s'ils le jugent nécessaire.**

Pour ces deux premiers items il n'y a pas de différence significative entre « hospitaliers » ou non.

- 69% (29/42) craignent des **oublis par la patiente**, dont 78% (14/18) des « hospitaliers » versus 62% des autres.
- Seuls **21% (9/42)** pensent que ce carnet pourrait être **une cause d'anxiété** supplémentaire pour elles (accès aux informations médicales les concernant), avec 11% des « hospitaliers » versus 29%.
- Et enfin ils ne sont que **24% (10/42) à voir comme inconvénient important la « non confidentialité »** engendrée par ce document « transporté » à l'extérieur du cabinet ou de l'hôpital (28% des « hospitaliers » contre 21%).

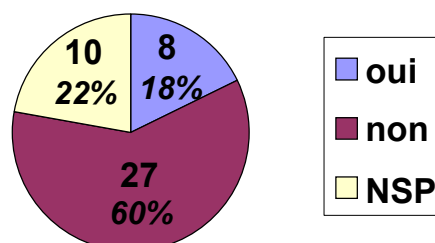
Fig.10. Inconvénients du carnet de maternité pour les GO



3.f. Modifications de l'activité obstétricale

- 18% (8/45) des GO sont prêts à suivre davantage de grossesse si le carnet de maternité est utilisé systématiquement et par tous. Ils sont même 22% (6/27) pour les « non hospitaliers ».
- 22% (10/45), dont neuf « hospitaliers », n'ont pas répondu.

fig. 10. Augmentation de l'activité obstétricale avec le carnet de maternité (45 GO)



3.g. Moment « idéal » de distribution du carnet de maternité

- Ils sont 60% (27/45) à proposer qu'il soit distribué dès le diagnostic de grossesse.
- 44.5% (20/45) pensent qu'il peut l'être au 3^e mois, parmi eux ils sont 62.5% des GO « hospitaliers », versus 53% des autres.

Tableau 1. Moment choisi par les GO pour distribuer le carnet de maternité

	1 ^{ère} consultation	Pas la 1 ^{ère} consultation	NSP	Total
3 ^{ème} mois	11% (5)	20% (9)	14% (6)	45% (20)
Pas le 3 ^e mois	31% (14)	2% (1)	0	33% (15)
NSP	18% (8)	0	4% (2)	22% (10)
Total	60% (27)	22% (10)	18% (8)	100% (45)

3.h. Distribution du carnet par les médecins dès la 1^{ère} consultation prénatale

- **73% (32/44) des GO se disent prêts à le distribuer systématiquement lors de la 1^{ère} consultation prénatale !!!** On obtient même 83% (15/18) pour les GO « hospitaliers » et 85% (23/27) chez les GO qui étaient favorables à une distribution dès le diagnostic de grossesse. Chez ceux proposant le 3^e mois ils sont quand même 65% (13/20) à être d'accord pour une distribution systématique par le médecin dès la 1^{ère} consultation prénatale.
- 27% (12/44) des GO ne le sont pas, parmi lesquels :
 - 45% (4/9) des MG qui ne sont pas d'accord pour la distribution dès la 1^{ère} consultation,
 - 15% des GO (4/27) qui sont pourtant d'accord pour une distribution la plus précoce possible,
 - 35% des GO non « hospitaliers ».

III E. RÉSULTATS DES SAGES-FEMMES

1. Population de sages-femmes

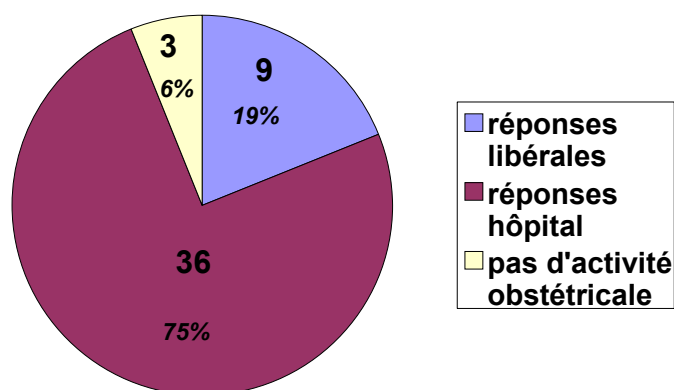
1.a. Population étudiée

La population cible est de 48 sages-femmes.

75% (9/12) des SF sollicitées par courrier ont répondu: les trois qui ne l'ont pas fait n'ont en fait aucune activité obstétricale (une faisait de l'acupuncture, l'autre de l'haptonomie et enfin la dernière ne faisait que de la rééducation périnéale).

Population étudiée = 94% de la population cible (45/48), avec 20% (9/45) qui ont été interrogées par courrier, et 80% à l'hôpital.

Fig.1. Population cible des SF (48 SF)



1.b. Sexe

98% de femmes : un seul homme sur les 45 sages-femmes interrogées.

1.c. Âge

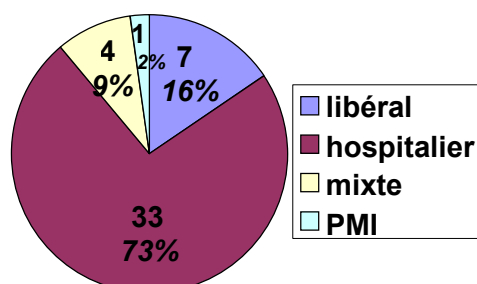
Âge moyen : 38 ans

56% ont moins de 40 ans, 26% moins de 30 ans, 28% entre 40-49 ans, 15% au moins 50 ans (6 SF n'ont pas répondu). La plus jeune a 24 ans, la plus âgée 62 ans.

1.d. Lieu d'exercice

73% d'entre elles exercent à l'hôpital exclusivement (SF « hospitalières »)

Fig.2. Lieu d'exercice SF (45 S SF)



1.e. Arrondissements

Les SF sollicitées (hospitalières + libérales) sont très inégalement répartis sur les trois arrondissements : **71% sont du 12^e**, 22% du 11^e et une seule (2%) du 20^e. Deux d'entre elles (4%) travaillent dans les trois arrondissements à la fois.

1.f. Participation à une FMC

91% participent à une FMC, 9% non (sur les 44 SF ayant répondu).

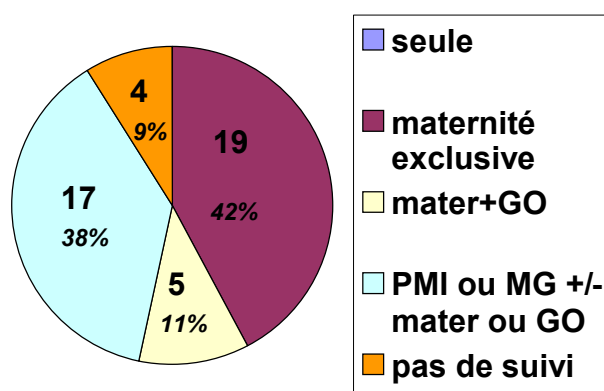
2. Activité obstétricale

2.a. Suivi de grossesse

- **31% (13/42) des SF suivent parfois seules les grossesses**, aucune ne dit les suivre exclusivement seule.
- 27% (11/41) seulement collaborent parfois avec des MG, **98% font appel à la maternité (41/42)**, **45% aux GO libéraux (19/42)**, et elles sont 36% à utiliser les services de la PMI (15/42).
- Les SF travaillent dans **42% (19/45) des cas avec la maternité exclusivement**, la grande majorité (79%=15/19) d'entre elles sont en fait « hospitalières » ($p=0.005$).
- Quand elles font appel à d'autres partenaires, ceux-ci sont **souvent multiples** : la 38% (17/45) travaillant avec la PMI et/ou les MG, travaillent également, en général, avec la maternité et les GO libéraux. Elles ne sont que cinq (11%) à ne travailler qu'avec la maternité et les GO libéraux.

A noter : 4 SF ne suivent pas de grossesses, elles ont donc répondu « non » (ou ne se sont pas prononcées) à toutes les propositions.

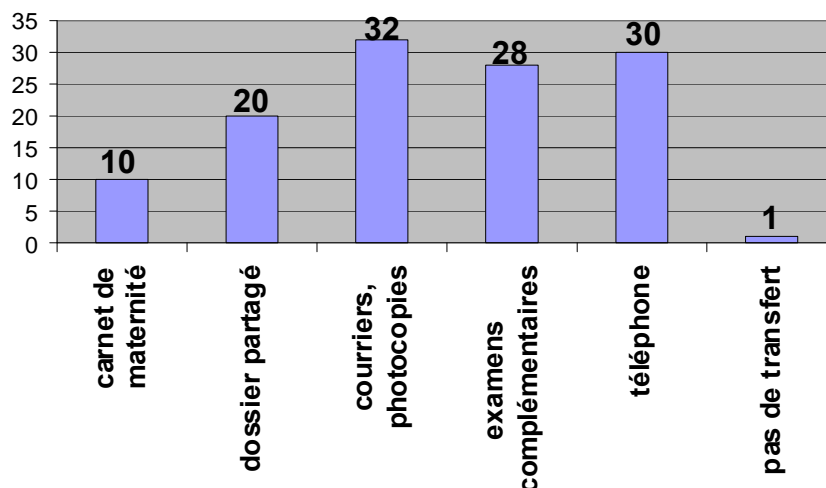
Fig. 3. Suivi de grossesse pour les SF (45 SF)



2.b. Moyens de communication avec les correspondants

- 77% (33/43) **n'utilisent jamais le carnet de maternité**. Mais elles sont quand même 23% à l'utiliser parfois, même si rarement, lorsque leur patiente le leur présente.
- 46.5% (20/43) disent utiliser parfois un dossier obstétrical partagé: 53% (17/32) parmi les « hospitalières », 27% (3/11) parmi les autres.
- **La majorité (74% ou 32/43) utilise des courriers ou des photocopies de dossier.**
- **Seule une SF (2%, 1/41) dit ne pas transférer systématiquement les informations à ses confrères**, il s'agit d'une SF ostéopathe qui ne fait pas de suivi de grossesse à proprement parler.
- *Remarque:* deux SF ne se sont pas prononcées (elles n'assurent pas de suivi de grossesse).

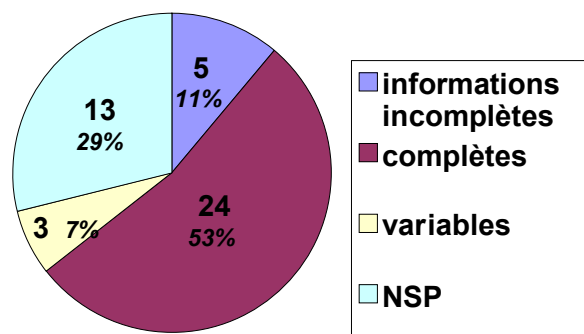
Fig. 4. Moyens de communication pour les SF (43 SF)



2.c. Qualité des informations échangées

53% (24/45) des SF interrogées estiment complètes les informations échangées entre eux et les autres intervenants au cours de la grossesse...elles sont 11% (5/45) à les trouver incomplètes, et 36% (16/45) ne se sont pas prononcées.

Fig.5. Qualité des informations échangées pour les SF (45 SF)



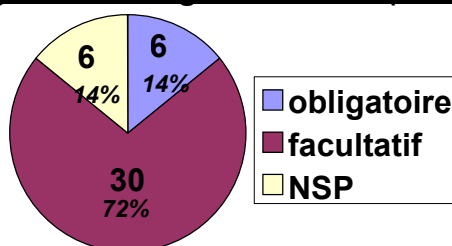
3. Le carnet de maternité

3.a. Connaissance

Elles sont la **grande majorité à connaître l'existence des carnets de maternité: 93%** (42/45), une seule SF « hospitalière » (sur 33) ne le connaît pas.

- La moitié d'entre elles (52%) l'a découvert au cours des *études (ou FMC)*, 31% au cours de consultations, et le reste ne précise pas. A noter qu'aucune des SF ne l'a découvert dans une revue médicale.
- 71% le pensent facultatif, seules 14% le savent légalement obligatoire.

Fig.6. Statut légal du carnet (45SF)



- Mode de distribution: la **majorité (59.5%, soit 25/42) pense qu'ils peuvent être distribués par la CAF ou la CPAM** à Paris, 55% (23/42) savent que la PMI peut s'en charger mais seules 19% (8/42) savent que c'est le cas aussi pour les MG ou GO libéraux et 29%(12/42) pour la maternité.
- Comme on pouvait également s'y attendre, elles ignorent auprès de qui il faut s'adresser pour se les procurer : 55% avouent ne pas savoir, et **seules 14% mentionnent la DASES et/ou le Conseil Général** dans leurs réponses.

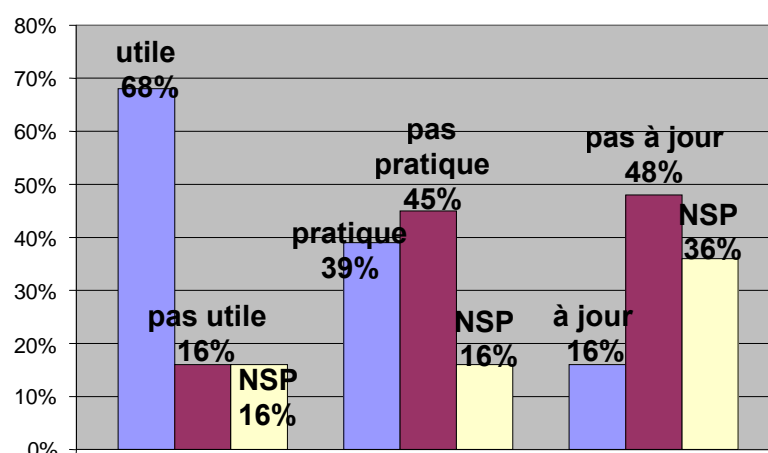
3.b. Utilisation

- Elles sont **74% (31/42) à l'avoir déjà utilisé parmi les SF qui le connaissent.**
- 26% l'ont utilisé dans l'année en cours (7/27), en grande majorité des « hospitalières » (6/7). Pour **63% (17/27) d'entre elles cela remonte au maximum à 5 ans.**
- **68% (21/31) le jugent utile.**
- Elles ne sont plus que 39% (12/31) à le trouver pratique et seules 16% (5/31) le trouvent à jour...

Les réponses ne diffèrent pas en fonction du lieu de travail.

La non réponse à ces trois dernières questions est souvent en rapport avec une utilisation trop lointaine, supérieure à quatre ans.

Fig.7. Qualités du carnet de maternité pour les SF qui l'ont utilisé (31 SF)



3.c. Estimation de sa place dans la pratique obstétricale

➤ **67% des SF interrogées ont déjà regretté l'absence d'un tel carnet (30/45) :** seules quatre SF (9%), l'ont regretté souvent, deux sont « hospitalières », les deux autres ont une activité mixte (ville-hôpital).

Elles ne sont que 27% (12/45) à ne l'avoir jamais regretté : se sont surtout des SF « hospitalières » (11/12) mais sans différence statistiquement significative ($p=0.2$).

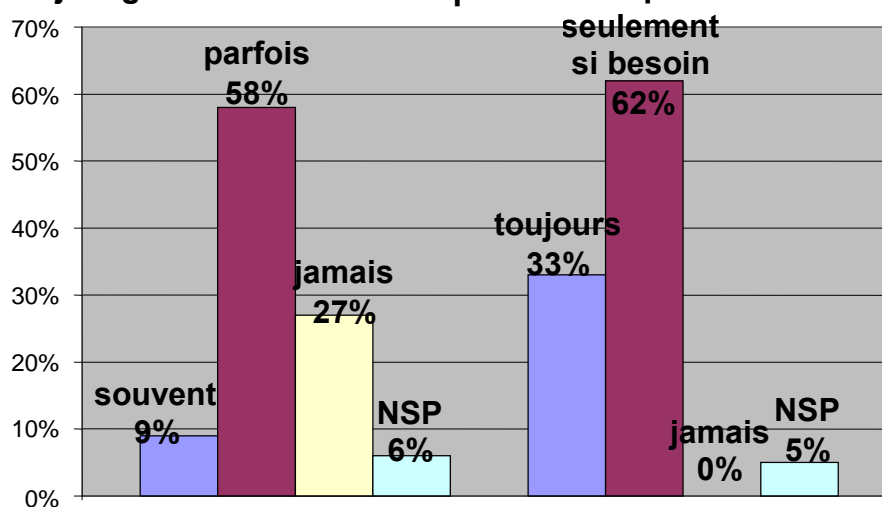
➤ **96% (43/45) se disent prêtes à l'utiliser.**

A noter que 45% (5/11) des SF « non hospitalières » qui font des consultations obstétricales sont prêtes à l'utiliser « toujours » ($p=0.25$).

Seules deux SF ne se sont pas prononcées pour cette question (la 1^{ère} est ostéopathe et ne fait pas de suivi, l'autre est la sage-femme de PMI !).

Fig.8. Position des SF concernant le carnet de maternité

Ont-elles déjà regretté son absence ? | Sont-elles prêtes à l'utiliser ?

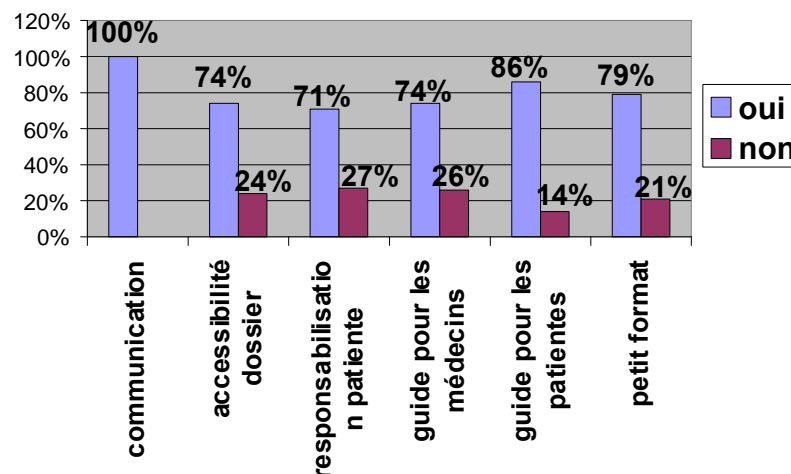


3.d. Avantages

- Toutes les sages-femmes qui se sont exprimées (42/42) considèrent qu'il **favoriserait la communication, la continuité des soins** (trois ne se sont pas prononcées).
- **74%** (31/42) pensent qu'il permettrait **l'accessibilité du dossier en toute circonstance**, elles sont même 90% (9/10) parmi les SF « non hospitalières » (mais différence non significative : $p=0.182$).
- Seules **71%** estiment qu'il **responsabiliserait la patiente**, qu'il lui permettrait une participation active à sa grossesse.
- **74%** des SF (31/42) supposent qu'il pourrait servir de « **guide** » pour la **pratique obstétricale des médecins** (surtout pour les généralistes).
- **86%** (37/43) pensent qu'il pourrait également être un « **guide** » pour les **patientes**.
- **79%** (33/42) **préfèrent que le carnet ait un petit format** (A5).

Pour les quatre dernières questions, les réponses des SF ne sont pas influencées par leur lieu d'exercice.

Fig. 9. Avantages du carnet de maternité pour les SF

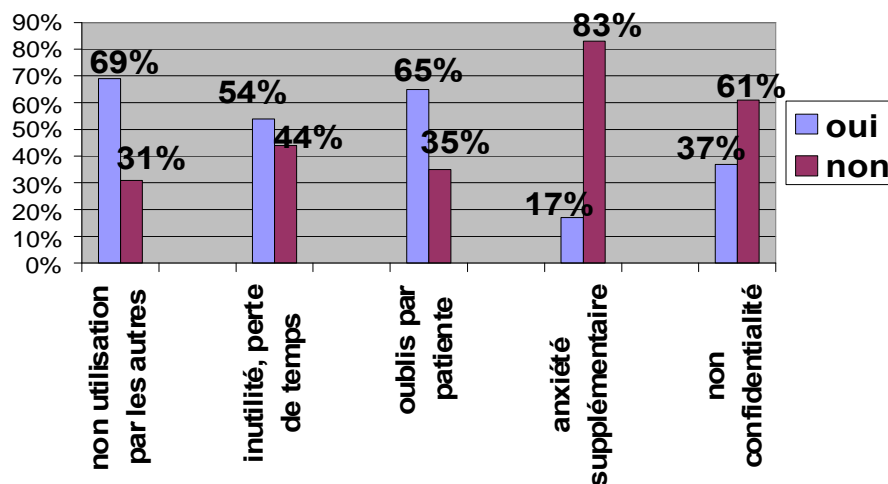


3.e. Inconvénients

- **69%** des SF (29/42) craignent une **non utilisation** par les autres intervenants.
- **53.5%** (23/43) pensent qu'il s'agirait d'une **inutilité, d'une perte de temps**. Parmi les SF « non hospitalières » elles ne sont que 40% (4/10) de cet avis (mais pas de différence statistiquement significative : $p=0.47$)
Parmi ces 53.5%: 22 % (5/23) se disent pourtant prêtes à l'utiliser toujours, le reste seulement s'ils le jugent nécessaire..., 9% dit en avoir souvent regretté l'absence et 55% parfois.
- **65%** (28/43) se méfient des **oublis par la patiente**, elles ne sont que 50% parmi les « SF non hospitalières » ($p=0.25$).

- Seules 17% (7/42) considèrent qu'il peut être une cause d'anxiété supplémentaire pour les patientes (accès aux informations médicales les concernant). Les réponses sont superposables entre SF « hospitalières » ou non.
- Et enfin elles sont 37% (15/41) à trouver comme inconvénient non négligeable la « non confidentialité » de ce document porté par la patiente, parmi les « non hospitalières » elles ne sont que 12.5% (1/8) ($p=0.23$)

Fig.10. Inconvénients du carnet de maternité pour les SF

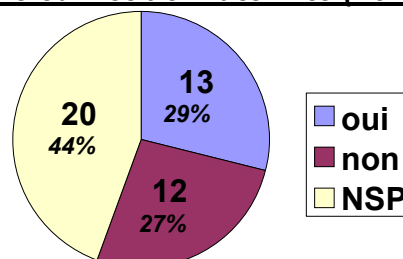


3.f. Modifications de l'activité obstétricale

29%(13/45) des SF sont prêtes à suivre davantage de grossesse si le carnet de maternité est utilisé systématiquement et par tous. Il n'y a pas de différence en fonction du lieu d'exercice.

27% (12/45) d'entre elles disent que ça ne modifiera pas leur activité obstétricale, 44% (20/45) n'ont pas répondu.

fig. 10. Augmentation de l'activité obstétricale avec le carnet de maternité (45 SF)



3.g. Moment « idéal » de distribution du carnet de maternité

- Elles sont 51% (23/45) à proposer qu'il soit distribué dès le diagnostic de grossesse.
 - 53% (24/45) pensent qu'il peut l'être au 3^e mois.
- Les réponses sont les mêmes quelque soit le lieu de travail.

- En fait, 9% (4/45) pensent que la distribution peut se faire indifféremment dès le diagnostic ou vers le 3^e mois.

Tableau 1. Moment choisi par les SF pour distribuer le carnet de maternité

	1^{ère} consultation	Pas la 1^{ère} consultation	NSP	Total
3^{ème} mois	9% (4)	36% (16)	8% (4)	53% (24)
Pas le 3^e mois	27% (12)	0	0	27% (12)
NSP	15% (7)	0	5% (2)	20% (9)
Total	51% (23)	36% (16)	13% (6)	100% (45)

3.h. Distribution du carnet par les médecins dès la 1^{ère} consultation prénatale

La très grande majorité (95%, soit 39/41) des SF sont d'accord avec cette proposition.

Seules deux (5%), qui sont « hospitalières », ne sont pas d'accord : dont une qui désignait pourtant la 1^{ère} consultation comme propice à la distribution du carnet, l'autre préférait le 3^e mois.

Quatre ne se sont pas prononcées.

III F. RESULTATS DES FEMMES ENCEINTES

1. Population des femmes

1.a. Population étudiée

Toutes les femmes (175) à qui je me suis adressée ont répondu aux questionnaires.

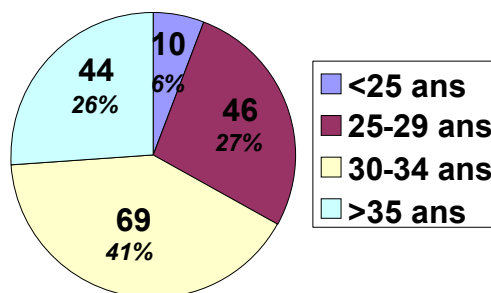
Parmi ces 175 patientes, six ont dû être exclues des résultats de l'enquête : quatre parmi elles avaient moins de six mois de grossesse, et deux questionnaires étaient ininterprétables (remplis à moitié, car interrompues par la consultation).

La population étudiée est donc de 169 patientes.

1.b. Âge

Âge moyen: 31.4 ans. Les deux extrêmes sont 20 et 41 ans.

Fig. 1. Répartition des âges

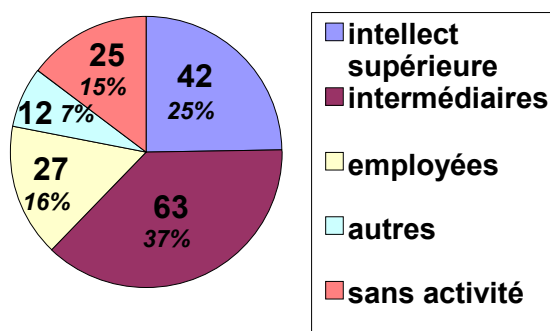


1.b. Activité professionnelle

J'ai classé les différentes activités professionnelles en cinq catégories (en respectant approximativement la classification de l'INSEE):

- **25%** (42/169) des patientes interrogées ont une « **profession intellectuelle supérieure** »: cadre, ingénieur, professeur, médecin, architecte, directeur d'entreprise, comptable...Elles représentent **43% (6/14) des femmes interrogées de 38 ans et plus**.
Elles représentent également **45% (17/38) des patientes interrogées aux Diaconesses**, 26% de celles de la clinique des Bluets, 22% de celles de Rothschild et 12% de Saint Antoine.
- **37%** (63) **ont des professions intermédiaires**: institutrice, infirmière, aide comptable, conseillère, consultante, secrétaire, assistante...
- **16%** (27) sont des **employés** : employé de bureau, de commerce, aide ménagère, caissière, aide soignante, serveuse....
- **7%** (12) ont été classés « autres »: artiste, étudiante,
- **15%** (25) **sont au chômage ou sont sans activité**.

Fig. 2. Activité professionnelle des patientes



1.c. Lieu de vie

- 16% (27/169) des patientes viennent du 11^e arrondissement, de même pour le 12^e.
- 12% (20) sont du 20^e.
- Les 10^e, 18^e et 19^e arrondissements (les plus proches des deux arrondissements concernés par l'enquête) sont également représentés : six à sept patientes (3-4%) viennent de chacun d'entre eux.
- A noter la **présence relativement importante de patientes de banlieue** : elles sont 15% (26) à venir du 94 et 11% à venir du 93. Trois d'entre elles viennent même du 92 et une du 91.
- Elles sont pour le reste à peu près également réparties (de une à quatre patiente) sur les autres arrondissements (seuls les 1^{er}, 6^e, 7^e et 8^e arrondissements ne sont pas représentés).

1.d. Nombre d'enfants

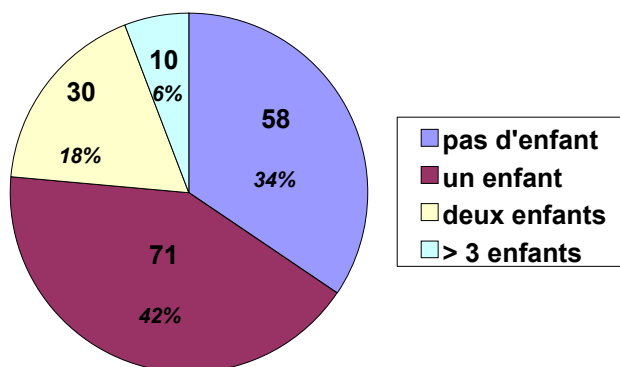
34% (58/169) sont enceintes de leur **premier enfant**.

42% (71) **en ont un**, parmi lesquelles 32 (44%) viennent d'accoucher de leur premier enfant.

L'une d'entre elles en a même six.

Le **nombre moyen d'enfant par femme** (en prenant compte de celui à naître) est de **1.6**.

Fig.3. Nombre d'enfants par femme



2. Leur grossesse

2.a. Terme actuel

31% (53/169) d'entre elles viennent d'accoucher (post-partum immédiat).

21% (35) ont six mois de grossesse, 16% (27) sept mois, 23% (39) en sont à huit mois et enfin 9% (15) à neuf mois.

2.b. Déroulement de la grossesse

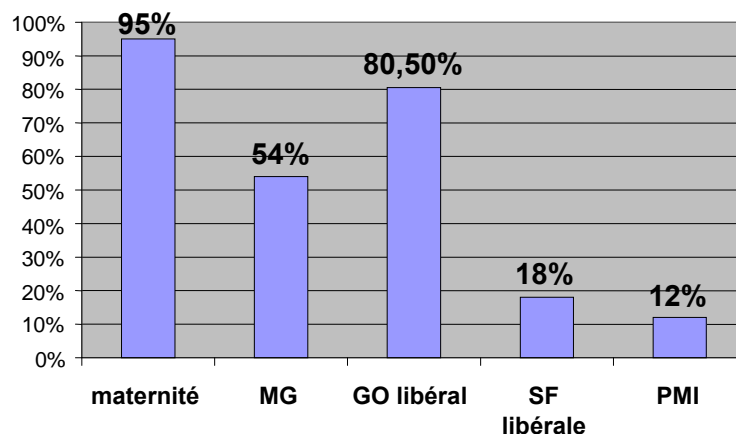
88% (149/169) d'entre elles ont (ou ont eu) une grossesse normale, elles sont **9% (15) à avoir eu des complications ou des risques obstétricaux particuliers**.

3% (5) n'ont pas souhaité répondre.

2.c. Différents intervenants pendant leur grossesse

- Elles sont **95%** à avoir consulté en maternité.
- Plus de la moitié (54%, soit 92/169) ont consulté au moins une fois un **généraliste**, mais aucune n'a eu de suivi exclusif par un médecin généraliste.
- Elles sont **80.5%** (136/169) à avoir vu un **gynécologue-obstétricien en ville**.

Fig. 4. Intervenants pendant la grossesse



En fait, seules 6% (10) ont consulté exclusivement la maternité.

Elles sont 5% (9) à n'avoir vu que le gynécologue-obstétricien libéral: six d'entre elles sont en fait des patientes de suites de couches, les trois autres sont à six ou sept mois de grossesse.

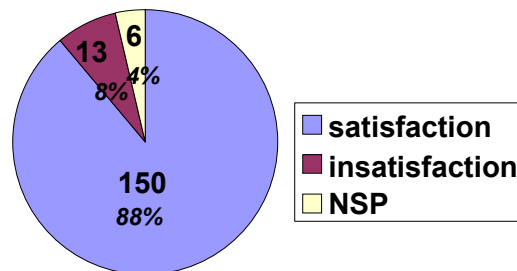
36% (61) ont consulté la maternité et un GO libéral et 51.5% (87) la maternité et un médecin généraliste.

2.d. Qualité des informations délivrées pendant la grossesse

Seules **8%** (13/169) des patientes interrogées **ne sont pas satisfaites** des informations fournies.

Il n'y a pas de différence entre les grossesses normales ou compliquées, ni d'influence du type de suivi sur la satisfaction des informations délivrées.

Fig.5. Qualités des informations fournies à la patiente

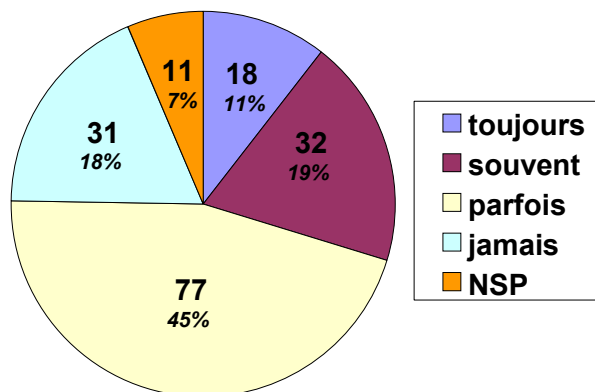


2.e. Échanges d'informations entre les différents intervenants

Seules **11%** (18/169) des patientes témoignent d'un échange systématique d'informations.

Elles sont **18%** (31/169) à considérer qu'il n'existe **aucun transfert d'informations** entre leurs intervenants.

Fig.6. Echanges d'informations entre intervenants

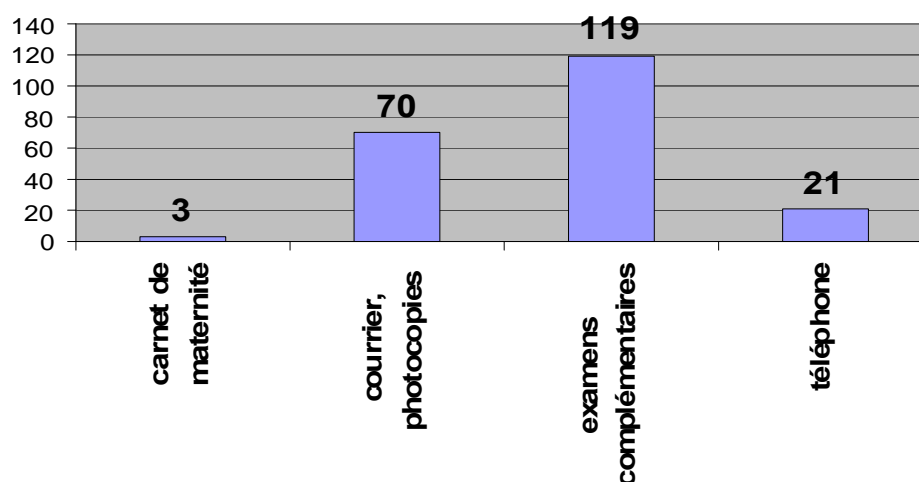


2.f. Moyens de communication entre intervenants

- Seules **trois patientes** (2%) citent le **carnet de maternité**.
- **41%** (70/169) mentionnent les **courriers et photocopies de dossier**, avec 51% (65/127) des patientes pour qui il existe un échange d'information ($p = 0.145$) et elles sont quatre parmi les cinq patientes suivies par le GO libéral seul. Une patiente évoque spontanément le dossier obstétrical partagé (Diaconesses).

- **La majorité des femmes, 70% (119/169), signalent les échanges d'examens complémentaires.** A noter que parmi elles, il y a quatre patientes sur les 31 (13%) qui considèrent pourtant que leurs intervenants ne communiquent pas entre eux. Elles sont donc en fait 87% (110/127) parmi les patientes qui disent le contraire. A noter que **30% (51/169) des patientes citent les examens complémentaires comme seul échange d'information** entre correspondants.
 - Enfin, seules **12%(21)** des patientes évoquent les **appels téléphoniques** ou 16% (20/127) des patientes concernées par les échanges d'information.
- Ces réponses ne sont pas statistiquement influencées par le type de suivi des patientes.

Fig.7. Moyens de communication entre intervenants



2.g. Oublis des documents par la patiente

- **65% (110/169) d'entre elles affirment ne jamais oublier d'apporter les documents relatifs à leur grossesse en consultation.**
- 19% (32) avouent les oublier parfois, et 6.5% (11) souvent.
- 16 patientes ne se prononcent pas pour cette question.

Que les patientes déclarent la présence ou l'absence d'échanges d'information, ou quelque soit leur type de suivi, elles ont répondu approximativement de la même façon à cette question ($p= 0.6$).

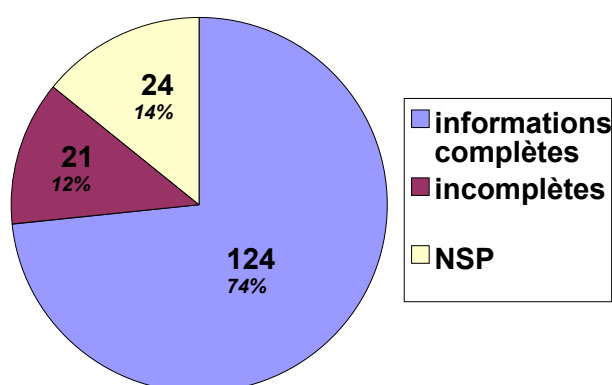
On peut cependant remarquer que les patientes oubliant « souvent » leurs documents sont à 73% (8/11) suivies par la maternité et le généraliste.

2.h. Qualité des informations échangées entre intervenants

- **12% des femmes caractérisent les informations échangées d'incomplètes.**
- **73% les trouvent complètes,** parmi lesquelles 16 des 31 (52%) qui se plaignaient de l'absence totale de communication entre les intervenants (les 15 autres ne se sont pas prononcées).

Les réponses ne sont influencées ni par le type de suivi, ni par le type de grossesse (normale ou pathologique).

Fig.8. Qualités des informations échangées entre intervenants



3. Le carnet de maternité

3.a. Description du carnet

20% (34/169) des femmes ont déjà eu un carnet de maternité : presque la moitié des arrondissements sont représentés (2^e, 5^e, 10^e, 11^e, 12^e, 13^e et 20^e), mais très modestement (une à quatre patientes par arrondissement).

Par contre **63% (12/19) des femmes du 93 (Seine Saint Denis)** l'ont déjà eu au moins une fois.

- Parmi ces 34 patientes, **56% (19) ont eu le carnet lors de cette grossesse**, 26.5% (9) lors d'une grossesse antérieure. Elles sont quatre à l'avoir eu au moins pour la deuxième fois. Deux ne se sont pas prononcées (6%).
- 38% (13) l'ont eu par la maternité, 26.5% (9) par la PMI, 18% (6) par la CAF ou la CPAM, enfin une l'a eu par son MG et deux par leur GO de ville. 9% (3) n'ont pas précisé qui leur a délivré.

Celles qui l'ont reçu par la PMI et la CAF sont domiciliées en banlieue.

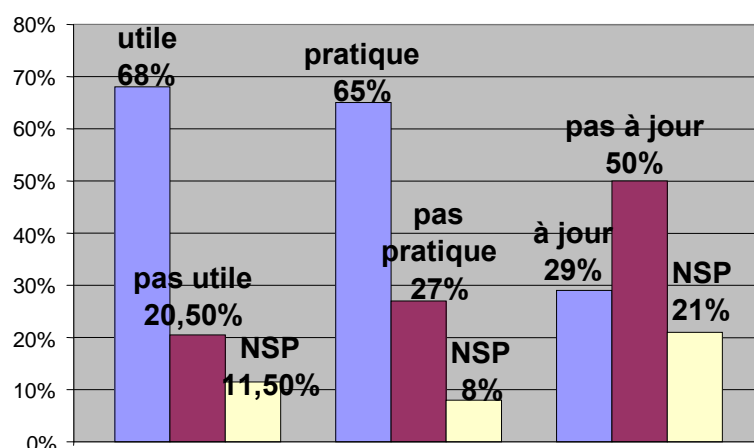
Les patientes qui l'ont eu par la maternité demeurent dans les 11^e, 12^e, 20^e arrondissements et dans le 94.

A remarquer que deux patientes dans le 12^e l'ont eu par un médecin libéral.

- **68% (23/34) des patientes qui l'ont déjà eu le trouvent utile**, 65% le jugent pratique (22/34), seules 29% (10/34) le trouvent à jour.

Remarque: Parmi celles qui ne l'ont jamais eu, elles sont huit à avoir répondu à cette question : sept parmi elles le jugent (ou jugeraient ?) utile, huit pratique et une à jour.

Fig. 9. Qualités du carnet pour les patientes qui l'ont déjà eu (34 patientes)



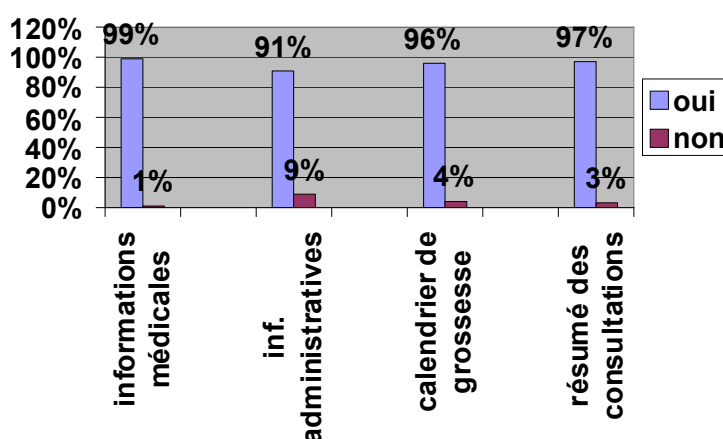
- Elles sont **41%** (14/34) à le savoir **obligatoire**, 50% (17) à le penser facultatif. Trois ne se prononcent pas.

Remarque: Là encore onze parmi celles qui ne l'ont jamais eu ont répondu quand même: neuf le savent obligatoire (80%), et deux le pensent facultatif.

3.b. Contenu souhaité

- **99%** (156/158) des patientes voudraient y trouver des **informations médicales simplifiées**. Seules deux ne le jugent pas intéressant: une est ingénieur, l'autre styliste, elles étaient toutes deux satisfaites des informations délivrées par leurs interlocuteurs.
- **91%** (145/159) d'entre elles souhaitent que des **informations administratives et juridiques** y figurent. **96%** (155/162) demandent qu'il y ait un **calendrier détaillé de la grossesse**.
- **97%** (154/159) veulent un **résumé de chaque consultation** médicale en rapport avec la grossesse, cinq (3%) sont contre cette idée (parmi elles figurent deux patientes qui signalaient l'absence de communication entre leurs intervenants).

Fig. 10. Contenu souhaité du carnet de maternité par les patientes



3.c. Présentation souhaitée

- **91%** (143/157) **préfèrent un petit format** (demi-A4 ou A5), douze non (8%).
- **95%** (139/146) **désirent des illustrations explicatives, des termes accessibles à tous**, 5% (7) ne sont pas d'accord. Ces réponses ne sont pas influencées par leur catégorie socio-professionnelle.
- **91%** (143/157) **y voudraient une pochette pour les examens complémentaires**, 9% non (14).

3.d. Accord de la patiente pour le présenter à chaque consultation pendant sa grossesse

98% des patientes accepteraient de le présenter systématiquement aux professionnels de santé.
Seules trois (2%) patientes sont réticentes.

III G. ENQUÊTE SUR LE MODE DE DISTRIBUTION DU CARNET À PARIS

Parallèlement à l'enquête via les questionnaires, j'ai décidé de me renseigner par moi-même pour savoir comment était distribué le carnet de maternité et comment se le procurer à Paris.

1. Qui le distribue aux patientes ?

La distribution du carnet de maternité est, d'après la loi, sous la responsabilité du Président du Conseil Général.

A Paris, il s'agit donc de la *Mairie de Paris*.

Je me suis donc renseignée auprès de celle-ci (en téléphonant au 3975) pour connaître le mode de distribution de ce fameux carnet de maternité et éventuellement m'en procurer un.

Après plusieurs appels téléphoniques à la Mairie, j'ai été orientée vers la **DASES**.

De là, on m'a finalement orientée vers Madame Chicaté, responsable à Paris de la **distribution des carnets de maternité aux médecins privés (généralistes ou gynécologues-obstétriciens) et aux structures de soins (hôpitaux ou PMI) qui en font la demande**.

Le carnet n'est donc pas délivré de façon systématique aux patientes : seuls les médecins et les structures qui le jugent utile peuvent, s'ils le savent et s'ils en font la demande auprès de la DASES, le distribuer aux patientes.

2. Utilisation dans l'Est Parisien: état des lieux

Il semblerait que depuis déjà quelques années dans l'Est Parisien **les médecins libéraux (généralistes et spécialistes) ne prennent pas l'initiative de distribuer eux-mêmes les carnets de maternité**.

Ce serait les maternités et les PMI (Protection Maternelle et Infantile) qui s'en seraient chargé.

En effet, aucun médecin privé et aucune clinique n'a commandé de carnets de maternité dans les 11^{ème}, 12^{ème} et 20^{ème} arrondissements depuis au moins 1999, à l'exception de la clinique Léonard de Vinci, qui en 1999 en avait commandé 10 (!).

Les hôpitaux en auraient commandés quelques centaines en 2004 : 500 exemplaires pour Saint-Antoine, 200 pour Tenon et 200 pour Rothschild.

Après vérification auprès des responsables des consultations obstétricales des hôpitaux Saint Antoine, Rothschild, Diaconesses et Tenon, et de la Clinique des Bluets, il **semblerait que les carnets de maternité ne soient plus utilisés dans les services de**

maternité depuis des années. Les rares patientes qui en avaient un dernièrement étaient des patientes de banlieue parisienne...

Les **PMI** par contre, attenantes aux trois principales maternités (Saint Antoine, Rothschild et Tenon), **continuent d'en commander et d'en délivrer aux patientes qui les consultent.** Elles en ont plusieurs stocks en réserve.

Les commandes « dispensées par les hôpitaux » sont donc probablement des commandes effectuées par les PMI dépendantes de ces mêmes structures.

A Paris cela semble être une tendance générale puisque seuls quelques médecins privés du 6^{ème} et du 14^{ème} arrondissements réclament chaque année des carnets de maternité, même si leur nombre a été divisé par 2 en 5 ans (760 carnets de maternité commandés en 1999, contre 360 en 2004).

L'ensemble de mes stages et remplacements m'a permis de confirmer que le carnet de maternité n'est guère utilisé à Paris : en un an de stage en médecine générale et en un an de remplacements, aucune patiente ne me l'a jamais présenté et aucun médecin ne l'a jamais mentionné. Une fois que j'ai pris connaissance de son existence, les **quelques médecins à qui j'en ai parlé ont été surpris d'apprendre qu'il était toujours distribué.** Ils étaient convaincus de sa disparition complète depuis plusieurs années et se sont empressés de me demander où et comment se le procurer dans le but de le distribuer à leurs patientes.

Il y a donc là un **réel problème d'information et de communication entre la DASES et les médecins libéraux** en ce qui concerne l'existence et le mode de distribution du carnet de maternité.

Problème qui sans aucun doute participe à l'insuffisance actuelle de son utilisation.

IV.

DISCUSSION

IV A. DISCUSSION DE LA MÉTHODE

1. Le questionnaire

1.a. Qualités

Le choix d'un questionnaire concis et facile à remplir nous a permis d'obtenir un pourcentage relativement élevé de répondants, et ce malgré le peu de disponibilité des personnes interrogées que ce soit en ville comme à l'hôpital.

En effet,

- les médecins libéraux ont souvent des consultations chargées et sont fréquemment sollicités pour des enquêtes (laboratoires pharmaceutiques, enquêtes dans le cadre de travaux scientifiques...),
- les hospitaliers sont souvent très occupés, et je les interpellais entre deux consultations, sans avoir pris de rendez-vous,
- les patientes en salle d'attente pouvaient être appelées en consultation à n'importe quel moment.

J'ai opté pour simplifier au maximum la collecte des données de l'enquête en faisant un questionnaire standard pour chaque type de professionnel (libéral comme hospitalier).

Par ailleurs, les réponses sous forme binaire « oui/non » permettaient, à ceux qui ne souhaitaient pas se prononcer, de n'entourer ni le oui, ni le non: cela apportait une information supplémentaire qu'il pouvait parfois être intéressant d'analyser.

1.b. Limites

Cependant l'enquête sur le terrain a permis de révéler plusieurs imperfections.

La forme du questionnaire :

- Le choix entre les propositions « oui/non » pour chaque item n'a pas toujours été respecté. Certains des hospitaliers qui remplissaient le questionnaire devant moi m'ont indiqué que, pour eux, une réponse non entourée pouvait être considérée comme négative : pris par le temps, ils ne pouvaient pas tout entourer systématiquement. J'ignore donc pour certains questionnaires s'ils s'agissait d'un « non » omis ou d'un « ne se prononce pas » implicite.
- La question s'adressant aux professionnels concernant « la qualité des informations échangées » (**Annexe 11**, item MG24) semble être passée inaperçue assez fréquemment. Sa situation, mal individualisée, en fin de paragraphe, peut expliquer le nombre de personnes qui ne se sont pas prononcées.

Le même problème a été probablement source d'oubli chez les patientes pour la 1^{ère} proposition concernant le contenu du carnet de maternité (**Annexe 14**, item P29) : le texte trop dense a dissimulé la proposition « oui/non », et certaines patientes ont entouré la deuxième proposition (concernant les informations administratives et juridiques) pensant certainement répondre aux deux items à la fois.

- Les questions adressées aux patientes, faisant suite à celle sur la fréquence des échanges entre les intervenants (**Annexe 14**, items P16 à P21), étaient précédées d'un « si oui » qui est sans doute passé inaperçu: certaines qui avaient répondu qu'il n'y avait « jamais » d'échange entre leurs intervenants ont quand même répondu aux questions suivantes.
- La question sur l'éventuelle influence du carnet sur l'activité obstétricale (**Annexe 12**, item G49) était surtout destinée aux libéraux, elle était donc « inadaptée » en milieu hospitalier (où l'activité obstétricale ne dépend pas directement de la volonté du professionnel lui-même, mais plutôt de l'organisation du service) : plusieurs ne se sont pas prononcés en l'agréant d'un point d'interrogation.

Le contenu du questionnaire :

Certaines questions synthétisées à l'extrême sont parfois devenues embarrassantes dans leur formulation.

Concernant les patientes :

- La question concernant les personnes consultées par les patientes pendant leur grossesse, ne précisait pas la différence entre le suivi et les consultations intercurrentes (**Annexe 14**, item P9), ce qui a gêné l'interprétation des résultats, notamment pour les généralistes.
- Prétextant un risque de confusion de termes chez les patientes je n'ai pas mentionné comme outil d'échange d'informations possible le dossier obstétrical partagé (**Annexe 14**, items P16 à P19), alors que je l'ai fait pour les professionnels (**Annexe 11**, item MG19): je n'ai donc pas eu cette information qui aurait pu être intéressante.
- La question concernant la qualité des informations échangées entre professionnels (**Annexe 14**, item P21) a été mal comprise : la moitié de celles qui ont répondu qu'il n'y avait pas de communication entre eux ont quand même jugé ces informations complètes (je n'avais pas précisé dans la question qu'il s'agissait des échanges entre professionnels, pensant que c'était évident). Certaines patientes m'ont d'ailleurs directement demandé que je leur explique cette question.
- Une question aurait dû être ouvertement posée sur leur souhait d'avoir ou non un carnet de maternité.

Concernant les professionnels :

- Je n'ai pas demandé aux généralistes de préciser la part que représentait le « suivi » dans leur activité obstétricale (**Annexe 11**, items MG 8 à MG12), il aurait été intéressant de savoir combien de femmes enceintes ils suivaient réellement.
- Il aurait été également intéressant de savoir jusqu'à quel terme les professionnels suivent « seuls » les grossesses.
- J'ai oublié de mentionner pour les GO hospitaliers la possibilité qu'ils aient un correspondant GO libéral (les questionnaires étant les mêmes pour les GO libéraux et hospitaliers) (**Annexe 12**, items G9 à G13).
- Enfin, concernant les inconvénients du carnet de maternité, j'ai mis sur la même proposition « inutilité » et « perte de temps », ce qui a posteriori, n'a pas la même signification et a compliqué l'interprétation des réponses des professionnels comme nous le verrons plus loin.

2. Les échantillons

2.a. Les médecins généralistes

La méthode de sélection de l'échantillon a été « au hasard ».
La relance téléphonique a permis d'obtenir un taux plus élevé de répondants (20 réponses supplémentaires).

Les médecins généralistes qui ont participé à l'enquête représentent **près de 25%** (82/347) des généralistes « sans orientation particulière » de la zone étudiée. On peut considérer qu'ils sont donc un **échantillon représentatif** des trois arrondissements.

Il aurait été probable qu'en téléphonant un peu plus précocement, par exemple une semaine après l'envoi du courrier, le taux de réponse aurait été encore plus élevé. En effet, lors de mes appels téléphoniques, plusieurs m'ont répondu qu'ils me répondraient s'ils retrouvaient le questionnaire : la plupart d'entre eux ne l'ont finalement pas fait (on peut supposer qu'ils ont perdu le questionnaire, le délai écoulé ayant été trop long).

2.b. Les gynécologues-obstétriciens

La sélection des **libéraux** s'est faite également de façon aléatoire et la relance téléphonique a été très fructueuse (14 réponses supplémentaires).

Les GO répondants représentent **un tiers de la population totale** (23/70) des libéraux des trois arrondissements concernés. On peut donc dire qu'ils sont un échantillon suffisamment représentatif de ce secteur parisien.

Je peux faire la même remarque que ci-dessus concernant la relance téléphonique: il aurait été plus judicieux de la faire une semaine plus tôt.

Les **GO hospitaliers** ont été interrogés le plus souvent quand je les rencontrais, au hasard de leurs consultations.

Ils n'ont pas bénéficié d'un tirage au sort, sans doute le mode de sélection a-t-il lui-même constitué un **biais** :

- il m'était particulièrement difficile de m'adresser aux chefs de service, trop occupés par leurs responsabilités multiples, même s'ils font eux-mêmes, souvent, des consultations obstétricales,
- les GO absents ou indisponibles le jour de mon enquête n'étaient pas interrogés.

D'autre part, les GO qui répondaient au questionnaire le faisaient le plus souvent en ma présence, ce qui peut constituer un biais également (puisque les conditions ne sont pas identiques à celles de leurs confrères libéraux). Malheureusement également la plupart de leurs commentaires personnels se sont faits oralement...

Seuls quatre GO de Saint Antoine et un de Rothschild ont échappé à ces biais : c'est la secrétaire qui s'est chargée de leur distribuer le questionnaire, qu'ils lui ont rendu après remplissage.

J'ai obtenu environ **50% du total des GO hospitaliers** (en me basant sur les médecins énumérés pour chaque hôpital sur le site Internet de l'AP-HP). Je n'ai considéré que ceux qui ont une activité obstétricale.

2.c. Les sages-femmes

Leur **présence très limitée en ville** m'a poussée à les solliciter toutes.

- Leur intérêt pour mon enquête m'a semblé manifeste : elles m'ont répondu toutes très rapidement, hormis les trois SF ne faisant pas de suivi de grossesse et ne se sentant donc pas concernées (aucune des trois ne m'a renvoyé le questionnaire malgré la relance téléphonique).
- J'ai ainsi obtenu un taux de réponse de **75% (!) pour l'ensemble des SF libérales** présentes sur les trois arrondissements.

En milieu hospitalier :

- Les mêmes biais de sélection que les GO hospitaliers, cités ci-dessus, s'appliquent aux SF.
- Cependant la quasi-totalité des SF présentes lors de mes déplacements ont accepté de me consacrer le temps nécessaire au questionnaire. Je n'ai pas eu à solliciter la secrétaire dans leur cas.
- Je ne connais pas le nombre exact de SF travaillant dans les différents hôpitaux, mais je pense en avoir abordé **près de la moitié**.

Les SF de PMI :

- Elles sont malheureusement **sous-représentées (1/7)**, n'ayant pu débiter mon enquête que très tardivement et celles-ci étant difficilement joignables.

- Ceci est regrettable étant donné le rôle non négligeable qu'elles peuvent avoir dans la prévention ainsi que dans la prise en charge des grossesses difficiles, souvent chez des patientes en précarité.
- Par ailleurs, il convient de remarquer que les services de PMI sont chargés, entre autres fonctions, de distribuer le carnet de maternité : j'en ai effectivement trouvé dans la PMI de Saint Antoine. Il aurait été d'autant plus intéressant de connaître leur avis à ce sujet.

2.d. Les patientes

Par son importance, l'échantillon interrogé peut être considéré comme relativement représentatif.

L'absence de refus de la part des patientes de participer à l'enquête, a été le reflet de leur intérêt pour ce sujet.

Cependant les ***biais de sélection sont multiples*** :

- D'abord, le fait de n'avoir pas eu accès à la population particulièrement « mixte » de la maternité de Tenon.
- Ensuite, le fait de n'avoir pas pu interroger les patientes au hasard, quelque soit leur lieu de suivi, en ville comme à l'hôpital ou en clinique (toutes ne sont pas forcément suivies en maternité, même après le sixième mois de grossesse).
- Enfin, le fait de n'avoir pas pu interroger certaines patientes migrantes, de par la non compréhension du français. Ces patientes sont pourtant particulièrement concernées par le carnet de maternité : il peut leur permettre de mieux communiquer avec les professionnels qu'elles sont amenées à consulter pendant leur grossesse et dans le post-partum.

Les 169 patientes interrogées représentent environ **2% de la totalité des accouchements** réalisés par an sur les quatre hôpitaux (chacun effectuant entre 1500 et 2000 accouchements par an).

IV B. DISCUSSION DES RÉSULTATS

1. Les échantillons

1.a. Les médecins généralistes (MG)

➤ **Sexe** : les hommes représentent les deux tiers (67%) de notre échantillon. D'après le rapport du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (42) les femmes représentent 39.5% de la population totale des médecins au premier janvier 2005. **En Ile de France** elles sont plutôt **34%**, d'après le syndicat MG-France, ce qui se rapproche de nos résultats.

➤ **Âge** : l'âge moyen des généralistes interrogés est de 51.3 ans, témoin du vieillissement de notre profession. D'après le même rapport du CNOM, l'âge moyen des MG en activité sur la France entière est de 47.5 ans.

A Paris les chiffres sont plus inquiétants : d'après MG-France, nos confrères ont en **moyenne 54 ans** ! Notre résultat est plus optimiste : peut être les « jeunes » médecins s'installent-ils davantage dans l'Est Parisien ?

➤ **Arrondissement** : les MG du 20^e ont participé plus modestement à mon enquête que ceux des 11^e et 12^e.

Une hypothèse envisageable est leur **surcharge de travail plus importante dans le 20^e**, les rendant moins disponibles pour répondre au questionnaire. En effet, celui-ci comprend une population plus importante (plus de 30 000 habitants supplémentaires !) pour une démographie médicale moindre, comme signalé plus haut, par rapport à ses deux arrondissements voisins. Il en résulte donc une densité médicale plus faible.

➤ **Secteur d'activité** : Deux tiers des MG interrogés travaillent en secteur 1. D'après l'Assurance Maladie en 2002 (43), **89.8%** des MG étaient en secteur 1. Cette différence est probablement une particularité parisienne.

➤ **Qualité de la formation en gynécologie-obstétrique** : les MG sont majoritairement (à 57%) insatisfaits de leur formation dans ce domaine.

La même impression ressort de la plupart des thèses ayant abordé le sujet, en particulier celle de Mme C. Nicolle qui relève **que 69% des MG** (son échantillon est de 281 MG) **considèrent leur formation en gynécologie-obstétrique insuffisante ou très insuffisante** (44) et celle de Mme Boulet-Hamza (sur un échantillon de 195 MG) qui trouve un chiffre plus proche du nôtre : 60% (35).

➤ **Formation Médicale Continue (FMC)** : près de trois MG sur quatre y participent ! C'est un bon augure pour l'avenir.

Je suppose que le taux important de MG faisant une FMC est en partie expliqué par une plus grande facilité d'accès aux lieux de FMC du fait de la proximité géographique et par la variété des thèmes proposés.

Ceci témoigne tout de même d'une importante motivation des MG pour entretenir leurs connaissances.

➤ **Activité obstétricale** : l'activité obstétricale est très variable dans mon échantillon. Dix ne voient aucune grossesse en consultation, et ils sont trois à en voir au moins 100 ! La moyenne générale est de 17 grossesses vues en consultation/an, avec une plus grande implication des MG femmes.

71% des MG interrogés font du suivi de grossesse, mais je n'ai pas fait préciser quelle part cela représentait de leur activité obstétricale globale.

Plusieurs enquêtes ont abordé ce sujet mais ne précisent en fait que le nombre de grossesses *suivies* par an :

L'enquête menée par Mme Boulet-Hamza S. à Marseille retrouve une moyenne de 9.6 grossesses suivies/an/MG (35), elle met également en évidence une **différence de participation au suivi obstétrical en fonction du sexe du MG** : les femmes suivent 10.9 grossesses/an contre 8.8 pour les hommes.

Une étude du CREDES en 2000 en signale plutôt 15/an.

Dans sa thèse concernant le suivi de grossesses **en région parisienne**, Mme Limayen W. (45) signale que **23%** des 120 MG ayant répondu à son enquête **ne suivent pas de grossesse, et 48% en suivent moins de 10/an**. Parmi ceux qui suivent les grossesses, **51.6% le font jusqu'au 6^e mois**.

Dans mon enquête ils sont même 29% à ne pas faire de suivi de grossesse, et parmi ceux qui les suivent ils ne sont que 48% à le faire jusqu'au 6^e mois : cela reflète probablement la **situation particulière à Paris** où l'inscription en maternité a lieu très tôt dans la grossesse. En effet, il faut y réserver sa place pratiquement dès la confirmation du diagnostic de grossesse. Cela a pour conséquence directe le suivi plus précoce en maternité, sans prise en charge préalable par les MG, comme c'est plus souvent le cas ailleurs.

1.b. Les gynécologues-obstétriciens (GO)

➤ **Sexe** : Il existe une forte majorité de femmes (69%) chez les GO ayant répondu au questionnaire.

D'après l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) en 2001(46), **les femmes représenteraient 52% des GO au niveau national** en 2002.

➤ **Âge** : Leur âge moyen est de 47.9 ans d'après mon enquête. Il est de **46.6 ans en 2004** d'après le CNOM, chiffre relativement comparable au nôtre.

➤ **Branche d'exercice** : 75% sont gynéco-obstétriciens.

Ce résultat est en rapport avec le biais de sélection hospitalier : je n'y ai pas interrogé les gynécologues ne pratiquant pas l'obstétrique.

Dans notre échantillon, 48% des GO « libéraux » sont « ***gynécologues médicaux*** ». Ceux-ci ***représenteraient 33% de l'ensemble des GO*** d'après l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) en 2001.

➤ **Lieu d'exercice** : 40% ont une activité exclusive à l'hôpital et 40% ont une activité mixte ville-hôpital.

D'après le rapport de démographie médicale 2005 du Conseil National de l'Ordre des Médecins, ***31% des GO libéraux ont une activité salariée*** (hôpital ou centre de santé).

La surreprésentation de notre échantillon est probablement secondaire au nombre important de maternités dans la capitale, générant une plus grande demande de vacations.

➤ **Arrondissement** : les GO du 20^e sont particulièrement peu représentés (13%) malgré leur fort taux de participation à l'enquête postale (75%).

Ceci s'explique par le refus de l'hôpital Tenon de participer à notre enquête et par la faible densité des GO libéraux sur le 20^e : ils ne sont que 17/70, ce qui représente moins de 25% des GO « libéraux » sur l'ensemble des trois arrondissements.

➤ **Secteur d'activité** : Le secteur 2 est plus important encore que pour les MG (45%). Cela signifie que 82% des GO libéraux répondants sont en secteur 2 (à quatre exceptions près).

D'après l'ONDPS, sur l'ensemble des GO ils seraient ***49% à être en secteur 1*** en 2001.

Notre échantillon sous-estime donc la part de secteur 2 par rapport aux chiffres nationaux : sans doute est-ce un biais introduit par la non représentation des cliniques dans notre enquête.

➤ **FMC** : la grande majorité participe à une FMC. L'explication est probablement (en partie) la même que celle proposée pour les MG.

1.c. Les sages-femmes (SF)

➤ **Sexe** : majorité quasi-absolue de femmes (une seule exception)...

Je n'ai pas retrouvé d'informations sur la fréquence des SF hommes en France, mais d'expérience ceux-ci sont vraiment exceptionnels.

➤ **Âge** : l'âge moyen dans notre enquête est de 38 ans, 15% ont au moins 50 ans (une seule SF a 50 ans).

D'après le rapport démographique 2004 de l'Ordre National des SF (ONSF) (47), l'âge moyen de l'ensemble de la profession est ***de 40 ans*** et seulement 15% ont plus de 50 ans : ces chiffres sont pratiquement superposables aux nôtres.

Cependant, notre résultat est probablement biaisé par la forte proportion de SF hospitalières dans notre échantillon, souvent plus jeunes dans notre enquête et (également) d'après l'ONSF.

➤ **Lieu d'exercice** : la grande majorité travaille exclusivement à l'hôpital (75%), comme prévisible, et 16% travaillent en libéral.

D'après le rapport de l'ONSF, elles sont **14% à travailler au cabinet et 79% dans des établissements**, publics ou privés. Seules 4% travaillent en PMI. Mon échantillon est donc assez représentatif de la réalité sur le terrain.

➤ **Arrondissement** : Là encore celles du 20^e arrondissement sont sous-représentées. L'explication est la même que celle donnée auparavant pour les GO : non participation de l'hôpital Tenon à l'enquête et faible densité des SF libérales. Il n'y a que douze sages-femmes libérales répertoriées dans les pages jaunes pour l'ensemble des trois arrondissements, dont quatre dans le 20^e (l'une d'entre elles travaille en fait dans le 12^e ce qui fait qu'en réalité il n'y a que trois SF pour l'ensemble du 20^e).

➤ **FMC** : Elles participent aussi dans leur grande majorité à une FMC, autant en libéral qu'en milieu hospitalier.

Les deux explications présentées pour les autres professionnels s'appliquent probablement aussi aux SF.

1.d. Les patientes

➤ **Âge** : moyenne de 31.4 ans pour les femmes de notre enquête. D'après le bilan démographique national 2005 de l'INSEE, **l'âge moyen des femmes qui accouchent est de 29.7 ans**, et est plus avancé encore en Ile de France (48).

A noter la forte représentation des **femmes de 35ans et plus** (26%) dans notre échantillon. **En Ile de France ce taux est généralement supérieur à 20%**, contre 18% sur le reste de la France (49).

➤ **Activité professionnelle** : Les catégories professionnelles « supérieures et intermédiaires » représentent 62% de mon échantillon.

Dans la population générale, d'après l'INSEE, en 2003, seules **11.5% des femmes travaillent dans des professions « intellectuelles supérieures » et 24% dans des « intermédiaires »** (avec donc un total de 35.5% pour les deux catégories).

Ceci s'explique par le biais provoqué par la non participation des patientes de Tenon (souvent socialement moins aisées) et la présence de deux hôpitaux « semi-privés » sur les quatre ayant participé à l'enquête : malgré leur tarification basée sur celle des hôpitaux publics (ce sont des structures privées « à but non lucratif »), leur population est souvent composée « en grande partie de cadres » comme me l'ont souvent répétées les SF des Diaconesses.

En effet, dans mon échantillon, 45% des patientes des Diaconesses sont de cette catégorie professionnelle contre 12% de celles de Saint Antoine.

A noter que l'importance du taux de femmes de plus de 35 ans dans notre échantillon (18%) est en partie expliquée par cette surreprésentation de la catégorie professionnelle

« intellectuelle supérieure » : ces femmes ayant souvent des études plus longues et des exigences professionnelles strictes, elles ont généralement leurs enfants plus tardivement.

➤ **Lieu de vie :** les deux arrondissements les plus représentés sont ceux dans lesquels s'est déroulée l'enquête (11^e et 12^e). Le 20^e est également relativement représenté avec 12% des patientes qui en sont originaires.

Fait inattendu pour moi, la banlieue est également très présente : 15% des patientes viennent du 94, presque autant que les deux arrondissements concernés par l'enquête !

En fait la proximité géographique (relative) et également la plus grande diversité de structures proposées par la capitale incitent vraisemblablement les patientes de banlieue à choisir une autre maternité que celle proposée par leur ville de résidence. Peut être également est-ce en rapport avec leur lieu de travail ?

➤ **Nombre d'enfants :** 53% (90/169) des patientes interrogées sont primipares où viennent d'accoucher de leur premier enfant. Dans notre échantillon, elles ont (ou auront bientôt) 1.6 enfants en moyenne.

Le nombre moyen d'enfant par femme se rapproche de la moyenne nationale: le taux de fécondité actuel en France est de **1.94 enfants/femme** (INSEE).

➤ **Terme actuel :** pratiquement 1/3 des femmes interrogées viennent d'accoucher. Le 9^e mois de grossesse est sous-représenté par rapport aux trois autres mois concernés par l'enquête (9% seulement de notre échantillon) : probablement est-ce en rapport avec sa proximité de la fin de la grossesse, qui parfois se termine plus tôt que prévu ou se complique, imposant une hospitalisation (50) (or je n'ai pas interrogé les patientes hospitalisées pour grossesse pathologique).

➤ **Déroulement de la grossesse:** 88% des patientes interrogées ont eu une grossesse « normale » (jusqu'à présent).

Ce chiffre est très proche des 90% retrouvés dans la littérature. Selon E. Papiernick parmi ces **90% de femmes n'ayant aucune pathologie reconnue au cours de la grossesse**, elles seront environ 10% à déclarer une complication près du terme, justifiant une hospitalisation (50).

2. Le suivi obstétrical

2.a. Les différents intervenants pendant la grossesse

Tous les professionnels interrogés participent activement à la prise en charge des femmes enceintes :

- **83% de la population cible des MG ont une activité obstétricale** (consultations de suivi et/ou consultations intercurrentes).
Parmi les MG interrogés, **71%** font du **suivi de grossesse** (34% jusqu'au 2^e trimestre inclus) **et 75%** assurent **des consultations intercurrentes**.
- **85%** (41/48) de la « population cible » **des SF font du suivi de grossesse**.
- **91%** (51/56) de la « population cible » **des GO également** (mais les gynécologues hospitaliers ne sont pas représentés comme signalé plus haut).

La plupart travaillent en partenariat :

- **La très grande majorité (plus de 80%) avec la maternité.** Ce qui peut se comprendre puisque toutes les patientes doivent théoriquement y être vues au moins une fois avant l'accouchement.
- **Environ 25% des SF et GO collaborent avec les MG.**
- **Environ 50% des MG et SF travaillent avec les GO libéraux.**
- 15 à 20% des MG et GO font appel aux SF libérales.
- Les SF sont celles qui sollicitent le plus la PMI (36%), contre 15 à 20% pour les MG et GO.
- Les patientes, elles, disent avoir consulté un MG dans plus de la moitié des cas et un GO libéral dans plus de 80% des cas.

On peut s'étonner de la dissymétrie de certains des résultats :

- les MG, bien plus nombreux que les GO, disent qu'ils travaillent dans la moitié des cas avec les GO libéraux, alors qu'à l'inverse, un seul de ces derniers les mentionne !
- Les deux tiers des GO (dont 50% parmi les hospitaliers) disent n'avoir d'autre partenaire que la maternité, de même que 42% des SF (dont la plupart hospitalières).
- Pourtant les patientes disent avoir consulté dans 54% des cas un généraliste, dans 80% des cas un GO libéral et moins de 10% d'entre elles précisent avoir consulté exclusivement la maternité.

Ceci peut soulever plusieurs questions sur la formulation des items proposés :

Pour les patientes je n'ai pas fait préciser si leurs consultations auprès des généralistes comprenaient des consultations de suivi et/ou des consultations intercurrentes.

Pour les MG, je n'ai pas fait préciser quel pourcentage les consultations de suivi représentaient sur le total des femmes enceintes les ayant consultés.

Je n'avais pas non plus donné la possibilité pour les GO hospitaliers d'avoir comme correspondant un GO libéral (cf. les limites du questionnaire, paragraphe IVA, 1b)

Deux hypothèses sont possibles :

- **1^{ère} hypothèse** (la plus probable): les MG participent au suivi obstétrical, jusqu'à un stade plus ou moins avancé. Ils ne sont pas considérés comme « partenaires » de suivi par les autres professionnels puisqu'ils « passent la main » en leur adressant la patiente à un moment donné. Ces derniers pensent désormais continuer le suivi « seuls » (puis en partenariat avec la maternité), sans avoir à en informer le MG...qui pourtant restera le médecin de référence en cas de pathologie intercurrente.

De la même façon les GO libéraux adressant leurs patientes à la maternité pour leur suivi ne sont plus inclus dans ce suivi et ne sont donc plus considérés comme des correspondants.

- **2^e hypothèse** : Les patientes « suivies » par les MG sont très peu nombreuses, les MG assurent essentiellement des consultations intercurrentes et éventuellement la première consultation prénatale. Les grossesses réellement « suivies » par les MG représentent une proportion tellement faible que les autres professionnels « oublient » de les mentionner comme collaborateurs.

A noter une remarque d'un MG interrogé, ne faisant que des consultations intercurrentes pour les femmes enceintes : « *le MG en grande ville est peu impliqué dans le suivi de grossesse (...)* Nous servons souvent de « bouche-trou » parce que les GO sont surbookés... »

Remarque : les patientes qui prétendent avoir consulté exclusivement un GO libéral pendant leur grossesse sont en grande partie (6/9) celles des suites de couches : on peut penser qu'il s'agissait très probablement d'un GO de ville travaillant également à la maternité et responsable de leur accouchement.

Ce schéma correspond probablement à l'un des deux GO libéraux (qui exerce aussi en clinique) qui dit faire du suivi de grossesse entièrement seul. On peut se questionner sur la pratique du deuxième, puisqu'un décret oblige théoriquement à une consultation en maternité au 3^e trimestre.

Les trois autres patientes n'ayant consulté qu'un GO libéral ont été pourtant questionnées dans la salle d'attente de consultation. Ce sont peut être des femmes venant à la maternité pour des bilans biologiques ou échographiques uniquement (sans consultation) ou encore

y venant pour leur toute première consultation et considérant ne pas avoir « déjà » consulté en maternité.

2.b. Les outils de liaison employés

Aucun des professionnels concernés par le suivi de grossesse n'utilise de façon régulière le carnet de maternité ! Les SF sont celles qui l'utilisent le plus fréquemment : elles sont 23% à le citer contre moins de 10% des MG et des GO.

Ceci est confirmé par les patientes qui ne sont que 2% à le mentionner.

D'après des enquêtes menées dans d'autres régions de France, Paris ferait figure d'exception :

- à Marseille en 2001, d'après la thèse de Mme Boulet Hamza, 44% des MG l'utiliseraient systématiquement (35),
- à Toulouse en 2005, ils seraient 61% à l'utiliser régulièrement (thèse de Mme Christine Delrue) (51),
- à Nancy en 2003, 36% des GO disaient l'utiliser couramment contre 75% des MG (33),
- dans l'enquête de H. Goffard en 2003, dans le cadre de son mémoire de sage-femme, 36% des SF de Lorraine l'utilisent toujours, 25% souvent et 37% quelquefois (sur un échantillon de 58 SF) (52).

Les outils de communication les plus fréquemment utilisés:

- Les ***courriers ou photocopies arrivent en tête*** avec une utilisation par plus de 80% des médecins et 74% des SF. Il semble cependant que ce type d'échange soit loin d'être systématiquement utilisé pour toutes leurs patientes : elles ne sont que 40% à le mentionner.

Un MG qui fait du suivi de grossesse déclare : « *il serait souhaitable que les GO communiquent plus fréquemment par courrier avec le médecin traitant de la patiente* ».

Une patiente précise que c'est *à son initiative* qu'un courrier de transmission a été écrit par son médecin.

- Les ***examens complémentaires*** sont très souvent (mais non systématiquement !?) mentionnés : environ dans **70% des cas** par les professionnels et les patientes. Cela signifierait que certains professionnels gardent jalousement les résultats d'analyses ou d'échographies pourtant nécessaires à la continuité des soins...

A noter que le lieu d'exercice, cabinet ou maternité, n'a pas influencé la réponse à cette question (on aurait pu croire que les GO et SF travaillant à la maternité, ayant un dossier sur place, ne jugeaient pas utile de communiquer les résultats de bilan aux correspondants « extérieurs »).

A noter également que, d'après 30% des patientes interrogées, les examens seraient la seule information partagée entre les différents intervenants ! Quoique très informatifs, ces bilans sont tout de même insuffisants pour assurer efficacement la suite de la prise en charge de la patiente...

- Les **appels téléphoniques**, pourtant cités par au moins **la moitié** des intervenants, ne sont signalés que par 12% des patientes. En effet, leur présence n'étant pas obligatoire au cours de cet échange, elles peuvent ne pas en avoir été informées.

A noter que le **dossier obstétrical partagé est très variablement cité** : moins de 5% des MG, contre 27% des GO et 46% des SF!

Ceci peut s'expliquer par une probable confusion de certaines SF et GO hospitaliers avec le dossier de maternité « partagé » entre les différents intervenants hospitaliers.

Cependant il est important de signaler qu'aux Diaconesses, lorsque les patientes sont suivies par un GO libéral attaché à l'hôpital, elles ont effectivement un dossier obstétrical partagé. Celui-ci est rempli initialement par le GO en ville, confié à la patiente puis transféré à l'hôpital au moment de la prise en charge par la maternité. N'ayant pas interrogé les patientes sur ce moyen de communication (craignant une confusion de termes), j'ignore combien sont réellement concernées par ce système, mais il semblerait que seules quelques-unes le soient. Parmi les patientes interrogées, une seule l'a mentionné spontanément.

Il ne m'a pas été rapporté de cas de « dossier obstétrical partagé » entièrement confié aux patientes.

Seuls **2% des GO et des SF** avouent **ne pas transférer systématiquement des informations** à leurs correspondants. Ceci est plus fréquent **chez les MG : ils sont 10% !** Peut être jugent-ils inutile de signaler les événements intercurrents sans rapport direct avec le suivi de grossesse. Pourtant ces événements peuvent avoir des conséquences non négligeables sur le déroulement de celle-ci, notamment si des médicaments sont prescrits au décours de ceux-ci...

La réalité décrite par les patientes est encore plus alarmante : **18% d'entre elles affirment l'absence totale d'échanges** entre leurs correspondants... (si on soustrait les quatre patientes qui ont tout de même cité les examens complémentaires, elles sont 16% du total) **et seules 11% d'entre elles estiment que leurs intervenants communiquent systématiquement pendant leur grossesse.**

2.c. La qualité des informations échangées entre correspondants

Les résultats cités ci-dessus expliquent certainement que seuls 50% des GO et des SF soient satisfaits des informations échangées.

Certains libéraux spécifient qu'ils informent bien les maternités mais qu'en retour ces dernières les tiennent rarement au courant.

Les **MG sont même plus sévères** : ils sont moins de 30% à juger ces informations complètes ! Sans doute est-ce une conséquence directe du fait qu'ils ne soient pas considérés comme correspondants par les trois quarts des autres acteurs...qui jugent alors inutile de les informer du déroulement de la grossesse de leur patiente.

Pourtant, les MG se plaignant de ce manque de communication semblent (pour une majorité d'entre eux) assurer des échanges acceptables (courriers et photocopies de dossier).

S'il n'y a pas de support d'information, les échanges ne peuvent être de qualité.

Remarque : Il est important de signaler qu'un nombre non négligeable de professionnels a omis (volontairement ?) de répondre à cette question. Est-elle passée inaperçue, ou bien s'agit-il d'une question gênante ?

Du côté des patientes, les informations échangées sont jugées complètes par la grande majorité (73%).

Cependant, il est **important d'émettre des réserves** quant à ces réponses.

Je crains que la question ait été mal comprise par les patientes. En effet, elles sont nombreuses à avoir répondu que les informations échangées leur semblent complètes alors qu'elles signalaient plus haut une absence totale ou fréquente de communication entre les différents intervenants !?

La question étant posée peu après l'énumération des moyens de communication employés par les intervenants, parmi lesquels les examens complémentaires, les patientes ont peut être compris que je leur demandais si les examens pratiqués leur semblaient complets...

En effet dans la question n'étaient pas précisés les termes informations « échangées entre vos correspondants », pensant que c'était sous-entendu.

3. Le carnet de maternité

3.a Connaissance du carnet de maternité

La grande majorité des professionnels « spécialistes » de la grossesse (SF et GO) connaissent le carnet de maternité, contre seulement la moitié des MG.

- ***Son mode de découverte est variable*** : c'est le plus souvent au cours de leur formation (initiale ou continue) pour les SF et au cours des consultations pour les GO. Les MG citent les deux en égale fréquence (36%).

Cela reflète sûrement l'**absence habituelle du carnet de maternité de la formation** (initiale ou continue) **des médecins**, qu'ils soient généralistes ou spécialistes. Les SF semblent plus fréquemment sensibilisées à cet outil au cours de leur formation.

Les revues médicales ne l'évoquent aussi qu'exceptionnellement à en croire le peu de professionnels qui les ont mentionnées. C'est d'ailleurs ce que j'ai moi-même constaté en faisant les recherches pour ma thèse : sur toute la revue de littérature effectuée, les articles évoquant le carnet de maternité ne dépassent pas la dizaine !

Son statut légal est davantage connu des patientes que des professionnels : moins de 20% d'entre eux le savent obligatoire contre 40% de patientes (parmi celles qui l'ont déjà eu).

Dans son enquête auprès de ses collègues pour son mémoire de sage-femme (52), H. Goffard précise que 67% des SF hospitalières ignorent l'obligation légale de remplir le carnet de maternité, les SF de PMI en sont par contre majoritairement informées (69%).

Remarque : certaines patientes qui n'ont jamais eu le carnet ont tout de même répondu à cette question : 80% d'entre elles connaissent son statut légal ! Probablement cela témoigne-t-il chez elles d'un intérêt tout particulier pour le carnet. Elles sont nombreuses à s'interroger sur son existence puisque annoncée dans quelques revues ou manuels parfois même officiels (comme par exemple « *Tout petit à Paris* » édité par la Mairie de Paris) ou sur plusieurs sites Internet de plus en plus consultés par les futures mamans (« *sosbebe.org* », « *forums.famili.fr* », « *familles.com* », « *forum.aufeminin.com* »...).

Plusieurs patientes précisent en effet : « *j'en ai beaucoup entendu « parler », dans les magazines spécialisés en particulier, mais je ne l'ai jamais vu personne ne sachant où le trouver (CAF en particulier !)* », « *j'ai entendu parler du carnet de maternité sur les sites Internet* »...

- ***La grande majorité des professionnels qui le connaissent ignorent qu'ils peuvent eux-mêmes le distribuer et auprès de qui ils peuvent se le procurer: DASES ou Conseil Général (moins de 20%).***

Pour ces trois dernières questions, les MG (parmi ceux qui connaissent le carnet de maternité) semblent les mieux renseignés, mais les effectifs trop faibles ne permettent pas d'émettre des hypothèses valables.

Seules 20% des patientes l'ont déjà eu, celles du 93 significativement plus que les autres.

- Je suppose que, dans ce département, la distribution du carnet de maternité se fait par la CAF (ou CPAM) au moment de la déclaration de grossesse, comme c'est le cas dans plusieurs départements en province. Si c'est effectivement le cas, près de 40% des patientes issues de ce département échapperaient à ce type de distribution d'après l'enquête ?

Je ne suis pas parvenue à confirmer cette supposition, et la prudence est de rigueur : je n'ai eu dans mon échantillon que 19 patientes du 93.

- Il faut remarquer également que quelques patientes des 11^e et 12^e arrondissements signalent avoir eu le carnet par la maternité, alors que, comme je l'ai constaté sur place, les maternités ayant participé à l'enquête ne le délivrent pas aux patientes. Je pense qu'il s'agit ici d'une confusion avec les services de Protection Maternelle (ou PMI), qui à Paris ont la particularité d'être présents à l'intérieur de la maternité elle-même et qui eux, effectivement le délivrent.

- Deux patientes du 12^e arrondissement l'ont eu grâce à un médecin libéral (un GO et un MG): infime proportion, mais encourageant quand même !
- J'avais omis de proposer le choix «CAF ou CPAM», n'ayant pas anticipé la présence de patientes issues d'autres départements ou de patientes soumises à des régimes particuliers de sécurité sociale (commerçants, artisans...). Certaines patientes l'ont d'elles-mêmes rajouté aux propositions, mais d'autres, je suppose, ont entouré la PMI à la place (cette proposition étant la plus « ressemblante »).

3.b. Utilisation du carnet de maternité

Les MG l'ont très rarement utilisé : environ 20% des MG interrogés (parmi ceux qui suivent les grossesses ils sont un peu plus nombreux), contre près de 70 % des GO et des SF. Pour la majorité des professionnels il s'agit d'une utilisation relativement ancienne, hormis pour les SF qui l'ont en majorité utilisé au cours des deux dernières années...

Cela témoigne de ***l'absence quasi-complète du carnet de maternité dans la pratique obstétricale parisienne actuelle***, et confirme le constat que j'avais fait au cours de ma propre expérience de stages et de remplacements.

- Environ 60% des patientes et des SF ou MG l'ayant déjà utilisé, le trouvent utile. Les GO sont plus sévères (ils ne sont que 39% de cet avis), peut être parce qu'ils disposent d'autres supports d'information pour les patientes? Certains m'ont également signalé avoir créé une « ***fiche de liaison type*** », qu'ils confient à la patiente, dans laquelle ils notent les informations progressivement.

On peut être assez surpris de cette évaluation globalement si défavorable : est-ce le carnet de maternité, en tant que tel, qui est jugé inutile, ou sa forme actuelle qui le rend peu utile ??? Les réponses ultérieures nous permettront d'estimer l'hypothèse la plus vraisemblable.

Dans son mémoire de SF, H.Goffard (52) note que 51% des SF interrogées le jugent « indispensable », contre 44% qui le trouvent seulement « parfois nécessaire ».

- Un peu plus d'un tiers des MG et des SF le trouvent pratique, contre seulement 21% des GO. Cette critique est probablement en rapport avec la forme du dossier obstétrical, qui doit être rempli par les professionnels en question.

Plusieurs GO insistent : le carnet est « *trop long et trop fastidieux à remplir* », « *il est inadapté: lourd, complexe, pas pratique...* », les SF se plaignent à plusieurs reprises du manque d'espace pour les observations: « *pas assez de place pour les commentaires* ».

Dans sa thèse, JP Fizaine aborde également ce sujet : environ 30% des professionnels interrogés (sur un échantillon de 410 médecins, généralistes et GO compris) trouvent le carnet peu facile d'utilisation, avec 29% de GO contre seulement 9% de MG (33).

Dans l'enquête de H.Goffard (52), les SF sont plus optimistes : elles sont 91% à le trouver adapté dans sa forme actuelle, même si elles signalent à plusieurs reprises le manque d'espace disponible pour les observations.

Les patientes en revanche le trouvent pratique pour deux tiers d'entre elles!

Sans doute est-ce le **reflet du petit format du carnet actuel**, facile à transporter, qualité plus appréciée des patientes puisque principales intéressées.

- Enfin, seuls 15% des professionnels le trouvent à jour, de la même façon que 30% des patientes. Ils sont particulièrement nombreux à ne pas se prononcer pour cette question: peut être ne se souviennent-ils plus ou n'ont-ils pas pris connaissance de son contenu en détail ?

Malgré tout, l'ensemble des personnes concernées par le carnet sont donc unanimes à ce sujet : le **carnet nécessite une mise à jour**. Rien d'étonnant puisque le contenu n'a pas changé depuis 1990..., année de son lancement !

Cette réponse de la part des patientes prouve par la même occasion qu'au moins la moitié de celles-ci l'a lu attentivement.

3.c. Estimation de la place du carnet de maternité dans la pratique obstétricale

- **Près des deux tiers des professionnels interrogés ont déjà regretté l'absence d'un tel carnet**, particulièrement les MG qui font du suivi de grossesse (près de 25% à l'avoir regretté souvent !). Les GO, par contre, sont ceux qui l'ont moins fréquemment regretté : 38% d'entre eux ne l'ont jamais regretté contre environ 30% des SF et des MG.

Ces résultats confirment que les GO ont particulièrement plus de raisons d'estimer le carnet « inutile » puisqu'ils n'en regrettent pas ou peu l'existence dans leur pratique quotidienne. A noter que la discordance des chiffres obtenus (61% qui en ont déjà regretté l'absence versus seulement 39% qui le jugent utile) est probablement secondaire à la variation des effectifs sollicités pour chacune des deux réponses (45 versus 28).

Remarque : pour cette question les MG ont les réponses les plus cohérentes : ceux qui jugent le carnet inutile n'en ont jamais regretté l'absence (certaines SF et GO qui en ont parfois regretté l'absence le jugent tout de même inutile...)

- **Environ 90% des professionnels se disent prêts à l'utiliser**, particulièrement les MG, logiquement plus concernés puisqu'ils sont ceux à en avoir plus souvent regretté l'absence (près de 60% d'entre eux se disent décidés à le remplir toujours !). Là encore les GO se distinguent par leur sévérité vis à vis du carnet : ils sont 11% (hospitaliers comme libéraux) à ne pas vouloir le remplir, alors qu'aucun MG ayant une activité obstétricale ni aucune SF ne tient ce discours...

Une SF précise être prête à l'utiliser toujours « *s'il y a un moyen que ça ne demande pas un énorme travail supplémentaire* », une autre « *si plus adapté et plus pratique (plus de place pour les commentaires)* ».

Un GO refuse de l'utiliser car pour lui : « *actuellement l'informatique permet d'utiliser des logiciels très adaptés pour communiquer avec les médecins traitants et les maternités sans support papier* ».

A noter également qu'un MG souligne aussi qu'« *il est temps aujourd'hui d'utiliser un carnet de maternité informatisé comme le prochain DMP et arrêter les documents papiers* », il est malgré tout prêt à le remplir s'il le juge nécessaire.

3.d. Avantages

- **La très grande majorité des professionnels pense qu'il favoriserait la communication et la continuité des soins (plus de 90%) et qu'il permettrait l'accessibilité du dossier en toute circonstance (80%).**

Ces deux qualités déterminent le **premier objectif** du carnet de maternité, « outil de liaison » entre les différents acteurs, sans cesse accessible puisque suivant la patiente dans tous ses déplacements.

Le carnet a donc une **utilité unanimement reconnue** par les professionnels chargés du suivi de grossesse, contrairement à ce qui pouvait être perçu par leurs réponses citées ci-dessus (cf. IVB 3b).

Un MG souligne que le carnet permettrait d'« *éviter la surenchère des prescriptions entre confrères* », pour une SF il donnerait accès à « *des informations médicales précises en plus de ce que peut raconter la patiente* », une autre insiste sur la « *nécessité d'un outil de communication avec les différents partenaires* ».

Un autre MG précise même la possibilité d'utiliser le carnet comme moyen de « **traçabilité** d'une grossesse pour les grossesses suivantes ».

Du côté des patientes, le souhait général (96%) d'y voir figurer un résumé de chaque consultation pendant la grossesse prouve qu'**elles accordent une grande importance au suivi de leur grossesse et qu'elles comprennent l'intérêt de la continuité des soins**. Cela témoigne aussi probablement de leur désir d'être informées, par ce biais, du déroulement de leur grossesse.

Plusieurs patientes soulignent : « *cela pourrait améliorer la communication entre la médecine de ville et la maternité* », « *dommage que le carnet ne soit pas donné automatiquement pour une meilleure coordination médecin-médecin. C'est aujourd'hui à la patiente d'assurer celle-ci si elle souhaite un bon suivi du dossier. Dans le cas d'oubli de transmission des éléments peuvent échapper au spécialiste* ».

Une patiente émet l'hypothèse que le carnet « *facilitera la lecture de son dossier par son médecin* », une autre pense qu'il « *aurait été un support utile pour les échanges d'informations moi/gynécologue/maternité, et voire d'autres interlocuteurs* ».

D'autres patientes pensent que celui-ci est particulièrement **important en cas d'imprévu** : « *je me demande pourquoi les médecins ne prennent pas en considération ce carnet, je le trouve très utile surtout durant les voyages* », « *accouchement ailleurs que l'hôpital prévu* ».

(déplacement, urgence...) », « outil pratique pour les femmes enceintes et même pour son entourage en cas d'urgence ».

Deux autres anticipent même son **intérêt dans la période du post-partum** : « il est important de l'avoir pour faciliter le suivi de grossesse ainsi que la période post-natale », « intéressant pour l'accouchement et en suites de couches ».

Une patiente se souvient: « utilisé par l'hôpital qui m'a suivie pendant ma première grossesse, je l'ai trouvé utile voire rassurant (puisque accessible à tout moment par tous) ».

Cependant, il est regrettable que cinq patientes fassent figure d'exception, parmi lesquelles, deux, pourtant, mentionnaient l'absence d'échanges d'informations entre correspondants !

- Environ les deux tiers des professionnels supposent qu'il pourrait **responsabiliser leurs patientes et les encourager à participer activement à leur grossesse**. Ils sont encore trop nombreux à penser le contraire...peut être aurais-je dû poser la question directement aux patientes elles-mêmes?

Toutefois, au vu de l'intérêt suscité chez elles par mon enquête, je pense pouvoir avancer qu'**elles sont très soucieuses d'être impliquées davantage dans leur grossesse**. D'ailleurs, elles réclament pour ainsi dire toutes (96%) un calendrier détaillé de leur grossesse en plus des résumés des consultations effectuées. De cette façon elles pourront **anticiper le programme** « systématique » et éviter des oublis parfois lourds de conséquences. Elles pourront aussi consulter la conclusion des observations médicales, ceci leur permettant de mieux intégrer l'importance des consignes prescrites.

Une GO propose elle aussi l'inclusion dans le carnet « d'un calendrier de grossesse avec prévisions des dates de consultation, échographies, HT21, ... ».

- Quant à l'intérêt d'un « guide pour les médecins », les professionnels sont plus partagés : **près de 90% des MG souhaitent que le carnet les guide** dans leur pratique obstétricale alors que les GO ne sont que 60% à y voir un avantage conséquent.

Les **MG montrent par là le souhait qu'ils ont d'améliorer leur pratique** (qu'ils reconnaissent parfois approximative) **par le biais du carnet**, et ce, qu'ils estiment leur formation en gynéco-obstétrique satisfaisante ou non. L'intérêt provoqué chez eux par cette proposition, permet de supposer que **l'utilisation du « dossier obstétrical » du carnet serait certainement améliorée si celui-ci était élaboré de façon à aider le médecin** (surtout généraliste) **dans sa prescription et sa surveillance systématiques**.

Les SF sont 74% à l'avoir mentionné. Peut être ont-elles conscience de la nécessité, pour les MG qui souvent suivent des grossesses, d'avoir un outil leur rappelant les principaux éléments de suivi obstétrical ?

Par contre, certains GO ont dû penser que la question évoquait la nécessité d'un guide qui leur serait personnellement destiné...on peut comprendre dans ce cas qu'ils ne l'aient pas estimé nécessaire.

- La majorité des professionnels reconnaissent l'avantage qu'aurait le carnet d'être **un guide pour les patientes** : là aussi les MG et les SF arrivent en tête avec 85% des voix, contre « seulement » 70% des GO.

Il s'agit là du **deuxième objectif affiché par le carnet** : contenir des informations destinées à la patiente lui permettant de mieux appréhender le déroulement de sa grossesse.

Les GO semblent moins sensibles à cet argument : ils ont probablement déjà d'autres supports d'information pour les patientes. Par exemple, à la maternité de l'hôpital Saint Antoine sont distribués en consultation deux petits livrets : « *passport prénatal* » et « *calendrier de grossesse* ». De la même façon, dans la clinique des Bluets, des exemplaires du « *livre bleu* » édité pour le Comité National de l'Enfance sont mis à disposition des patientes lors des consultations.

Néanmoins (et plusieurs patientes m'en ont fait la remarque), il faut préciser que ces guides sont souvent subventionnés par des firmes pharmaceutiques (Bayer pour les deux premiers) ou sponsorisés par des marques (comme c'est le cas du « *livre bleu* ») et contiennent donc des pages publicitaires, parfois envahissantes. Pour preuve, le témoignage d'une patiente : « *les informations que nous avons reçu sont toujours sponsorisées ce qui enlève de leur crédibilité, même si elles sont distribuées par les institutions* ».

Les patientes semblent unanimes : la quasi-totalité **réclame que le carnet soit pourvu d'informations médicales simplifiées ainsi que d'informations administratives et juridiques**. Et pourtant elles sont largement majoritaires à se dire satisfaites des informations délivrées pendant leur grossesse.

A noter cependant, parmi les patientes insatisfaites des informations qui leur ont été délivrées, une signale : « *les GO de l'hôpital ne prennent pas le temps de fournir des explications claires aux patientes : les visites sont très rapides* ».

Une patiente raconte : « *en l'absence de ce carnet, la future maman doit se le constituer elle-même. Certains sites Internet sont très utiles en la matière...* ». Plusieurs patientes évoquent les « *informations pas très fiables sur les sites Internet* », « *j'ai dû regrouper moi-même les informations (Internet, revues...)*. Cela serait intéressant d'avoir un support complet « *validé* » » ou encore « *le carnet de maternité permettrait de « contrôler » mes propres informations* ».

Une patiente appuie : « *regrouper les informations médicales simplifiées me paraît être une bonne idée* », une autre : « *on trouve toutes ces informations dans divers livres de grossesse mais c'est pratique de les avoir dans un même petit manuel, d'autant plus que celui-ci comportera le résumé de chaque consultation médicale* ».

Nombreuses sont celles qui proposent des informations supplémentaires à celles citées dans mon questionnaire : « *suivi médical du père avec informations nécessaires à la grossesse* », « *conseils pour se lever du lit (avec dessin)* », « *pathologies liées à la grossesse* ».

(hémorroïdes...) », « glossaire des termes médicaux », « explications sur ce qu'est le Streptocoque, le CMV... », « avertissements et préconisations (groupe sanguin, allergies) », « informations sur l'accouchement », « liste valise », « premières informations sur le bébé », « informations concernant le retour à la maison », « courbes de croissance », « relation entre le premier enfant et le nouveau-né », « adresses utiles (médecins, PMI,...) », « liens Internet »,...

Cependant certaines (elles sont trois) émettent des réserves quant à la qualité de ces informations destinées au plus grand nombre, donc moins précises.

- Pour le format, les professionnels (MG et SF particulièrement) comme les patientes (plus de 90% d'entre elles) sont **majoritaires à le préférer petit**, de la même taille que le carnet de maternité actuel ou que le carnet de santé de l'enfant. Cette taille **conditionne effectivement sa facilité de transport** et, par voie de conséquence directe, sa disponibilité à tout moment. A noter que cette question a été particulièrement éludée par les professionnels, probablement parce qu'ils ne se sentaient pas directement concernés. Une patiente néanmoins est réticente: il faudrait « *au moins un format A4 pour y ranger les doubles des examens souvent en format A4* ».

Le mémoire de Mme H.Goffard (52) trouve des résultats superposables: 81% des SF interrogées en Lorraine sont satisfaites par le format actuel du carnet, « permettant son transport sans difficultés dans un sac à main ». Cependant elles sont quelques unes à lui reprocher le manque d'espace pour y faire figurer le contenu des observations médicales

Enfin, d'autres questions concernant la forme du carnet étaient personnellement destinées aux patientes.

- Là encore, **elles sont pratiquement unanimes**: elles souhaiteraient que les informations qui leur sont destinées soient **exprimées en termes simples, accessibles à tous, et enrichies d'illustrations**.
- Elles sont également très nombreuses à proposer qu'y soit prévue une **pochette pour y insérer les examens complémentaires**. Ce système éviterait les oublis ou la perte d'éléments du dossier, réunissant tous les documents dans un endroit précis.

Il ne m'a pas semblé utile, peut être à tort, d'interroger les professionnels sur ces deux sujets. J'ai supposé qu'ils n'étaient pas directement concernés par ces détails pratiques, et que la réponse fournie par les patientes serait elle seule déterminante dans le choix de la forme du carnet.

Cependant, dans l'enquête menée auprès des SF par H.Goffard, elles sont 84% à souhaiter que les patientes puissent associer les résultats d'examens au carnet de maternité (52).

Différentes remarques ou propositions :

- Une SF remarque que l'utilisation du carnet entraînera une *« réduction des coûts en centralisant les résultats des examens et consultations »*.
- Plusieurs professionnels précisent ***l'intérêt du carnet dans certaines circonstances*** : pour les patientes *« ne maîtrisant pas la langue française »*, quand existe un *« problème de langue ou de compréhension avec QI diminué »*, pour les *« patientes voyageant »*, *« grossesses suivies en ville »*, *« suivie sur différents site »* ou *« grossesses pathologiques suivies à domicile par les SF »*.
Plusieurs patientes évoquent aussi l'intérêt particulier du carnet dans les déplacements, permettant ainsi un accès au dossier en cas d'imprévu.
- Une MG propose que dans tous les autres cas où les patientes maîtrisent notre langue, elles remplissent le carnet elles-mêmes *« pour les responsabiliser plus »* et afin d'éviter au médecin *« toujours plus de papiers à remplir »*.
- Plusieurs médecins émettent le ***souhait que le carnet soit simplifié*** : *« concis, sans surcharge inutile »*, *« il doit être plus simple à remplir »*, *« d'accord si pas trop de papier »*.
- Des SF insistent particulièrement sur l'aspect ***pratique*** : *« améliorer la mise en page, le rendre plus lisible (plus de place pour les commentaires) »*.
Une autre propose de respecter la *« chronologie de la grossesse dans le carnet de maternité »*, avec un code de couleur pour chaque trimestre et des conseils adaptés en fonction du terme.
Deux SF proposent qu'il soit adapté pour permettre qu'il soit *« réutilisé à chaque grossesse (possibilité d'y ajouter des feuillets), en y notant succinctement les consultations »* évitant ainsi d'avoir à reprendre pour chaque grossesse les antécédents et de prescrire des sérologies inutiles.
Une autre imagine un carnet de maternité qui pourrait *« anticiper le carnet de santé de l'enfant, avec quelques pages au début de celui-ci, du même format »*.
- Plusieurs patientes y voient un intérêt pratique : *« avec le carnet de maternité on aurait plus de facilité de se retrouver dans tous les papiers durant la grossesse »*, *« tout est réuni sur un même support »*.
- Un des quatre médecins abordant l'informatique dans mon enquête, propose que *« le carnet de maternité devienne un dossier obstétrical partagé normalisé et adapté à l'informatique »*. Une SF évoque aussi le futur *« en l'attente d'un support informatique fiable »*. Et une patiente interroge : *« pourquoi pas un format informatique ? »*
- A noter enfin une proposition sympathique d'une MG qui suit les grossesses : pour les patientes le carnet pourrait ensuite avoir valeur de *« souvenir »*. Idée partagée par une patiente : *« serait très intéressant comme souvenir pour la maman »*.

3.e. Inconvénients

- **Les deux tiers des professionnels appréhendent une non utilisation par les autres intervenants.** Peut être s'agit-il d'expériences personnelles ?

On peut espérer que cette crainte ne sera plus justifiée une fois les adaptations nécessaires effectuées et le statut légal du carnet connu de tous...

Une GO précise « *en particulier les hôpitaux, qui ne lisent jamais quand on les remplit* ».

Une SF raconte : « *mes souvenirs de ce carnet sont: j'étais la seule à le remplir quand je suivais les patientes à domicile pour grossesse pathologique (...) et en consultation à la maternité je n'avais pas le temps de le faire* ».

Une patiente appuie : « *le carnet n'est pas toujours rempli même s'il est présenté : assez souvent les GO trouvent que c'est du temps perdu de le remplir* ».

L'enquête de Mme H. Goffard chez les SF de Lorraine (52) apporte des conclusions bien moins sévères : seules 16% des SF interrogées semblent rencontrer ce type de problème.

- **Les avis sont très divergents quant à l'inutilité du carnet et la perte de temps que son emploi pourrait engendrer:** moins de 30% des MG, contre la moitié des SF et 70% des GO !

Les réponses à cette question manquent trop souvent de cohérence : parmi les professionnels qui le trouvent « inutile » ils sont un nombre non négligeable à en avoir souvent ou parfois regretté l'absence et à se dire prêts à l'utiliser « toujours » ou « s'ils le jugent nécessaire », avouant ainsi qu'ils lui attribuent un certain degré d'utilité!

Probablement voit-on ici la conséquence d'un défaut de formulation comme expliqué plus haut dans le paragraphe « limites du questionnaire » (cf. IV A. 1b.).

Je pense en effet que la plupart d'entre eux ont coché cette réponse en se référant surtout à la **perte de temps occasionnée par la double écriture de leurs observations** (dans le carnet et dans leur dossier propre).

Un MG qui n'a pas coché cette proposition précise : « *il n'y a pas de perte de temps si on nous donne du temps !* », une autre « *écrire dossier personnel + futur DMP + carnet de maternité... quand fait-on de la médecine clinique ??* ». Une GO fait à peu près la même réflexion : « *entre l'ordinateur et le carnet, que restera-t-il de la relation patient-médecin?* ».

Une SF hospitalière dit : « *pas une perte de temps, mais 5 minutes de plus, et le temps est compté en consultation à l'hôpital* ». Deux autres insistent sur le double emploi avec le dossier hospitalier « *que l'on peut facilement faxer* » si besoin. Plusieurs précisent l'impossibilité en consultation hospitalière de remplir et le dossier et le carnet.

Une patiente évoque aussi ce problème: « *en espérant que les médecins et SF acceptent de le compléter... ils sont souvent débordés et ont déjà leur propre dossier* ».

Un GO (le seul qui semble informé qu'un carnet est actuellement en projet) s'inquiète du futur carnet de maternité qui « *risque de faire double emploi avec les dossiers partagés des réseaux périnataux qui sont également encouragés* ».

Une GO précise « *le carnet de maternité me paraît un bon moyen de suivi pour les femmes pour faire le lien entre la ville et la maternité MAIS en pratique il est rarement utilisé. Souvent il fait double emploi avec le dossier informatique (...). Pour y remédier, personnellement j'ai mis au point une feuille de suivi que la femme conserve avec elle (...) et qu'elle doit donner à la maternité* ».

Un autre précise que malgré le double emploi « *la communication est indispensable* ».

L'enquête menée à Nancy par JP Fizaine va aussi dans ce sens : pour de nombreux médecins (55% des GO contre 11% des MG) le carnet fait double emploi avec le dossier obstétrical du cabinet (33).

Le sentiment est le même chez 33% des SF interrogées par Mme H. Goffard (52).

- Les deux tiers environ des professionnels, les MG et les hospitaliers en tête, ***craignent des oublis par la patiente.***

Cette crainte témoigne probablement d'expériences vécues: 25% des patientes avouent elles-mêmes oublier, parfois ou souvent, les documents concernant leur suivi.

Une GO souligne que ce sont souvent « *les patientes les plus paumées, pour qui il serait le plus utile* » qui l'oublient en général.

Une patiente effectivement préfère avoir un dossier à la maternité, car celui-ci « *permet qu'on ne l'oublie pas* ».

La thèse de JP Fizaine (33) appuie ces résultats : 24% des GO et 15% des MG mentionnent le fait que la patiente ne présente pas le carnet systématiquement lors des consultations.

Deux patientes expliquent qu'il faut aussi que les médecins le réclament: « *ce carnet peut être sûrement utile mais cela implique que le personnel de la maternité le réclame à chaque consultation (ce qui n'est pas fait, ils ont leur propre dossier)* ». Une autre : « *à mon avis la raison pour laquelle le carnet n'est pas utilisé c'est parce que les docteurs ne le demandent pas* ».

Cependant, on peut supposer que ***la réunion de tous les éléments du dossier dans un même carnet*** (qui contiendrait également, comme proposé plus haut, les examens complémentaires) ***éviterait probablement de nombreuses omissions.*** Les patientes comprendraient certainement l'importance d'apporter le carnet de maternité systématiquement à toutes les consultations, alors qu'il peut leur être plus difficile de saisir l'intérêt que peuvent avoir au 3^e trimestre des examens effectués en début de grossesse (par exemple).

De même, l'expérience du réseau du Haut-Nivernais est plutôt rassurante sur ce point : 86% des patientes ont apporté le carnet de suivi le jour de leur accouchement.

- ***Les professionnels***, particulièrement les GO hospitaliers, ***sont globalement rassurants*** quant à l'***anxiété supplémentaire*** que pourrait engendrer, chez les

patientes, l'accès aux observations médicales via le carnet. Les MG sont globalement les plus réticents.

Sans doute les **médecins hospitaliers sont-ils davantage sensibilisés et expérimentés dans ce domaine** : le contenu des dossiers étant désormais accessible (sur demande) à chaque patient. Il est fréquent qu'un double du compte-rendu d'hospitalisation leur soit systématiquement adressé et que les comptes-rendus de consultation soient dictés en leur présence. La même attitude serait souhaitable chez les MG qui, malheureusement, peuvent parfois omettre d'informer leurs patients du contenu des courriers adressés à leurs confrères spécialistes.

Plusieurs professionnels précisent qu'il n'y aura pas d'anxiété supplémentaire chez la patiente si des explications lui sont données. Un GO surenchérit qu'il s'agit là d'un « *élément périmé : l'information est obligatoire* ».

Une SF évoque la possibilité « *d'édulcoration des informations pathologiques* » pour ne pas inquiéter la patiente, ce qui ferait alors perdre son intérêt au carnet.

Pour un MG, qui a pourtant coché cette proposition, le carnet pourrait diminuer le nombre de « *consultations inutiles en diminuant les angoisses de la primipare* ».

Une patiente s'exprime d'ailleurs ainsi : « *je pense qu'il est utile surtout si on a un problème qui est expliqué et pour nous rassurer* ».

Les patientes globalement sont partisans de ce libre accès aux résumés écrits par leurs intervenants (voir ci-dessus).

- Les GO et SF « non hospitaliers » sont les moins inquiets (un peu plus de 10%) quant à la **non confidentialité** de ce document « transporté » en dehors du cabinet ou de l'hôpital. Les MG, eux, émettent des réserves à plus de 40% ! L'un d'entre eux énumère les « *problèmes du secret : statut viral, informations sur famille, hérédité,...* », une GO précise « *notamment antécédents d'IVG...* ».

En ce qui concerne les hospitaliers, peut être, cette fois-ci, est-ce en rapport avec le type de population suivie : ils suivent certainement davantage de grossesses pathologiques que leurs confrères libéraux. Ils sont donc certainement plus soucieux des problèmes pouvant être rencontrés par la rupture (involontaire) du secret médical.

Pour les MG sans doute est-ce le reflet de leur particulière « proximité » au quotidien et à l'entourage de leurs patientes en tant que « médecins de famille ». Peut être ont-ils déjà été personnellement confrontés à des problèmes de cet ordre ?

Une SF qui ne suit pas de grossesses souhaite que « *la patiente doit garder la liberté de le présenter ou non aux différents intervenants* ».

3.f. Modifications de l'activité obstétricale

20 à 30% des professionnels, particulièrement « libéraux », sont prêts à suivre davantage de grossesses si le carnet de maternité est utilisé systématiquement et par tous !

- Cette information est capitale puisqu'elle prouve indubitablement ***l'intérêt marqué de l'ensemble des acteurs du suivi obstétrical*** pour cet outil. Non seulement l'utilisation de celui-ci les aiderait à améliorer la qualité des soins, mais elle les déciderait à majorer l'importance que peut avoir le suivi obstétrical dans leur pratique actuelle!
- Ceci conforterait la politique de santé actuelle. En effet, celle-ci vise à différencier le niveau de risque des grossesses afin d'adapter le type de soin correspondant (cf. IIA 2a.), et ainsi décharger en partie les hôpitaux des suivis de grossesses non pathologiques jusqu'au début du 3^e trimestre de grossesse.

D'autre part, **31% des MG** (en plus des 20% dont on vient de parler) sont disposés à suivre davantage de grossesses avec le carnet de maternité ***si une formation associée est proposée !*** La ***moitié des MG formule ainsi le souhait d'augmenter son activité obstétricale***, mais ceux-ci étant souvent insatisfaits de leur formation en gynéco-obstétrique, ils préfèrent la compléter pour améliorer la qualité des soins qu'ils seraient amenés à prodiguer.

Remarque: parmi les GO (en particulier « hospitaliers ») et les SF, nombreux sont ceux qui ont négligé de répondre à cette question la jugeant inadaptée pour eux, puisque ayant déjà une activité obstétricale exclusive. Un GO a précisé : *« la limitation est la saturation des consultations »*.

Ils sont cependant deux GO hospitaliers à avoir répondu que l'utilisation du carnet majorerait quand même leur pratique !

3.g. Moment « idéal » de distribution

Sur ce thème les GO et les MG semblent s'accorder : ils sont environ 50% à préférer distribuer le carnet dès la première consultation anténatale, contre environ 30% lors du 3^e mois. Les SF sont plus partagées : elles hésitent entre les deux dates sans qu'une préférence n'émerge.

A noter un nombre important de professionnels qui proposent les deux alternatives indifféremment, certains précisent qu'on peut le donner à n'importe quel moment *« si non délivré auparavant »*.

Un MG propose qu'il ne soit délivré qu' *« en cas d'incident »*.

- En accord avec la majorité d'entre eux, je pense en effet que pour que ce carnet ait toutes les répercussions souhaitées, il est nécessaire que les femmes le détiennent dès le début de la grossesse. Les ***mesures hygiéno-diététiques doivent***

s'appliquer à toutes le plus tôt possible, et elles sont souvent demandeuses dès le début d'informations concernant le déroulement habituel des grossesses. Elles auront aussi accès grâce au carnet à des précisions leur permettant de mieux appréhender l'avenir.

D'autre part, du côté des professionnels (et tout particulièrement pour les MG), le ***carnet pourrait être un support pour les aider à déterminer le plus précocement possible le niveau de risque de la grossesse*** en question, et ainsi d'orienter au mieux la patiente dont ils ont la charge.

- Les réticences exprimées au sujet de la distribution dès le diagnostic de grossesse, sont principalement liées aux risques de survenue de fausse-couche.

Un médecin généraliste insiste même en écrivant *« problème des fausses-couches et risque de difficulté d'avoir un carnet appelé « de maternité » pour une grossesse qui ne va pas à terme »*.

Une autre évoque aussi le fait que le *« désir de grossesse n'est pas toujours clair au début »*.

Peut être serait-il alors judicieux de mentionner dans ce même carnet les possibilités, malheureusement relativement fréquentes, de fausse-couche spontanée et d'ainsi informer les patientes, pour qui, trop souvent, il s'agit d'un sujet difficile à aborder (que ce soit avec le corps médical comme avec leur entourage).

A noter une MG, un GO et une SF qui proposent que le carnet soit délivré encore plus tôt, lors de la *« consultation préconceptionnelle »* ou lors de la *« visite prénuptiale »*.

3.h. Distribution par les médecins dès la 1^{ère} consultation prénatale

Plus des deux tiers des professionnels se disent prêts à le distribuer systématiquement lors de la première consultation prénatale, et ce d'autant plus qu'ils étaient favorables à sa distribution dès le diagnostic de grossesse (ce qui paraît logique). Les SF sont même 95% à se prononcer en ce sens.

A noter une remarque d'une MG d'accord pour le délivrer: *« à condition qu'il n'y ait pas de problèmes de délivrance avec la CPAM »*.

Deux professionnels réclament dans ce cas une rémunération conséquente pour permettre un aménagement du temps nécessaire à cette tâche supplémentaire. Enfin une GO précise qu'elle le délivrera *« seulement s'il est très simplifié »*.

- Ce résultat est encourageant : ***la majorité des professionnels accepte de s'investir personnellement dans la distribution de cet outil***. En effet, il me semble que pour garantir une diffusion la plus large possible, il est nécessaire d'y faire participer tous les acteurs de santé concernés. Ainsi on évitera les « oublis » (involontaires) de certaines patientes.

A noter qu'une SF qui préfère que la distribution du carnet ait lieu au 3^e mois, propose que les SF délivrent également le carnet à cette occasion, puisqu'elles sont

compétentes pour faire la déclaration de grossesse depuis le décret du 9 août 2004. Une deuxième SF évoque également la possibilité de le délivrer elle-même.

- D'autre part, il me semble essentiel que ce carnet soit distribué directement par les professionnels de santé pour qu'il soit **accompagné d'explications**. Je pense effectivement, que son envoi systématique par la CAF ou CPAM ne permet pas d'insister suffisamment sur l'utilité de cet outil de liaison entre professionnels. Une patiente, qui a eu le carnet de maternité par la PMI, évoque d'ailleurs ce problème : *« peut être qu'il serait intéressant que ce document soit donné accompagné d'explications »*.
- Les professionnels qui ne sont pas d'accord pour avoir ce rôle sont essentiellement ceux qui étaient contre sa distribution à ce moment-là ou les MG ne faisant pas de suivi de grossesse. Certains précisent la lourdeur des tâches « administratives » dont ils souffrent déjà excessivement : peut être les convaincra-t-on si le dossier obstétrical du carnet devient un support indispensable à leur pratique?

Une MG préfère une délivrance systématique aux patientes par la CAF.

Une SF propose une délivrance uniquement *« à la demande de la patiente »*.

3.i. Présentation systématique par la patiente à chaque consultation pendant sa grossesse

La quasi-totalité des patientes accepterait de montrer le carnet aux différents intervenants.

Cet engagement est tout particulièrement important puisqu'il **conditionne le bon usage du carnet et la qualité des informations qui y seront contenues.**

Seules trois patientes émettent des réserves :

- Une d'entre elle fait remarquer qu'elle s'est elle-même confectionnée un « carnet de maternité » mais de format A4, contenant toutes les informations qu'elle juge utiles.
- Une deuxième précise que le carnet *« n'est qu'une copie du dossier médical »* et qu'il n'a pas d'intérêt puisque le médecin en possède lui-même un complet.
- La troisième évoque le caractère *« privé »* de la grossesse.

4. Remarques générales

4.a. Les patientes

➤ **Elles sont très souvent enthousiastes:**

« utile, tout est réuni sur un même document », « je n'en ai jamais eu mais je pense qu'il pourrait être utile vu les propositions du questionnaire », « je regrette que ce carnet n'ait pas d'utilité pour le moment et ne m'ait pas été délivré pour cette deuxième grossesse », « je ne savais pas qu'il existait, il m'a l'air utile et très intéressant », « même s'il n'est pas distribué en Ile de France, il serait bien que l'on nous informe de son existence et que l'on nous laisse le choix de l'avoir ou non », « ce serait super pour toutes les futures mamans », « l'idée d'un carnet semble très judicieuse, il faudrait en généraliser l'utilisation », « il me semble indispensable d'être munie d'un carnet afin d'être informée au mieux et d'avoir une visibilité de l'évolution de la grossesse », « je crois que le carnet de maternité est indispensable à toutes les femmes enceintes ».

➤ Rares sont celles qui émettent des réserves : *« proposition intéressante mais attention de ne pas tout y mettre: il faudrait distinguer un document unique dont l'objet est la synchronisation du suivi par le corps médical, des documents à destination des mamans (informations et conseils) », « sa fonction devrait être plus médicale de suivi qu'un outil d'information pour les patientes : difficulté d'avoir plusieurs fonctions à la fois, et perte de l'intérêt des informations si celles-ci sont « grand-public », on peut trouver les informations sur d'autres supports ».*

4.b. Les professionnels :

Ils sont plus souvent partagés :

- Une GO termine par ces termes : *« c'est trop souvent une redite non pertinente, mis à part pour les femmes exclues socialement, mais pour qui le carnet n'est pas suffisant.(...) Ce carnet ne peut remplacer la volonté de partager une préoccupation de santé publique ».*
- Une SF précise : *« le carnet de maternité n'est qu'un outil pour le développement du travail de partenariat en réseau, lequel doit se développer et nécessite une réflexion approfondie ».*
- Une autre affirme : *« si le carnet représente un nième document à remplir, son utilisation ne sera pas suivie ».*

Pour conclure, la phrase d'une GO: *« je suis en attente d'un nouveau carnet ».*

IV C. PROPOSITIONS

Mon enquête permet de garder un optimisme certain quant à l'avenir de ce carnet. Cependant, elle met également en évidence que des adaptations du carnet de maternité sont nécessaires. Ce n'est qu'en tenant compte des remarques soulevées sur le terrain que nous réussirons à rendre ce carnet indispensable aux patientes comme au personnel de santé.

Je peux ainsi proposer plusieurs idées, le but étant de rendre ce carnet utilisable et utilisé.

1. Améliorer la partie destinée aux professionnels de santé

1.a Rendre le dossier obstétrical du carnet de maternité plus pratique

L'actuel dossier obstétrical **a été présenté de façon à être rempli facilement et rapidement** par ses utilisateurs (**Annexe 6**): cases permettant de cocher les antécédents et symptômes de la patiente, tableau permettant au consultant de synthétiser au mieux la consultation.

Chaque partie est complétée d'une case *remarques*, permettant ainsi de détailler certains points ou de mettre l'accent sur des éléments importants du dossier.

Cette présentation permet au professionnel de santé ***d'évaluer en un seul coup d'œil l'ensemble des consultations prénatales*** et donc de gagner du temps au cours de la consultation (partant du principe que le carnet est soigneusement rempli à chaque consultation).

Les ***feuilles auto-duplicants*** et détachables ont été conçus ainsi afin de permettre à l'intervenant principal de conserver un exemplaire du dossier, lui évitant ainsi la mise à jour de son propre dossier lors des différentes consultations.

Ce système peut paraître malgré tout gênant pour certains et nécessite des perfectionnements:

- On peut se questionner sur ***l'intérêt du deuxième exemplaire du dossier destiné au praticien à l'heure de l'informatisation***.
Bon nombre de praticiens se servent en effet déjà de logiciels informatiques plus ou moins adaptés et n'auront que faire d'un dossier « papier » supplémentaire, d'autant que la patiente est sensée ramener le carnet à chaque consultation.
- De plus, il peut être ***difficile d'identifier d'emblée l'intervenant principal***, à qui serait destiné ce deuxième exemplaire du dossier...
En effet, dans le cas fréquent de suivi initial par le MG puis relais par le GO libéral et enfin la maternité, avec possibilité de consulter le MG en cas de problème intercurrent, on peut se demander l'intérêt pour l'un d'entre eux

(surtout le premier !) de conserver ce feuillet : celui-ci serait de toute façon incomplet puisque les autres intervenants n'y auraient pas accès...

Sans doute le problème serait-il plus simplement résolu, si l'intervenant souhaite conserver une copie, par l'utilisation de la photocopieuse qui est de plus en plus présente dans les cabinets médicaux.

- Beaucoup lui reprochent un manque de lisibilité avec un manque d'espace prévu pour les observations médicales.

On pourrait imaginer un système simplifié, permettant plus de liberté aux professionnels souhaitant y inscrire des informations supplémentaires:

- Pour la partie destinée aux consultations : ***Etaler le « tableau de suivi » sur plusieurs pages successives***, avec possibilité, pour ceux qui le souhaitent, d'y faire figurer plus de détails.
- Il serait intéressant de ***garder les principales cases proposées par le carnet actuel, mentionnant les éléments cliniques systématiques du suivi*** (terme de la grossesse, poids, TA, activité cardiaque fœtale, BU), ***ainsi que les symptômes à rechercher*** (mouvements actifs, métrorragies, contractions utérines et signes urinaires). Ce système permet en effet aux professionnels de gagner du temps, évitant de les réécrire à chaque consultation: il suffit de remplir la case correspondante par un «+» ou un «-».
- La hauteur utérine et le toucher vaginal étant des éléments non systématiques et parfois subjectifs il n'est pas utile de les faire figurer sous forme de colonne : les intervenants souhaitant le rajouter pourront le mettre dans la case « observations ».
- La sérologie toxoplasmose et les RAI devraient, à mon avis, figurer ailleurs, dans un tableau concernant les examens biologiques, comme je vais le proposer plus loin.

1.b. Guide pour les professionnels de santé, tout particulièrement les MG

Suite aux souhaits formulés par les MG ayant participé à mon enquête, ainsi qu'à mon expérience personnelle, il me paraît important que ce carnet de maternité soit non seulement un outil de communication interprofessionnel, mais également un **guide du suivi des grossesses** pour les généralistes. En effet parfois, par manque de pratique ou de formation, ils oublient ou répètent inutilement des examens.

Le suivi obstétrical est très standardisé (28), d'où l'intérêt d'une check-list regroupant les éléments cliniques à rechercher, ainsi que les bilans systématiques ou systématiquement proposés.

Ce guide devrait comprendre :

- **Une aide au dépistage des facteurs de risque pour une prise en charge adaptée précoce (41)** : le carnet de maternité doit être un outil permettant au praticien de faire le tri, dès la première consultation, entre grossesses « physiologiques » (à bas risques) et celles à risque plus élevé nécessitant un suivi spécialisé de façon à adapter les soins obstétricaux ou pédiatriques. Tout comme la Conférence de consensus 1998 (**annexe 3**), Mme Le Goaziou évoque aussi l'utilisation d'une « grille de recueil de données » pour faciliter la détection des facteurs de risque obstétricaux par le MG (**28**).

L'HBMR a eu également cette ambition : grâce à un code de couleurs il permettait l'identification précoce des facteurs de risque pendant et après la grossesse (**9, 10**).

Sans doute devrions-nous nous inspirer de cette idée simple: le carnet aiderait ainsi de façon très « pratique » le praticien à décider s'il est, ou non, en mesure de suivre (ou de continuer à suivre) la grossesse de sa patiente en fonction des antécédents de celle-ci ou du déroulement de sa grossesse actuelle.

- **Un support d'évaluation du risque psycho-social des patientes**, risque souvent négligé par l'ensemble des professionnels de santé. L'entretien du 4^e mois aura cet objectif, mais il serait souhaitable de le dépister dès le début de la grossesse.
- **Un rappel des examens obligatoires ou conseillés avec mention des dates correspondantes**. Cela pourrait se présenter sous forme d'un **tableau récapitulatif**, qui pourrait s'inspirer de celui de la Clinique des Bluets (**annexe 17**): chaque ligne correspondant au mois de la grossesse en question, chaque colonne à un type d'examen précis. Les espaces ainsi formés seraient prévus pour y noter les résultats. Devraient y figurer : bilans biologiques en fonction de l'âge de la grossesse, échographies. En bas de page devraient également être précisés quand faire la déclaration de grossesse, ainsi que la période pendant laquelle le test HT21 (dépistage de la trisomie) est souhaitable.
- Des informations détaillées destinées au professionnel sur le **dépistage de la trisomie 21** qui doit être maintenant obligatoirement proposé à toutes les femmes: quels marqueurs, à quel moment, type de formulaire à remplir par la patiente. En effet, plusieurs études révèlent également les lacunes des MG à ce sujet (**53**)
- Les **prescriptions systématiques ou vivement recommandées** d'acide folique en début de grossesse et de vitamine D au 9^e mois. Le fer en cas de besoin (anémie, grossesse gémellaire...).

- Quelques petites variations des pratiques sont possibles d'une maternité à l'autre : pourquoi ne pas **uniformiser la pratique** à un niveau national, facilitant ainsi la coopération ville-hôpital et inter-hospitalière?

1.c. Nécessité d'une réévaluation et mises à jour régulières du contenu du dossier obstétrical

Il suffit de s'attarder sur certains détails du carnet de maternité pour s'apercevoir que **certaines des propositions sont obsolètes ou incomplètes** :

- le carnet de maternité prévoit deux échographies et non les trois actuellement obligatoires (vers 13, 23 et 33 SA),
- il insiste sur le mode de datation de la grossesse, alors que l'échographie du premier trimestre est le seul critère retenu actuellement (même si une concordance avec la date des dernières règles est toujours recherchée et souhaitable),
- manquent également certains **éléments importants** : comme la notion d'un frottis cervico-vaginal antérieur, la consommation d'autres toxiques que le tabac (alcool, drogues...) ou de médicaments, la notion de l'état des membres inférieurs dans les antécédents, certaines sérologies non obligatoires (telles celle du CMV...), le dépistage de la trisomie 21 (HT21), le dépistage du diabète gestationnel par le O'Sullivan au sixième mois, le prélèvement vaginal au neuvième mois.
De même, les **antécédents psychiatriques**, pourtant déterminants pour le bon déroulement de la grossesse et du post-partum, ne sont pas du tout mentionnés dans le dossier obstétrical.
Enfin, il me paraît important de relever **l'absence des éléments concernant le père** tels que ses antécédents personnels ou familiaux, son groupe sanguin (surtout important si celui de la patiente est négatif), sa profession.

Ces éléments devraient donc être corrigés ou intégrés au dossier obstétrical du carnet de maternité pour rendre son utilisation par les professionnels plus efficace et cohérente.

En effet, une **adaptation annuelle aux évolutions du savoir médical et aux nouvelles recommandations** me paraît **indispensable** pour faire en sorte que ce « guide » soit toujours à jour, ce qui encouragera très probablement son utilisation.

L'utilisation de l'HBMR a permis également de souligner l'importance **d'examiner périodiquement la pertinence des facteurs de risque retenus** comme justifiant une prise en charge spécialisée ou une consultation aux urgences. En effet, le but est de ne pas avoir trop de « faux-négatifs » pour ne pas discréditer l'intérêt du carnet comme « guide » pour la conduite à tenir. Il faut donc sans cesse cibler ces facteurs de risque de façon adaptée, en fonction des changements des services et de l'évolution des populations (9).

L'exemple du carnet de suivi de grossesse employé dans le réseau du Haut-Nivernais et utilisé par tous devrait nous convaincre : un outil adapté et à jour a plus de chances d'être consulté et rempli par les intervenants qui en voient alors l'utilité.

Par ailleurs, il est essentiel d'insister auprès de chacun d'eux pour qu'ils expliquent aux patientes ce qu'ils y inscrivent au fur et à mesure: les patientes veulent être associées aux décisions à prendre en matière de soins (54)

2. Améliorer la partie destinée à la patiente

2.a. Sa présentation

La présentation de cette partie est partiellement **illustrée, agréable** à lire, les messages sont souvent clairs et la formulation employée est accessible au plus grand nombre.

On peut regretter cependant l'**absence de mise en relief de certains messages importants ainsi que la densité trop importante du texte par endroits:**

- C'est le cas des **motifs de consultation en urgence** au cours de la grossesse. Ceux-ci apparaissent sous forme schématique dans un ensemble mélangeant « services sociaux », « création d'un environnement favorable » et « suivi médical » : il est très probable que beaucoup de femmes ne les remarquent pas.
- De même les **messages de prudence** concernant l'automédication, la consommation de tabac et d'alcool mériteraient une place plus importante avec davantage d'explications et de conseils.
- Les illustrations occupent parfois une page entière, communiquant seulement une ou deux informations. Suivies ensuite d'un texte relativement dense. Il serait peut être plus judicieux et agréable pour la mère que la présentation soit sous forme de **petits chapitres avec à chaque fois des illustrations** correspondant au texte.
- Enfin les parties « administrative » et « législative » devraient être présentées de façon plus aérée, avec quelques illustrations pour **les rendre plus attractives**. Le paragraphe actuellement consacré au **congé maternité** devrait être simplifié et mis en évidence.

Par ailleurs, il me paraît justifié de **conserver le format actuel du carnet** au vu des résultats de mon enquête : les professionnels comme les patientes s'accordent pour préférer un petit format A5, facilitant son transport au quotidien.

Les patientes sont également en faveur d'une pochette permettant d'y insérer les examens complémentaires. On pourrait imaginer une pochette plastifiée de la même taille que le

carnet, où seraient glissés les résultats de bilan biologiques ainsi que les comptes-rendus échographiques pliés en deux.

2.b. Améliorer la fonction éducative du carnet

Plusieurs questions y sont déjà abordées, permettant ainsi à la patiente de mieux comprendre les différentes étapes de sa grossesse et de l'accouchement, l'organisation de la surveillance, certaines questions relatives au travail et au droit, etc.

Pour **perfectionner la partie informative et éducative** destinée aux femmes, le carnet de maternité devrait :

- Décrire des **mesures hygiéno-diététiques simples**, rappelant les principales recommandations concernant la toxoplasmose, la listériose, le CMV, les IST dont l'hépatite B, etc., accompagnés d'illustrations, avec des explications des risques liés à ces infections.
Décrire les précautions simples concernant les contagions de maladies virales.
- Faire référence à l'usage des **médicaments** : pas de médicament sans avis médical préalable, hormis le Paracétamol qui peut être éventuellement utilisé (en l'absence d'allergie) pour les douleurs ou la fièvre. Cependant, si c'est le cas, nécessité de consulter systématiquement le médecin.
- Enumérer les **symptômes justifiant une consultation en urgence** : toute fièvre, pertes de sang, brûlures urinaires, oedèmes importants,..., accompagnés d'illustrations pour favoriser la compréhension et la mémorisation des messages.
- Consacrer une partie à la **consommation des toxiques** : tabagisme (actif ou passif), alcool, et autres toxiques (haschich, autres drogues,...), avec des échelles d'évaluation de la dépendance et de l'anxiété.
Au lieu de se contenter de dire qu'il faut les « éviter » car ils sont nocifs (comme c'est le cas dans le carnet actuel), il faudrait peut être **expliquer brièvement les risques** auxquels ils exposent la patiente et son enfant à naître.
Le carnet devrait également évoquer les possibilités et moyens de sevrage (thérapie comportementale, substituts, etc.), et préciser où s'adresser pour avoir de l'aide (55).
- Inclure des **informations concernant les violences physiques et psychologiques**, ainsi que des conseils et adresses utiles aux femmes en situation d'isolement social ou affectif (55).
- Préciser les objectifs et les limites des examens échographiques et de l'amniocentèse. Expliquer également le but et les risques de l'analgésie

péridurale.

- Ajouter des **informations sur le post-partum** (retentissements « normaux » de l'accouchement et éducation sur les soins au nouveau-né) pour que les mères puissent y trouver des renseignements clairs après l'accouchement (plus réceptives que pendant la grossesse). En effet, la labilité émotionnelle, la dépression, la diminution de la libido, et les douleurs « physiques » consécutives à la grossesse sont insuffisamment évoquées par les praticiens, semble-t-il par manque de formation de ces derniers (56).
- Prévoir, enfin, une **version simplifiée particulièrement illustrée pour les populations illettrées ou ne parlant pas le français**, par exemple sous forme de feuillets supplémentaires à rajouter. En effet, un nombre non négligeable de nos concitoyennes sont des immigrées provenant de pays du Sud ou de l'Est.

Peut-être pourrions-nous nous appuyer pour cela sur les caractéristiques de l'HBMR, qui a su prouver son efficacité dans les pays en voie de développement.

2.c. Mise à jour régulière des informations destinées à la patiente

Le carnet de maternité, qui a pour vocation de s'adresser au plus grand nombre, doit bénéficier :

- d'une mise à jour des différentes informations qu'il contient **en fonction des avancées dans le domaine médical** (54),
- d'une adaptation des différents messages de prévention **en fonction de l'évolution des mentalités**, conformément à ceux de l'Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES).

3. Respect de la confidentialité des informations concernant la patiente

C'est une question qui préoccupe de nombreux intervenants.

Pour remédier à ce problème, qui d'ailleurs peut exister pour tout type de document confié à la patiente, pourraient être proposées deux solutions :

- L'identité de la patiente pourrait être remplacée par **son numéro de sécurité sociale**. Mais cela peut ne pas s'avérer suffisant si la patiente souhaite que la confidentialité soit respectée vis à vis de ses proches.
- Comme l'ont déjà expérimenté Y. Chany et ses collègues (23), une **liste de renseignements codés** pourrait être remise à tous les professionnels permettant ainsi de noter en toute confiance les renseignements confidentiels (IVG, toxicomanie, HIV, problèmes psychiatriques ou socio-économiques...).

4. Utilisation statistique

Le carnet de maternité peut s'avérer être un **outil statistique** important pour la société permettant l'**évaluation** des soins et des informations fournis à la mère. Il aiderait ainsi à comprendre certaines des défaillances du système actuel français.

Cette fonction était un des objectifs poursuivis par l'OMS lors de la création du HBMR (40).

Un article espagnol de 1996 évoque aussi ce rôle : « *nous recommandons l'utilisation du carnet de grossesse dans tous les cas, puisque son utilisation est conseillée en tant que document devant rester en possession de la patiente et (...) reflétant toute l'activité d'assistance et d'éducation que réalise le personnel de santé, en relation au suivi de la grossesse* » (11).

Enfin, dans le réseau du Haut Nivernais, la patiente est informée que son suivi, grâce au carnet, sera repris informatiquement et transmis de façon anonyme à des évaluateurs afin d'améliorer la qualité de la prise en charge coordonnée des femmes enceintes (**annexe 10**).

5. Distribution du carnet

5.a. Moment « idéal » de distribution

Comme la majorité des professionnels interrogés dans mon enquête, il me semble que, pour être efficace, le carnet de maternité devrait être **délivré dès la première consultation prénatale**, étape essentielle dans le suivi obstétrical.

C'est d'ailleurs en accord avec la législation qui précise que les patientes doivent en être pourvues « lors du premier examen prénatal ».

- Il faudrait par conséquent que ce soit **le premier médecin sollicité** qui le distribue systématiquement à toute patiente enceinte désirant poursuivre cette grossesse.
- Plusieurs auteurs partagent cette idée (10, 28).
- Je pense qu'il pourrait être envisagé que les médecins (généralistes et gynéco-obstétriciens) reçoivent systématiquement en début d'année quelques exemplaires du carnet de maternité. Cette distribution serait accompagnée d'une lettre d'information rappelant le mode d'utilisation ainsi que l'obligation légale de le distribuer aux femmes enceintes. Un bon de commande y serait associé, permettant au médecin d'adapter sa demande au nombre de patientes concernées qui le consultent.

5.b. Information de la population générale

- Il faudrait qu'une grande **campagne de sensibilisation** soit faite auprès de l'ensemble de la population pour que les patientes prennent conscience de l'intérêt de ce carnet pour elles-mêmes et de l'importance de l'apporter à toutes les consultations.
- Peut être pourrait-on par la même occasion informer les patientes de la **possibilité, pour la plupart d'entre elles, d'être suivies par les généralistes** pendant les deux premiers trimestres de leur grossesse, en insistant sur leur formation suffisante et leur proximité.

6. Mesures incitatives pour l'utilisation du carnet de maternité par tous les professionnels de santé

Je pense qu'il serait légitime de favoriser l'utilisation du carnet par des mesures incitatives, comme le préconise la mission périnatalité 2003.

- Une proposition envisageable, proposée par le Dr Le Goaziou (28) pourrait être la **revalorisation de la première consultation anténatale pour le médecin généraliste**. Celle-ci est cotée « 2 C » pour le spécialiste, tandis qu'elle ne vaut que « 1 C » pour le généraliste alors que son contenu est théoriquement le même et que cette consultation particulièrement longue est déterminante pour l'ensemble du suivi ultérieur.

Cette 1^{ère} consultation sera d'autant plus utile qu'elle **s'accompagnera de la remise du carnet de maternité, avec des explications** et des prescriptions systématiques du premier bilan biologique. Elle permettra le « remplissage » de toute la partie « antécédents » du dossier médical accompagné de la planification du calendrier de grossesse dudit carnet, parties les plus contraignantes à remplir.

- Peut être faudrait-il également reconsidérer les **consultations obstétricales** suivantes (systématiques ou non) **chez tout praticien** ?

Tout comme les consultations des enfants en bas âge, les consultations des femmes enceintes demandent des précautions toutes particulières, et un travail supplémentaire certain.

Elles impliquent en particulier la lecture et l'écriture systématique du carnet de maternité (en plus du dossier médical propre au cabinet), en prenant soin de vérifier qu'il est bien à jour. Cette plus grande responsabilité devrait être reconnue financièrement pour ne pas pénaliser les médecins se portant volontaires.

7. Compléter la formation des médecins généralistes, intégrer le carnet de maternité dans toute formation obstétricale

La demande de formation supplémentaire en gynéco-obstétrique des médecins généralistes est récurrente (33, 35), elle est une condition indispensable pour garantir un suivi obstétrical de qualité :

- « Il faut mettre à la disposition des médecins volontaires des **outils de formation** et de communication, comme (...) des réunions de concertation rémunérées pour les médecins et les sages-femmes libéraux, des moyens de formation continue (séminaires et soirées, courriers scientifiques, sites Internet,...) » (16).

Ces formations doivent impérativement apprendre à tout médecin généraliste le suivi d'une grossesse normale et lui donner des repères pour passer la main (28).

- Il serait évidemment souhaitable **d'intégrer le carnet de maternité dans l'enseignement universitaire**, ainsi que dans la formation continue des médecins (généralistes et gynécologues obstétriciens) et des sages-femmes.

Le carnet est en effet malheureusement absent de la formation actuelle des médecins à Paris.

Cette formation aurait pour objectif d'assimiler l'utilisation du carnet, d'en faciliter le remplissage et de comprendre son intérêt (9, 10).

A titre d'exemple, après leur formation, les consultants des Philippines remplissaient le carnet en trois minutes seulement alors qu'il leur en fallait vingt

auparavant. Le taux d'utilisation a pu ainsi passer, grâce à la formation des intervenants, de presque zéro à 92% ! (9).

De même, dans son mémoire de SF, H. Goffard (52) affirme qu'avec l'habitude, les SF ne prennent pas plus de cinq minutes pour remplir le carnet de maternité lors de la première consultation et que le temps nécessaire pour les consultations suivantes ne dépasse pas trois minutes.

Cette formation permettrait également d'informer les professionnels concernés de l'obligation légale d'utiliser et de remplir le carnet à chaque consultation obstétricale.

- Il serait également intéressant de ***faire figurer le carnet de maternité dans les livres spécialisés dans le suivi de grossesse*** et destinés aux professionnels. Je n'ai trouvé qu'un seul livre d'obstétrique le mentionnant : la 4^e édition d'Obstétrique de la Collection pour le Praticien de J.Lansac, C.Verger et G.Magnin...
- Enfin, la création récente d'un DIU ***de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique pour les médecins généralistes*** devrait permettre une mise à jour de leurs connaissances, les motivant ainsi à suivre davantage de grossesses normales, seuls ou en partenariat avec des réseaux. La formation continue pourrait être assurée ensuite par le même réseau pour assurer une culture périnatale commune (16).

CONCLUSION

« La grossesse est un état physiologique et non une maladie. L'objectif de la surveillance médicale de la grossesse est de réduire la mortalité et la morbidité prénatale par le dépistage des principales causes d'accidents (...). Au-delà de cet objectif deux notions priment, **information et complémentarité**. Informer pour expliquer le rôle du médecin et préciser ce qu'est la grossesse ; complémentarité avec le couple (...) et entre le médecin généraliste et le gynécologue. » (57)

Le carnet de maternité remplit ces deux fonctions :

- d'une part, il est un outil de liaison et de communication entre professionnels, accessible à tout moment,
- d'autre part, il est destiné à être un support d'informations validées pour les patientes.

Devant l'évolution actuelle vers une prise en charge commune des grossesses par un réseau « ville-hôpital », le **carnet de maternité** me semble donc être l'**outil de choix pour le suivi et l'éducation des femmes enceintes**.

L'enquête menée auprès des sages-femmes et médecins libéraux ou hospitaliers ainsi qu'auprès des patientes de quatre maternités de l'Est Parisien, montre que tant les professionnels comme les patientes nécessitent un outil de ce type et se disent prêts à l'utiliser, à condition que son emploi soit généralisé.

En effet, les réponses obtenues mettent en évidence **l'insuffisance des moyens de communication employés** par les différents intervenants, et **l'obligation fréquente pour les patientes de rassembler elles-mêmes des informations** concernant la grossesse, plus ou moins fiables, parfois sources d'erreur.

La majorité des médecins serait d'accord pour en faire la **distribution systématique lors de la première consultation prénatale**.

Pour la patiente, le carnet resterait donc un support où elle pourrait trouver des réponses à plusieurs de ses interrogations, parfois sources d'angoisse. Sa **mise à jour** annuelle me paraît indispensable.

Porté par elle-même à chaque consultation, cela l'impliquerait davantage dans son suivi et lui permettrait de mieux communiquer avec le personnel de santé.

Les professionnels, par contre, seraient disposés à l'utiliser **sous réserve de modifications** :

- En effet, le remplissage de la partie « dossier obstétrical » par les intervenants doit être **simplifié**, avec une mise à jour de l'ensemble de son contenu.

- Pour le médecin généraliste il pourrait être un ***guide pour la prise en charge de la grossesse***, lui rappelant la chronologie des éléments indispensables au suivi et l'aidant à dépister les grossesses à risque, qu'il faudrait alors adressé au spécialiste.

Le nouveau carnet de maternité, qui est encore actuellement en cours d'élaboration, devrait être relancé à partir de juillet 2006.

Contrairement à ce qui avait été envisagé initialement par le plan périnatalité, aucune enquête n'a été effectuée pour évaluer le carnet actuel *afin de dégager les orientations souhaitables pour le nouveau carnet*. En effet, ce projet a été annulé en raison de son coût et « parce que le contenu des réponses était prévisible », selon Mme Jacqueline Patureau, médecin responsable chargée de ce projet.

A donc été engagé un prestataire de services qui a été chargé d'élaborer les maquettes du nouveau carnet grâce aux propositions émanant d'un groupe de personnes rassemblant des femmes enceintes et des professionnels de santé.

Nous souhaitons vivement que cette décision de ne pas faire d'enquête d'évaluation n'ait pas été une erreur, et que ce nouveau carnet réponde, enfin, à toutes les attentes.

Espérons également que la partie « dossier obstétrical » reste intégrée au support « papier » puisque la généralisation de l'informatisation des professionnels (et des patientes !) n'est pas encore annoncée.

En effet, c'est en rendant cet outil indispensable et accessible à tous que nous parviendrons à l'utilisation collective et généralisée de ce Carnet de Maternité. Et cela, espérons-le, pendant encore quelques décennies.

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Arrêté du 4 juillet 1972, Journal Officiel, source : www.legifrance.gouv.fr.
- 2- Bizot G, « Déclaration et surveillance légale de la grossesse », Revue Du Praticien, 1986, 36 : 2563-2567.
- 3- Lordier-Brault A, « Les propositions et les recommandations au niveau national », Société Française de Médecine Périnatale, 1999, 29èmes journées nationales.
- 4- Plan Périnatalité 2005-2007 « Humanité, proximité, sécurité, qualité », source : www.sante.gouv.fr (**annexe 5**).
- 5- Articles L 154 et L 155, « Examens et prévention durant et après la grossesse », Code de la Santé Publique, Dalloz, édition 1995.
- 6- Articles L.2122-1 et L.2122-2, « Examens et prévention durant et après la grossesse », Code de la Santé Publique nouvelle partie législative, Dalloz, édition 2001 (**annexe 1**).
- 7- Arrêté du 16 novembre 1990, Journal Officiel, source : www.legifrance.gouv.fr (**annexe 2**).
- 8- Arrêté du 3 novembre 1993, arrêté du 16 novembre 1993, arrêté du 28 mars 1996, Journal Officiel, source : www.legifrance.gouv.fr.
- 9- Shah PM, Selwyn BJ, Kumar V « Evaluation of the home-based maternal record: a WHO collaborative study », Bulletin de l'OMS, 1993; 71(5): 535-548.
- 10- Mahomed K, Mason E, Wandorf T, « Home-based mother's record: operational feasibility, understanding and usage in a rural community in Zimbabwe », Tropical Doctor, 2000 Jul; 30 (3): 155-159.
- 11- Goberna Tricas J, Garcia Riesco P, Galvez Llado M, « Evaluación de la calidad de la atención prenatal », Atención Primaria, 1996 Jun; 18(2): 75-78.
- 12- Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) de la communauté française de Belgique, site : www.one.be
- 13- Elbourne D, Richardson M, Chalmers I, « The Newbury Maternity Care Study: a randomized controlled trial to assess a policy of women holding their own obstetric records », British Journal Obstetric Gynaecology, 1987 Jul; 94 (7): 612-619.
- 14- Street P, Gannon MJ, Holt EM, « Community obstetric care in West Berkshire », British Medical Journal, 1991 Mar 23; 302 (6778): 698-700.
- 15- Draper J, Field S, Thomas H, « Should women carry their antenatal records? », Br Med J, 1986 Mar 1; 292(6520): 603.
- 16- Pr G. Bréart, Pr F. Puech, Pr JC Rozé, « Mission Périnatalité : vingt propositions pour une politique prénatale », 2003 (**Annexe 4**)
- 17- « Prise en charge de la femme enceinte de l'accouchement et du nouveau-né selon leur niveau de risque », Conférence de consensus, Paris, 2 et 3 décembre 1998 (**annexe 3**).
- 18- Conseil National de l'Ordre des Médecins, site : www.conseil-national.medecin.fr
- 19- Tucker JS, Hall MH, Howie PW, etc: « Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians », BMJ 1996, Mar 2; 312 (7030): 524-525.

- 20- Blondel, « Organisation de la surveillance prénatale pour les femmes à bas ou haut risque. Bilan des études d'évaluation ». Société Française de Médecine Périnatale, 1999, 29èmes journées nationales.
- 21- Viel JF, Thouin A, « La maternité et le médecin généraliste en Basse-Normandie », LARC médical, 1986; 6(2):79-83.
- 22- Chambonnet JY, Senand R, Collet N « Surveillance de la grossesse: que font les médecins généralistes ? », Revue du Praticien Médecine Générale, 1999-02-01 ; 13(447) :169-172.
- 23- Chany Y, Souteyrand Ph, Meyer JL et al. « Prise en charge commune des grossesses à risque par le médecin généraliste et l'obstétricien », Revue du Praticien, 1987; 37: 441-447.
- 24- Hubert B, Blondel B, Kaminski M, « Contribution of specialists to antenatal care in France: impact on level of care during pregnancy and delivery », J Epidemiol Community Health, 1987 Dec; 41(4): 321-8.
- 25- Lansac J, « Le devenir de la Gynécologie-Obstétrique en Europe », J Gynec Obstet Biol Reprod 1997; 26 :329-332.
- 26- Bouvier-Colle MH, Ancel PY, Varnoux N, Salanave B, Bréart G, « Complications obstétricales sévères et facteurs liés au système de soins », Gynécologie Internationale, 1997 Mar, 6: 80-84.
- 27- Benbassa A, « Prendre en charge la grossesse avant le centre obstétrical. Comment articuler le réseau praticien/spécialiste ? Propositions pour une meilleure pratique. Point de vue du spécialiste ». Contracept Fertil Sex, 1998; 26 (3): 218-220.
- 28- Le Goaziou MF, « Prendre en charge la grossesse avant le centre obstétrical. Comment articuler le réseau praticien/spécialiste ? Ou qu'est ce que le médecin généraliste attend de son confrère gynécologue obstétricien ? ». Contracept Fertil Sex, 1998; 26 (3): 221-224.
- 29- Hatem H, Adorian E, « Suivi de grossesse par le généraliste », Le concours médical, 2002; 124(6): 375-379.
- 30- Buchmann E, Ephraim G, Kathawaroo S, « Gynaecological referrals to Baragwanath Hospital », S Afr Med J.1994 Apr; 84(4): 200-203.
- 31- Ader Etcheto E, « Facteurs influençant la surveillance d'une grossesse normale par un médecin généraliste en Gironde », 81p, Th: Med: Bordeaux 2: 2005; M035.
- 32- Halloran J, Gunn J, Young D, « Shared obstetric care: the general practitioner's perspective", Aust N Z J Obstet Gynaecol, 1992 Nov; 32 (4): 301-305.
- 33- Fizaine JP, « Le médecin généraliste et la prévention dans le domaine périnatal », 166p, Th: Med: Nancy 1: 2003; 1129.
- 34- Pallez Laporte Many A, « Le médecin généraliste et le suivi de la femme enceinte en début de grossesse », 136p, Th: Med: Rouen: 2005 ; M02.
- 35- Boulet Hamza S, « Le suivi des grossesses par les médecins généralistes », Th: Med: Aix Marseille 2: 2001; 0031.
- 36- Brown HC, Smith HJ, « Giving women their own case notes to carrying during pregnancy ». The Cochrane Database of Systematic Reviews 2004, Issue 2, Art. N° CD002856. DOI: 10.1002/14651858. CD002856. pub2.
- 37- Bault JP, « Un pas de plus dans le travail en réseau : les communautés périnatales de suivi de grossesse », J Gynecol Obstet Biol Reprod 2004; 33(suppl au n°1): 1S52-1S53.

- 38- « Lettre d'information aux médecins » de l'Assurance Maladie, juin 2004
- 39- Perret J, « La place du médecin généraliste dans la surveillance de la grossesse », 171p, Th: Med: Grenoble 1: 2002; 5010.
- 40- Shah PM, Shah KP, Belsey MA, « The Home-based maternal record: a tool for family involvement in health care », IPPF Med Bull.1988, Apr; 22(2): 2-3.
- 41- Guthrie KA, Kelly M, Lilford RJ, « Information systems and audit in antenatal care », Baillieres Clin Obstet Gynaecol, 1990 Mar; 4(1): 207-27.
- 42- Conseil National de l'Ordre des Médecins « Démographie médicale française: les spécialités en crise. Situation au premier janvier 2005 » Étude n°38-2, décembre 2005.
- 43- Assurance maladie, site: www.ameli.fr
- 44- Nicolle C, « les besoins de formation des médecins généralistes en gynécologie-obstétrique », 138p, Th: Med: Toulouse 3: 2004; 1047.
- 45- Limayen W, « suivi de la grossesse normale en médecine générale ambulatoire en région parisienne », 138p, Th: Med: Paris 6: 2003; 2054.
- 46- Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS), site : www.sante.gouv.fr/ondps
- 47- Ordre National des sages Femmes (ONSF), site : www.ordre-sages-femmes.fr
- 48- Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), site: www.insee.fr
- 49- Conseil général Seine Saint Denis, site : www.cg93.fr
- 50- Papiernick E, « Les différentes modalités d'organisation des soins périnataux », J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1998; 27, supp 2, 76-89.
- 51- Delrue C, « Elaboration d'un dossier médical partagé », 104p, Th: Med: Toulouse 3: 2005; 1006).
- 52- Goffard H. «le carnet de maternité en Lorraine », Mémoire de sage-femme, 2003, Nancy.
- 53- Chabonnet JY, Le Monnier E, Nivault F, « suivi en médecine générale des patientes enceintes », Concours Médical Paris, 2000 ; 122 (20) : 1363-1367.
- 54- Pennehouat G, Louis E and Co, « surveillance de la grossesse. Pourquoi ? Par qui ? », Gyn Int , 1998 : 7 : 294-301.
- 55- Errard-Lalande G, Halimi A, « Quelles sont les mesures susceptibles de réduire le nombre d'adolescentes et de femmes fumeuses? Conférence de consensus : Grossesse et tabac (Lille, 7 et 8 octobre 2004) », Journal de gynécologie-obstétrique et biologie de la reproduction, 2005; 34 (HS1): 3S303-3S317.
- 56- Kline CR, Martin DP, Deyo RA, « Health consequences of pregnancy and childbirth as perceived by women and clinicians », Obstet Gynecol. 1998; 92(5): 842-848.
- 57- Saint Léger S, « surveillance de la grossesse », Synthèse Med Hebdo, 1996.