



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2016

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Mise en place d'un suivi prénatal adapté au niveau de risque des patientes dans une maternité de type III.

Typologie des parcours de soins et proposition d'organisation

Présentée et soutenue publiquement le 8 septembre 2016 à 18 heures
Au Pôle Recherche
Par Elodie ROQUETTE

JURY

Président :

Madame le Professeur Véronique HOUFFLIN-DEBARGE

Asseseurs :

Monsieur le Professeur Philippe DERUELLE

Monsieur le Professeur Patrick LEROUGE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

ATCD : antécédents

CCA: Chef de Clinique-Assistant

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CO: consultation d'orientation

CS : consultation

DAN : diagnostic anténatal

DU: diplôme universitaire

FMC: formation médicale continue

GO : gynécologue-obstétricien

HAS : Haute Autorité de Santé

HRP : hématome rétro-placentaire

HTA : hypertension artérielle

MIU : mort in utero

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PH: Praticien Hospitalier

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PU-PH : Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

RCIU : retard de croissance in utero

SA : semaine d'aménorrhée

SF : sage-femme ..

Table des matières

Résumé	1
Introduction	3
I. Contexte	3
II. Niveaux de risque obstétricaux : la classification HAS de 2007	4
III. Situation à l'hôpital Jeanne de Flandre	6
IV. Objectifs.....	6
Matériels et méthodes.....	7
I. Création de notre typologie de suivis.....	7
II. Protocole de l'étude	11
A. Critères de sélection	11
B. Analyse des dossiers.....	12
C. Evaluation des données recueillies.....	13
Résultats	15
I. Description des données.	15
A. Données démographiques.....	15
B. Résultats par catégories.....	15
1. Selon la classification HAS.....	15
II. Marges d'amélioration possibles.....	16
A. Par catégorie.	17
B. Par praticien.....	18
III. Extrapolation sur la totalité de la grossesse.	19
IV. En pratique : mise en place de nos résultats.	20
A. Création d'un « mémo HAS » d'aide à la prise de rendez-vous.	20
B. Présentation au service.	21
Discussion	23
Références bibliographiques	28
Annexes	31
Annexe 1 : Equivalence entre la stratification HAS et notre proposition de classification.....	31
Annexe 2 : Diagramme des flux	32
Annexe 3 : Répartition des patientes	33
Annexe 4 : Description des résultats.....	34
Tableau 1 : Répartition des patientes selon qu'elles avaient un suivi « idéal » (type 2) ou non (type 1).....	34
Annexe 5 : Marges d'amélioration possibles.....	36
Annexe 6 : Calcul du nombre de créneaux de consultation <i>libérés</i> (+) ou <i>nécessaires</i> (-) parmi les 358 consultations en cas de réorganisation « idéale » appliquée à l'ensemble des grossesses.....	38
Annexe 7 : Mémo HAS : aide à la prise de rendez-vous par les secrétaires.....	39
Annexe 9 : Classification HAS du niveau de risque selon les antécédents et type de suivi recommandé en fonction.....	41

RESUME

Titre : Mise en place d'un suivi prénatal adapté au niveau de risque des patientes dans une maternité de type III. Typologie des parcours de soins et proposition d'organisation.

Contexte : En 2007, la Haute Autorité de Santé a proposé que les femmes enceintes aient un suivi de grossesse adapté à leur niveau de risque (A : faible risque, B : haut risque). La mise en œuvre de parcours de soins adaptés à ces niveaux de risque n'est pas aisée.

Objectif : Dans une population de femmes suivies par un médecin spécialiste hospitalier, décrire la typologie observée (type « 1 ») des parcours de soins, que les grossesses soient à bas risque (M1, N1, O1) ou à haut risque (P1, Q1, R1), et proposer une typologie idéale (type « 2 ») pour les grossesses à bas risque (M2, N2, O2) et à haut risque (P2, Q2, R2). Evaluer les ressources médicales nécessaires à une typologie idéale du suivi des patientes.

Méthode : Analyse des dossiers obstétricaux des patientes suivies en consultation prénatale par un spécialiste à l'Hôpital Jeanne de Flandre, pendant la semaine du 8 au 14 septembre 2015. Proposition d'une répartition « idéale » des parcours de soins des patientes selon leur typologie.

Résultats : Parmi les 87 patientes incluses pendant la période d'étude, la moitié étaient à bas risque et l'autre à haut risque selon la classification HAS : 31 étaient classées A (36%), 11 A1 ou A2 (13%) et 45 B (51%). Selon notre typologie de parcours de soins, nous retrouvons parmi les patientes à bas risque 22 patientes M (25%), 9 patientes N (10%) et 11 O (13%) et parmi les patientes à haut risque 30 P (34%), 11 Q (13%) et 4 R (5%). Seules 21 patientes (24%) avaient un parcours de soins considéré comme « idéal » (type 2). Si l'ensemble des patientes avaient ce type idéal de parcours en type 2, 27% des créneaux seraient en théorie libérés sur l'ensemble de leurs suivis. Une fiche simplifiée de la classification HAS (mémo) est proposée dans le but de faciliter la prise initiale de rendez-vous des patientes.

Conclusion

Dans notre maternité, l'utilisation d'une classification des parcours de soins permet théoriquement d'adapter le suivi des patientes à leur niveau de risque sans nécessiter de ressources médicales supplémentaires.

INTRODUCTION

I. Contexte

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), 303 000 femmes sont décédées pendant ou peu après leur grossesse dans le monde en 2015, soit environ 830 femmes par jour. La plupart de ces morts sont liées à des hémorragies importantes, des infections, à une éclampsie ou à l'aggravation de pathologies préexistantes à la grossesse. (1) La difficulté d'accès à des soins de qualité en période prénatale ou durant l'accouchement est directement liée à ce taux élevé de décès. L'OMS recommande un minimum de quatre consultations prénatales chez toute femme enceinte, ce qui n'est pas réalisé en pratique pour près de la moitié d'entre elles (2).

De nombreuses études ont prouvé que l'intervention d'un personnel formé pendant la grossesse et l'accouchement peut diminuer la morbi-mortalité maternelle et néonatale, qu'il s'agisse de pays en voie de développement (2) (3) ou développés (4). Le projet Euro-Peristat a montré qu'entre 2004 et 2010 le taux de mortalité néonatale et d'enfants mort-nés avait diminué dans l'ensemble des pays européens, quel que soit leur taux de départ (5).

En France, les taux de mortalité maternelle et néonatale ont fortement baissé durant les 50 dernières années. La mortalité néonatale a enregistré une amélioration constante entre 1950 et 1995, jusqu'à atteindre un taux de 2,9 pour 1 000 naissances (6). Ces bons résultats sont liés en partie à l'augmentation quantitative et qualitative du suivi prénatal. Alors que le nombre de consultations prénatales recommandées est de 7 en France, l'Enquête Nationale Périnatale française de 2010 indiquait un nombre moyen de consultations prénatales de 9.9 par femme contre 8.7 en 1998, sans exclure toutefois les consultations en urgence (7) (8). La France est donc dotée d'un système

de suivi prénatal de qualité, mais qui s'avère insuffisamment efficient dans un contexte de réduction des dépenses.

Depuis quelques années, le système hospitalier français est en mutation. En se calquant sur les transformations réalisées dans les pays anglo-saxons et dans certains pays européens, la loi Hôpital, Santé, Patients, Territoire de 2009 vise à orienter l'hôpital public français vers plus de performance et d'efficience. Le but avoué est de réduire les déficits publics et notamment celui de la Sécurité Sociale, ce qui engendre une rationalisation des dépenses, avec par exemple la tarification à l'activité (9). A ces restructurations organisationnelles profondes s'ajoute une situation démographique préoccupante: diminution du nombre de professionnels de santé notamment des médecins, augmentation de la demande de soins par une population qui s'accroît et se soigne plus.

Dans le secteur de la périnatalité, des mesures ont été proposées pour faire face à ces difficultés nouvelles. En 2002, les Prs Bréart, Puech et Rozé ont transmis au Ministre de la Santé « Vingt propositions pour une politique périnatale ». Ils y proposent de redistribuer les rôles dans le suivi de grossesse en fonction du niveau de risque des patientes, d'abandonner des techniques non indispensables pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement et soulignent l'importance d'un suivi personnalisé, privilégiant la continuité (10). Cette proposition nécessitait de formaliser les différents niveaux de risque des patientes.

II. Niveaux de risque obstétricaux : la classification HAS de 2007

Editées par la HAS en 2007, les recommandations professionnelles « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » ont été mises à jour en mai 2016 et font référence pour déterminer le niveau de risque des femmes enceintes dans notre pays. Ces recommandations professionnelles ont été élaborées à la demande et en lien avec le Collège national des gynécologues-obstétriciens français (CNGOF), la Société française de médecine périnatale, le Collectif interassociatif autour de la naissance (CIANE) et le Collège national des sages-femmes (CNSF).

Le texte des recommandations précise pour chacun des risques identifiés le type de suivi le plus adapté, que ce soit en ce qui concerne l'intervention de professionnels de santé ou le lieu d'accouchement le plus adapté. (11)

- Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).
- Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
- Suivi B : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Les situations à risque peuvent exister préalablement, être dépistées en début de grossesse ou enfin survenir au cours de la grossesse. La liste « non limitative » des situations à risque recense au total 136 items : 64 antécédents créant un risque identifié en période préconceptionnelle, 67 facteurs de risque pendant la grossesse (du 4e au 8e mois), et 5 complications susceptibles d'apparaître au cours du 9e mois.

Cependant, la classification HAS ne permet pas à elle seule de résoudre le problème du suivi des patientes et leur répartition entre ville et hôpital :

- Son exhaustivité est un avantage à double tranchant. En effet, la classification est si détaillée qu'elle n'est **pas utilisable pour une utilisation rapide** (la version courte des recommandations comporte 42 pages).
- Elle se veut généraliste et unique, mais est de ce fait **inadaptée aux situations particulières de la « vraie vie »**, comme par exemple dans le cas de patientes cumulant plusieurs facteurs de risque.
- La notion de risque n'étant pas figée dans le temps, certaines patientes peuvent par exemple passer de A à A2 puis à B... les

parcours de soins devant s'ajuster, ce qui impose une **adaptabilité des parcours**, toujours difficile à obtenir.

- Elle n'est **pas appropriée pour une mise en place pratique** à l'hôpital, car elle ne recense que les facteurs médicaux purs, sans prendre en compte les particularités non médicales des parcours de soins des patientes (chemins cliniques existants, démographie à l'hôpital et en ville, habitudes de suivi des patientes...).

III. Situation à l'hôpital Jeanne de Flandre

Depuis plusieurs années, le service des consultations prénatales de la maternité Jeanne de Flandre cherche à la fois à s'adapter à l'augmentation du nombre de demandes d'inscriptions et aux nouvelles recommandations de l'HAS (12). Une **nouvelle salle de consultations** a été créée, de même que des **consultations dites d'orientation**, destinées à proposer un suivi collaboratif entre ville et hôpital (elles concernaient 15 % des patientes en 2014, autour de 30% en 2015). Parallèlement pendant la même période, certains praticiens ont regretté de recevoir des patientes à bas risque obstétrical alors que **des femmes porteuses de grossesse à haut risque ne pouvaient avoir de rendez-vous avant deux ou trois mois**.

Bien qu'une classification du niveau de risque des patientes existe depuis 2007, aucun travail de description et de réorientation des parcours de soins n'a été réalisé dans cette maternité.

IV. Objectifs

En premier lieu, proposer une typologie des parcours de soins capable de décrire chacun des parcours habituels en cas de grossesse à haut risque ou à bas risque selon la HAS. Dans un second temps, proposer une organisation plus efficiente du suivi des grossesses en se basant sur cette typologie.

MATERIELS ET METHODES

L'hôpital Jeanne de Flandre, où se déroule notre étude, appartient au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Lille (CHRU). Le projet d'établissement 2012-2016 du CHRU cite l'amélioration de l'efficacité de l'organisation des soins comme un des quatorze projets stratégiques à mettre en place. On y trouve également l'objectif d'un accès aux soins équivalent pour toute la population de la région, avec un accent mis sur les démarches de personnalisation et de coordination des soins, notamment le « développement de liens avec la médecine de premier recours ».

I. Création de notre typologie de suivis

Notre classification se base sur les recommandations de la HAS en ce qui concerne le niveau de risque, mais prend aussi en compte **les exigences d'une mise en œuvre dans un contexte réel**, avec toutes les adaptations que cela nécessite. Par exemple, il est complexe de refuser de suivre une patiente qui nous serait adressée personnellement par un confrère, même si sa grossesse est à bas risque. De même, un couple ayant vécu une expérience traumatisante lors d'une grossesse précédente, comme une interruption médicale de grossesse ou une complication périnatale grave, pourrait se sentir abandonné si son médecin référent l'adressait directement en libéral, au prétexte que cette nouvelle grossesse n'est pas à haut risque selon les recommandations HAS. Dans le même esprit, nous avons arbitrairement défini **trois critères subjectifs** destinés à décrire *a priori* l'acceptabilité/la satisfaction attachés aux différents types de suivi du point de vue

- de la santé publique (adaptation des moyens aux besoins)
- de la satisfaction des médecins et/ou sages-femmes hospitaliers
- de la patiente

Notre proposition inclut également les **particularités inhérentes à l'hôpital Jeanne de Flandre**, notamment l'existence d'une **filière de diagnostic anténatal** dont les échographies sont réalisées par des praticiens spécialisés. Enfin, l'originalité de notre typologie réside dans l'association des différentes catégories de risque avec un type de suivi **personnel à chaque patiente**.

Cette typologie s'est voulue évolutive et modulable selon les avis extérieurs recueillis et la confrontation aux dossiers de patientes. Elle a été testée en 2015 sur un échantillon aléatoire de dossiers de 67 patientes hospitalisées en service de suites de couches de Jeanne de Flandre. Ce test avait pour vocation de **vérifier qu'il n'existait pas de type de suivi de grossesse non pris en compte dans la typologie proposée**. Par la suite, le projet a été présenté au médecin responsable de la Clinique d'Obstétrique en novembre 2015 et ses remarques ont permis des améliorations sur certaines catégories.

Notre classification compte donc six types de patientes vues en consultation par un gynécologue-obstétricien à Jeanne de Flandre :

- **M** : Patientes considérées comme à **bas risque (A)**, primipares ou non, demandant un suivi à l'hôpital avec un gynécologue-obstétricien pour la **première fois**.
- **N** : Patientes à **bas risque (A)**, ayant **déjà été suivies** par un gynécologue-obstétricien de Jeanne de Flandre lors d'une précédente grossesse, ou **adressées** à un médecin en particulier par l'un de ses collègues ou une connaissance (amie...).
- **O** : Patientes à **risque modéré (A1-A2)**, dont les antécédents nécessitent un **avis spécialisé par un gynécologue ou un autre spécialiste** d'organe au cours de la grossesse.
- **P** : Patientes dont la grossesse est considérée à **haut risque (B)**, qui nécessitent un **suivi par un gynécologue-obstétricien dès que possible** : par exemple un antécédent de prématurité inférieure à 34 semaines d'aménorrhée (SA), d'hématome rétro-placentaire (HRP), ou un antécédent personnel de pathologie cardiaque.

- **Q** : Cette catégorie regroupe les patientes à **haut risque (B)** du fait qu'elles justifient d'un **suivi échographique par un praticien de référence**. Par exemple, les patientes dont l'échographie du 1^{er} trimestre a permis de découvrir une malformation fœtale, ou avec des antécédents de maladies génétiques transmissibles. A Jeanne de Flandre, ces patientes sont orientées vers un parcours de soin spécifique, d'où la nécessité de créer cette catégorie.
- **R** : Cette catégorie a été ajoutée après le test sur dossiers, afin de prendre en compte les patientes à **haut risque (B)** du fait que leur grossesse **se complique de manière inattendue**. Ces femmes doivent être reçues aussi rapidement que possible par un gynécologue-obstétricien afin que leur prise en charge médicale soit optimale, mais aussi pour qu'elles se sentent soutenues psychologiquement. Nous avons arbitrairement déterminé le délai acceptable avant le premier contact à deux semaines, en prenant en compte l'anxiété des futurs parents et les difficultés de planning des praticiens de consultation prénatale.

La correspondance entre la classification HAS et nos propositions de parcours de soins est reprise ci-dessous :

Figure 1 : Correspondance entre la classification HAS et notre typologie

HAS	Type	Libellé
A	M	Bas risque, jamais venue
	N	Bas risque, suivi antérieur par le médecin, amie
A1-A2	O	Moyen risque (HTA gravidique, hépatite B, diabète gestationnel...)
B	P	Haut risque selon ses ATCD (Prématurité < 34 SA, MIU, pathologie maternelle...)
	Q	Haut risque après diagnostic anténatal (Malformation...)
	R	Devenue haut risque en cours de grossesse (RCIU, prééclampsie...)

Le tableau 1 ci-dessous regroupe les six catégories décrites ci-dessus, et introduit les parcours de soin qui leur sont associés en l'état actuel des choses.

Tableau 1 : La classification des parcours de soins actuels.

	CS 1 ^{er} trimestre	Echog raphie T2 et T3	CS 2 ^e trimestre et début 3 ^e	CS 8 ^e -9 ^e mois	Acceptabilité Santé publique	Satisfaction Médecin hospitalier/ SF	Satisfaction patiente
M : Nouvelle patiente à bas risque (A)	V	V ou H	V puis H	H	++	+++	+++
N : patiente bas risque déjà connue du GO	H	V ou H	H	H	+	++	++++
O : Risque modéré (A1 ou A2)	V	V ou H	V puis H	H	++	+++	++
P : Grossesse complexe (B)	V	H	H	H	++	++	++
Q : nécessité de DAN	V	H DAN	H	H	++	++	++
R : complication inattendue	NSP	NSP	Délai > 2 semaines	H	++	+	+

Légende : CS : consultation

DAN : diagnostic anténatal

SF : sage-femme

V : consultation ou échographie réalisée « en ville » (hors Jeanne de Flandre)

H : consultation ou échographie réalisée à Jeanne de Flandre par un gynécologue-obstétricien.

NSP : ne s'applique pas

Une fois ce premier tableau validé, nous avons imaginé ce que pourrait être le **parcours de soins « idéal » de ces patientes**. Il fallait dans ce but prendre en compte les obligations médicales, mais aussi la satisfaction des différents acteurs (patients et professionnels de santé), et enfin inclure ces différents items dans une logique de santé publique. L'objectif était de respecter le principe d'un interlocuteur hospitalier unique.

Tableau 2 : La classification des parcours de soins idéaux.

	CS 1 ^{er} trimestre	Echog raphie T2 et T3	CS 2 ^e trimestre et début 3 ^e	CS 8 ^e -9 ^e mois	Acceptabilité Santé publique	Satisfaction Médecin hospitalier/ SF	Satisfaction patiente
M : Nouvelle patiente à bas risque (A)	H	V ou H	V ou H	H	++++	++++	++++
N : patiente bas risque déjà connue du GO	H	V ou H	V ou H	H	++++	++++	+++
O : Risque modéré (A1 ou A2)	V *	V ou H	V	H		++++	++++
O : Risque modéré (A1 ou A2)	H†	V ou H	H	H	++++	++++	++++
P : Grossesse complexe (B)	H	H	H	H	++++	++++	++++
Q : nécessité de DAN	H	H DAN	H	H	++++	++++	++++
R : complication inattendue	NSP	NSP	Délai < 2 semaines	H	++++	++++	+++

Légende : CS : consultation

DAN : diagnostic anténatal

SF : sage-femme

V : consultation ou échographie réalisée « en ville » (hors Jeanne de Flandre).

V * : possibilité d'avis spécialisé téléphonique avec contact spécialiste hospitalier.

H : consultation ou échographie réalisée à Jeanne de Flandre par un gynécologue-obstétricien.

H : consultation ou échographie réalisée à Jeanne de Flandre par une sage-femme.

H† : possibilité de demande d'avis spécialisé informel sur place

NSP : ne s'applique pas.

Pour la suite de ce travail, dans un souci de clarté, nous nous référerons aux parcours de soins **existants (actuels)** comme aux « type 1 » : M1, N1,...et aux parcours de soins **idéaux** comme aux « type 2 » : M2, N2, etc.

II. Protocole de l'étude

A. Critères de sélection

Notre étude est une étude d'évaluation de la qualité des soins, non expérimentale, de type enquête de pratiques. Elle est donc descriptive, rétrospective, et monocentrique.

Les patientes pouvaient être incluses si elles avaient été reçues :

- en consultation prénatale à l'hôpital Jeanne de Flandre ;
- auprès d'un gynécologue-obstétricien thésé : CCA, praticien hospitalier (PH) ou professeur des universités-praticien hospitalier (PU-PH).
- entre le 8 et le 14 septembre 2014, soit 9 mois avant la période d'analyse. Cela permettait d'assurer que les patientes auraient toutes accouché afin d'avoir accès à l'ensemble de leur parcours médical de grossesse ;

Elles étaient à l'inverse exclues en cas :

- de consultations réalisées en secteur privé ;
- d'avis ponctuels ;
- de transferts en cours de grossesse depuis un autre hôpital ou une autre région ;
- de patientes incluses dans une autre étude.

B. Analyse des dossiers.

La liste des patientes ayant eu un rendez-vous en consultation durant la période d'inclusion a été récupérée auprès de la responsable des secrétaires médicales. Nous avons par la suite recherché les dossiers correspondants dans les archives de l'hôpital, ainsi que grâce au logiciel de gestion médicale « Sillage ».

Dans chaque dossier, nous avons compilé :

- Le nom du gynécologue-obstétricien consultant, le nombre de consultations faites par l'intervenant sur l'ensemble de la grossesse, et l'âge gestationnel lors de la première consultation ;
- Les antécédents personnels, familiaux et gynéco-obstétriques, afin de pouvoir classer les patientes en fonction de leur niveau de risque, selon la classification HAS et la typologie que nous avons créée ;

- L'existence d'un courrier d'adressage par un collègue, la notion d'un suivi par le même gynécologue lors d'une grossesse antérieure, ou la profession de la patiente ou du conjoint (notamment pour le personnel du CHRU). Si une de ces informations était positive et qu'il n'y avait par ailleurs pas d'autres antécédents, nous classions la patiente dans la catégorie « N »;
- L'existence éventuelle d'une complication inattendue en cours de grossesse. Dans ce cas, la patiente était classée dans la catégorie « R », et nous cherchions si le délai entre le diagnostic de la complication et la première consultation d'obstétrique à Jeanne de Flandre était inférieur à deux semaines ;
- L'existence ou non d'un suivi échographique par un praticien référent en diagnostic anténatal.
- L'absence de critère d'exclusion.

C. Evaluation des données recueillies.

Une fois les informations récoltées, nous avons pu attribuer aux patientes leur catégorie de risque selon deux modalités :

- La classification **HAS : A, A1, A2, B.**
- La typologie de parcours créée par nos soins (**M, N, O, P, Q, R**). Chaque patiente se voyait attribuer le chiffre 1 ou 2 selon que cette typologie apparaissait :
 - idéale d'emblée M2, N2, O2, P2, Q2, R2
 - à améliorer M1, N1, O1, P1, Q1, R1

Nous avons d'abord décrit la répartition des patientes dans chacune de ces catégories puis déduit les marges d'amélioration possible, c'est-à-dire le pourcentage de suivis de type 1 à transformer en type 2, d'abord par typologie (M à R), puis par praticien. Enfin, en nous référant pour chaque patiente au nombre total de consultations pratiquées sur

l'ensemble de la grossesse, nous avons calculé le différentiel de consultations auprès de spécialistes en gynécologie-obstétrique selon que le parcours était « observé » ou « idéal ». Son extrapolation au nombre total de patientes a permis d'estimer le nombre théorique de créneaux de consultations prénatales gagnés (ou perdus) par typologie de parcours et au total. Les dossiers ont été anonymisés à la fois pour les patientes et les médecins qui les ont suivis.

RESULTATS

I. Description des données.

A. Données démographiques.

Sur les 178 patientes ayant eu un rendez-vous avec un médecin thésé sur un créneau de consultation prénatale entre le 8 et le 14 septembre 2014, 135 (75%) étaient en secteur public (*diagramme des flux en annexe 2*). Parmi ces 135 patientes, 32 n'ont pas été incluses (24%), soit parce qu'elles relevaient d'un des critères d'exclusion listé plus haut (7 patientes), soit parce qu'il ne s'agissait pas réellement de consultation prénatale (14 visites postnatales, 6 consultations de gynécologie chez des patientes non enceintes, et 3 consultations suite à une mort fœtale in utero). Enfin, 2 patientes ne sont pas venues au rendez-vous. Parmi les 103 patientes éligibles, 15 dossiers étaient inaccessibles (15%). Finalement, 87 dossiers étaient analysés pour cette étude.

B. Résultats par catégories.

1. Selon la classification HAS

Sur les 87 patientes :

- 31 (36%) étaient considérées comme à faible risque (A),
- 11 (13%) à moyen risque dont 4 (5%) A1 et 7 (8%) A2,
- et 45 (51%) à haut risque (B) selon la HAS.

Ces résultats sont repris en *figure 1, annexe 3*.

2. Selon notre typologie.

Dans notre échantillon, les 87 patientes se répartissaient en :

- 22 type M : 22 type M1 et 0 type M2
- 9 type N : 7 type N1 et 2 type N2
- 11 type O : 7 type O1 et 4 type O2
- 30 type P : 19 type P1 et 11 type P2
- 11 type Q : 8 type Q1 et 3 type Q2
- 4 type R : 3 type R1 et 1 type R2. (*figure 2, annexe 3*)

Au total, **49%** des patientes reçues en consultation pendant la semaine d'inclusion étaient des patientes **considérées à risque bas ou modéré** (A ou A1-A2 selon la HAS ; M, N ou O dans notre typologie), dont 36% de type A de la HAS. (*annexe 4*)

De plus, **66 des 87 patientes suivaient un parcours de soins de type 1** selon notre typologie, ce qui permet d'envisager une amélioration notable si nous arrivions à faire évoluer ces parcours en type 2.

II. Marges d'amélioration possibles.

Dans notre travail, la notion d'amélioration concerne au final toutes les professionnels de santé engagés dans le suivi prénatal, et ainsi le parcours de soins des patientes.

Pour les médecins, l'enjeu est de pouvoir suivre mieux les patientes ayant des grossesses à haut risque (B selon la HAS, P-Q-R selon notre typologie). Il s'agirait également de pouvoir donner toute leur place aux sages-femmes hospitalières dans le suivi des grossesses physiologiques (A selon la HAS, M ou N dans notre typologie) ; mais aussi de leur permettre de s'impliquer plus dans le suivi des

patientes type A1-A2 HAS, grâce à la mise en place d'un suivi conjoint avec les gynécologues (type O de notre typologie).

Idéalement, chaque parcours de soin devrait tendre vers un suivi de type 2.

Les améliorations potentielles ont été divisées par type de parcours de soins et par praticien.

A. Par catégorie.

Les résultats par catégorie sont repris en figure 3 (*annexe 5*).

Dans la catégorie M, **100%** des 22 patientes pourraient passer en suivi de type 2, c'est-à-dire entièrement réalisé par une sage-femme hospitalière, ou par un professionnel de santé libéral jusqu'au septième mois puis par une sage-femme hospitalière pour les deux dernières consultations prénatales. Idéalement, ces patientes bénéficieraient d'une consultation d'orientation réalisée à l'hôpital au cours de leur quatrième mois de grossesse, afin de confirmer le bas niveau de risque de leur grossesse et d'ouvrir leur dossier à la maternité.

Dans la catégorie N, 7 patientes sur les 9 recensées (**77%**) pourraient changer de parcours et être suivies par une sage-femme hospitalière ou par leur médecin traitant en ville pour certaines consultations de milieu de grossesse.

Dans la catégorie O, 7 patientes sur 11 (**63%**) avaient un parcours de soins qui pourrait être amélioré. Selon leur choix et les possibilités, ces patientes pourraient soit être suivies par un professionnel de santé libéral, avec avis téléphonique du gynécologue-obstétricien via une ligne dédiée si besoin ; ou par une sage-femme hospitalière, avec le cas échéant présentation du dossier au gynécologue-obstétricien référent en cas de doute sur la conduite à tenir.

Dans la catégorie Q, 8 patientes sur 11 (**73%**) avaient des parcours qui n'étaient pas idéaux. Chez ces patientes, on notait une multiplicité des intervenants, avec une impossibilité d'être toutes suivies en consultation prénatale par le gynécologue référent qui réalisait leurs échographies de diagnostic anténatal. L'amélioration du parcours pour ces patientes équivaldrait à un suivi exclusif par

une sage-femme dédiée à ce type de pathologie, en relation avec le gynécologue spécialisé qui réaliserait les échographies DAN.

Pour ces quatre classes de parcours, le **passage au type 2 permettrait de libérer des créneaux de consultation** pour le praticien.

Dans la catégorie P, 19 patientes sur 30 (**63%**) n'ont pas pu bénéficier d'un suivi optimal, avec une première consultation par le gynécologue référent après la 15^e semaine d'aménorrhée.

Enfin, dans la catégorie R, 3 des 4 patientes concernées (**75%**), ont dû attendre plus de quatorze jours avant de pouvoir être vues en consultation par un spécialiste suite à leur complication inopinée.

Concernant ces deux classes, un changement global vers des parcours de soins de type 2 auraient pu **permettre une prise en charge plus précoce** par le médecin spécialiste.

B. Par praticien.

Les données recueillies ont ensuite été analysées pour chaque praticien inclus. La marge d'amélioration, c'est-à-dire le taux de changement de type de parcours envisageable, a été calculé pour chacun (*tableau 3 en annexe 4 et figure 4 en annexe 5*). Les noms des gynécologues inclus ont été anonymisés car il ne s'agit pas ici d'évaluer ou de juger les praticiens, mais bien d'établir un état des lieux de ce qui existe actuellement.

Douze gynécologues-obstétriciens thésés ont reçu des patientes en consultation prénatale durant la semaine d'inclusion : deux Chefs de Clinique (CCA), sept Praticiens Hospitaliers (PH) et trois Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers (PU-PH).

Selon les praticiens, la marge d'amélioration envisageable allait de 27% à 100%, et se répartissait comme présenté à la figure 4. Au total, le pourcentage d'amélioration globale possible était de **74%, dont 92% pour les CCA et 63% pour les PU-PH**, et ce alors même que les CCA voyaient proportionnellement plus de patientes à bas risque (75% de type A).

Cependant, la taille de notre échantillon ne nous permettait pas d'analyse statistique par sous-catégories de statut hospitalier.

III. Extrapolation sur la totalité de la grossesse.

Afin de pouvoir vérifier que cette nouvelle organisation libérerait effectivement des créneaux de consultation pour les praticiens, nous avons extrapolé les résultats de la semaine de consultation sur l'ensemble de la grossesse des 87 patientes (*annexe 6*).

Sur le suivi complet des 87 grossesses, les gynécologues-obstétriciens ont réalisé **358 consultations prénatales** : 69 pour les 22 patientes M, 40 chez les 9 patientes N, 42 pour les 11 patientes O, 140 pour les 30 patientes P, 50 chez les 11 patientes Q, et enfin 17 pour les quatre patientes R.

Ce résultat était en deçà de l'estimation de 363 créneaux réalisée à partir de notre schéma théorique de parcours de soins. Il n'y avait pas d'estimation possible pour les patientes R puisque le nombre de consultations dépend du terme de la grossesse au moment du diagnostic de la complication inopinée.

Il a ensuite été possible de calculer le nombre de créneaux libérés pour chaque typologie de suivi en nous basant sur le nombre de consultations par un gynécologue dans notre parcours de soins « idéal », qui oscille entre zéro et six consultations selon les classes.

Pour l'ensemble des patientes M, c'est ainsi 69 créneaux qui auraient pu être libérés. Les patientes N, O et Q auraient pu dégager respectivement 13, 28 et 38 créneaux en étant prises en charge en partie par les sages-femmes hospitalières

et/ou les médecins généralistes. Ces créneaux recouverts auraient ainsi pu être réaffectés aux patientes de types P et R, à qui il manquerait respectivement 40 et 2 créneaux de consultations pour que leur parcours de soins soit optimal.

Au total, la balance reste positive : si l'ensemble des patientes de notre étude avait bénéficié d'un parcours de soin de type 2, il resterait théoriquement aux gynécologues **96 rendez-vous de consultations prénatales disponibles**, soit **27 %** du total des créneaux.

Enfin, le nombre de patientes à bas risque suivies actuellement par des spécialistes et qui devraient être suivies en ville ou par une sage-femme hospitalière a été estimé à 110 consultations sur une période de 6 mois, soit environ **4 consultations par semaine** (une vacation de sage-femme hospitalière comporte entre 7 et 10 consultations par demi-journée).

IV. En pratique : mise en place de nos résultats.

Dans la dernière partie de notre travail, nous avons voulu nous concentrer sur les possibilités de rendre nos résultats concrets, et donc de tenter d'aider à la mise en place de notre système de classification à la maternité Jeanne de Flandre.

A. Création d'un « mémo HAS » d'aide à la prise de rendez-vous.

Notre proposition de classification s'adressant plutôt à un public médical, il fallait donc à nouveau créer un outil, visant spécialement les secrétaires. L'objectif de cet outil était de **faciliter la prise de rendez-vous par téléphone**, grâce à un « **mémo HAS** » **tenant sur une page** (annexe 7). Afin de s'assurer de la meilleure exhaustivité possible, nous avons recueilli auprès des secrétaires des consultations

prénatales la liste des **antécédents notifiés par les patientes lors de la prise de rendez-vous**, pendant deux sessions de deux semaines. Ce mémo a donc été créé à partir de ces résultats, en tenant compte des recommandations de la HAS (annexe 9). Il a été envisagé, à terme, d'inclure les items de ce mémo dans le logiciel de prise de rendez-vous, dans une logique de praticité et de cohérence.

Néanmoins, avant de modifier le logiciel, nous souhaitons tester notre mémo dans les conditions du réel, afin de confirmer qu'il permettait bien de redistribuer les créneaux selon les critères de la nouvelle classification des parcours de soins. Dans ce but deux praticiens et les secrétaires en charge de leur planning de consultation ont accepté de participer à une expérimentation qui a débuté le 04 mai 2016 et se poursuivra durant 6 mois, avec ouverture de plages de consultations supplémentaires dédiées. En s'aidant du mémo, les secrétaires rempliront le tableau en *annexe 8* qui sera analysé par la suite afin de vérifier d'une part, si les patientes ont bien été réparties dans la catégorie adaptée à leur niveau de risque ; et d'autre part si la date de rendez-vous et le terme correspondent à ce qui était souhaité dans notre classification.

Si cette expérimentation sur un échantillon de médecins volontaires s'avérait probante, elle pourrait par la suite être généralisée à l'ensemble des praticiens consultants, et le mémo HAS pourrait être ajouté au logiciel de prise de rendez-vous.

B. Présentation au service.

Notre proposition de classification et nos résultats ainsi que le mémo HAS ont été présentées lors d'un Bureau de Clinique le 18 février 2016. Lors de cette réunion étaient présents certains des gynécologues inclus, mais aussi un pédiatre néonatalogiste, deux cadres sages-femmes, et deux représentantes des secrétaires de consultations prénatales.

Au-delà de la pure présentation, cette réunion nous a permis de recueillir les avis, critiques et remarques des différents professionnels de santé concernés. Cette étape nous paraissait essentielle tant il est prouvé l'importance de l'adhésion des professionnels concernés pour pouvoir envisager la transition vers une nouvelle organisation de service. (13)

DISCUSSION

Alors que dans notre maternité universitaire certaines patientes à haut risque doivent attendre plusieurs semaines avant d'obtenir un rendez-vous de consultation prénatale auprès d'un spécialiste, notre travail a montré qu'environ la moitié des femmes suivies par des spécialistes sont des patientes à bas risque. Il a également montré que la création d'une typologie des parcours de soins - quel que soit leur niveau de risque HAS – devrait permettre d'adapter le suivi des patientes à leur niveau de risque sans avoir à ouvrir de consultations supplémentaires de spécialiste. Afin de faciliter l'orientation des patientes, notre travail propose enfin un mémo HAS destiné aux secrétaires à la prise initiale de rendez-vous.

Notre étude répond aux besoins de notre maternité mais également à un besoin mal chiffré en France. Il est en effet difficile de trouver des chiffres concernant le taux de grossesses à risque bas ou modéré suivies par des spécialistes hospitaliers dans notre pays. En ville, 92% des consultations de grossesse réalisées par un médecin le sont par un gynécologue, et seulement 8% par un généraliste. Aux Pays-Bas, l'organisation des soins périnataux est différente, laissant une grande part aux soins primaires y compris jusqu'à l'accouchement puisque 40% des naissances ont lieu à domicile. Par exemple, les soins faits par des spécialistes hospitaliers ne sont remboursés que si les conditions médicales ou une complication obstétricale le justifient (14). 85% des grossesses sont suivies en soins primaires, parmi lesquelles 28% devront secondairement être adressées en soins spécialisés (15).

Le suivi de patientes à bas risque par des spécialistes n'a pas d'effet délétère connu mais certains auteurs montrent une tendance à l'excès de médicalisation chez les femmes à bas risque obstétrical (16). L'hypothèse est que ce surcroît de médicalisation des grossesses à risque bas serait d'ordre organisationnel. Ainsi, les patientes accouchant dans les maternités de type 3, les CHU ou les maternités réalisant plus de 2000 accouchements par an sont moins nombreuses à faire le

choix d'accoucher sans péridurale (16). Une médicalisation adaptée au niveau de risque fait partie des objectifs du plan périnatalité de 2002 qui indique (sic) «*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. Il s'agit là d'un défi pour l'organisation des soins périnataux dans les années à venir.* ».

Notre étude est originale mais comporte certaines faiblesses. L'extrapolation des résultats sur la durée totale de la grossesse des patientes nous a permis de surmonter l'obstacle de notre courte durée d'inclusion. Néanmoins, le caractère arbitraire et imprécis du choix de certaines valeurs que nous avons déterminées rendent les résultats fragiles (nombre de consultations à inclure, délai acceptable avant la première consultation...). De notre point de vue, cette limite ne remet pas en cause le sens global des résultats : l'évolution des parcours de soins est possible sans moyens médicaux supplémentaires.

Notre classification étant adaptée aux spécificités organisationnelles de Jeanne de Flandre, il n'est pas possible de généraliser le modèle pour d'autres hôpitaux. Néanmoins, on pourrait envisager d'adapter la structure de base de notre modèle aux spécificités d'autres services de consultation en maternité. En France, deux projets existent avec un objectif similaire au nôtre. Il s'agit de sortes de « consultation d'orientation », mais qui ne préjugent pas du type de suivi qui est réalisé ensuite : en ville ou à l'hôpital, par une sage-femme, un médecin généraliste ou spécialiste.

- à Tours, le centre PreGnant-SEE de la maternité Olympe de Gouges du CHU se veut un centre de dépistage du premier trimestre.(17) Il propose aux patientes d'évaluer « *les différents risques concernant [leur] grossesse dès le premier trimestre afin d'adapter au plus juste [leur] parcours de santé et prévenir l'apparition d'éventuelles complications* ».

- à l'hôpital Necker de Paris, le projet Prima Facie fut le premier à proposer un dépistage organisé, au même endroit et en une demi-journée, à toutes les patientes. Il se veut porteur d'une « *mission d'évaluation et de gestion des risques maternels et fœtaux dès la fin du 1er trimestre de grossesse* ».(18)

La question des professionnels disponibles pour suivre les femmes enceintes est à la fois un problème de rationalisation et un problème démographique. Les maternités doivent composer avec une diminution de la densité des gynécologues obstétriciens : dans le Nord-Pas-de-Calais, on compte 11.8 gynécologues/100 000 habitants en 2015, avec une évolution négative en 2030 estimée à -15%. (19) L'étude de M. Roux et P. Devouge réalisée en 2013 confirmait cette tendance pour la région Nord-Pas-de-Calais. Le taux de départ en retraite des praticiens en gynécologie médicale et en gynécologie-obstétrique sera de 23% à 5 ans et de 43% à 10 ans, alors que dans le même temps, seuls 54% des internes en cours de DES pensent s'installer dans le Nord-Pas-de-Calais à la fin de leur cursus. (20).

Pour ce qui concerne les sages-femmes en France, 13 604 sages-femmes se répartissaient en 2000 comme suit : 86.6% en hospitalisation (publique ou privée), 8.7% en libéral, et 4.7% exerçaient en centre de PMI (Protection Maternelle et Infantile) (21) . Leurs responsabilités médicales sont plus étendues en maternité publique qu'en maternité privée (22),. Ceci était particulièrement marqué dans les CHU, et plutôt dans les secteurs de grossesses pathologiques, de suites de couches et pour les actes techniques en salle de naissance. Néanmoins, seulement 49 % des sages-femmes du secteur public relataient une activité de consultations prénatales. En outre, seulement 21 % d'entre elles déclaraient faire toutes les consultations pour une grossesse normale.

Pour ce qui concerne les médecins généralistes, de nombreux travaux ont étudié la place du médecin généraliste dans le suivi gynécologique de leurs patientes.(23) (24) (25) (26) Dans l'article de G. Levasseur et al. (23), plus d'un tiers des généralistes interrogés (37 %) réalisaient plus de deux consultations par jour en moyenne ; et 75% déclaraient pratiquer des examens gynécologiques de manière régulière. Dans une autre étude, réalisée en Ile de France par S. Dias, 66.3% des généralistes interrogés assuraient le suivi de grossesse de leurs patientes, sans différence retrouvée en fonction de l'âge et du sexe du médecin. (24) Néanmoins, d'autres travaux retrouvent une activité gynécologique plus soutenue chez les généralistes femmes. (25) (26) Or, les médecins généralistes estiment en général être peu ou mal formés au suivi gynéco-obstétrical. Seuls 54% des médecins

interrogés portaient une appréciation positive sur leur pratique de gynécologie dans le travail de Levasseur et al. (23). Leurs connaissances se limitent souvent à la formation initiale universitaire. Seuls 47 % des interrogés par Dias la complétaient avec des FMC, 41 % par la littérature et 3% par un Diplôme Universitaire spécifique (DU). Il en découle logiquement que 63 % de ces médecins accepteraient d'effectuer plus de consultations de gynécologie-obstétrique si la demande s'amplifiait, ce serait sous réserve notamment d'une formation complémentaire théorique et pratique. (24)

Notre travail pose également la question de l'information donnée aux patientes. Il n'est bien sûr pas question de les obliger à avoir un suivi qui ne leur conviendrait pas, et si une femme enceinte exige d'être suivie par un obstétricien sénior, elle pourrait être reçue au moins une fois en consultation par ce médecin. Cependant, le rôle des sages-femmes et des généralistes dans le suivi prénatal reste encore méconnu du grand public. (26) (27) Dans sa thèse de 2009 (28), M. Léoty a montré que les femmes qui avaient reçu une information claire sur le suivi de grossesse prévu pour elles avaient mieux respecté ce suivi que celles qui n'en avaient pas reçu. Sa conclusion est que le meilleur moyen d'améliorer la prise en charge de ces patientes passe par une meilleure information des femmes sur le parcours de soin prévu pour elles.

Un travail de thèse réalisé par A. Chabrolle et M-L. Robatel-Busi en Auvergne s'attardait sur les freins et les facilitateurs de la prise en charge du suivi de grossesse par le généraliste (27). Les patientes interrogées méconnaissaient les possibilités de suivi par leur médecin généraliste, avec des doutes sur leur compétence à suivre leur grossesse, par rapport à l'obstétricien « spécialisé ». Les principaux facilitateurs à la prise en charge par le médecin traitant étaient : la possibilité d'un suivi conjoint, la qualité de la relation médecin-patiente préexistante, et la crainte d'une surmédicalisation dans le suivi spécialisé en hôpital. Pour permettre une plus grande participation des médecins généralistes au suivi des grossesses, nous faisons donc l'hypothèse qu'il faudrait informer les femmes sur les compétences de leur médecin généraliste dans ce domaine, par exemple par le biais du carnet de santé maternité. Il serait aussi nécessaire de développer le suivi conjoint avec l'obstétricien et d'assurer une formation de qualité pour les médecins généralistes.

Au final, l'objectif principal de notre étude était à la fois d'adapter le suivi des patientes à leur niveau de risque et de permettre une meilleure coordination des soins entre la ville et l'hôpital. Notre travail a montré qu'un vaste mouvement de réorientation des patientes était possible en tenant compte des spécificités des parcours de soins (diagnostic anténatal, patientes déjà connues, apparition d'une pathologie en cours de grossesse...). Ce travail d'esquisse s'est appuyé sur l'avis des professionnels hospitaliers mais devra également prendre en compte celui des acteurs de ville ou de l'hôpital qui n'ont pas été sollicités, chacun étant légitimement soucieux de la place qu'il a dans le dispositif de soins.

Il n'aura atteint son véritable but qu'une fois réalisé, nous permettant alors de faire un pas de plus vers une médecine mieux organisée où les moyens alloués à chaque personne doivent s'adapter à son état de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. WHO | Why do so many women still die in pregnancy or childbirth? [Internet]. WHO. [cité 10 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.who.int/features/qa/12/en/>
2. Mbuagbaw L, Medley N, Darzi AJ, Richardson M, Habiba Garga K, Ongolo-Zogo P. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*. 1 déc 2015;(12):1-157.
3. Afsana K, Rohde J. Decline in neonatal mortality in large poor populations. *The Lancet*. juin 2011;377(9784):2178-9.
4. Chen X-K, Wen SW, Yang Q, Walker MC. Adequacy of prenatal care and neonatal mortality in infants born to mothers with and without antenatal high-risk conditions. *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 1 avr 2007;47(2):122-7.
5. Zeitlin J, Mortensen L, Cuttini M, Lack N, Nijhuis J, Haidinger G, et al. Declines in stillbirth and neonatal mortality rates in Europe between 2004 and 2010: results from the Euro-Peristat project. *J Epidemiol Community Health*. 6 janv 2016;70(6):609-15.
6. Hatton F, Bouvier-Colle MH, Blondel B, Pequignot F, Letoullec A. Évolution de la mortalité infantile en France: fréquence et causes de 1950 à 1997. *Arch Pédiatrie*. 1 mai 2000;7(5):489-500.
7. Encadré_resultats_ENP_2010_site_ - Encadré_resultat_ENP2010_site.pdf [Internet]. [cité 14 août 2016]. Disponible sur: http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2015/01/Encadr%C3%A9_resultat_ENP2010_site.pdf
8. Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, médicale I national de la santé et de la recherche, Breart G. Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998. 2003 [cité 10 juill 2016]. Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1299>
9. Georgescu I. The Internal Financial Pressures, determinants and consequences on attitudes and behaviours: a study on French Public Hospitals. [Theses]. Université Montpellier I; 2010 [cité 12 juill 2016]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00560745>
10. Perinatalite.rtf - perinata.pdf [Internet]. [cité 17 juill 2016]. Disponible sur: <http://onala.free.fr/perinata.pdf>
11. Proposition de présentation des documents de recommandations et références professionnelles - suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf [Internet]. [cité 16 juill 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf

12. untitled - femmes_enceintes_recos.pdf [Internet]. [cité 16 juill 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
13. Drotz E, Poksinska B. Lean in healthcare from employees' perspectives. *J Health Organ Manag.* 2014;28(2):177-95.
14. Enkin M, Chalmers I. Effectiveness and Satisfaction in Antenatal Care. Cambridge University Press; 1982. 319 p.
15. Presentation_atelier_suivi_de_grossesse_2008_04_09__11_17_58_369.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2016]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/presentation_atelier_suivi_de_grossesse_2008_04_09__11_17_58_369.pdf
16. Ray CL. Influence des caractéristiques de la structure de soin sur la prise en charge périnatale chez les femmes à bas risque en France [Internet] [phdthesis]. Université Pierre et Marie Curie - Paris VI; 2009 [cité 17 juill 2016]. Disponible sur: <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00814219/document>
17. Centre Hospitalier Régional Universitaire de Tours - PreGnanT-SEE [Internet]. [cité 18 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.maternite-gyneco-tours.fr/pregnant-see/>
18. Mieux nous connaître [Internet]. [cité 15 août 2016]. Disponible sur: <http://primafacie.aphp.fr/-Mieux-nous-connaître-.html?rubrique>
19. Chiffres clés : Gynécologue-obstétricien : Spécialités : Profil Médecin [Internet]. [cité 16 juill 2016]. Disponible sur: <http://www.profilmedecin.fr/contenu/chiffres-cles-gynecologue-obstetricien/>
20. Roux M, Devouge P. La démographie des gynécologues médicaux et des gynécologues obstétriciens dans le Nord-Pas-de-Calais (quel avenir pour la profession dans la région en 2013 ?). 2013.
21. La sage-femme : un acteur incontournable de la périnatalité en France - oss_1634-8176_2004_num_3_1_1230.pdf [Internet]. [cité 16 juill 2016]. Disponible sur: http://www.persee.fr/docAsPDF/oss_1634-8176_2004_num_3_1_1230.pdf
22. Blondel B. Les responsabilités médicales des sages-femmes dans les maternités publiques et privées. /data/revues/03682315/00270007/692/. 8 mars 2008 [cité 16 juill 2016]; Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/113736>
23. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Santé Publique.* 17(1):109-19.
24. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.
25. Delannoy-Eglinger A. A propos du suivi gynécologique: médecin généraliste ou spécialiste ? : étude du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2009.

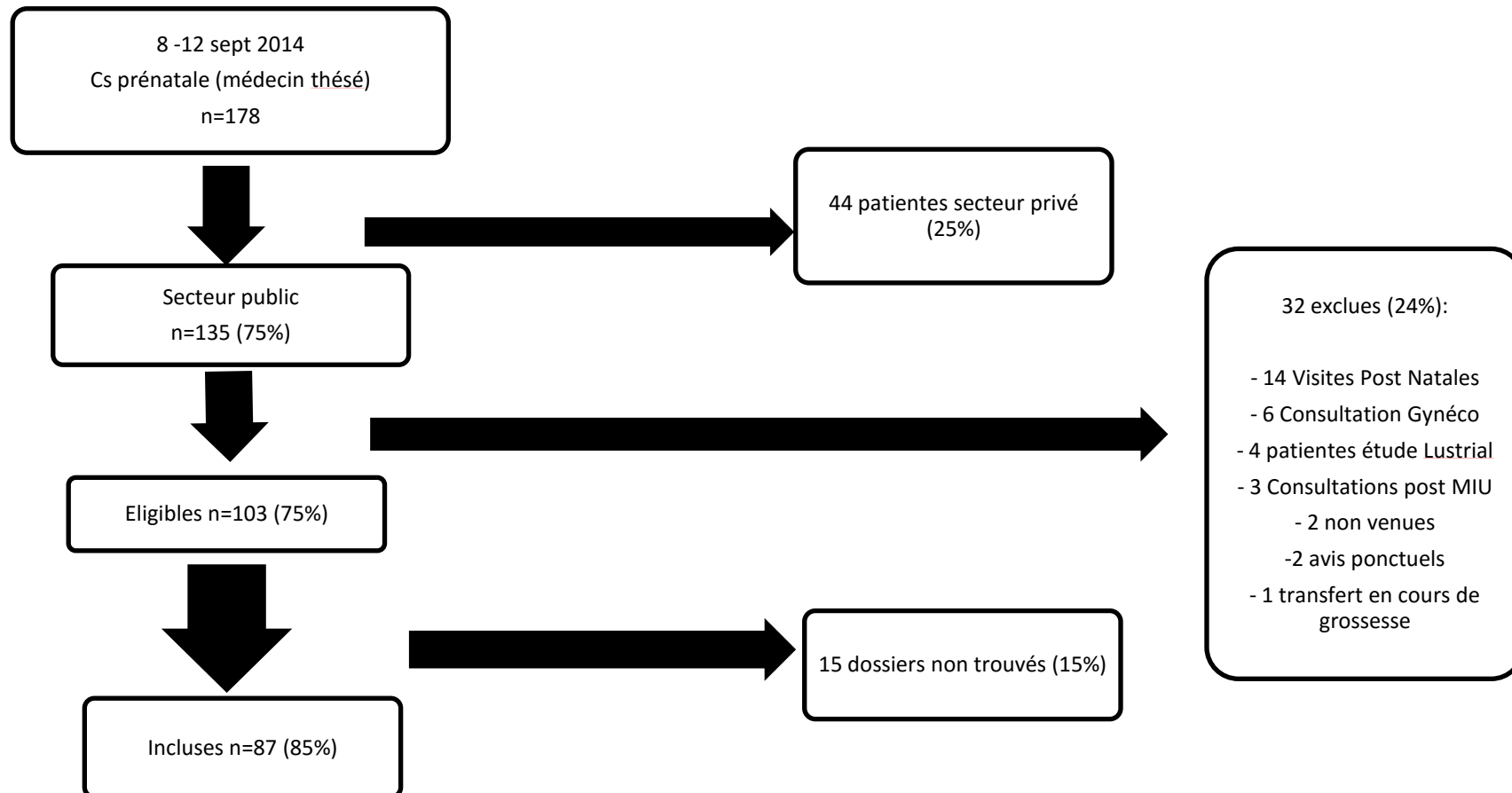
26. Humeau-Aubin S. Gynécologie médicale et médecine générale (état des lieux et perspectives à partir d'une enquête menée auprès de 40 médecins généralistes, 10 résidents et 154 patientes). 2004.
27. Chabrolle A, Robatel-Busi M-L. Quels sont les freins et les facilitateurs au suivi de grossesse normale par le médecin généraliste en Auvergne, du point de vue des femmes et des médecins généralistes. 2012.
28. Léoty M. L'information des femmes sur leur suivi gynécologique en médecine générale. 2009.

ANNEXES

Annexe 1 : Equivalence entre la stratification HAS et notre proposition de classification

HAS	Type	Libellé
A	M	Bas risque, jamais venue
	N	Bas risque, suivi antérieur par le médecin, amie
A1-A2	O	Moyen risque <i>(HTA gravidique, hépatite B, diabète gestationnel...)</i>
B	P	Haut risque selon ses ATCD <i>(Prématurité < 34 SA, MIU, pathologie maternelle...)</i>
	Q	Haut risque après diagnostic anténatal <i>(Malformation...)</i>
	R	Devenue haut risque en cours de grossesse <i>(RCIU, prééclampsie...)</i>

Annexe 2 : Diagramme des flux



Annexe 3 : Répartition des patientes

Figure 1 : Répartition des patientes selon la classification HAS

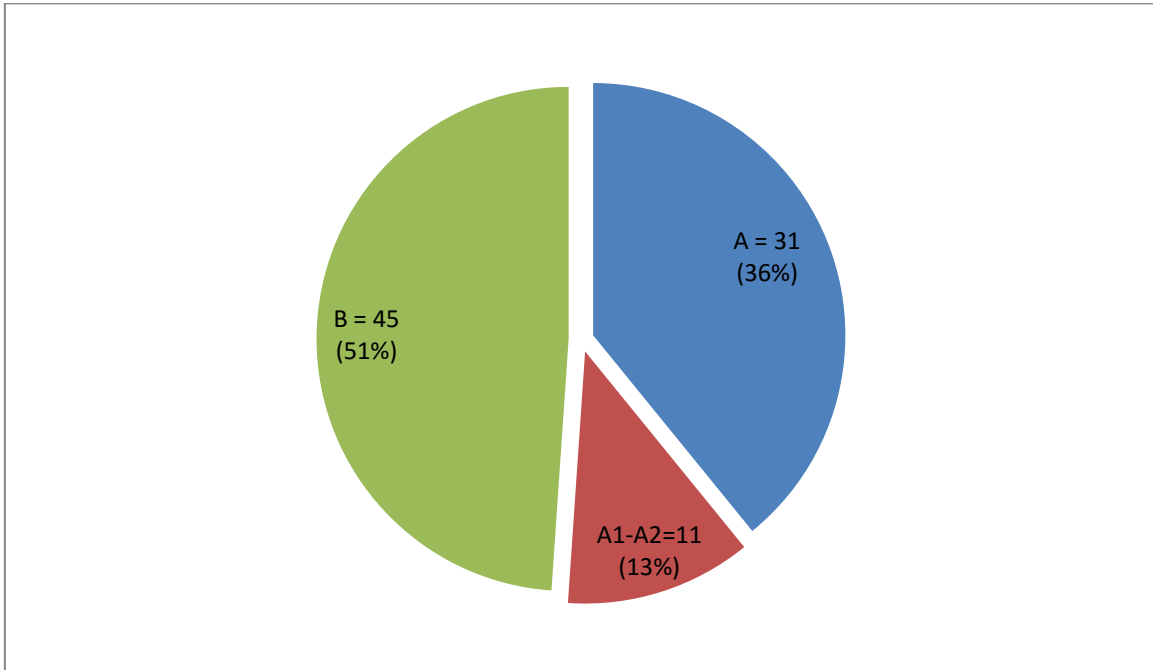
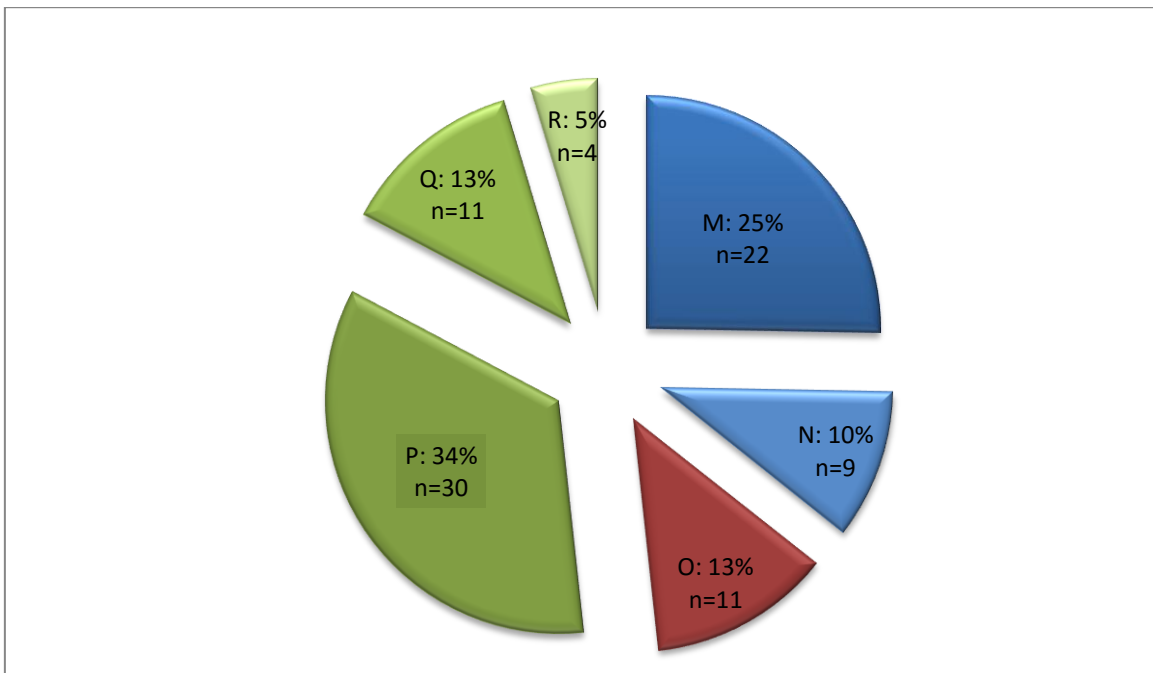


Figure 2 : Répartition des patientes selon notre typologie



Annexe 4 : Description des résultats

Tableau 1 : Répartition des patientes selon qu'elles avaient un suivi « idéal » (type 2) ou non (type 1)

Classification HAS	Notre typologie	Suivi	
		IDEAL Type 2	NON IDEAL Type1
A = 31 (36%)	M = 22 (25%)	0 (0%)	22 (100%)
	N = 9 (10%)	2 (22%)	7 (78%)
A1 – A2 = 11 (13%)	O = 11 (13%)	4 (36%)	7 (64%)
	P = 30 (34%)	11 (37%)	19 (63%)
B = 45 (51%)	Q = 11 (13%)	3 (27%)	8 (73%)
	R = 4 (5%)	1 (25%)	3 (75%)
Total	87	21 (24%)	66 (76%)

Tableau 3 : Répartition et marges d'amélioration par praticien.

	Consultations	Type 1	Amélioration théorique possible
Bénédicte	6	5	83%
Delphine	2	1	50%
David	15	15	100%
Hélène	5	5	100%
Pierre	7	6	85%
Jeanne	7	3	43%
Samuel	6	2	33%
Lisa	4	2	50%
Tatiana	12	12	100%
Olivier	6	6	100%
Vincent	11	3	27%
Anaïs	6	4	66%
Total	87	64	74%

Annexe 5 : Marges d'amélioration possibles

Figure 3 : marges d'amélioration par catégorie

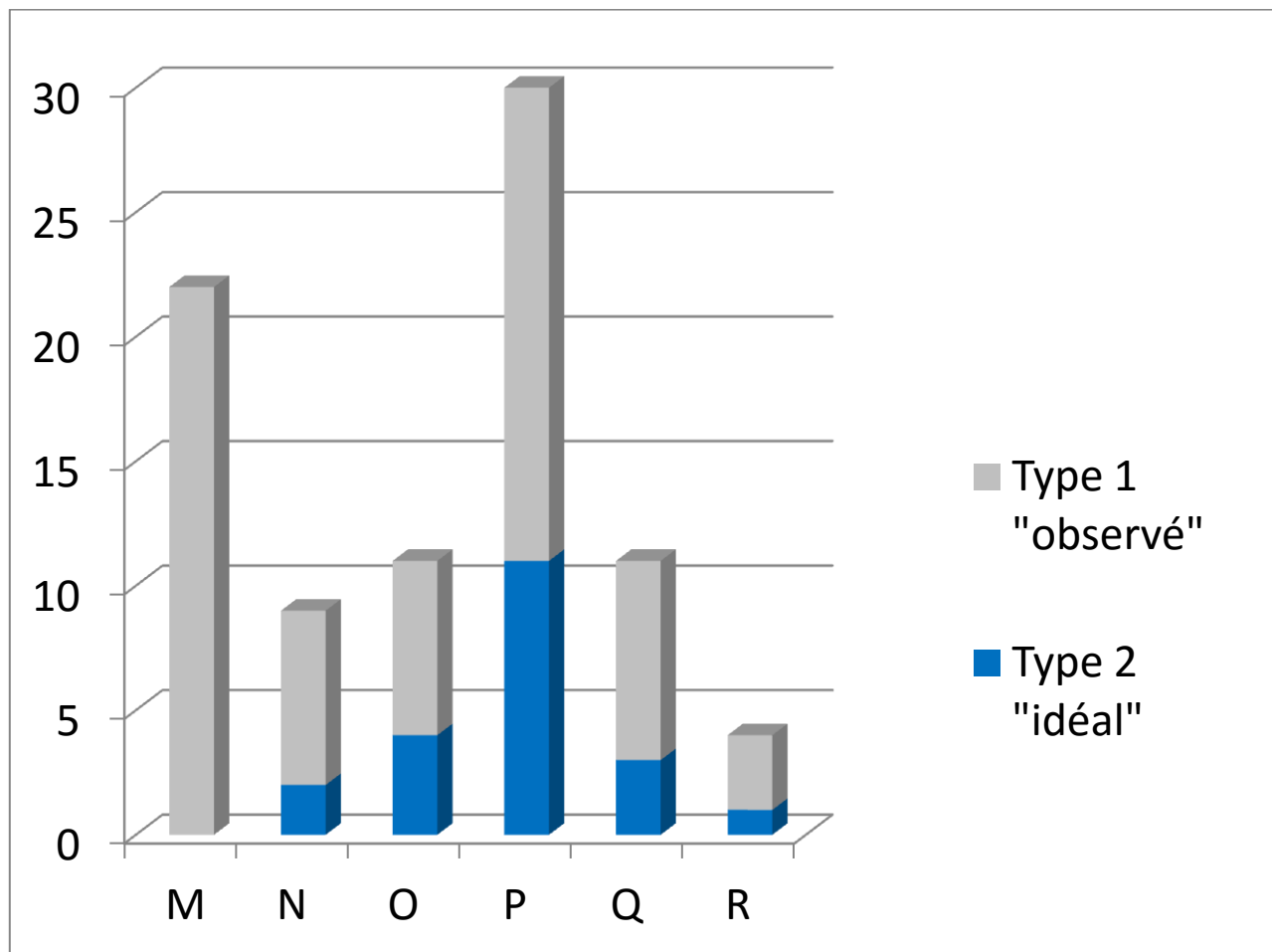
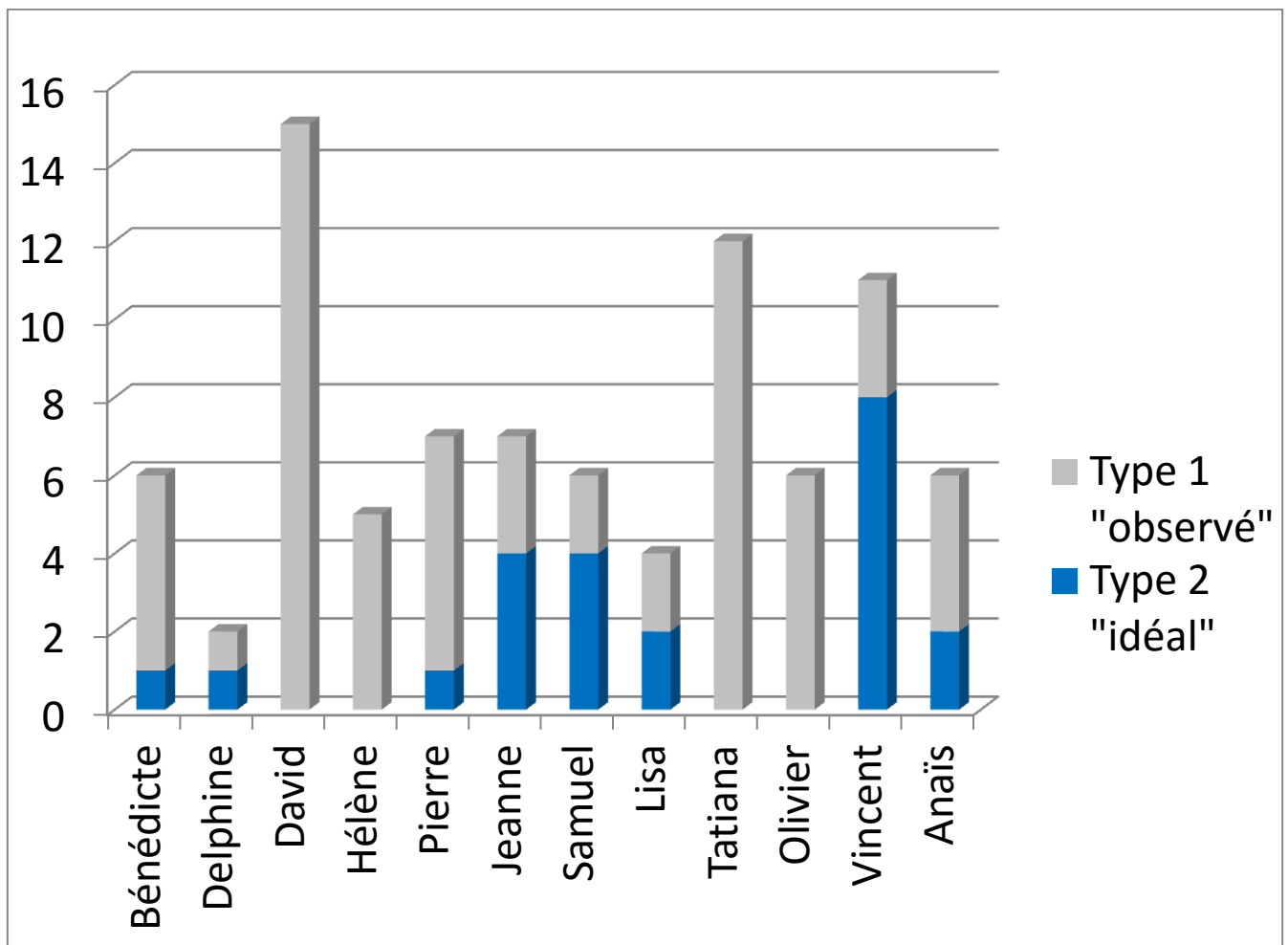


Figure 4 : Marges d'amélioration par praticien

Annexe 6 : Calcul du nombre de créneaux de consultation *libérés* (+) ou *nécessaires* (-) parmi les 358 consultations en cas de réorganisation « idéale » appliquée à l'ensemble des grossesses

Parcours observé	Nombre de créneaux théoriques selon schéma (363+...)	Total créneaux par GO « observé » <u>N= 358</u>	Parcours idéal	Nombre créneaux idéal selon schéma	Nombre créneaux libérés
M1 (22)	5 x 22=110	69	M2	0 x 22 = 0	+ 69
N1 (7) + N2(2)	5 x 9=45	40	N2	3 x 9= 27	+ 13
O1 (7) + O2 (4)	4 x 11 = 44	42	O2a -b	0-2 x 11 = 14	+ 28
P1 (19)+ P2 (11)	4 x 30=120	140	P2	6 x 30= 180	- 40
Q1 (8) + Q2 (3)	4 x 11 = 44	50	Q2	2 x 11 = 22	+ 38
R1 (3) + R2(1)	Selon date du diagnostic	17	R2	<14j après diagnostic = 19	- 2
TOTAL	363 + R	358		262	+ 96

Annexe 7 : Mémo HAS : aide à la prise de rendez-vous par les secrétaires.

ANTECEDENTS	Suivi « A1-A2 » : CO avec SF ou interne, puis suivi SF JDF ou ville	Suivi « B » : CCA ou PH à JDF
PENDANT UNE GROSSESSE PRECEDENTE :		
- Prématurité	35-37 SA	22-34 SA
- Fausse couche 2 ^e trimestre		X
- Mort in utero		X
- Prééclampsie, HELLP syndrom	35-37 SA	22-34 SA
- Retard de croissance in utero (RCIU) sévère	X	
- Hématome rétro-placentaire (HRP)		X
- Asphyxie ou mort périnatale		X
- Incompatibilité rhésus ou autre . Alloimmunisation rhésus		X
- Interruption médicale de grossesse (IMG)	X	
- Diabète gestationnel	X	
GYNECOLOGIQUES :		
- Malformations utérines		X
- Conisation du col de l'utérus	Minime (anse, cryothérapie)	chirurgicale
- Chirurgie de fibrome de l'utérus	X	
- Déchirure sévère du sphincter anal	X	
- Prolapsus utéro-vaginal opéré		X
PERSONNELS :		
- Pathologie cardiaque sévère		X
- Thrombose veineuse profonde/Phlébite, embolie pulmonaire, AVC		X
- Hémorragie cérébrale, anévrisme, autres patho cérébrales		X
- Hypertension artérielle (HTA)	X	
- Anomalies de la coagulation, thrombopénie		X
- Drépanocytose/autres hémoglobinopathies	Mère hétérozygote	Mère homozygote
- Maladies auto immune et maladies de système		X
- Asthme sévère, pathologie pulmonaire sévère	X	
- Epilepsie	X	
- Néphropathie/ Insuffisance rénale	X	
- Uropathie/Malformation urinaire	X	
- Diabète préexistant		X
- Obésité sévère. Chirurgie de l'obésité , bypass		X
- Cancer avant grossesse	X	
- Pathologies génétiques transmissibles, trisomies	X	
- Maladie psychiatrique sévère (schizophrénie, bipolarité...)		X
- Hépatite B ou C active	X	
- Séropositivité VIH		X

AIDE A L'ORIENTATION DES PATIENTES APPELANT POUR UN RDV EN CPN

Tout autre antécédent doit a priori, APRES CONSULTATION D'ORIENTATION PAR UNE SAGE-FEMME, pouvoir être suivi soit en ville par un médecin généraliste ou une sage-femme, soit à JDF par une sage-femme ou un interne.

Annexe 8 : Tableau utilisé pour le test pratique, à partir du 04 mai 2016.

**PATIENTES EN CONSULTATION PRENATALE AVEC DAMIEN
SUBTIL OU VERONIQUE DEBARGE**
(appels entre le 04/05/2016 et le 04/11/2016)

DATE APPEL	NOM PATIENTE ET DATE NAISSANCE	CATEGORIE (A,A1-2,B)	SUIVI PLANIFIE (CO/NCP ; date 1 ^{er} rdv + terme)	CHOIX DU PRATICIEN (1 : demande patiente, 2 : patho particulière, 3 : créneau dispo)
2/05	Marie Exemple 01/01/1985	A1	CO 14/05 (11SA)	1

Annexe 9 : Classification HAS du niveau de risque selon les antécédents et type de suivi recommandé en fonction.

(tableau récapitulatif réalisé par Mme Lesso, cadre à l'hôpital Jeanne de Flandre)

Pathologies préexistantes ou du début de grossesse

Suivi GENERALISTE A	AVIS SPECIALISTE A1ou A2	Suivi SPECIALISTE B
<p>FACTEURS SOCIAUX</p> <ul style="list-style-type: none"> - Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle : Rupture, deuil, isolement - ATCD de dépression du <i>post-partum</i>, stress post-traumatique <p>ANTECEDENTS PERSONNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Asthme modéré, ancien, contrôlé - Infections urinaires récidivantes (plus de 2) hors uropathie - Tabac - Anémie gravidique modérée <p>ANTECEDENTS GYN-OBST</p> <ul style="list-style-type: none"> - hémorragies <i>post-partum</i> sévères - interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2) - Dystocie des épaules - Mutilations sexuelles - Grande multipare (supérieur à 5) - Traitement de l'infertilité (> 1 an) - Infections vaginales 	<p>ANTECEDENTS FAMILIAUX OU GENETIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1er degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique <p>FACTEURS SOCIAUX</p> <ul style="list-style-type: none"> - Âge : < 18 ans ou > 35 ans si facteur isolé - Accouchement secret sous X - Antécédent de psychose puerpérale <p>ANTECEDENTS PERSONNELS</p> <p>IMC ≤ à 17,5 kg/m² ou ≥ 40 kg/m²</p> <p>Antécédent d'anomalie congénitale ou génétique</p> <ul style="list-style-type: none"> - Hépatite C ou B active - Exposition produits toxiques/tératogènes - Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en pré-conceptionnel (exposition avérée) - Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) <u>hors</u> maladie de Basedow - Pathologie rétinienne dont myopie - Portage AgHBs - Sevrage alcoolique - Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis), substituts et sevrage - Cannabis 	<p>ANTECEDENTS PERSONNELS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Séropositivité VIH - Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun - Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire) - Diabète - Drépanocytose/hémoglobinopathie homozygote - Hypertension artérielle - Maladie de Basedow - Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde) - Néphropathie - Thrombose veineuse profonde - embolie pulmonaire - Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres - Hémorragie cérébrale, anévrisme <p>ANTECEDENTS GYN-OBST</p> <ul style="list-style-type: none"> - Accouchement prématuré (A2 précoce / B) - Béance cervicale ou cerclage, - Fausses couches répétées au cours du 1er

	<ul style="list-style-type: none"> - Récidive d'infection urinaire basse (> 2) - Drépanocytose et autres hémoglobinopathies : mère hétérozygote - Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome) traitée - Épilepsie - MICI : Crohn ou RCH traitées - Uropathie - Chimiothérapie et radiothérapie - Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères traités - Fracture du bassin ou du rachis déplacée <p>ANTECEDENTS GYN-OBST</p> <ul style="list-style-type: none"> - Césarienne - FC répétées au cours du 1er trimestre (sans étiologie) si évolution de la grossesse sans complication - Hypertension gravidique - Interruption médicale de grossesse (IMG) - Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement) - Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse) - Myomectomie, utérus cicatriciel - ATCD diabète gestationnel - ATCD déchirure du sphincter anal 	<p>trimestre avec étiologie SAPL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Fausses couches tardives au cours du 2e trimestre - Hématome rétro placentaire - Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire) - Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire - Pré-éclampsie, syndrome de HELLP - Retard de croissance intra-utérin sévère < 3^e percentile - ATCD pathologies utéro-vaginales - Antécédent malf. utéro-vaginales - Antécédent d'asphyxie périnatale avec séquelles - Antécédent de mort périnatale inexplicquée - Distilbène syndrome
Suivi GENERALISTE	AVIS SPECIALISTE A1ou A2	Suivi SPECIALISTE

AVIS SPECIALISTE A1ou A2	Suivi SPECIALISTE	
<p><i>Durant la grossesse</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Alcool - Amniocentèse / ponction villosités choriales - Cancer du col - Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée) - Irradiation - Kyste ovarien, laparotomie pdt la grossesse - Pertes de sang persistantes - Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires) - Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne) - Suspicion de malformation ou de pathologie congénitale - Datation incertain - Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale e/grossesse tardive - Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire) - Diabète gestationnel - Traumatisme abdominal après examen aux urgences +contrôle a 48h - Vaginoses bactériennes 	<p><i>Durant la grossesse (4e au 8e mois)</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Grossesse gémellaire / bichoriale - Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques) au 1^{er} trimestre - Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...) : au 2e ou 3e trimestre de grossesse - Cancer du sein - Coagulopathies et thrombopénie maternelles - Hépatite B aiguë - Cholestase gravidique (structure à adapter) - Herpès génital primo-infection ou récurrence - HTA gravidique (selon les chiffres tensionnel) - Néphropathie gravidique (protéinurie isolée) - Menace d'accouchement prématuré - Grossesse non suivie - Dépassement de terme - Présentation non céphalique à terme - Suspicion de dystocie - Syphilis - Anomalies de localisation du placenta - Béance cervicale 	<ul style="list-style-type: none"> - Hépatite virale A, C, D ou E - Infection à cytomégalovirus, VIH, parvovirus B19, listériose - Paludisme, chikungunya - Séroconversion de toxoplasmose ou rubéole - Tuberculose - Varicelle/ zona - Intoxication au plomb, à l'oxyde de carbone - Thrombose veineuse profonde - Grossesse gémellaire / monochoriale - Grossesse triple - Hémorragies fœto-maternelles - Hématome rétroplacentaire -Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire) - Hydramnios, Oligoamnios (< 37 SA) - Mort foetale <i>in utero</i> - Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prævia après 32 S - Pré-éclampsie réelle ou supposée, HELLP - Réduction embryonnaire - Retard de croissance fœtale

Pathologies en cours de grossesse (4e au 8e mois)

AUTEUR : ROQUETTE ELODIE

Date de Soutenance : 8 septembre 2016

Titre de la Thèse : Mise en place d'un suivi prénatal adapté au niveau de risque des patientes dans une maternité de type III. Typologie des parcours de soins et proposition d'organisation.

Thèse - Médecine - Lille- 2016

Cadre de classement : Gynécologie-Obstétrique, Médecine Générale.

DES Médecine Générale

Mots-clés : suivi prénatal, niveaux de risque, grossesse, parcours de soins, coordination des soins.

Résumé

Contexte : En 2007, la Haute Autorité de Santé a proposé que les femmes enceintes aient un suivi de grossesse adapté à leur niveau de risque (A : faible risque, B : haut risque). La mise en œuvre de parcours de soins adaptés à ces niveaux de risque n'est pas aisée.

Objectif : Dans une population de femmes suivies par un médecin spécialiste hospitalier, décrire la typologie observée (type « 1 ») des parcours de soins, que les grossesses soient à bas risque (M1, N1, O1) ou à haut risque (P1, Q1, R1), et proposer une typologie idéale (type « 2 ») pour les grossesses à bas risque (M2, N2, O2) et à haut risque (P2, Q2, R2). Evaluer les ressources médicales nécessaires à une typologie idéale du suivi des patientes.

Méthode : Analyse des dossiers obstétricaux des patientes suivies en consultation prénatale par un spécialiste à l'Hôpital Jeanne de Flandre, pendant la semaine du 8 au 14 septembre 2015. Proposition d'une répartition « idéale » des parcours de soins des patientes selon leur typologie.

Résultats : Parmi les 87 patientes incluses pendant la période d'étude, la moitié étaient à bas risque et l'autre à haut risque selon la classification HAS : 31 étaient classées A (36%), 11 A1 ou A2 (13%) et 45 B (51%). Selon notre typologie de parcours de soins, nous retrouvons parmi les patientes à bas risque 22 patientes M (25%), 9 patientes N (10%) et 11 O (13%) et parmi les patientes à haut risque 30 P (34%), 11 Q (13%) et 4 R (5%). Seules 21 patientes (24%) avaient un parcours de soins considéré comme « idéal » (type 2). Si l'ensemble des patientes avaient ce type idéal de parcours en type 2, 27% des créneaux seraient en théorie libérés sur l'ensemble de leurs suivis. Une fiche simplifiée de la classification HAS (mémo) est proposée dans le but de faciliter la prise initiale de rendez-vous des patientes.

Conclusion : Dans notre maternité, l'utilisation d'une classification des parcours de soins permet théoriquement d'adapter le suivi des patientes à leur niveau de risque sans nécessiter de ressources médicales supplémentaires.

Composition du Jury :

Président : Pr Véronique HOUFFLIN-DEBARGE

Asseseurs : Pr Philippe DERUELLE

Pr Patrick LEROUGE

Directeur de thèse : Pr Damien SUBTIL