



# **LE SUIVI D'UNE GROSSESSE EN MEDECINE GENERALE EN 2022**

## **DOSSIER DOCUMENTAIRE**

Thème avril 2022

**Rédactrice du dossier: Lucie MURGALE**  
**Relecteur : Hervé LE NEEL**

## **Le suivi d'une grossesse en médecine générale en 2022**

A l'heure de l'exercice coordonné, et du travail interdisciplinaire, on peut s'interroger sur la place du médecin généraliste dans l'accompagnement des couples en projet parental, et aussi dans le suivi de la grossesse, entre les sages-femmes et les gynécologues.

C'est l'occasion d'échanger nos pratiques, les circuits et les moyens à disposition sur notre territoire GQ . On pourra s'aider des pistes de réflexion suivantes :

- Y-a-t-il des sages-femmes ou des gynécologues sur le territoire ?
- Y-a-t-il une coordination entre les sages-femmes, les gynécologues et les médecins ?
- Quel rôle pour la PMI dans le suivi de grossesse sur votre territoire?
- Y-a-t-il un réseau périnatalité sur le territoire ? Quelles sont les interactions entre les MG et ce réseau ?
- Quelles sont nos propres compétences en tant que médecin généraliste concernant le suivi de grossesse : formation initiale « génération dépendante », FMC dépendant de l'intérêt que l'on y porte , avec des médecins qui ont peut être pratiqué des accouchements à domicile, certains qui ne pratiquent pas du tout de gynécologie, et ceux qui ont complété leur formation de base par un DU de gynécologie.

Plus largement, on peut aussi s'interroger sur le rôle du médecin généraliste dans l'accompagnement lors de la grossesse :

En France, le suivi est très « normé », au risque de sur médicalisation, mais avec une obligation de moyen pour prévenir un maximum de risques potentiels.

Dans d'autres pays proches, le suivi est tout aussi balisé, avec des consultations mensuelles (voire bimensuelles en fin de grossesse en Allemagne), et 3 échographies ; alors que dans les pays plus nordiques (Norvège par exemple), la grossesse est considérée comme naturelle et une seule échographie est proposée à 18 SA.

Par ailleurs, on pourra s'interroger sur le « suivi de grossesse ». S'il est vrai qu'il y a quelques temps la grossesse était la préoccupation de la future mère, les temps ont bien changé et depuis de nombreuses années, les pères se sentent d'une manière générale plus concernés. Aussi les autorités ont développé, en plus des mesures financières du congé paternité, des recommandations à destination des professionnels visant à encourager l'implication des futurs pères (entretien prénatal) : est-ce une implication visible dans nos consultations ? Cela modifie-t-il notre attitude de suivi ?

## La place du médecin généraliste

Tout d'abord, le rôle de coordination du médecin généraliste est mis en avant auprès des femmes enceintes. Il est clairement nommé dans les plaquettes à destination des couples en projet parental consultables sur le site AMELI.

Par ailleurs, le médecin généraliste a certainement un rôle à jouer bien en amont de la grossesse, au cours du suivi médical du couple, et particulièrement de la femme, surtout si la femme consulte le médecin généraliste pour son suivi gynécologique. Certains collègues peuvent exploiter des compétences particulières acquises dans des formations complémentaires (DU de gynécologie par exemple).

On pourra donc intervenir auprès des futurs parents en prévention des conduites à risques, dès lors que le dépistage aura été effectué : mise en garde contre la consommation de toxiques légaux (tabac, alcool, médicaments, exposition au travail...), et illégaux (drogues).

Une attention toute particulière sera apportée aux patientes en âge de procréer qui doivent suivre un traitement médical pour une pathologie chronique (épilepsie, diabète, hypertension...) car la grossesse de ces femmes devra être particulièrement encadrée. A nous de les en informer, de les rassurer sur la possibilité de grossesse sans minimiser les risques potentiels.

**La place du médecin généraliste est définie par l'HAS** dans le cadre du suivi de grossesse (Accord professionnel) :

« Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par un.e sage-femme ou un.e médecin généraliste (ou gynécologue médical ou obstétricien), selon le choix de la femme. »

### Les conditions nécessaires sont :

- une formation théorique et pratique adaptée au suivi des grossesses (en principe assurée au cours de la formation du médecin généraliste initiale, ou en formation continue !)
- un exercice dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales

### Quelles sont les situations à risque ?

- des facteurs de risques généraux [facteurs individuels et sociaux ; risque professionnel (exposition à des toxiques ... ) ; ATCD familiaux ]
- des ATCD personnels préexistants gynécologiques ou non : ATCD chirurgicaux, pathologie utéro-vaginale, maladie chronique, traitement chronique potentiellement tératogène...
- Des ATCD personnels liés à une grossesse précédente : ATCD obstétricaux (césariennes multiples, complications à la naissance, mort fœtale in utéro ...), diabète / HTA gravidique ou liés à l'enfant à la naissance
- Une exposition à des toxiques (alcool, tabac, drogues, médicaments potentiellement tératogènes)
- des facteurs de risque médicaux : trouble de la coagulation ...
- des maladies infectieuses : toxoplasmose, VIH, rubéole, herpès génital, syphilis ...
- Des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux (cancer du sein, hématome rétro

placentaire, incompatibilité foeto-maternelle)

Donc, dans tous les cas où un risque est identifié, au minimum l'avis d'un médecin gynécologue est conseillé.

Si la situation est identifiée comme risque élevé - par le spécialiste en gynécologie -, le suivi devra être fait par le spécialiste gynécologue ou gynéco-obstétricien.

### Quand définir ce niveau de risque ?

Idéalement le niveau de risque doit être estimé avant la grossesse, dans le cadre de la consultation préconceptionnelle. Sinon, dès le début de la grossesse, lors de la première consultation.

Le risque est à réévaluer à chaque consultation de la femme enceinte.

### **Calendrier de suivi de grossesse :**

On répète encore, mais le suivi devrait débuter avant la grossesse !

### **1- la consultation préconceptionnelle**

Au cours de la consultation préconceptionnelle, le médecin généraliste pourra :

1. Evaluer les risques potentiels
2. Prescrire la vitamine B9 - 400µg/jour - (idéalement 2 mois avant la conception, et jusqu'à 8 SA) en prévention des anomalies de fermeture du tube neural
3. Proposer au couple les sérologies VIH si population à risque
4. Vérifier les vaccinations du couple (stratégie de cocooning)
5. Proposer les sérologies toxoplasmose et rubéole
6. Proposer à la femme le suivi gynécologique classique avec réalisation d'un frottis si le dernier frottis est > 3ans.
7. Informer le couple sur l'organisation du suivi de grossesse

Ca y est ! Quelques mois plus tard votre patiente revient vous voir avec la certitude d'être enceinte

.

Tout d'abord, et pour éviter tout impair, on peut s'assurer de la persistance du projet parental .

En cas de souhait par la patiente de ne pas poursuivre une grossesse, le médecin généraliste doit agir pour permettre à sa patiente d'interrompre la grossesse dans les délais légaux en France (14 SA) \_cf annexe\_

### **2- La première consultation de grossesse ( En principe doit avoir lieu avant 10 SA)**

On essaiera d'**estimer le terme de la grossesse** à partir des dernières règles en cas de cycle réguliers. En cas de cycles irréguliers, une échographie précoce de datation pourra être envisagée. Il faudra **confirmer** la grossesse par un dosage hormonal de βHCG.

Le MG réalisera un **examen clinique général** (taille, poids, TA, palpation thyroïdienne) et pourra proposer un **examen gynécologique**, avec palpation des seins et réalisation de FCV si dernier frottis > 3 ans.

On recherchera systématiquement des **facteurs de risques** de complication de la grossesse, notamment l'exposition aux toxiques.

C'est l'occasion de refaire le point sur les habitudes alimentaires, de préciser les aliments à éviter en prévention d'une listériose et les mesures à prendre en cas d'absence d'immunité pour la toxoplasmose.

On n'oubliera pas de rappeler aux patientes de demander conseil à un professionnel de santé avant toute prise médicamenteuse, même phytothérapie ou homéopathie.

**On prescrira obligatoirement :**

- Groupe sanguin (établir une carte de groupe), RAI (à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B)
- Sérologie toxoplasmose et rubéole
- Syphilis
- Glycosurie, protéinurie (si BU non réalisée pendant la consultation)
- Sérologie VHB (la HAS recommande juste l'Ag HBs, mais des recommandations plus générales recommandent la sérologie complète)

*Pour les patientes à risque personnel ou familial :*

8. TSH
9. Glycémie à jeûn (diabète gestationnel si > 0.9 g/L)
10. NFS (supplémenter si Hb < 12 g/dL)

*Et en fonction du contexte :*

11. Electrophorèse de l'Hémoglobine (pour les patientes originaires d'Afrique, du pourtour méditerranéen, des Antilles \_ recherche de  $\beta$  thalassémie \_)
12. Plombémie si risque d'exposition au plomb

**On proposera systématiquement :**

- Sérologie VIH 1 et 2 (en informant sur les risques de contamination materno-fœtale)
- Sérologie VHC
- Dépistage combiné du 1<sup>er</sup> trimestre des malformations chromosomiques fœtales :
  13. Echographie T1 à réaliser entre 11 SA et 13SA+6J avec mesure de la clarté nucale
  14. Dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et  $\beta$ HCG libre)

L'information éclairée doit être apportée à la patiente quant à l'interprétation des résultats et aux examens complémentaires proposés en cas de risque > 1/1000, et son consentement recueilli par écrit sur le formulaire spécifique (en annexe)

<https://www.eurofins-biomnis.com/referentiel/liendoc/reenseignements/B2-T21.pdf> .

- une consultation dentaire (BBD recommandé avant 24 SA, pris en charge à 100% AM)

**En contexte endémique**, on peut recommander la vaccination anti grippale quel que soit le terme de la grossesse et la vaccination anti covid (préférentiellement à partir de 9 SA d'après le CRAT)

On peut aussi **recommander le port d'une contention veineuse** en prévention d'une insuffisance veineuse (contention de grade 2 suffisant en préventif, mais prescrire contention de grade 3 pour les femmes avec insuffisance veineuse connue).

On pourra revoir avec la patiente **son calendrier de suivi de grossesse** (plusieurs applications existent, et les logiciels métier proposent aussi des calendriers de suivi, ainsi que le [site gestaclic](#)). C'est aussi l'occasion de **débuter l'élaboration d'un projet de naissance** et d'expliquer à la patiente les différentes possibilités de suivi en fonction de son niveau de risque (sage-femme, médecin généraliste, gynécologue).

**ATTENTION**, certaines patientes sont accompagnées par des « doulas ». Ces femmes revendiquent une connaissance de la femme enceinte et du suivi de grossesse, mais il n'existe pas de formation

spécifique reconnue. On recommandera donc aux patientes un accompagnement parallèle par un professionnel qualifié.

Et là, on se dit qu'il vaut mieux prévoir la consultation dans son planning, parce que ça risque de nous prendre un petit moment !

Si la grossesse se passe bien (confirmation d'une grossesse unique intra utérine évolutive, absence de facteur de risque élevé), pas de problème, on peut poursuivre l'accompagnement, prévoir la deuxième consultation et ... l'examen prénatal précoce !

### **Mais si ça ne se passe pas bien ?**

Le médecin généraliste est souvent confronté au désarroi de patientes inquiètes du bon déroulement de leur grossesse :

#### **En cas de douleurs pelviennes et/ ou de saignement :**

Il faudra s'assurer de l'absence de GEU (urgence chirurgicale), de l'absence de FCSP, de l'absence d'infection. (cf diagramme métrorragies/ douleurs du 1<sup>er</sup> trimestre en annexe)

Ne pas oublier l'injection de Globuline si patiente de rhésus négatif.

Souvent le recours à l'échographie en urgence est nécessaire (et bien souvent d'ailleurs, l'adressage de la patiente aux urgences gynécologiques pour la réalisation de cette échographie).

Selon les recommandation HAS « un avis spécialisé en gynécologie est nécessaire »\_

Il faudra être attentifs aux patientes qui voient leur grossesse s'arrêter précocement, pour diverses raisons : FCSP, œuf clair, GEU, grossesse molaire.

On devra leur proposer un accompagnement psychologique adapté, les rassurer quant à de futures grossesses et ne pas minimiser ni banaliser l'arrêt de la grossesse en fonction de la perception de la patiente/ du couple.

Moindre mal, le premier trimestre de grossesse s'accompagne souvent des « petits maux » de la grossesse, avec un vécu variable selon les patientes :

#### **En cas de RGO (source CRAT)**

- Si un traitement du reflux gastro-œsophagien est nécessaire, l'utilisation des molécules suivantes est possible quel que soit le terme de grossesse :
- les antiacides : alginates (Gaviscon®...), sels d'aluminium et magnésium (Maalox®..)
- les inhibiteurs de la pompe à protons (IPP) : **ésoméprazole** (Inexium®, Nexium control®), **lansoprazole** (Lanzor®, Ogast®, Ogastoro®) et **oméprazole** (Mopral®, Mopralpro®, Zoltum®).
- les antihistaminiques H2 : **famotidine** et **ranitidine** (Azantac®).

#### **En cas de nausées (source CRAT)**

- A ce jour, il n'existe pas en France de recommandation pour la pratique clinique relative à la prise en charge médicamenteuse des nausées et vomissements spécifiques à l'état de grossesse.
- Sur la base d'une combinaison des données de sécurité et d'efficacité (essais cliniques menés chez les femmes enceintes présentant des nausées et/ou vomissements gravidiques) :
  - On préférera en première intention soit la **doxylamine**, seule (Donormyl®, Lidène®) ou en association à la vitamine B6 (Cariban®), soit le **métoclopramide** (Aناusin®, Primpéran®, Prokinyl®)
  - Si ces options ne conviennent pas, l'utilisation de l'**ondansétron** (Sétofilm®),

Zophren®) est envisageable, si possible par précaution après 10 SA en raison de données récentes qui doivent être confirmées

- La **domperidone** peut aussi être utilisée

En cas de doute, on peut se référer au site du **CRAT**, qui répertorie les médicaments dont l'utilisation est possible en cours de grossesse (prescriptions plus larges que le VIDAL).

### **3- La 2<sup>ème</sup> consultation de grossesse**

Il faut **établir la déclaration de grossesse** et fixer la date présumée de l'accouchement. La déclaration simplifiée peut être réalisée sur notre ESPACE PRO AMELI.

**L'examen clinique** comprend : poids, TA, hauteur utérine (à partir du 4<sup>ème</sup> mois : HU = terme en mois x4 ou termes en SA - 4, en cm), si possible bruits du cœur fœtaux au doppler fœtal (recommandé par la HAS, mais très anxiogène si non retrouvés).

On recherche systématiquement des **signes de complication** (contractions utérines, métrorragies, signes fonctionnels d'HTA, signes d'infection urinaire, prurit ...)

#### **On prescrit**

- Sérologie toxoplasmose si négative jusque là
- Sérologie rubéole, si négative précédemment (jusqu'à 18 SA)
- Glycosurie et protéinurie (Si BU non réalisée pendant la consultation)
- ECBU si infection urinaire antérieure

#### **On propose systématiquement :**

**15.** Le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2<sup>ème</sup> trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1<sup>er</sup> trimestre

**16. L'entretien prénatal précoce** ou EPP (désormais « obligatoire », sans avance de frais pour les parents, coté C 2.5 au titre AMO « risque de grossesse » - donc après la déclaration de grossesse - )

**On oriente** les futurs parents vers des professionnels qui proposent des **séances de préparation à la naissance et à la parentalité**.

Cas particuliers des filières d'accouchement physiologique : orienter précocement les patientes à bas risque si elles le souhaitent.

### **L'entretien prénatal, qu'est-ce que c'est ?**

#### **Le contenu de l'EPP**

L'EPP n'est PAS une consultation, mais bien un entretien réalisé en complément de la surveillance médicale de la grossesse et qui a pour but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé des femmes enceintes et des nouveau-nés par une approche de santé publique et préventive. Il a pour objectif :

- ▶ d'apporter une information aux futurs parents sur le déroulement de la grossesse, de la naissance et de la période néonatale et sur les droits sociaux afférents à la maternité ;
- ▶ d'effectuer un travail corporel permettant d'aborder la naissance dans les meilleures conditions possibles
- ▶ de responsabiliser les femmes et les futurs parents en les incitant à adopter des comportements de vie favorables à leur santé et à celle de l'enfant à naître ;

► de ménager un temps d'écoute des femmes permettant aux professionnels de dépister d'éventuelles situations de vulnérabilité psychologique et sociale et de les orienter, le cas échéant, vers des professionnels sanitaires et sociaux compétents.

C'est en particulier le moment d'aborder le calendrier de grossesse, les addictions, la prévention de la toxoplasmose, de la rubéole, de la listériose, le suivi de grossesse. Il est recommandé de laisser la femme ou le couple poser ses questions et de faire à la fin un compte-rendu qui sera annexé au dossier de suivi de grossesse.

Une formation spécifique est recommandée pour conduire cet entretien, mais non obligatoire. Cet entretien est accessible au tiers payant intégral à 100%.

On pourra confier la patiente / le couple aux sages-femmes du lieu d'accouchement.

#### **Les résultats du test de dépistage des anomalies chromosomiques :**

Risque < 1/1000 : risque faible, pas de proposition d'examen complémentaire

1/1000 < RISQUE < 1/51 : risque intermédiaire : proposer un diagnostic complémentaire par dosage de l'ADN libre circulant de la Trisomie 21 dans le sang maternel (test ADN LC T21, ou DPNI Diagnostic Prénatal non Invasif).

RISQUE > 1/50 ou test ADN LC T21 positif : proposer amniocentèse ou choriocentèse (risque de fausse couche 1/1000)

Le médecin généraliste peut ensuite suivre la grossesse simple jusqu'au 7<sup>ème</sup> mois. Les consultations des 8<sup>ème</sup> et 9<sup>ème</sup> mois sont effectuées au sein de l'établissement choisi pour l'accouchement.

#### **4- 3<sup>ème</sup> consultation entre 15 et 19 SA**

**Examen clinique usuel, recherche de signe de complication :** fièvre, signes d'infection urinaire, HU, TA, contractions, MAF (à partir de 22 SA ou avant si multipare), métrorragies...

##### **Prescription :**

- Glycosurie, protéinurie (si BU non réalisée)
- ECBU si ATCD d'infection urinaire
- Sérologie toxoplasmose si négative

#### **5- 4<sup>ème</sup> consultation (entre 19 et 23 SA)**

**Examen clinique usuel, recherche de signe de complication :** fièvre, signes d'infection urinaire, HU, TA, contractions, MAF (à partir de 22 SA ou avant si multipare)

##### **Prescription :**

- Glycosurie, protéinurie (si BU non réalisée)
- ECBU si ATCD d'infection urinaire
- Sérologie toxoplasmose si négative
- Prescription de **l'échographie du 2<sup>ème</sup> trimestre**, à réaliser entre 20 et 25 SA

#### **6- 5<sup>ème</sup> consultation (entre 23 et 28 SA)**

**Examen clinique usuel, recherche de signe de complication :** fièvre, signes d'infection urinaire, HU, TA, contractions, MAF...

##### **Prescription :**

- Glycosurie, protéinurie (si BU non réalisée)
- ECBU si ATCD d'infection urinaire ou si BU non réalisée (dépistage des infections urinaires asymptomatiques)
- Sérologie toxoplasmose si négative
- NFS



- Ag HBs
- **RAI** si antécédent transfusionnel  
ou patiente rhésus négatif et génotypage RhD foetal positif ou indéterminé
- Dépistage du diabète gestationnel **HGPO** 75g entre 24 et 28 SA avec 75g de glucose et mesure des glycémies à 0, 1 et 2h **en présence de facteurs de risque**

**NB:** du fait du contexte actuel de Covid-19, en cas d'impossibilité de réalisation de l'HGPO du fait de sa durée ou en cas de refus des patientes, le CNGOF recommande de substituer cet examen par la réalisation d'une **glycémie à jeun** associée à l'**HbA1c**

- Prescrire la **vitamine D** (UVEDOSE© 100 000 UI)
- Prescrire l'**injection d'immunoglobulines anti-D** si Rhésus négatif RHOPHYLAC© 300 (nécessité RAI préalable négative)

### **7- 6<sup>ème</sup> consultation (entre 28 et 32 SA)**

**Examen clinique usuel**, recherche de **signe de complication** : fièvre, signes d'infection urinaire, HU, TA, contractions, MAF...

#### **Prescription :**

- Glycosurie, protéinurie (si BU non réalisée)
- ECBU si ATCD d'infection urinaire ou si BU non réalisée (dépistage des infections urinaires asymptomatiques)
- Sérologie toxoplasmose si négative
- Prescription de **l'échographie du 3<sup>ème</sup> trimestre**, à réaliser entre 30 et 35 SA
- Si la patiente n'est pas à jour pour la vaccination coqueluche (vaccination > 10 ans) : prescrire **BOOSTRIX tetra**, qui peut être fait au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse

Pour les consultations suivantes, on passe la main aux professionnels du lieu d'accouchement !

A tout stade de la grossesse, si le médecin généraliste constate une anomalie clinico-biologique, il est recommandé au minimum un avis auprès d'un médecin gynécologue, afin d'établir le degré de risque et les modalités de poursuite du suivi.

### **Et après ?**

Le médecin généraliste est souvent sollicité pour réaliser l'examen des 2 semaines du nouveau-né. C'est l'occasion d'inciter la maman à effectuer le suivi post natal.

Le congé paternité a évolué en 2021, avec allongement à 25 jours (32 si naissance multiple).

### **Bibliographie, sources :**

<http://www.nglr.fr/images/naitre/pdf/referentiels/obstetrique/>

[Referentiel\\_Conduite\\_a\\_tenir\\_diagnostique\\_devant\\_metrorragie\\_1er\\_trim\\_grossesse.pdf](http://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/Referentiel_Conduite_a_tenir_diagnostique_devant_metrorragie_1er_trim_grossesse.pdf)

Haute Autorité de Santé. Interruption volontaire de grossesse par méthode médicamenteuse - Mise à jour. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2021.

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf)

[suivi\\_orientation\\_femmes\\_enceintes\\_synthese.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf)

<https://www.ameli.fr/assure/droits-demarches/famille/maternite-paternite-adoption/grossesse>

<https://www.service-public.fr/particuliers/actualites/A14932>

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/depistage\\_trisomie.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2019-01/depistage_trisomie.pdf)