GROUPES QUALITE

SUIVI DE LA GROSSESSE A BAS RISQUE

DOSSIER DOCUMENTAIRE

Mars 2011

Groupe de travail (Pays de la Loire) :

Dr Anicet CHASLERIE – médecin conseil ERSM Nantes
Dr Joël CHAPUIS – généraliste – animateur GQ
Dr Yves LEQUEUX – généraliste – coordinateur régional
Dr Jacques PIVETTE - médecin conseil ERSM Nantes
Dr Cédric RAT – généraliste – participant GQ
Dr Maryvonne VILA - généraliste – participant GQ

PROBLEMATIQUE :

Un des objectifs du plan périnatalité 2005/2007[1] est de « moderniser l'environnement de la grossesse et de la naissance ». Il vise à permettre au couple une rencontre avec un professionnel lui permettant d'aborder dans sa globalité la grossesse avec ces trois dimensions : médicale, sociale et psychologique.

La mortalité maternelle[2], la mortalité et morbidité périnatale, ont été améliorés. Cependant le taux de prématurité, principal facteur de mortalité et morbidité néonatale, reste proche de 7% et la France se situerait au 10ème rang européen. L'identification précoce des situations à risque et une prise en charge adaptée est le chalenge à relever par tous les professionnels concernés.

Améliorer la prévention des facteurs de risque d'une grossesse nécessite l'identification et l'évaluation des facteurs de risque le plus précocement possible. Idéalement c'est en période pré conceptionnelle, dès le projet de naissance[3], que cette prise en charge débute. Le médecin généraliste a dans le suivi gynécologique de sa patiente de multiples occasions d'assurer ce rôle.

Le premier trimestre de la grossesse, et en particulier la 1ère consultation, très souvent réalisée par le médecin traitant, est une étape importante. L'évaluation des facteurs de risque en fonction des antécédents médicaux, gynéco-obstétricaux, psychologiques et sociaux de la patiente conditionne les modalités de suivi de cette grossesse[4].

La surveillance de la grossesse est une démarche continue et évolutive jusqu'à son terme. Le médecin généraliste a la responsabilité à chaque étape de la grossesse d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer, en cas de présence ou d'apparition de facteurs de risque, auprès des gynécologues-obstétriciens, acteurs de soins de santé secondaires.

---

[1] Ministère de la Santé. Le plan périnatalité 2005/07 : humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris nov.2004

[2] Mortalité maternelle en France. BEH n°2-3 du 19/01/2010

[3] HAS-Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. Argumentaire-juin 2009

[4] HAS. Recommandations. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des facteurs de risque. mai 2007

LES SOURCES DOCUMENTAIRES :

1. Ministère de la Santé. Le plan périnatalité 2005/07 : humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris nov.2004
2. HAS-Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. Argumentaire - sept. 2009
3. HAS. Recommandations. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des facteurs de risque. Mai 2007
4. HAS. Recommandations. Préparation à la naissance et à la parentalité.2005
5. HAS. Recommandations. Comment mieux informer les femmes enceintes.2005
6. Conférence de consensus. Grossesse et tabac - Octobre 2004
7. HAS. Recommandations. Evaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21. Juin 2007
8. HAS. Rapport d'orientation. Dépistage prénatal de l'hépatite B. Pertinence des modalités actuelles de réalisation. Oct.2009
9. HAS. Recommandations. Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse. Oct.2009
10. CNGOF. recommandations. Le diabète gestationnel. Décembre 2010
11. AFSSAPS. Médicaments et grossesse. Livret « psychiatrie » et « infectiologie ». http://www.afssaps.fr
12. Autret-Leca E, Cissoko H, Bensouda-Grimaldi L, Jonville-Bera A-P. Evaluation du risque médicamenteux chez la femme en âge de procréer. Rev Prat Gynecol Obstet, 2008, 128,11-16.
13. Arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21.JO.03 juillet 2009-11-01 http://www.cbip.be
14. Afssaps. fév.2009. Rappel sur la contre indication des AINS à partir du 6ème mois de grossesse.
15. AINS : à éviter durant toute la grossesse. Rev. Prescrire. 2009 ;29 (307),339.
16. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2009 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. BEH 2009;16-17:145-76.
17. Afssa.2005.Toxoplasmose : état des connaissances et évaluation du risque lié à l'alimentation. Rapport du groupe de travail « *Toxoplasma gondii* ». http://www.invs.sante.fr
18. CNGOF. Recommandations. Prévention de l'allo-immunisation Rh-D foeto-maternelle.2005 http://www.cngof.asso.fr
19. CNTEDP. Rapport du Comité National Technique de l'Echographie de Dépistage Prénatal. Avril 2005
20. Comité Français d' Education pour la Santé - dossier de presse. Alcool et tabac : consommation zéro recommandée pour les femmes enceintes. Janvier 2002. www.cfes.sante.fr

SYNTHESE DES RECOMMANDATIONS - LES PRINCIPAUX MESSAGES :

Le nombre important de recommandations sur ce thème ne permet pas d'être exhaustif sur les messages importants des différents chapitres de ce dossier.
Le choix s'est porté sur les recommandations les plus pertinentes pour le médecin généraliste, en particulier :

- La période pré conceptionnelle :

La visite prénuptiale a été abrogée par la Loi du 20 décembre 2007. Cette période, même si elle n'est pas facilement cernable, est un espace favorable à la mise en œuvre de démarches d'informations, de recueil de données, de messages de prévention et d'éducation, de mise à jour de vaccinations….
Ce concept « pré conceptionnel » autour du « projet de naissance » a fait l'objet non pas d'une recommandation mais d'un « document d'information pour les professionnels » élaboré en 2009 par la HAS.

Messages clés :

- Seuls, le mésusage d'alcool, la consommation de tabac et de substances psycho-actives, l'obésité, ont des effets négatifs démontrés sur le bon déroulement de la grossesse, le développement du fœtus, la naissance. Un dépistage et une prise en charge adaptée à chaque situation sont recommandés.
- Il est recommandé que le niveau de risque soit apprécié le plus précocement possible, autant que possible dès le projet de naissance.
- La vaccination contre la varicelle est recommandée chez toute femme en âge de procréer n'ayant pas d'antécédent clinique de varicelle ou dont l'histoire est douteuse (en cas de doute un contrôle sérologique préalable peut être pratiqué). Celle ci doit être précédée d'un test négatif de grossesse et une contraception efficace de trois mois est recommandée.
- La vaccination contre la rubéole est recommandée en période pré conceptionnelle pour toutes les femmes non immunisée ou n'ayant pas reçu les deux doses du vaccin trivalent (R.O.R), quel que soit le résultat de la sérologie si elle a été pratiquée. Il n'y a pas lieu de revacciner des femmes ayant reçu deux vaccinations préalables, Il est inutile de réaliser des sérologies de contrôle pré et post-vaccinales. Les femmes nées avant 1980 non vaccinées contre la rubéole doivent recevoir une dose de vaccin trivalent au lieu d'un vaccin rubéoleux seul, quel que soit le résultat de la sérologie si elle a été pratiquée. Il est nécessaire de s'assurer de l'absence d'une grossesse débutante et d'éviter toute grossesse dans les 2 mois suivant la vaccination, en raison d'un risque tératogène théorique.
- Il est recommandé de prescrire une supplémentation médicamenteuse en acide folique, à commencer deux mois avant la conception et à poursuivre au moins pendant 4 semaines après celle-ci, à la dose de 400 µg/j, en prévention primaire (Spéciafoldine 0,4). Pour les femmes à risque élevé c'est-à-dire celles avec un antécédent de grossesse avec anomalie de fermeture du tube neural (prévention 2re) et celles recevant certains traitements médicamenteux réduisant la biodisponibilité de l'acide folique) à la dose de 5 à 10 mg/j (Spéciafoldine 5mg).

Le choix du 1er indicateur sur la prescription d'acide folique en période « pré conceptionnelle» doit permettre au groupe d'échanger sur les points importants de ce chapitre :

Références :

- HAS-Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer. Argumentaire - sept. 2009

- Institut de veille sanitaire. Calendrier des vaccinations et recommandations vaccinales 2009 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. BEH 2009;16-17:145-76.
- Comité Français d' Education pour la Santé - dossier de presse. Alcool et tabac : consommation zéro recommandée pour les femmes enceintes. Janvier 2002.
- ANAES. Conférence de consensus. Grossesse et tabac - octobre 2004
- HAS. Recommandations. Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse. Oct.2009

- La 1ère consultation et l'évaluation des facteurs de risque en fonction des antécédents.

Messages clés :

- Il est recommandé que la première consultation prénatale ait lieu avant 10 SA (Semaine d'Aménorrhée). La réglementation actuelle impose que la déclaration de grossesse soit faite avant 15 SA pour l'ouverture des droits sociaux.
- L'âge gestationnel théorique repose sur la date des dernières règles et sur la date de conception estimée par la femme. La réalisation de la 1ère échographie (12 SA) vient en complément pour confirmer cette date. Cette date de début de grossesse ne sera modifiée que si la différence est de plus d'une semaine.
- Remplir la déclaration de grossesse après la réalisation de la première échographie permet de valider la datation de la grossesse ce qui conditionne sur le plan réglementaire le début du congé prénatal, ainsi que la date du terme de la grossesse.
- Qu'il s'agisse d'une 1ère grossesse ou non, le passé obstétrical de la femme oriente et conditionne en partie les modalités de suivi de la grossesse et les pratiques des professionnels de santé.

Références :

- HAS. Recommandations. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des facteurs de risque. Mai 2007

- Prescrire les examens biologiques obligatoires et recommandés en fonction de chaque situation.

Messages clés :

- Informer les femmes rhésus négatif des démarches de prévention de l'allo immunisation RhD. Une prévention « systématique » est recommandée. Les doses reconnues comme efficaces pour cette prévention systématique sont de 300 µg en une injection à 28 SA ou 2 injections de 100 µg entre 28 et 34 SA.

- une sérologie rubéolique doit être proposée à l'occasion de la première consultation prénatale, en l'absence de preuve écrite de l'immunité et sauf si deux vaccinations contre la rubéole (vaccin trivalent ROR) ont été antérieurement réalisées. Chez les femmes enceintes séronégatives, **une seule et unique** sérologie devra être proposée à 20 SA, à la recherche d'une éventuelle séroconversion.

Le choix de 2 indicateurs sur les prescriptions de sérologie de rubéole par un médecin généraliste permettra au groupe d'échanger sur les prescriptions des examens biologiques obligatoires et recommandés au cours de la grossesse :
- % de femmes enceintes ayant eu plus de deux sérologies de la rubéole entre le début de la grossesse et la 20ème SA.
- % de femmes enceintes ayant eu une sérologie de la rubéole après la 20ème SA.

Référence :

- CNGOF. Recommandations. Prévention de l'allo-immunisation Rh-D foeto-maternelle. 2005
- HAS. Recommandations. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des facteurs de risque. Mai 2007
- HAS. Recommandations. Surveillance sérologique et prévention de la toxoplasmose et de la rubéole au cours de la grossesse. Oct.2009

- Le dépistage et le diagnostic de la trisomie 21 (T21)

Messages clés

- La découverte de nouveaux marqueurs (PAPP-A et fraction libre de la béta-HCG) a permis l'élaboration de nouvelles stratégies de dépistage au 1er trimestre de la grossesse.
- Le dépistage combiné du 1er trimestre évalue mieux le risque de trisomie 21. Il ne supprime pas le dépistage du 2ème trimestre dans certaines circonstances (impossibilité de réalisation du fait de date et autres…)
- Avec le dépistage combiné au 1er trimestre, il n'est pas justifié de proposer d'emblée un diagnostic prénatal aux femmes de 38 ans et plus, sans offre de recours préalable au dépistage.
- Le médecin se doit d'informer clairement les femmes sur leur droit d'accepter ou de refuser les tests de dépistage et de diagnostic

Référence :

- HAS. Recommandations. Evaluation des stratégies de dépistage de la trisomie 21. Juin 2007

- Prescrire les échographies au cours de la grossesse

Messages clés :

- Aucune échographie n'est obligatoire. Elles sont prises en charge par l'Assurance Maladie (70% pour celles du 1er et 2ème trimestre, 100% pour celle du 3ème trimestre). A chaque stade correspond la période optimale de dépistage de certaines pathologies de la grossesse et du fœtus.
- Au cours d'une grossesse d'évolution normale, trois échographies sont systématiquement proposées avec des objectifs spécifiques :

1. Au premier trimestre : entre 11 SA+0 jour et 13 SA+6 jours

Elle permet de :

- Vérifier la vitalité embryonnaire (activité cardiaque visible dès 6 SA.)
- Déterminer avec précision (+/-3 jours) l'âge d'après la longueur cranio-caudale. Cette évaluation est indispensable lorsqu'un dosage des marqueurs sériques maternels de la T21 est réalisé et que son interprétation dépend précisément de l'âge gestationnel.
- Faire un diagnostic précoce de grossesse multiple, c'est la période idéale et indispensable pour préciser la chorionicité et l'amnionicité d'une grossesse gémellaire.
- Réaliser un premier bilan morphologique et dépister certaines malformations majeures à expression précoce.
- Evaluer dans le cadre du dépistage combiné du 1er trimestre le risque de trisomie 21 par la mesure de la clarté nucale et la longueur cranio-caudale.

2. Au second trimestre : entre 20 et 25 semaines d'aménorrhée.

- Permet un diagnostic précoce de trouble de croissance fœtale.
- Dépiste une anomalie de la quantité de liquide amniotique, orientant vers une pathologie fœtale,
- Dépiste des malformations fœtales (50 à 60%). Ce dépistage exige un bilan morphologique approfondi de première ligne permettant si besoin une échographie de seconde intention, dite "de diagnostic".

3. Au troisième trimestre : entre 30 et 35 semaines d'aménorrhée.

- Dépiste les retards de croissance intra-utérin (RCIU) et les risques de macrosomie,
- Précise l'aspect, la localisation et l'insertion haute ou basse du placenta,
- Complète le bilan morphologique à la recherche de certaines pathologies à expression tardive qui nécessitent une prise en charge néonatale particulière.

- Echographie de seconde intention, dite "de diagnostic" :

- Elle est indiquée quand un risque élevé d'anomalie morphologique foetale est identifié par l'anamnèse, qu'une image anormale est suggérée par l'examen de dépistage ou que des difficultés techniques ne permettent pas de mener à bien cet examen. L'objectif de l'échographie est alors d'infirmer ou de confirmer la réalité d'une pathologie foetale.
- Cet examen de seconde intention contribue aussi à préciser la gravité de la pathologie fœtale et à guider la conduite pratique (demande d'examens complémentaires : échographie cardiaque, IRM, un caryotype…) et qu'une interruption de grossesse est demandée par le couple. Elle est réalisée par un échographiste affilié à un Centre Pluridisciplinaire de Diagnostic PréNatal (CPDPN) en cas d'anomalie.

Référence :

- CNTEDP. Rapport du Comité National Technique de l'Echographie de Dépistage Prénatal. Avril 2005

- Le dépistage du diabète gestationnel (DG)

Messages clés :

- Un consensus récent de la SFD (Société Francophone du Diabète) et du CNGOF (Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français) valide les récentes normes diagnostiques de l'IADPSG (HGPO avec 75 g de glucose) entre la 24e et la 32e SA.
Ces dernières rendent caduques les modalités antérieures basées sur le O'Sullivan pour le dépistage et l'HGPO à 100G selon les critères de Carpenter et Coustan pour le diagnostic.

Néanmoins, ce consensus français a choisi un dépistage ciblé. Il doit permettre d'identifier les femmes à haut risque d'évènements pathologiques, les plus à même de bénéficier d'une prise en charge intensive et de préserver les autres d'une intervention excessive.
Dans tous les cas, la décision de dépister ou de ne pas dépister le DG doit faire l'objet d'une évaluation et d'une information individuelle.

Le dépistage du DG est recommandé en présence d'au moins un des critères suivants :

- âge maternel > ou = 35 ans,
- IMC > ou = 25 kg/m2,
- antécédents de diabète de type 2 (DT2) chez les apparentés au 1er degré,
- antécédents personnels de DG ou d'enfant macrosome (PN > 4 kg).

En pratique : quand et comment dépister ?

Deux types bien distincts : Diabète de type 2 méconnu (DT2) et Diabète gestationnel (DG)
Modalités du dépistage en présence d'au moins 1 facteur de risque :

Période préconceptionnelle ou à la 1ère consultation prénatale au 1er trimestre,

Dosage glycémie à jeun :

- Si la glycémie à jeun est > 0,92 mg/dl, il s'agit d'un diabète gestationnel à traiter comme tel.
- Si la glycémie à jeun est > ou = à 1,26 g/l cela confirme un diabète de type 2 pré gestationnel

La mesure de l'HbA1c comme méthode diagnostique n'est pas actuellement recommandée en France. En cas de DT2 découvert en début de grossesse, cette mesure pourrait être utile pour préciser l'équilibre glycémique périconceptionnel.

En l'absence de dépistage préalable ou si la glycémie à jeun est normale (< 0,92 g/l) et en présence de facteur de risque, on proposera à cette patiente de réaliser à jeun entre 24 et 28 SA une **HGPO à 75 gr de glucose sur 2 heures**.

Valeurs-seuil définissant le diabète gestationnel lors d'un test d'hyperglycémie à 75 gr.

	Valeur-seuil en mmol/L	Valeur-seuil en g/l
Glycémie à jeun	5,1	0,92
Glycémie à 1H	10,0	1,80
Glycémie à 2 H	8,5	1,53

Le diabète gestationnel est défini lorsqu'une seule de ces valeurs-seuil est franchie.
— En cas de normalité du dépistage entre 24 et 28 SA, il n'y a pas d'arguments pour répéter ultérieurement le dépistage à titre systématique.
— Chez les femmes ayant des facteurs de risque qui n'ont pas eu de dépistage du DG, celui-ci peut être fait au 3e trimestre, au minimum par une glycémie à jeun.

Référence :

- CNGOF. Recommandations. Le diabète gestationnel. décembre 2010

- Médicaments et grossesse

Messages clé :

- C'est au cours de l'organogenèse que les risques de malformations sont les plus importants. Cette période à risque maximal correspond à celle ou la femme et le médecin peuvent encore ignorer la grossesse.
- En cas de pathologie chronique ou de traitement au long cours, anticiper les éventuels ajustements thérapeutiques avec le spécialiste de la pathologie concernée (par exemple : antiépileptiques en particulier la Dépakine, sa substitution est recommandée et nécessite un avis pluridisciplinaire neurologue et obstétricien).
- Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont contre-indiqués chez la femme enceinte à partir du début du 6ème mois de la grossesse (c'est-à-dire à partir de 24 SA révolues), y compris par voie cutanée. Ils sont déconseillés dès la 12ème SA. En effet, ils sont responsables d'une toxicité foetale et néonatale grave, voire fatale : mort fœtale in utero, mort néonatale, atteintes rénales et/ou cardio-pulmonaires néonatales.
- Informer la femme enceinte sur la toxicité des AINS, l'interroger sur une automédication éventuelle et lui remettre le doc. Afssaps 2009 destiné aux femmes enceintes.

En pratique :

- Si vous avez un doute sur la dangerosité d'un médicament ou sur un risque tératogène
  - Tel. Centre de pharmacovigilance de la région :
  - consulter le site internet de référence sur la tératogénicité : http://www.lecrat.org

Un indicateur sur ce chapitre important de la prescription médicamenteuse au cours de la grossesse : % de femmes ayant eu au moins une prescription (délivrance) d'AINS par un médecin généraliste entre la 12ème SA et la date d'accouchement.

Références :

- Autret-Leca et coll. Evaluation du risque médicamenteux chez la femme en âge de procréer. Rev Prat Gynecol Obstet, 2008, 128,11-16.
- AFSSAPS. Médicaments et grossesse. Livret « psychiatrie » et « infectiologie ».
- HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes. Recommandations.2005
- AFSSAPS. Fév.2009. Rappel sur la contre indication des AINS à partir du 6ème mois de grossesse.
- AINS : à éviter durant toute la grossesse. Rev. Prescrire. 2009 ;29 (307),339.

LES INDICATEURS DE SUIVI

Préambule

La population étudiée est celle des femmes enceintes du régime général, âgées de 15 à 50 ans, identifiées par une exonération du ticket modérateur au titre de l'Assurance Maternité.
La date de début de l'exonération du ticket modérateur (ETM) au titre de l'Assurance Maternité correspond au 1er jour du 6ème mois de grossesse et est déterminée à partir de la déclaration de grossesse qui tient compte de la datation échographique.
Les différentes dates utiles pour les différents indicateurs sont reprises dans le chapitre « Indicateurs de suivi et période de grossesse ».

Les indicateurs concernent les médecins généralistes.

Pour tous les indicateurs le dénominateur est le nombre de femmes enceintes pour lesquelles le médecin généraliste est le médecin traitant.

Le nombre de femmes enceintes par médecin généraliste sur la période de suivi peut être faible. Le suivi des indicateurs de cette thématique se fera par groupe qualité et les données individuelles (brutes et en %) permettront à chaque médecin de connaître sa contribution à l'évolution du groupe.

Indicateur 1 : La prescription d'acide folique

Recommandation :

Il est recommandé de prescrire une supplémentation médicamenteuse en acide folique à toutes les femmes ayant un projet de grossesse : à commencer deux mois avant la conception et à poursuivre pendant 4 semaines après celle-ci, à la dose de 400 µg/j (Spéciafoldine 0,4)
Pour les femmes à risque élevé (antécédent de grossesse avec anomalie de fermeture du tube neural ou traitements médicamenteux réduisant la biodisponibilité de l'acide folique), à la dose de 5 mg/j (Spéciafoldine 5mg).

Indicateur 1= Pourcentage de femmes enceintes ayant eu au moins une prescription (délivrance) d'acide folique dans les 3 mois précédant le début de grossesse. La période de 3 mois a été choisie pour comptabiliser les prescriptions sur une période pré conceptionnelle plus « large ».

Numérateur : nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une délivrance d'acide folique suite à une prescription du médecin généraliste dans les trois mois précédant le début de la grossesse

Dénominateur : nombre de femmes enceintes pour lesquelles le médecin généraliste est le médecin traitant.

Prescription acide folique OUI/NON pendant les 3 mois avant le début de grossesse.

Résultat attendu : une ↗

Indicateurs 2 et 3 : Prescription de la sérologie de la rubéole

Recommandations :

Elle doit être prescrite à la première consultation prénatale ou à la déclaration de grossesse, uniquement en l'absence de preuve écrite de l'immunité.
Elle est inutile si deux vaccinations contre la rubéole ont été antérieurement réalisées (et documentées dans le carnet de vaccination) et ce, quel que soit le résultat de la sérologie si celle-ci a été réalisée (Il n'y a pas lieu de réaliser des sérologies de contrôle pré et post-vaccinales).
Chez les femmes enceintes séronégatives, une seule sérologie de contrôle devra être proposée **uniquement à 20 SA**, à la recherche d'une éventuelle séroconversion.

Indicateur 2 = pourcentage de femmes enceintes ayant eu plus de deux sérologies de la rubéole entre le début de la grossesse et la 20ème SA incluse.

Numérateur : nombre de femmes enceintes ayant bénéficié de plus de deux sérologie de la rubéole prescrites par le médecin généraliste entre le début de la grossesse et la 20ème SA incluse.

Dénominateur : nombre de femmes enceintes pour lesquelles le médecin généraliste est le médecin traitant.

Résultat attendu : une ↘

Indicateur 3 = pourcentage de femmes enceintes ayant eu une sérologie de la rubéole après la 20ème SA.

Numérateur : nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'au moins une sérologie de la rubéole sur prescription du médecin généraliste après la 20ème SA.

Dénominateur : nombre de femmes enceintes pour lesquelles le médecin généraliste est le médecin traitant.

Résultat attendu : une ↘

Indicateur 4 : L'exposition à un AINS a compter de la 12ème SA
AINS = tous les spécialités remboursables d'AINS (formes orales, cutanées ou injectables) et les médicaments contenant au moins 500mg d'acide salicylique.

Recommandations :

Les anti-inflammatoires non stéroïdiens (AINS) sont contre-indiqués chez la femme enceinte à partir du début du 6ème mois de la grossesse (c'est-à-dire à partir de 24 semaines révolues d'aménorrhée), y compris par voie cutanée. En effet, ils sont responsables d'une toxicité foetale et néonatale grave, voire fatale : mort fœtale in utero, mort néonatale, atteintes rénales et/ou cardio-pulmonaires néonatales.
Ils sont déconseillés au long cours dès le début de la 12ème SA.

Cette contre-indication concerne tous les AINS, y compris l'aspirine lorsque la posologie est supérieure ou égale à 500mg/j et les inhibiteurs de COX2, qu'ils soient sur prescription médicale ou en vente libre et quelle que soit la voie d'administration.

Dans le cadre de cette démarche qualité, nous avons pris la décision de comptabiliser les prescriptions (délivrances) même ponctuelles d'AINS dès la 12ème SA, date ou ils sont déconseillés.
On connaît mal les risques des AINS en début de grossesse et cette démarche de précaution ne pourra être que pédagogique.

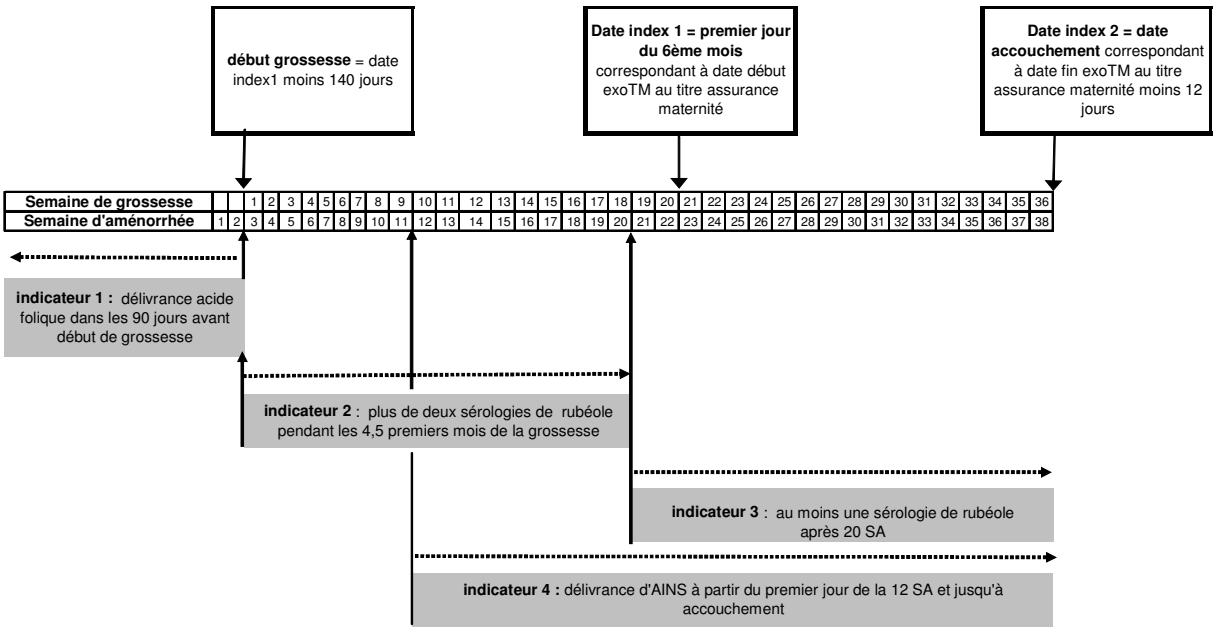
Indicateur 4 = % de femmes enceintes ayant eu une prescription (délivrance) d'AINS après le début de la 12ème SA et jusqu'à la date d'accouchement.

Numérateur : nombre de femmes enceintes ayant bénéficié d'une prescription d'AINS par le généraliste entre le début de la 12ème SA et la date d'accouchement.

Dénominateur : nombre de femmes enceintes pour lesquelles le médecin généraliste est le médecin traitant.

Résultat attendu : une ↘

Indicateurs de suivi et période de grossesse



NB : L'exonération du ticket modérateur (ETM) au titre de l'Assurance Maternité prend en compte une période postnatale de 12 jours après l'accouchement.

NB : Toutes les femmes enceintes ayant un début d'ETM au titre de l'assurance maternité durant un semestre sont sélectionnées.
En fonction de la date de début d'ETM au titre de l'assurance maternité (premier jour du sixième mois de grossesse) les indicateurs pourront concerner :

- les huit mois avant le premier jour du semestre de sélection,
- les trois mois après le dernier jour du semestre de sélection.

Exemple : Si notre période de sélection des femmes enceintes est le premier semestre 2009 il faut exécuter la requête:

- au plus tard en février 2010
- au plus tôt en novembre2009.

La profondeur de deux ans des données disponibles dans les systèmes d'information de l'Assurance Maladie et les critères de requêtes ci-dessus conduisent à proposer la comparaison de deux semestres successifs et ne pas prendre une période comparable de l'année précédente même si l'on sait que le nombre de naissances par mois est variable et que les prescriptions d'AINS sont soumises à des variations saisonnières.
Note explicative complémentaire :
Pour des raisons de conformité aux textes des différentes recommandations citées dans ce dossier (HAS, AFSSAPS, …), nous utilisons la notion de SA (Semaine d'Aménorrhée) pour évaluer l'âge de la grossesse dans le texte ; Par contre, pour des raisons pratiques, nous utilisons la notion de Semaine de grossesse pour faire les différentes requêtes informatiques. En effet, la date index 1 retenue (Date index1 : premier jour du 6eme mois de grossesse, date de début de l'exonération du Ticket Modérateur au titre de l'Assurance Maternité) correspond à une datation en semaine ou mois de grossesse.