

Suivi de la grossesse : critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste : enquête auprès de patientes de la région dieppoise

Claire Houlé

▶ **To cite this version:**

Claire Houlé. Suivi de la grossesse : critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste : enquête auprès de patientes de la région dieppoise. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00845751

HAL Id: dumas-00845751

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00845751

Submitted on 17 Jul 2013

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN ANNEE 2013

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR Claire PASCAL épouse HOULE née le 06 novembre 1982 à Saint Quentin (02)

SUIVI DE LA GROSSESSE : CRITERES DE CHOIX DU PROFESSIONNEL PAR LES PATIENTES ET PLACE FAITE AU MEDECIN GENERALISTE : ENQUETE AUPRES DE PATIENTES DE LA REGION DIEPPOISE

04/06/2013

Président de jury : Professeur Eric VERSPYCK

Directeur de thèse : Docteur Michel CINGOTTI

Juges : Professeur Jean-Loup HERMIL

Professeur Agnès LIARD-ZMUDA

FACULTE MIXTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE ROUEN ANNEE 2013

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR Claire PASCAL épouse HOULE née le 06 novembre 1982 à Saint Quentin (02)

04/06/2013

SUIVI DE LA GROSSESSE : CRITERES DE CHOIX DU PROFESSIONNEL PAR LES PATIENTES ET PLACE FAITE AU MEDECIN GENERALISTE : ENQUETE AUPRES DE PATIENTES DE LA REGION DIEPPOISE

Président de jury : Professeur Eric VERSPYCK

Directeur de thèse : Docteur Michel CINGOTTI

Juges : Professeur Jean-Loup HERMIL

Professeur Agnès LIARD-ZMUDA

ANNEE UNIVERSITAIRE 2012 - 2013

U.F.R. DE MEDECINE-PHARMACIE DE ROUEN

DOYEN :	**Professeur Pierre FREGER**
ASSESSEURS :	**Professeur Michel GUERBET** **Professeur Benoit VEBER** **Professeur Pascal JOLY** **Professeur Bernard PROUST**
DOYENS HONORAIRES :	**Professeurs J. BORDE - Ph. LAURET - H. PIGUET – C. THUILLEZ**
PROFESSEURS HONORAIRES :	**MM. M-P AUGUSTIN - J.ANDRIEU-GUITRANCOURT - M.BENOZIO-** **J.BORDE - Ph. BRASSEUR - R. COLIN - E. COMOY - J. DALION -. DESHAYES - C. FESSARD – J.P FILLASTRE - P.FRIGOT -J. GARNIER - J. HEMET - B. HILLEMAND - G. HUMBERT - J.M. JOUANY - R. LAUMONIER – Ph. LAURET - M. LE FUR – J.P. LEMERCIER - J.P LEMOINE - Mle MAGARD - MM. B. MAITROT - M. MAISONNET - F. MATRAY - P.MITROFANOFF - Mme A. M. ORECCHIONI - P. PASQUIS - H.PIGUET - M.SAMSON – Mme SAMSON-DOLLFUS – J.C. SCHRUB - R.SOYER - B.TARDIF - .TESTART - J.M. THOMINE – C. THUILLEZ - P.TRON - C.WINCKLER - L.M.WOLF**

I - MEDECINE

PROFESSEURS

M. Frédéric **ANSELME**	HCN	Cardiologie
Mme Isabelle **AUQUIT AUCKBUR**	HCN	Chirurgie Plastique
M. Bruno **BACHY**	HCN	Chirurgie pédiatrique
M. Fabrice **BAUER**	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya **BEKRI**	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
M. Jacques **BENICHOU**	HCN	Biostatistiques et informatique médicale
M. Jean-Paul **BESSOU**	HCN	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

Mme Françoise **BEURET-BLANQUART**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Guy **BONMARCHAND**	HCN	Réanimation médicale
M. Olivier **BOYER**	UFR	Immunologie
M. Jean-François **CAILLARD** ***(Surnombre)***	HCN	Médecine et santé au Travail
M. François **CARON**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Philippe **CHASSAGNE**	HB	Médecine interne (Gériatrie)
M. Vincent **COMPERE**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
M. Alain **CRIBIER (*Surnombre)***	HCN	Cardiologie
M. Antoine **CUVELIER**	HB	Pneumologie
M. Pierre **CZERNICHOW**	HCH	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean - Nicolas **DACHER**	HCN	Radiologie et Imagerie Médicale
M. Stéfan **DARMONI**	HCN	Informatique Médicale/Techniques de communication
M. Pierre **DECHELOTTE**	HCN	Nutrition
Mme Danièle **DEHESDIN**	HCN	Oto-Rhino-Laryngologie
M. Jean **DOUCET**	HB	Thérapeutique/Médecine – Interne - Gériatrie.
M. Bernard **DUBRAY**	CB	Radiothérapie
M. Philippe **DUCROTTE**	HCN	Hépato – Gastro - Entérologie
M. Frank **DUJARDIN**	HCN	Chirurgie Orthopédique - Traumatologique
M. Fabrice **DUPARC**	HCN	Anatomie -Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
M. Bertrand **DUREUIL**	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mle Hélène **ELTCHANINOFF**	HCN	Cardiologie
M. Thierry **FREBOURG**	UFR	Génétique
M. Pierre **FREGER**	HCN	Anatomie/Neurochirurgie
M. Jean François **GEHANNO**	HCN	Médecine et Santé au Travail
M. Emmanuel **GERARDIN**	HCN	Imagerie Médicale
Mme Priscille **GERARDIN**	HCN	Pédopsychiatrie
M. Michel **GODIN**	HB	Néphrologie
M. Philippe **GRISE**	HCN	Urologie
M. Didier **HANNEQUIN**	HCN	Neurologie
M. Fabrice **JARDIN**	CB	Hématologie
M. Luc-Marie **JOLY**	HCN	Médecine d'urgence
M. Pascal **JOLY**	HCN	Dermato - vénéréologie
M. Jean-Marc **KUHN**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mme Annie **LAQUERRIERE**	HCN	Anatomie cytologie pathologiques
M. Vincent **LAUDENBACH**	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
M. Joël **LECHEVALLIER**	HCN	Chirurgie infantile
M. Hervé **LEFEBVRE**	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
M. Thierry **LEQUERRE**	HB	Rhumatologie
M. Eric **LEREBOURS**	HCN	Nutrition
Mle Anne-Marie **LEROI**	HCN	Physiologie

M. Hervé **LEVESQUE**	HB	Médecine interne
Mme Agnès **LIARD-ZMUDA**	HCN	Chirurgie Infantile
M. Pierre Yves **LITZLER**	HCN	Chirurgie Cardiaque
M. Bertrand **MACE**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
M. Eric **MALLET** ***(Surnombre)***	HCN	Pédiatrie
M. Christophe **MARGUET**	HCN	Pédiatrie
Mle Isabelle **MARIE**	HB	Médecine Interne
M. Jean-Paul **MARIE**	HCN	ORL
M. Loïc **MARPEAU**	HCN	Gynécologie - obstétrique
M. Stéphane **MARRET**	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique **MERLE**	HCN	Epidémiologie
M. Pierre **MICHEL**	HCN	Hépato - Gastro - Entérologie
M. Francis **MICHOT**	HCN	Chirurgie digestive
M. Bruno **MIHOUT** ***(Surnombre)***	HCN	Neurologie
M. Jean-François **MUIR**	HB	Pneumologie
M. Marc **MURAINE**	HCN	Ophtalmologie
M. Philippe **MUSETTE**	HCN	Dermatologie - Vénéréologie
M. Christophe **PEILLON**	HCN	Chirurgie générale
M. Jean-Marc **PERON**	HCN	Stomatologie et chirurgie maxillo-faciale
M. Christian **PFISTER**	HCN	Urologie
M. Jean-Christophe **PLANTIER**	HCN	Bactériologie - Virologie
M. Didier **PLISSONNIER**	HCN	Chirurgie vasculaire
M. Bernard **PROUST**	HCN	Médecine légale
M. François **PROUST**	HCN	Neurochirurgie
Mme Nathalie **RIVES**	HCN	Biologie et méd. du dévelop. et de la reprod.
M. J.-Christophe **RICHARD***(Mise en dispo)*	HCN	Réanimation Médicale, Médecine d'urgence
M. Horace **ROMAN**	HCN	Gynécologie Obstétrique
M. Jean-Christophe **SABOURIN**	HCN	Anatomie – Pathologie
M. Guillaume **SAVOYE**	HCN	Hépato – Gastro
Mme Céline **SAVOYE – COLLET**	HCN	Imagerie Médicale
M. Michel **SCOTTE**	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne **TAMION**	HCN	Thérapeutique
Mle Florence **THIBAUT**	HCN	Psychiatrie d'adultes
M. Luc **THIBERVILLE**	HCN	Pneumologie
M. Christian **THUILLEZ**	HB	Pharmacologie
M. Hervé **TILLY**	CB	Hématologie et transfusion
M. François **TRON** *(Surnombre)*	UFR	Immunologie
M. Jean-Jacques **TUECH**	HCN	Chirurgie digestive
M. Jean-Pierre **VANNIER**	HCN	Pédiatrie génétique
M. Benoît **VEBER**	HCN	Anesthésiologie Réanimation chirurgicale

M. Pierre **VERA**	C.B	Biophysique et traitement de l'image
M. Eric **VERIN**	CRMPR	Médecine physique et de réadaptation
M. Eric **VERSPYCK**	HCN	Gynécologie obstétrique
M. Olivier **VITTECOQ**	HB	Rhumatologie
M. Jacques **WEBER**	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES

Mme Noëlle **BARBIER-FREBOURG**	HCN	Bactériologie – Virologie
M. Jeremy **BELLIEN**	HCN	Pharmacologie
Mme Carole **BRASSE LAGNEL**	HCN	Biochimie
Mme Mireille **CASTANET**	HCN	Pédiatrie
M. Gérard **BUCHONNET**	HCN	Hématologie
Mme Nathalie **CHASTAN**	HCN	Physiologie
Mme Sophie **CLAEYSSENS**	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
M. Moïse **COEFFIER**	HCN	Nutrition
M. Manuel **ETIENNE**	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
M. Guillaume **GOURCEROL**	HCN	Physiologie
Mme Catherine **HAAS-HUBSCHER**	HCN	Anesthésie - Réanimation chirurgicale
M. Serge **JACQUOT**	UFR	Immunologie
M. Joël **LADNER**	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
M. Jean-Baptiste **LATOUCHE**	UFR	Biologie Cellulaire
Mme Lucie **MARECHAL-GUYANT**	HCN	Neurologie
M. Thomas **MOUREZ**	HCN	Bactériologie
M. Jean-François **MENARD**	HCN	Biophysique
Mme Muriel **QUILLARD**	HCN	Biochimie et Biologie moléculaire
M. Vincent **RICHARD**	UFR	Pharmacologie
M. Francis **ROUSSEL**	HCN	Histologie, embryologie, cytogénétique
Mme Pascale **SAUGIER-VEBER**	HCN	Génétique
Mme Anne-Claire **TOBENAS-DUJARDIN**	HCN	Anatomie

PROFESSEUR AGREGE OU CERTIFIE

Mme Dominique **LANIEZ**	UFR	Anglais
Mme Cristina **BADULESCU**	UFR	Communication

II - PHARMACIE

PROFESSEURS

M. Thierry **BESSON**	Chimie Thérapeutique
M. Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacologie
M. Roland **CAPRON** (PU-PH)	Biophysique
M. Jean **COSTENTIN** (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
M. Loïc **FAVENNEC** (PU-PH)	Parasitologie
M. Jean Pierre **GOULLE**	Toxicologie
M. Michel **GUERBET**	Toxicologie
M. Olivier **LAFONT**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX**	Physiologie
M. Paul **MULDER**	Sciences du médicament
Mme Martine **PESTEL-CARON** (PU-PH)	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
M Jean-Marie **VAUGEOIS**	Pharmacologie
M. Philippe **VERITE**	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES

Mle Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
Mme Dominique **BOUCHER**	Pharmacologie
M. Frédéric **BOUNOURE**	Pharmacie Galénique
M. Abdeslam **CHAGRAOUI**	Physiologie
M. Jean **CHASTANG**	Biomathématiques
Mme Marie Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation pharmaceutique et économie de la santé
Mme Elizabeth **CHOSSON**	Botanique
Mle Cécile **CORBIERE**	Biochimie
M. Eric **DITTMAR**	Biophysique
Mme Nathalie **DOURMAP**	Pharmacologie
Mle Isabelle **DUBUC**	Pharmacologie
Mme Roseline **DUCLOS**	Pharmacie Galénique

M. Abdelhakim **ELOMRI**	Pharmacognosie
M. François **ESTOUR**	Chimie Organique
M. Gilles **GARGALA** (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Najla **GHARBI**	Chimie analytique
Mle Marie-Laure **GROULT**	Botanique
M. Hervé **HUE**	Biophysique et Mathématiques
Mme Laetitia **LE GOFF**	Parasitologie Immunologie
Mme Hong **LU**	Biologie
Mme Sabine **MENAGER**	Chimie organique
Mme Christelle **MONTEIL**	Toxicologie
M. Mohamed **SKIBA**	Pharmacie Galénique
Mme Malika **SKIBA**	Pharmacie Galénique
Mme Christine **THARASSE**	Chimie thérapeutique
M. Rémi **VARIN** (MCU-PH)	Pharmacie Hospitalière
M. Frédéric **ZIEGLER**	Biochimie

PROFESSEUR ASSOCIE

Mme Sandrine **PANCHOU**	Pharmacie Officinale

PROFESSEUR CONTRACTUEL

Mme Elizabeth **DE PAOLIS**	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

M. Mazim **MEKAOUI**	Chimie Analytique
Mlle Virginie **OXARAN**	Microbiologie
M. Romy **RAZAKANDRAINIBE**	Parasitologie

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS

M. Jean-Loup **HERMIL**	UFR	Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS :

M. Pierre **FAINSILBER**	UFR	Médecine générale
M. Alain **MERCIER**	UFR	Médecine générale
M. Philippe **NGUYEN THANH**	UFR	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS :

M Emmanuel **LEFEBVRE**	UFR	Médecine générale
Mme Elisabeth **MAUVIARD**	UFR	Médecine générale
Mme Marie Thérèse **THUEUX**	UFR	Médecine générale

CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS : Mme Véronique DELAFONTAINE

HCN - Hôpital Charles Nicolle **HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME**

CB - Centre HENRI BECQUEREL **CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du Rouvray**

CRMPR - Centre Régional de Médecine Physique et de Réadaptation

LISTE DES RESPONSABLES DE DISCIPLINE

Melle Cécile **BARBOT**	Chimie Générale et Minérale
M. Thierry **BESSON**	Chimie thérapeutique
M. Roland **CAPRON**	Biophysique
M Jean **CHASTANG**	Mathématiques
Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**	Législation, Economie de la Santé
Mle Elisabeth **CHOSSON**	Botanique
M. Jean-Jacques **BONNET**	Pharmacodynamie
Mme Isabelle **DUBUS**	Biochimie
M. Loïc **FAVENNEC**	Parasitologie
M. Michel **GUERBET**	Toxicologie
M. Olivier **LAFONT**	Chimie organique
Mme Isabelle **LEROUX-NICOLLET**	Physiologie
Mme Martine **PESTEL-CARON**	Microbiologie
Mme Elisabeth **SEGUIN**	Pharmacognosie
M. Mohamed **SKIBA**	Pharmacie Galénique
M. Philippe **VERITE**	Chimie analytique

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

MAITRES DE CONFERENCES

M. Sahil **ADRIOUCH**	Biochimie et biologie moléculaire (Unité Inserm 905)
Mme Gaëlle **BOUGEARD-DENOYELLE**	Biochimie et biologie moléculaire (UMR 1079**)**
Mme Carine **CLEREN**	Neurosciences (Néovasc)
Mme Pascaline **GAILDRAT**	Génétique moléculaire humaine (UMR 1079)
M. Antoine **OUVRARD-PASCAUD**	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mme Isabelle **TOURNIER**	Biochimie (UMR 1079)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

M. Serguei **FETISSOV**	Physiologie (Groupe ADEN)
Mme Su **RUAN**	Génie Informatique

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

REMERCIEMENTS :

A Monsieur le Pr Eric VERSPYCK : Vous nous faites aujourd'hui l'honneur de présider notre jury de thèse. Nous vous en sommes très reconnaissantes.

A Monsieur le Dr Michel CINGOTTI : Vous nous avez formées durant 6 mois d'internat dans votre service dont nous gardons un excellent souvenir. Vous nous avez fait ensuite l'honneur d'accepter de diriger ce travail. Merci pour votre aide précieuse, vos encouragements et votre disponibilité.

A Monsieur le Pr Jean–Loup HERMIL : Vous nous avez formés au cours de ces longues années d'étude, vous nous avez transmis votre passion et votre connaissance de la médecine générale : merci de nous avoir fait l'honneur d'accepter de juger notre travail.

A madame le professeur Agnès LIARD-ZMUDA : Merci de nous avoir fait l'honneur d'accepter de juger notre travail.

A Capucine Boulnois : Tu as partagé avec moi ce semestre d'internat à Dieppe, tu as partagé avec moi ce travail de thèse. Merci pour ton soutien, pour ta motivation et ton dynamisme.

A mes collègues avec qui j'apprécie énormément de travailler au quotidien, dans une ambiance et un cadre agréables. Merci pour votre soutien, vos encouragements et vos conseils précieux sur ma thèse, notamment le Docteur Matthieu Schuers et le Docteur Christophe Guillerme.

A mes amis médecins : merci également pour vos conseils et vos encouragements.

A tout le personnel médical et paramédical du service de gynécologie-obstétrique du Centre Hospitalier de Dieppe : Merci pour votre accueil si chaleureux, votre disponibilité pour nous former. Nous gardons de ce semestre un excellent souvenir, vous formez une équipe formidable extrêmement appréciée des patientes et de leur famille.

A mes maîtres de stage : j'ai appris beaucoup à vos côtés, vous m'avez chacun à votre manière transmis votre passion et votre vision de la médecine.

A Alex : merci pour tout l'amour que tu me donnes au quotidien, pour ton soutien. Je remercie chaque jour la vie de t'avoir rencontré.

A Antonin : notre petit rayon de soleil de 18 mois. Chaque jour nous te regardons grandir et évoluer avec émerveillement.

Aux futurs petits rayons de soleil à venir.

A mes parents : vous avez toujours cru en moi et m'avez soutenu dans mes études, me permettant aujourd'hui d'exercer le métier que j'aime.

A mon frère : merci pour ton soutien au cours de ces années d'étude. Courage pour toi aussi la route des études est longue mais cela vaut la peine.

Au reste de ma famille : merci pour votre soutien et vos encouragements.

A ma belle-famille : merci pour votre accueil, votre soutien et votre disponibilité.

A mes amis de fac : nous avons vraiment passé de belles années d'étude ensemble, à réviser, à débattre de la médecine et à construire une belle amitié.

A tous mes amis pour votre soutien et votre précieuse amitié

Table des matières

I introduction…… p 18
II contexte…….. p 20
II 1. Les particularités de la grossesse…… p 20
II 2. Historique du suivi des grossesses……... p 20
II 3. Les recommandations sur le suivi de grossesse…… p 21
II 4. Les acteurs du suivi…….. p 21
II 5. Le cadre de l'étude : la situation en Haute-Normandie…….. p 25
II 6. Une complémentarité nécessaire……..... p 29
II 7. Problématique……p 29
II 8. Objectifs de l'étude……p 30
III Méthode……p 32
III 1. Les modalités de l'étude…… p 32
III 2. Le contexte de l'étude et du chercheur…… p 32
III 3. Le choix de la méthode qualitative…… p 32
III 4. Le choix des entretiens semi-dirigés…… p 33
III 5. Guide d'élaboration de l'entretien semi-dirigé…… p 33
III 6. Le choix des enquêtées…… p 34
III 7. Le recueil des données……..…p 35
III 8. L'analyse des données…….. p 35
IV Résultats……p 36
IV 1. Description du groupe interrogé…… p 36
IV 2. Résultats et analyse qualitative…….. p 39
IV 2.1 Des critères de choix liés aux patientes……... p 39
IV 2.1.1 Leur expérience personnelle…….. p 39
IV 2.1.2 Leurs attentes de médicalisation ou non du suivi de grossesse…… p 41
IV 2.1.3 Leurs attentes sur le plan psychologique pendant le suivi de grossesse……..p 42
IV 2.1.4 Selon les avis extérieurs……... p 47
IV 2.1.5 Critères de proximité géographique……....p 47
IV 2.1.6 Critères médicaux de la grossesse ……..... p 49
IV 2.2 Des critères liés au professionnel de santé ……. p 49

IV 2.2.1 Ses qualités humaines……p 49
IV 2.2.2 Sexe du soignant…….. p 51
IV 2.2.3 Selon le lien existant avec le professionnel…… p 52
IV 2.2.4 Place et compétences de chaque professionnels…. p 54
IV 2.2.5 Selon le souhait affiché ou non de suivre la grossesse par le professionnel…… p 60
IV 2.3 Des critères liés au système de soins…… p 60
IV 2.3.1 Des critères de disponibilité……... p 60
IV 2.3.2 La durée de la consultation…… p 61
IV 2.3.3 Un suivi par la même personne……..p 63
IV 2.3.4 Le suivi dans la structure de l'accouchement…….. p 66
V Discussion…….....p 69
V 1. Des attentes fortes mais différentes de la part des patientes.....……... p 69
V 1.1 La grossesse, un moment particulier…….. p 69
V 1.2 La demande d'information des patientes…… p 70
V 1.3 Une demande de démédicalisation de la grossesse pour certaines patientes…… p 78
V 1.4 Une demande de médicalisation pour d'autres……. p 79
V 1.5 Trois modèles différents de prise en charge de la grossesse p 84
V 2. Les critères de choix des patientes……..p 86
V 2.1 La compétence des professionnels……. p 86
V 2.2 Le sexe du professionnel……p 88
V 2.3 Le suivi gynécologique antérieur……..p 90
V 2.4 La durée de la consultation……...p 91
V 2.5 L'équipement du professionnel…… p 92
V 2.6 Le suivi sur recommandations……. p 92
V 2.7 Le suivi par la même personne…… p 93
V 2.8 Le lien avec le professionnel…… p 93
V 2.9 Les autres critères de choix du professionnel…….. p 94
V2.10 L'influence des caractéristiques de l'échantillon sur la consultation initiale et le suivi……..p 96
V 3. La place du médecin généraliste au court de la grossesse…… p 97

V 3.1 La première consultation, le médecin généraliste conserve une place importante…… p 97
V 3.2 La place du médecin généraliste diminue au fil de la grossesse……..p 100
V 3.3 Les patientes consultent quand même leur généraliste au court de la grossesse…….p 102
V 3.4 Le choix du généraliste influencé par le fait qu'il propose ou non de suivre la grossesse…….p 103
V 3.5 Différencier le coté grossesse et maladie……..p 105
V 3.6 L'exclusion du généraliste dans le suivi par certaines patientes…….p 106
V 4. Mieux orienter les patientes……..p 107
V 4.1 Le gynécologue-obstétricien suit des grossesses physiologiques……..p 107
V 4.2 Certaines patientes ignorent les alternatives au suivi par le gynécologue-obstétricien…….p 110
V 4.3 Le suivi « imposé » ……...p 114
V 4.4 Améliorer le suivi du dossier et le lien ville-hôpital……...p 114
V 4.5 Comparaison avec d'autres suivis européens……..p 117
V 5. Les forces de l'étude……..p 117
V 6. Les points faibles de l'étude…….p 118
V 7. Perspectives…….p 121
VI Conclusion…….p 123
Références bibliographiques……..p 125
Annexe

I INTRODUCTION

La grossesse est un moment unique et précieux pour les femmes, c'est un état physiologique, nécessitant néanmoins un suivi régulier.

Les prémices d'un suivi de grossesse apparaissent au début du XXème siècle, afin de minimiser la mortalité infantile et maternelle.

Depuis, la médicalisation de la grossesse n'a cessé d'augmenter et le suivi a de plus en plus été confié au spécialiste.

L'implication du généraliste dans la prise en charge des femmes enceintes a donc fortement diminué.

Cependant, la démographie des gynécologues obstétriciens est déclinante. En cause, le numérus clausus, la féminisation de la profession et le fait que de nombreux gynécologues obstétriciens arrêtent leur activité obstétricale à partir d'un certain âge [1]

Le taux de natalité reste stable depuis quelques années à un niveau assez élevé : 12,5‰ en 2012 (Insee), ce qui représente plus de 800 000 naissances par an. L'indicateur conjoncturel de fécondité était à 2,01 enfants par femme en 2011 (supérieur à 2 depuis 4 années consécutives) (Insee).

Il y a donc de plus en plus une inadéquation entre le nombre de grossesses et le nombre de gynécologues [1].

Devant cette situation de pénurie relative d'obstétriciens et de gynécologues, on observe une volonté des pouvoirs publics de « démédicalisation » et de « déspécialisation » des problèmes de santé courants [2], et notamment du suivi de grossesses, afin que les grossesses non compliquées soit surveillées par les médecins généralistes et les sages-femmes, qui ont tous les deux la compétence de surveiller les grossesses à bas risque.

Les médecins généralistes suivent peu de grossesses, mais le faire crée une continuité entre le suivi de la patiente et des futurs enfants et donne tout son sens au « médecin de famille ». La féminisation de la profession renforce l'attrait des

médecins généralistes pour la gynécologie-obstétrique. Leurs compétences sont également améliorées depuis l'internat de médecine générale avec la possibilité de passer un semestre d'interne en gynécologie.

Pour les patientes, le suivi par le médecin généraliste offre l'avantage de la proximité. Mais savent-elles que leur médecin généraliste peut suivre une grossesse? Ont-elles envie d'un suivi par le médecin généraliste ?

Dans notre étude qualitative où nous avons interrogé des patientes de la région de Dieppe, il nous a semblé intéressant de comprendre comment et sur quels critères les patientes choisissent le professionnel de santé qui va suivre leur grossesse, d'évaluer la place qu'elles réservent aux différents praticiens (et notamment au médecin généraliste) ainsi que leur connaissance des rôles et compétences de chacun.

II CONTEXTE

1. LES PARTICULARITES DE LA GROSSESSE :

Sur le plan psychologique, la grossesse est un moment très particulier. La société moderne fait que les familles actuelles sont davantage éclatées, les femmes ont parfois perdu le lien avec leurs aînées et par la même occasion leurs repères familiaux. Elles sont donc parfois démunies à l'annonce d'une grossesse. Chaque grossesse est différente, même à l'intérieur d'un couple donné. Elle porte en elle une signification qui lui est propre, à un moment donné de la vie d'une femme et pour un couple donné. Avec la contraception, la femme a l'impression de contrôler sa fertilité. Envisager une grossesse commence donc par cesser de ne pas la vouloir. Avoir un enfant est une remise en cause de ses propres liens familiaux, une réflexion sur les liens qu'on veut transmettre à ses propres enfants et peut donc expliquer en partie les bouleversements psychologiques de la grossesse.

Depuis l'avènement de l'échographie, le fœtus peut être « vu » très tôt par les parents et il s'agit en quelque sorte du premier rendez-vous avec leur enfant, et cela leur permet également de prendre conscience de la présence de leur enfant. Pour le corps médical, il s'agit surtout de faire le point sur la viabilité de l'enfant, rechercher d'éventuelles anomalies ou malformations, ce qui explique notamment un regard différents sur le suivi de grossesse

On sait également maintenant que le fœtus est doué de capacités sensorielles et que la relation mère-enfant commence bien avant la naissance, le bien-être psychologique de la mère est donc important pendant la grossesse. [3]

2. HISTORIQUE DU SUIVI DES GROSSESSES :

La grossesse n'a pas toujours bénéficié d'un suivi tel qu'on le connaît aujourd'hui dans les pays industrialisés. Jusqu'à la moitié du XVIIIème siècle, on ne portait que peu d'intérêt à la femme enceinte et même à l'enfant à naître. La grossesse était surtout une affaire de femmes, les matrones surveillaient la grossesse et l'accouchement, mais sans connaissance médicale particulière. On attribuait à la fois à la femme des caractéristiques de toute puissance et des propriétés « d'impureté ».

Venette déclarait ainsi au XVIIIème siècle que «tous les vices et irrégularités de la conception viennent plutôt du côté de la femme que de l'homme. » L'enfant à naître était « impur », et ce d'autant plus que c'était une fille. Les femmes étaient mises en quarantaine après l'accouchement afin d'expier leurs « impuretés ». La mort d'un enfant pendant la grossesse ou l'accouchement était considéré comme un évènement banal. C'est seulement à l'époque de Rousseau que l'on commence un peu à s'intéresser à la grossesse et au bébé. Rousseau lui-même décrira des principes à respecter pour la femme enceinte (régime alimentaire adapté…), les soins au bébé, il encourage l'allaitement et ses principes seront repris par l'ensemble du corps médical. Ce n'est qu'ensuite que les obstétriciens feront leur apparition dans le suivi des grossesses et des accouchements. [3], [4]

3. LES RECOMMANDATIONS SUR LE SUIVI DE GROSSESSE :

En France, les patientes sont libres de choisir le professionnel qui va suivre leur grossesse entre un gynécologue-obstétricien, un gynécologue médical, un médecin généraliste ou une sage-femme, tant que leur grossesse est considérée comme à bas risque.

Le parcours de soins coordonné, instauré en 2004, ne s'applique pas au gynécologue, les femmes peuvent donc le consulter sans passer par le médecin généraliste. [5]

Actuellement, 7 consultations de suivi de la grossesse et 3 échographies sont recommandées.

4. LES ACTEURS DU SUIVI :

A) <u>Les gynécologues obstétriciens :</u>

Au 1er janvier 2013, ils étaient 4090 gynécologues obstétriciens en France métropolitaine [Drees : direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques, 6], ce qui représente une densité de 15 gynécologues obstétriciens pour 100 000 femmes de plus de 15 ans. (Insee)

La spécialité de Gynécologie Obstétrique comprend la surveillance et la prise en charge de la grossesse normale ou pathologique, et la délivrance ainsi que le diagnostic, la prévention, le traitement et la surveillance des maladies des organes génitaux et des facteurs qui influencent la santé des fonctions de reproduction de la femme. (CNGOF)

Le suivi de grossesse par un gynécologue obstétricien est un choix de plus en plus fréquent des femmes. En 2010, 66,8% des femmes enceintes étaient suivies essentiellement par un spécialiste [7] Dans une enquête similaire réalisée en 1981, seul 38% des femmes choisissaient de se faire suivre exclusivement par un spécialiste et 53 % par plusieurs professionnels » [8]

Mais les gynécologues-obstétriciens ont une charge de travail importante, liée à leur diversité d'activité. Les délais de rendez-vous sont longs. En plus de leur activité chirurgicale, ils prennent en charge les grossesses pathologiques puisque ce sont les seuls professionnels aptes à les suivre. Ils n'ont donc pas beaucoup de temps à consacrer aux grossesses à bas risque, qui peuvent être prises en charges par les sages-femmes et les médecins généralistes.

Si la densité des gynécologues obstétriciens diminue comme prévu dans les années à venir, de 2011 à 2020 [9], les patientes seront obligées de se tourner vers un autre professionnel, faute de disponibilité.

B) Les gynécologues médicaux ou « de ville »

La gynécologie médicale est une exception française, ils représentaient 3600 praticiens au 1er janvier 2013 [Drees, 6]. Créée en 1963 avec un CES, la formation est supprimée en 1984. Devant la pétition des professionnels et de nombreuses femmes, le DES est réapparu en 2003.

Ils sont peu nombreux (environ 20 postes par an) et inégalement répartis sur territoire français. Certaines régions ne forment plus de gynécologues médicaux, notamment la Haute-Normandie. (Fédération nationale des collèges de gynécologie médicale)

C) Les gynécologues de PMI :

Ils sont peu nombreux, suivent quelques grossesses, souvent jusqu'au terme [10], et

jouent un rôle d'action auprès des catégories sociales les plus fragiles : les femmes plus jeunes, de niveau d'étude inférieur au bac », les soins sont gratuits.

D) Les médecins généralistes :

Au 1er janvier 2013, on recense 101803 médecins généralistes en France, ce qui représente une densité de 156 médecins généralistes pour 100 000 habitants. (Drees)

Ils ont un rôle de premier recours, d'entrée dans le système de soins et de coordination de celui-ci, notamment avec la mise en place du médecin référent en 2004.

Selon les recommandations de l'HAS, il peut prendre en charge une grossesse sans risque dès le diagnostic et l'adresser à un spécialiste si besoin, à condition qu'il ait une formation théorique et pratique suffisante.[11]

Mais sa place dans le suivi de grossesse a fortement diminué : jusque vers 1920, le médecin de campagne était aussi un obstétricien rompu à la surveillance de la grossesse et aux techniques de l'époque et dans les années 1970, la plupart des petites maternités étaient gérées par des généralistes [12] puis l'extension des spécialités se développa et le médecin généraliste s'est trouvé exclu de la pratique d'un art qu'on ne lui enseignait quasiment plus.

L'enquête de périnatalité 2010 révèle que 4,7% des femmes font leur suivi intégral chez leur médecin généraliste [7], alors que les généralistes effectuaient 55 % des consultations de grossesse en 1982, selon l'enquête du CREDES [13]. Le suivi des grossesses, représente moins de 1% de son activité, chiffre retrouvé dans l'étude [12], selon plus de ¾ des médecins de l'étude.

Actuellement, il suit davantage des problèmes de contraception, ménopause, infections que des grossesses

Mais aujourd'hui, avec la démographie des gynécologues obstétriciens, la féminisation de la profession, le passage recommandé dans un service de gynécologie-obstétrique pendant l'internat de médecine générale, ils seront peut-être amenés à suivre de plus en plus de grossesses ?

E) Les sages-femmes :

Début 2011, on dénombre 18000 sages-femmes en France, leur nombre a augmenté de manière régulière et à un rythme plus élevé que le nombre de femmes en âge de procréer. Début 2011, elles sont ainsi 126 sages-femmes pour 100000 femmes de 15 à 49 ans. [9]

La majorité exerce à l'hôpital mais le secteur libéral est en expansion (14% libéral exclusif en 2011). En 2030, une sage-femme sur trois pourrait exercer en libéral. Au vu de la diminution du nombre de gynécologues et avec le renforcement de leur rôle de premier recours auprès des femmes, les sages-femmes devraient augmenter leur activité malgré une baisse du nombre de naissances par sage-femme et par an. [9]

La profession de sage-femme est une profession médicale, au même titre que les médecins et les chirurgiens-dentistes. Elle est ainsi dotée d'un ordre et régie par un code de déontologie. La sage-femme assure, en toute autonomie, la surveillance de la grossesse normale, du travail et de l'accouchement, ainsi que les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement. Depuis 2004, elle peut rédiger la déclaration de grossesse et depuis la loi H.P.S.T du 21 juillet 2009, qui élargit considérablement son champ de compétences, elle peut désormais proposer à toute patiente en bonne santé des consultations de contraception, de suivi gynécologique et de prévention. [9], [14]

Dans l'enquête de périnatalité 2010, 11,7% des femmes se font suivre intégralement par une sage-femme, et celles-ci déclaraient 5,4% des grossesses. [7]

« La sage-femme a également pour mission de donner aux patientes des conseils hygiéno-diététiques et de prévention concernant la grossesse et le post-partum. Cet accompagnement individualisé leur permet une prise en charge globale (médicale et psychologique) de la mère, du couple, dans une dynamique de continuité des soins. » [15]

Les secteurs public et privé comptent un nombre de sages-femmes pour 1000 accouchements équivalent mais le rôle des sages-femmes y est différent. Dans le secteur privé, le médecin est le plus souvent en charge de l'accouchement, la sage-femme étant chargée de la préparation et l'accompagnement de la femme pendant la

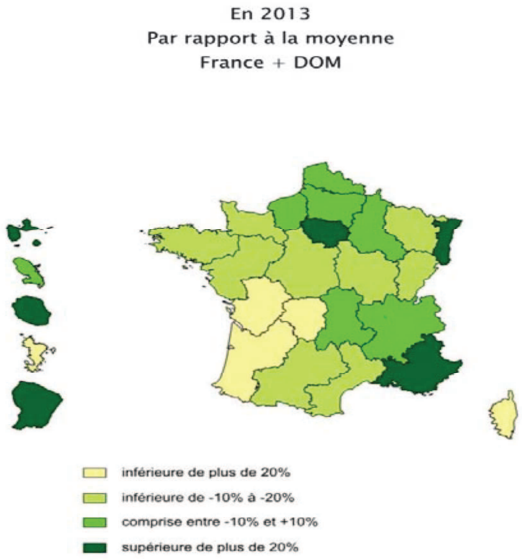
phase de travail. Au contraire, dans le secteur public, ce sont les sages-femmes qui assurent les accouchements et les médecins n'interviennent que pour les accouchements difficiles ou à risque. [9]

5. LE CADRE DE L'ETUDE : LA SITUATION EN HAUTE-NORMANDIE

La situation en Haute-Normandie n'est pas très favorable, que ce soit sur le plan des médecins, des gynécologues ou des sages-femmes.

Sur le plan global des médecins, avec une densité moyenne de 248 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants, la Haute-Normandie occupe le 3eme rang des régions les moins bien dotées en médecins. [6]

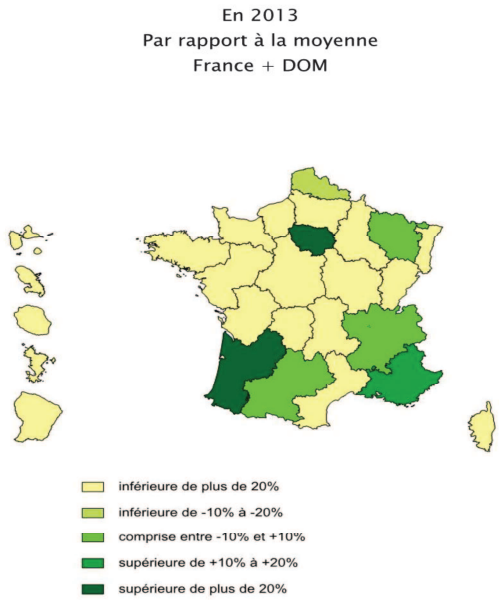
On dénombre 138 gynécologues obstétriciens en Haute-Normandie [16], ce qui représente une densité légèrement inférieure à la densité française (carte 1)



Carte 1 : densité des gynécologues obstétriciens en France par région au 1er janvier 2013. [Drees, 17]

En ce qui concerne les gynécologues médicaux, la Haute Normandie recense 74 gynécologues médicaux au 1er janvier 2013 [16]

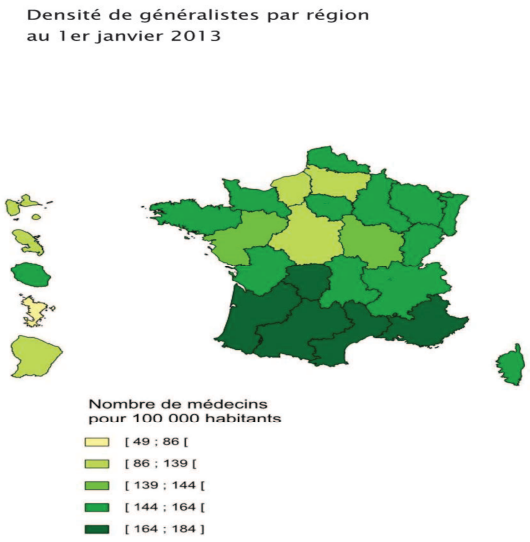
Avec une densité moyenne de 0,4 gynécologue médical pour 5 000 femmes, la densité est très inférieure à la moyenne nationale (voir carte 2) et 53 bassins de vie (sur 70 définis par l'Insee en Haute Normandie) ne recensent aucun spécialiste en gynécologie médicale et obstétrique et gynécologie médicale en activité libérale ou mixte. [6]



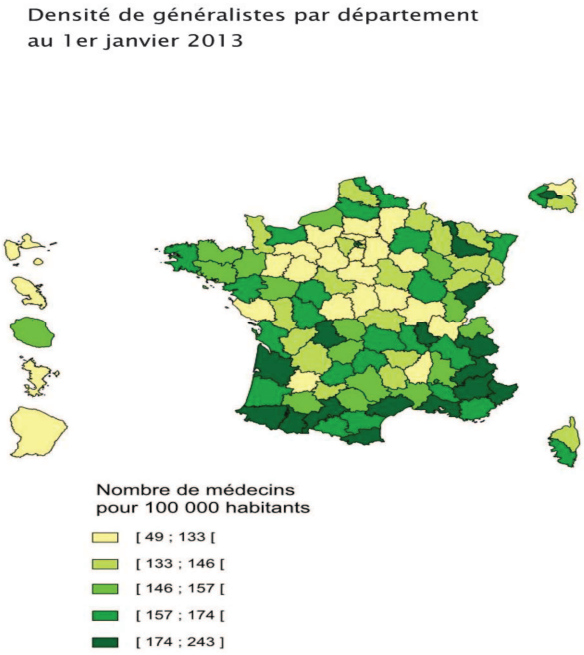
Carte 2 : densité des gynécologues médicaux en France par région au 1er janvier 2013, Drees [16]

Pour les médecins généralistes, on en dénombre 2583 en Haute-Normandie, soit 1 densité de 137 médecins généralistes pour 100 000 habitants tous modes d'exercice confondus [16], ce qui en fait une des régions les moins dotées de métropole (voir carte 3 page suivante).

La carte 4 page suivante (par département) montre cependant que la densité est différente entre la Seine-Maritime (150 médecins généralistes pour 100 000 habitants) et l'Eure (108 médecins pour 100 000 habitants).

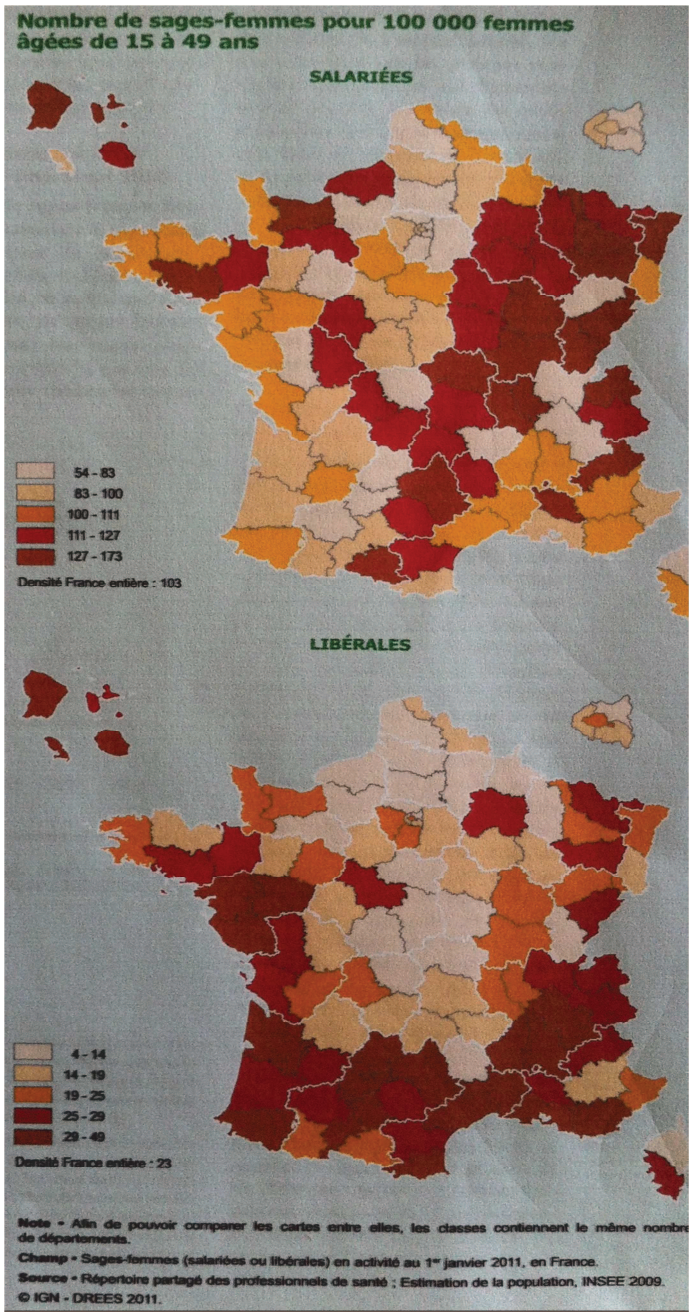


Carte 3 : densité des médecins généralistes en France, par région, au 1er janvier 2013 [Drees, 17]



Carte 4 : densité des médecins généralistes en France par département, au 1er janvier 2013 [Drees, 17]

Sur le plan des sages-femmes salariées, la Haute-Normandie est plutôt bien dotée. Par contre sur le plan des sages-femmes libérales, la Haute-Normandie fait encore partie des régions les moins bien dotées, voir carte 5 ci-dessous. On en dénombre 56 en Haute-Normandie, dont 40 en Seine-Maritime. Au niveau du bassin dieppois élargi à un rayon de 30 km, elles sont 5 sages-femmes libérales. [17]



Carte 5 : répartition des sages-femmes salariées et libérales en France, par région, en 2011 [14, Drees]

6. UNE COMPLEMENTARITE NECESSAIRE :

Si l'on compare les 3 professions : elles possèdent des compétences qui leur sont propres mais partagent également des compétences communes, dont le suivi d'une grossesse physiologique mis en avant par les référentiels métiers et compétences. Il est donc important de développer davantage de complémentarité. [18]

Pour aider les professionnels à orienter les grossesses, des outils d'identification sont mis à disposition comme les recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) pour le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. [11]

Trois études citées dans l'étude 16 montrent que ces trois professions de santé se complètent, les spécialistes sont formés pour prendre en charge des soucis obstétricaux, les généralistes intègrent le suivi de grossesse dans une prise en charge globale de la femme et de l'enfant et sont en meilleure position pour assurer le suivi de routine ; les sages-femmes ont un rôle privilégié pour assurer le suivi primaire et offrir aux patientes enceintes suivi et conseil adaptés à leur situation. [8]

La contribution des différents professionnels à la surveillance prénatale s'est diversifiée, avec une participation plus grande des généralistes et surtout des sages-femmes [7]

7. PROBLEMATIQUE

Avec l'augmentation de la médicalisation du suivi de grossesse depuis plusieurs décennies, les patientes françaises ont pris l'habitude de s'adresser pour la plupart au gynécologue (qu'il soit gynécologue-obstétricien ou gynécologue médical, ce qui est une particularité française.)

Mais la densité des gynécologues est amenée à diminuer dans les années à venir et les spécialistes ne sont pas répartis de façon uniforme sur le territoire français, de même que les médecins généralistes et les sages-femmes.

En Haute-Normandie, nous constatons ainsi que la situation n'est pas très favorable au niveau de la densité des professionnels de santé.

Les gynécologues ne peuvent donc pas assurer le suivi de toutes les grossesses de la région. Ces contraintes démographiques s'accompagnent donc d'un nécessaire transfert d'activité vers les sages-femmes ou les médecins généralistes.

Les sages-femmes ont en effet toutes les compétences pour effectuer de façon indépendante le suivi des grossesses à bas risque. De même, le médecin généraliste, s'il a bénéficié d'une formation suffisante et s'il manifeste un intérêt pour la gynécologie-obstétrique, peut suivre les grossesses à bas risque.

Orienter les patientes vers le suivi de grossesse le plus adapté à leur situation semble donc nécessaire et fait également l'objet de différentes recommandations de la part des pouvoirs publics.

Mais les patientes pouvant choisir librement le professionnel qui va suivre leur grossesse, le message doit aussi leur être destiné.

En effet, il semble que les patientes ne soient pas suffisamment informées des différentes possibilités qui s'offrent à elles pour effectuer le suivi de leur grossesse. De plus, elles ne sont pas forcément au courant non plus des compétences des différents professionnels.

8. OBJECTIFS DE L'ETUDE :

Par cette étude, nous souhaitons essayer de comprendre pourquoi les recommandations officielles semblent peu appliquées, pourquoi les patientes continuent à s'adresser davantage aux gynécologues pour le suivi de la grossesse, malgré l'existence d'autres professionnels compétents.

Nous avons donc interrogé plusieurs patientes lors d'un entretien semi-dirigé afin de cerner leurs attentes vis-à-vis du professionnel qui va suivre la grossesse et comprendre ainsi sur quels critères elles choisissent ce professionnel. (Critères géographiques, de compétence, de lien relationnel ?)

Nous avons également cherché à savoir si les patientes sont suffisamment informées sur le rôle et les compétences de chacun des professionnels de santé pour pouvoir faire ce choix, quelle représentation se font-elles de chacun ?

Parallèlement à cette étude, C. Boulnois a réalisé, elle, une étude portant sur le ressenti des médecins généralistes des patientes que nous avons interrogées.

Le but est donc de mettre en relation nos deux études afin de voir si les perceptions des patientes et de leurs médecins du suivi de grossesse ont des points communs ou sont au contraire totalement divergents.

III METHODE

1 LES MODALITES DE L'ETUDE :

Il s'agit d'une étude qualitative réalisée avec des entretiens semi-dirigés auprès de patientes ayant accouché entre juin et novembre 2010 à Dieppe, que ce soit à la Clinique des Aubépines ou au Centre Hospitalier de Dieppe.

Nous avons recueilli conjointement avec C. Boulnois la liste de ces patientes par le registre des naissances au Centre Hospitalier de Dieppe et la liste fournie par la clinique des aubépines. Les patientes étaient intégrées dans mon étude, tandis que leur médecin traitant était contacté par ma collègue pour son étude.

Par téléphone, nous expliquions le but de l'étude puis nous fixions un rendez-vous dans un lieu choisi par l'enquêtée, la plupart du temps à son domicile.

2 LE CONTEXTE DE L'ETUDE :

Pourquoi Dieppe et ses alentours ? Etant passées toutes les 2 comme interne en gynécologie au Centre Hospitalier de Dieppe, nous avons décidé de réaliser notre étude à partir des patientes de Dieppe et ses environ et de leur médecin traitant.

3 LE CHOIX DE LA METHODE QUALITATIVE :

Nous avons opté pour une étude qualitative afin de recueillir les témoignages des patientes, de savoir sur quels critères elles choisissaient le professionnel qui allait suivre leur grossesse. En tant que futur généraliste, le but était de comprendre pourquoi elles choisissent ou non de faire suivre leur grossesse par un généraliste et de savoir si les médecins généralistes répondent aux attentes des patientes concernant le suivi de grossesse.

4 LE CHOIX DE L'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE :

Selon Piaget : « L'art du clinicien consiste, non à répondre, mais à faire parler librement et à découvrir les tendances spontanées au lieu de les canaliser et de les endiguer. » [19]

Nous avons choisi des entretiens semi-dirigés pour permettre d'avoir une réelle discussion avec les patientes rencontrées, qu'elles puissent s'exprimer librement tout en étant guidées par quelques questions de relance afin de rester dans le sujet. L'intérêt était d'aller à la rencontre des patientes et de pouvoir comprendre comment elles choisissent la personne qui va suivre leur grossesse, d'avoir leur réaction avec honnêteté, qu'elles ne soient pas bridées par une grille de questions fermées.

De plus l'entretien en direct semblait le meilleur moyen pour aller au fond des choses : il semble en effet difficile de faire des entretiens téléphoniques : les patientes se confient peut-être moins. Envoyer un questionnaire par la poste ou par mail peut créer un biais (tout le monde n'étant pas équipé d'un ordinateur) et expose surtout à un faible retour des patientes.

L'étude 2 (étude quantitative sur les critères de choix du professionnel qui suit la grossesse) suggère justement qu' « il aurait peut-être été plus judicieux de mener des entretiens semi-dirigés. » [2]

5 ELABORATION DU GUIDE D'ENTRETIEN SEMI-DIRIGE :

Le but était de laisser autant que possible les femmes aborder les thèmes librement. Néanmoins, nous avions prévu quelques questions de relance afin de les amener à parler des thèmes présents dans la liste et auxquels elles n'avaient pas pensé. [19]

La première partie comportait quelques questions personnelles : identité, nombre de grossesses antérieures, antécédents médicaux et obstétricaux, âge.

Ensuite, nous parlions du suivi de leur dernière grossesse : sur quels critères elles avaient choisi le professionnel qui les avait suivies.

Parmi les questions de relance, on pouvait leur demander ce qu'elles attendaient d'un suivi de grossesse, pourquoi elles avaient écarté les autres professionnels, si elles étaient satisfaites du suivi, si elles étaient prêtes à refaire ce suivi et à le conseiller à d'autres, quelle place elles accordaient à chacun des professionnels…

6 LE CHOIX DES ENQUETEES :

Le recueil a été effectué en novembre 2010 en salle de naissance du Centre Hospitalier de Dieppe, sur le registre des naissances nous avons recueilli le nom des 200 dernières patientes ayant accouché au centre hospitalier de Dieppe.

Pour éviter un biais de sélection et pour ne pas limiter le sujet au secteur hospitalier, nous avons décidé également de recueillir les coordonnées des patientes qui avaient accouché durant la même période à la Clinique des Aubépines à Dieppe, coordonnées que nous avons obtenues grâce à l'aide d'une secrétaire de la clinique.

Nous avons ensuite décidé d'appeler aléatoirement des patientes de la liste en essayant d'avoir parmi les enquêtées :

- des femmes de tout âge (de 18 à 42 ans)
-des femmes habitant en milieu urbain comme rural (de 0 à 35 km de Dieppe dans des villes de 500 habitants pour Mesnil Réaume à 33 000 habitants pour Dieppe)
-des femmes de toutes les catégories socio-professionnelles
-des femmes aux suivis de grossesse variés (généraliste homme et femme, sage-femme libérale, gynécologue libéral, sagefemmes de l'hôpital, gynécologue de la clinique)
-des primipares et des multipares

Le choix s'est ensuite fait en fonction des disponibilités des femmes et de leur volonté ou non de répondre aux questions.
Les entretiens ont été menés jusqu'à saturation des données (c'est-à-dire jusqu'à ce que les entretiens ne nous apportent plus de nouvelle idée), nous avons donc obtenu 18 entretiens.

7 LE RECUEIL DES DONNEES :

Le contact se faisait avec les patientes par téléphone au préalable pour nous présenter et leur expliquer le but de l'étude. Pour celles qui étaient d'accord, nous fixions ensuite un rendez-vous dans le lieu de leur choix (leur domicile la plupart du temps ou leur lieu de travail parfois)

Le jour du rendez-vous, l'entretien était enregistré par un dictaphone, avec l'accord de la personne interrogée. La durée des entretiens a été de 7minutes et demi jusqu'à 31 minutes.

Il était précisé aux femmes que l'entretien était anonyme et que les noms de professionnels de santé ou d'établissements seraient bien entendus enlevés !

Au fur et à mesure des entretiens, la liste des questions ouvertes s'est allongée, en fonction de nouvelles thématiques soulevées par les premières interrogées.

8 L'ANALYSE DES DONNEES :

Chaque entretien a d'abord été retranscrit manuellement, en respectant les expressions, les hésitations, les pauses, les émotions de chaque personne.

L'analyse approfondie de ces entretiens a ensuite permis de dégager des thématiques principales

Les entretiens ont ensuite été repris en relevant les citations intéressantes et en les regroupant en sous codes puis codes qui s'intégraient dans les thématiques trouvées.

IV RESULTATS

1. DESCRIPTION DU GROUPE INTERROGE :

18 patientes ont été interrogées, qui ont toutes accouché à l'hôpital de Dieppe en 2010, nous n'avons en effet obtenu aucune réponse positive de patientes ayant accouché à la clinique des Aubépines.

1.1 âge

Les patientes avaient entre 18 et 42 ans, un âge moyen de 28,5 ans et se répartissent ainsi : (figure 6)

- 2 femmes de moins de 20 ans
- 7 femmes entre 20 et 30 ans
- 7 femmes entre 30 et 40 ans
- 2 femmes de 40 ans ou plus

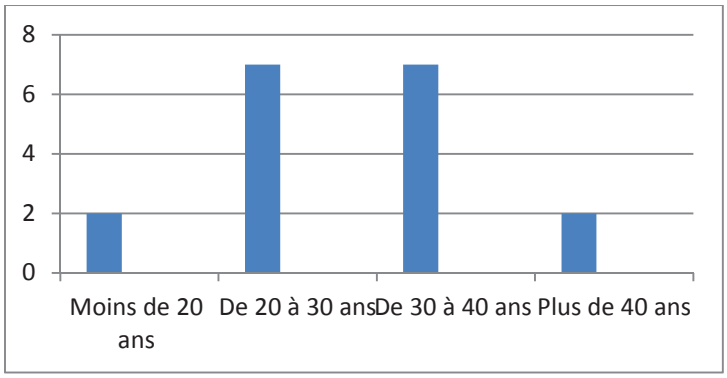


Figure 6 : répartition des patientes interrogées en fonction de leur âge

1.2 gestité :

Il s'agissait de (figure 7 page suivante) :

- la 1ere grossesse pour 6 patientes
- la 2eme grossesse pour 7 patientes
- la 3eme grossesse pour 3 patientes
- la 5eme grossesse pour une patiente
- la 8eme grossesse pour une patiente.

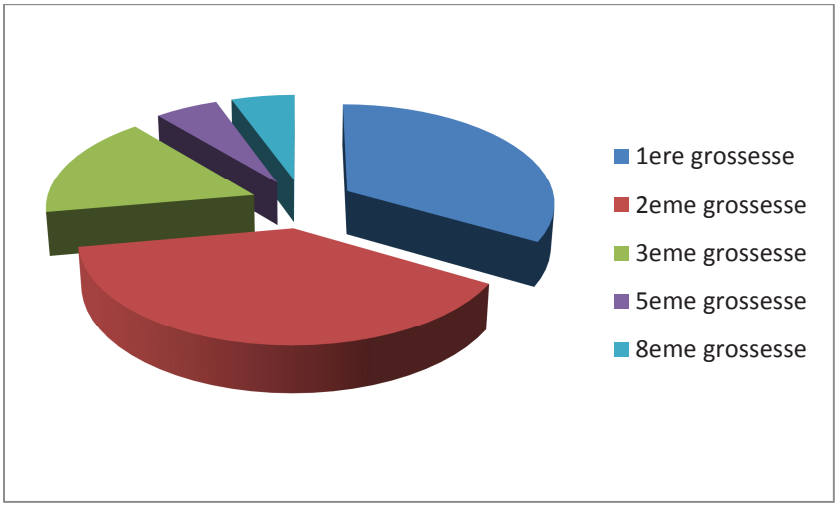


Figure 7 : Répartition des patientes interrogées en fonction de leur nombre de grossesses

1.3 Lieu de résidence :

Toutes les femmes habitaient aux alentours de Dieppe dans un rayon de 35 km maximum :

- 2 à Dieppe
- 6 à moins de 10 km de Dieppe,
- 4 entre 10 et 20 km de Dieppe,
- 4 entre 20 et 30 km de Dieppe,
- 2 à plus de 30 km de Dieppe.

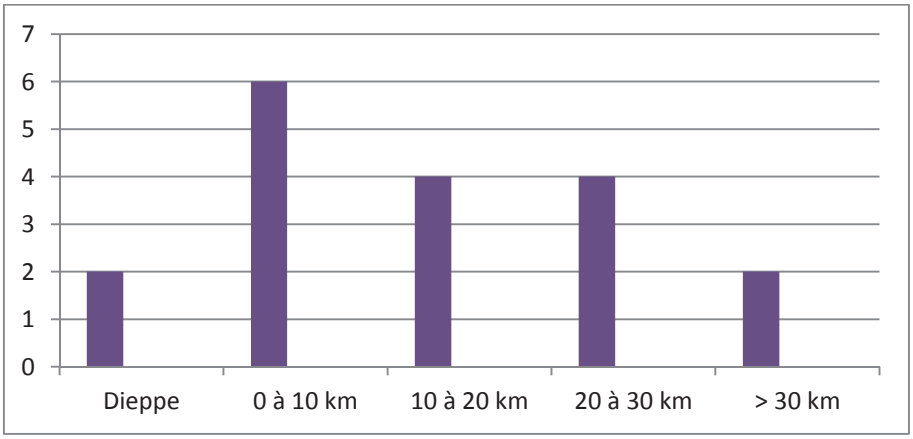


Figure 8 : répartition des patientes interrogées en fonction de leur distance de Dieppe.

Elles habitent dans des communes de 577 habitants à 33000 habitants et se répartissent comme suit :

5 d'entre elles habitent dans des communes rurales (moins de 2000 habitants) dont 2 dans des communes de moins de 1000 habitants et 3 entre 1000 et 2000.

13 d'entre elles habitent des communes urbaines (plus de 2000 habitants), dont 4 dans des communes entre 2000 et 5000 habitants, 3 dans des communes entre 5000 et 10000 habitants, 4 dans des communes entre 10000 et 20000 habitants et 2 à Dieppe (plus de 30000 habitants).

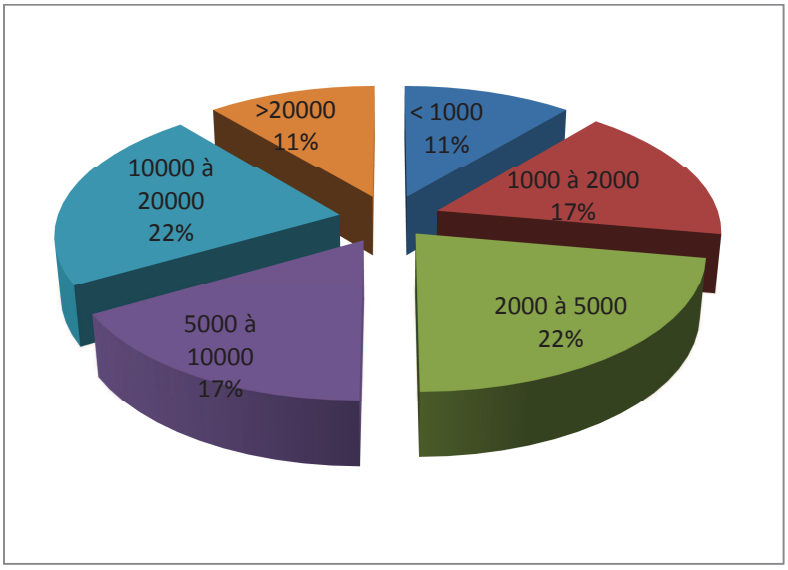


Figure 9 : répartition des patientes en fonction de la population de leur commune

Voir annexe 1 : caractéristiques des patientes interrogées.

2. RESULTATS ET ANALYSE QUALITATIVE

En analysant les critères de choix des patientes du professionnel qui va suivre leur grossesse, on s'aperçoit que ces critères se répartissent en 3 catégories : les critères liés aux patientes elles-mêmes, les critères liés aux professionnels de santé et les critères liés au système de soins.

2.1 CRITERES DE CHOIX LIES AUX PATIENTES

Chaque patiente vit sa grossesse d'une manière unique, en fonction de ses propres antécédents médicaux, familiaux, ses attentes, ses angoisses. Si une patiente a plusieurs grossesses, elle vivra chaque grossesse d'une façon différente. Les patientes vont donc choisir le professionnel selon :

2.1.1 Leur expérience personnelle :

Le choix est lié à la propre expérience de la patiente :

A) L'absence d'expérience des primipares :

Certaines patientes ignorent qu'il existe un suivi de grossesse :

« Je ne m'attendais même pas à être suivie par quelqu'un. » (Patiente 1) «quand je suis arrivée à l'hôpital, on m'a demandé si j'avais tous mes rdv de sage-femme, je ne savais pas qu'il y avait un suivi comme ça tous les mois, personne ne m'avait prévenue qu'il fallait un suivi. » (Patiente 2).

Certaines patientes apprennent tardivement la nécessité d'un suivi et ne peuvent donc plus choisir leur suivi :

« la sage-femme de PMI est venue au bout de 5 mois, j'étais en retard donc elle était adressée par l'hôpital, ce n'est pas moi qui ai choisi, c'est 1 sage-femme qui est venue comme ça à la maison et qui a voulu me suivre ». (Patiente 1)

D'autres ne savent pas comment choisir :

« Bah quand on est enceinte, on ne sait pas trop vers qui se diriger » (Patiente 7)

C'est le cas notamment des patientes qui ne connaissent pas de professionnel:
« Je ne connaissais personne en arrivant à Dieppe, je n'avais pas de généraliste, pas de gynéco et je savais qu'on pouvait se faire suivre à l'hôpital ». (Patiente 12)

B) L'expérience positive des multipares

Pour une deuxième grossesse ou plus, les patientes se sont fait leur propre avis pour le suivi :

Les patientes satisfaites refont souvent le même suivi :
« J'étais satisfaite du suivi précédent donc pas de raison de changer, on ne change pas quelque chose qui est bien» (Patiente 6).

Dans ce cas, elles conseillent parfois ce suivi à d'autres personnes :
«Je recommande ce suivi sans même qu'on me le demande, j'envoie beaucoup de gens chez la sage-femme libérale, je pense que c'est une personne formidable donc je lui fais de la pub ». (Patiente 18)

C) L'expérience négative des multipares

Inversement, si les patientes sont déçues par leur suivi, elles n'hésitent pas à changer de professionnel :
« Comme je travaille à l'hôpital, j'ai appelé dans le service car j'avais mal au ventre, ils m'ont passé un interne qui ne m'a pas du tout rassuré, qui m'a dit : « (…) de toute manière si vous le perdez, c'est que vous êtes faite pour le perdre donc quand j'ai entendu parler d'une sage-femme libérale, je suis allée la voir pour qu'elle me rassure et je me suis fait suivre par elle.» (Patiente 15), « J'ai vu le remplaçant de mon médecin traitant et il m'a dit que mon bébé était mort, j'étais à 6 mois de grossesse. Il m'a dit qu'il fallait que j'aille à l'hôpital pour me le faire enlever car son cœur ne battait plus, il a fait une lettre pour l'hôpital... En fait le bébé allait très bien, j'ai juste eu des contractions par la peur. Donc pour la 2eme grossesse, j'ai préféré être suivie par une sagefemme. » (Patiente 2)

2.1.2 Leurs attentes de médicalisation ou non du suivi de grossesse

La plupart des femmes interrogées sont rassurées par l'examen médical :

« J'attendais les rendez-vous avec beaucoup d'impatience, pour savoir si tout allait bien, (…) et elle mettait le monitoring, ça me rassurait de voir qu'il n'y avait pas de contractions ».(Patiente 11)

Notamment l'examen du col :

« Elle examine le col, elle voit qu'il est fermé et tout… » (Patiente 15)

Et les bruits du cœur fœtal :

« ça me rassurait, elle me faisait écouter le cœur, même si je la sentais bouger » (Patiente 13).

L'échographie rassure également la plupart des patientes :

« Le gynécologue au moins, il a l'appareillage pour les échographies, c'est surtout ça quoi. Je pense que c'est important, on voyait bien, il y avait de belles photos. » (Patiente 10)

Certaines choisissent le suivi par un gynécologue pour avoir une échographie mensuelle :

« Là au moins, j'avais plus que 3 échographies. Et puis on veut tellement que tout se passe bien qu'on choisit ce qu'il y a de mieux, enfin ce qu'on pense être le mieux » (Patiente 10)

Certaines patientes non suivies par un gynécologue regrettent de ne pas avoir une échographie mensuelle :

«Certains ont un suivi par le gynéco et 1 échographie chaque mois, c'est vrai que ça manque, on a hâte d'avoir les échographies quand même, 3 ça paraît peu, on espère que tout va bien. » (Patiente 15).

Certaines attendent uniquement cet aspect technique du suivi de grossesse :

« j'attendais du suivi uniquement le côté technique » (Patiente 10)

D'autres au contraire préfèrent un suivi plus physiologique:

« Le généraliste a uniquement ses appareils pour savoir si tout va bien donc il entend les bruits du cœur, il m'examine, il me prend la tension et tout, finalement je ne vois pas l'échographie mais ça se passe sans que je vois et ça me donne un peu de distance. Par rapport aux 2 autres grossesses où j'avais eu des échographies chaque mois, je me disais : «eh bien, la petite, elle pousse, naturellement, et je me prends moins la tête avec tout ça, les contractions… finalement ça m'a aidé qu'il y ait moins d'examens. » (Patiente 8)

Et pensent que 3 échographies suffisent :

« Les échographies, je pense qu'il ne faut pas en faire 50 ! Il faut un minimum parce que plus on en fait, plus on fait des angoisses, plus on crée des angoisses. Il ne faut pas en rajouter, si tout va bien, ça ne sert à rien d'en faire plus. » (Patiente 4)

Plusieurs patientes reprochent un suivi trop médical, trop technique par le généraliste ou le gynécologue:

« En général, j'ai trouvé que le suivi par le gynécologue était beaucoup trop technique, c'était l'échographie et c'est tout, on ne dit pas grand-chose et bon bah voilà je vous donne les images où on ne voit presque rien dessus et puis au revoir !! C'était beaucoup trop juste. Sur le coup je n'étais pas très bien. Ils se concentraient sur l'image, pas sur la personne. Bon j'ai l'habitude de l'hôpital, je sais comment ça fonctionne ! » (Patiente 15) « Lors de la 2eme grossesse, l'impression que j'ai eu avec le gynécologue, c'est qu'on est qu'un col de l'utérus, on arrive, contrôle du col de l'utérus, tout va bien, petite échographie et à la prochaine fois ».

2.1.3 Leurs attentes sur le plan psychologique pendant le suivi de grossesse :

A) La grossesse, un moment de bouleversements pour certaines :

Certaines femmes vivent leur grossesse sereinement et ne se sentent pas angoissées :

« Je n'avais pas d'angoisse particulière ». (Patiente 12)

D'autres en revanche sont inquiètes, soit par nature, soit à cause de la grossesse :

« A chaque fois, c'était une inquiétude avant d'aller à la consultation et ça me rassurait d'entendre le bébé, de savoir que tout allait bien… mais c'était quand même une inquiétude. » (Patiente 10)

Ces inquiétudes évoluent souvent au fil des grossesses : la plupart des femmes sont plus détendues au fil des grossesses :

« Moi j'étais plus à l'aise pour ma 2eme grossesse » (Patiente 16)

Beaucoup de femmes éprouvent le besoin d'être rassurées :

« Si on a des doutes, on peut s'en rendre malade, donc le fait de savoir que tout va bien ça rassure » (Patiente 17).

Beaucoup de patientes évoquent également le besoin d'attention, besoin qu'on s'occupe d'elles :

« Sur la fin de la grossesse, on a besoin d'être bichonnée », (Patiente 3) « je pense qu'elles [les sages-femmes] savent prendre les mères dans le sens où elles disent : « il faut vraiment penser à vous, vous êtes le centre en ce moment » (Patiente 3).

Elles ont besoin qu'on prenne en compte leur ressenti :

« Les sages-femmes me parlaient plus de mon ressenti, elles me traitaient plus comme future mère » (Patiente 3), «J'avais besoin qu'on prenne en compte les choses à côté, il y a aussi tout le côté psychologique, humain… » (Patiente 11).

Au total, on s'aperçoit que beaucoup de patientes recherchent une prise en charge globale, notamment sur le plan psychologique, qu'elles trouvent davantage chez les sages-femmes :

« Il y a le côté médical mais elle [la sage-femme] prend en compte aussi nos angoisses comme ça peut être une période difficile… Elle a toujours réussi à me rassurer, à me donner de bons conseils » (Patiente 11).

En revanche, concernant les médecins généralistes et les gynécologues, les patientes parlent plus volontiers d'un manque de prise en charge globale : « Le gynécologue se centrait sur le médical et il était hors de question que je lui parle d'autre chose, c'était évident pour moi, je n'ai pas essayé non plus. » (Patiente 11), « J'ai trouvé qu'il [le gynécologue] ne s'intéressait pas assez à mon ressenti. » (Patiente 15)

D'autres évoquent le manque d'écoute chez les médecins généralistes et les gynécologues :

«En fait ce qui m'a vraiment manqué avec le gynécologue, c'est une écoute car le spleen de la grossesse, ça existe et quand ça vous tombe dessus, on est complètement désarmé. Je ne sais pas s'il y a moyen de faire autrement mais on n'arrête pas de lire dans les livres que le bien être ça compte pendant la grossesse, qu'on prend en compte la psychologie, si on est mal, je ne vois pas comment on peut accueillir l'enfant… Et concrètement dans les faits, ce n'est pas acquis dans les cabinets médicaux, je pense qu'il y a un travail à faire » (Patiente 8)

Elles pensent que le suivi psychologique est laissé de côté :

« Je n'étais pas assez préparée aux coups de blues, à la dépression du post-partum, l'allaitement ne marchait pas, le médecin ne m'avait jamais prévenue. » (Patiente 8)

Les patientes doivent donc se faire une raison :

« je me suis fait une raison : les médecins qui nous suivent ne sont pas des psychologues et chacun son métier » (Patiente 8).

B) Une demande d'informations importante :

Les patientes reprochent souvent un manque d'information :

« Un manque d'information en général parce que ça paraît évident pour tous ceux qui font le suivi mais quand on ne sait pas, personne ne vous guide » (Patiente 10). « je me suis intéressée aux documents mais par exemple, je ne savais pas quand commencer la préparation à l'accouchement… c'est moi qui me suis bougée sinon personne ne m'a jamais rien proposé ». (Patiente 10)

Certaines femmes ont en effet beaucoup de questions :

« On a un tas de questions à poser » (Patiente 4), « on préparait beaucoup de questions à l'avance donc on attendait le rendez-vous avec impatience » (Patiente 7).

Certaines femmes ont moins de questions au fil des grossesses :

« C'était une 2eme grossesse donc j'avais déjà vécu une première grossesse, je savais comment ça se passait, j'avais moins de questions » (Patiente 16).

D'autres, au contraire ont plus de questions au fil des grossesses :

«Pour la première grossesse ; on découvre au fur et à mesure, alors que la deuxième grossesse, j'ai posé des questions sur des points que je connaissais, que j'avais déjà vécus, j'anticipais plus sur ce que j'avais eu à la 1ere grossesse. » (Patiente 2)

Les patientes choisissent donc quelqu'un avec qui elles se sentent à l'aise pour poser leurs questions :

« Elles [les sages-femmes] sont à l'écoute, si on avait une question à poser, il ne fallait pas hésiter, elles prenaient le temps de nous répondre, de nous rassurer.» (Patiente 17)

Inversement, si elles ne sont pas à l'aise, elles vont garder leurs interrogations pour elles :

« on avait peur de le vexer [le gynécologue] si on posait trop de questions, on n'osait pas, on redemandait à notre médecin, il y a des questions qu'on n'a jamais osé poser » (Patiente 9), « c'était très succinct, je n'ai pas pu poser de questions [au généraliste] et pas eu envie du coup » (Patiente 12).

Elles attendent des réponses :

«Il faut un temps de questions réponses mais des vraies questions réponses » (Patiente 8).

En effet certaines patientes n'ont personne d'autre à qui poser leurs questions :

« Autour de moi, personne ne pouvait répondre à mes questions, j'étais la première de mes amies à être enceinte, ma mère n'était pas du tout une bonne conseillère de par son histoire personnelle, elle a eu aussi une grossesse qui s'est mal passée ». (Patiente 11)

Les femmes attendent des explications claires :

«Il me parlait, [le gynécologue], il m'expliquait régulièrement, on est au courant des choses » (Patiente 16).

Elles ont envie d'apprendre :

« En plus à chaque rendez-vous on apprend énormément de choses ». (Patiente 7)

Elles apprécient quelqu'un qui devance leurs interrogations et leur pose beaucoup de questions :

«Au premier rendez-vous, on a beaucoup discuté, elle [la sage-femme] m'a posé beaucoup de questions et m'a apporté beaucoup de réponses, ça me met en confiance si on me pose plein de questions ». (Patiente 2)

La plupart des femmes interrogées souhaitent des conseils pas seulement médicaux mais sur l'accouchement :

« Euh bah c'est euh comment dire, je ne sais pas, ce sont des petites attentions, des petites paroles… des remarques, par exemple, on parlait de l'accouchement avec les sages-femmes, savoir si j'étais angoissée par l'accouchement… » (Patiente 12)

Des conseils de puériculture :

« Les sages-femmes sont plus orientées vers le pouponnage, elles rentrent plus dans les détails, comment se comporter avec l'enfant, comment le tenir… on a besoin de ça, de petits conseils pratiques pour après surtout quand c'est le premier» (Patiente 7), « C'est curieux, c'est vraiment l'impression que j'ai, c'est qu'avec la sage-femme, c'est vraiment la maman et l'enfant alors qu'avec le gynécologue

comme avec le médecin traitant, c'est plus la maman, la grossesse, l'examen et voilà. » (Patiente 12)

2.1.4 : Les avis extérieurs :

Les patientes sollicitent parfois un avis médical pour les aider à choisir leur suivi :

«Quand j'ai posé la question à mon généraliste sur la préparation à l'accouchement, il m'a orienté vers les sages-femmes » (Patiente 7).

Elles peuvent être conseillées par le biais de l'hôpital ou de la maternité choisie :

« Je l'ai trouvée par le biais de l'hôpital, c'est l'hôpital qui m'a dit qu'il y avait des sages-femmes libérales ». (Patiente 18)

Les patientes demandent conseil à leur entourage :

« Je suis arrivée ici (…) et j'ai pris celui-là car il suit une bonne partie de ma famille maternelle ». (Patiente 17)

Le bouche à oreille est également très important pour le choix des femmes :

« par le bouche à oreille pour la deuxième grossesse, j'ai su qu'il y avait une sage-femme en libéral et j'ai pris rendez-vous avec elle, d'après ce que j'ai entendu, je me suis dit que c'était quelqu'un de professionnel » (Patiente 2).

2.1.5 Des critères de proximité géographique :

Pour certaines femmes, le choix du professionnel est influencé par la proximité géographique.

«Je l'ai choisie pour une question de distance ». (Patiente 7)

Parfois c'est même le premier critère de choix :

«C'est à proximité de chez moi, au départ c'était juste ça ». (Patiente 16)

Le plus souvent elles recherchent la proximité de leur domicile :

« J'ai juste la place à traverser donc c'était pour une commodité de distance » (Patiente 4).

Elles choisissent parfois une proximité de leur lieu de travail :

«J'ai préféré le suivi à proximité par la sagefemme libérale, je travaillais à côté de chez la sagefemme, c'était pratique ». (Patiente 7)

Cela peut être pour une raison de moyen de locomotion :

«C'est à 5 ou 6 km mais il n'y a pas de moyen de locomotion pour aller chez lui et comme je n'ai pas de voiture… alors que l'hôpital, je pouvais y aller en bus » (Patiente 6).

Certaines choisissent donc un professionnel à domicile pour des raisons pratiques :

« C'est pratique qu'elle vienne à domicile » (Patiente 1).

Il n'est pas rare qu'au fil des grossesses, ce critère géographique devienne plus important :

«J'ai fait le trajet à la fin de la première grossesse mais là je me suis dit que plus de proximité, c'était quand même plus prudent. Et là, il y avait un autre enfant qu'il fallait pouvoir faire garder rapidement » (Patiente 12)

Parfois les femmes choisissent la proximité géographique pour des raisons d'anxiété:

«En faisant les allers retours, j'avais l'impression de mettre un peu les choses en danger » (Patiente 11), «Ça me stressait de prendre trop la voiture ». (Patiente 8)

Enfin, certaines choisissent la proximité pour des raisons médicales :

«J'ai été alitée et j'ai dû avoir un suivi par une sagefemme à domicile » (Patiente 11), « le fait de faire les trajets me provoquait des contractions ». (Patiente 8)

D'autres enfin ont répondu que la distance n'est pas un critère de choix :

« Ça ne changeait rien pour moi la proximité géographique ». (Patiente 18)

2.1.6 Des critères médicaux de la grossesse

Certaines femmes bien sûr, pour des raisons médicales, n'ont pas le choix et doivent être suivies par un gynécologue :

« Par obligation, j'ai dû aller à l'hôpital suite à la dernière grossesse qui s'était mal passée, mon généraliste m'a conseillé de me faire suivre à l'hôpital car c'était une grossesse à risque. Il préférait que j'aille directement à l'hôpital en raison de l'âge, de l'hypertension, de la dernière grossesse qui s'était mal passée, tout quoi ! »
(Patiente 9)

2.2 CRITERES LIES AU PROFESSIONNEL DE SANTE :

Parmi les critères de choix du professionnel de santé, on distingue ceux qui sont liés à la personnalité propre du professionnel de ceux liés à sa profession :

2.2.1 Ses qualités humaines :

Lorsqu'on interroge les patientes sur les critères de choix de la personne qui va suivre sa grossesse, on s'aperçoit que les patientes parlent tout d'abord des caractéristiques propres du soignant et notamment de ses qualités humaines. Les qualités citées sont :

La disponibilité :

« Il [le généraliste] était très disponible » (Patiente 3). «dès qu'on avait un souci, on pouvait l'appeler [la sage-femme], elle répondait à nos questions, elle nous conseillait, elle était très disponible » (Patiente 15)

L' écoute :

« Elle est très bien, elle a une écoute de qualité » (Patiente 8), « je pense que ce n'est pas parce qu'une grossesse se passe bien qu'on n'a pas besoin d'une écoute » (Patiente 8).

Un dialogue facile :

« elle discute beaucoup, c'est important » (Patiente 18).

Inversement, elles n'apprécient pas quelqu'un de froid, qui ne répond pas à leurs questions :

«Je n'aime pas quelqu'un de froid, qui n'explique pas grand-chose, qui ne répond pas à mes questions, qui ne m'informe pas parce qu'on n'a jamais été enceinte, on ne peut pas savoir. Et c'est bien quand on nous guide » (Patiente 10), « il ne disait rien, je ne savais pas si tout allait bien, quand je lui ai demandé il m'a dit « bah si je ne dis rien, c'est que tout va bien » mais bon quand c'est le 1er on ne sait pas, on est inquiet » (Patiente 15).

La gentillesse est également un critère très important :

«Les sages-femmes sont très gentilles » (Patiente 16), « c'est un tout, ça dépend de beaucoup de choses : la façon de dire bonjour, de nous répondre, l'accueil… ça ne veut pas dire que la personne est compétente mais déjà, ça inspire confiance, on est à l'aise, on pose des questions » (Patiente 9)

Elles attendent également de la franchise :

« J'aime bien savoir où ça en est, dire ce qui va, ce qui ne va pas» (Patiente 8), « quelqu'un qui dit la vérité, qui ne va pas aller dans mon sens pour me faire plaisir, qui va oser me dire non s'il y a besoin, quelqu'un de sincère, ouverte mais sincère » (Patiente 18).

Elles recherchent quelqu'un de simple et accessible:

« Faire les choses simplement, je pense que c'est beaucoup l'attitude, moi je suis quelqu'un de simple, je n'aime pas quelqu'un qui en fait trop » (Patiente 5), « ils sont accessibles, je pense que c'est super important » (Patiente14.

Elles attendent quelqu'un d'ouvert, qui n'a pas d'à priori :

« Ne pas avoir d'à priori » (Patiente 5), « je savais qu'elle n'allait pas me culpabiliser, c'est une question de confiance et de respect » (Patiente 8).

Elles jugent également le soignant sur son attitude globale :

« C'est important aussi qu'ils fassent sûrs d'eux » (Patiente 16), « Si je vois que la personne, ça ne passe pas au premier abord, j'ai un peu de mal. Si ça passe bien, j'ai tendance à donner ma confiance plus facilement » (Patiente 17)

Quelqu' un qui prend son temps :

« Elles prenaient vraiment le temps de poser des questions, de nous examiner. » (Patiente 17).

Quelqu'un de rassurant :

« C'est agréable car ils trouvent les mots pour rassurer » (Patiente 16).

2.2.2 : Sexe du soignant :

Pour certaines femmes, cela ne change rien :

« Le fait que ce soit un homme, ça ne changeait rien, j'étais à l'aise avec » (Patiente 2)

Certaines préfèrent une femme :

« J'avais du mal à supporter que ce soit un homme. Au départ, ça n'avait pas d'importance mais petit à petit, je trouvais que les femmes avaient plus de psychologie, le fait que ce soit une femme, je pense qu'elle est plus à même de me comprendre » (Patiente 8), « je pense que ça aurait été différent si mon généraliste était une femme, alors j'aurais pu être suivie par elle » (Patiente 5)

Certaines se sentent gênées avec un homme :

«Quand on est enceinte, aller voir un homme, c'est un peu gênant, je préférais que ce soit une femme » (Patiente 7) surtout s'il est généraliste : « non, je n'aurais pas pu me faire suivre par mon généraliste, en plus c'est un homme ! » (Patiente 5).

Elles acceptent en général mieux un homme si c'est un gynécologue :

« J'aurais été gênée parce que c'est un homme mon généraliste. Mon gynéco, c'est un homme, mais bon, c'est mon gynéco. Je le connais mais c'est sa fonction » (Patiente 5).

D'autres préfèrent que ce soit un homme :

«J'ai toujours préféré un gynécologue homme car je trouve que les hommes sont plus doux, parfois j'ai eu des femmes et je n'étais pas du tout satisfaite » (Patiente 10)

Certaines ont changé d'avis après les grossesses :

«Au départ, ça me gênait que ce soit un homme. Après quand c'est la 3eme grossesse, on sait que quand on arrive pour accoucher, pas le choix !! Justement à la 1ere grossesse, la sagefemme était un homme, je ne pouvais pas m'en aller !! Ce n'était pas possible ! Après on comprend que c'est un métier comme un autre, qu'ils sont très compétents même si ce sont des hommes ! » (Patiente 14).

2.2.3 : selon le lien existant avec le professionnel :

Les patientes choisissent le professionnel également **en fonction du lien relationnel** qui existe avec cette personne.

L'absence de lien particulier n'incite pas au suivi par ce professionnel :

« Oui effectivement ce n'est pas facile de se tourner vers quelqu'un qu'on ne connaît pas du tout » (Patiente 2).

Lorsqu'elles ne connaissent pas le professionnel, elles ont moins de facilités à se confier :

« je pense que je ne le connaissais pas beaucoup donc j'avais moins de facilités à me livrer » (Patiente 12).

Elles sont parfois déçues de professionnels qu'elles ne connaissent pas :

« J'ai déjà eu affaire à d'autres médecins que je ne connaissais pas mais parfois je suis déçue et je me dis que je suis bien avec le mien, la confiance.» (Patiente 3).

En revanche, pour certaines, ne pas connaître le professionnel n'est pas un souci :

« Le fait de ne pas les connaître au début ne me gênait pas parce que dès qu'on se rencontre, elles vous mettent à l'aise. » (Patiente 3)

Le médecin de famille est donc souvent choisi pour ces raisons :

« Si c'est un généraliste qu'on connaît bien, qui connaît un peu votre histoire, ça pourrait être adapté « (Patiente 5), « les sages-femmes, je ne les connais pas alors que mon médecin je la connais » (Patiente 8).

La notion de durée de la relation est importante :

«Ca dépend depuis combien de temps je la connais. » (Patiente 13), « le généraliste qui me suit, je le connais depuis que je suis gamine donc j'ai confiance, je n'ai pas de souci avec lui » (Patiente 2).

Les femmes qui connaissent bien le professionnel sont plus à l'aise avec :

«Notre médecin, on le connaît bien posait plus de questions, on savait qu'on ne le vexerait pas. » (Patiente 9), « mon petit cocon en début de grossesse avec mon médecin à moi que je connais depuis longtemps » (Patiente 3)

De plus, il peut assurer une prise en charge globale :

«Le médecin traitant, je le connais bien et il me connaît bien, il connaît tous les problèmes que j'ai pu rencontrer alors qu'une sage-femme qui ne me connaît pas, ce n'est pas pareil. Elle ne connaît pas ma vie, elle ne connaît pas les problèmes de santé que je peux avoir, les traitements que j'ai eus, le traitement que le généraliste m'a fait arrêter en début de grossesse » (Patiente 4).

C'est souvent lui également qui suivra les enfants donc cela crée une continuité avec le suivi de la grossesse :

« Sachant que j'allais faire aussi le suivi des enfants avec lui, ça faisait une continuité avec la grossesse, que ce ne soit pas : « tiens, je te ramène mon gamin, je l'ai eu avec un autre en gros !!! » (Patiente 3), « je savais que de toute façon je l'aurais pris pour ma fille, il s'est toujours très bien occupé de mes enfants, j'ai énormément confiance en mon médecin » (Patiente 4).

Par contre, certaines sont gênées du fait de trop bien le connaître:

« J'aurais été un peu gênée parce que peut-être je le connais trop » (Patiente 5), « le

généraliste me connaît comme ça mais pour moi c'est le gynéco qui me connaît au niveau intime, c'est plutôt par pudeur « (Patiente 5).

Il est certain qu'à force il se noue un lien fort avec le professionnel, parfois presque amical :

«Bah on a plus une relation amicale avec le médecin parce qu'on se connaît, ce n'est pas pareil » (Patiente 4).

Une complicité :

« C'est surtout humainement que je m'entendais bien avec la sagefemme libérale, il y avait une complicité… c'est important, elle est rentrée dans mon intimité… » (Patiente 11).

Même s'il reste une distance qui est nécessaire : « il restait toujours professionnel, il ne fait pas d'écart parce qu'il nous connaît depuis longtemps » (Patiente 9).

L'important est d'avoir confiance en la personne :

«La sage-femme m'a mis en confiance par sa personnalité, le travail qu'elle met en place. » (Patiente 15), « j'avais toute confiance en mon médecin généraliste. » (Patiente 12).

A l'inverse un suivi ne peut pas se faire s'il y a un manque de confiance : « j'avais un problème de confiance avec l'autre médecin. » (Patiente 15).

2.2.4 La place et les compétences de chaque professionnel :

Les femmes choisissent le professionnel qui va suivre leur grossesse en fonction aussi de ce qu'elles pensent être **les rôles et les compétences de chacun:**

A) Le médecin généraliste :

a) sa place

Le généraliste est souvent consulté en début de grossesse, pour confirmer la grossesse:

« Il m'a fait faire 1 prise de sang et j'ai su que j'étais enceinte » (Patiente 1).

Certaines patientes pensent que le généraliste » suffit » en début de grossesse :

«Au début de la grossesse, le généraliste me suffisait très bien, pour des choses basiques, les prises de sang mensuelles, la glycémie… en début de grossesse, c'est du basique, il y a moins de choses précises à faire au début de la grossesse » (Patiente 3).

Il est souvent consulté pour déclarer la grossesse :

« C'est mon médecin qui m'a donné le formulaire pour déclarer la grossesse et il m'a prescrit la prise de sang car j'avais fait un test urinaire. » (Patiente 16).

Les patientes le consultent parfois afin d'être orientées:

« J'ai vu mon médecin lors de la découverte de la grossesse, pour savoir ce que je devais faire » (Patiente 7).

Certaines le voyaient lorsqu'elles ne pouvaient pas voir la sagefemme :

« Ca m'est arrivé d'aller la voir quand je ne pouvais pas voir la sagefemme. » (Patiente 11).

Elles le consultent en premier car c'est le professionnel le plus disponible :

« Je suis rapidement allée voir mon généraliste quand j'étais enceinte car j'étais sujette aux migraines, je voulais faire le point dès le premier mois pour être sûre de ce que je pouvais prendre comme médicaments. » (Patiente 12)

Elles le consultent pour une prise en charge globale :

« Je n'avais pas beaucoup de questions sur la grossesse, ce qui m'inquiétait c'était au départ de la grossesse avec le traitement que j'avais « (Patiente 4)

Elles le consultent pour un problème intercurrent :

« J'ai consulté mon médecin traitant pour des bricoles, un rhume… » (Patiente 2), « j'ai vu mon médecin pour des rhino, des trucs comme ça, des hémorroïdes» (Patiente 11).

Celles qui ne se font pas suivre par leur généraliste le tiennent quand même généralement au courant de la grossesse lors d'une consultation pour un problème intercurrent :

« Quand j'allais chez le médecin pour autre chose, je lui expliquais un peu le suivi, ce qui se passait» (Patiente 2), « ma généraliste ne m'a pas suivie mais elle m'a demandé comment ça s'était passé, elle a fait pareil, elle a noté dans ses archives donc elle aussi elle est au courant de ce qui s'est passé , toujours un petit mot, à demander comment ça allait » (Patiente 14).

Pour d'autres, ce n'est pas le rôle du généraliste :

« Je ne vois pas le généraliste là-dedans, peut-être que je me trompe, mais le généraliste ce n'est pas forcément pour le suivi des grossesses » (Patiente 7), « je pense que ce n'est pas le travail du médecin traitant. Le généraliste, ce n'est pas sa spécialisation» (Patiente 18)

Pour beaucoup, le rôle du généraliste est autre :

Elles pensent qu'il est plutôt là pour les « petits soucis du quotidien » : «dans ma tête le généraliste c'est plus pour les petits bobos de tous les jours genre les grippes, voilà. » (Patiente 16)

Beaucoup préfèrent différencier le côté maladie du côté grossesse :

«Je me dis qu'un médecin, c'est plus quand on est malade, c'est pas pour les grossesses. Alors que les sages-femmes et les gynécos, c'est plus pour la grossesse, ils sont faits pour ça. » (Patiente 13), « la grossesse n'est pas une

maladie, même si parfois ça se passe mal : nausées… mais ce n'est pas une maladie, ça ne dure que neuf mois !! Donc si on n'est pas malade, on ne va pas voir son médecin. » (Patiente 6).

b) Les compétences du médecin généraliste :

Certaines s'interrogent sur les compétences de leur généraliste :

« Je ne la sentais pas vraiment au point au niveau gynéco, elle hésite souvent, elle regarde ses bouquins, elle disait qu'elle ne s'y connaissait pas trop au niveau de la grossesse, à un moment, elle ne savait plus trop si elle pouvait me donner un médicament » (Patiente 15), « C'est une femme mais euh je pense qu'elle n'avait pas les compétences en gynécologie, elle ne fait pas de frottis, rien de gynécologique. C'était pas possible, c'était clair » (Patiente 14).

D'autres se demandent s'ils ont eu la formation adéquate :

«C'est peut-être un cliché mais je ne suis pas sûre qu'ils aient la formation vraiment euh enfin, ils ont 1 formation, c'est sûr ! Mais elle est peut-être moins approfondie qu'1 gynéco… En fait je sais très bien qu'1 généraliste sait faire un frottis, suivre une grossesse mais euh je ne sais pas, ça a 1 côté plus rassurant que ce soit quelqu'un de plus spécialisé, ce n'est pas péjoratif vis-à-vis des généralistes » (Patiente 15)

Certaines patientes s'interrogent sur sa capacité à prendre en compte le côté mère-enfant :

« Je le vois bien me consulter moi la personne mais après le côté mère-enfant, je ne sais pas s'il a eu la formation… je ne lui ai pas posé la question.. » (Patiente 7)

Certaines se demandent si l'examen est aussi approfondi chez le généraliste :

«A chaque consultation, elle me pesait, elle écoutait son cœur, elle m'examinait, elle prenait le périmètre de mon ventre, la hauteur de l'utérus, alors que je n'ai pas ce souvenir chez le médecin. » (Patiente 2), « je pense que mon généraliste n'aurait pas pensé à faire tous ces examens, après c'est peut-être une idée fausse… » (Patiente 3).

D'autres pensent qu'il n'a pas le matériel adéquat :

« Bon le médecin a de quoi écouter le cœur du bébé mais pas de monitoring.. » (Patiente 5).

Les femmes attendent du généraliste qu'il connaisse ses limites :

« Je savais que s'il y avait un problème, elle m'aurait adressée chez un gynécologue » (Patiente 8).

Certaines sont prêtes à se faire suivre par leur généraliste s'il n'y a aucun souci :

« Comme mes deux premières grossesses se sont bien passées, je pourrais maintenant me faire suivre par un généraliste. » (Patiente 12)

Certaines trouvent que son examen est trop médical, focalisé sur l'aspect technique :

« le médecin, c'est le b-a-ba, le suivi de la grossesse orienté vers la santé. » (Patiente 7).

Certaines ne se sont pas fait suivre pas leur généraliste mais elles pensent que ce suivi peut être approprié, selon l'avis de chacun :

« Quand une amie me dit qu'elle est juste suivie par son médecin traitant, ça ne me choque pas du tout, moi je n'aurais pas pu mais je pense que c'est lié à ma propre histoire, aux complications… » (Patiente 11).

B) Sage-femme/gynécologue

A l'inverse, les femmes trouvent souvent cela plus logique d'aller voir un gynécologue ou une sagefemme :

« Pour moi, c'est gynéco et sagefemme, c'est une évidence. » (Patiente 6), « pour moi c'était plus logique d'être suivie par 1 gynéco ou 1 sagefemme plutôt que par un généraliste qui a forcément moins l'habitude » (Patiente 7).

a) La sage-femme :

Les sages-femmes peuvent suivre l'intégralité de la grossesse :

«Elle m'a dit qu'elle pouvait me suivre de A à Z et c'est pour ça que je l'ai choisie » (Patiente 17).

Les sages-femmes ont l'habitude du suivi de grossesse :

« Je me suis dit qu'elle faisait ça toute la journée, donc moins de risque d'erreur, plus d'expérience. » (Patiente 2) , « la sage-femme a l'habitude, elle a tout ce qu'il faut » (Patiente 18).

La proximité avec la sage-femme :

«Une sage-femme c'est plus proche quand même » (Patiente 7), « je pense que j'avais moins honte de lui poser des questions que je trouvais un peu ridicules, je pense qu'on lui confie plus de choses, enfin dans mon cas » (Patiente 18)

L' abord moins médical de la sage-femme:

« Il y a un rapport peut-être moins médical avec la sage-femme » (Patiente 12).

Les sages-femmes pratiquent les accouchements :

« Les sages-femmes sont au courant, ce sont elles qui sont en salle d'accouchement » (Patiente10)

Certaines patientes sont justement bloquées par le fait de se faire suivre par quelqu'un qui ne pratique pas d'accouchement : « dans ma tête, le fait d'être suivie par quelqu'un qui ne pratique plus les accouchements, ça me posait un peu souci dans ma tête quoi » (Patiente 16)

b) Le gynécologue :

Un suivi logique pour les patientes :

« Pour moi, la grossesse, ça va de pair avec le gynécologue, c'est vraiment le médecin pour » (Patiente 5), « pour moi, ça se passe comme ça, on va chez son gynécologue pour la grossesse » (Patiente 5).

Un suivi rassurant pour les patientes :

« Pour moi voir un spécialiste, c'était normal, plus rassurant » (Patiente 11), « pour la première grossesse, j'étais contente d'être suivie par le gynéco, ça me rassurait ». (Patiente 8).

2.2.5 Selon le souhait affiché ou non de suivre une grossesse par le professionnel :

Certains médecins généralistes proposent à leurs patientes de suivre leur grossesse :

«Mon médecin généraliste suit quelques grossesses, il m'a proposé de me suivre, il n'y avait pas de problème si je voulais être suivie par lui. » (Patiente 3)

D'autres ne le proposent pas :

« Il ne m'a pas proposé, ça ne m'est pas venu à l'idée non plus » (Patiente 5).

Beaucoup de patientes ignorent que les médecins généralistes peuvent suivre des grossesses :

« Je ne sais même pas s'il suit des grossesses, je n'ai jamais posé la question ! »(Patiente 6), « bah en fait lui, il est plutôt généraliste, il n'est pas gynéco. Donc c'est vrai que ça lui arrive de faire des frottis, des ordonnances pour la pilule mais ça s'arrête là, je ne crois pas qu'il suive des grossesses. » (Patiente 17)

Par contre, certains généralistes affichent clairement qu'ils ne souhaitent pas faire le suivi :

« Ma généraliste était très contente de ne pas s'en occuper !! ». (Patiente 11)

2.3 CRITERES LIES AU SYSTEME DE SOINS :

2.3.1 : Des critères de disponibilité :

Les femmes choisissent leur suivi en fonction de la disponibilité, des horaires des rendez-vous :

Pour certaines, les rendez-vous de l'hôpital ne sont pas assez flexibles:

« Bah euh oui, à l'hôpital, ça ne correspondait pas à mon planning, je n'arrivais pas à changer car eux ont des jours bien précis de consultation et à chaque fois, ça ne correspondait pas à mon planning…que je ne pouvais pas changer non plus !! ». (Patiente 15)

Pour certaines, les rendez-vous sont incompatibles avec leurs horaires :

«Les horaires de consultation des sages-femmes à l'hôpital étaient incompatibles avec mon travail » (Patiente 18).

D'autres au contraire apprécient les rendez-vous hospitaliers car ils sont prévus à l'avance :

«A l'hôpital, c'est eux qui choisissent le jour, l'heure … pour les rendez-vous, bon ils vous donnent toute la liste des rendez-vous dès le début donc on a le temps de s'arranger. » (Patiente 14)

Certaines préfèrent consulter un professionnel libéral afin de pouvoir choisir leurs rendez-vous :

« C'était plus pratique, on y allait, on choisissait le jour » (Patiente 14), « elle m'a donné un rendez-vous beaucoup plus facilement que ce que je pouvais avoir sur l'hôpital, surtout par rapport à mes horaires ». (Patiente 15)

Elles trouvent en effet les horaires plus souples en libéral :

« C'était plus souple, plus facile au niveau des horaires » (Patiente 15), « j'avais un métier prenant lors de ma première grossesse donc une sagefemme libérale c'était l'idéal » (Patiente 18)

2.3.2 : La durée de la consultation :

Les patientes pensent que le manque de temps explique en partie le manque de prise en charge globale :

« Il ne rentrait pas beaucoup dans le détail, je pense par manque de temps. » (Patiente 2), « Je pense que les gynécologues n'ont pas le temps » (Patiente 12),

La consultation leur semble parfois trop rapide, en particulier chez le médecin ou le gynécologue :

« Chez le médecin, ça me semblait très rapide mais je n'avais pas de problème particulier non plus. Je pense que c'est plus un ressenti qu'1 réalité. » (Patiente 12), « la 1ere échographie, c'était très bref, succinct et c'était même un peu frustrant, j'ai dû voir 1 minute mon bébé alors que c'est la 1ere rencontre avec son bébé. Bon tout allait bien mais ça je n'en doutais pas » (Patiente 12).

Beaucoup pensent qu'une consultation d' 1/4 d'heure est trop courte :

« Je ne sais pas comment faire lors de vos consultations, ça dure un quart d'heure, c'est à la queue leu leu, c'est trop court. » (Patiente 8)

Elles savent que d'autres patients attendent derrière :

« On sait que chez le médecin, il y a d'autres patients qui attendent après. Je pense que si j'avais eu un problème particulier, j'aurais pu lui en parler mais euh je culpabilisais de lui prendre du temps parce que moi je n'étais pas malade et je savais que ceux qui attendaient étaient malades. » (Patiente 12)

Les patientes se sentent donc parfois pressées :

« C'était quand même assez à la chaîne et il a toujours énormément de monde donc je pense que c'était par manque de temps. Je me sentais un peu pressée. » (Patiente 2)

Certaines trouvent qu'elles n'ont pas le temps de parler :

« On n'a pas pris spécialement le temps de parler de la grossesse, c'était englobé dans le reste de la visite ». (Patiente 2)

Et n'osent pas poser de questions :

« Je pense que c'est au niveau du temps, je ne pouvais pas trop poser de questions au gynéco. C'est quelqu'un qui est très demandé, ce que je peux comprendre ! » (Patiente 11)

La plupart des patientes souhaiteraient en effet avoir le temps de l'examen et le temps de la discussion :

«Oui, j'aurais aimé une consultation plus longue si la consultation plus longue comprend un temps de questions, pas un examen » (Patiente 2)

En revanche, elles trouvent que les consultations avec les sages-femmes sont plus longues :

« La consultation durait plus longtemps avec les sages-femmes parce qu'elles nous examinent, on parle, on fait le monitoring, ça dure une bonne heure, alors qu'avec mon médecin traitant, ça dure un quart d'heure. » (Patiente 12), « j'avais l'impression que les sagefemmes avaient plus de temps à me consacrer. » (Patiente 18)

Elles trouvent dans ces cas-là la durée suffisante :

« On a le temps de la relation, ce n'est pas : « je vous ausculte et terminé, c'est fini. » (Patiente 14), « la consultation ça ne dure pas 10 minutes, elle ne regarde pas, c'est vraiment tout dans la globalité. Elle n'était pas pressée, j'avais le temps, s'il y avait une séance où j'étais plus stressée, elle prenait plus de temps en fait. Je ne ressortais pas en me disant : « j'ai oublié de lui dire ça parce que j'étais précipitée. » (Patiente 15).

Pour d'autres au contraire, les consultations semblent trop longues :

« Les sages-femmes me mettaient le monitoring pendant une heure… ils vous laissent toute seule dans 1 pièce et reviennent quand ils peuvent car les sagefemmes ont autre chose à faire donc vous attendez quoi » (Patiente 4), «ça me gonflait de rester aussi longtemps, le monitoring c'était long. Déjà l'attente, il fallait que quelqu'un vienne nous brancher, après on attend toute seule » (Patiente 9).

2.3.3 Un suivi par la même personne :

Certaines patientes regrettent de ne pas avoir toujours la même sage-femme :

« Si on allait voir une sage-femme à l'hôpital, ça changeait tout le temps. Je trouve aberrant que ce ne soit pas toujours les mêmes personnes, sauf si on considère qu'on est du bétail ! Mais ne serait-ce que pour suivre les prises de sang» (Patiente 8), « quand ce n'est pas la même personne, je pense qu'il y en a forcément une

moins bien, moins à l'écoute… comme partout… donc certains mois je me serais dit « mince j'aurais préféré avoir celle de la dernière fois », » voilà, c'est le seul truc que je peux leur reprocher dans le suivi, c'est vrai qu'on n'a jamais les mêmes personnes » (Patiente 15).

Ou le même gynécologue:

«Ce n'était pas toujours le même gynéco pour les 5 grossesses car il y en a un qui est parti, parfois, c'était complet… » (Patiente 6), « 3 échographies, 3 gynéco différents » (Patiente 15).

Elles réalisent bien que ce n'est pas possible à l'hôpital :

«Ce n'est pas possible à l'hôpital de ne voir qu'une sage-femme mais j'aurais aimé en voir moins de différentes car je ne pense pas avoir vu deux fois la même en 9 mois » (Patiente 12)

Mais la plupart auraient aimé avoir toujours la même personne :

« Non ce n'était pas tout le temps la même, à l'hôpital, ça tourne. C'est vrai que j'aurais bien aimé avoir toujours la même sagefemme ». (Patiente 5)

Celles qui choisissent le professionnel sur ce critère préfèrent donc un professionnel libéral :

- **généraliste** : « L'avantage avec le généraliste, c'est que le suivi est fait par la même personne » (Patiente 12).
- **sage-femme libérale** : « j'ai vraiment été conquise parce que c'est vraiment un suivi, elle connaît notre dossier, c'est toujours elle qu'on voit tous les mois» (Patiente 15).
-

A l'hôpital, les patientes apprécient de retrouver les mêmes personnes :

«Ca fait plaisir de revoir certaines personnes quand on a été bien accueilli. Et en voyant le dossier la personne s'est rappelée de moi, il y avait quelque chose, ce n'est pas anodin. Et quand on regarde les carnets de santé, on retrouve les noms » (Patiente 14), « le hasard a fait qu'à ma 2ème grossesse, j'ai eu tout le temps la même sage-femme et que j'ai accouché aussi avec cette sage-femme du coup

j'étais plus en confiance parce qu'elle connaissait bien le dossier, elle avait fait le suivi tous les mois et la préparation à l'accouchement , j'ai trouvé ça génial parce que du coup il y avait une **complicité** qui s'était créée entre nous, enfin c'est ce que j'ai ressenti. Alors qu'à la première grossesse, ça a tourné dc ce n'était pas pareil » (Patiente 16).

Elles se sentent plus à l'aise :

«Chaque personne a ses qualités, il y avait toujours une gentillesse mais c'est vrai que ça crée un petit plus quand même quand c'est toujours la même personne, ça met plus à l'aise » (Patiente 16).

Un aspect rassurant :

« ça a un côté rassurant que ce soit toujours la même personne » (Patiente 18) et peuvent **se confier** plus facilement : « c'est plus facile de se confier quand on connaît » (Patiente 8).

Un meilleur suivi du dossier :

« je préférais être suivie toujours par la même personne, la personne est plus au courant des antécédents quand elle suit du début à la fin » (Patiente 2).

Ne pas être une personne anonyme :

«J'avais envie de continuer avec la même sage-femme parce qu'elle me connaissait. » (Patiente 18), « vous n'êtes pas anodine, on se rappelle de vous, même si je ne demande pas à être exceptionnelle ! On voit qu'ils ne font pas ça à la chaîne comme des pièces de moteur qu'on passe et puis terminé ! » (Patiente 14)

Pour certaines, c'est au contraire un avantage de changer de personne au cours du suivi :

« ça apportait plus de choses, plus on voit de personnes, mieux c'est. Chaque personne apporte quelque chose de différent je pense. Si je n'avais eu qu'1 personne, j'aurais sûrement loupé des choses. Du moment que le dossier suit bien, il n'y a pas de souci » (Patiente 10), « il y avait le suivi avec le gynéco qui vérifiait que

tout allait bien mais le suivi avec chaque personne ne m'apportait pas les mêmes choses » (Patiente 11)

2.3.4 Le suivi dans la structure de l'accouchement :

Certaines choisissent leur suivi dans la structure où est prévu l'accouchement, pour une question de logique :

« Pour moi, c'était logique, comme l'accouchement se passait à Dieppe, autant directement faire le suivi à l'endroit où on va accoucher » (Patiente 14).

Certaines choisissent ce suivi pour connaître les locaux :

«On a moins d'appréhension quand on connaît les locaux » (Patiente 14).

D'autres se disent qu'il y a une continuité au niveau des personnes qui font le suivi :

« Je préférais être suivie par les mêmes personnes pour le suivi de la grossesse et pour l'accouchement. » (Patiente 16)

Pour certaines, il s'agit de s'assurer de la transmission de leur dossier :

« En plus, j'étais déjà suivie là au niveau gynéco donc ils connaissaient mon dossier antérieur » (Patiente 14), « plus sécurisant par rapport au dossier complet, ne pas avoir à tout raconter de nouveau, tout était écrit dans le dossier » (Patiente 14).

Certaines patientes ayant un suivi ambulatoire ont en effet peur du manque de lien ville-hôpital :

« j'avais peur que les informations circulent mal » (Patiente 16), « j'avais peur, je me suis dit : « au moment de l'accouchement, peut-être que vu que je ne connais pas l'hôpital, je n'ai pas été suivie par les sages-femmes, il va peut-être y avoir une distance ou quoi que ce soit et puis bah non, pas du tout parce que par les cours de piscine, j'ai rencontré quelques sages-femmes de l'hôpital et puis elles connaissent bien la sage-femme par qui j'étais suivie ». (Patiente 15)

Certaines ont effectivement constaté ce manque de lien ville-hôpital :

« C'est peut-être aussi mon passif de ma première grossesse où on m'a dit quand je suis arrivée à la clinique : « c'est pour quoi ? » « bah je suis au jour J de mon accouchement donc on m'a dit de venir », j'ai eu l'impression que chaque personne découvrait complètement mon dossier, c'était un peu au petit bonheur la chance » (Patiente 3), « C'est ce que je reproche au suivi : à partir du 7eme mois, il faut aller dans l'hôpital dans lequel on va accoucher et quand je suis arrivée pour les dernières visites, on m'a posé des questions, je me suis rendue compte que le dossier n'avait soit pas transité soit pas été lu car la sage-femme en libéral avait normalement fait suivre mon dossier. Je me suis dit que c'était dommage. Les derniers mois, on nous oblige à être suivies par l'hôpital et finalement ce qui a été fait avant n'est pas étudié, il y avait une rupture de contact entre la ville et l'hôpital donc quand on arrive à l'hôpital, on repart à zéro, on débarque » (Patiente 2)

Pourtant, en début de grossesse, les femmes reçoivent un carnet de grossesse mais il est rarement rempli :

« Si vous êtes suivie par votre généraliste, ils ne vous connaissent pas, le dossier n'est pas fait, le carnet que j'ai reçu en début de grossesse était vierge ! »
(Patiente 3)

D'autres au contraire, pensent que ce lien se fait bien :

«J'ai été suivie à la fois par mon médecin traitant et par la sage-femme et elles s'appelaient entre elles, j'ai eu un traitement antidépresseur, elles se sont appelées pour savoir ce qu'elles en pensaient, elles se mettaient en relation pour savoir que d'1 côté, ça allait bien et de l'autre aussi, tout comme la sage-femme était aussi en relation avec le gynéco, il y avait un bon suivi de dossier » (Patiente 18)

Certaines choisissent de se faire suivre là où elles vont accoucher pour avoir tout sur place :

«Je trouve qu'à l'hôpital, il y a tout ce qu'il faut, tout sur place, ça a vraiment été déterminant » (Patiente 16), « c'est pas mal que tout soit au même endroit sinon, on vous emmène d'un endroit à un autre, vous ne savez pas trop où aller » (Patiente 5).

Contrairement aux patientes suivies en ambulatoire :

« ça me rassurait d'avoir le monitoring, des choses comme ça que je n'avais pas chez le généraliste » (Patiente 3) , « au moins on savait où se rendre, on n'avait pas besoin de se dire : on passe chez le médecin traitant, repartir sur l'hôpital… » Non là on avait juste à changer de salle si vraiment il y avait un souci ! Et c'était impeccable » (Patiente 14).

Pouvoir consulter en urgence 24h/24 influence également le choix de se faire suivre dans la structure où elles vont accoucher :

«En plus à l'hôpital, on peut consulter en urgence, il y a toujours du monde, ça c'est déterminant aussi » (Patiente 16), contrairement au suivi en libéral : « le médecin traitant, quand son cabinet est fermé, il est fermé quoi » (Patiente 16)

Certaines se sentent rassurées d'être suivies à l'hôpital ou en clinique :

« Je préférais être plus proche du milieu hospitalier en fin de grossesse pour que ce soit plus pointu , le contexte hospitalier me rassurait plus en fin de grossesse que « juste le généraliste » » (Patiente 3), «le fait d'être suivie dans une structure spécialisée dans les accouchements me rassurait plus » (Patiente 17).

A l'inverse, certaines femmes sont stressées par les structures hospitalières :

« je n'avais pas forcément envie de rentrer dans le milieu hospitalier, c'est stressant » (Patiente 18).

V DISCUSSION

1. Des attentes fortes mais différentes de la part des patientes

1.1 La grossesse, un moment particulier

On constate dans notre étude que la grossesse est un moment particulier dans la vie d'une femme, que chacune va vivre différemment, I. Prevost-Stimec retrouve également dans son travail que la femme enceinte a besoin d'être comprise et accompagnée pendant sa grossesse, période où de nombreux bouleversements psychoaffectifs et corporels interviennent. [3]

A) Le vécu psychologique

Dans notre étude, la grossesse est **source d'angoisse pour certaines patientes**, même si **la plupart sont sereines**.

Nous retrouvons ces deux vécus opposés dans l'étude [10] avec également cette minorité de patientes pour lesquelles la grossesse est source d'angoisse et d'anxiété : « La grossesse était perçue comme un évènement à risque et angoissant pour 7,6% des femmes et l'accouchement pour 29,8% des femmes. Pour les autres, ces deux évènements étaient considérés comme des évènements naturels de la vie. »

Dans l'étude de S. Hureau, on peut voir dans le vécu des grossesses antérieures menées à terme que 57,2 % des femmes avaient très bien vécu leur grossesse, 35,6% plutôt bien mais 5,6% plutôt mal et 1,7% très mal. [10]

L'étude [7] est plus optimiste et retrouve que sur le plan psychologique, 91,1 % des femmes se sont senties bien ou assez bien pendant leur grossesse [7].

Certaines patientes attribuent cet état psychologique au fait de **se sentir responsable d'une autre vie** : « On se dit qu'on porte la vie aussi, on n'est plus toute seule », « c'est une responsabilité de porter une vie en soi ». [20]

B) La prise en charge globale nécessaire :

Le **vécu psychologique** des patientes **détermine une partie de leurs attentes** vis-à-vis du suivi de grossesse : le **besoin d'être rassurées** qu'on trouvait dans notre étude, le **besoin d'attention**. Les femmes ont affirmées un fort besoin d'être rassurées également dans l'étude [3].

C'est également pour cette raison que certaines patientes de notre étude ont **besoin qu'on s'intéresse à leur ressenti**, besoin d'une **prise en charge globale**.

Le suivi de la grossesse demande donc un suivi technique mais aussi relationnel. L'écoute est indispensable car les préoccupations des patientes sont nombreuses et leur implication émotionnelle est inévitable. [3]

Dans l'étude [21], on constate que plus de la moitié des femmes ont eu besoin de parler à un professionnel de leur vécu et de leurs difficultés au cours de la grossesse, de leur vie personnelle, professionnelle ou familiale ou du retour à la maison avec un professionnel et 11% des femmes sur l'ensemble des femmes ayant accouché estiment ne pas avoir pu parler d'au moins un de ces sujets avec un professionnel.

On voit dans l'étude de l'HAS [22] que le vécu psychologique est important puisque **« la sécurité émotionnelle fait partie du suivi de la grossesse. »** Dépister des difficultés psychiques dès le début de la grossesse permet d'envisager précocement des interventions adaptées.

Certaines patientes **aimeraient trouver cette prise en charge globale** chez les médecins généralistes ou gynécologues. Le problème est souvent un **manque de temps** et une **formation plutôt orientée vers la pathologie** pour les médecins.

Il est possible aussi que les **patientes se trompent de demande** : cette demande n'est-elle pas davantage du ressort d'un(e) psychologue ? Dans les maternités, un(e) psychologue est souvent rattaché(e) au service, il ou elle est là pour écouter et comprendre les femmes, ce sont davantage ses compétences. Est-ce que les patientes font assez appel à ce professionnel ? Est-ce que le médecin généraliste ou

le gynécologue obstétricien pense suffisamment à adresser ses patientes en cas de besoin de suivi psychologique ?

C) L'influence du vécu physique et des antécédents sur le vécu psychologique :

On peut constater que le **vécu psychologique est souvent corrélé au vécu physique** de la grossesse, comme le constate l'étude [10] : « les femmes ayant plutôt bien ou très bien vécu physiquement leur grossesse ont plus souvent déclaré s'être senties sereines ou heureuses », 70 % se déclarent sereines ou heureuses dans le groupe plutôt bien ou très bien vécu physiquement, contre 15% dans le groupe plutôt mal ou très mal vécu leur grossesse. [10].

Ceci donne donc une **indication pour le professionnel de santé**, s'il n'a pas le temps, l'envie ou les compétences de parler du vécu psychologique, il peut déjà questionner la femme sur son vécu physique, ce qui lui permettra de repérer les patientes à risque de mauvais vécu psychologique afin de les orienter éventuellement vers un(e) psychologue.

De même le **vécu psychologique de la grossesse est corrélé avec les antécédents personnels de la patiente**, comme le montre l'étude [10] : « Les femmes ayant présenté au moins une fausse-couche ou ayant vécu une IVG sont plus souvent fragilisées, inquiètes ou angoissées et les femmes qui ont déclaré que leur grossesse présentait un risque médical ont plus souvent mal vécu cette grossesse sur le plan physique et émotionnel.» [10]

Là aussi, **le professionnel, connaissant les antécédents de la patiente**, peut cibler celles qui seront le plus à risque d'avoir un vécu négatif de leur grossesse et faire attention.

Dans notre étude, on constate que les **primipares ont davantage de questions et d'angoisses, induites par la méconnaissance de la grossesse,** les patientes ne savent pas à quoi s'attendre, ce que retrouve l'étude 13 « Les femmes n'ayant jamais connu l'expérience de la grossesse et de l'accouchement ont plus besoin de soutien, ont plus besoin de comprendre et de se préparer à l'accouchement et au futur rôle de mère. » [10]

Pour répondre à leurs inquiétudes, la **préparation à la naissance** est utile : les primipares suivent en effet plus souvent une préparation à la naissance que les multipares, ce qui est lié également à leur expérience. [21]

Les **angoisses diminuent souvent au fil des grossesses**, même si pour certaines patientes, les angoisses et les questions augmentent au contraire au fil des grossesses.

On retrouve aussi que **certaines caractéristiques socio-culturelles sont reliées à un besoin de soutien plus important** : le besoin est plus important à la fois chez les femmes vivant seules ou déclarant présenter des difficultés familiales, professionnelles, de logement ou financières et à la fois chez les femmes ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat et ayant une activité professionnelle. [21]

1.2 La demande d'information des patientes

Nous constatons dans notre étude **une importante demande d'information de la part des patientes**, que l'on retrouve dans l'étude [3] : le besoin d'information de la part du médecin est particulièrement affirmé pendant la grossesse.

A) Un droit du patient, un devoir du professionnel :

Sur le plan juridique, l'information est un **droit fondamental du patient**.

Informer le patient est une **obligation légale et déontologique** : « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. » Dans l'article 35 du code de déontologie (article R.4127-35 du code de la santé publique).

L'information a pour but de **favoriser la participation active** de la femme enceinte. Les recommandations concernent l'information de toutes les femmes enceintes, à la fois celles qui sont en bonne santé et dont la grossesse ne pose pas de problème et celles qui nécessitent des soins complémentaires, afin qu'elles soient orientées vers la bonne filière. [22]

Pour la grossesse, **tout professionnel de santé impliqué dans le suivi de grossesse** (médecin généraliste, sage-femme, gynécologue, obstétricien) **doit**

délivrer des informations concernant le suivi de grossesse, l'accouchement, le retour à domicile… aux femmes enceintes et à leur entourage et surtout **s'assurer que cette information soit comprise.**

B) Un changement global du comportement du patient :

La demande d'information s'inscrit en effet dans un **changement global du comportement du patient.**

En effet, le patient **n'est plus passif mais se documente** sur sa santé.

Le patient **pose beaucoup de questions**, comme nous avons pu le constater au cours de notre étude et aspire à un réel dialogue.

L'image du médecin a beaucoup évoluée également ces dernières décennies et est devenue moins patriarcale. [3]

Le système de soins essaie désormais de **limiter l'asymétrie d'information** « On ne peut plus dire aux gens : « voilà, vous faites ça et puis on n'en parle pas parce que c'est moi qui sais et vous ne savez rien » [20]

On préfère **responsabiliser le patient**, lui faire prendre des décisions concernant sa santé.

Le système de santé change avec notamment en toile de fond une **judiciarisation** du domaine médical, les professionnels doivent donc donner cette information et s'assurer qu'elle soit comprise également dans le but de se protéger, car le risque médico-légal existe.

Plusieurs médecins ont relevé **« des attentes élevées »** de la part des patientes vis-à-vis de la prise en charge professionnelle. Ces patientes expriment des attentes fortes de « succès » par rapport au suivi médical : que tout se déroule sans accrocs ni complications. Elles souhaiteraient recevoir des garanties sur le fait que leur grossesse soit synonyme d'un enfant d'une part, et d'un enfant en bonne santé d'autre part. Plusieurs médecins relient ces exigences au désir – illusoire – de planifier et contrôler la fécondité, de la même manière que l'on gère la contraception. [20]

C) Une information illimitée disponible:

« Selon certains sociologues, nous vivons désormais dans une **« société de l'information »**. [20]

Désormais les **patients ont théoriquement accès –notamment grâce à internet – aux mêmes sources d'information que les médecins**, les professionnels doivent donc d'autant plus détenir des informations complètes et actualisées [20]

L'information **serait « de plus en plus disponible, plus rapidement, plus facilement, en plus grande quantité et à travers différents canaux** (internet, magazines, émissions de télévisions ou de radios, livres) dans lesquels le développement des sujets consacrés à la maternité est spectaculaire. » [20]

On voit ainsi que l'information est non seulement donnée par le professionnel de santé, mais également par le réseau amical, la famille, les médias au sens large, ce qui met en évidence à quel point la société dans son ensemble « prend en charge » les femmes enceintes. [3]

D) Les dangers d'une surinformation :

Mais la surinformation présente des aspects négatifs :

Certains pensent que **l'information peut être anxiogène** : « Dans leur quête d'informations, les femmes s'exposent à lire en détail des risques de complication qu'elles ignoraient, ce qui peut susciter « une anxiété iatrogène. » [20] D'où la nécessité que l'information soit bien comprise par la patiente.

La surinformation peut rassurer faussement les patientes en leur donnant l'illusion « qu'elles savent tout et peuvent tout maîtriser, voire contrôler, et qu'ainsi, rien d'imprévu ne peut arriver, que détenir l'information leur permettra de conjurer le sort. » « Il y a… ce désir d'avoir un manuel écrit sur comment ça va se dérouler point par point. Qu'on leur dise exactement comment ça va se passer pour eux » Elles pourraient donc être particulièrement désorientées dans le cas d'un évènement non anticipé. Les sages-femmes mettent donc en avant « la nécessité d'accepter l'inattendu. » [20]

Une autre difficulté face au surplus d'informations est celle de **faire le tri** parmi les différentes sources, professionnelles ou non, avec bien entendu le risque d'informations erronées ou inexactes. [20], avec notamment l'exemple des forums sur internet.

Enfin une dernière difficulté est celle **d'interpréter les connaissances scientifiques** par rapport à sa situation médicale personnelle. [20]

E) Un manque d'information par le corps médical :

Dans notre étude, les femmes reprochent **souvent un manque d'information de la part du corps médical**.

Un professionnel ne peut à lui seul fournir toute l'information nécessaire, d'où le bénéfice parfois que la patiente soit prise en charge par une équipe où l'information se fait par l'intermédiaire de plusieurs professionnels qui se complètent.

Les patientes disent parfois rechercher des informations pour compenser le manque qu'elles ont ressenti auprès de leur médecin.

Dans sa thèse [23], J. Perret retrouve également une insatisfaction des patientes quant à la qualité des informations délivrées au cours de la grossesse et concernant le retour à domicile après l'accouchement, de la part des médecins généralistes comme de la maternité.

L'idéal pourrait être de proposer aux patientes des fiches d'information sur différents thèmes, comme l'a fait A. L. Cases dans son travail [24] mais les médecins n'ont pas souvent et les logiciels n'en proposent pas.

F) Un manque d'information par le cercle familial :

Dans notre étude, on constate que certaines patientes n'ont **personne d'autre à qui poser leurs questions.**

Les femmes enceintes actuelles ont **perdu les repères, les conseils autrefois délivrés par la famille**, avec l'éclatement des familles donc posent toutes leurs questions au professionnel. «On a perdu ce côté, ben j'ai vu ma mère, ma tante enceintes et j'ai vu comment elles vivaient […] » [20] Une partie du savoir instinctif et

populaire, qu'on pourrait qualifier de « bon sens » a disparu avec l'éclatement des cellules familiales et la diminution des naissances auxquelles un individu est confronté dans sa vie quotidienne. [3]

G) Une information inégale :

Malgré l'abondance d'information, **toutes les patientes ne sont pas informées de la même manière** : les sages-femmes notent que celles qui ont un niveau de formation peu élevé seraient moins en quête d'informations et auraient parfois une capacité moins grande à utiliser celle récoltée face au médecin. » [20]

H) Une information adaptée nécessaire :

Il est donc nécessaire de fournir à la patiente une **information adaptée**, et de l'aider si besoin à faire le tri parmi les informations qu'elle peut trouver, de s'assurer qu'elle a bien compris l'information.

Les sages-femmes défendent en effet **« une information « sur mesure »** qui reflète la grande diversité des attentes et besoins des femmes enceintes. » [20]

L'HAS recommande également de donner aux femmes une information tenant compte de leur mode de vie et de leur situation psychosociale, de **consacrer du temps** à l'information de la femme, d'apporter une écoute attentive, de délivrer une information fondée sur les données scientifiques [22]

Dans l'étude [11] de l'HAS, il est précisé que la femme doit être **informée notamment des différentes modalités de suivi**. Nous voyons en effet dans l'étude que beaucoup de patientes manquent d'information sur les rôles et compétences de chaque professionnel.

L'étude nous montre également que **l'attente des femmes enceintes en matière d'information dépasse la délivrance de connaissances scientifiques.**

Elles sont également **en attente d'informations pratiques**, relatives au ressenti, à la dimension émotionnelle, voire aussi d'informations sociales et administratives (…) pouvant les aider à s'approprier leur (futur) statut de mère.

En effet, l'information des femmes enceintes peut porter sur le travail, l'alimentation et les compléments nutritionnels, les risques infectieux alimentaires, l'automédication, la vaccination, la consommation de toxiques, l'activité sexuelle, sportive, les déplacements, les symptômes courants de la grossesse… comme le recommande l' HAS. [22]

I) Des tentatives de réponses à ce manque d'information :

Pour essayer de pallier à ce manque d'information des patientes, différentes recommandations ont été diffusées : les états généraux de la naissance en 2003 recommandent **plus de temps** consacré à la communication et à l'information du côté des professionnels. [20]

L'HAS recommande de **compléter si besoin l'information orale par une information écrite** aux femmes dans le cadre du suivi de grossesse [11], [22]. Dans l'étude [24], A.L Cases a justement élaboré des fiches à l'attention des patientes car elle pense que la femme reçoit énormément d'informations et ne peut pas tout retenir sans un support écrit.

Pour répondre à cette demande d'information, le plan périnatalité 2005-2007 [25] avait prévu **l'entretien du 4eme mois** qui permettait une information complète et continue sur tous les aspects de la grossesse mais il est **encore peu diffusé** : 21,4 % des femmes déclarent avoir eu cet entretien dans l'enquête périnatale de 2010. [7] L'HAS estime [22] que cet entretien doit permettre d'aborder des problèmes qui touchent notamment à l'intimité du couple, à la fragilité affective et à fortiori de problèmes délicats comme les violences domestiques, les abus sexuels, les maladies psychiatriques et la consommation de toxiques ou les addictions.

Chaque consultation doit permettre d'écouter la demande de chaque femme et de chaque couple, de fournir des informations, (…) de discuter d'éventuels problèmes et préoccupations et proposer à la femme de poser des questions, notamment sur l'accouchement et l'accueil de l'enfant. [22]

Le **nouveau carnet de maternité** était également censé répondre à ce manque d'informations, mais il est malheureusement très peu rempli.

Le volume d'informations étant très important, il peut être également nécessaire de **faire une consultation supplémentaire** [HAS, 11]

Une **préparation à la naissance et à la parentalité** doit être systématiquement proposée aux patientes [22]. Dans l'enquête nationale périnatale 2010, on constate que celle-ci a été suivie par 72,9 % des primipares et 28,4 % des multipares. La participation a augmenté par rapport à 2003 [7].

1.3 Une demande de démédicalisation de la grossesse pour certaines patientes :

Nous trouvons dans notre étude la volonté d'une **certaine démédicalisation** de la grossesse pour certaines patientes qui souhaitent une certaine distance face à la technique moderne et à la médicalisation de la grossesse et de l'accouchement. Elles expriment l'importance de vivre leur grossesse comme un processus normal et physiologique, en argumentant que la grossesse n'est pas un évènement récent : « C'est un processus qui existe quand même depuis fort longtemps ! Quand même dans 90% des cas, ça se passe bien ! » [20]

Cette définition de la grossesse comme un **« état physiologique »** est notamment défendue par les sages-femmes [20], c'est également la définition de l'HAS, qui parle d'« un élément naturel » qui se déroule « normalement » pour la majorité des femmes enceintes. [22]

La demande de démédicalisation de la grossesse est **appuyée par les pouvoirs publics**. A ce titre, la création de **maisons de naissance** faisait partie des projets du plan périnatalité 2005-2007. Ces maisons seraient « un lieu d'accueil, de suivi et d'accouchement destiné aux femmes enceintes et à leur famille, dès lors que la grossesse, l'accouchement et le post-partum restent dans le cadre de la physiologie. Ces maisons de naissance permettraient une forte économie grâce à un cadre faiblement médicalisé. » [11]

Les pouvoirs publics recommandent de différencier les grossesses à risque des autres et de proposer la prise en charge la plus adaptée.

Ainsi, après l'enquête de périnatalité en 2003, 20 propositions pour une politique périnatale ont été émises [26], avec notamment une proposition qui recommande la **différence de prise en charge entre le bas risque et le haut risque périnatal** : « les professionnels de la naissance doivent modifier leurs pratiques, non pas en les démédicalisant, mais en abandonnant des techniques non indispensables pour la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement normaux. Ces techniques peuvent avoir, dans ces circonstances des effets iatrogènes ».

Dans l'étude [27], nous retrouvons que la prise en charge de manière systématique de toute grossesse et de tout accouchement avec le même niveau d'intervention que celui requis par ceux qui présentent un risque comporte des effets négatifs tant pour les femmes que pour les équipes des maternités et la société.

Au vu de cette conception basée sur la physiologie de la grossesse, on note l'émergence **d'une nouvelle profession : les doulas**, qui se déclarent **« accompagnantes de la grossesse »** et prétendent répondre à une demande maternelle. « Une doula est une femme aux cotés de la femme enceinte et de ceux qui l'entourent, elle est à l'écoute de ses désirs, ses besoins et la suit dans ses choix. Elle propose un accompagnement dans la continuité, une relation de confiance, de complicité et d'intimité de femme à femme» selon leur définition sur le site des doulas de France. Elles ne sont ni sage-femme ni médecin, n'ont pas de formation réglementée et proposent un accompagnement non médical. Le terme est utilisé pour la première fois aux Etats-Unis en 1973 et la première réunion de doulas s'est tenue en France en 2003. Leur rôle reste pour l'instant très marginal. Le Collège national des gynécologues et obstétriciens français (CNGOF), le Conseil national de l'Ordre des sages-femmes (CNOSF) et l'Académie nationale de médecine se sont prononcés en 2008 contre la reconnaissance de la profession de doula, pour des raisons déontologiques diverses. [site des doulas de France]

1.4 La demande de médicalisation pour d'autres :

Nous constatons dans l'étude qu'alors que certaines patientes rejettent la médicalisation de la grossesse, pour d'autres au contraire, la **médicalisation offre un sentiment de sécurité**. En 2003, les états généraux de la naissance parlaient

d' « une médicalisation parfois excessive et systématique, ne s'appuyant pas toujours sur une légitimité scientifique. » [20]

A) La demande d'un enfant parfait :

La médicalisation génère au sein du public **un sentiment de sécurité**, qui « rend particulièrement inacceptable, à ses yeux, toute malformation ou accident de prise en charge et la grossesse est investie par les futurs parents d'attentes très élevées. » [20]

Certains professionnels ont le sentiment que le **niveau de technicité atteint aujourd'hui dans le suivi médical est de plus en plus associé à une obligation de résultat**. [20]

B) La médicalisation pour rechercher des anomalies :

Le but de la médicalisation est effectivement au départ de dépister davantage d'anomalies :

Les patientes sont conscientes de la « double face » des procédures, qui dans la majorité des cas, les assurent de l'absence de problèmes mais qui en même temps suggèrent continuellement que le fœtus qu'elle porte pourrait ne pas correspondre aux normes médicales et à leurs propres attentes. » [20]

Pour certains professionnels, la technologie est « un bénéfice à la fois pour les professionnels de la santé et les femmes enceintes. En effet, elle permet de contrôler les risques et les pathologies, donc de les prendre en charge rapidement et efficacement, et ainsi de réduire les complications graves. » [20]

Il ne faut pas oublier non plus que grâce à la médicalisation de la grossesse, on a pu réduire considérablement le taux de mortalité maternelle qui est maintenant devenue exceptionnelle. La mortalité infantile a très fortement diminué, passant d'environ 150 décès pour 1000 naissances en 1900, à environ 50 décès pour mille naissances en 1950 et actuellement un taux aux alentours de 3,5 décès pour 1000 naissances. (insee) Une des raisons de diminution de la mortalité infantile est bien entendu la diminution de la mortalité périnatale.

C) Le nombre de consultations :

Dans notre étude, les patientes étaient **plutôt rassurées par le fait d'avoir un examen tous les mois**.

Les recommandations sur le suivi de la grossesse font état de 7 consultations obligatoires, une dans le courant du premier trimestre permettant entre autre la déclaration de la grossesse, puis une par mois jusqu'au terme, les deux dernières étant traditionnellement dévolu à l'équipe obstétricale [HAS]

Dans l'étude [10], « 81,5% des femmes estimaient suffisant le nombre de consultations, 15,5% estimaient qu'il n'y en n'avait pas assez, 3% qu'il y en avait trop. »

Le nombre total de consultations prénatales a augmenté de manière importante entre 2003 et 2010 **et continue à augmenter,** ce qui pose la question d'un risque de surmédicalisation de la grossesse. [7]

Par contre il persiste de nombreuses inégalités entre les patientes qui bénéficient de 10 consultations ou plus dont le nombre est passé de 28,3 % à 45,1 % entre 2003 et 2010 et celles qui n'effectuent pas toutes les consultations obligatoires. Le nombre moyen de consultations est passé lui de 8,9 à 9,9 entre 2003 et 2010. [7]

D) L'examen clinique :

Dans l'étude [15] qui s'est intéressée aux actes réalisés pendant les consultations, on constate que « les actes effectués lors des consultations ont été globalement les mêmes pour les deux professionnels [sage-femme et gynécologue]. Cependant une différence significative a été mise en évidence sur l'acte échographique, il a été plus souvent effectué par le gynécologue (70,8%) que par les sages-femmes. (33,3%) [15]

En ce qui concerne **l'examen du col**, il est culturel en France mais n'est **pas systématiquement réalisé dans d'autres pays**, on peut donc se poser la question de sa nécessité. En l'état actuel des connaissances, il n'y a pas d'arguments pour la

réalisation en routine du toucher vaginal, il ne diminue pas le risque d'accouchement prématuré (grade B) [22]

E) L'échographie :

Les patientes **apprécient globalement le fait d'avoir les échographies**, cela permet de les rassurer, savoir que tout va bien ; et en même temps de pouvoir voir leur bébé.

C'est souvent un **instant chargé d'émotion**, qui permet aux parents de prendre véritablement conscience de la présence de leur enfant, l'occasion d'appréhender de façon concrète ce qui ne se voit pas encore à l'extérieur, quand les mouvements actifs fœtaux ne sont pas encore perceptibles. Pour le corps médical, l'échographie est en revanche l'occasion de faire le point sur la viabilité de l'enfant, le dépistage d'éventuelles malformations. [3]

Certaines femmes en revanche **préfèrent en limiter le nombre**, rappelant que « la fonction première de l'image échographique est d'ordre médical et non pas récréatif, voire commercial lorsqu'elle devient un objet de consommation. « On constate ainsi « la multiplication des échographies « non officielles » [20] qu'elles soient réalisées en cabinet de radiologie ou même ludiques, proposées par des photographes. (Par opposition aux échographies officielles remboursées par la sécurité sociale.)

F) La médicalisation augmente avec l'intervention spécialisée :

Dans l'étude [8], on retrouve que plus le spécialiste est impliqué tôt dans le suivi, plus la proportion de femmes ayant eu plus de 7 consultations prénatales augmente, plus le nombre d'échographies augmente, le taux d'hospitalisation augmente également, globalement plus le spécialiste intervient tôt, plus le volume de soins augmente, indépendamment des complications nécessitant des examens complémentaires. [8]

Ce qui reflète une **différence de pratiques entre généralistes et spécialistes**. Par habitude, les spécialistes ont une approche de la grossesse focalisée sur la pathologie et ont tendance à avoir recours à davantage de consultations et d'examens, alors que les généralistes ont tendance à être plus orientés dans la surveillance et le conseil adaptés à une grossesse normale et sont donc moins interventionnistes. [8]

On retrouve des résultats similaires dans l'étude [12] où le nombre de consultations et d'examens complémentaires sont plus importants chez les femmes prises en charge par un gynécologue-obstétricien.

On constate que les **soins prénataux ont augmenté** pour plusieurs raisons, tout d'abord en raison de l'augmentation des examens prénataux en eux-mêmes (monitoring…) et ensuite, en raison des spécialistes qui, d'une part ont un rôle leader dans l'utilisation de nouvelles technologies et d'autre part suivent plus de grossesses physiologiques. [8]

L'étude [8] a donc illustré la relation entre prise en charge par des spécialistes du suivi de grossesse et volume de soins et de consultations. La question est de savoir si l'augmentation de l'intervention des spécialistes est souhaitable pour les femmes qui ont une grossesse normale. [8]

G) La médicalisation, une chance :

La **médicalisation** est associée pour beaucoup de patientes à la **sécurité** :

Pour certaines d'entre elles, **la technique et les examens offerts par la médecine sont irremplaçables.** Une des patientes dit faire primer l'argument de la sécurité, qu'elle associe au suivi par un gynécologue. [20]

Une des patiente considère que « la nature est bien faite mais que l'intervention de la science est encore mieux faite ». [20]

Les femmes choisissent de plus en plus d'accoucher dans des maternités de niveaux 2 et 3, c'est-à-dire équipées au minimum d'une réanimation maternelle et d'un pédiatre de garde (DRESS, 2003) [3] (est-ce parce que certaines maternités de niveau 1 ont fermé, est-ce par anxiété ?)

1.5 Trois modèles différents de prise en charge de la grossesse :

Cette hésitation des professionnels, des patientes et des pouvoirs publics est

résumée par les **3 modèles différents de prise en charge de la grossesse** décrits par Davis-Floyd :

Le modèle **technocratique** est une prise en charge traditionnelle ou paternaliste dans laquelle l'expertise médicale repose sur la science et la technologie.

Le modèle **humaniste** (ou biopsychosocial) valorise quant à lui le patient en tant que sujet relationnel et promeut des qualités d'empathie et de compassion. » [20]

Le troisième modèle décrit par Davis-Floyd est le modèle **holiste** insiste sur la continuité entre le corps et l'esprit, et constitue une prise en charge globale prenant en compte l'aspect émotionnel et humain. [20]

Les femmes enceintes sont non seulement conscientes de ces différents modèles, mais parfois tiraillées entre ces manières opposées de vivre la grossesse. [20]

Selon le professionnel, l'approche du suivi de grossesse sera donc différente.

A) L'approche physiologique par la sage-femme :

Les sages-femmes défendent **la pratique d'un suivi de la grossesse global**, pratique « héritée de [leur] histoire» La pratique des sages-femmes est structurée autour d'une **approche physiologique** de la grossesse (leur champ de compétences étant défini de cette manière par la loi), qui détermine à la fois leur manière d'informer les femmes, mais aussi leurs représentations des risques. [20]

« Il s'agit de considérer la femme comme une personne à part entière, donc comme « un tout » qui comprend des aspects psychologiques, sociaux, de parcours de vie ou culturels», « Moi ce qui m'importe beaucoup dans mon travail, ce pour quoi je me bats, c'est d'avoir toujours une vue globale de la femme. De faire connaissance de cette femme vraiment de manière globale. Qui elle est, ce qu'elle fait dans la vie, comment elle est entourée, comment ça va au niveau de sa santé, comment ce bébé

arrive dans sa vie […] et je pense que si on donne ce temps au départ de faire connaissance avec elle, elle se sent écoutée comme humain et pas juste comme un ventre qui porte un bébé. » [20]

« Pour les sages-femmes, défendre une vision physiologique de la grossesse fait leur singularité par rapport aux médecins et leur attribue une légitimité. (…) Elles considèrent que leur suivi est mieux adapté que celui d'un médecin dans les cas physiologiques. » [20]

B) L'approche technique par le gynécologue ou le généraliste :

A l'inverse les gynécologues-obstétriciens et les médecins généralistes sont formés pour rechercher la pathologie. « Les gynécologues-obstétriciens appréhendent typiquement la grossesse sous l'angle de la gestion des risques» [20]

Certaines patientes évoquent des **relations trop distantes** et regrettent le manque d'empathie de leur gynécologue : « ça manque de naturel », une femme évoque un « rapport très clinique » avec sa gynécologue qui n'entre pas en matière sur les questions émotionnelles.

La réponse des médecins généralistes et des gynécologues aux questions des patientes est souvent médicamenteuse : «alors moi des fois je pose des questions, il [le gynécologue] me répond et il me file une ordonnance et on n'a pas le temps d'en parler… il ne me propose pas des choses que la sage-femme elle, elle va me proposer, elle va me donner plein de conseils ». [20]

C) Une différence due à la formation :

Héritée de leur histoire, **l'approche orientée vers la physiologie est également transmise lors de la formation de sage-femme. C'est ici que la césure se fait avec les médecins, formés quant à eux pour détecter, surveiller et traiter la pathologie**. Une des sages-femmes de l'étude l'explique : « notre formation est vraiment axée sur la physiologie, sur le déroulement normal et comment on peut faire pour l'optimiser. Alors que les médecins sont avant tout formés sur la pathologie : comment fonctionne la pathologie, qu'est-ce qui la déclenche et comment on la traite. » [20]

« Globalement le regard du gynécologue c'est d'exclure qu'il n'y a pas de complications et le regard de la sage-femme c'est de s'assurer que tout va bien ! » [20]

Les femmes sont donc **tiraillées entre leur envie d'être suivies par une sage-femme pour son approche relationnelle basée sur leur ressenti, et leur envie d'être suivies par un gynécologue pour son approche technique rassurante.** En somme, le médecin resterait celui qui « sait » dans l'idée des patientes. [20]

Les gynécologues « pratiquent un suivi orienté par la logique médicale du risque » alors que les sages-femmes « défendent une conception de la grossesse physiologique » [20]

2 Les critères de choix des patientes :

2.1 La compétence des professionnels :

A) Un critère essentiel pour les patientes :

Dans notre étude, **la compétence est un critère important de choix du professionnel qui assurera le suivi.**

Dans l'étude [15], au niveau des critères de choix de suivi par un professionnel, « le critère « compétence du professionnel » a été majoritairement cité » [15] mais il n'est pas spécifique des gynécologues-obstétriciens puisqu'il est autant cité pour le sage-femme. » [15]

Dans l'étude [28], les patientes évoquent comme premier critère de choix les compétences professionnelles du soignant pour plus de deux patientes sur trois, c'est notamment le premier critère de choix du gynécologue. Pour le médecin généraliste, ce critère arrive après la proximité et la disponibilité en cas d'urgence.

Le savoir et les compétences techniques sont évalués à l'aide de différents indicateurs par les patientes. Ainsi un âge plus avancé est associé à plus d'expérience et donc à de meilleures compétences. Sur le plan des connaissances, le fait que le médecin enseigne ou se tienne au courant de la recherche est évalué positivement. [20]

B) Les patientes doutent des compétences des médecins généralistes pour le suivi de grossesse :

On remarque que **beaucoup de patientes doutent des compétences des médecins généralistes pour suivre une grossesse.**

Dans l'étude [2], « une femme sur trois pensait que le médecin traitant n'était pas assez qualifié pour suivre une grossesse ; 26 % des patientes pensaient même que le médecin généraliste n'avait pas le droit de suivre une grossesse. » [2]

L'étude [28] nous révèle aussi que les compétences des généralistes sont « mises en doute par plus d'une patiente sur quatre. »

Les femmes ne savent pas forcément que le généraliste est compétent, on voit dans cette étude que « les femmes qui pensaient que les médecins généralistes sont compétents étaient plus souvent celles dont le médecin généraliste réalise des suivis » [10]

On retrouve dans le travail de J. Perret [23], que 45,5% des patientes suivies par un gynécologue médical n'avaient pas choisi un médecin généraliste parce qu'elles le trouvaient non ou moins compétent, de même que pour 25,8% des patientes suivies par un gynécologue obstétricien et 33,4% des patientes suivies par une sage-femme.

Au niveau de la formation, on peut souligner que **la formation des médecins généralistes comprend maintenant l'internat, avec un semestre en gynécologie obstétrique fortement conseillé selon les universités.**

C) Pas de différence de prise en charge :

L' HAS rappelle que le pronostic materno-fœtal a été **comparé pour le suivi systématique des grossesses à bas risque entre les obstétriciens ou les gynécologues, et les sages-femmes et /ou les médecins généralistes. Il n'y avait pas de différence** (recommandation de grade A, fondée sur des études scientifiques de fort niveau de preuve). [22]

Dans son travail de thèse, [12], S. Boulet-Hamza soulignait que dans l'étude de 2342 dossiers d'accouchements à la maternité du C.H.U de Nîmes sur 2 ans, il n'y avait pas de différence de suivi entre gynécologue et médecin généraliste pour une

grossesse normale et ce quel que soit le risque encouru par la patiente pendant sa grossesse.

La thèse de J. Perret a également montré qu'il n'y avait pas de différence de qualité du suivi de grossesse entre les généralistes et les gynécologues [23]

Une étude écossaise menée en 1993-1994 [29] a comparé les suivis « partagés » (par les obstétriciens, les sages-femmes et les médecins généralistes) des grossesses normales au suivi par les sages-femmes ou les médecins généralistes seuls, après établissement d'un protocole commun avec les obstétriciens. Il ressort de cette étude que - la surveillance prénatale des patientes à bas risque peut être effectuée par les généralistes et les sages-femmes, - le suivi délivré par les généralistes et les sages-femmes améliore la continuité des soins, - le suivi des grossesses à bas risque par le médecin généraliste ou la sage-femme diminue le nombre de consultations spécialisées et le nombre de consultations de routine. [38]

Une enquête suisse rattachée à l'OMS arrive aux mêmes conclusions [30]. Les réseaux généralistes/sages-femmes sont aussi efficaces que les soins spécialisés dans le cadre du suivi des grossesses à bas risque. Les femmes du premier groupe ressentent une meilleure continuité des soins. Enfin le suivi par les généralistes et les sages-femmes permet également une réduction des dépenses. [30]

D'autres travaux ont établi que le médecin généraliste a les compétences professionnelles conformes aux recommandations de bonne pratique [32, 33]

La mission périnatalité 2003 insiste d'ailleurs sur la **nécessité de restaurer la place du médecin de famille dans le suivi de grossesse.** [26]

2.2 Le sexe du professionnel :

Dans notre étude, on constate que les **réponses sont variées : certaines patientes préfèrent avoir à faire à une femme, d'autres à un homme**, pour d'autres cela n'a pas d'importance.

On retrouve ces réponses variées dans différentes études : L'étude [10] retrouve que certaines patientes sont gênées par un professionnel homme : « Il existe une corrélation entre le ressenti des femmes à aborder les problèmes gynécologiques et

le genre du médecin généraliste : certaines femmes qui avaient un médecin-homme trouvaient plus souvent gênant, inapproprié ou inimaginable d'aborder des problèmes gynécologiques avec lui » [10].

Dans d'autres études, les patientes disent ne pas accorder d'importance au sexe du professionnel : les patientes ne se tournent pas forcément davantage vers leur généraliste lorsque celui-ci est une femme. [2]

Cette notion était retrouvée dans le travail de S. Hureau [10], les femmes qu'elle a interrogées déclaraient à 74,8% ne pas attacher d'importance au genre masculin ou féminin du médecin traitant pour le suivi de grossesse. (En revanche elles étaient un peu moins nombreuses (67,5%) à ne pas attacher d'importance au sexe du médecin pour leur suivi gynécologique). [10]

Par contre, du côté des professionnels, on se rend compte que les femmes suivent davantage de grossesses que les hommes.

En 2003, dans le suivi des femmes par les médecins généralistes en Gironde [33], les médecins de sexe féminin suivaient plus de femmes enceintes que les médecins de sexe masculin, ce que l'on retrouve dans l'enquête [31].

Un travail de thèse effectué en 2009 auprès des médecins généralistes en Savoie et Haute-Savoie par G. Volant [14] montrait également une différence significative : les femmes médecins déclaraient suivent des grossesses pour 81,1% d'entre elles alors que les hommes médecins déclaraient suivre une grossesse pour 60,5% d'entre eux. Les femmes de l'étude suivaient plus de 10 grossesses par an pour 36 % d'entre elles contre 11,1 % pour les hommes.

Les femmes ont été plus souvent suivies par leur médecin généraliste lorsque c'était une femme. Il semble que la féminisation de la profession favorise le suivi de la grossesse par le médecin généraliste. Les femmes suivies ne déclarant pas accorder plus d'importance au genre du médecin que les femmes non suivies, il semble que ce résultat soit plus lié à une différence d'investissement des médecins-femmes par rapport à leurs confrères hommes [10], hypothèse corroborée par l'étude [33], les médecins femmes effectuaient plus de suivi que les médecins hommes. [12]

De même, en 2001, dans la région PACA [12], les femmes-médecins sont plus concernées par le suivi de grossesse que les hommes médecins.

Les femmes généralistes font en moyenne plus d'actes de gynécologie que les hommes, notamment en ce qui concerne les frottis. [24]

Par contre, dans le travail de C. Boulnois [35], le sexe du professionnel n'influence pas le nombre de grossesses qu'il suit par an.

2.3 Le suivi gynécologique antérieur :

Dans notre étude, les patientes ne citent pas le critère de suivi gynécologique antérieur comme critère de choix du professionnel. Par contre, en leur posant la question, on s'aperçoit que beaucoup de tournent effectivement vers le professionnel qui les suit habituellement sur le plan gynécologique.

On constate dans d'autres études que le choix du professionnel consulté pour le suivi de la grossesse était lié au choix du professionnel consulté avant la grossesse pour le suivi gynécologique. Beaucoup de femmes se sont dirigées naturellement vers le professionnel qui les suivait antérieurement. [2]

« Les femmes ont souvent choisi la même personne pour leur suivi grossesse et leur suivi gynécologique antérieur » [15], ce qu'on retrouve également dans le travail de S. Hureau où « 66,3% des femmes ont consulté en premier lieu le médecin qui les suit habituellement pour le suivi de dépistage. » [10]. De même dans le travail de B. Gros-Lenne [28] où le suivi gynécologique antérieur est le troisième critère de choix des femmes

En ce qui concerne **les sages-femmes, elles peuvent depuis quelques années effectuer un suivi gynécologique** « Depuis la loi HPST en 2009, les sages-femmes peuvent effectuer un suivi gynécologique de prévention et de contraception pour les femmes en âge de procréer. Nous pouvons imaginer que cette nouvelle compétence permettra d'améliorer l'implication des sages-femmes dans le suivi de grossesse, dans la mesure où elles assureront le suivi gynécologique en amont de la grossesse. » [15]

Pour le médecin généraliste, les patientes le choisissent également davantage s'il effectue leur suivi gynécologique : « Il existait une différence significative selon le suivi gynécologique habituel : **les femmes suivies par leur généraliste pour leur consultation gynécologique étaient environ cinq fois plus nombreuses à choisir ce dernier pour le suivi de leur grossesse.** » [2], dans l'étude [36], parmi les femmes qui ont fait suivre leur grossesse par leur médecin généraliste, le suivi gynécologique était assuré par ce médecin dans 33% des cas.

« Finalement, le choix du professionnel qui suivra la grossesse semble conditionné bien avant la mise en route de la grossesse, les femmes se tournant vers le professionnel qui les suit habituellement sur le plan gynécologique en dehors de toute grossesse. » [2]

Encore faut-il que les femmes sachent que leur médecin généraliste peut faire de la gynécologie : dans notre étude, on voit que beaucoup de patientes ignorent aussi que le médecin généraliste peut effectuer des suivis gynécologiques et dans l'étude [28], parmi les patientes qui ont un médecin généraliste, seules 43,3% des patientes savent que leur médecin généraliste fait de la gynécologie et ce chiffre tombe à 27,6 % parmi les patientes qui ne se font pas suivre en gynécologie par leur médecin généraliste.

L'idée de l'étude [33] est donc d'informer les patientes et de leur proposer le suivi gynécologique dès l'adolescence.

2.4 La durée de la consultation :

Nous avons vu dans notre étude que pour certaines patientes, la durée de la consultation était suffisante.

Pour d'autres au contraire la consultation est trop rapide, elles auraient besoin de plus de temps pour poser toutes leurs questions, notamment chez le médecin généraliste ou le gynécologue-obstétricien .

Ce manque de temps est parfois explicitement attribué au planning serré de la profession médicale en elle-même : la disponibilité restreinte étant pour certaines un « attribut -non contesté- de la profession médicale. » [20]

Certaines choisissent la sage-femme pour une histoire de durée de consultation. **En effet, la durée des consultations est significativement plus élevée dans le groupe des sages-femmes que celui des gynécologues-obstétriciens** [15], il n'y a pas de comparaison établie avec le groupe des médecins généralistes car trop peu de patientes suivies par leur médecin généraliste dans cette étude.

Les sages-femmes revendiquent une pratique avec des consultations longues. [20]

Les consultations de suivi de grossesse sont de toute façon longues car outre les différents temps de l'examen clinique et des prescriptions, les femmes et leurs conjoints ont un grand besoin d'information et de réassurance. La première consultation notamment dure très longtemps, car il faut recueillir les antécédents, expliquer les dates importantes, le déroulement de la grossesse et son suivi, les différents examens que l'on va faire, et donner des conseils pour la vie quotidienne. [24]

Dans l'étude [24], certains médecins ont précisé oralement qu'au vu de la cotation de la consultation, ils ne pouvaient pas se permettre de passer 30 à 45 minutes avec une patiente. On peut donc se poser la question de revaloriser les consultations de suivi de grossesse, notamment la première ?

2.5 L'équipement du professionnel :

Pour répondre à une interrogation des patientes dans notre étude, à savoir si le médecin généraliste avait l'équipement pour le suivi de grossesse, une enquête réalisée en 2003 auprès des médecins généralistes de l'Ain montrait que **la plupart d'entre eux possédaient tout le matériel minimal pour réaliser une surveillance de grossesse, à l'exception de l'écho-doppler fœtal** (seuls 37 % le possédaient). [37]

2.6 Le suivi sur recommandations :

Dans notre étude, nous constatons que certaines patientes choisissent le professionnel qui va suivre leur grossesse **en fonction des recommandations professionnelles ou de leur entourage**, ce qu'on retrouve dans l'étude [15] :

« Beaucoup de femmes se sont dirigées vers un professionnel en suivant à la fois les conseils de leur entourage et du corps médical. » [15]

2.7 Le suivi par la même personne :

Notre étude nous montre que beaucoup de patientes aimeraient être toujours suivies par la même personne. Ce critère est cité dans l'étude [33], dans l'étude [2] : « le suivi par le spécialiste était plus pratique car il pouvait faire les échographies, ainsi tout le suivi était fait par le même praticien ».

Dans les améliorations possibles, on pourrait veiller à ce que les patientes soient toujours suivies par la même sage-femme tout au long de la grossesse, afin d'avoir un suivi global souvent apprécié par les parturientes. [15]

Les études [11] et [22] de **l'HAS recommandent que le suivi soit assuré, autant que possible, par un groupe restreint de professionnels avec qui la femme se sent en confiance (grade A), et idéalement par une même personne.**

On retrouve donc ici la notion d'équipe ou de réseau de soins.

2.8 Le lien avec le professionnel :

Notre étude souligne l'importance pour les patientes du lien avec le professionnel, ce qu'on retrouve dans l'étude [2] : «les patientes se sentaient plus à l'aise avec leur médecin traitant pour l'examen gynécologique et poser des questions ; le médecin traitant suivait toute la famille. » [2]

Le choix du généraliste pour le suivi de grossesse est vécu par beaucoup de patientes comme la **suite logique d'une relation** et la plupart des femmes l'ont également consulté car elles le connaissaient et étaient à l'aise avec lui. [3]

Pour certaines, c'est un atout, pour d'autres au contraire **le fait de connaître trop bien leur médecin généraliste était un frein**. On retrouve ça dans l'étude 13 : « 3% des femmes ont déclaré que croiser le médecin qui s'occupe de leur suivi

gynécologique dans leur vie quotidienne représentait un obstacle. » Ce qui veut donc dire que ça ne pose pas de problème pour 97 % des femmes. [10]

2.9 Les autres critères de choix du professionnel :

Dans l'étude [28], après la compétence, **les critères de choix cités par les patientes sont par ordre décroissant :**

- **la proximité, le suivi gynécologique habituel par plus d'une patiente sur deux**
- **le désir d'être suivie par un praticien unique, les qualités humaines de ce praticien, le désir de bénéficier à chaque consultation d'un examen doppler pour rechercher les bruits du cœur fœtaux, la disponibilité du praticien en cas d'urgence par plus d'une patiente sur trois**
- le désir d'être suivie par un praticien pratiquant régulièrement les accouchements, le désir que le soignant soit une femme, les grossesses antérieures suivies par ce soignant par plus d'une patiente sur cinq
- le désir que les échographies utérines soient effectuées par le même praticien, le désir d'être suivie d'emblée dans la maternité où elle souhaite accoucher, les qualités du lieu d'accueil, le désir d'être suivie en gynécologie obstétrique par un praticien autre que le médecin de famille par souci d'intimité, le soignant conseillé par un proche, le suivi médical général habituel effectué par ce soignant, soignant conseillé par son médecin généraliste (ou autre soignant), seul soignant connu pouvant assurer des suivis de grossesses, gratuité des soins. [28]

Pour le généraliste, les critères étaient d'abord la proximité puis la disponibilité en cas d'urgence, les compétences, les qualités humaines du soignant, le suivi gynécologique habituel par ce soignant… alors que pour les gynécologues, le critère de compétence était toujours le premier cité… [28]

On retrouve une meilleure accessibilité comme critère de choix du médecin généraliste pour 51 % des patientes dans l'étude [36]

Quel que soit le professionnel choisi, les critères de choix les plus fréquemment cités sont « compétences », dont l'évaluation est empirique puisqu'il s'agit uniquement

des compétences ressenties par les patientes, « proximité » et « suivi gynécologique habituel ». Les patientes ont donc les mêmes principaux critères de choix mais n'ont pas les mêmes représentations des rôles, des compétences et des domaines d'activité des différents soignants possibles en gynécologie-obstétrique.»[28]

L'étude de J. Perret [23], retrouve également les notions de « compétences », « qualités humaines », « disponibilité », « suivi gynécologique antérieur » sont évoqués par plus de 20% des patientes interrogées.

Concernant la disponibilité, c'est un critère important, cité dans de nombreuses études. Il est frappant de constater dans l'étude [33] que la plupart des médecins se sentent disponibles, y compris ceux qui font plus de 7500 actes à l'année mais plus le nombre d'actes augmente, moins le médecin voit de femmes enceintes pour leur suivi. Pourtant, les médecins n'attribuent pas cela à leur disponibilité. Il est donc difficile d'apprécier le concept de disponibilité. [33]

L'étude [15] retrouve comme critères les compétences, avoir un suivi par le même professionnel (cité 2 fois sur 4) et les qualités humaines (cité 2 fois sur 4) « [15]

Les qualités humaines semblent aux yeux des patientes un élément fondamental du suivi de grossesse.

Dans notre étude, l'âge n'apparaît pas comme un critère de choix, ce qui est similaire dans l'étude [10] où 86% des patientes de l'étude n'accordent pas d'importance à l'âge du médecin pour leur suivi de grossesse.

La capacité du médecin à reconnaître ses propres limites est également valorisée. [20]

Si l'on voulait cibler **le praticien type qui correspondrait aux attentes des patientes** pour la prise en charge de leur suivi de grossesse, il faudrait qu'il soit compétent dans le domaine gynécologique et obstétrical, que son cabinet soit proche du domicile des patientes, qu'il assure le suivi gynécologique habituel des patientes, qu'il puisse assurer le suivi de grossesse jusqu'au troisième trimestre de gestation, qu'il ait des qualités humaines, qu'il soit disponible en cas d'urgences et que si possible il soit équipé à son cabinet d'un doppler pour rechercher mensuellement les bruits du cœur fœtaux. [28]

Théoriquement un médecin généraliste peut remplir tous les critères, pour peu qu'il fasse des formations (du ou formation médicale continue en gynécologie obstétrique), qu'il s'équipe d'un doppler et propose dans un premier temps un suivi gynécologique aux patientes.

Ce sont peut-être finalement les critères recherchés pour tout médecin ? Mais on sait que les attentes envers le médecin durant la grossesse connaissent un effet de renforcement. [11]

2.10 L'influence des caractéristiques de l'échantillon sur la consultation initiale et le suivi :

On remarque que **certaines caractéristiques socio-démographiques des patientes ont une influence sur la consultation initiale et sur le suivi.**

L'âge : les femmes de moins de 25 ans choisissaient plus leur médecin traitant que les autres pour le suivi de leur grossesse. [21], moins de 20 ans pour l'étude [8]

Le lieu d'habitation : c'est un critère retrouvé dans l'étude menée par l'ORSMIP en 2005 [21] puisque dans cette étude l'habitation en milieu rural favorisait le suivi par le médecin traitant, dans l'étude [10] : « les femmes suivies par le médecin généraliste étaient plus souvent des femmes habitant à plus de 30 minutes du lieu d'accouchement.

Les primipares sont plus souvent suivies par leur médecin généraliste selon l'étude [10]

Le niveau socio culturel : Dans l'étude [28] menée par B. Gros-Lenne, les patientes de niveau socio culturel faible et multipares étaient plus nombreuses à consulter leur médecin généraliste pour la première consultation et leur suivi. [28]

Le niveau de couverture sociale : il était plus élevé chez les femmes suivies par un gynécologue-obstétricien que les patientes suivies par une sage-femme [15].

S. Hureau, elle, n'a pas retrouvé de différence significative pour les facteurs déterminant le choix du professionnel qui fait le suivi gynécologique dans sa thèse,

que ce soit au niveau de la zone d'habitation, de la filière d'étude de la femme, de l'activité professionnelle de la femme. [10].

Les résultats concernant le suivi par les médecins généralistes et les sages-femmes permettent de faire plusieurs remarques : les médecins généralistes et les sages-femmes sont amenés à suivre des grossesses de femmes en situation socialement difficile. [21]

3 La place du médecin généraliste au cours de la grossesse :

3.1 La première consultation, le médecin généraliste conserve une place importante :

A) Le diagnostic de la grossesse :

Dans notre étude, on constate que les patientes **consultent souvent leur médecin généraliste pour confirmer et/ou déclarer la grossesse.**

Dans les autres études, on constate que le **gynécologue est le professionnel le plus consulté pour la première consultation**. Dans l'étude 2, les patientes consultent leur gynécologue à 64,33 %, à 3,18 % le planning familial et leur généraliste à 32,48 % pour la première consultation [2]. On retrouve des chiffres similaires dans l'étude [15]. La thèse de Gros-Lenne B. [28] a montré également que pour 39,3 % des femmes, le médecin généraliste a été le premier professionnel consulté.

B) La déclaration de la grossesse :

Le médecin généraliste a établi 10% des déclarations de grossesse dans l'étude [10] (11,1% dans l'étude [15]). **Celle-ci est faite dans la majorité des cas par un gynécologue.** Dans l'enquête nationale périnatale 2010, les gynécologues de ville déclarent 47,6 % des grossesses et ceux en maternité déclarent 26,5% des grossesses, ce qui fait au total 74, 1% déclarées par un gynécologue, alors que le généraliste a fait la déclaration pour 22,4 % des femmes. [7]

Les sages-femmes déclarent davantage de grossesses, puisque cette compétence est récente pour elles : 1,5% dans l'enquête de S. Hureau en 2008, [10] 5,3% pour l'ENP en 2010 et 6,8% dans l'enquête [15] de 2012

On constate une **perte de patientes pour le médecin généraliste entre la 1ere consultation et la déclaration de grossesse**, contrairement aux autres professions. En effet, dans l'étude 13, « les femmes ont vu le même intervenant pour la première consultation et pour la déclaration, excepté les femmes qui ont consulté en premier le médecin généraliste » [10] et on constate en fait que ce changement s'effectue en faveur du professionnel qui fait habituellement le suivi gynécologique. [10]

C) Une vraie consultation :

Dans l'étude [28], 92,2% des patientes **estiment avoir bénéficié d'une vraie consultation auprès du soignant,** à savoir une consultation de 15 à 30 minutes consacrées uniquement à la grossesse, par opposition à celles qui n'ont eu qu'un simple contact direct ou téléphonique avec le soignant, mais elles ne sont que 86,4% parmi celles qui ont vu un médecin généraliste, contre 97,6% pour celles qui ont vu un gynécologue de ville et 100% pour celles qui ont vu un gynécologue obstétricien de la maternité.

D) La première consultation chez le médecin généraliste n'influence pas le suivi :

Les médecins généralistes conservent donc une réelle place en tout début de grossesse puisqu'ils sont les deuxièmes professionnels les plus consultés pour le diagnostic de grossesse et ils jouent un rôle non négligeable dans l'orientation de la surveillance et le diagnostic anténatal au premier trimestre. [7]

Mais **la consultation de suspicion de grossesse n'influence pas le choix du médecin généraliste pour le suivi de grossesse**. En effet, seules « 21% des femmes qui consultaient le généraliste pour la suspicion continuaient avec ce même médecin pour le suivi de grossesse dans l'étude [2]. C'est aussi ce que constatait B. Gros-Lenne dans son travail. [28] Une patiente qui consulte son médecin traitant pour une suspicion de grossesse ne va donc pas forcément continuer son suivi avec son généraliste.

En revanche, les femmes qui choisissent de consulter un gynécologue pour une suspicion de grossesse étaient significativement plus nombreuses à continuer leur suivi avec ce même spécialiste. (98% dans l'étude [2])

E) Un début de réorientation à la fin de la première consultation :

Dans notre étude, on constate que **le médecin généraliste conseille parfois un autre suivi à ses patientes.**

Il est intéressant de voir qu'à la fin de la consultation initiale, certaines patientes ayant vu le généraliste sont déjà réorientées. Dans l'étude [28], parmi les patientes qui ont fait appel à un généraliste pour la première consultation, déjà 15,8% des patientes, soit 1 patiente sur 6 est réorientées par le médecin généraliste sur sa décision vers un gynécologue pour poursuivre le suivi de grossesse (ce qui témoigne peut-être indirectement du non désir de ce médecin généraliste d'assurer le suivi de la grossesse ; 5,3% des patientes se réorientent d'elles-mêmes vers un gynécologue , 28,9 % ont eu la proposition par le médecin généraliste d'être suivies par lui-même pour leur grossesse. Enfin, il est étonnant de constater que 36,8% n'ont ni été orientées vers un autre médecin ou une sage-femme pour le suivi de la grossesse, ni été informées par le médecin généraliste de sa possibilité ou non d'assurer leur suivi de grossesse. Les médecins pensent donc peut-être que cela va de soi.

F) Une première consultation en fonction des disponibilités ?

Il arrive qu'en raison du manque de disponibilité immédiate du professionnel choisi, la patiente reporte alors son choix vers un autre professionnel. On s'aperçoit que les médecins généralistes et les sages-femmes sont plus rapidement disponibles que les gynécologues en ville, eux-mêmes plus rapidement disponibles que les gynécologues obstétriciens de la maternité qui sont les moins rapidement disponibles [28]. **Il est donc possible que les femmes aient consulté d'abord leur médecin généraliste parce qu'il était le professionnel qui pouvait les consulter le plus rapidement, il offre une facilité d'accès**.

3.2 La place du médecin généraliste diminue au fil de la grossesse :

A) Le choix par la patiente du professionnel qui fera le suivi :

Une fois la grossesse confirmée, les patientes choisissent un professionnel pour le suivi : 90,2 % des patientes de l'étude [28] ont choisi d'elles-mêmes un praticien pour leur suivi de grossesse, 10,7% un généraliste, 56,2% un gynécologue en ville, 20,5% un gynécologue obstétricien à la maternité, 1,8% une sage-femme. 9,8% n'ont pas réellement choisi de soignant, on retrouve donc comme dans mon travail quelques femmes qui ne choisissent pas.

B) Les consultations chez le médecin généraliste diminuent au fil de la grossesse :

Les consultations sont de moins en moins fréquentes au fur et à mesure de la grossesse pour le généraliste : « Le premier transfert important s'est fait dès le premier contact, du médecin généraliste vers le gynécologue-obstétricien. Ce transfert de prise en charge s'accroît progressivement jusqu'à la fin du premier trimestre. » [10]. On constate une tendance globale à la diminution au fil de la grossesse des consultations chez le médecin généraliste ou gynécologue de ville et une augmentation chez les gynécologues obstétriciens et sages-femmes.

La proportion totale de femmes qui ont consulté un généraliste, suivi exclusif ou non diminue nettement au cours de la grossesse passant de 22% des femmes au 1er trimestre à 14% au 2ème trimestre puis à 9% uniquement au 3ème trimestre en ce qui concerne l'étude [21]

Les études [36] et [12] constatent également cette diminution de consultations chez le médecin généraliste au fil de la grossesse.

Il existe une **très forte corrélation entre le professionnel qui a le premier contact et celui qui réalise le suivi du premier trimestre et une très forte corrélation entre celui qui réalise la déclaration de grossesse et celui qui réalise le suivi du premier trimestre, excepté pour le généraliste dans les 2 cas** [10].

« Les femmes ont continué à voir au deuxième trimestre le même intervenant qu'au premier trimestre excepté les femmes suivies par le médecin généraliste. » [10].

On note encore des changements de parcours entre le 2eme et le 3eme trimestre pour celles suivies par un médecin généraliste ou gynécologue de ville, la plupart du temps pour raison non médicale… [10]

Apparemment le mécanisme transfert de soins d'un généraliste vers un spécialiste au cours du deuxième ou troisième trimestre de grossesse est commun en France [8].

C) Une réorientation non basée sur des motifs médicaux :

Sur l'échantillon de l'étude [10] (329 personnes), le changement concerne 16 patientes qui étaient suivies par le généraliste et qui ont changé de suivi : « 8 se sont dirigée vers un obstétricien dont 4 de leur décision propre, et 4 après décision du médecin généraliste pour raison non médicale ; 3 se sont dirigées vers un gynécologue de ville de leur décision propre ; 1 s'est dirigée vers une sage-femme de sa décision propre » [10]. **Il est donc intéressant de constater que sur les femmes ayant changé de suivi** entre le 1er et le 2eme trimestre, il s'agit à 75% de leur choix personnel, et à 25% du choix du médecin généraliste, **pour des raisons non médicales !**

L'étude 2 nous montre aussi le relais de ces patientes du médecin généraliste vers le gynécologue obstétricien : Sur 14 femmes suivies exclusivement par un médecin généraliste, certaines ont été adressées à l'hôpital ou chez un gynécologue par leur médecin traitant qui ne voulait plus les suivre ; certaines consultent d'elles-mêmes un gynécologue. [2]

Pour celles qui ont eu leur premier contact avec le généraliste, 82 % sont suivies par un autre intervenant au 1er trimestre et ce changement est une décision des femmes elles-mêmes pour 77,9% d'entre elles, ce qui fait une raison liée au médecin dans plus de 21% des cas (pour raison médicale ou autre) [10]

Est-ce normal que les patientes puissent choisir et « vagabonder », changer de suivi entre deux à l'heure où on parle du médecin référent, **ne faudrait-il pas également un « référent » grossesse ?** Qu'il soit médecin généraliste, gynécologue ou sage-femme et qui ferait la coordination du suivi ? 1ere consultation, déclaration, suivi, orientation vers les échographies s'il n'en fait pas, orientation vers la préparation à l'accouchement, orientation vers la structure de l'accouchement à la fin ? L'étude [11] de **l'HAS recommande en effet le fait qu'une personne coordonne l'ensemble**.

3.3 Les patientes consultent quand même leur généraliste au cours de la grossesse :

Dans notre étude, on voit que **la plupart des patientes qui ne sont pas suivies par un généraliste le consultent quand même au cours de la grossesse**.

Dans l'étude [15], on retrouve que 50,6 % des femmes « se sont au moins une fois adressées à un médecin généraliste, le plus souvent pour des pathologies bénignes en rapport ou non à la grossesse » [15]

De même dans la thèse de S. Hureau, où 55,4% des femmes ont consulté un MG durant la grossesse, en dehors des consultations de surveillance [10]

Le médecin généraliste est souvent en première ligne pour traiter les problèmes intercurrents de la grossesse, même si ce n'est pas lui qui suit la grossesse. [24], ce qui n'est pas forcément évident quand il n'a aucune information sur le suivi de la grossesse, d'où **l'utilité d'un dossier obstétrical** dont on reparlera ultérieurement.

Dans l'étude [33], 80% des médecins voient davantage de patientes enceintes pour des évènements intercurrents que pour le suivi proprement dit et dans l'étude [38], les pathologies intercurrentes représentent 47,5% des consultations, ces patientes étaient suivies dans 72% des cas par un gynécologue obstétricien, 16% par un gynécologue médical et dans 12% des cas par un médecin généraliste. **On constate que parmi les motifs spécifiques de la grossesse, certaines plaintes sont banales** (nausées et vomissements de début de grossesse, demande d'arrêt de

travail). **Certaines en revanche sont beaucoup plus graves** (métrorragies, contractions utérines, HTA, œdème) et ont débouché sur des diagnostics graves (suspicion de GEU, toxémie gravidique, MAP, FCS précoce) et ont nécessité un avis spécialisé en urgence et pour 2 patientes une hospitalisation.

Le médecin généraliste doit donc rester vigilant: si certaines plaintes sont banales, d'autres sont « des sonnettes d'alarme » et doivent nécessiter toute sa vigilance. Surtout s'il ne connaît pas la patiente, c'est un handicap supplémentaire. [38]

On constate lors de ces consultations intercurrentes que certaines préoccupations de la femme enceinte sont constantes, comme la peur d'une complication de la grossesse [38].

3.4 Le choix du généraliste influencé par le fait qu'il propose ou non de suivre la grossesse

Malgré le fait que les patientes le consultent souvent en premier, **le rôle du médecin généraliste « se limite souvent au diagnostic de grossesse et, dans une moindre mesure, à la rédaction de la déclaration de grossesse. »** [15]

Comme nous l'avons vu dans notre étude et ci-dessus, beaucoup de patientes ignorent le fait que le médecin généraliste peut suivre des grossesses. **Il est donc important qu'il propose aux patientes de suivre la grossesse s'il le souhaite**. Nous avons vu que les médecins généralistes voient beaucoup de patientes en tout début de grossesse, ils ont donc là une occasion de proposer leur suivi.

Dans l'étude [2], seulement 28,9 % des femmes ayant consulté un médecin généraliste en tout début de grossesse ont reçu la proposition de suivi par le médecin généraliste lui-même [2], ce chiffre chute même à 4,7% dans l'étude [10] et 1,25 % des patientes le lui ont demandé.

D'autres études ont montré que **le fait d'avoir une proposition influençait la prise en charge par le médecin traitant.** Dans l'étude [10], lorsque le médecin traitant

proposait de suivre la grossesse, la proposition a abouti à un suivi au premier trimestre dans 36,8% des cas. » [10]

Dans l'étude de B. Gros-Lenne, on voit qu'une patiente sur quatre (25%) seulement qui avait initialement consulté un médecin généraliste lors de la suspicion de grossesse le choisit volontairement pour assurer son suivi de grossesse. **Par contre, à partir du moment où le médecin généraliste s'est proposé pour assurer le suivi de la grossesse, cette proportion de patientes monte à presque deux patientes sur trois** (63,6%), ce qui montre que le médecin généraliste est davantage choisi quand il s'investit personnellement dans le suivi de grossesse. [28] L'étude [33] confirme que **plus un médecin propose de faire le suivi de grossesse, plus il suit de grossesses**.

Il aurait été intéressant de savoir le pourcentage de celles à qui on avait proposé parmi celles qui se sont fait suivre par le médecin généraliste mais comme elle le remarque D. Ceylan Sahin elle-même dans sa discussion : « nous n'avons pas posé la question aux femmes qui avaient choisi leur médecin traitant pour le suivi. » [2]

Mais ce qui est vraiment frappant, c'est de constater dans l'étude de C. Boulnois que la plupart des médecins généralistes des patientes de notre étude ont eu l'impression de proposer le suivi à leurs patientes mais qu'il existe apparemment une inadéquation entre les propos des médecins interrogés et ce que les patientes en ont retenu. En effet dans son étude [35], 81% des médecins estiment avoir proposé à leur patiente de suivre leur grossesse.

Le médecin généraliste peut induire un apparent désintérêt en ne proposant pas la prise en charge [28]

Parfois le généraliste ne souhaite pas suivre de grossesse. **Il est intéressant de comprendre pourquoi. Est-ce par manque d'envie, par peur, par manque de formation, manque de temps, de disponibilité ? Par crainte juridique ? Est-ce un choix personnel de ne pas réaliser de suivi de grossesse ?**

Dans l'étude de C. Boulnois [35], 12% des médecins interrogés ne se sentent pas capables techniquement de suivre une grossesse, 13% ne se sentent pas à jour dans les nouvelles recommandations, 10% estiment que ce suivi est trop contraignant en terme de temps, 23% ont peur du risque médico-légal, 35% ont peur

de ne pas déceler une pathologie, 21% ont peur d'avoir une mauvaise nouvelle à annoncer aux patientes.

Dans l'étude [12], 41% des médecins généralistes estiment avoir reçu une formation insuffisante et 19% estiment avoir reçu une formation très insuffisante, donc 60% estiment avoir reçu une formation insuffisante ou très insuffisante. Et très logiquement, les médecins généralistes qui pensent avoir reçu une formation suffisante assurent le suivi des grossesses pour 71% d'entre eux. La plupart des médecins souhaiteraient une formation complémentaire.

C. Boulnois [35] cite une étude en Haute-Normandie où 55% des résidents interrogés estiment leur formation en gynécologie-obstétrique insuffisante et ont le sentiment d'une inadéquation entre la formation hospitalière et la pratique courante de ville, notamment parce que les patientes présentent des pathologies différentes.

Par contre les médecins se sentent **mieux formés à prendre en charge les évènements de santé intercurrents** qu'à participer à la surveillance de la grossesse normale. [33]

Pourtant, dans l'étude [12], on voit que 53% des **médecins généralistes déclarent être motivés par la gynécologie obstétrique** et 15% très motivés. Les médecins sont prêts à suivre plus de grossesses s'ils reçoivent une formation complémentaire. [12].

En effet, dans le travail de C. Boulnois [35] 84% des médecins interrogés apprécient de rôle de médecin de famille, 66% apprécient la relation privilégiée qui peut s'établir avec la patiente, 12% apprécient l'absence de pathologie et 60% jugent même les consultations de suivi de grossesse comme une source d'intérêt et de réjouissance.

3.5 Différencier le côté grossesse et maladie :

Nous avons constaté dans notre étude qu'une partie des patientes ne veulent pas se faire suivre par leur médecin généraliste pour **distinguer le côté grossesse et maladie** : on retrouve la crainte d' «une attente longue en salle d'attente en contact avec des patients potentiellement contagieux. » [10]

Il apparaît que la grossesse est vécue comme un **état de santé particulier**. En effet si l'on se réfère à la définition de la santé donné par l'O.M.S (comme un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité), il apparaît que sans être une maladie, des modifications de la santé se présentent durant la grossesse. [3]

Certaines patientes ont exprimé **un besoin de légitimation de leur état par le médecin traitant du statut de femme enceinte**. Cela représente un statut particulier de non malade mais nécessitant quand même un suivi médical. [3]

3.6 L'exclusion du généraliste dans le suivi par certaines patientes :

On voit dans notre étude que plusieurs patientes ne voient pas le rôle du médecin généraliste.

Dans l'étude [28], l'auteur a demandé aux patientes si elles excluaient un praticien du suivi de grossesse. 71,4% n'excluaient aucun praticien du suivi de grossesse et 26,8% (**plus d'une patiente sur quatre) excluaient le médecin généraliste du suivi de grossesse** par doute sur ses compétences en gynécologie obstétrique, 1,8% excluent le médecin généraliste du suivi de grossesse pour d'autres motifs, à savoir : le manque de matériel médical pour effectuer correctement un suivi de grossesse (échographies, doppler,…), les conditions d'hygiène (crainte d'être contaminée en salle d'attente par une varicelle, une gastro-entérite virale…), le fait qu'il n' assure pas le suivi de grossesse seul jusqu'à l'accouchement. 1,8% excluent la sage-femme du suivi de grossesse par doute sur ses compétences en gynécologie obstétrique. [28]. On constate que les patientes à niveau socio-culturel familial plutôt bas sont plus nombreuses que celles à niveau socio-culturel plutôt élevé à n'exclure aucun praticien du suivi de grossesse et qu'à l'inverse, parmi les patientes excluant le médecin généraliste du suivi de grossesse par doute sur ses compétences, les patientes à niveau socio-culturel familial plutôt élevé sont plus nombreuses que celles à niveau socio-culturel familial plutôt bas. [28]

Certaines patientes qui excluent le médecin généraliste du suivi insistent sur le fait d'être suivies par un praticien unique jusqu'au jour de l'accouchement. Mais certaines d'entre elles ont été suivies par un gynécologue de ville et ont donc été réorientées vers les sages-femmes et/ou les gynécologues obstétriciens de la maternité au cours du troisième trimestre de grossesse et n'ont donc pas été suivies par un praticien unique. [28]

4 Mieux orienter les patientes :

4.1 Le gynécologue-obstétricien suit des grossesses physiologiques :

A) Les recommandations pour les grossesses physiologiques

La faible proportion de choix du médecin généraliste pour le suivi de grossesse est étonnante dans les études par rapport au fait que la plupart des grossesses n'étaient pas considérées au début comme « à risque » et auraient donc pu être suivies par un médecin généraliste ou une sage-femme avec l'aide, si besoin ultérieurement, d'un gynécologue, en cas d'apparition de complications au cours de la grossesse, comme le préconisent plusieurs recommandations.

Dans l'étude [27] du CNGOF, il est **préconisé de différencier les niveaux de risque des grossesses,** définis dans un protocole élaboré par chaque maternité. Plusieurs modalités d'organisations peuvent être décrites suivant l'établissement de santé, dont celle d'une « filière spécifique » où la prise en charge des grossesses physiologiques est effectuée exclusivement par les sages-femmes. Cette organisation vise à **mieux répartir les grossesses en fonction des risques** et à libérer du temps aux gynécologues-obstétriciens pour prendre en charge les grossesses à haut risque. Il peut donc coexister au sein de la maternité deux filières avec leur approche spécifique entre lesquelles les passerelles sont possibles. La mise en place d'une « filière physiologique » peut aller jusqu'à l'identification d'un espace spécifique. [27].

Le professionnel qui voit la patiente en première ligne a la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer auprès des gynécologues obstétriciens si besoin. Pour les aider, l'HAS a établi des recommandations précises selon chaque situation afin de classer le suivi en plusieurs catégories : soit le suivi pouvait être entièrement réalisé par un médecin généraliste ou une sage-femme (A), soit un avis gynécologique est recommandé (A1) ou nécessaire (A2) ou encore un suivi par un gynécologue est nécessaire (B). L'idéal selon cette étude est même d'apprécier le risque avant la grossesse si on le peut. [11]

Le suivi sage-femme et médecin généraliste est également préconisé pour les grossesses à bas risque dans les recommandations de la Haute Autorité de Santé et du plan de Périnatalité de 2005-2007. [25]

La cour des comptes met en avant un **intérêt économique et financier** du partage des grossesses physiologiques avec des sages-femmes. En effet, « les actes des consultations des sages-femmes sont moins cotés par rapport au gynécologue-obstétricien, cela pourrait donc contribuer à réduire le coût des dépenses de santé ». [39]

B) Les patientes consultent quand même un gynécologue :

En France, **le parcours de soins ne concerne pas le gynécologue**, les patientes peuvent donc le consulter librement.

On constate que « les gynécologues de ville assurent majoritairement les suivis gynécologiques avant la grossesse (64,1%) et le suivi du premier trimestre de la grossesse (49,5%). Les obstétriciens assurent majoritairement le suivi du reste de la grossesse (de 49, 8% au deuxième trimestre à 58,4% au 7ème mois) ». [10] **Cette prédominance du spécialiste dans la surveillance de la grossesse initialement normale soulève plusieurs questions** : le choix du spécialiste est-il lié à sa compétence échographique ? Est-il la conséquence du choix de la structure d'accouchement ? ». [10] Certaines cliniques privées proposent par exemple un suivi assuré par un gynécologue-obstétricien sans raison médicale. Ces différences de prise en charge peuvent d'ailleurs constituer des arguments de choix en faveur de l'une ou l'autre des structures…

Parfois, pour les patientes, c'est un choix considéré comme « allant de soi » (« c'est tellement entré dans les mœurs, dans les habitudes », « j'avais envie de faire un peu le suivi comme tout le monde »). [20]

Cette évidence du suivi par un gynécologue découle aussi, en tout cas pour certaines d'entre elles, du **manque de connaissance d'une alternative.** Il s'agit parfois d'une norme qui s'impose d'elle-même plutôt que le résultat d'un choix raisonné. [20]

C) Une surcharge de travail pour les gynécologues-obstétriciens :

Dans sa thèse, S. Hureau a remarqué que les deux tiers des consultations de fin de grossesse ont été réalisées par des gynécologues-obstétriciens alors que la majorité des grossesses ont été physiologiques. Les sages-femmes et médecins généralistes sont formés pour des grossesses physiologiques. « Les gynécologues-obstétriciens ont pour rôle supplémentaire de suivre les grossesses pathologiques. Cela pourrait expliquer une surcharge de travail des gynécologues-obstétriciens qui entraînerait du retard et des consultations plus courtes. » [15]

En effet les **gynécologues sont déjà surchargés** par les grossesses pathologiques, ils devront peut-être **réorienter à terme certaines patientes** dont la grossesse est à bas risque. On constate le paradoxe des patientes qui se plaignent des consultations courtes chez le gynécologue alors que leur grossesse ne présente pas de souci particulier.

Les gynécologues-obstétriciens doivent-ils arrêter le suivi de grossesses à bas risque? Mais souhaitent-ils ne suivre que des grossesses pathologiques… ?

D) Un travail en réseau :

On s'aperçoit que certains médecins généralistes, certains gynécologues de ville réorientent parfois les patientes sans raison médicale vers un professionnel de la structure d'accouchement. **Finalement, la prise en charge des femmes enceintes est « rapidement centralisée et assurée par un membre de l'équipe**

responsable de l'accouchement [qu'il soit sage-femme ou gynécologue-obstétricien] et ce, sans raison médicale évidente. » [10].

Il existe donc une véritable **nécessité d'avoir une collaboration entre les différents professionnels, de travailler en réseaux**, ce qui est un objectif des pouvoirs publics depuis le plan du gouvernement 1995-2000 sur la périnatalité. La plupart des médecins sont favorables au fait de travailler en réseau. Ce travail en réseaux permet également d'améliorer la sécurité périnatale puisque l'ensemble des grossesses est pris en compte dès le début, le repérage des grossesses à risque peut se faire dès le début. [12]

Dans ce réseau, le médecin généraliste a un rôle central d'orientation et de coordination à jouer, à condition d'avoir des protocoles communs (dossier suivi conjoint des grossesses) et une formation adaptée. Les relais pourraient être remplacés par des prises de contact ou avis téléphoniques. **L'HAS recommande une consultation avec un professionnel de l'équipe responsable de l'accouchement en fin de grossesse, elle ne recommande pas un transfert de prise en charge en l'absence de critère médical.**

Une étude menée à Aberdeen (Ecosse) en 1985 montrait déjà **qu'avec une meilleure définition des objectifs de suivi de grossesse, il était possible d'arriver à une répartition plus équilibrée du suivi des grossesses entre spécialistes et généralistes pour des grossesses normales.** [8]

4.2 Certaines patientes ignorent les alternatives au suivi par le gynécologue-obstétricien :

A) Certaines patientes ignorent que les médecins généralistes peuvent suivre des grossesses :

Dans notre étude, on constate que beaucoup de patientes ignorent que leur médecin généraliste peut suivre des grossesses.

En effet, d'après les thèses de S. Hureau [10] et Gros-Lenne B. [28], une des raisons pouvant expliquer le faible rôle du médecin généraliste est la méconnaissance des

patientes concernant les compétences dans le suivi de grossesse de leur médecin généraliste. En effet, « la moitié des femmes méconnaissent les pratiques de leur médecin généraliste en matière de suivi gynécologique et/ou de suivi de grossesse et seulement une femme sur 5 peut affirmer que son médecin réalise des suivis gynécologiques et des suivis de grossesse. » [10], l'étude [33] évoque également le fait que les femmes n'y ont pas pensé par manque d'information.

Dans la thèse 2 , on retrouve ce chiffre : « plus de la moitié des patientes déclaraient ne pas savoir si leur médecin faisait des suivis de grossesse (68,53 %), seulement 23,7 % des patientes étaient au courant que leur généraliste pouvait faire un suivi de grossesse [2]

Les patientes sont souvent surprises lorsqu'on leur propose, souvent elles viennent par hasard pour la prise de sang, des questions en attendant de voir le gynéco. Plusieurs raisons à cela : lorsqu'on parle de suivi dans les émissions ou magazines féminins, on n'évoque pas le généraliste. [24]

Dans l'étude [28] également, seules 29,9% des patientes ayant un médecin généraliste savent qu'il peut suivre des femmes enceintes. Ce qui fait environ 2 patientes sur 3 qui ne savent pas si leur médecin généraliste assure des suivis de grossesse à son cabinet. Celles qui ont un niveau socio-culturel familial plutôt élevé sont plus nombreuses que celles à niveau socio-culturel plutôt bas à ne pas savoir si leur médecin généraliste fait des suivis de grossesse.

Le sujet n'a peut-être jamais été abordé, surtout si les patientes n'ont jamais eu d'examen gynécologique par leur médecin généraliste, les patientes ne savent pas que beaucoup de médecins généralistes ont reçu une formation en gynécologie-obstétrique.

Le médecin généraliste est considéré comme l'intervenant le plus important seulement pour 1,5% des femmes, derrière l'obstétricien, le gynécologue de ville, la sage-femme, le radiologue et le gynécologue de PMI. [10]

B) Les patientes suivies sur le plan gynécologique par leur médecin généraliste sont plus informées sur la possibilité de suivi des grossesses par les médecins généralistes :

Les patientes sont davantage informées de la possibilité de suivi de grossesse par le généraliste parmi celles qui sont déjà suivies sur le plan gynécologique par leur médecin généraliste :

« Comparées aux patientes suivies par un gynécologue, celles qui se faisaient suivre par leur généraliste pour leurs consultations gynécologiques étaient statistiquement plus renseignées sur les compétences de ce dernier en matière d'obstétrique» [2]

Dans l'étude [28], parmi les patientes qui sont suivies en gynécologie par leur médecin généraliste, 71,4% savent qu'il peut suivre une grossesse, contre 18,4% parmi celles qui ne sont pas suivies en gynécologie par leur médecin généraliste.

C) Les patientes ayant un médecin généraliste femme sont plus informées sur la possibilité de suivi des grossesses par le médecin généraliste :

« Il existe une corrélation entre la connaissance des femmes sur les pratiques de leur médecin et le genre du généraliste : les femmes ayant un médecin-femme pensaient plus souvent qu'elle réalisait des suivis gynécologiques et les femmes ayant un médecin-homme plus souvent ne savaient pas ou pensaient qu'il n'en réalisait pas. **Les femmes ayant un médecin-femme pensaient plus souvent qu'elle réalisait des suivis de grossesse et les femmes ayant un médecin-homme plus souvent ne savaient pas ou pensaient qu'il n'en réalisait pas** » [10]

D) La méconnaissance des compétences des sages-femmes :

On retrouve ce **manque de connaissance également vis-à-vis des sages-femmes**, la plupart des patientes savent qu'elles peuvent suivre une grossesse physiologique. Par contre, dans l'étude [15], « 21,9% des femmes ne savaient pas

en amont de la grossesse qu'une sage-femme pouvait réaliser des consultations prénatales. » [15]

Comme pour les généralistes, on retrouve « **une tendance à ce que les patientes suivies par une sage-femme soient un peu plus informées des compétences** [de la sage-femme] ». [15]

E) La méconnaissance des compétences de chacun par les professionnels eux-mêmes :

Les professionnels ne sont pas forcément au courant des compétences des autres. Ainsi toutes les sages-femmes savent-elles que les médecins généralistes peuvent suivre des grossesses ? Les médecins généralistes connaissent-ils les compétences des sages-femmes ? Dans l'étude [15], A. Laouenan a pu constater que « certains médecins généralistes ne connaissaient pas les compétences de la sage-femme, notamment celle de prendre en charge le suivi de grossesse en toute autonomie. Par conséquent, nous pouvons imaginer qu'ils orientent peut-être moins leurs patientes vers une sage-femme. » [15]

Si eux-mêmes ne souhaitent pas suivre la grossesse, ils auront peut-être tendance à envoyer directement leur patiente vers un gynécologue-obstétricien.

F) Une insuffisance de connaissance pour un choix éclairé :

Un rapport du CNGOF (Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France) « suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités »en 2011 évoquait les grands principes de la maternité, dont **le fait que les femmes puissent choisir librement le professionnel pour le suivi de leur grossesse**. [27]

Or, il semble qu'il existe un **manque d'information des patientes pour leur permettre d'avoir un choix éclairé** pour le professionnel à qui elles confient leur suivi de grossesse. [15]

L'enquête [28] retrouve également qu'il existe une **méconnaissance de l'offre de soins en général par les patientes**.

Mais dans le travail de C. Boulnois, 93% des médecins interrogés estiment avoir informé leurs patientes des différentes possibilités de suivi. [35]

Dans l'étude [28], l'auteur se pose la question de savoir s'il s'agit vraiment d'une **simple méconnaissance**, il paraît en effet étonnant que les patientes n'aient jamais eu l'occasion de se renseigner. Mais il est possible que certaines patientes aient déjà un projet de suivi qui n'inclue pas le généraliste.

Soit les patientes ne sont pas désireuses de confier le suivi à leur médecin généraliste et ne cherchent pas à se renseigner, soit elles n'osent pas demander à leur médecin s'il fait de la gynécologie obstétrique, la responsabilité est donc probablement partagée. [28]

4.3 Le suivi « imposé » :

« Dans les établissements de santé, les patientes sont [parfois] plus souvent dirigées vers une sage-femme de manière protocolaire que par choix personnel, à la différence des femmes enceintes suivies par une sage-femme libérale, où une démarche personnelle est effectuée par la patiente. « [15]
C'est aussi ce qui se produirait si on impose le suivi aux femmes, cela va à l'encontre du choix par la patiente de son professionnel.

4.4 Améliorer le suivi du dossier et le lien ville-hôpital :

A) Le dossier médical :

Nous avons pu constater dans notre étude que **plusieurs patientes s'inquiètent du suivi de leur dossier et que pour cette raison, elles préfèrent consulter dans la structure de l'accouchement.**

Le dossier médical (et donc par extension le dossier obstétrical) est une **obligation médico-légale** [24]. Une étude a mis en évidence un bénéfice à utiliser un dossier structuré, sans avantage démontré entre support papier ou informatique (grade A) [22]

Le partage des informations entre professionnels de santé est une garantie de sécurité, mais aussi de cohérence pour la femme et l'enfant [22]. L' HAS conseille que ce dossier contienne notamment les résultats des examens cliniques, biologiques, échographiques et autres. [22] Il est par ailleurs important que la femme puisse conserver son dossier personnel.

Faut-il confier le dossier aux femmes ? Certaines études indiquent que les femmes ont l'impression de mieux maîtriser leur grossesse, se sentent plus impliquées dans les décisions prises, plus à l'aise pour communiquer avec le personnel soignant, sont plus satisfaites de leurs soins de maternité, se sentiraient plus informées et plus confiantes. [24]

Au niveau national, ce dossier est représenté par **le carnet de maternité** : le premier est distribué en 1976 [24]. L'ancien était très peu utilisé car distribué tardivement, les femmes l'oubliaient souvent, les médecins ne le demandaient pas, cela faisait doublon avec leur propre dossier médical, il n'était pas utilisé non plus par les spécialistes, certains médecins ne le connaissaient pas. [24]

Dans le travail de C. Boulnois [35], 68% des médecins interrogés trouvent utile le carnet de maternité mais 56% ne le trouvent pas satisfaisant.

Le nouveau est toujours peu utilisé, pour les mêmes raisons. Dans la thèse de S. Boulet-Hamza, [12] , 57 % des médecins généralistes déclarent l'utiliser. Seules 59,1 % des femmes ont déclaré avoir reçu le carnet [7]

Dans certains logiciels, il peut y avoir une maquette pour le suivi de grossesse, pratique pour le praticien qui ne remplit qu'une fois mais la patiente n'a pas de copie. On revient donc au problème de communication entre les professionnels. Certains réseaux de périnatalité comme en Haute-Normandie utilisent un dossier unique et partagé via extranet : le dossier périnatal partagé (DPP). Inconvénients : seule la patiente en a la clé et seuls les médecins du réseau peuvent l'utiliser.[24]

Reste le dossier médical partagé (DMP), dans lequel sera inclus le suivi de la grossesse, qui devait être mis en place en 2007 mais qui n'est pour l'instant pas encore mis en place.

A.L Cases [24] a donc essayé en 2009 **d'élaborer un dossier sur un support informatique pour le suivi des grossesses à bas risque**. Ce dossier n'est pas intégré dans le logiciel mais intégré à microsoft excel, basé sur les recommandations de l'HAS et du CNGOF. [24] Le projet était intéressant, j'ai donc contacté A.L Cases afin de savoir ce qu'était devenu son projet. Elle l'utilise toujours ainsi que de nombreux médecins l'ayant testé pour son étude. Elle a contacté un logiciel pour essayer de l'intégrer dedans.

B) Un manque de communication ville-hôpital :

Les femmes arrivent parfois en consultation à la maternité sans aucun dossier, parfois avec un dossier où tout est mélangé (administratif, résultats bio…), parfois avec un courrier du médecin qui informe que la grossesse se déroule normalement sans rien expliquer de plus. Ce qui donne au spécialiste une mauvaise image du généraliste et ne lui facilite pas le travail lorsqu'il reprend le dossier en cours sans lettre, appel ni courrier. Parfois, cela l'oblige à represcrire des examens en doublon, déjà effectués.

Et au contraire, **le médecin généraliste qui voit une patiente pour un problème intercurrent et ne suit pas la grossesse n'a souvent aucune information**, aucun résultat biologique en dehors de la transmission orale par la femme.

Le courrier de compte rendu d'hospitalisation arrive parfois longtemps après l'accouchement, quand le médecin traitant a déjà revu sa patiente, le gynécologue-obstétricien néglige donc aussi le partage des infos avec le médecin généraliste. [24]

La thèse de S. Boulet-Hamza [12] regrette également le **manque de communication entre ville et hôpital**. En effet, parmi les médecins généralistes de l'étude, la non- satisfaction prédomine. Ils dénoncent une insuffisance voire une absence de coopération avec les gynécologues médicaux et obstétriciens, le manque de coordination avec les services spécialisés et les sages-femmes et le manque de retour d'informations sur les patientes adressées au spécialiste.

Une bonne communication entre les différents intervenants permet pourtant une meilleure continuité et une meilleure coordination des soins, en évitant par exemple de répéter les examens.

En 2003, les états généraux de la naissance retrouvent « **des difficultés majeures de communication entre les différents professionnels de la naissance et entre les professionnels et les usagers.** » [20]

Pourtant l'étude [11] de l'HAS souligne l'importance de la coordination et collaboration entre les différents professionnels.

4.5 Comparaison avec d'autres suivis européens :

Dans certains pays comme le Royaume-Uni ou les Pays-Bas, l'entrée dans la filière d'obstétrique n'est prise en charge que lorsqu'elle passe par une sage-femme, sauf pathologie avérée. Aux Pays-Bas, si une patiente veut consulter un gynécologue pour sa grossesse sans raison médicale, l'assurance maladie ne prend pas en charge la consultation. [39]
Au Royaume-Uni, les sages-femmes assurent le suivi de la grossesse (hors échographie) et de l'accouchement (hors péridurale). Les gynécologues-obstétriciens interviennent, à l'hôpital uniquement, en cas de complication. En l'absence de facteur de risque, le suivi de la grossesse est donc assuré en ville, par des sages-femmes, salariées du National Heath Service (NHS). L'essentiel des naissances interviennent en milieu hospitalier, sous la responsabilité d'une sage-femme, sauf
complication. [39]

Le modèle suédois pourrait également être un exemple de prise en charge, où « les patientes présentant une grossesse physiologique sont suivies exclusivement par une sage-femme dans les centres de soins, laissant les grossesses compliquées aux gynécologues-obstétriciens. » [15]

Les Pays-Bas, la Finlande et l'Islande appliquent également ce modèle.

5 Les forces de l'etude :

1. La méthode :

Le choix d'une étude qualitative permet de s'intéresser davantage au ressenti des patientes qu'aux statistiques de l'échantillon. On trouve peu d'études qualitatives

s'intéressant au sujet. La plupart des études trouvées sont plutôt des études quantitatives.

2. **Le choix des entretiens semi-dirigés** :

Il permet de ne pas influencer les patientes pour les réponses avec des questions fermées. Les premiers entretiens permettent d'enrichir les questions de relance et les thèmes abordés en fonction des réponses des patientes.

Le choix de faire 2 thèses parallèles et complémentaires permet de confronter les points de vue des patientes à ceux de leurs médecins généralistes puisqu'il s'agit bien de leurs médecins qui ont été interrogés dans l'étude de C. Boulnois. Là encore, on trouve peu de doubles enquêtes sur ce sujet.

Dans l'étude 2, l'auteur précise que « l'idéal aurait été de réaliser un questionnaire parallèle auprès des médecins généralistes. » Elle ajoute qu'il serait intéressant de connaître les freins vécus par les médecins généralistes pour réaliser une surveillance de grossesse. » [2]. On retrouve ce même constat dans l'étude [10]

C'est ce que nous avons réalisé grâce à la thèse parallèle de C. Boulnois, qui a interrogé les médecins généralistes.

6. Les points faibles de l'étude :

6.1 Les difficultés de l'enquête :

Au cours de cette enquête, nous nous sommes heurtés à **quelques difficultés :**

-obtenir un **contact par téléphone** : pour obtenir 25 rendez-vous, nous avons passé plus de 100 appels.
Certains conjoints nous demandaient de rappeler ou ne voulaient tout simplement pas nous passer leur femme au téléphone !!

-une fois le contact téléphonique obtenu, il fallait **obtenir un rendez-vous** :
Certaines se méfiaient et se demandaient qui nous étions même si nous nous présentions pour expliquer le but de l'étude, certaines demandaient si c'était rémunéré, certaines déclaraient ne pas être intéressées ou ne comprenaient pas

le but de l'étude. D'autres enfin ne souhaitaient pas participer par manque de temps.

-parmi les personnes intéressées pour nous rencontrer, il fallait que **nos disponibilités coïncident.**

-ensuite, pour fixer le lieu de rendez-vous, **la plupart demandaient à ce que ce soit chez elle pour plus de commodité, ce que nous acceptions**. Au début, nous avions imaginé leur donner rendez-vous dans un endroit commun pour enchaîner les rendez-vous au même endroit.

Aller à leur domicile était une importante perte de temps : au niveau des distances (même si nous avons essayé de regrouper les patientes au même endroit mais c'était en fonction de leurs disponibilités) du temps, il fallait prévoir une marge entre chaque entretien pour faire la route, nous faisions donc environ 4 entretiens par jour alors qu'en commençant, nous espérions en faire une dizaine par jour !

-une fois le rendez-vous fixé (25 rendez-vous fixés), 1 personne a annulé le rendez-vous quelques jours avant, 1 autre a annulé en dernière minute et 5 personnes n'étaient tout simplement pas au lieu de rendez-vous sans aucune explication, nous avons donc finalement réalisé 18 entretiens.

-lors du rendez-vous, certaines étaient encore assez méfiantes : une a demandé à son généraliste si ce genre d'enquête existait vraiment et lui a demandé si elle devait accepter. Heureusement, ce dernier l'a rassurée et l'a invitée à participer ! Une personne nous a demandé la présentation d'une carte professionnelle.

Certains pensaient que nous étions envoyées par l'hôpital pour « faire de la publicité à l'hôpital ». D'autres pensaient que les éloges ou les critiques prononcées seraient répétés. Nous avons donc dû les rassurer en leur disant que nous n'étions pas là pour parler d'une personne en particulier et que tous les noms seraient effacés de l'étude.

6.2 Limites liées aux biais des personnes interrogées :

Nous nous sommes aperçues que **plusieurs femmes qui avaient répondu étaient liées au milieu médical** et connaissaient l'intérêt d'une thèse, ce qui biaise un peu la population qui m'a répondu. En effet, il y avait une pharmacienne, une orthophoniste, une infirmière et une psychologue parmi les enquêtées.

De plus, alors que nous avons appelé autant de femmes ayant accouché au centre hospitalier qu'à la clinique, nous nous sommes aperçues **qu'aucune femme ayant accouché à la clinique n'avait accepté de nous rencontré**, nous n'avons donc rencontré que des femmes ayant accouché au Centre Hospitalier de Dieppe, ces femmes ayant peut-être plus l'habitude du côté universitaire, avec les internes, les étudiantes sagefemmes… ?

6.3 Les limites liées à la méthode

Le fait de réaliser notre étude uniquement sur le Centre Hospitalier de Dieppe malgré des essais à la clinique des Aubépines fait de notre étude **une étude unicentrique**, et le **secteur privé n'est pas représenté** dans l'étude. Or, nous pouvons supposer que la population de l'hôpital et de la clinique ont quelques différences. En effet, dans l'étude [15], on constate que « l'âge des patientes est différent selon le lieu d'accouchement. En effet, 47,6 % des femmes ont plus de 30 ans dans la maternité de la clinique, et 30,7% dans la maternité du CHRU. La couverture sociale des patientes est également différente selon le lieu d'accouchement. Les patientes accouchées à la maternité d'un CHRU ont bénéficié dans 11,4% des cas de la CMU ou d'aucune couverture sociale, et seulement 2,4 des femmes dans la maternité de la clinique. » [15]

Notre enquête est une enquête d'opinion, son intérêt statistique s'en trouve donc réduit.

7. Perspectives :

Nous constatons dans notre étude qu'il existe quelques pistes pour améliorer le suivi des grossesses par le médecin généraliste:

Pour suivre davantage de patientes :

- Informer les patientes des différents suivis de grossesse possibles et notamment du suivi possible par le médecin généraliste puisqu'on constate dans notre étude un manque d'information des patientes. Le médecin généraliste peut profiter d'une consultation pour confirmer ou déclarer la grossesse pour proposer ce suivi.
- Proposer le suivi gynécologique aux patientes puisqu'on sait que le suivi gynécologique antérieur influence le choix du professionnel pour le suivi de la grossesse.

Pour mieux répondre aux attentes des patientes :

- Prendre en compte que la grossesse est un moment particulier sur la plan psychologique pour les femmes, qu'elles attendent notamment une prise en charge globale, où le professionnel se soucie également du vécu de la grossesse, du plan psychologique.
- Cerner les patientes à risque d'un mauvais vécu psychologique de la grossesse, en fonction notamment des antécédents.
- Informer les patientes non seulement sur le plan médical mais aussi sur le plan pratique, des conseils sur la grossesse, l'accouchement, l'allaitement. Le rôle du médecin est aussi de l'aider à faire le tri parmi toutes les informations que la patiente peut lire ou entendre.
- Proposer l'entretien du 4ème mois, la préparation à la naissance, on peut également proposer une consultation supplémentaire ou des fiches écrites.
- Consacrer du temps aux consultations de suivi de grossesse.

Pour assurer une prise en charge de qualité :

- Evaluer dès le début de la prise en charge le risque de la grossesse afin d'adresser la patiente vers le suivi le plus approprié.
- Poursuivre sa formation par de la formation médicale continue, notamment pour se sentir à l'aise dans le suivi des grossesses
- Appliquer les protocoles existants et les recommandations de suivi.
- Travailler en réseaux formels ou informels, avoir des correspondants disponibles auxquels le médecin généraliste peut demander un avis sans forcément passer la main.
- Rester vigilant lors de consultations pour des problèmes intercurrents de la grossesse

Pour améliorer le lien ville-hôpital :

- Rédiger une lettre ou un compte-rendu de consultation lorsque la patiente est adressée à la structure de l'accouchement ou au spécialiste.

VI CONCLUSION

Nous constatons que les médecins généralistes suivent globalement peu de grossesses.

Certains ne proposent pas et/ou n'ont pas envie par stress, peur, manque de formation, manque de temps…

Mais on constate que beaucoup de patientes ignorent que le médecin généraliste peut suivre des grossesses mais également ne savent pas si leur propre médecin traitant suit ou non des grossesses.

Certaines n'ont probablement pas cherché à se renseigner, ayant un projet excluant d'emblée le médecin généraliste, par doute sur ses compétences, par pudeur…

Les deux thèses réalisées en parallèle avec C. Boulnois permettent de combiner des entretiens auprès de femmes enceintes et de généralistes et de croiser les différents points de vue impliqués.

Les études soulignent la diversité des attentes parmi les patientes d'une part, la variabilité des pratiques professionnelles tant parmi les médecins que les sages-femmes d'autre part .

Nous constatons ainsi une hétérogénéité des conceptions de la grossesse, oscillant entre un processus physiologique et une situation médicale à risque.

Les patientes françaises ont une habitude de consulter un gynécologue pour le suivi de la grossesse, y compris lorsque celle-ci ne présente à priori aucun risque particulier.

Mais la baisse des gynécologues à venir, nécessité de pallier ce manque si on veut leur laisser le temps de s'occuper des grossesses pathologiques.

Il est donc nécessaire d'orienter au mieux les patientes afin qu'elles puissent bénéficier du suivi le plus adapté à leur situation et de redonner une place de choix aux sages-femmes et aux médecins généralistes qui ont toute compétence pour assurer le suivi des grossesses à bas risque.

Pour ce faire, il est nécessaire que les patientes soient mieux informées sur les suivis gynécologiques et obstétricaux.

En ce qui concerne les médecins généralistes, il faut également leur donner les moyens de mieux suivre les grossesses par des formations adaptées, revalorisation par exemple des consultations de grossesse.

Nous constatons en effet que beaucoup d'entre eux sont motivés et intéressés pour suivre des grossesses.

Ainsi, dans l'étude [12], un généraliste confie : « j'assure peu de suivis de grossesse, car c'est un moment privilégié comme la cerise sur un gâteau. S'il y a trop de cerises, je ne les apprécierais pas ! »

Références bibliographiques :

[1] : Etats généraux de la naissance-conférence de presse, CNGOF. Juin 2003

[2] : Ceylan Sahin Derya « Femmes enceintes : quels sont leurs critères de choix du professionnel assurant leur suivi ? Enquête réalisée sur la maternité de Sens. » Faculté de médecine de Dijon ; 2012

[3] : Prevot-Stimec I. Thèse de médecine générale. Les attentes des femmes enceintes envers leur médecin généraliste dans le cadre du suivi de grossesse. Faculté de médecine de Nantes : s.n., 2005

[4] : Leroy F., « histoire de naître : de l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé », Editions De Boeck, 2002, 456 p

[5] : Parcours de soins coordonné. www.sante.gouv.fr/qu-est-ce-que-le-parcours-de-soins.html

[6] : site de l'ordre des médecins de Haute Normandie : http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas_Haute-Normandie_2011.pdf

[7] : Kermarrec Morgane et Blondel Béatrice enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003

[8] : contribution of specialists to antenatal care in France : impact of level of care during pregnancy and delivery- Journal of Epidemiology and Community Health. 1987

[9] : Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. DREES, étude n° 791, mars 2012.

[10] : Hureau Sophie. Thèse de médecine générale. Suivi des femmes enceintes. Parcours de soins et raisons du non-choix du médecin généraliste pour la surveillance de la grossesse. Faculté de Bordeaux : s.n., 2008

[11] : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. HAS/recommandations professionnelles. Mai 2007

[12] : Boulet-Hamza S. Thèse de médecine générale. Le suivi des grossesses par les médecins généralistes. Faculté de Marseille : s.n., 2001

[13] : Agguzoli F., Le fur P., Sermet C. Clientèle et motifs de consultation en médecine libérale en 1992. Paris : CREDES (centre de recherches, d'étude et de documentation en économie de la santé) 1994, R 1008 et 1008 bis.

[14] : Ordre national des sages-femmes. Accès par www.ordre-sages-femmes.fr.

[15] : Laouenan Apolline. Mémoire de fin d'études de sage-femme. « Les critères de choix des patientes pour déterminer le professionnel de santé qui assurera sa grossesse ». Faculté de Brest, 2012.

[16] : Sicart D. Les médecins au 1er janvier 2013. DREES, étude statistique n° 179 avril 2013

[17] : Répertoire des professionnels de santé sur www.ameli-direct.fr

[18] : Référentiels métiers et compétences : Médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues-obstétriciens. Paris : Berger-Levrault ; 2010, p.79-119

[19] : Pasquier E. Mémoire de médecin générale : comment préparer et réaliser un entretien semi-directif dans un travail de recherche en médecine générale ? Lyon, 2004

[20] : Manaï Dominique, Burton-Jeangros Claudine, Elger Bernice. « Risques et informations dans le suivi de la grossesse : droit, éthique et pratiques sociales. » Stämpfli Editions SA Berne . 2010

[21] : Delobel M., Dr Cayla F., Dr Grandjean H. Le suivi et l'orientation des femmes enceintes : Enquête auprès de 1650 femmes ayant accouché en Midi-Pyrénées en 2005, Observatoire Régional de la Santé de Midi-Pyrénées. 2006 p12-35, consulté de : www.orsmip.org/tlc/documents/RAPPORT_MATERNITES.pdf

[22] : « comment mieux informer les femmes enceintes ? », recommandations professionnelles, HAS, avril 2005, 56 p

[23] : Perret J. La place du médecin généraliste dans la surveillance des grossesses. Thèse de médecine générale. Grenoble, 2002

[24] : Cases Mignot A. L. Thèse de médecine générale. Suivi des grossesses à bas risque en médecine générale : proposition d'un dossier obstétrical informatique. Toulouse III, 2009

[25] : Plan « périnatalité » 2005-2007, « Humanité, Proximité, sécurité, qualité ». Paris : novembre 2004, p 32-37.

[26] : Breart G., Puech F., Roze J-C., "Mission Périnatalité : 20 propositions pour une politique périnatale », 2003, 24 p

[27] : Suivi et accompagnement des grossesses physiologiques par les maternités : Fondamentaux. Mars 2011. Consulté de : www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/grossesses_physiologiques.pdf

[28] : Gros-Lenne B. Thèse de médecine générale. Critères de choix des femmes enceintes concernant le praticien à qui elles confient leur suivi. Faculté de créteil : s.n., 2005.

[29] : Tucker J.S., Hall M.H., Howie P.W., et al., "Should obstetricians see women with normal pregnancy? A multicenter randomized controlled trial of routine antenatal care by general practionners and midwives compared with shared care led by obstetricians". BMJ, march 1996 ; 312 (7030) : 554-559

[30] : Khan-Neelofur D., Gulmezoglu M., Villar J., "Who should provide routine antenatal care for low risk women, and how often? A systematic review of randomized ccontrolled trials". Pediatric and perinatal Epidemiology, Oct. 1998 ; 12 suppl 2 : 7-26

[31] : Chambonet J-Y., Le monnier E., Nivault F., « Suivi en médecine générale des patientes enceintes », Le Concours Médical, 2000 ; 122 : 1363-7

[32] : Chambonet J-Y., Senard R., Collet N., « Surveillance de la grossesse : que font les généralistes ? », la Revue du Praticien – médecine générale, 1999 ; 447 (13) : 169-72

[33] : Etcheto Ader E. Thèse de médecine générale. Facteurs influençant la surveillance d'une grossesse normale par un médecin généraliste en Gironde. Faculté de Bordeaux : s.n., 2005.

[34] : Volant G. Thèse de médecine générale. Suivi de la grossesse par les médecins généralistes : état des lieux en Savoie et Haute-Savoie. Faculté de Grenoble : s.n., 2009

[35] : Boulnois C. Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse : intérêts et difficultés.

[36] : Brillac Th., Leissler Th. Analyse des pratiques professionnelles du suivi de grossesse par les médecins généralistes : enquête en Midi-Pyrénées. 2008

[37] : Le goaziou Marie-France. L'équipement du cabinet médical. La revue Exercer. Novembre 2003.

[38] : Arnaud Agnès, Le Goaziou Marie-France. « Les motifs de consultation obstétricaux en médecine générale, étude descriptive réalisée dans le département du Rhône ». La revue Exercer. Mai/Juin 2006 n°78-90

[39] : Rapport de la cour des comptes. Le rôle de la sage-femme dans le système de soins. Septembre 2011, Chapitre VI, p 190-198.

[40] : Brocas AM, Dupays S, Hini E et al. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. Dress : Etudes et Résultats, Février 2009, n° 679, p2-3.

Annexe 1 : Cararctéristiques des patientes interrogées

Patiente	Age	Nombre de Grossesses	Suivi	Ville
1	18	1	SF PMI	Luneray
2	26	2	SF Libérale	Mesnil-Réaume
3	28	2	MG puis SF	St Aubin-le-Cauf
4	40	2	MG	Neuville-les-Dieppe
5	24	2	SF Hôpital	Neuville-les-Dieppe
6	42	5	SF Hôpital	Le Tréport
7	35	1	SF Libérale	Etalondes
8	38	3	MG	Le Tréport
9	40	8	SF Hôpital	St Valery-en-Caux
10	33	1	GO Libéral	Eu
11	36	2	SF Libérale	Dieppe
12	30	2	SF Hôpital	Dieppe
13	18	1	SF PMI	Longueville/Scie
14	35	3	SF Hôpital	Berneval-le-Grand
15	26	1	SF Libérale	St Nicolas d'Aliermont
16	28	2	SF Hôpital	St Nicolas d'Aliermont
17	27	1	SF Hôpital	Neuville-les-Dieppe
18	34	3	SF Libérale	Neuville-les-Dieppe

RESUME :

Nom : HOULE

Prénom : Claire

Titre : Suivi de la grossesse : critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste. Enquête auprès de patientes de la région dieppoise.

Les femmes françaises choisissent en majorité de faire suivre leur grossesse par un gynécologue, même si la grossesse ne pose pas de souci particulier. Cependant les sages-femmes et les médecins généralistes sont aptes à prendre en charge les grossesses physiologiques et avec la diminution prévue du nombre de gynécologues, une réorientation des patientes vers ces deux professionnels semble nécessaire.

Nous souhaitions savoir dans notre étude par le biais d'entretiens semi-dirigés auprès de patientes sur quels critères les patientes choisissent le professionnel qui va suivre leur grossesse et quelle est la place faite au médecin généraliste.

Nous constatons que la faible part des patientes qui choisissent de faire suivre leur grossesse par leur médecin généraliste est notamment liée à un manque d'information des patientes : peu de patientes sont au courant que leur médecin généraliste peut suivre des grossesses. Il est donc important qu'il les en informe s'il souhaite suivre des grossesses. Le médecin généraliste conserve une place importante en début de grossesse, en ce qui concerne la première consultation, peut-être parce qu'il est facilement disponible. Mais cette consultation débouche rarement sur un suivi ultérieur : même si les patientes consultent leur médecin généraliste au cours de la grossesse, il s'agit davantage de problèmes intercurrents que de suivi de grossesse. Le but de notre étude était de comprendre pourquoi les patientes font si peu suivre leur grossesse par leur médecin généraliste et que peut-on proposer afin que le généraliste fasse davantage de suivis ?

Discipline administrative : médecine générale

Mots-clés : suivi de grossesse, choix des patientes, place du médecin généraliste, étude qualitative