



HAL
open science

Suivi de grossesse : avis des femmes sur le choix du professionnel de santé et la place du médecin généraliste

Audrey Gentric

► **To cite this version:**

Audrey Gentric. Suivi de grossesse : avis des femmes sur le choix du professionnel de santé et la place du médecin généraliste. Médecine humaine et pathologie. 2013. dumas-00910808

HAL Id: dumas-00910808

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00910808v1>

Submitted on 9 Dec 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.

UNIVERSITE DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS
FACULTE DE MEDECINE DE NICE

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 15 Octobre 2013

Par

Audrey GENTRIC

SUIVI DE GROSSESSE :

**AVIS DES FEMMES SUR LE CHOIX DU PROFESSIONNEL DE SANTE ET LA PLACE DU
MEDECIN GENERALISTE**

JURY

Président du jury : Mr le Professeur André BONGAIN

Membres du jury : Mr le Professeur Philippe HOFLIGER

Mr le Professeur Jacques LEVRAUT

Directrice de thèse : Mme le Docteur Cécile MOUILLE-BLANC

UNIVERSITE DE NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTE DE MEDECINE

Liste des professeurs au **1er mars 2013** à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Assesseurs	M. BOILEAU Pascal M. HEBUTERNE Xavier M. LEVRAUT Jacques
Conservateur de la bibliothèque	M. SCALABRE Grégory
Chef des services administratifs	Mme HIZEBRY Valérie
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick
Professeurs Honoraires	M. SERRES Jean-Jacques M. TOUBOL Jacques M. TRAN Dinh Khiem M. ZIEGLER Gérard
M. BALAS Daniel	
M. BLAIVE Bruno	
M. BOQUET Patrice	
M. BOURGEON André	
M. BRUNETON Jean-Noël	
Mme BUSSIERE Françoise	
M. CHATEL Marcel	
M. COUSSEMENT Alain	
M. DARCOURT Guy	
M. DELMONT Jean	
M. DEMARD François	
M. DOLISI Claude	
M. FREYCHET Pierre	
M. GILLET Jean-Yves	
M. GRELLIER Patrick	
M. HARTER Michel	
M. INGLESAKIS Jean-André	
M. LALANNE Claude-Michel	
M. LAMBERT Jean-Claude	
M. LAPALUS Philippe	
M. LAZDUNSKI Michel	
M. LEFEBVRE Jean-Claude	
M. LE BAS Pierre	
M. LE FICHOUX Yves	
M. LOUBIERE Robert	
M. MARIANI Roger	
M. MASSEYEFF René	
M. MATTEI Mathieu	
M. MOUIEL Jean	
Mme MYQUEL Martine	
M. OLLIER Amédée	
M. SCHNEIDER Maurice	

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIREE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	CAMOUS Jean-Pierre	Thérapeutique (48.04)
M.	DELLAMONICA Pierre	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction
	(54.05)	
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	FRANCO Alain	Gériatrie et Biologie du vieillissement (53-01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GERARD Jean-Pierre	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	GRIMAUD Dominique	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	HEBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
Mme	LEBRETON Elisabeth	Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique (50.04)
M.	ORTONNE Jean-Paul	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	VAN OBERGHEN Emmanuel	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BATT Michel	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	BERARD Etienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
Mme	CRENESSE Dominique	Physiologie (44.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)

M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AÏME Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	ROSENTHAL Eric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	TRAN Albert	Hépatogastroentérologie (52.01)

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	ALBERTINI Marc	Pédiatrie (54.01)
Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
M.	BAQUE Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BOUTTE Patrick	Pédiatrie (54.01)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CANIVET Bertrand	Médecine Interne (53.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie réanimation (48.01)
M.	CASSUTO Jill-Patrice	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	DUMONTIER Christian	Chirurgie Plastique (50.04)
M.	FERRARI Emile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
M.	FREDENRICH Alexandre	Endocrinologie, Diabète et Maladies métaboliques (54.04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUERIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	JOURDAN Jacques	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PRADIER Christian	Epidémiologie, Economie de la Santé et Prévention (46.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)

M.	RUIMY Raymond	Bactériologie – virologie (45.01)
M.	SADOUL Jean-Louis (54.04)	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire (51.03)

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

M.	SAUTRON Jean-Baptiste	Médecine Générale
----	-----------------------	-------------------

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ALUNNI-PERRET Véronique	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOLIEL José	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	BERNARD-POMIER Ghislaine	Immunologie (47.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mme	BUREL-VANDENBOS Fanny	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	DOGLIO Alain	Bactériologie-Virologie (45.01)
Mme	DONZEAU Michèle (54.05)	Biologie du Développement et de la Reproduction
M.	FOSSE Thierry	Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M.	FRANKEN Philippe	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	GARRAFFO Rodolphe	Pharmacologie Fondamentale (48.03)
M.	GIUDICELLI Jean	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mme	HINAULT Charlotte	Biochimie et Biologie Moléculaire (44.01)
Mlle	LANDRAUD Luce	Bactériologie–Virologie (45.01)
Mme	LEGROS Laurence	Hématologie et Transfusion (47.01)
M.	MAGNE Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme	MAGNIE Marie-Noëlle	Physiologie (44.02)
Mme	MUSSO-LASSALLE Sandra	Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M.	NAÏMI Mourad	Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
M.	PHILIP Patrick	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	POMARES Christelle	Parasitologie et Mycologie (45.02)
Mlle	PULCINI Céline	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	TESTA Jean (46.01)	Epidémiologie-Economie de la Santé et Prévention
M.	TOULON Pierre	Hématologie et Transfusion (47.01)

PROFESSEURS ASSOCIES

M.	DIOMANDE Mohenou Isidore	Anatomie et Cytologie Pathologiques
----	--------------------------	-------------------------------------

M.	HOFLIGER Philippe	Médecine Générale
Mme	POURRAT Isabelle	Médecine Générale
Mme.	KLEEFIELD Sharon	Médecine Légale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

M.	GARDON Gilles	Médecine Générale
M.	PAPA Michel	Médecine Générale

PROFESSEURS CONVENTIONNES DE L'UNIVERSITE

M.	BERTRAND François	Médecine Interne
M.	BROCKER Patrice	Médecine Interne Option Gériatrie
M.	CHEVALLIER Daniel	Urologie
Mme	FOURNIER-MEHOUAS Manuella	Médecine Physique et Réadaptation
M.	MAGNE Jacques	Biophysique
	M. QUARANTA Jean-François	Santé Publique

Remerciements :

Je tiens tout d'abord à remercier ma directrice de thèse, le **Docteur Cécile MOUILLE-BLANC**, pour sa disponibilité, sa gentillesse, et ses précieux conseils tout au long de ce travail.

Mais aussi pour son rôle de maître de stage, merci de m'avoir appris la rigueur et l'écoute nécessaire au bon suivi des patients en médecine générale ainsi qu'à une relation médecin-patient idéale.

Je remercie mon président de jury, Monsieur le **Professeur André BONGAIN**, d'avoir accepté de tenir ce rôle, et d'avoir été toujours disponible pour répondre à mes questions et me donner des conseils afin d'améliorer mon travail, cela malgré son emploi du temps chargé !

Un grand merci à Monsieur le **Professeur Jacques LEVRAUT**, de faire partie de mon jury, mais aussi de m'avoir permis de faire de la médecine d'urgence, ce que j'ai toujours souhaité, en m'accordant une place dans le DESC.

Je remercie également Monsieur le **Professeur Philippe HOFLIGER**, d'avoir accepté de faire partie de mon jury, d'avoir pris le temps d'évaluer mon travail, et pour son implication dans la formation des internes de médecine générale à Nice.

Je tiens également à remercier le **Docteur Jean-Christophe GARCIA**, médecin à l'hôpital de jour du Centre Hélios Marin, pour m'avoir « coachée », lors de mon stage là-bas. Merci d'avoir répondu à toutes mes questions au sujet de la thèse en général, et de m'avoir appris les bases nécessaires en informatique, de la recherche documentaire à la mise en page finale, en passant par la réalisation de graphiques !

Merci à ma famille, et tout particulièrement **mes parents**, toujours présents et disponibles durant toutes ces années d'études, pour fêter les bons moments mais aussi pour me remonter le moral dans les périodes difficiles.

Une pensée particulière pour **mon grand-père**, qui reste dans mon cœur...

Merci à tous **mes amis**, du tennis, de la fac et d'ailleurs !

Merci à mon **Cédric**, d'avoir croisé mon chemin, pour tous les moments magiques partagés depuis, et pour son soutien durant toute la réalisation de ce travail.

Serment d'Hippocrate réactualisé par Pr Bernard Hœrni.**Bulletin de l'Ordre des médecins - n° 4 d'avril 1996.**

" Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque."

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	11
1- Point de départ.....	11
2- Evolution du suivi de grossesse.....	11
3- Evolution de la formation des gynécologues.....	13
4- Démographie médicale.....	14
5- Médecins généralistes et suivi de grossesse.....	14
6- Notre objectif.....	15
 MATERIEL ET METHODE.....	 16
1- Type d'étude.....	16
2- Réalisation du guide d'entretien.....	16
3- Population étudiée.....	17
4- Recrutement.....	17
5- Entretiens.....	17
6- Analyse des données.....	18
 RESULTATS.....	 19
1- Caractéristiques socio-démographiques des femmes interrogées.....	19
2- Précédentes grossesses.....	20
2.1- Le suivi médical.....	20
2.2- Les déterminants du choix du professionnel de santé pour la grossesse.....	20
2.3- Lieu de suivi.....	22
2.4- Organisation des rendez-vous.....	22
2.5- En cas d'urgence ?.....	23
2.6- Relation avec le gynécologue.....	24
2.7- Secteur 1 ou 2 ?.....	25
2.8- Accouchement.....	26
2.9- Vécu personnel de la grossesse.....	27
3- Autres intervenants lors du suivi de grossesse.....	29
3.1- Rôle des sages-femmes.....	29
3.2- Lien avec le médecin traitant pendant la grossesse.....	29
4- Le suivi de grossesse par un médecin généraliste.....	30
4.1- Pour ou contre ?.....	30
4.2- Arguments des femmes interrogées.....	31
4.2.1- <i>Le gynécologue, spécialiste</i>	31
4.2.2- <i>Gène face au médecin traitant</i>	31
4.2.3- <i>Meilleur suivi par le médecin traitant</i>	31
4.2.4- <i>Compétences du généraliste dans le suivi de grossesse</i>	31

4.2.5- Possibilité du suivi par un médecin généraliste.....	32
4.2.6- Problèmes pratiques.....	32
4.2.7- En faveur d'un suivi moins médicalisé.....	32
5- Résultats en sous-groupes.....	33
5.1- Femmes avec antécédents gynécologiques.....	33
5.2- Femmes d'origine étrangère.....	33
5.3- En fonction du lieu d'habitation.....	34
5.4- En fonction de l'âge.....	34
5.5- En fonction du vécu de la grossesse.....	35
DISCUSSION.....	37
1- Limites de l'étude.....	37
2- Analyse des données.....	38
2.1- Le professionnel de santé ayant réalisé le suivi.....	38
2.2- La proximité et le lieu de résidence.....	38
2.3- La démographie médicale.....	39
2.4- Suivi en médecine générale.....	40
2.5- Comparaisons avec pays voisins.....	40
2.6- Gène face au médecin traitant et féminisation de la médecine.....	41
2.7- Manque d'information.....	41
2.8- Influence de l'âge.....	42
2.9- Accès aux soins.....	43
2.10- Vécu.....	43
3- Pour favoriser le suivi adapté au niveau de risque de la grossesse.....	44
CONCLUSION.....	46
BIBLIOGRAPHIE.....	49
LISTE DES FIGURES.....	52
ANNEXES.....	53
1- Synthèse des recommandations professionnelles sur le suivi de grossesse.....	53
2- Guide d'entretien.....	57
3- Correspondances entre catégories socioprofessionnelles et groupes socioprofessionnels.....	59
4- Types de suivi et structures recommandées pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse.....	61

INTRODUCTION

1- Point de départ

La réalisation de cette thèse est partie d'une constatation que j'ai pu faire lors de mon stage aux urgences gynécologiques : beaucoup de femmes enceintes consultent pour des problèmes liés à leur grossesse qui pourraient être gérés en cabinet de médecine générale.

Plusieurs questions se sont donc posées :

Les gynécologues sont-ils en pénurie ?

Ne peuvent-ils pas recevoir en urgence leurs patientes enceintes ?

Les populations précaires ont-elles accès aux spécialistes sans difficulté ?

Les femmes vivent-elles bien leur grossesse dans ces conditions ?

Pourquoi les femmes ayant une grossesse normale ne se font-elles pas suivre par leur médecin traitant ?

2- Evolution du suivi de grossesse

Alors que la surveillance prénatale a été pendant longtemps centrée sur le spécialiste en gynécologie obstétrique ou l'équipe médicale de la maternité, on semble s'orienter depuis les années 90 vers une prise en charge plus diversifiée (1).

La surveillance optimale d'une grossesse prend en compte plusieurs domaines :

– médical : une meilleure adaptation des soins au niveau de risque. En effet, la « surmédicalisation » a pour effet d'augmenter le taux d'hospitalisation et d'intervention médicale sans qu'il soit mis en évidence un bénéfice sur l'état de santé de la mère et de l'enfant ;

– financier : la nécessité de bien ajuster les dépenses médicales ;

– démographique : la prise en compte de contraintes que générera tel ou tel type de prise en charge ;

– les patientes elles-mêmes : nombreuses plaintes sur les conditions dans lesquelles sont organisés les soins (grandes maternités surchargées, multiplicité des intervenants, technicisation de la grossesse) quand la grossesse se passe bien ;

– psychologique et social : de nombreuses études montrent le rôle du bien-être psychologique des femmes sur l'issue de la grossesse et l'importance des interventions visant à renforcer le soutien psychologique et social pendant la grossesse.

De nombreuses recommandations, françaises (nationales et régionales), mais aussi néerlandaises et anglaises, abordent le sujet des différents professionnels de santé qui peuvent suivre une grossesse (2).

Les données de la littérature permettent de conclure que le suivi d'une grossesse sans complication ou de faible niveau de risque, peut être réalisé par une sage-femme et/ou par un médecin généraliste, sans augmentation de la morbidité « légère » chez les femmes et les enfants avec une moindre utilisation de certains services de santé (hospitalisation, nombre de consultations prénatales), une satisfaction accrue chez les femmes, et une limitation de certains actes (déclenchement du travail lors de l'accouchement par exemple).

En découlent, en 2007, les recommandations HAS sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées (3). Elles s'inscrivent dans le cadre du plan de périnatalité 2005-2007, ensemble de mesures visant à améliorer la qualité des soins et à développer une offre de soins plus humaine et plus proche autour de la naissance.

Les médecins généralistes, les gynécologues médicaux ou les sages-femmes (acteurs de soins de santé primaires faisant des suivis de grossesse) ont la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer, en cas de présence ou d'apparition de facteurs de risque, auprès des gynécologues-obstétriciens (acteurs de soins de santé secondaires).

La femme est libre du choix du professionnel de santé qui la suit. Elle doit être informée des différentes modalités de suivi, notamment du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués. Pour améliorer la continuité du suivi, un nombre restreint de professionnels intervenants est préconisé, voire une seule et même personne. La coordination des soins est importante afin de ne pas multiplier les consultations ou les examens, parfois source de stress supplémentaire pour la future maman.

Il est recommandé qu'une personne « coordinatrice » dans ce groupe restreint de professionnels facilite l'organisation et la continuité des soins ainsi que le lien avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien. Le professionnel de santé responsable du suivi régulier, déterminé en fonction du choix de la femme et du niveau de risque évalué, peut tenir ce rôle de coordinateur.

Enfin, pour aider les professionnels de santé, des recommandations précises pour réaliser un suivi de grossesse ont été rédigées. Elles concernent le nombre de consultations prénatales à programmer, leur contenu (interrogatoire, éléments à rechercher, examen clinique), les échographies, les examens complémentaires obligatoires ou à proposer, en fonction du terme de la grossesse (annexe 1).

De nombreux articles de médecine générale paraissent régulièrement pour rappeler que le suivi de grossesse chez une femme sans antécédent particulier est à la portée de tout médecin généraliste (4),(5).

Pourtant, malgré la tendance actuelle à redonner une place au généraliste dans le suivi des grossesses non compliquées, l'enquête de périnatalité de 2010 ne recense que 4,7% des femmes ayant eu un suivi principalement par leur médecin généraliste. Comparé à 2003, ce chiffre est tout de même légèrement plus élevé, on note également une augmentation plus marquée du suivi par les sages-femmes (11,7%) et la grande majorité des femmes reste toujours suivi par un gynécologue (66,8%) (6).

3- Evolution de la formation des gynécologues

Avant 1984, il existait plusieurs voies d'accès à la gynécologie :

-la voie « royale », c'est-à-dire la voie de l'internat, qui permettait d'acquérir les compétences nécessaires à la pratique de la gynécologie obstétrique ainsi que la chirurgie en 5 ans.

-le CES (Certificat d'études Spécialisées) de gynécologie médicale en 3 ans.

-le CES de gynécologie obstétrique.

La disparition des 2 CES de gynécologie en 1984 a entraîné une altération de l'effectif de la spécialité sur le moyen terme, qui n'a été prise en compte que tardivement (7).

Le ministère a ensuite organisé la création, dans le cadre du DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées), d'une filière spécifique de gynécologie obstétrique, officialisée en 1999.

La gynécologie médicale ne réapparaît qu'en 2003 sous la forme d'un DES également.

Actuellement, le DES de gynécologie obstétrique (5 ans), permet à son détenteur de pratiquer la gynécologie médicale, l'obstétrique, et la chirurgie (8).

Tandis que le DES de gynécologie médicale (4 ans), est plus restrictif. Les grands domaines de cette spécialité sont : la gynécologie endocrinienne, la sexualité, l'infertilité, la contraception, l'orthogénie, l'oncologie et la sénologie.

Il en résulte donc qu'actuellement les gynécologues en activité n'ont pas tous suivi la même formation, et souvent, les femmes ne savent pas exactement quelles sont les compétences exactes du gynécologue qu'elles consultent.

En effet, un praticien détenteur du DES de gynécologie obstétrique peut très bien avoir choisi de faire de la gynécologie médicale et ne pas faire d'accouchement, alors qu'un praticien détenteur d'un CES de gynécologie obstétrique peut faire les accouchements sans pour autant avoir suivi la formation complète de chirurgie.

4- Démographie médicale

Les données concernant la démographie pour la gynécologie laissent présager dès les années 2000 une diminution importante de l'effectif total qui ne semble pas être comblée par l'augmentation annoncée du nombre de poste d'internes (9).

Plus récemment, concernant la gynécologie médicale, le rapport de l'Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé (ONDPS) de 2011 recensait au 1^{er} Janvier 2009, 2071 praticiens pour l'ensemble du territoire dans le répertoire ADELI et 1773 pour les fichiers de l'Ordre.

Leur âge moyen est de 58,4 ans, 97% d'entre eux sont âgés de plus de 50 ans, dont 42% de plus de 60 ans (10),(11).

Pour l'obstétrique, la situation est moins critique puisque l'âge moyen des praticiens est de 47,4 ans, et seulement 16% d'entre eux ont plus de 60 ans.

La répartition prévisionnelle des internes de gynécologie médicale sur la période 2012-2016 aboutirait à terme à l'exercice stable de 1000 praticiens à partir de 2040 après un minimum de 700 en 2025, ce qui est très insuffisant (12).

Plus précisément, dans notre région PACA, au 1^{er} Janvier 2010, l'âge moyen des gynécologues en globalité est de 55 ans. L'indice de vieillissement calculé est élevé pour l'obstétrique, traduisant une situation préoccupante, et encore plus élevé pour la gynécologie médicale témoignant d'une véritable crise démographique (13),(14),(15).

La densité médicale dans notre région est globalement la même qu'en France métropolitaine pour la gynécologie médicale, et elle est plus élevée pour l'obstétrique.

5- Médecins généralistes et suivi de grossesse

Lorsqu'on interroge les médecins généralistes, leurs consultations pour femmes enceintes représentent une partie très faible de leur activité, à l'exception de quelques médecins en zone rurale (16),(17).

Il ressort que les médecins ne sont pas contre le fait de s'impliquer davantage dans les suivis de grossesse, mais souhaiteraient une collaboration accrue avec les autres professionnels de la périnatalité, et la mise en place de formations.

6- Notre Objectif

Pour comprendre pourquoi les femmes préfèrent à priori être suivies par un gynécologue pour leur grossesse, malgré la tendance actuelle à redonner une place au médecin généraliste, et la démographie médicale qui va vers une diminution franche du nombre de gynécologues, nous avons pris le parti d'aller interroger directement les personnes concernées.

Notre travail va donc consister à essayer de préciser les déterminants du choix des femmes lorsqu'elles décident du professionnel de santé qui suivra leur grossesse.

Cela nous permettra d'avoir une idée sur ce que les femmes attendent de leur médecin et des consultations de suivi de grossesse.

L'objectif secondaire vise à recueillir l'avis des femmes sur un suivi de grossesse par un médecin généraliste, dans l'idée de trouver des solutions éventuelles pour promouvoir le suivi de la femme enceinte par son médecin traitant.

Cela permettrait, d'une part, de soulager les gynécologues et leur réserver en priorité les grossesses à risque, et d'autre part, d'éviter de surmédicaliser les grossesses normales, et potentiellement d'améliorer le vécu émotionnel des femmes enceintes.

Ce sujet a déjà été l'objet de plusieurs travaux, l'intérêt du notre est d'utiliser une méthode qualitative par entretiens individuels, différente du questionnaire classique avec ses questions fermées, et de faire varier les lieux de recrutement afin de ne pas interroger uniquement les toutes jeunes mamans.

Le but étant de faire ressortir d'éventuelles nouvelles idées, et pouvoir comparer nos résultats à ceux obtenus dans d'autres départements français.

MATERIEL ET METHODE

1- Type d'étude

Il s'agit d'une enquête qualitative, à visée descriptive, nous avons donc choisi de réaliser des entretiens semi dirigés afin d'être le plus exhaustif possible dans le recueil des données.

Les femmes pourront donc s'exprimer librement, expliquer leur(s) suivi(s) de grossesse(s) antérieur(s), leurs choix, leurs ressentis, et donner leur avis sur le suivi de grossesse en médecine générale.

2- Réalisation du guide d'entretien

Un guide d'entretien a été défini afin d'avoir une trame commune, et pouvoir, par la suite, comparer les données obtenues (annexe 2).

Il a été réalisé avec l'aide du Dr Pia Touboul, docteur en médecine générale, référente en analyse qualitative à la faculté de médecine de Nice, elle fait partie du Département de santé publique au CHU de Nice.

Le guide comporte au final trois parties, avec des questions ouvertes, ayant pour but de laisser les patientes s'exprimer librement.

La première partie concerne le déroulement de leur(s) précédente(s) grossesse(s). C'est-à-dire, la description du suivi médical, les compétences, le côté relationnel des différents intervenants, les déterminants du choix de ces professionnels de santé, et le vécu personnel de la femme enceinte.

La deuxième partie s'intéresse plus particulièrement au professionnel de santé ayant suivi la grossesse (médecin traitant, gynécologue médical, obstétricien, sage-femme).

A savoir : les facteurs ayant déterminés ce choix, les caractéristiques de ce professionnel (homme/femme, privé/public...), les délais de rendez-vous, la prise en charge en cas d'urgence, la relation médecin-patient, les compétences médicales, et l'organisation du suivi jusqu'à l'accouchement.

La troisième partie repose sur la question du suivi de grossesse en médecine générale, l'avis personnel des femmes interrogées, leurs craintes éventuelles, les difficultés techniques, les avantages et inconvénients etc.

L'entretien se termine par le recueil des caractéristiques socio démographiques des patientes : âge, origine, profession, lieu de résidence, prise en charge sociale.

Les antécédents gynécologiques éventuels sont aussi recherchés en fin d'entretien si la patiente n'en a pas parlé spontanément avant, car ils peuvent être un facteur déterminant dans le choix de la prise en charge médicale du suivi de grossesse.

Avant de débiter les entretiens, le guide a été testé sur deux patientes afin de vérifier la compréhension des questions, sa réalisation en pratique, et l'acceptabilité de la part des femmes. Ces tests ont permis de modifier légèrement la façon de poser les questions, pour que l'entretien ressemble plus à une discussion libre qu'à un questionnaire. Les femmes se sentant plus à l'aise ainsi, s'expriment avec moins de retenue, ce qui permet d'enrichir notre travail.

3- Population étudiée

La population cible représente toutes les femmes en âge de procréer.

Pour que l'échantillon soit représentatif de la population, nous avons sélectionné des femmes âgées de 18 à 45 ans, de différentes catégories socio-professionnelles, résidant dans différentes zones démographiques du département des Alpes Maritimes.

Ont été exclues les femmes ne parlant pas correctement le français.

La taille de l'échantillon n'est pas définie, nous avons inclus les patientes jusqu'à saturation des données recueillies lors des entretiens.

4- Recrutement

Le recrutement des patientes a débuté au mois d'Avril, et s'est déroulé dans plusieurs sites pour obtenir un échantillon le plus représentatif possible de la population étudiée.

J'ai commencé par la maternité de l'hôpital d'Antibes, pour recueillir l'opinion des jeunes mamans, puis lors de mon stage en rééducation au Centre Hélio Marin à Vallauris pour inclure des femmes au hasard (hospitalisées pour des motifs différents et sans lien avec la grossesse).

Afin d'avoir également le point de vue d'une population rurale, je suis allée interroger des femmes à l'hôpital de Saint-Etienne-de-Tinée, petite commune des Alpes, proche des stations de sports d'hiver, et dans une école à Causols, petit village de l'arrière-pays niçois.

Enfin, avec l'accord du Dr Bevançon, chef de service de la PMI de Nice (Protection Maternelle et Infantile), j'ai recruté des patientes dont les enfants étaient suivis en PMI, représentant souvent une population plus précaire.

5- Entretiens

Un consentement oral a été demandé aux patientes juste avant de débiter l'entretien.

Leurs numéros de téléphone ont été notés afin de pouvoir éventuellement les recontacter ultérieurement pour avoir des précisions sur un sujet particulier.

Les entretiens ont une durée moyenne de 30 minutes, tous ont été enregistrés et retranscrits le plus fidèlement possible.

6- Analyse des données

Nous avons ensuite réalisé une analyse thématique. Il s'agit d'un codage ouvert, c'est-à-dire que les catégories d'analyse sont issues directement des interviews.

Les verbatim sont analysés et regroupés en catégories et sous catégories ce qui permet de faire ressortir les idées communes.

Une analyse en sous-groupes sera ensuite réalisée pour tenter de mettre en évidence des tendances d'idée en fonction des groupes.

Ce qui pourra peut-être nous permettre de mieux comprendre le comportement et les attentes des femmes enceintes pour leur suivi de grossesse, et d'apporter des pistes pour améliorer la prise en charge globale.

RESULTATS

1- Caractéristiques socio démographiques de la population étudiée

15 entretiens ont été réalisés, entre Avril et Juin 2013.

Les patientes étaient âgées de 19 à 45 ans : 1 de moins de 20 ans, 3 de 20 à 30 ans, 7 de 30 à 40 ans, et 4 de plus de 40 ans.

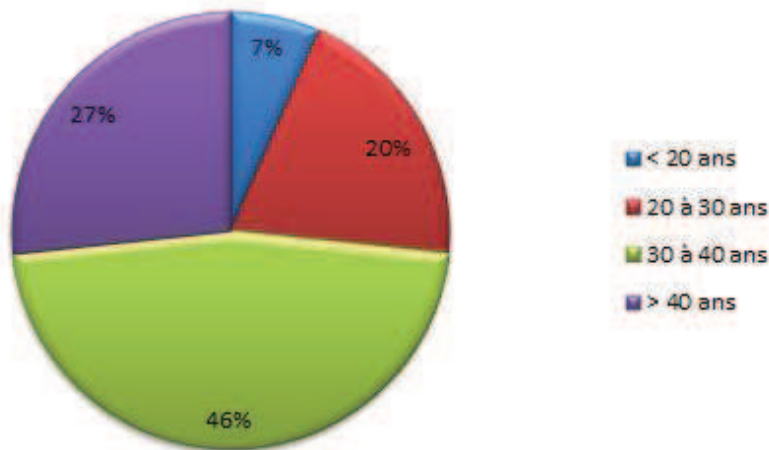


Figure 1 : diagramme de répartition des femmes interrogées en fonction de l'âge

La majorité des femmes sont d'origine française, seules 3 sont d'origine étrangère : espagnole, tunisienne et algérienne.

Les lieux d'habitation sont variés : 7 vivent en milieu urbain, 5 en milieu rural, et 3 en milieu semi-rural.

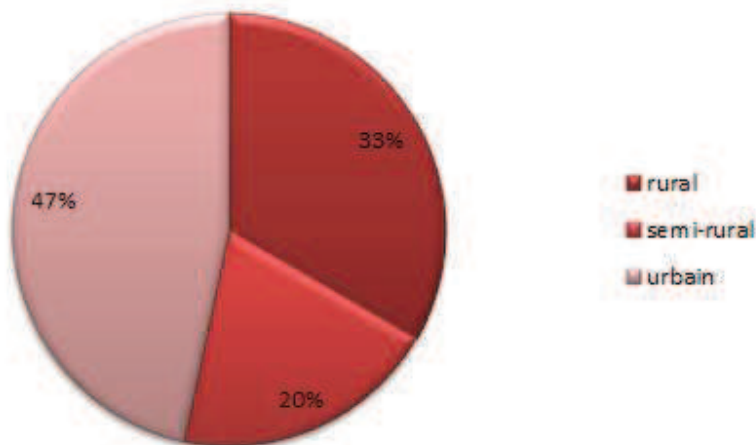


Figure 2 : diagramme de répartition des femmes interrogées en fonction de leurs lieux d'habitation

Les femmes interrogées ont été classées en groupes socio-professionnels (annexe 3) : 3 font parties des cadres et professions intellectuelles supérieures, 3 ont une profession dite intermédiaire, 5 sont employées, et 4 sont sans emploi au moment de l'entretien.

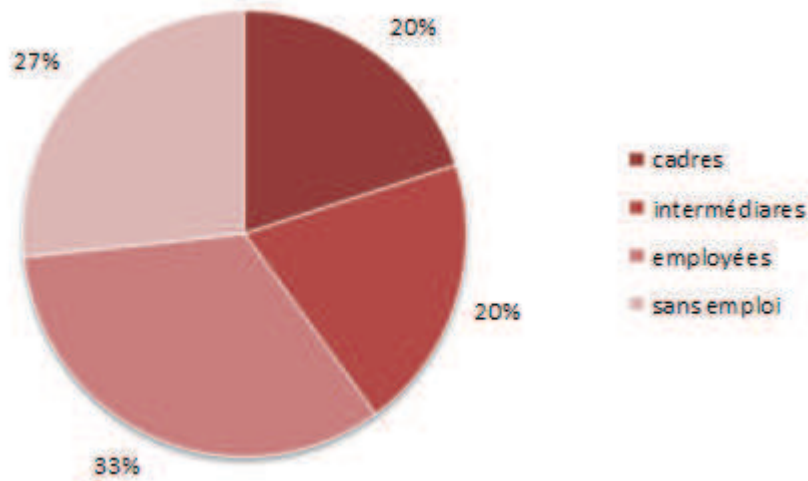


Figure 3 : diagramme de répartition des femmes interrogées selon leur groupe socio-professionnel

La majorité de la population étudiée bénéficie de la sécurité sociale + mutuelle (86,7%), seules 2 femmes ont la CMU.

2- Précédentes grossesses

2.1-Le suivi médical

9 femmes ont été suivies par un gynécologue obstétricien (dont une par un Professeur), 5 par un gynécologue médical, aucune n'a été suivie par son médecin généraliste ni par une sage-femme, une femme interrogée n'avait pas encore d'enfant.

2.2-Les déterminants du choix du professionnel de santé pour la grossesse

Proximité du domicile :

10 femmes ont privilégié la proximité ou la facilité d'accès alors que 2 considèrent que la qualité prime sur la proximité « hôpital mieux réputé »*.

Internet :

4 femmes ont fait appel à internet pour choisir leur gynécologue, en fonction de la proximité essentiellement.

*Note : tout ce qui est entre guillemets rapporte les paroles des femmes interrogées.

Conseils :

5 femmes ont suivi le conseil d'une amie, ou d'un membre de la famille, ou grâce au bouche à oreille. Une a choisi un gynécologue « renommé » car porteuse d'un SOPK (Syndrome des Ovaires Polykystiques), nécessitant un traitement hormonal pour pouvoir tomber enceinte.

Hôpital :

2 femmes voulaient un suivi hospitalier, et ont appelé au secrétariat pour prendre rendez-vous avec un des gynécologues sans préciser lequel.

Déjà connu :

3 femmes ont choisi un gynécologue qu'elles connaissaient déjà :

La première a gardé le gynécologue qui l'avait déjà opérée d'une endométriose (Professeur de gynécologie obstétrique), elle a eu des difficultés à tomber enceinte, et « voulait du sérieux ».

La seconde a été suivie par celui qui s'était occupé de faire son IMG (interruption médicale de grossesse) suite à une malformation détectée à la 1^{ère} échographie.

La troisième a été la seule femme suivie par sa gynécologue habituelle (médicale).

Influence du sexe du gynécologue :

Pour la majorité des femmes interrogées (8 femmes sur 15), le fait que le gynécologue soit un homme ou une femme n'est pas un facteur déterminant leur choix.

4 ont quand-même préféré que ce soit une femme, et 1 que ce soit un homme.

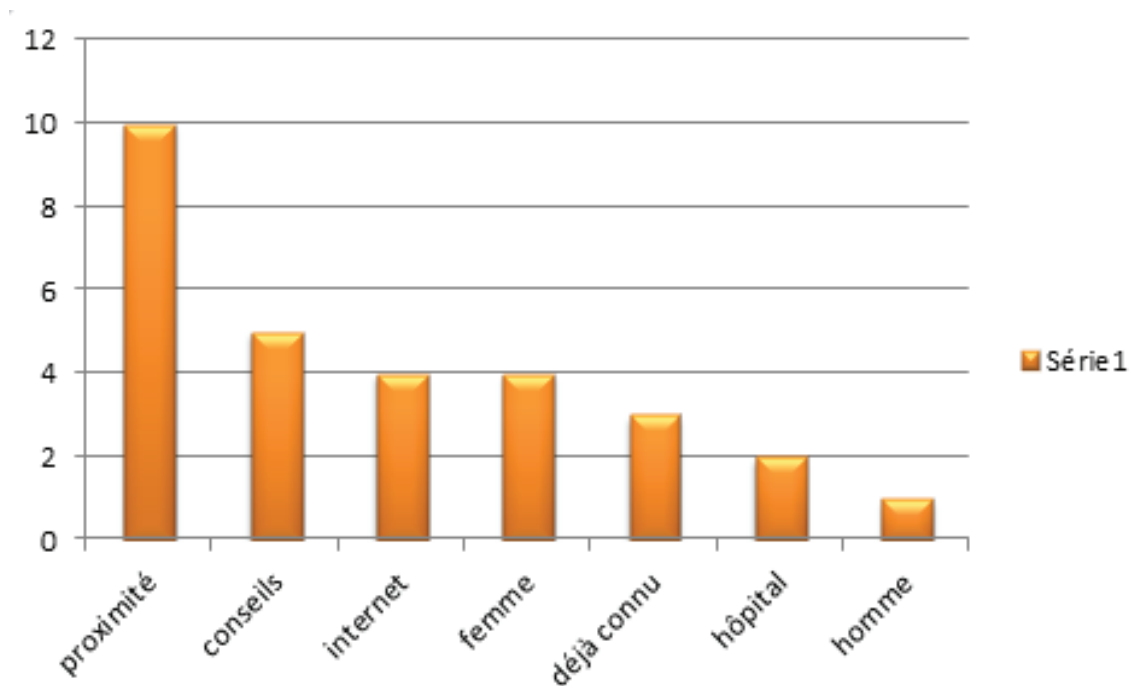


Figure 4 : diagramme de répartition des facteurs influençant les femmes dans le choix du professionnel de santé pour le suivi de grossesse.

2.3-Lieu de suivi

La majorité des femmes ont été suivies par des gynécologues, obstétriciens ou non, en cabinets privés. Les 3 habitantes de Caussols ont préféré être suivies à l'**hôpital** (Grasse) : « lieu sécurisant, rassurant », « tout se fait au même endroit », « maternité bien réputée ».

Une femme voulait être suivie dans un hôpital avec une **réanimation néonatale** (maternité niveau 3) : « au cas où il y aurait un souci pendant l'accouchement », « pour ne pas être séparée du bébé ».

Une femme a choisi la **PMI** (Protection Maternelle et Infantile) de son quartier, et une autre la clinique la plus proche, pour le suivi de leur grossesse.

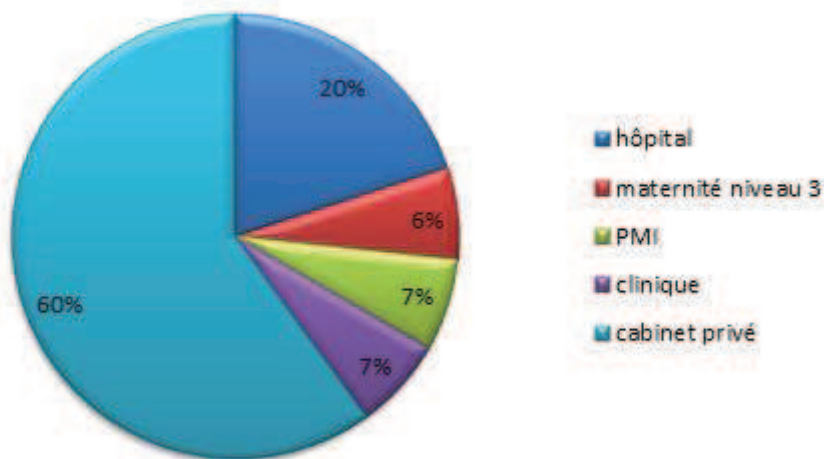


Figure 5 : répartition des femmes interrogées en fonction des lieux de suivi de grossesse

2.4-Organisation des rendez-vous

Prise de rendez-vous :

Pour toutes les patientes, les rendez-vous étaient programmés à l'avance, 1 fois par mois.

Plusieurs mentionnent qu'il s'agit de rendez-vous spéciaux pour les grossesses, les délais de rendez-vous pour les suivis gynécologiques classiques sont parfois de l'ordre de quelques semaines voire quelques mois.

Attente lors du rendez-vous :

4 patientes signalent parfois 2 heures d'attente, car le gynécologue prend des urgences entre deux rendez-vous, ou prend le temps nécessaire avec toutes ses patientes.

2 patientes ont choisi de consulter leur gynécologue à l'hôpital en secteur privé pour ne pas attendre.

2.5-En cas d'urgence

Consultation aux urgences :

Sur les 14 femmes ayant eu des enfants, 6 sont allées consulter aux urgences au moins une fois lorsqu'elles étaient enceintes pour un motif en rapport avec leur grossesse.

- 1 pour des vomissements incoercibles, adressée par sa gynécologue de PMI, et hospitalisée 2 jours.
- 1 pour des contractions à 7 mois de grossesse, directement à l'hôpital sans avis préalable.
- 2 pour des métrorragies du 1^{er} trimestre (une directement, l'autre a appelé SOS médecin dans un premier temps).
- 1 pour une chute, aux urgences d'une clinique à 23h, sinon, elle aurait appelé sa gynécologue.
- 1 à plusieurs reprises, pour des motifs variés, mais essentiellement des métrorragies, aux urgences d'une clinique qui avait un accord avec son gynécologue : la patiente était vue par les urgentistes qui avaient pour consigne de joindre ensuite le gynécologue pour décider de la suite de la prise en charge.

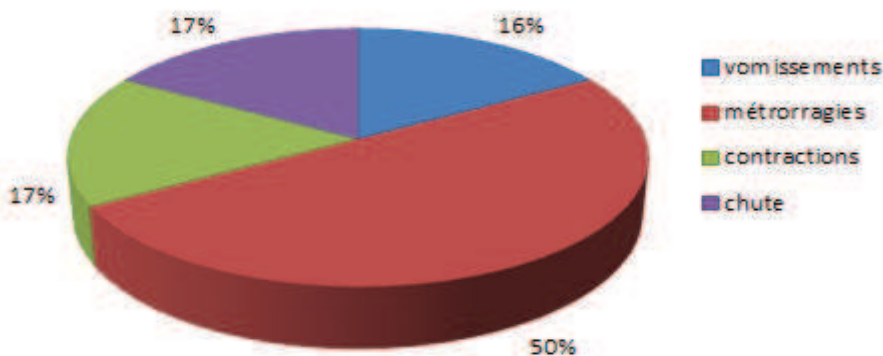


Figure 6 : diagramme de répartition des motifs de consultations aux urgences parmi les femmes interrogées

Moyens utilisés ou utilisables pour les femmes enceintes face à une urgence :

3 gynécologues laissaient leur numéro de téléphone portable à leurs patientes pour les urgences.

4 femmes ont appelé ou auraient pu appeler le secrétariat du gynécologue pour avoir un avis téléphonique (transfert de l'appel au gynécologue).

4 femmes, suivies à l'hôpital, signalaient qu'il était difficile de contacter le secrétariat « j'avais cette crainte, s'il y a un souci entre 2 rendez-vous programmés ?! ».

2 femmes avaient la possibilité d'avancer un rendez-vous, et 5 ont vu ou pensent qu'elles auraient pu voir leur gynécologue en urgence entre deux patientes.

Un gynécologue ne prenait pas d'urgence, et conseillait à ses patientes d'aller directement à l'hôpital, et un autre avait un « accord » avec une clinique : s'il ne pouvait pas recevoir ses patientes au cabinet,

il les envoyait à la clinique avec pour consigne que l'urgentiste l'appelle pour décider ensemble de la prise en charge.

Une femme suivie à l'hôpital serait allée directement aux urgences de l'hôpital pour voir un interne ou un gynécologue de garde.

Une autre appelait son amie chirurgienne (viscérale) quand elle avait besoin d'un avis ou conseil.

Dans l'urgence, une femme a appelé SOS médecin, et n'a pas pensé à joindre son gynécologue.

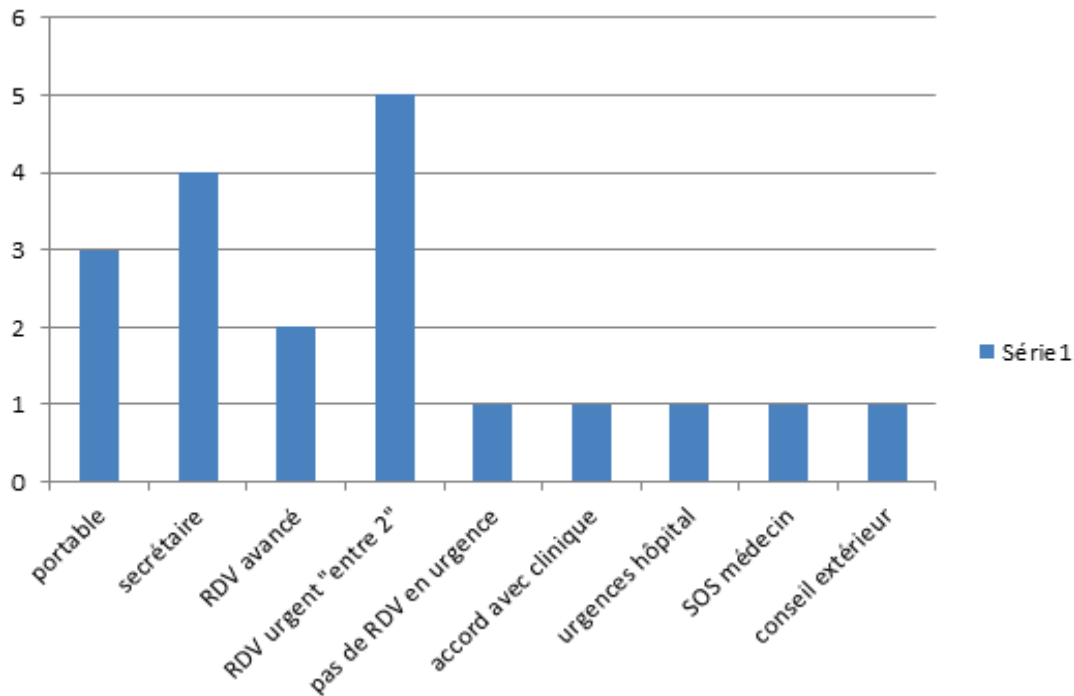


Figure 7 : Diagramme de répartition des moyens utilisés ou utilisables par les femmes interrogées face aux situations d'urgences lors de la grossesse.

2.6-Relation avec le gynécologue

Caractère :

6 femmes ont trouvé leur gynécologue très bien : quelques termes souvent employés « calme, posée, rassurante, gentille, en confiance », parfois « sympa, on s'entendait bien, on est devenu potes ».

6 femmes leurs ont trouvé des défauts : les termes employés le plus souvent « froid, dur, direct, pas sympa », parfois « anxiogène, peu conciliant, pas bavard, caractère spécial : soit ça passe, soit ça casse ! ».

1 femme a dit sortir en pleurs après chaque consultation.

Disponibilité :

La majorité des femmes interrogées (8 sur 15) ont trouvé leur gynécologue très disponible.

Les termes suivants sont revenus à plusieurs reprises : « Prenait le temps », « à l'écoute », « essaie de rassurer comme il peut », « a toujours répondu à toutes mes questions ».

Plusieurs femmes ayant eu des consultations à l'hôpital, trouvent les rendez-vous plus expéditifs et plus froids : « c'est du vite fait », « l'hôpital c'est un peu froid », « le gynécologue ne pose pas trop de question », « il n'aimait pas les gens qui se plaignent ! ».

Compétences :

Dans l'ensemble, toutes les femmes ont trouvé leurs gynécologues compétents voire très compétents, « très bon suivi : ils étaient 2 obstétriciens dans le cabinet, et les 2 connaissaient bien mon dossier, parce que c'était soit l'un soit l'autre pour l'accouchement ! », « tout le monde vous dira que c'est le meilleur de la Côte ! », « suivi parfait, disponible 24h/24, même pendant ses vacances ! » « c'est quelqu'un qui aime vraiment son métier ! », « très carré ».

2.7-Secteur 1 ou 2

La différence n'est pas majeure : 5 femmes ont été suivies par des gynécologues en secteur 1, et 7 en secteur 2, et 2 femmes avaient la CMU.

Les femmes ayant dû payer des dépassements d'honoraires avaient dans l'ensemble de bonnes mutuelles qui permettaient d'être remboursées en totalité ou presque. Une d'entre elle a ajouté : « s'il avait fallu payer un supplément non remboursé, je l'aurais fait, c'était une question de compétence et de sécurité ».

Une seule femme a trouvé les tarifs « horriblement chers ».

La femme qui n'avait pas encore d'enfant pense que : « peu importe le dépassement, c'est un moment tellement important »... « l'haptonomie ça coute de l'argent, mais en aucun cas je ne m'en priverais parce que c'est un tel bénéfice dans la relation parents-enfant ».

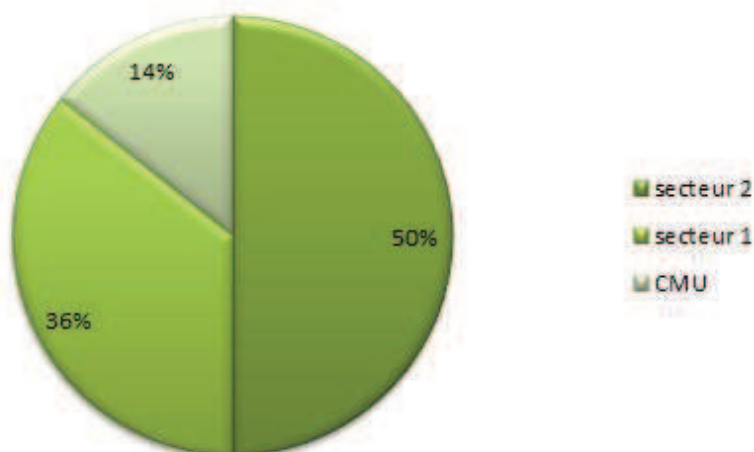


Figure 8 : Diagramme de répartition des femmes interrogées en fonction du secteur d'activité de leur gynécologue.

2.8-Accouchement

Relais vers lieu d'accouchement

7 patientes ont été suivies par un gynécologue obstétricien à l'hôpital ou en clinique du début à la fin, et seulement 3 ont accouché en présence de leurs gynécologues respectifs.

2 femmes ont été suivies en cabinet privé par un gynécologue obstétricien, l'une a programmé son accouchement avec son gynécologue, et l'autre a pris son dernier rendez-vous à l'hôpital.

6 femmes ont été suivies par un gynécologue médical, le relais vers l'hôpital ou la clinique avec la transmission du dossier obstétrical de la patiente a été réalisé à 6, 7 ou 8 mois de grossesse.

Une patiente, pour une de ses grossesses, a été adressée à l'hôpital à 4 mois suite à la découverte d'un diabète gestationnel.

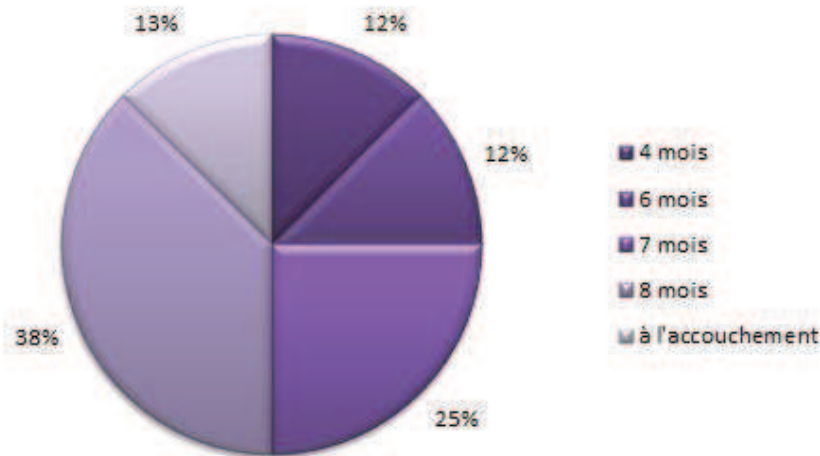


Figure 9 : Diagramme de répartition des dates de relais cabinets privés-maternités au cours de la grossesse chez les femmes interrogées concernées.

Accouchement :

La plupart des femmes (10 sur 14) ont accouché sans la présence de leur gynécologue, et pour 8 d'entre elles, ce sont les sages-femmes qui s'en sont occupées.

« ce n'était pas lui de garde ce jour-là », « à l'hôpital, on ne sait pas qui va nous accoucher ! », « j'ai pas vu de gynéco ! », « il est venu me voir après ! ».

Au total, 4 femmes ont accouché avec leurs gynécologues respectifs :

Deux avaient programmé ensemble l'accouchement (un par césarienne et l'autre par déclenchement), une avait un gynécologue joignable 24h/24 qui se déplaçait systématiquement pour les accouchements, « les sage femmes préparent, mais c'est le gynéco qui fait le geste », et la dernière avait 50% de chance d'avoir son gynécologue présent (de garde un jour sur deux).

Pour ces femmes, globalement, c'était important et plus rassurant d'avoir leurs gynécologues présents lors de l'accouchement, « quelqu'un qui connaissait bien mon dossier », « ça évite un stress supplémentaire ».

La seule femme interrogée qui n'a pas encore d'enfant pense que « c'est fondamental de connaître la personne présente pour l'accouchement, peu importe sage-femme ou médecin, le plus naturellement possible, la confiance est primordiale », « quelqu'un qui connaisse mon projet de naissance, et y adhère ».

Plusieurs femmes ne trouvent pas nécessaire de connaître la personne qui s'occupera de l'accouchement : « je n'ai d'a priori sur aucun médecin, je sais qu'il y aura quelqu'un là », « j'étais rassurée d'être dans un hôpital avec un service de réanimation néonatale ».

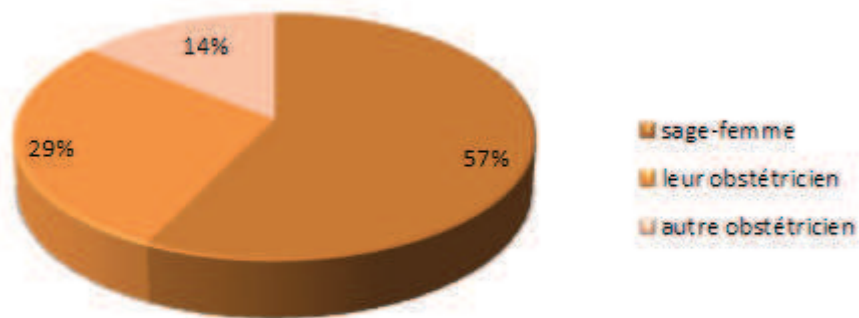


Figure 10 : Diagramme de répartition des professionnels de santé présents lors de l'accouchement des femmes interrogées.

2.9- Vécu de la grossesse

4 femmes déclarent avoir très bien vécu leur grossesse, heureuse, sans aucun stress :

« la grossesse se passait bien, j'étais pas du tout inquiète », « j'étais la plus heureuse du monde, je me portais comme un charme ! », « les trajets, ça s'est très bien passé », « la neige, le trajet, ça m'a pas perturbé du tout ! », « j'avais la pêche jusqu'à la fin ! ».

La moitié des femmes interrogées (7 d'entre elles), ont plutôt bien vécu cette période mais ont rapporté quelques facteurs ayant engendré du stress.

Enfin, 3 femmes ont plutôt mal vécu leur grossesse.

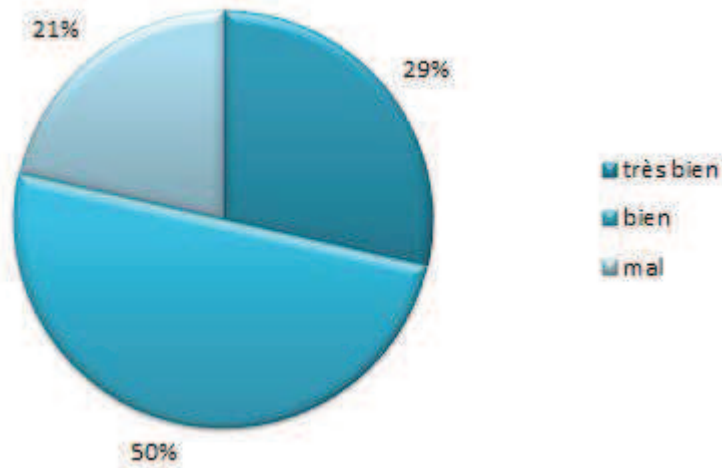


Figure 11 : Diagramme de répartition des femmes interrogées selon le vécu de leur(s) grossesse(s).

Plusieurs causes de stress, ont été retrouvées dans le discours des femmes :

Problèmes d'ordre médical (7 sur 14) :

« j'avais un problème de placenta avec des risques d'hémorragie », « beaucoup de douleurs de sciatique », « j'ai eu du mal à être enceinte, j'ai eu des grossesses à risque », « j'ai été hospitalisée parce que je vomissais trop ! », « j'ai eu un décollement de placenta et j'ai eu beaucoup de contractions ! », « ce truc de diabète, je savais pas exactement ce que c'était, j'avais peur que ce soit le bébé qui soit malade », « le départ a été très dur » (antécédent d'interruption médicale de grossesse lié à malformation), « je ne pouvais pas avoir de péridurale », « le bébé était en siège ».

L'éloignement (3 sur 14) :

« j'étais stressée dans le sens où s'il m'arrivait quelque chose, il fallait faire vite ! », « on a décidé de programmer l'accouchement », « l'angoisse de rester à la maison et de voir neiger », « on a programmé la césarienne, j'ai été moins stressée après ».

Problèmes personnels (3 sur 14) :

« mon père était malade », « très stressée, le boulot ! ».

3- Autres intervenants lors du suivi de grossesse

3.1-Rôle des sages-femmes

Aucune femme n'a été véritablement suivie par une sage-femme, mais plusieurs les ont vues en fin de grossesse, soit pour des monitorings (3 femmes concernées), soit pour des cours de préparation à l'accouchement (4 femmes concernées).

Un suivi à domicile a été mis en place pour une patiente dans le cadre d'une HTA gravidique.

Dans le projet de naissance de la femme sans enfant, elle mentionne le rôle important de la sage-femme, avec la notion de suivi partagé, et l'idée d'un éventuel accouchement à domicile.

3.2-Lien avec le médecin traitant pendant la grossesse

Parmi les femmes interrogées, aucune n'a fait suivre sa grossesse par son médecin généraliste. La moitié d'entre elles n'ont même eu **aucun contact** avec leur médecin traitant tout au long de leur grossesse (7 sur 14) :

« je venais juste de déclarer un médecin traitant parce que j'ai déménagé », « j'avais pas vraiment de médecin traitant ».

Une femme ne l'a vu **qu'en début de grossesse** : « il a fait le diagnostic parce que je vomissais ! ».

Les autres ont consulté leur médecin **au cours de la grossesse**, souvent pour les premiers examens de début de grossesse, et par la suite pour des petits problèmes intercurrents :

« C'est lui qui me prescrivait les prises de sang, et les résultats étaient envoyés aux deux » (généraliste et gynécologue),

« Mon médecin traitant c'est mon mari, et mon gynécologue est un de ses amis donc il était au courant de tout »,

« Il était plus ou moins au courant ; des fois, j'allais le voir pour un rhume, mais pas plus que ça »,

« Il m'a prescrit le salbumol, les médicaments pour les nausées... », « il m'a fait faire la première prise de sang, l'échographie », « je l'ai vu quand j'étais très fatiguée, il m'a fait un arrêt de travail »,

« Dès que j'ai fait le test de grossesse, je suis allée le voir », « très présent, rôle de psychologue parfois », « j'apportais mes résultats ».

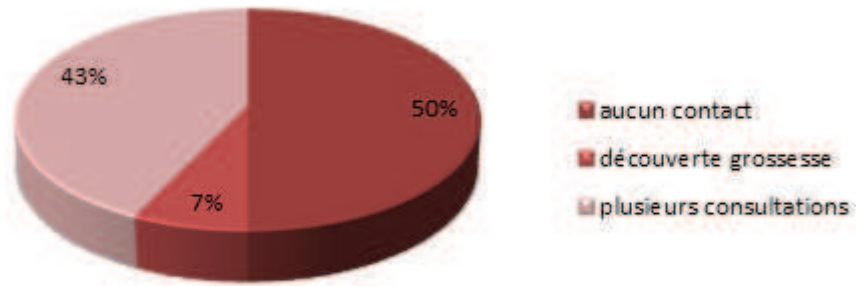


Figure 12 : Diagramme représentant la place du médecin généraliste au cours des grossesses des femmes interrogées.

4- Suivi de grossesse par un médecin généraliste

4.1-Pour ou contre ?

Les femmes sont très partagées concernant un suivi de grossesse par un médecin généraliste : 6 préfèrent être suivies par un gynécologue, 6 seraient prêtes à voir leur généraliste s'il était lui-même d'accord et compétent, et 3 sont indécises.

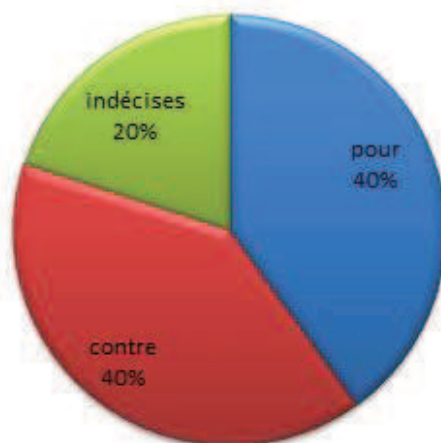


Figure 13 : Diagramme de répartition des avis des femmes interrogées concernant le suivi de grossesse en médecine générale

4.2-Arguments des femmes interrogées

4.2.1- Le gynécologue, spécialiste

Il est plus compétent pour cela, cette idée revient dans le discours de 7 femmes :

« le gynéco saura mieux répondre à mes questions », « c'est pas le même métier »,

« le rôle du médecin généraliste, c'est de s'occuper des problèmes de la vie courante, pas des grossesses »,

« il y a une spécialité pour tout »,

« c'est comme pour le pédiatre, moi, j'emmène pas mes enfants chez le généraliste »,

« c'est plus carré que chez le généraliste »,

« ils doivent savoir faire, les généralistes doivent être compétents pour tout, mais donc on se demande s'ils arrivent à tout gérer ».

4.2.2- Gêne face au médecin traitant

Plusieurs femmes seraient gênées que leur généraliste fasse leur examen gynécologique (rapporté par 6 femmes) :

« rapport au corps différent avec son généraliste »,

« petit village, généraliste trop proche », « je le connais trop bien justement »,

« le gynéco, c'est son métier de faire des examens gynéco, tandis que le généraliste il fait un peu de tout », « ils ne voient plus pareil ».

4.2.3- Meilleur suivi par le médecin traitant

Un tiers des femmes (5 sur 15) pensent que le suivi pourrait être meilleur car le médecin traitant **connait bien ses patientes** :

« depuis 20 ans, connait notre histoire, plus à même de répondre à nos questions existentielles »,

« connait tout de moi »,

« il remarque tout de suite si quelque chose ne va pas, pas besoin de faire de bilan comme chez le gynéco »,

« on peut plus facilement rentrer dans les détails : nausées, constipation, c'est plus familial ».

L'idée de **confiance** en son médecin traitant est retrouvée chez les deux tiers des femmes soit 10 d'entre elles.

« bien ancré dans la famille »,

« mon ami, mon confident, mon docteur, je n'ai confiance qu'en lui ! »,

« il est très compétent, il a été urgentiste avant d'avoir son cabinet ».

4.2.4- Compétences du généraliste dans le suivi de grossesse

Pas de problème de compétence en théorie pour 6 femmes, mais certaines émettent quelques réserves :

« pas de problème de compétence, un médecin peut suivre une grossesse jusqu'au bout »

« vous êtes des médecins, donc il n'y a pas de raison pour que ça ne soit pas possible »,

« s'il a l'habitude, oui, pourquoi pas ? »,

« apte à faire un examen gynéco, reconnaître un col ouvert ou fermé, un saignement...sans problème ! ».

« pourquoi pas ? Mais moi, je l'aurais pas fait »,
 « S'il y a un problème on va chez le gynéco, mais s'il n'y en a pas , le généraliste c'est mieux !»,
 « Il n'y a pas de formation gynéco en plus pour les généralistes ? ».

4.2.5- Possibilité du suivi par un généraliste

Un tiers des femmes soit 5, ne savaient pas que c'était possible :

« je ne savais pas que ça se faisait, mais moi je suis pour, et si elle peut me suivre jusqu'au bout, je serais d'accord ! »,

« je ne sais pas s'il fait ça, c'est pas marqué sur sa plaque »,
 « je ne sais pas s'il fait de la gynéco, mais il pourrait très bien en faire ».

4.2.6- Problèmes pratiques

Un tiers des femmes pensent qu'il pourrait y avoir des problèmes d'ordre pratique (5 femmes) :

4 femmes trouvent que le manque d'équipement, et la nécessité de prendre des rendez-vous en plus pour les échographies pourrait être un problème « c'est plus de déplacements, d'organisation...c'est plus compliqué pour une femme enceinte ».

1 femme fait la remarque que souvent les médecins traitants prennent les patients « sans rendez-vous », et c'est un problème s'il faut attendre longtemps en salle d'attente.

4.2.7- Quelques remarques en faveur d'un suivi moins médicalisé

« Il faut faire des choses naturelles, avant, les femmes, elles accouchaient toutes seules »,
 « Ma mère, c'est son généraliste qui la suivait, ça l'a pas empêché de faire 6 enfants ! »,
 « Les grossesses, accouchements, c'est la même chose depuis des milliers d'années ! »,
 « Ma grand-mère faisait les accouchements sans avoir fait d'étude ».

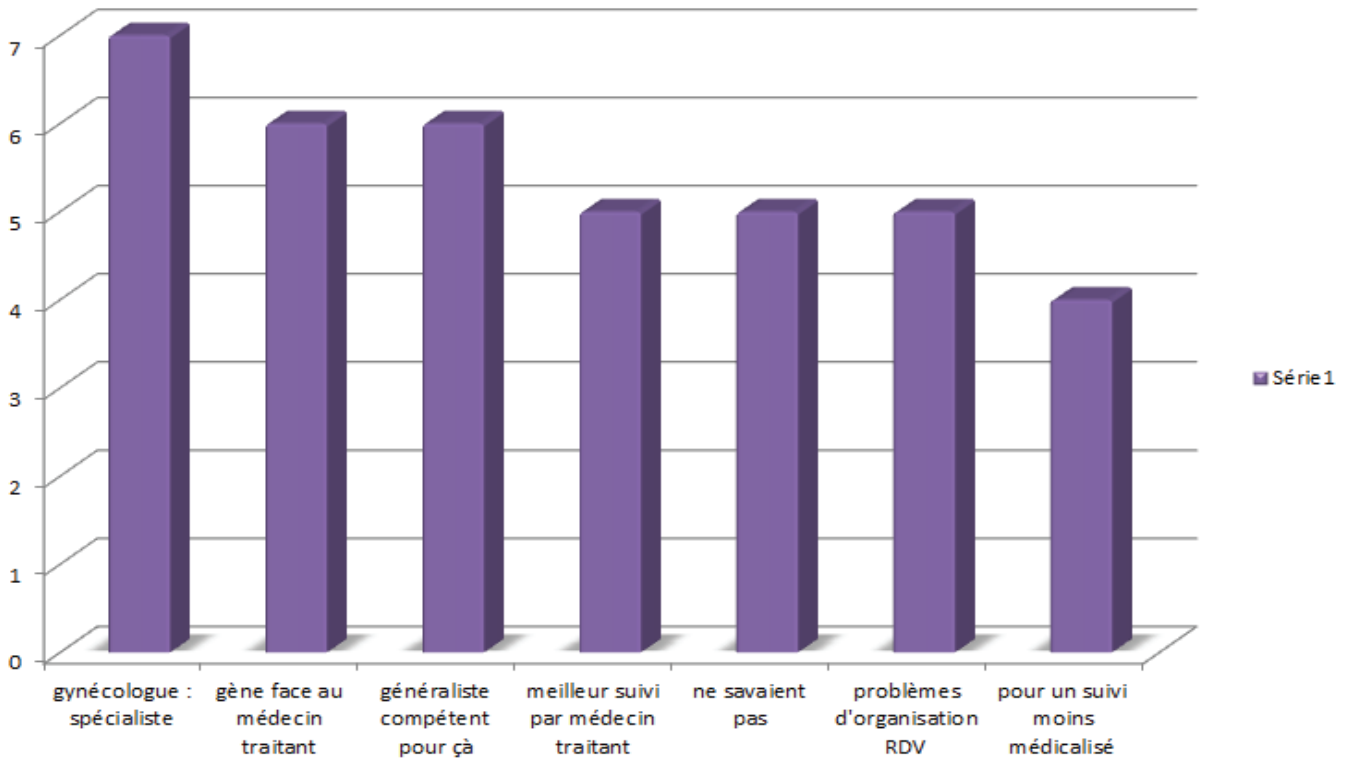


Figure 14: Diagramme représentant les arguments en faveur ou non du suivi grossesse en médecine générale retrouvés chez les femmes interrogées.

5- Résultats en sous-groupes

5.1-Femmes avec antécédents gynécologiques

5 femmes concernées :

- anacranie avec interruption de grossesse
- kystes ovariens, hydrosalpinx
- endométriose opérée
- SOPK (syndrome des ovaires polykystiques)
- IMG (interruption médicale de grossesse) pour malformation détectée lors de la 1^{ère} grossesse.

Parmi elles : 3 n'imaginent pas un suivi par un généraliste, et 2 sont indécises, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas contre, mais ne l'auraient pas fait pour leur propre grossesse.

5.2-Femmes étrangères

Elles sont 3 : espagnole, tunisienne et algérienne, et sont toutes prêtes à se faire suivre par un généraliste pour une future grossesse.

« si elle peut me suivre jusqu'au bout, je serais d'accord parce que, de toutes façons, à l'hôpital, on sait pas qui va nous accoucher »,
 « s'il n'y a pas de problème, le généraliste c'est mieux, il nous connaît bien »,
 « c'est culturel aussi...une femme sur deux dans le monde accouche à domicile. Ma grand-mère, qui ne savait même pas lire et écrire, a fait des milliers d'accouchements dans son village ! ».

5.3-En fonction du lieu d'habitation

Les 5 femmes vivant en milieu rural sont plutôt moins favorables que les autres à un suivi par le médecin généraliste : trois ne le feraient pas, une est indécise, « l'hôpital c'est plus froid », mais « lieu rassurant », et une seule pense que c'est possible, car son mari est médecin généraliste et a fait quelques accouchements dans sa carrière.

Mais, parmi elles, quatre signalent qu'elles iraient voir leur généraliste pour une urgence concernant la grossesse : « éloignée comme ça, s'il y a un problème, c'est bien qu'il soit dans le coin, ça peut éviter un long trajet jusqu'à l'hôpital ».

Par contre, les femmes résidant en milieu urbain ont plutôt tendance à être favorable au suivi de grossesse par le médecin traitant.

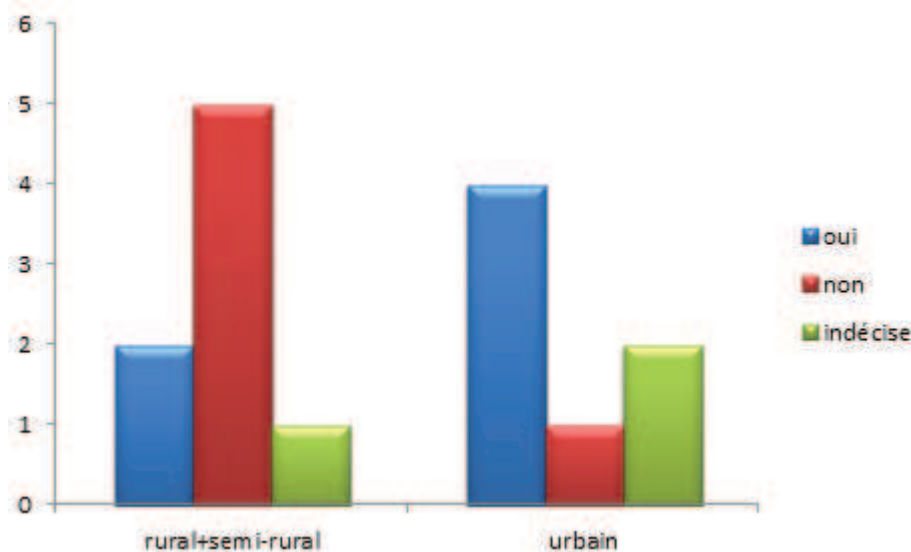


Figure 15: Diagramme de répartition pour ou contre le suivi de grossesse en médecine générale en fonction du lieu d'habitation des femmes interrogées.

5.4-En fonction de l'âge

Il semblerait que les femmes plus jeunes soient plus disposées à se faire suivre par leur médecin généraliste pour une éventuelle grossesse :

Parmi les femmes de moins de 35 ans, la majorité (4 sur 7) a répondu plutôt favorablement et une n'est pas vraiment décidée, alors que chez celles de 35 ans et plus, seulement 2 sont pour, tandis que la moitié est contre (4 sur 8).

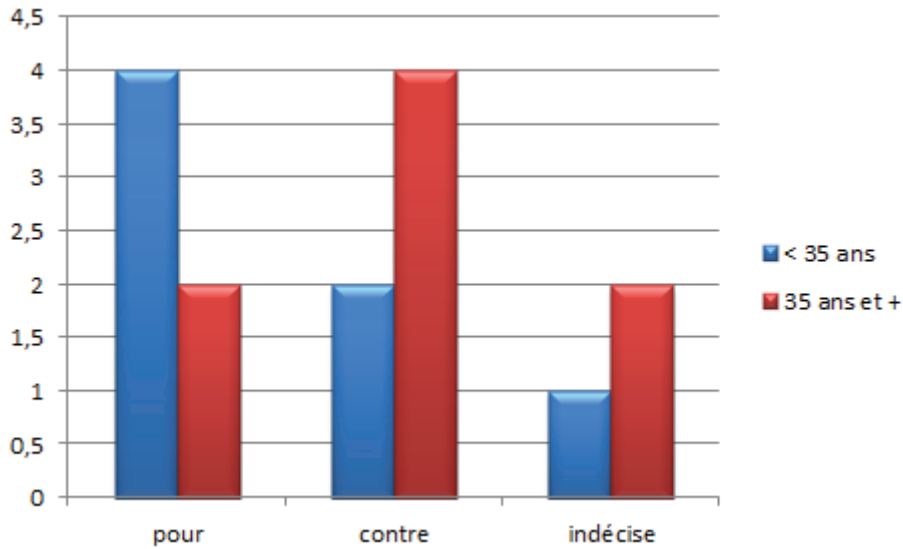


Figure 16 : Diagramme de répartition pour ou contre le suivi de grossesse en médecine générale en fonction de l'âge des femmes interrogées.

5.5-En fonction du vécu de la grossesse

Les femmes ayant très bien vécu leur grossesse ne sont pas pour autant plus favorables que les autres à se faire suivre par leur médecin généraliste (2 sur 4 sont contre, 1 est pour, et 1 est indécise).

Inversement, celles ayant assez mal vécu leur grossesse ne sont pas contre le suivi en médecine générale (1 est pour, 2 sont indécises).

Enfin, les femmes ayant assez bien vécu leur grossesse dans l'ensemble sont partagées : 4 sont plutôt contre et 3 sont plutôt pour. Parmi elles, les problèmes ayant engendré un stress ne sont pas plus d'ordre médicaux dans le groupe « pour » que dans le « contre » (présents chez 2 femmes dans chaque groupe).

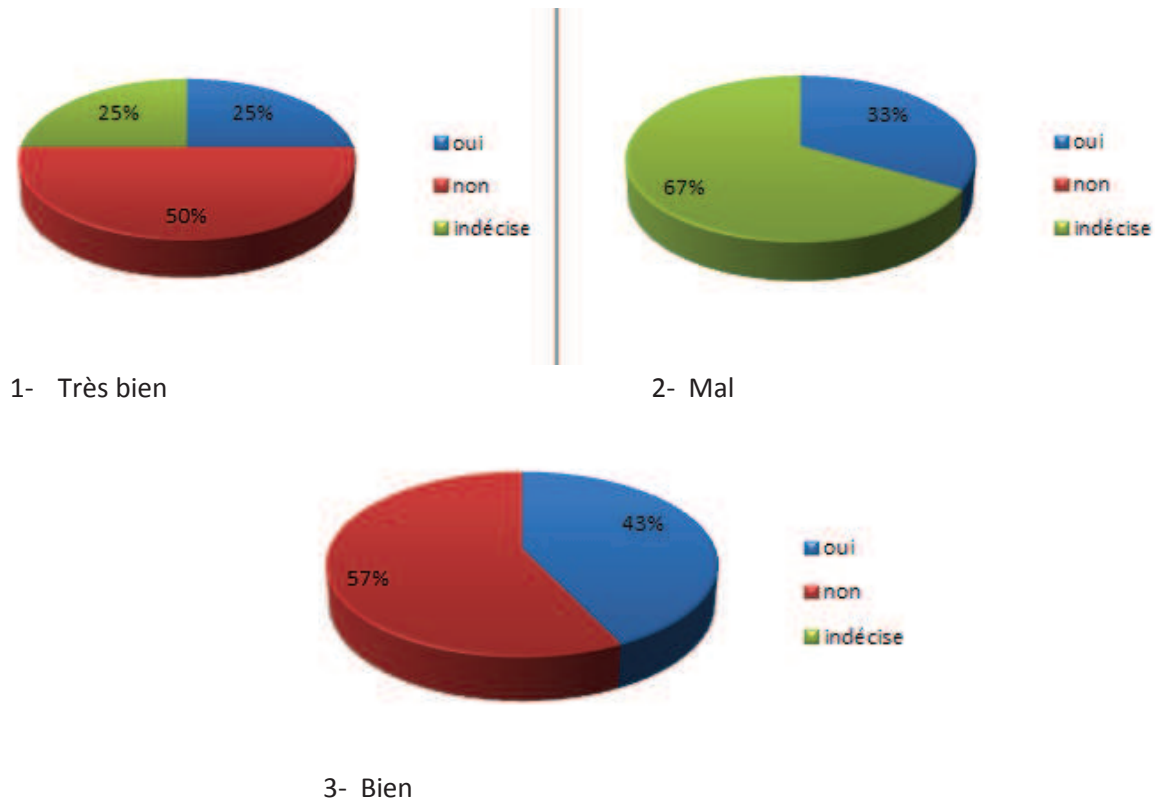


Figure 17: Diagramme de répartition pour ou contre le suivi de grossesse en médecine générale en fonction du vécu des précédentes grossesses des femmes interrogées.

DISCUSSION

1- Les limites de l'étude

La population étudiée représentait des femmes en âge de procréer, donc lors du recrutement, ont été incluses des femmes ayant déjà des antécédents gynécologiques (un tiers d'entre elles).

Cela aurait pu introduire un biais concernant le choix du professionnel de santé pour leur suivi de grossesse, puisqu'aucune de ces femmes n'aurait imaginé être suivie par un médecin généraliste du fait de ces antécédents.

Mais ce biais ne peut pas être retenu puisque malgré les antécédents des femmes interrogées, d'après les recommandations HAS, le suivi par un médecin généraliste ou une sage-femme était possible, en prenant bien évidemment, l'avis du gynécologue obstétricien en début de grossesse (annexe 4).

Les lieux de recrutement ciblaient majoritairement les femmes ayant déjà des enfants, une femme interrogée n'en avait pas, cela ne faisait pas partie de nos critères d'exclusion, parce que nous pensions qu'avoir l'avis de femmes « neutres », n'ayant pas encore vécu de grossesse pourrait être intéressant. Pour cette femme, ce fut le cas puisqu'elle avait déjà réfléchi à la question et avait un projet de naissance.

Par contre, une femme qui n'avait pas d'enfant a été exclue parce qu'elle ne souhaitait pas en avoir pour le moment.

Ce cas de figure aurait probablement dû faire partie de nos critères d'exclusion.

La méthode utilisée, par entretiens semi-dirigés, est une bonne méthode pour recueillir l'avis des femmes, mais plus « d'entretiens test » auraient peut-être été nécessaires avant de commencer.

Les entretiens étaient plus riches au fil du temps, j'étais peut-être plus à l'aise, ce qui se répercutait sur les femmes qui étaient plus détendues également.

J'ai également suivi une formation à l'analyse qualitative au moment où je commençais à faire mes premiers entretiens, ce qui m'a permis d'améliorer leurs déroulements, c'est à dire de prendre plus le temps, de laisser les femmes réfléchir, raconter leurs histoires, plaisanter, pour finalement recueillir plus de détails.

J'ai rapidement changé la façon de me présenter en début d'entretien ; au départ, je me présentais comme interne en médecine générale, mais j'ai eu l'impression que les femmes avaient peur de me vexer en parlant des médecins généralistes pour le suivi de grossesse.

Par la suite, je suis restée plus vague, en disant que je faisais une thèse pour la fin de mes études de médecine. Pour celles qui semblaient plus curieuses, je leur promettais de répondre à toutes leurs interrogations à la fin de l'entretien pour ne pas biaiser leurs réponses.

2- Analyse des données

2.1- Le professionnel de santé ayant réalisé le suivi

Les femmes interrogées pour notre étude ont toutes été suivies par des gynécologues, et pour la majorité d'entre elles, leur gynécologue était obstétricien.

Cela reflète bien la tendance du rapport de périnatalité de 2010, seulement 4,7% des femmes voyaient principalement leur médecin généraliste pour leur suivi de grossesse, alors que 66,8% étaient suivies par un gynécologue obstétricien (1).

Pourtant, deux thèses réalisées sur ce sujet en 2011, retrouvaient 25,43% et 29% de femmes ayant fait leur suivi de grossesse avec leur généraliste.

Pour la première, les résultats ont été obtenus après avoir interrogé 114 femmes dans une maternité de niveau 1 dans le Var (18)

Un biais de sélection peut, peut-être, expliquer cet écart. En effet, une maternité de niveau 1 signifie une grossesse à bas risque (de plus, les femmes ayant eu des surveillances particulières étaient exclues de l'étude) et des femmes peut-être moins « exigeantes », ou moins angoissées, puisqu'elles n'ont pas choisi une clinique, ni un obstétricien particulier.

Pour la deuxième (19), les résultats ont été obtenus après analyse de 260 questionnaires envoyés aux femmes dans des maternités de niveau 1, 2 et 3, dont 3 cliniques et 1 hôpital dans la Loire-Atlantique, en excluant uniquement les situations nécessitant un suivi par un gynécologue obstétricien d'après la HAS. Il n'y a donc aucun biais de sélection pouvant expliquer cet écart avec nos résultats. Une explication possible pourrait être la démographie médicale, avec un accès aux gynécologues plus limité dans ce département, ou tout simplement, une mentalité des femmes différente.

2.2- La proximité, et le lieu de résidence

Chez les femmes interrogées, la proximité du domicile est un facteur prédominant dans leur choix.

En effet, certaines ont choisi le gynécologue le plus proche, parfois c'était même le seul critère de choix, en faisant leur recherche sur internet.

On aurait pu penser, étant donné que la proximité est importante aux yeux des femmes, que celles résidant en milieu rural auraient eu plus tendance à être favorable à un suivi par le médecin traitant, généralement plus proche de chez elles, c'est d'ailleurs ce qui ressortait d'une précédente étude (19), où 63% des femmes en milieu rural avaient été suivies par leur généraliste.

Mais dans notre étude, la tendance inverse s'observe.

Cela est peut-être dû au hasard, mais il est possible aussi que les femmes vivant en milieu urbain soient moins stressées, dans le sens où elles peuvent aller voir leur généraliste pour le suivi parce qu'elles savent qu'en cas de problème, le spécialiste n'est pas loin. Alors qu'en milieu rural, les femmes sont peut-être plus rassurées de faire leur bilan une fois par mois avec le spécialiste et tous les examens nécessaires.

Contre toute attente, une seule femme a été suivie par sa gynécologue médicale habituelle, plusieurs n'avaient pas vraiment de gynécologue pour leur suivi classique, ce qui pose la question du suivi gynécologique classique des femmes jeunes.

Par contre, plusieurs ont fait leur suivi avec des gynécologues qu'elles connaissaient par rapport à un antécédent gynécologique ou de réputation.

Et toutes ont choisi un gynécologue en début de grossesse, mais très peu ont précisé qu'elles voulaient absolument un obstétricien, seulement celles qui tenaient à ce que l'obstétricien soit présent lors de l'accouchement.

Un suivi par un généraliste est d'autant plus imaginable, puisque la majorité des femmes, finalement, ne va pas voir le gynécologue pour le suivi de grossesse, dans le seul but qu'il fasse l'accouchement.

Elles vont seulement consulter un professionnel qu'elles reconnaissent comme compétent en gynécologie.

2.3- Démographie médicale

Il semblerait que le suivi de grossesse par un gynécologue ne pose pas de problème en termes de rendez-vous programmés actuellement.

En cas d'urgence, les femmes interrogées rapportent plusieurs moyens de joindre leur gynécologue et pensent pouvoir avoir un avis téléphonique, ou un rendez-vous en urgence entre 2 patientes.

Pourtant, 6 d'entre elles ont quand même eu besoin d'aller consulter aux urgences au moins une fois, et une seule avait été adressée par sa gynécologue.

Il y a plusieurs explications possibles, la perception d'un danger imminent de la part de la femme enceinte avec l'appel des secours, ou la difficulté de joindre, ou de voir son gynécologue en urgence par exemple.

Aucune donnée bibliographique n'a été retrouvée concernant l'évolution des consultations aux urgences chez les femmes enceintes ces dernières années.

Le premier signe du déficit en gynécologues annoncé ces prochaines années, de l'ordre de moins 70% entre 2000 et 2020 en France (20) pourrait être une augmentation des consultations aux urgences.

Les gynécologues, surchargés de travail n'auront plus assez de temps pour répondre aux demandes non programmées de leurs patientes enceintes.

Il est possible que le suivi de grossesse avec les consultations programmées par le gynécologue soit déjà plus difficile à obtenir dans d'autres départements de France.

En effet, dans les Alpes-Maritimes, la densité des gynécologues est nettement supérieure à la moyenne nationale (20).

L'évolution de la démographie médicale en gynécologie, et la tendance actuelle à adapter les suivis de grossesse en fonction du niveau de risque va nécessiter un transfert de compétence vers la médecine générale et les sages-femmes.

2.4-Suivi en médecine générale

Après analyse de nos résultats, il apparaît que les femmes ont des avis partagés sur le suivi par leur médecin généraliste, mais tout de même 40% des femmes interrogées seraient plutôt favorables.

L'argument prédominant de celles-ci repose sur un meilleur suivi par le médecin traitant puisqu'il connaît bien ses patientes, leurs antécédents, leur contexte social et familial, et que la relation de confiance est déjà établie. Il est également souvent plus disponible qu'un spécialiste.

Une étude précédente qui consistait à interroger des femmes qui avaient eu un suivi de grossesse par leur médecin généraliste, retrouvait exactement ces mêmes raisons dans leur choix de suivi (21). Ces femmes avaient toutes été satisfaites de ce suivi et avaient trouvé leur médecin généraliste tout à fait compétent pour cela.

Par contre, pour la moitié des femmes, le gynécologue est le spécialiste qui doit s'occuper de la grossesse, et ce n'est pas au médecin généraliste de le faire.

Même si pour 40% d'entre elles, le généraliste a sûrement les compétences pour faire un suivi de grossesse, le gynécologue est forcément plus compétent, et tant qu'elles auront le choix, elles choisiront le spécialiste.

Cette attitude est compréhensible, d'autant plus que l'accès direct au gynécologue est possible, dans le cadre du parcours de soin coordonné sans passer par le médecin traitant (22).

Mais, on rappelle qu'après revue de la littérature (2), le suivi d'une grossesse physiologique, ou à bas risque peut être réalisé par un médecin généraliste ou une sage-femme sans augmentation de la morbidité chez les femmes et leurs bébés.

2.5-Comparaisons avec pays voisins

En comparant avec quelques pays voisins, on remarque que le suivi de grossesse physiologique est assez similaire dans l'ensemble (23).

La France fait partie des pays où l'on a le plus de réglementations et d'obligations pour la fréquence et le déroulement des consultations, et pour la prescription des examens.

En Suède et au Royaume-Uni, le suivi paraît plus adapté à la grossesse physiologique. En effet, le nombre de consultations suit le déroulement de la grossesse et tient compte de la parité de la femme.

En Suède et en Angleterre, c'est la sage-femme qui suit la grossesse et son suivi s'adapte mieux au déroulement de la grossesse.

Dans notre étude, parmi les femmes interrogées, celles d'origine étrangère (espagnole, tunisienne et algérienne) sont toutes en faveur d'un suivi par leur médecin traitant, et pensent qu'il n'y a pas besoin de surmédicaliser une grossesse qui se déroule bien.

Cela peut s'expliquer par un accès aux spécialistes peut-être moins facile et un suivi de grossesse beaucoup moins codifié dans certains pays moins développés, par exemple au Maroc, seulement 4 consultations prénatales sont nécessaires (24).

2.6- Gène face au médecin traitant et féminisation de la médecine

Dans les arguments contre le suivi de grossesse en médecine générale, plusieurs femmes déclarent qu'elles se sentiraient mal à l'aise si leur médecin traitant pratiquait lui-même l'examen gynécologique.

En reprenant leurs entretiens, il ressort que ces femmes ont toutes un médecin généraliste de sexe masculin, sauf une mais son cas est particulier puisque son médecin fait partie de la famille.

Donc même si la moitié des femmes interrogées (53%) déclare que le sexe du gynécologue n'a pas d'importance, ce n'est peut-être pas la même chose lorsque c'est le médecin traitant qui doit faire l'examen gynécologique.

En effet, dans le discours des femmes, le fait de bien connaître son médecin, de le considérer parfois comme un ami, entraîne une gêne dans la pratique de cet examen intime, d'autant plus importante si ce médecin est un homme.

Cet argument sera peut-être moins retrouvé dans le discours des femmes dans les années à venir puisqu'il y a actuellement une tendance à la féminisation de la médecine.

La part des femmes dans la démographie médicale est passée de 24,5% en 1984 à 40,3% en 2010 (25), elle reste minoritaire dans le secteur libéral, mais ne cesse de croître.

Les spécialistes ont toujours été plus féminisés mais l'écart avec les omnipraticiens tend également à se réduire.

Selon les projections de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques), la parité sera atteinte en 2020 et les femmes médecins seront majoritaires à partir de cette date (26).

En 2005, 60% des internes de médecine générale étaient des femmes.

Cette féminisation va, peut-être, changer un peu la pratique de la médecine générale avec une augmentation de la part de gynécologie dans l'ensemble des consultations.

Le suivi de grossesse serait donc plus envisageable pour les médecins généralistes mais aussi pour les patientes.

2.7-Manque d'information

Un manque d'information a été constaté lors de nos entretiens. En effet, plusieurs femmes ne savaient pas qu'un médecin généraliste avait les compétences pour faire un suivi de grossesse lorsque celle-ci ne posait pas de souci, ou alors pensaient que leur médecin traitant n'en faisait pas sans lui avoir posé la question.

Les travaux précédents confirment cette constatation, seulement 35% des femmes connaissaient les professionnels de santé compétents pour suivre une grossesse normale (18),(19).

Une femme notamment a fait remarquer que ce n'était pas noté sur sa plaque, d'autres ont évoqué la nécessité de formations complémentaires en gynécologie pour les médecins généralistes.

De nombreuses formations de ce type existent effectivement, réalisées dans plusieurs universités de médecine en France, sous forme de DU (Diplôme Universitaire) ou DIU (Diplôme Inter Universitaire). Cet enseignement se déroule sur un ou deux ans généralement.

A Nice, par exemple, il existe le DIU « formation complémentaire en gynécologie et obstétrique pour les médecins généralistes » qui regroupe 25 facultés de médecine en France. Il est ouvert aux internes de médecine générale, aux médecins généralistes, et à tout praticien titulaire d'un doctorat français en Médecine. L'enseignement comporte une partie théorique, mais aussi des stages pratiques, sur une durée d'un an, avec pour sa validation, un examen théorique et un mémoire à présenter (27).

Mais, la possession d'un DU ou d'un DIU n'ouvre pour son détenteur aucun droit à qualification ordinale, quelles que soient la durée et la valeur de la formation sanctionnée par le DU ou le DIU. En effet, la loi du 26 janvier 1984 sur l'enseignement supérieur, a pour but d'assurer la protection des titres conférés par les diplômes nationaux.

C'est ainsi que conformément aux articles 79 – 80 et 81 du Code de déontologie médicale, il appartient au Conseil National de l'Ordre de fixer la liste des titres que le médecin peut mentionner sur sa plaque, ses feuilles d'ordonnances ou dans un annuaire professionnel.

Cette liste peut être consultée sur le site internet de l'ordre national des médecins, mais le DIU de gynécologie obstétrique n'en fait pas partie (28).

Donc, si le médecin généraliste veut faire de la gynécologie et du suivi de grossesse dans sa pratique, c'est à lui d'en informer ses patientes. L'obtention d'un DU ou DIU de gynécologie n'est pas du tout obligatoire, mais si c'est le cas, il peut le faire savoir sans l'écrire sur sa plaque.

2.8- Influence de l'âge

Dans nos résultats, comme dans ceux d'un travail de thèse précédent (19), il apparaît que les femmes jeunes (moins de 35 ans), ont tendance à être plus favorables au suivi de grossesse en médecine générale.

Cela peut être en lien avec l'instauration de l'entretien individuel (2) qui a pour objectif de mettre en place précocement les conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents.

Le projet de naissance consiste en un ensemble de choix que vont faire les femmes et/ou les couples, concernant le suivi médical de la grossesse, la préparation et les modalités de l'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, et les recours en cas de difficulté.

L'entretien individuel permet donc d'informer les femmes sur les possibilités de suivi de grossesse et d'élaborer un projet de naissance, ce qui peut redonner une place au médecin généraliste dans ce domaine.

2.9-Accès aux soins

Dans tous nos entretiens, l'accès aux soins, et plus particulièrement aux spécialistes, ne semble poser aucun problème. En effet, le coût des consultations n'a jamais été évoqué comme un facteur de choix vers un gynécologue plutôt qu'un autre.

Globalement, les femmes interrogées avaient la sécurité sociale associée à une mutuelle, ce qui couvrait presque la totalité des frais, et plusieurs auraient été prêtes à dépenser plus s'il l'avait fallu.

Parmi les catégories socioprofessionnelles, il n'y a pas de tendance particulière qui se dessine, entre les consultations en secteur 1 ou 2. On remarque uniquement que les femmes sans emploi, ont consulté en secteur 1 et deux d'entre elles avaient la CMU.

Les thèses précédentes réalisées sur ce même sujet (18),(19) ne notent pas non plus de différence évidente dans le choix du médecin. Cependant, la prévalence de femmes suivies par le généraliste était plus importante chez les employées, les ouvrières et les femmes sans profession.

Cette prévalence était également importante chez les femmes bénéficiant de la CMU (40%), et celles caractérisées par un « bas niveau d'étude ».

Le faible niveau socio-économique est un facteur de risque pour le déroulement de la grossesse ; le médecin généraliste, s'il est amené à suivre ces patientes plus que les autres, devra donc en tenir compte.

2.10-Vécu

Il s'avère d'après notre étude que les femmes ayant très bien vécu leur grossesse, donc sans aucune complication, ne sont pas plus en faveur que les autres à un suivi par le généraliste.

Inversement, celles qui l'ont mal vécue, avec souvent des problèmes d'ordre médical, ne sont pas moins favorables.

Globalement, les femmes interrogées ont bien vécu leur grossesse même si elles signalent plusieurs moments de stress en rapport avec la grossesse ou non. On constate qu'elles ont souvent eu besoin de consulter leur médecin traitant, une a ajouté qu'il avait surtout tenu le rôle de psychologue.

Il est possible que le suivi de grossesse par le médecin traitant permette de diminuer le stress ressenti par les patientes enceintes (2).

Les femmes interrogées dans un travail déjà cité (19), suivies par leur médecin traitant, ont apprécié l'approche généraliste du médecin traitant, centrée sur la globalité de l'enfant, de la femme enceinte, et de la famille.

3- Pour favoriser le suivi adapté au niveau de risque de la grossesse

Le Plan de Périnatalité 2005-2007 propose un changement de la politique suivie depuis plus de trente ans, concernant la prise en charge des femmes enceintes et de l'accouchement. La notion de risque a été à la base de la publication des décrets successifs, au point que l'on a assisté à une médicalisation de plus en plus importante de la prise en charge de toutes les femmes enceintes et à une généralisation des mesures préconisées pour les grossesses à haut risque.

Ce changement se fait au profit d'une plus grande prise en compte des attentes des couples, d'une humanisation de nos pratiques. Il est le fruit d'une évolution de la société, possible aujourd'hui grâce aux formidables progrès dans l'organisation des « soins périnataux ».

Plusieurs mesures sont ainsi mises en place : expérimentation des maisons de naissance qui sont définies comme le « lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à leur accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente normalement » (29).

Un certain nombre de femmes souhaitent accoucher dans un contexte moins médicalisé que celui que leur offrent aujourd'hui la plupart des maternités. De nombreux pays voisins proposent déjà un type de prise en charge fondé sur une moindre médicalisation, considérée plus « naturelle », en sachant qu'un transfert de la maison de naissance vers la maternité peut avoir lieu en brancard et dans un délai compatible avec l'urgence.

L'objectif spécifique du plan est de créer et développer des réseaux de santé de proximité ville/PMI/hôpital en amont et en aval de l'organisation inter-établissements, afin de garantir le meilleur accès aux soins pour l'ensemble de la population et améliorer la qualité de la prise en charge de la mère et de son enfant autour de la naissance.

En Haute Normandie, par exemple, un suivi conjoint des grossesses entre la médecine de ville (médecin traitant) et la médecine hospitalière publique ou privée (équipe obstétricale) est proposé. Ce suivi est basé sur le partage des informations médicales. Elles sont regroupées au sein d'un dossier médical informatisé et partagé par les différents acteurs qui suivent la grossesse : le Dossier Périnatal Partagé (30).

La question qui se pose maintenant : le généraliste a-t-il les compétences et la volonté de suivre ses patientes enceintes ?

Un travail de thèse réalisé à Nantes en 2012, a montré que les médecins généralistes et les sages-femmes souhaiteraient une meilleure collaboration entre les professionnels de santé concernés pour accompagner le mieux possible leurs patientes enceintes (31).

Une de leurs propositions serait d'utiliser les réseaux de périnatalité pour :

- diffuser des plaquettes d'information destinées aux professionnels et au grand public,
- créer des carnets d'adresses pour les professionnels d'un même secteur actualisés chaque année,
- organiser des rencontres interprofessionnelles sur des thèmes communs.

Un autre travail réalisé à Nancy en 2007, s'est intéressé à la formation des internes, et plus particulièrement à l'intérêt d'une formation complémentaire pendant l'internat sur le suivi de grossesse en médecine générale (32).

Il met en évidence que les internes ne se sentent globalement pas compétent pour suivre une grossesse (estimation personnelle de leur compétence : moyenne de 3,2 sur 10).

Après la formation complémentaire d'une durée de 3h mise en place à Nancy, cette note passe à 5,39 ; ce qui rejoint l'idée que la mise en place de formations professionnelles pendant et après l'internat pourrait être un bon moyen d'encourager les médecins généralistes à suivre leurs patientes enceintes.

Ces données ne répondent pas totalement à notre question, il serait intéressant d'interroger directement les médecins généralistes, pour savoir s'ils sont prêts à faire les suivis de grossesse et leurs arguments le cas échéant.

CONCLUSION

La grossesse, événement naturel et non pathologique, a été de plus en plus médicalisée ces dernières années, en généralisant des mesures qui étaient, au départ, réservées pour les grossesses à haut risque.

Le plan de périnatalité 2005-2007 propose un changement radical, et un retour vers un suivi de grossesse plus naturel, et une adaptation de ce suivi à chaque femme selon son niveau de risque.

Le médecin généraliste ainsi que la sage-femme ont donc tendance à retrouver un rôle central, à savoir de suivre les grossesses à bas risque, et de détecter les situations nécessitant un avis ou un suivi spécialisé avec l'obstétricien.

Pourtant, dans les données de la littérature, ce n'est pas encore le cas : l'enquête de périnatalité de 2010 ne recense que 4,7% des femmes ayant eu un suivi de grossesse principalement par leur médecin généraliste.

C'est également ce qui ressort de notre étude, aucune des 14 femmes interrogées ayant des enfants n'a réalisé un suivi de grossesse par son médecin traitant.

Nous nous sommes donc intéressés aux facteurs intervenant lorsque les femmes choisissent le professionnel de santé qui sera responsable du suivi de leur grossesse.

D'après nos résultats, la proximité est un élément essentiel. Un conseil extérieur intervient aussi souvent, lorsque la femme ne connaît pas déjà un obstétricien, vu auparavant pour un antécédent chirurgical ou obstétrical, et dont elle a été satisfaite.

Concernant le professionnel de santé, les femmes ont toutes choisi un gynécologue, mais le fait qu'il soit obstétricien ou pas, n'était un critère de choix que pour celles qui souhaitaient qu'il soit présent lors de l'accouchement (très peu nombreuses).

Au total, deux tendances se dessinent parmi les femmes :

Celles qui souhaitent absolument voir un spécialiste et privilégient la compétence professionnelle pour se sentir plus en sécurité. D'ailleurs, elles font souvent la comparaison avec le pédiatre : toutes emmènent leurs enfants chez le pédiatre pour leur suivi plutôt que chez le médecin traitant.

Et celles qui cherchent un professionnel de santé compétent en gynécologie, qui souvent ne savaient pas qu'un généraliste pouvait être ce professionnel ou qui ne pensaient pas que leur médecin traitant faisait de la gynécologie. Elles privilégient la relation humaine, et se sentent mieux prise en charge par quelqu'un qu'elles connaissent, à qui elles peuvent se confier, et qui prend le temps de les écouter.

Les avis des femmes concernant le suivi de grossesse en médecine générale, sont très partagés. Dans notre étude, 40% sont pour, 40% sont contre et 20% sont indécises.

Dans les arguments en faveur de ce suivi, on retrouve l'idée de confiance en son médecin traitant, qui connaît bien ses patientes, lui permettant de remarquer rapidement si quelque chose ne va pas.

On constate également dans notre étude que les femmes jeunes ont plus tendance à être favorables. Il est possible que la notion de suivi plus personnalisé commence à entrer dans les mœurs, avec l'apparition de l'entretien individuel en début de grossesse, la création de maisons de naissance et les réseaux de périnatalité.

Dans le discours des femmes, on note l'émergence d'une volonté de moins médicaliser la grossesse, de faire les choses plus naturellement lorsqu'il n'y a pas de complication.

Par contre, le fait que le médecin généraliste soit un homme, qu'elles connaissent depuis longtemps, crée une gêne chez les patientes, qui se sentiraient mal à l'aise s'il devait réaliser leur examen gynécologique.

Cela représente un frein au suivi de grossesse en médecine générale non négligeable d'après nos résultats.

Pourtant, devant une démographie médicale annoncée difficile, avec une très nette diminution des gynécologues, un contexte de périnatalité en faveur d'un suivi adapté à chaque femme et à chaque grossesse, le rôle du médecin traitant, médecin référent, devrait prendre de l'ampleur.

Une bonne partie de la population féminine serait favorable au suivi de grossesse par leur médecin traitant. Et cela devrait continuer dans ce sens du fait d'une féminisation de la médecine générale, en cours depuis déjà plusieurs années.

Pour favoriser ce suivi, il faudrait trouver des moyens d'informer les femmes car encore beaucoup d'entre elles ne savent pas que c'est possible.

D'autant plus que le fait d'avoir un DU ou DIU (Diplôme Universitaire ou Inter Universitaire) pour un médecin, ne lui permet pas de le rajouter sur sa plaque ou ses ordonnances.

Les femmes peuvent donc penser que leur généraliste n'est pas compétent dans le domaine gynécologique.

Le médecin traitant, souvent le premier à être consulté lors de la découverte d'une grossesse, pourrait à cette occasion expliquer à ses patientes les différents types de suivi possible, et le rôle qu'il pourrait tenir.

Il est possible qu'avec cette féminisation de la médecine déjà bien engagée, la part de gynécologie dans les consultations de médecine générale soit de plus en plus importante, et que l'information se transmette plus facilement, par l'intermédiaire des patientes elles-mêmes.

Reste à savoir maintenant si effectivement les médecins généralistes sont prêts à s'investir dans les suivis de grossesse.

Se sentent-ils assez compétents avec leur formation pendant leurs études?

Ont-ils besoin d'une formation complémentaire ? Si c'est le cas, que pensent-ils des DU ou DIU de gynécologie ?

Ce type de formation nécessite du temps, des heures de formation théorique, mais aussi des stages pratiques. Pour un médecin généraliste installé, ce n'est peut-être pas réalisable...

Ont-ils le temps de faire ces consultations en plus de leur planning habituel ?

D'autant plus que les consultations prénatales nécessitent probablement plus de temps que les consultations classiques : l'examen gynécologique, l'interprétation des résultats biologiques, mais aussi le côté psychologique et relationnel important pour la future maman.

Alors que ces consultations ne sont pas valorisées sur le plan financier : il n'existe pas de majoration tarifaire comme pour le suivi des enfants par exemple, et aucun acte ne peut être coté en supplément, à moins que le médecin généraliste soit équipé pour réaliser des échographies, ce qui n'est pas fréquent.

Enfin, peuvent-ils réellement être bien intégrés dans un réseau de périnatalité et trouver des correspondants rapidement pour des avis spécialisés ?

BIBLIOGRAPHIE

- 1- Lequien P, d' Ercole C, Collet M. Prise en charge des grossesses à bas risque. 34èmes Journées Nationales de la Société Française de Médecine Périnatale ; 2004 ; Dijon ; France. Arnette Blackwell ; 2004.
- 2- Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, argumentaire [en ligne]. c05/2007 [consulté le 29/08/13]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_argumentaire.pdf
- 3- Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, recommandations professionnelles [en ligne]. c05/2007 [consulté le 29/07/13]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf
- 4- Flori M, Le Goaziou M-F. Suivez-vous les grossesses ? *Rev Prat* 2006 ; 20(740/741) : 873-878.
- 5- Le Goaziou M-F. Médecin généraliste et suivi de la grossesse. *Encycl Med Chir.* AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine 2002 ; 3(1375) :5p
- 6- INSERM. Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. c05/2011 [consulté le 29/08/2013]. En ligne : http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
- 7- Madelenat P. Formation des internes : mais où est le problème ? *Gynecol Obstet Fertil* 2004 ; 32(6) : 563-564.
- 8- Carbonne B. La nouvelle maquette du diplôme d'études spécialisées de gynécologie-obstétrique : quelles implications pour la formation et pour l'exercice des futurs spécialistes ? *Gynecol Obstet Fertil* 2003 ; 31(10) : 801-802.
- 9- Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R. *Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en France ? L'offre de soins, les acteurs.* Paris : Ed Eska, 2000, 191p. En ligne : http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/co0.htm
- 10- Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. Compte-rendu de l'Audition des Gynécologues médicaux du 2 février 2011. En ligne: http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Compte-rendu_de_l_audition_des_Gynecologues_medicaux.pdf
- 11- DRESS. Série statistiques : Les médecins au 1er Janvier 2012. c02/2012. En ligne : <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat167.pdf>

- 12- Agopianz M, Birene B, Scheffler F. Tribune des internes : état des lieux et perspectives démographiques pour gynécologie médicale en France en 2012. *Gynecol Obstet Fertil* 2013 ; 41(3) : 201-202.
- 13- Les gynécologues obstétriciens libéraux en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. En ligne : http://www.urps-ml-paca.org/wp/wp-content/uploads/2012/02/Gyn%C3%A9co-Obst_2010.pdf
- 14- Les gynécologues médicaux libéraux en région Provence-Alpes-Côte d'Azur. En ligne : http://www.urps-ml-paca.org/wp/wp-content/uploads/2012/02/Gyn%C3%A9co-M%C3%A9d_2010.pdf
- 15- Observatoire Nationale de la Démographie des Professions de Santé. Analyse territoriale de l'offre et de la consommation de soins spécialisés en 2005 en PACA. c11/2007. En ligne : http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Votre_Ars/Contexte_regional/Demographie_medicale/doc_travail_gynecologie.pdf
- 16- Vendittelli F, Brunel S, Veillard J-J, et al. Evaluation de l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité. *J Gynecol Obstet Biol Reprod* 2009 ;38(7) : 559-573.
- 17- Clemence Y. Enquête sur le suivi des femmes par le médecin généraliste dans les Vosges en 1997. *eDRMG* 2003 ; 2 : 37p.
- 18- Lucas M. Les déterminants qui conduisent les femmes à choisir entre médecin généraliste et gynécologue obstétricien pour le suivi de leur grossesse au premier trimestre : enquête à la maternité de Hyères dans le Var. Th : Med : Aix-Marseille ; 2012.
- 19- Pepin-Moinar M. Déterminants et critères de choix du professionnel pour le suivi des grossesses à bas risque. Th : Med : Nantes ; 2012. En ligne : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=bd731508-c789-4f38-a61a-01186b927a2c>
- 20- DRAAS, Faculté de médecine de Marseille. La démographie médicale en région PACA, état des lieux au 1^{er} janvier 2000 et perspectives. c2001. En ligne : http://www.timone.univ-mrs.fr/medecine/divers/demomed/divers_demomed1.html#ancrehaut
- 21- Yildiz H. Suivi de grossesse par le médecin généraliste : expériences et vécus des femmes. Th : Med : Nancy ; 2010. En ligne : http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_T_2010_YILDIZ_HABIBE.pdf

- 22- Site internet Ameli : <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/vous-etes-dans-le-parcours-de-soins-coordonnes.php>
- 23- Marie-Jeanne J. Etude comparative des suivis de grossesse physiologique dans différents pays d'Europe (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède). Mémoire. Diplôme d'Etat de sage-femme : Nancy ; 2009. En ligne : http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_MESF_2009_MARIE_JEANNE_JULIE.pdf
- 24- Caisse nationale de sécurité sociale, Royaume du Maroc. En ligne : <http://www.cnss.ma/index.php?p=1932>
- 25- Irdes. Démographie et activité des professions de santé. MAJ avril 2013. En ligne : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/Cadrage/DemographieProfSante/DemoMedecins.htm>
- 26- Loiselet-Doulcet B. La féminisation de la médecine générale, étude du devenir de 6 promotions de PCEM2 de la faculté de Brest de 1990 à 1995. Th : Med : Brest ; 2008. En ligne : http://www.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/These_Benedicte_Loiselet-Doulcet.pdf
- 27- Site Université Nice Sophia Antipolis : <http://unice.fr/formations/rentree-2013/diplomes-duniversite>
- 28- Site internet de l'ordre national des médecins : <http://www.conseil-national.medecin.fr/article/titres-universitaires-et-honorifiques-autorises-sur-les-plaques-et-ordonnances-927>
- 29- Pauchet-Traversat A-F. Naitre en France. *adsp* 2007 ; 61/62 :35-45. En ligne : <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=ad613545.pdf>
- 30- Réseau périnatalité en région Haute Normandie. En ligne : <http://www.reseaux-perinat-hn.com/page24148.asp#top>
- 31- Bergeron C. Echange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de la grossesse à bas risque : comment ces intervenants se représentent-ils le rôle, les limites, et la place de chacun ? Th :Med : Nantes ; 2012. En ligne : <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=780f4f91-c4f7-4fec-bc94-ea36a22855a9>
- 32- Maire-Gury M. L'enseignement sur « le suivi de la grossesse normale par le médecin généraliste » dans le troisième cycle de médecine générale à la faculté de médecine de Nancy en 2005/2006 : contenu pédagogique et évaluation par les étudiants. Th : Med : Nancy ; 2007. En ligne : http://www.bium.univ-paris5.fr/theses_pdf/SCDMED_T_2007_MAIRE_GURY_MELANIE.pdf

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de répartition des femmes interrogées selon leur âge.

Figure 2 : Diagramme de répartition des femmes interrogées en fonction de leur lieu d'habitation.

Figure 3 : Diagramme de répartition des femmes interrogées selon leur groupe socio-professionnel.

Figure 4 : Diagramme de répartition des facteurs influençant les femmes dans le choix du professionnel de santé pour le suivi de grossesse.

Figure 5 : Diagramme de répartition des femmes interrogées en fonction des lieux de suivi de grossesse.

Figure 6 : Diagramme de répartition des motifs de consultations aux urgences retrouvés chez les femmes interrogées.

Figure 7 : Diagramme de répartition des moyens utilisés ou utilisables par les femmes interrogées face aux situations d'urgence lors de la grossesse.

Figure 8 : Diagramme de répartition des femmes interrogées en fonction du secteur d'activité de leur gynécologue.

Figure 9 : Diagramme de répartition des dates de relai cabinets privés/maternité au cours de la grossesse chez les femmes interrogées concernées.

Figure 10 : Diagramme de répartition des professionnels de santé présents lors de l'accouchement des femmes interrogées.

Figure 11 : Diagramme de répartition des femmes interrogées selon le vécu de leur(s) grossesse(s).

Figure 12 : Diagramme représentant la place du médecin généraliste au cours des grossesses des femmes interrogées.

Figure 13 : Diagramme de répartition des avis des femmes interrogées concernant le suivi de grossesse en médecine générale.

Figure 14 : Diagramme représentant les arguments en faveur ou non du suivi de grossesse en médecine générale retrouvés chez les femmes interrogées.

Figure 15 : Diagramme de répartition pour ou contre le suivi de grossesse en médecine générale en fonction du lieu d'habitation des femmes interrogées.

Figure 16 : Diagramme de répartition pour ou contre le suivi de grossesse en médecine générale en fonction de l'âge des femmes interrogées.

Figure 17 : Diagramme de répartition pour ou contre le suivi de grossesse en médecine générale en fonction du vécu des précédentes grossesses des femmes interrogées.

ANNEXES

1- Synthèse des recommandations professionnelles : suivi de grossesse

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 ^{re} consultation avant 10 SA	2 ^e consultation avant 15 SA
		-	Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse
	Examen gynécologique frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique P.A ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique P.A ; poids ; hauteur utérine à partir du 4 ^e mois ; si possible bruits du cœur fœtal
	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole recherche d'agglutinines irrégulières 	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole syphilis glycosurie et protéinurie recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B 	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) glycosurie et protéinurie

Examens cliniques et biologiques	Sérologie proposée	Examens proposés systématiquement (2)	Examens proposés systématiquement dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2 ^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre
	VIH (population à risque)	<ul style="list-style-type: none"> sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH dépistage combiné du 1^{er} trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1^{re} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) 	
Information et prévention		Examens proposés éventuellement	
		<ul style="list-style-type: none"> examen cyto bactériologique des urines (ECBU) dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque 	
		Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)	Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)
		Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes	
	Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 μ g/jour		
	Informez sur le suivi de la grossesse		
	-	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Consultation (Cs)	3 ^e Cs	4 ^e Cs	5 ^e Cs	6 ^e Cs	7 ^e Cs
Mois de gestation	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois
Examen clinique Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	X
Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-	X
Sérologies à prescrire obligatoirement (1)					
• Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
• 2 ^e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
• RAJ, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	-	-	X	-	X
• Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
• Recherche de l'antigène HBs	-	-	X	-	-
• Hémogramme	-	-	X	-	-
Examens à proposer systématiquement					
• 2 ^e échographie (entre 20 et 25 SA)	-	X	-	-	-
• 3 ^e échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	X	-
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
• Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
Examens à proposer éventuellement ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

Consultation du 9^e mois	
	Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)
Examens cliniques et biologiques	Réaliser un examen clinique général et obstétrical Poids ; PA ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des contractions utérines ; présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente • Glycosurie et protéinurie
	Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> • ECBU en cas d'antécédents ou de diabète
Information et prévention	Donner des informations pratiques
	Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant

2- Guide d'entretien

I- Caractéristiques socio démographiques des patientes :

Age ?

Origine ?

Profession ?

Lieu de résidence (rural /semi-rural/ville) ?

Prise en charge sociale ?

ATCD gynéco : G ? P ?

II- Suivi(s) de grossesse(s) antérieure(s)

Généralités :

1- Comment s'est passé votre(vos) précédente(s) grossesse(s) ?

2- Quels professionnels de santé sont intervenus dans le suivi et dans quel ordre/ chronologie ?
(Gynéco ? Médecin traitant ? Sage-femme ?)

3- Comment avez-vous trouvé la prise en charge médicale du suivi de la grossesse de la part de chaque intervenant ?

→ Compétences des médecins ? Capacité à rassurer, explications claires ? Disponibilité ?

Complications lors de la grossesse ? Ecoute ? Conseils ?

4- Comment s'est passée la communication entre les différents professionnels de santé intervenus lors de la grossesse ? (pour le partage des informations médicales nécessaire au suivi)

5- Comment avez-vous vécu votre grossesse sur le plan émotionnel ?

→ Bien être, détendue ?

→ Stress ? Angoisse ? Quelles ont été les sources de ces peurs ?

6- Comment avez-vous fait votre choix concernant le médecin qui suivrait votre début de grossesse ?

Relation de confiance déjà instaurée avec médecin traitant ?

Gêne lors de l'examen gynéco par son médecin traitant ?

Compétences ?

Proximité ?

Disponibilité ?

Cout ? secteur 1 / secteur 2 / PMI ?

Médecin traitant ne pratiquant pas de gynécologie ?

A quel terme avez-vous consulté pour la première fois le gynéco qui s'est ensuite occupé de l'accouchement ?

Si suivi d'emblée par gynécologue :

- Comment avez-vous choisi votre gynécologue ?
(suivi gynéco habituel ? sur conseil de votre médecin ? d'une amie ? prix de la consultation ? proximité ? homme ? femme ?)
- caractéristiques du gynéco :
Etiez-vous déjà suivie par ce gynéco ? Depuis combien de temps ? Obstétricien ou gynéco médical ? Sexe ? Secteur 1 ou 2 ? Prix de la consultation ?
- quels étaient les délais de rendez-vous ? Disponibilité en cas d'urgence ?
- Avez-vous eu besoin de consulter aux urgences au sujet de la grossesse ? Motifs ?
- Qu'avez-vous pensé de la relation avec votre gynéco? Confiance ? Compétences ? Ecoute lors des consultations ? Disponibilité ?
- Si gynéco médical, à partir de quel terme avez-vous consulté votre obstétricien ?

Si suivi au départ par le médecin traitant :

- Caractéristiques du médecin traitant :
Médecin traitant depuis quand ? Sexe ? Habitude des suivis de grossesse ou pratiquant les suivis gynéco ? Secteur 1 ou 2 ? Prix de la consultation ?
- quels étaient les délais de rendez-vous ? Disponibilité en cas d'urgence ?
- Avez-vous eu besoin de faire appel au gynéco ?(En accord avec votre médecin traitant ? A partir de quel terme ?)
- Avez-vous eu besoin de consulter aux urgences au sujet de la grossesse ? Motifs ?
- Qu'avez-vous pensé de la relation avec votre médecin traitant ? Confiance ? Disponibilité ? Compétence ?

III- Grossesse ultérieure :

Que pensez-vous de la prise en charge des grossesses en médecine générale ?

- Quelles pourraient être vos peurs concernant un suivi par votre médecin traitant ?
- Jusqu'à quel terme ? (dans le cas d'une grossesse sans complication)
- Quelles seraient d'après vous, les problèmes concrets/pratiques que vous pourriez rencontrer en décidant de vous faire suivre par votre médecin traitant ?(refus du médecin, problème de matériel (spéculum, écouvillons pour prélèvement...), table d'examen gynéco, pas d'échographie sur place...)

3- Correspondances entre catégories socioprofessionnelles (à droite) et groupes socioprofessionnels (à gauche).

1 Agriculteurs exploitants	11 Agriculteurs sur petite exploitation 12 Agriculteurs sur moyenne exploitation 13 Agriculteurs sur grande exploitation
2 Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	21 Artisan 22 Commerçant et assimilés 23 Chefs d'entreprise de 10 salariés ou plus
3 Cadres et professions intellectuelles supérieures	31 Professions libérales 33 Cadres de la fonction publique 34 Professeurs, professions scientifiques 35 Professions de l'information, des arts 37 Cadres administratifs et commerciaux d'entreprise 38 Ingénieurs et cadres techniques d'entreprise
4 Professions intermédiaires	42 Professeurs des écoles, instituteurs et assimilés 43 Professions intermédiaires de la santé et du travail social 44 Clergé, religieux 45 Professions intermédiaires administratives de la fonction publique 46 Professions intermédiaires administratives et commerciales des entreprises 47 Techniciens 48 Contremaîtres, agents de maîtrise
5 Employés	52 Employés civils et agents de service de la fonction publique 53 Policiers et militaires 54 Employés administratifs d'entreprise 55 Employés de commerce 56 Personnels des services directs aux particuliers
6 Ouvriers	62 Ouvriers qualifiés de type industriel 63 Ouvriers qualifiés de type artisanal 64 Chauffeurs

	65 Ouvriers qualifiés de la manutention, du magasinage et du transport
	67 Ouvriers non qualifiés de type industriel
	68 Ouvriers non qualifiés de type artisanal
	69 Ouvriers agricoles
7 Retraités	71 Anciens agriculteurs exploitants
	72 Anciens artisans, commerçants et chefs d'entreprise
	74 Anciens cadres
	75 Anciennes professions intermédiaires
	77 Anciens employés
	78 Anciens ouvriers
8 Autres personnes sans activité professionnelle	81 Chômeurs n'ayant jamais travaillé
	83 Militaires du contingent
	84 Élèves, étudiants
	85 Personnes diverses sans activité professionnelle de moins de 60 ans (sauf retraités)
	86 Personnes diverses sans activité professionnelle de 60 ans et plus (sauf retraités)

4- Tableau : Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse.

Suivi A : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).

Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Unité d'obstétrique : telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique « une unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés. »
À adapter en fonction du risque pour la mère et l'enfant à naître.

Abréviations et acronymes : indice de masse corporelle (IMC), hypertension artérielle (HTA), interruption volontaire de grossesse (IVG) et interruption médicale de grossesse (IMG), retard de croissance intra-utérin (RCIU), mort foetale intrautérine (MFIU), hémolyse, élévation des enzymes hépatiques et plaquettes basses (HELLP), syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL), lupus érythémateux disséminé (LED), virus d'immunodéficience humaine (VIH), fécondation in vitro (FIV)

Période préconceptionnelle ou 1 ^{re} consultation de grossesse		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Âge (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes	Unité d'obstétrique si facteur isolé
Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m ² et supérieur ou égal à 40 kg/m ² pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes	À adapter pour les extrêmes
Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)	A	Unité d'obstétrique
Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2	A adapter
Antécédents familiaux - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 ^{er} degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2	A adapter en fonction de l'anomalie
TOXIQUES		
Sevrage alcoolique	A1	À adapter en fonction des conséquences
Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel (exposition avérée)	A2	A adapter

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES		
Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux		
Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)	A2	À adapter
Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres	B	À adapter
Pathologie rétinienne (dont myopie grave)	A1	Unité d'obstétrique
Hémorragie cérébrale, anévrisme	B	À adapter
Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques		
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	A1	Unité d'obstétrique si antécédent ancien
Hypertension artérielle	B	À adapter
Diabète	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B	À adapter
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow	A1	Unité d'obstétrique
- Maladie de Basedow	B	À adapter
Epilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce	À adapter
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B	À adapter
- Asthme modéré, ancien, contrôlé	A	Unité d'obstétrique
Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce	À adapter
Drépanocytose et autres hémoglobinopathies :		
- mère homozygote	B	À adapter
- mère hétérozygote	A2	Unité d'obstétrique
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B	À adapter
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	À adapter
- Néphropathie	B	À adapter
- Uropathie	A2	Unité d'obstétrique si sans retentissement
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce	À adapter
Chimiothérapie et radiothérapie	A2	Unité d'obstétrique
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 précoce	À adapter
Maladies infectieuses		
Séropositivité VIH	B	À adapter
Portage antigène HBs	A1	Unité d'obstétrique
Hépatite C ou B active	A2	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES		
Pathologies utéro-vaginales		
Malformation utéro-vaginales	B	À adapter
Mutilations sexuelles	A1	À adapter

Chirurgie cervico-utérine		
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2	À adapter
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2	À adapter
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2	À adapter
Distylbène syndrome	B	À adapter
ANTECEDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE		
Antécédents médicaux		
Infections urinaires récurrentes (plus de 2) hors uropathie	A1	Unité d'obstétrique
Diabète gestationnel	A	À adapter en fonction d'une récurrence au cours de la grossesse
Antécédents obstétricaux		
Césarienne	A2	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B	À adapter en fonction du terme
Hypertension gravidique	A2	À adapter en fonction de la récurrence
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B	
<u>Fausse couches répétées au cours du 1^{er} trimestre :</u>		
- sans étiologie	A2	Unité d'obstétrique si évolution de la grossesse sans complications
- avec étiologie SAPL	B	
<u>Fausse couches tardives au cours du 2^e trimestre</u>	B	À adapter en fonction de la récurrence
Accouchement prématuré	A2 précoce B	À adapter en fonction de la récurrence
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2	À adapter en fonction du motif de l'IMG et de la situation actuelle
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter en fonction du déroulement de la grossesse
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3 ^e percentile)	B	À adapter
- Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B	À adapter
Antécédents liés à l'enfant à la naissance		
Asphyxie périnatale avec séquelles	B	À adapter
Mort périnatale inexplicite	B	À adapter
Anomalie congénitale ou génétique	A2	À adapter
Antécédents liés à l'accouchement précédent		
Hémorragies <i>post-partum</i> sévères	A1	À adapter
Déchirure du sphincter anal	A2	Unité d'obstétrique
Dépression du <i>post-partum</i> , stress post-traumatique	A	Unité d'obstétrique
Psychose puerpérale	A2	À adapter
Dystocie des épaules	A1	À adapter

Durant la grossesse (de la 2 ^e à la 7 ^e consultation - du 4 ^e au 8 ^e mois)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
TOXIQUES		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2	À adapter
Cannabis	A1	À adapter
Alcool	A2	À adapter selon degré d'alcoolémie
Tabac	A1	Unité d'obstétrique
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	À adapter
Intoxication au plomb	B	Unité d'obstétrique
Oxyde de carbone	B	À adapter
Irradiation	A2	Unité d'obstétrique si aucune répercussion
FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX		
Diabète gestationnel	A2	A adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	À adapter
Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B	A adapter
Thrombose veineuse profonde	B	A adapter
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B	À adapter
Anémie gravidique	A	À adapter en fonction de la sévérité et de l'étiologie
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2	À adapter
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...) - au 1 ^{er} trimestre de grossesse - au 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse	A2 B	Unité d'obstétrique À adapter
Cholestases gravidiques	B	À adapter
MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES		
Toxoplasmose	B	À adapter si pathologie foetale
Rubéole	B	À adapter si pathologie foetale
Infection à cytomégalovirus	B	À adapter si pathologie foetale
Herpès génital primo-infection ou récurrence	B	À adapter si survenue durant 3 ^e trimestre de grossesse

Infection à parvovirus B19	B	A adapter si pathologie foetale
Varicelle/ zona	B	À adapter si pathologie foetale
Hépatite B aiguë	B	A adapter
Hépatite virale A, C, D ou E	B	À adapter
Tuberculose	B	À adapter
Infection VIH	B	A adapter
Syphilis	B	À adapter
Grippe	A1	À adapter en fonction du terme et des répercussions materno-foetales
Listériose	B	A adapter
Paludisme	B	À adapter
Chikungunya	B	À adapter
Maladie périodontale	A	Unité d'obstétrique
FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX		
Laparotomie en cours de grossesse	A2	A adapter
FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES		
Cancer du col	A2	À adapter
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2	À adapter
Kyste ovarien	A2	Unité d'obstétrique
Cancer du sein	B	A adapter
Infections vaginales	A1	Unité d'obstétrique
Vaginoses bactériennes	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRIQUES		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	Unité d'obstétrique
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	Unité d'obstétrique
Oligoamnios (< 37 SA)	B	A adapter
Hydramnios	B	À adapter
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B	A adapter
Amniocentèse/ponction des villosités choriales	A2	A adapter en fonction de la pathologie concernée et du résultat du prélèvement
Réduction embryonnaire	B	À adapter
Pertes de sang persistantes		
- avant 16 SA	A2	Unité d'obstétrique
- après 16 SA	A2	À adapter
Hémorragies fœto-maternelles	B	A adapter
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter
Béance cervicale	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)

Menace d'accouchement prématuré	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Grossesse gémellaire	A2	Unité d'obstétrique
- bichoriale	B	À adapter
- monochoriale	B	À adapter
Grossesse triple	B	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2	À adapter en fonction de la pathologie et du résultat
Retard de croissance fœtale	B	À adapter
Mort fœtale <i>in utero</i>	B	À adapter
Anomalies de localisation du placenta	B	À adapter
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prœvia après 32 SA	B	À adapter en fonction du terme atteint
Grande multipare (supérieur à 5)	A1	Unité d'obstétrique
Consultation du 9^e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Grossesse non suivie	B	Unité d'obstétrique
Dépassement de terme	B	A adapter
Macrosomie	A2	A adapter
Présentation non céphalique à terme	B	A adapter
Suspicion de dystocie	B	A adapter