



HAL
open science

Représentations des médecins généralistes de l'arrière-pays niçois dans le suivi des femmes enceintes

Sébastien Dapoigny

► **To cite this version:**

Sébastien Dapoigny. Représentations des médecins généralistes de l'arrière-pays niçois dans le suivi des femmes enceintes . Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01266965

HAL Id: dumas-01266965

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01266965>

Submitted on 3 Feb 2016

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.

UNIVERSITÉ DE NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

REPRÉSENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES DE L'ARRIÈRE-PAYS NIÇOIS
DANS LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES

Thèse présentée et soutenue publiquement

Le Jeudi 24 Septembre 2015

Par Sébastien DAPOIGNY né le 6 Février 1984 à Ajaccio

Pour l'obtention du Diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Jury de thèse

| | |
|---------------------|--|
| Président | Monsieur le Professeur Jean-Baptiste SAUTRON |
| Assesseurs | Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE |
| | Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER |
| | Madame le Docteur Sonia LOISON-PAVLICIC |
| Directrice de thèse | Madame le Docteur Tiphanie BOUCHEZ |

UNIVERSITÉ NICE SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2015 à la Faculté de Médecine de Nice

| | |
|---|---|
| Doyen | M. BAQUÉ Patrick |
| Vice-Doyen | M. BOILEAU Pascal |
| Assesseurs | M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre |
| Conservateur de la bibliothèque | Mme DE LEMOS Annelyse |
| Directrice administrative des services | Mme CALLEA Isabelle |
| Doyens Honoraires | M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel |

PROFESSEURS HONORAIRES

| | |
|---------------------------|--------------------------|
| M. BALAS Daniel | M. LALANNE Claude-Michel |
| M. BATT Michel | M. LAMBERT Jean-Claude |
| M. BLAIVE Bruno | M. LAZDUNSKI Michel |
| M. BOQUET Patrice | M. LEFEBVRE Jean-Claude |
| M. BOURGEON André | M. LE BAS Pierre |
| M. BOUTTÉ Patrick | M. LE FICHOUX Yves |
| M. BRUNETON Jean-Noël | Mme LEBRETON Elisabeth |
| Mme BUSSIERE Françoise | M. LOUBIERE Robert |
| M. CAMOUS Jean-Pierre | M. MARIANI Roger |
| M. CHATEL Marcel | M. MASSEYEFF René |
| M. COUSSEMENT Alain | M. MATTEI Mathieu |
| M. DAR COURT Guy | M. MOUIEL Jean |
| M. DELLAMONICA Pierre | Mme MYQUEL Martine |
| M. DELMONT Jean | M. OLLIER Amédée |
| M. DEMARD François | M. ORTONNE Jean-Paul |
| M. DOLISI Claude | M. SAUTRON Jean Baptiste |
| M. FRANCO Alain | M. SCHNEIDER Maurice |
| M. FREYCHET Pierre | M. SERRES Jean-Jacques |
| M. GÉRARD Jean-Pierre | M. TOUBOL Jacques |
| M. GILLET Jean-Yves | M. TRAN Dinh Khiem |
| M. GRELLIER Patrick | M VAN OBBERGHEN Emmanuel |
| M. HARTER Michel | M. ZIEGLER Gérard |
| M. INGLES AKIS Jean-André | |

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
 M. BASTERIS Bernard
 Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
 Mme DONZEAU Michèle
 M. EMILIOZZI Roméo
 M. FRANKEN Philippe
 M. GASTAUD Marcel
 M. GIRARD-PIPAU Fernand
 M. GIUDICELLI Jean
 M. MAGNÉ Jacques
 Mme MEMRAN Nadine
 M. MENGUAL Raymond
 M. POIRÉE Jean-Claude
 Mme ROURE Marie-Claire

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

| | |
|---------------------------|---|
| M. AMIEL Jean | Urologie (52.04) |
| M. BENCHIMOL Daniel | Chirurgie Générale (53.02) |
| M. BOILEAU Pascal | Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02) |
| M. DARCOURT Jacques | Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01) |
| 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. GASTAUD Pierre | Ophtalmologie (55.02) |
| M. GILSON Éric | Biologie Cellulaire (44.03) |
| M. GRIMAUD Dominique | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01) |
| M. HASSEN KHODJA Reda | Chirurgie Vasculaire (51.04) |
| M. HÉBUTERNE Xavier | Nutrition (44.04) |
| M. HOFMAN Paul | Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03) |
| M. LACOUR Jean-Philippe | Dermato-Vénérologie (50.03) |
| M. MARTY Pierre | Parasitologie et Mycologie (45.02) |
| M. MICHIELS Jean-François | Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03) |
| M. MOUROUX Jérôme | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03) |
| M. PAQUIS Philippe | Neurochirurgie (49.02) |
| M. PRINGUEY Dominique | Psychiatrie d'Adultes (49.03) |
| M. QUATREHOMME Gérald | Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03) |
| M. M.ROBERT Philippe | Psychiatrie d'Adultes (49.03) |
| M. SANTINI Joseph | O.R.L. (55.01) |
| M. THYSS Antoine | Cancérologie, Radiothérapie (47.02) |

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

| | |
|-------------------------------|--|
| Mme ASKENAZY-GITTARD Florence | Pédopsychiatrie (49.04) |
| M. BAQUÉ Patrick | Anatomie - Chirurgie Générale (42.01) |
| M. BÉRARD Étienne | Pédiatrie (54.01) |
| M. BERNARDIN Gilles | Réanimation Médicale (48.02) |
| M. BONGAIN André | Gynécologie-Obstétrique (54.03) |
| M. CASTILLO Laurent | O.R.L. (55.01) |
| Mme CRENESSE Dominique | Physiologie (44.02) |
| M. DE PERETTI Fernand | Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01) |
| M. DRICI Milou-Daniel | Pharmacologie Clinique (48.03) |
| M. ESNAULT Vincent | Néphrologie (52-03) |
| M. FERRARI Émile | Cardiologie (51.02) |
| M. FERRERO Jean-Marc | Cancérologie ; Radiothérapie (47.02) |
| M. GIBELIN Pierre | Cardiologie (51.02) |
| M. GUGENHEIM Jean | Chirurgie Digestive (52.02) |
| Mme ICHAI Carole | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale |
| M. LONJON Michel | Neurochirurgie (49.02) |
| M. MARQUETTE | Charles-Hugo Pneumologie (51.01) |
| M. MOUNIER Nicolas | Cancérologie, Radiothérapie (47.02) |
| M. PADOVANI Bernard | Radiologie et Imagerie Médicale (43.02) |
| Mme PAQUIS Véronique | Génétique (47.04) |
| M. PRADIER Christian | Épidémiologie, Économie de la Santé, Prévention |
| M. RAUCOULES-AIMÉ Marc | Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01) |
| Mme RAYNAUD Dominique | Hématologie (47.01) |
| M. ROSENTHAL Éric | Médecine Interne (53.01) |
| M. SCHNEIDER Stéphane | Nutrition (44.04) |
| M. STACCINI Pascal | Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04) |
| M. THOMAS Pierre | Neurologie (49.01) |
| M. TRAN Albert | Hépatogastro-entérologie (52.01) |

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

| | |
|------------------------------|---|
| M. ALBERTINI Marc | Pédiatrie (54.01) |
| Mme BAILLIF Stéphanie | Ophtalmologie (55.02) |
| M. BAHADORAN Philippe | Cytologie et Histologie (42.02) |
| M. BARRANGER Emmanuel | Gynécologie Obstétrique (54.03) |
| M. BENIZRI Emmanuel | Chirurgie Générale (53.02) |
| M. BENOIT Michel | Psychiatrie (49.03) |
| Mme BLANC-PEDEUTOUR Florence | Cancérologie – Génétique (47.02) |
| M. BREAUD Jean | Chirurgie Infantile (54-02) |
| 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. CHEVALLIER Patrick | Radiologie et Imagerie Médicale (43.02) |
| Mme CHINETTI Giulia | Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01) |
| M. DELOTTE Jérôme | Gynécologie-obstétrique (54.03) |

| | |
|-----------------------------|--|
| M. DUMONTIER Christian | Chirurgie plastique |
| M. FONTAINE Denys | Neurochirurgie (49.02) |
| M. FOURNIER Jean-Paul | Thérapeutique (48-04) |
| M. FREDENRICH Alexandre | Endocrinologie, Diabète, Maladies métaboliques |
| Mlle GIORDANENGO Valérie | Bactériologie-Virologie (45.01) |
| M. GUÉRIN Olivier | Gériatrie (48.04) |
| M. HANNOUN-LEVI Jean-Michel | Cancérologie ; Radiothérapie (47.02) |
| M. IANNELLI Antonio | Chirurgie Digestive (52.02) |
| M JEAN BAPTISTE Elixène | Chirurgie vasculaire (51.04) |
| M. JOURDAN Jacques | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03) |
| M. LEVRAUT Jacques | Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale |
| M. PASSERON Thierry | Dermato-Vénéréologie (50-03) |
| M. PICHE Thierry | Gastro-entérologie (52.01) |
| M. ROGER Pierre-Marie | Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales |
| M. ROHRLICH Pierre | Pédiatrie (54.01) |
| M. RUIMY Raymond | Bactériologie-virologie (45.01) |
| Mme SACCONI Sabrina | Neurologie (49.01) |
| M. SADOUL Jean-Louis | Endocrinologie, Diabète, Maladies Métaboliques |
| M. TROJANI Christophe | Chirurgie Orthopédique et Traumatologie (50.02) |
| M. VENISSAC Nicolas | Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03) |

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

| | |
|----------------------|-------------------|
| M. HOFLIGER Philippe | Médecine Générale |
|----------------------|-------------------|

PROFESSEUR AGRÉGÉ

| | |
|-------------------|---------|
| Mme LANDI Rebecca | Anglais |
|-------------------|---------|

| | |
|----------|---------|
| Mme ROSE | Anglais |
|----------|---------|

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

| | |
|--------------------------------|--|
| Mme ALUNNI Véronique | Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03) |
| M. AMBROSETTI Damien | Cytologie et Histologie (42.02) |
| Mme BANNWARTH Sylvie | Génétique (47.04) |
| M. BENOLIEL José | Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01) |
| Mme BERNARD-POMIER Ghislaine | Immunologie (47.03) |
| Mme BUREL-VANDENBOS Fanny | Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03) |
| M. DOGLIO Alain Bactériologie- | Virologie (45.01) |
| M DOYEN Jérôme | Radiothérapie (47.02) |
| M FAVRE Guillaume | Néphrologie (52.03) |
| M. FOSSE Thierry | Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01) |
| M. GARRAFFO Rodolphe | Pharmacologie Fondamentale (48.03) |
| Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa | Pédiatrie (54.01) |
| Mme HINAULT Charlotte | Biochimie et biologie moléculaire (44.01) |
| Mme LEGROS Laurence | Hématologie et Transfusion (47.01) |
| Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle | Physiologie (44.02) |
| Mme MOCERI Pamela | Cardiologie (51.02) |

| | |
|---------------------------|---|
| 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) |
| M. ROUX Christian | Rhumatologie (50.01) |
| M. TESTA Jean | Épidémiologie Économie de la Santé Prévention |
| M. TOULON Pierre | Hématologie et Transfusion (47.01) |

PROFESSEURS ASSOCIÉS

| | |
|---------------------|-------------------------------|
| M COYNE John | Anatomie et Cytologie (42.03) |
| M. GARDON Gilles | Médecine Générale |
| Mme PACZESNY Sophie | Hématologie (47.01) |

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

| | |
|----------------------|-------------------|
| M BALDIN Jean-Luc | Médecine Générale |
| M. DARMON David | Médecine Générale |
| Mme MONNIER Brigitte | Médecine Générale |
| Mr PAPA Michel | Médecine Générale |

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

| | |
|-------------------------------|-------------------------------------|
| 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. JAMBOU Patrick | Coordination prélèvements d'organes |
| M. QUARANTA Jean-François | Santé Publique |

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Jean Baptiste SAUTRON, Président du jury,
Merci de me faire l'honneur de présider ce jury afin de juger mon travail et de m'avoir permis de réaliser un stage en SASPAS qui s'est révélé un atout majeur pour mon installation prochaine.
Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Jérôme DELOTTE,
Nous nous sommes rencontré dans le service de Gynécologie-Obstétrique de l'Archet II lorsque ce projet a pris naissance, vous étiez alors Docteur. Aujourd'hui vous me faites l'honneur de juger ce travail en tant que Professeur, je vous en remercie.
Soyez assuré de ma profonde estime et de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Philippe HOFLIGER,
Merci pour votre investissement dans la formation des internes de médecine générale et d'avoir accepté de juger mon travail.
Soyez assuré de mes considérations les plus respectueuses.

A Madame le Docteur Sonia LOISON-PAVLICIC,
Merci d'avoir accepté de juger mon travail, soyez assurée de ma reconnaissance.

A Madame le Docteur Tiphonie BOUCHEZ,
Merci de m'avoir permis de participer à ce projet en trinôme avec Audrey GOUGET.
Je te remercie pour ton soutien et tes conseils.

Aux médecins généralistes de l'arrière-pays niçois,
Sans lesquels ce projet n'aurait pu se faire. Merci pour leur accueil, leur disponibilité et leur témoignage.

A Audrey de m'avoir proposé de réaliser ce travail en miroir. Sans oublier Christophe.

A mon Père ...

A ma Mère, à mes Grands-parents. Merci pour votre Amour et votre soutien.

A Maël, pour ta PATIENCE, ton soutien, ton aide et ton Amour.

A Soline et Gilles, Bastien et Eugénie, Mathieu et Auré, Maud et Lolo, Marjo, Max, Martine et Francis, Gigi et Jacques, Myriam, Kévin et Eloïse, Noëlle, Christelle, Dominique, Bernard et Christine, Guigui et Amandine, Lionel et Celia, Laurie, Steph et Djuice, Soraya, Marion et Logan, FH et Clément, Thibaut, Vincent, Aurélien qui enrichissent ma vie chacun à leur manière.

A Cécile pour ton AIDE et ta bienveillance.

A Christian, Anne-Marie, Philippe et Christine.

Aux équipes soignantes qui m'ont accueilli et formé depuis le début de mes études ...

TABLE DES MATIERES

| | |
|--|-----------|
| LISTE DES ABREVIATIONS..... | 10 |
| INTRODUCTION..... | 11 |
| METHODES..... | 13 |
| RESULTATS..... | 14 |
| A. DESCRIPTION DE L'ECHANTILLON..... | 14 |
| B. LE VECU DES MEDECINS GENERALISTES..... | 15 |
| 1. Estimation de leur activité obstétricale en 2014 | |
| 2. Le ressenti des médecins généralistes | |
| a. Une situation mal acceptée | |
| b. L'isolement du médecin généraliste | |
| c. La diminution du rôle du médecin généraliste | |
| C. LES DETERMINANTS DE LA PRISE EN CHARGES DES FEMMES ENCEINTES..... | 16 |
| 1. Le choix du professionnel de santé | |
| a. Le gynécologue-obstétricien | |
| b. Le médecin généraliste | |
| c. La sage-femme | |
| 2. Les attentes des patientes enceintes | |
| a. Le besoin d'information | |
| b. La relation de confiance | |
| c. La proximité | |
| d. Le suivi technique | |
| D. LA COORDINATION DES SOINS PAR LE MEDECIN TRAITANT DANS LE SUIVI DE GROSSESSE... 17 | |
| 1. Les freins au développement du suivi de grossesse par le médecin traitant | |
| a. Le manque de communication entre les professionnels de la périnatalité | |
| b. La place prédominante du spécialiste en périnatalité | |
| c. Le manque d'information des patientes | |
| d. La pudeur des patientes | |
| e. La perte de compétences des médecins généralistes | |
| f. Les autres freins | |
| 2. Les atouts des médecins traitants pour assurer la coordination des soins en obstétrique | |
| a. La relation de confiance déjà établie | |
| b. La proximité et la disponibilité | |
| c. La formation | |
| d. L'envie de développer cette activité | |
| e. Un réseau personnel de correspondants | |
| 3. L'adhésion à un réseau de périnatalité | |
| a. Les freins | |
| b. Les facteurs facilitants | |

| | |
|---|----|
| DISCUSSION | 22 |
| A/ LE MANQUE D'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS..... | 22 |
| B/ FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE..... | 22 |
| C/ UNE MEDICALISATION CROISSANTE DES SUIVIS DE GROSSESSE..... | 24 |
| D/ LA PLACE DU MEDECIN DE FAMILLE DANS L'INTIMITE DES FEMMES..... | 24 |
| E/ LA LIBERTE DE CHOIX OFFERTE AUX PATIENTES..... | 25 |
| F/ UNE INFORMATION INSUFFISANTE DES PATIENTES..... | 26 |
| G/ UN MANQUE DE COLLABORATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE LA PERINATALITE..... | 26 |
| H/ LES RESEAUX DE PERINATALITE : QUELS BENEFICES EN PRATIQUE ?..... | 27 |
| I/ LES AUTRES FREINS EXPRIMES PAR LES MEDECINS GENERALISTES..... | 28 |
| J/ LES DETERMINANTS DU CHOIX DES PATIENTES..... | 29 |
| K/ UN SUIVI CONJOINT ASSURE PAR LE MEDECIN TRAITANT ET LE GYNECOLOGUE- OBSTETRICIEN..... | 29 |
| CONCLUSION | 30 |
| ANNEXES | |
| Annexe 1 : Territoire géographique de l'étude..... | 31 |
| Annexe 2 : Guide d'entretien | 32 |
| Annexe 3 : Questionnaire..... | 33 |
| Annexe 4 : Formulaire d'information et de consentement à l'enregistrement de l'entretien..... | 34 |
| RESUME | 36 |
| REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES | 37 |
| SERMENT D'HIPPOCRATE | 39 |

LISTE DES ABREVIATIONS

ARS : Agence Régionale de Santé

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

ESP : Espace de Santé de Proximité

HAS : Haute Autorité de Santé

MG : Médecin généraliste

PACA : Provence-Alpes-Côte d'Azur

PMI : Protection Maternelle Infantile

INTRODUCTION

Le bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et les premiers jours de vie du nouveau-né sont déterminants pour l'état de santé de la mère et de son enfant. Certains indicateurs préoccupants comme la mortalité maternelle et la morbi-mortalité périnatale placent la France aux derniers rangs européens dans le domaine de la périnatalité. Depuis 1970, trois plans de périnatalité ont été mis en place : 1970-1976, 1995-2000 et 2005-2007¹. Malgré ces mesures de la Haute Autorité de Santé (HAS), la situation continue de se détériorer. La France fait d'ailleurs figure de mauvais élève en comparaison des autres pays européens¹.

Depuis 1998, on observe une augmentation du nombre de consultations et d'échographies prénatales. Ce phénomène a conduit à une surmédicalisation des suivis de grossesse². Selon les recommandations nationales, un suivi de grossesse simple comporte trois examens échographiques obligatoires. Le nombre de ces examens est passé en moyenne de 4,5 à 5 actes par grossesse entre 2003 et 2010². En 2010, c'est en « Méditerranée » que la situation est la plus marquée où 36% des patientes suivies dans la région ont bénéficié d'au moins six échographies au cours de leur grossesse. Plusieurs études ont montré que « la surveillance de la grossesse par la sage-femme ou le médecin généraliste entraîne une moins grande utilisation des services de santé (consultations obstétricales, échographies et hospitalisations prénatales) sans que cela ne modifie le pronostic néonatal et maternel »³. Dans son dernier plan de périnatalité (2005-2007), la HAS recommande donc le retour à un suivi de grossesse plus humain et moins technique assuré par le médecin généraliste ou la sage-femme³.

Cependant en pratique, ces recommandations n'ont pas modifié les habitudes des patientes. Selon l'enquête de périnatalité de 2010, seulement 4,7% des femmes enceintes ont été suivies par leur généraliste, 11,7% par une sage-femme et une large majorité, 66,8%, par un gynécologue-obstétricien. Les 16,8% restantes ont bénéficié d'un suivi par plusieurs professionnels. A noter qu'en 1981, 53% des femmes déclaraient avoir consulté au moins une fois leur généraliste pendant leur grossesse contre seulement 23,8% en 2010². Ces chiffres témoignent de la nette diminution du rôle du médecin généraliste dans le suivi des femmes enceintes.

Des travaux de recherche ont déjà mis en évidence certains freins à la prise en charge des femmes enceintes par le médecin généraliste. Il s'agit essentiellement d'un déficit d'information des patientes mais également d'un manque de pratique et de qualification exprimés par les praticiens.

En janvier 2009, la région Provence Alpes Côte d'Azur disposait d'une densité médicale supérieure à la moyenne nationale dans le domaine de la périnatalité⁵ (Gynécologues, sages-femmes, médecins généralistes et pédiatres). Toutefois, on observe un vieillissement des professionnels de santé conduisant à une diminution globale de l'offre de soins sur le plan national. Cette tendance est particulièrement marquée en gynécologie-obstétrique où l'on redoute une véritable crise démographique. La diminution de ces effectifs (prévue d'ici 2020) est d'autant plus préoccupante aux vues de la croissance démographique de la région⁴.

Le département des Alpes-Maritimes est caractérisé par un contraste entre la zone côtière très urbanisée avec l'essentiel de l'offre de soins et un haut pays rural, enclavé et déficitaire⁶.

En novembre 2011, l'Agence Régionale de Santé (ARS) PACA a décidé d'identifier les territoires où l'offre de soins était insuffisante. La création d'Espaces de Santé de Proximité (ESP) par l'ARS avait pour objectif de « définir des unités géographiques fines et cohérentes en termes de recours aux soins de proximité ».

L'ARS PACA a fait le choix de classer ces ESP en trois catégories pour « permettre une gradation du risque de désertification médicale et/ou de désorganisation »⁷.

- **Les ESP « fragiles »** qui :

- Soit cumulent un faible effectif de médecins généralistes (inférieur ou égal à 5) et une densité inférieure à la moyenne nationale (sauf décision contraire des groupes de travail départementaux).
- Soit ont été identifiés comme fragiles par les groupes de travail en raison de critères variés comme la désinstallation récente de professionnels de santé, l'isolement ou un environnement sanitaire peu favorable.

- **Les ESP « à risque »** qui présentent une exposition aux risques moins importante mais nécessitent toutefois une vigilance particulière et la mise en œuvre de mesures spécifiques visant à améliorer l'organisation de l'offre de santé et de services de proximité.

- **Les autres ESP** qui ne présentent pas de facteurs de risques particuliers mais qui sont eux aussi éligibles aux mesures d'amélioration de l'organisation.

Afin de redresser la situation française, la Cour des comptes a recommandé en 2012 de se remobiliser pour « mieux comprendre la situation actuelle » et « mieux impliquer et mieux coordonner les différents acteurs »¹.

Tenant compte des problématiques du secteur de la périnatalité exposées précédemment, cette étude a pour objectif principal d'explorer la prise en charge des femmes enceintes par leur médecin généraliste dans l'arrière-pays niçois. Le secteur choisi regroupe l'ensemble des ESP « fragiles » des Alpes-Maritimes identifiés par l'ARS (Annexe 1). Avec ce coup de projecteur sur des territoires où l'offre de soins est limitée, nous espérons mieux comprendre les freins et les facteurs facilitants le développement du rôle du médecin généraliste dans la coordination des soins en obstétrique.

Il s'agit d'un travail de thèse réalisé en miroir où le second investigateur s'est intéressé au vécu des femmes vivant en zone fragile lors de leur grossesse.

METHODES

Une étude qualitative exploratoire par entretiens semi-structurés a été menée auprès des médecins généralistes de l'arrière-pays niçois concernant leur vécu du suivi de grossesse et leur rôle dans la coordination des soins.

Le critère d'inclusion des médecins était d'être installé dans les Alpes-Maritimes en zone fragile telle que définie par l'ARS. Vingt-deux praticiens correspondant aux critères d'inclusion ont été répertoriés sur le site ameli.fr. Ils ont été contactés successivement afin d'obtenir un échantillon varié et représentatif de tous les Espace de Santé de Proximité « fragiles » du département.

Chaque généraliste a été rencontré une première fois sur son lieu d'exercice par l'investigateur principal. Il était question dans un premier temps de présenter ce projet puis de convenir des conditions optimales de réalisation de l'entretien lors d'une seconde visite. Un guide d'entretien (Annexe 2) constitué de questions ouvertes a été établi à partir des données de la littérature. Ce guide est resté modifiable en fonction des premiers résultats afin d'optimiser les entretiens suivantes. Les entretiens ont été réalisés aléatoirement pour les deux tiers par l'investigateur principal et pour un tiers par un autre chercheur jusqu'à saturation théorique des données. Les médecins ont rempli et signé un consentement éclairé avant le début de leur entretien.

En plus des données qualitatives, des données quantitatives de description de l'échantillon ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire (Annexe 3) rempli par chaque praticien : genre, âge, lieu d'étude, expérience en milieu urbain, date d'installation dans l'arrière-pays niçois, formations complémentaires et mode d'exercice actuel.

L'ensemble des données qualitatives a été enregistré et retranscrit verbatim puis anonymisé. Les verbatim ont ensuite fait l'objet d'une analyse thématique et synthétique par théorisation ancrée approchée à l'aide du logiciel NVivo9. Un quart des entretiens a été analysé en double codage par l'investigateur principal et le deuxième chercheur. En cas de désaccord, un sénior est intervenu pour statuer.

Le cadre éthique était constitué de la signature d'un consentement de tous les praticiens interrogés après prise de connaissance d'une fiche d'information (Annexe 4) et d'un tableau de correspondance garantissant l'anonymat et l'accès des participants à leurs données. Le comité de protection des personnes n'a pas été sollicité conformément à la loi en l'absence d'intervention de soins.

Ce travail de thèse a été rédigé au format article dans l'intention d'une publication dans la revue *Exercer*.

Les demandes de subventions auprès du Conseil Général pour ce travail de recherche dans l'arrière-pays n'ont pas abouti.

RESULTATS

A/ DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Sur les vingt-deux médecins généralistes exerçant dans les Espaces de Santé de Proximité « fragiles » des Alpes-Maritimes, deux médecins ont pris leur retraite au début de l'étude et deux autres ont refusé de nous recevoir du fait d'une surcharge de travail. Une saturation des idées a été obtenue après avoir rencontré quatorze praticiens.

Tableau 1. Caractéristiques des médecins généralistes interrogés.

| | n (%) |
|---|-------------|
| Genre | |
| Homme | 12 (85,7 %) |
| Femme | 2 (14,3 %) |
| Age | |
| < 40 ans | 2 (14,3 %) |
| 40 - 55 ans | 6 (42,85 %) |
| > 55 ans | 6 (42,85 %) |
| Lieu de Formation | |
| Nice | 5 (35,7 %) |
| France métropolitaine hors PACA | 8 (57,2 %) |
| Etranger | 1 (7,1 %) |
| Exercice de la MG en milieu urbain | |
| Oui | 8 (57,2 %) |
| Non | 6 (42,8%) |
| Installation en ESP Fragile | |
| < 5 ans | 5 (35,7 %) |
| > 20 ans | 9 (64,3 %) |
| Activité professionnelle | |
| Seul | 8 (57,2 %) |
| Cabinet de groupe | 3 (21,4 %) |
| Maison médicale | 3 (21,4 %) |
| Formations complémentaires | |
| Gynécologie-obstétrique | 1 (7,1 %) |
| Médecine d'urgence | 10 (71,4 %) |
| Gériatrie | 3 (21,4 %) |
| Pédiatrie | 1 (7,1 %) |
| Echographie-doppler | 1 (7,1 %) |
| Aucun diplôme complémentaire | 3 (21,4 %) |

B/ LE VECU DES MEDECINS GENERALISTES

1/ Estimation de leur activité obstétricale en 2014

| Activité obstétricale | Nombre de médecins |
|--|--------------------|
| N'a jamais suivi de grossesse | 4 |
| Ne fait plus de suivi de grossesse | 4 |
| Assure régulièrement des suivis de grossesse | 6 |

Les huit médecins généralistes qui n'assuraient aucun suivi ont expliqué que leur activité obstétricale se limitait à des consultations ponctuelles. Celles-ci consistaient essentiellement au diagnostic, à la déclaration de grossesse et parfois à la prise en charge de pathologies aiguës de la femme enceinte et du post-partum.

Les six autres médecins pratiquaient des suivis jusqu'au sixième mois de grossesse. Certains assuraient seuls la prise en charge et d'autres conjointement avec le gynécologue-obstétricien au rythme d'une consultation sur deux. Ils ont déclaré suivre deux à trois patientes par an en moyenne.

2/ Le ressenti des médecins généralistes

a. Une situation mal acceptée

La majorité des médecins généralistes a exprimé sa frustration, sa colère et parfois sa résignation, ayant l'impression que le suivi de la patiente enceinte leur échappait complètement. Pour la plupart des grossesses, ils se sont sentis « en marge du suivi », voire même « exclus » de celui-ci (D6 et D8) car ils ne voyaient pas les patientes en consultation et ne recevaient qu'un seul compte rendu du gynécologue-obstétricien plusieurs semaines après l'accouchement.

b. L'isolement du médecin généraliste

Certains médecins ont fait part du « manque de soutien des autorités de santé » (D1, D6, D10). Ils ressentaient de la « solitude dans leur pratique » (D1 et D8) ainsi qu'un manque de légitimité dans le suivi obstétrical. Quelques-uns avaient l'impression que la Protection Maternelle et Infantile (PMI), soutenue par le Conseil Général, s'était appropriée le secteur de la périnatalité : « elle fait double emploi avec le médecin généraliste » (D10) mais reconnaissaient son rôle déterminant en cas de problèmes sociaux.

c. La diminution du rôle du médecin généraliste

Quelques médecins ont regretté d'être de moins en moins sollicités pour les suivis de grossesse : « on néglige les compétences locales » (D10) alors que cette activité leur semblait « facile, plaisante et intéressante ». Un autre praticien proche de la retraite a

déclaré « ne plus avoir la force de se battre » (D6) et a constaté avec regrets que cette activité lui avait échappé progressivement depuis plusieurs années.

C/ LES DETERMINANTS DE LA PRISE EN CHARGE DES FEMMES ENCEINTES

1/ Le choix du professionnel de santé

a. Le gynécologue-obstétricien

Les médecins rencontrés ont expliqué que la plupart des patientes débutait d'emblée le suivi de grossesse chez leur gynécologue habituel. A noter que selon eux, les patientes demandaient traditionnellement conseil à leurs proches plutôt qu'à leur médecin traitant pour choisir leur spécialiste.

b. Le médecin généraliste

Parmi les praticiens rencontrés, la plupart a déclaré qu'un généraliste qui suivait des patientes en gynécologie avait plus de demandes pour prendre en charge les suivis de grossesse. L'information sur la possibilité d'un suivi de grossesse par le médecin traitant se transmettait essentiellement via le bouche-à-oreille du fait de l'absence de campagne d'information nationale.

c. La sage-femme

Les médecins ont déclaré que les suivis de grossesse par les sages-femmes restaient marginaux dans les Espaces de Santé de Proximité (ESP) « fragiles ». Ils manquaient néanmoins d'informations précises sur ce type de prise en charge. Selon eux, seules les sages-femmes libérales assuraient des suivis de grossesse. Celles de la PMI assuraient des cours de préparation à l'accouchement et assistaient les jeunes mères dans les soins du nouveau-né.

2/ Les attentes des patientes enceintes

a. Le besoin d'information

Selon les généralistes, « il y a beaucoup de femmes suivies par des gynécologues qui viennent nous voir pour avoir des précisions et des explications » sur le déroulement de leur grossesse (D2, D3, D8, D10 et D11). En effet, les patientes, en particulier les primigestes, avaient des difficultés à assimiler l'ensemble des informations délivrées lors des consultations chez le spécialiste.

b. La relation de confiance

Les médecins rencontrés ont expliqué que les patientes enceintes avaient souvent besoin de contact, d'écoute et d'être rassurées sur le bon déroulement de leur grossesse. Certains évoquaient spontanément la nécessité pour la femme enceinte de

créer un lien fort avec le professionnel qui suit la grossesse ainsi que l'équipe soignante de la maternité.

c. La proximité

Selon les médecins qui assuraient des suivis, les patientes appréciaient la proximité géographique de leur généraliste : « ça évite aux patientes de courir de ci de là, on est quand même à une heure de Nice donc elles sont contentes » (D4). Sur le plan démographique, les médecins ont constaté une progression de l'installation des jeunes en âge de procréer au sein des ESP « fragiles » occasionnant une recrudescence de la demande de soins primaires.

d. Le suivi technique

Certains médecins ont évoqué d'emblée le plateau technique proposé par les gynécologues-obstétriciens et en particulier l'échographie : « les femmes enceintes attendent l'échographie tridimensionnelle (...) toi t'es là avec tes mains... » (D6). Ils comprenaient le désir des patientes de bénéficier des nouvelles technologies lors de leur grossesse : « chaque femme désire ce qu'il y a de mieux pour son bébé » (D12) et doutaient ainsi de la possibilité d'un retour à un suivi moins technique. Selon eux, elles étaient rassurées par les échographies complémentaires réalisées lors des consultations chez le gynécologue.

D/ LA COORDINATION DES SOINS PAR LE MEDECIN TRAITANT DANS LE SUIVI DE GROSSESSE

1/ Les freins au développement du suivi de grossesse par le médecin généraliste

a. Le manque de communication entre les professionnels de la périnatalité

Onze des quatorze médecins rencontrés se sont plaints du manque de communication des gynécologues-obstétriciens, des sages-femmes et de la PMI. Ils regrettaient de ne recevoir aucun compte rendu au cours de la grossesse et de se retrouver ainsi en marge du suivi. Un praticien a déclaré « ne pas trouver sa place dans le secteur de la périnatalité » (D10).

Plusieurs médecins avaient l'impression que les gynécologues faisaient « de la rétention de patientes » (D4, D5, D12 et D13) et de la « rétention d'informations » (D14). Les médecins traitants se sont également exprimés sur leurs difficultés à accéder au dossier obstétrical. Certains ont été parfois contraints de prendre en charge leurs patientes en urgence sans avoir accès au dossier de suivi.

En ce qui concerne le carnet de maternité édité par le Conseil Général, tous les médecins généralistes ont été unanimes sur sa bonne conception. Ils regrettaient cependant le fait que les spécialistes ne l'utilisaient pas et que les patientes ne l'apportaient jamais en consultation. A ce propos, les questions de la mise en place du dossier médical partagé et de l'utilisation de la télémédecine ont été soulevées. L'un

d'entre eux a d'ailleurs déclaré : « Le problème c'est la volonté de communiquer, peu importe l'outil choisi » (D10).

b. La place prédominante du spécialiste en périnatalité

Trois médecins ont fait spontanément le parallèle entre le suivi de grossesse et la pédiatrie. Selon eux, en théorie le spécialiste était là « pour conseiller le médecin traitant si besoin et prendre en charge les situations difficiles » (D6, D10 et D14). En pratique, c'était l'inverse car les patients consultaient le spécialiste pour le suivi de routine (gynéco-obstétricien ou pédiatre) et le généraliste seulement en cas de problème aigu.

c. Le manque d'information des patientes

Trois praticiens ont signalé le manque d'information des patientes quant à la possibilité d'un suivi de grossesse par le médecin de famille. Ils ont insisté sur la nécessité de promouvoir le suivi obstétrical par le médecin généraliste grâce à des campagnes nationales visant à lui « redonner sa légitimité dans ce domaine » (D10). Ils comptaient « sur une prise de conscience des autorités » (D1, D8, D10 et D12). A titre d'exemple, « la CAF (Caisse d'Allocations Familiales) pourrait mieux informer les patientes sur la possibilité d'un suivi par le médecin traitant » a proposé l'un d'eux (D8).

d. La pudeur des patientes

Un tiers des praticiens interrogés a évoqué spontanément la pudeur des patientes qui les freinait à consulter le médecin de famille pour un motif gynéco-obstétrical. Selon eux, le fait de connaître les patientes depuis leur enfance et d'être un homme expliquait la réticence de la plupart des femmes. Certains pensaient que les patientes se tournaient plus facilement vers les médecins généralistes femmes alors qu'en ce qui concerne le gynécologue, le sexe importait peu. Les femmes des ESP fragiles consultaient donc essentiellement sur le littoral pour préserver leur intimité.

e. La perte de compétences des médecins généralistes

Les huit médecins qui n'assuraient pas de suivi obstétrical ont déclaré n'avoir aucune demande de suivi de la part de leurs patientes enceintes. Ces médecins qui manquaient de pratique ont évoqué une perte de compétences et par conséquent un manque d'assurance lors des consultations obstétricales inopinées.

f. Les autres freins

Quatre médecins ont déclaré préférer laisser cette activité aux spécialistes. Les raisons qui ont été évoquées étaient un manque d'intérêt pour la discipline (D14), un manque de temps « je travaille déjà douze heures par jour » (D7) ou un épuisement professionnel (D6).

D'autres freins au suivi de grossesse par le médecin généraliste ont été évoqués comme le désir de certaines femmes d'être suivies par le médecin accoucheur ou l'influence des médias qui incitaient à « la surmédicalisation des grossesses » (D10).

2/ Les atouts des médecins traitants pour assurer la coordination des soins en obstétrique

a. La relation de confiance déjà établie

La majorité des médecins était installée depuis longtemps en zone fragile et connaissait les patientes depuis leur enfance : « la plupart, je les ai connues petites » (D1). Le médecin traitant avait une place centrale dans la prise en charge des patients : « une chose est sûre ici, c'est que les gens vont moins voir le spécialiste, ils vont d'abord voir le généraliste (...) en même temps ici les gens ont plus tendance à faire confiance au médecin traitant qu'en ville » (D8).

b. La proximité et la disponibilité

Les cantons classés en ESP « fragile » étaient situés à au moins une heure de route du littoral. Les patientes bénéficiaient de la permanence des soins grâce aux généralistes qui assuraient les gardes de nuit et de week-end. « On est sur place. (...) On est tout près. (...) On est là à proximité. (...) Elles savent qu'on est sur place. » (D2 et D3). En cas d'urgence, la proximité et la disponibilité du généraliste dans l'arrière-pays niçois était une sécurité pour la population. « Le jour où t'es là avec tes mains et où tu fais la révision utérine et que tu sauves la bonne femme, t'étais là, le gynéco, lui, il était à une heure et demie de route ! » (D6). Un des médecins qui n'assurait pas de suivi gynéco-obstétrical a déclaré : « Le principe ici c'est que les gens ne veulent pas descendre » (D7). Cependant selon les autres médecins, l'éloignement géographique n'apparaissait pas comme une contrainte majeure pour les jeunes femmes actives qui se rendaient régulièrement en ville pour leur activité professionnelle par exemple.

c. La formation

Dans l'ensemble, les médecins rencontrés étaient satisfaits de leur formation initiale en gynécologie-obstétrique : « J'ai eu la chance d'être interne dans un service de gynéco (centre hospitalier, accueillant des internes, maternité de niveau II A) (...) une bonne formation » (D13), « Quand je suis arrivé ici j'étais formé » (D4), « J'ai fait beaucoup de gynécologie-obstétrique » (D12). Ceux qui ne faisaient pas de suivi de grossesse ont déclaré avoir juste besoin d'une remise à niveau de leurs connaissances. Une grande majorité des généralistes des ESP « fragiles » avait également une formation d'urgentiste « Et le fait que tous les deux, on soit médecin correspondant SAMU et médecin pompier, ça les rassure » (D2 et D3), « J'ai fait deux ans de SAMU » (D8). Un des généralistes avait même un DU d'échographie et possédait son propre échographe au cabinet « Je m'en sers en gynéco, en obstétrique » (D13).

d. L'envie de développer cette activité

La moitié des médecins a exprimé spontanément le désir de développer cette activité. « On est dans un domaine de reconquête » (D10). Plusieurs praticiens ont témoigné leur volonté de préserver la polyvalence du médecin généraliste : « Je suis généraliste (...) donc tout ce qui concerne une personne que ce soit de la conception jusqu'à sa

mort, ça me concerne. » (D10), « Un médecin généraliste, il est compétent et généraliste, c'est une spécialité dont le suivi de grossesse fait partie » (D12).

e. Un réseau personnel de correspondants

Les médecins ont déclaré avoir des difficultés à communiquer avec les gynécologues-obstétriciens. Ils possédaient néanmoins un réseau personnel de correspondants : « J'ai quelques adresses de gynécologues, j'ai l'adresse d'une généraliste qui fait de la gynéco au tarif de la médecine générale ce qui est extrêmement utile pour réaliser les frottis chez les femmes réfractaires aux soins de la vallée ou au fait que je sois un homme » (D12), « Oui j'ai un gynécologue (...) si j'ai une question je lui téléphone » (D8).

Avec ces atouts, les médecins traitants prétendaient à une place plus centrale au sein du suivi de grossesse. Un médecin a par ailleurs proposé que « les gynécos ré-adressent les patientes au médecin traitant en cas de grossesse simple pour qu'il assure le suivi régulier comme c'est le cas dans les autres spécialités » (D12).

3/ L'adhésion à un réseau de périnatalité

L'accueil réservé à l'idée d'intégrer un réseau de périnatalité a été mitigé. Lors de l'étude, seul un praticien était déjà membre du réseau des Alpes-Maritimes.

a. Les freins

La plupart des médecins interrogés ignorait l'existence du réseau de périnatalité des Alpes-Maritimes et n'avait par ailleurs reçu aucune proposition pour adhérer à celui-ci. Ils ont également déclaré ne pas avoir assez de temps libre pour descendre sur Nice assister aux réunions. Ils redoutaient que les formations proposées ne soient pas adaptées à leur pratique de médecin rural et craignaient également de perdre en liberté d'exercice. « Très honnêtement, pour moi, c'est des choses absconnes qui n'ont qu'une valeur administrative et qui ne correspondent pas du tout à ma réalité de terrain » (D12), « Alors il y en a plein des réseaux, j'adhère pas trop moi (souffle, voix monotone) (...) Ben parce que c'est un carcan, il y a des contraintes et dès qu'il y a des contraintes ça me bloque » (D13).

Le médecin qui faisait partie du réseau était initialement enthousiaste à l'idée d'adhérer à cette organisation mais avec les années il s'est dit très déçu : « ils ne développent rien » et pensait que les thèmes abordés lors des formations n'étaient pas adaptés aux attentes du médecin de campagne.

b. Les facteurs facilitants

La moitié des médecins s'est déclarée intéressée par une formation médicale continue en gynécologie-obstétrique assurée par le réseau. Un praticien a suggéré d'organiser

ces réunions sous forme de vidéoconférences pour limiter les déplacements sur le littoral.

Un autre médecin s'est montré très favorable à cette proposition d'intégrer un réseau de périnatalité. Il a expliqué qu'en adhérant à cette organisation, les généralistes bénéficieraient du soutien des autorités de santé et d'une plus grande légitimité dans le suivi de grossesse.

DISCUSSION

A/ LE MANQUE D'APPLICATION DES RECOMMANDATIONS DE LA HAS

Nos recherches ont mis en évidence une diminution de l'activité obstétricale des médecins généralistes au sein des Espaces de Santé de Proximité (ESP) « fragiles » des Alpes-Maritimes. Cette tendance a entraîné la mise à l'écart et la perte de compétences des médecins de famille dans le suivi de grossesse. Cette baisse des consultations du médecin généraliste par les patientes enceintes a déjà été constatée dans l'enquête de périnatalité de 2010².

Dans notre étude, nous avons observé la persistance d'un net déséquilibre dans le choix du professionnel de santé en faveur du gynécologue-obstétricien et ce, malgré les recommandations de la HAS. Au cours de notre travail, dix médecins sur les quatorze rencontrés approuvaient ces directives. Cependant, un seul médecin les a évoquées spontanément. Une thèse de médecine générale⁸ a mis en évidence une « différence importante entre les recommandations et les pratiques professionnelles des médecins généralistes » dans le suivi de grossesse. Selon l'auteur, il existait un « problème de diffusion des recommandations et de transmission de l'information sur le suivi obstétrical » aboutissant à une application partielle des bonnes pratiques émises par la HAS.

Dans notre enquête, les médecins ne semblaient pas actifs dans la promotion du suivi de grossesse. Seuls deux praticiens, qui assuraient régulièrement des suivis de grossesses, proposaient spontanément aux patientes de les accompagner. Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette attitude des généralistes : la méconnaissance des recommandations, le manque de compétences ou d'intérêt pour la discipline et le choix du spécialiste énoncé par la patiente.

B/ FORCES ET LIMITES DE NOTRE ETUDE

1/ Les forces de l'étude

La périnatalité constitue un enjeu sanitaire fort pour lequel l'Etat s'est engagé à travers trois plans de périnatalité dont le premier a été mis en place en 1970, suivi d'un deuxième en 1995. Le troisième plan datant de 2005, il nous est apparu pertinent d'en évaluer l'impact dix ans plus tard et d'analyser les phénomènes qui ont freiné la mise en application des recommandations.

En 2011, l'ARS PACA a déterminé les zones à risque de dysfonctionnement dans l'accès aux soins primaires. Nous avons choisi ce territoire d'étude restreint afin d'analyser au mieux les problématiques et les stratégies performantes dans une zone où l'offre de soins est limitée. Ce choix de l'arrière-pays a également été fait pour apporter des données départementales spécifiques, considérant que le consensus mondial sur la responsabilité sociale des facultés de médecine compte dans ses axes stratégiques l'anticipation des besoins de santé et l'adaptation au nouveau rôle des médecins.

Concernant la méthode, notre choix s'est porté sur une enquête qualitative et descriptive. Ce type d'étude permet de comprendre un phénomène global plutôt que de mesurer des paramètres décontextualisés. De plus, les généralistes ont pu s'exprimer librement grâce à la

garantie de l'anonymat et aux questions ouvertes posées lors des entretiens semi-dirigés. Un médecin a ainsi déclaré : « ça fait du bien de dire ce qu'on a sur le cœur ».

La taille de l'échantillon n'ayant pas été définie initialement, nous avons inclus les médecins les uns après les autres jusqu'à saturation des données recueillies. L'ensemble des généralistes des ESP « fragiles » a été contacté et quatorze d'entre eux ont été rencontrés de manière homogène sur l'ensemble des vallées. Cette démarche originale a permis de recueillir des données précieuses sur leur pratique quotidienne au sein des ESP « fragiles » des Alpes-Maritimes.

Les biais d'investigations ont été limités grâce à la réalisation d'un tiers des entretiens par un deuxième interne et l'optimisation des conditions d'interview. La retranscription de chaque entretien verbatim a permis de limiter la part de subjectivité dans les résultats. L'analyse des données a comporté un double codage d'un quart des entretiens pour limiter le biais d'interprétation. Des modifications ont été apportées au guide d'entretien suite à l'analyse des premières données recueillies afin d'améliorer le déroulement des entrevues suivantes.

Les résultats de cette étude ont permis d'analyser les pratiques des médecins généralistes dans le suivi de grossesse. Ainsi, nous avons mis en évidence de nouveaux freins et facteurs facilitant la coordination des soins par le médecin traitant. Cela a par ailleurs permis aux praticiens de proposer des solutions pour développer leur activité obstétricale. La comparaison des données recueillies avec la seconde thèse réalisée en miroir va permettre d'émettre des hypothèses concernant la faible activité obstétricale des généralistes.

2/ Les limites de l'étude

Un biais de participation des médecins a pu entraîner le non-recueil de représentations sur notre sujet. En effet, sur les vingt-deux médecins recensés seuls quatorze ont été rencontrés (certainement les plus motivés par l'étude). Les médecins n'ayant pas participé à notre travail pourraient avoir un profil différent de ceux qui ont été interviewés, ainsi leurs représentations auraient été intéressantes pour la compréhension complète du phénomène étudié. Géographiquement, un secteur n'a pas été représenté car un premier médecin a refusé de nous recevoir évoquant un manque de temps et le second médecin, n'exerçant en cabinet qu'une journée par semaine, n'a pas été rencontré.

Malgré le partage du recueil des données et le double codage d'une partie des entretiens, des biais d'investigation et d'interprétation n'ont pu être évités en raison du choix d'une méthode interprétative et de l'inexpérience des investigateurs.

De plus, les résultats ont été tirés des déclarations de médecins généralistes interrogés dans un cadre particulier, à savoir, par deux futurs confrères réalisant un travail destiné à être rendu public. En étudiant le ressenti des généralistes, nous étions conscients que leurs propos ne correspondaient pas forcément à l'exacte réalité mais à leur perception de celle-ci.

C/ UNE MEDICALISATION CROISSANTE DES SUIVIS DE GROSSESSE

Pourquoi l'obstétrique est-elle devenue une spécialité à part où le spécialiste a un rôle prédominant dans le suivi des patientes ?

La grossesse est un phénomène physiologique à risque de complications maternelles et fœtales. En France, le suivi de grossesse est une activité très codifiée comportant sept consultations et trois échographies prénatales obligatoires ainsi qu'une consultation post-natale. L'organisation du suivi est le plus souvent assurée par le gynécologue alors que le médecin traitant, qui coordonne habituellement les soins, se retrouve en marge du suivi.

Cette situation est la résultante de deux influences principales qui orientent spontanément les patientes vers le spécialiste :

- En 2012, une enquête⁹ réalisée en région parisienne auprès de patientes enceintes a mis en évidence une pression sociale qui s'exerce sur les femmes enceintes. Selon cette étude, la grossesse revêt un caractère précieux car « elle s'inscrit pleinement dans la construction du féminin dont celle-ci semble constituer l'aboutissement ». Sous l'influence de la société, de l'entourage et des médias, se construit le modèle de la « bonne femme enceinte, responsable de la santé de son fœtus » qui doit suivre avec précautions les multiples recommandations du corps médical. Les femmes qui s'éloignent du modèle légitime s'exposeraient « au jugement social et à leur propre culpabilité »⁹.

- De plus, la fréquence élevée des consultations revêt un caractère à la fois anxiogène de part le risque de découverte d'une pathologie et rassurant car il permet de confirmer la bonne évolution de la grossesse^{9,15}. De ce fait, les futurs parents choisissent le spécialiste afin de bénéficier de ses compétences, de son expérience et de ses équipements.

Un suivi technique assuré par le spécialiste semble ainsi répondre aux attentes des patientes qui « désirent ce qu'il y a de mieux pour leur enfant » (D12). Cette démarche peut toutefois conduire à une surmédicalisation des grossesses simples suite « à la généralisation de mesures réservées au départ aux grossesses à risque »¹⁴.

D/ LA PLACE DU MEDECIN DE FAMILLE DANS L'INTIMITE DES FEMMES

En général, le médecin de famille fait partie de l'entourage proche de la patiente. Il a un rôle de conseiller, de confident alors que les consultations chez le gynécologue sont moins fréquentes et la relation souvent plus impersonnelle. Plusieurs études dont la nôtre ont objectivé une pudeur des patientes perçue par les généralistes et pouvant impacter leur relation^{10,15}. Un médecin de l'arrière-pays a utilisé le terme de « pudeur partagée » lors des consultations pour un motif gynéco-obstétrical. A ce propos, dans une thèse¹⁴ réalisée à Nice, une patiente a déclaré que « la proximité avec le médecin de famille était trop importante » pour lui confier ce type de suivi. Dans cette même étude, certaines patientes se sont dites freinées du fait que le généraliste réalise peu d'exams gynécologiques alors que « le gynécologue, lui, fait ça toute la journée »¹⁴. A noter que les visites chez le gynécologue débutent en général à l'âge adulte, après le démarrage d'une activité sexuelle. Le médecin de famille, lui, prend souvent en charge les patientes dès l'enfance ou l'adolescence. Cette gêne constitue certainement un frein important qu'il serait intéressant d'analyser dans d'autres travaux, pour en diminuer l'impact.

Dans notre étude, les généralistes ont également déclaré que les médecins traitants femmes avaient plus de facilités à entrer dans l'intimité des patientes et à développer ainsi une activité gynéco-obstétricale. Cette idée est reprise dans une thèse¹¹ réalisée en Midi-Pyrénées qui a mis en évidence une activité obstétricale plus développée chez les femmes généralistes que chez leurs confrères masculins (43.5% contre 25%). Une étude parisienne¹⁶ a démontré que les femmes étaient plus intéressées par cette discipline, se sentant plus à l'aise et plus compétentes que les hommes. A ce propos, une autre thèse⁸ a révélé que les médecins généralistes femmes de moins de 45 ans, pratiquant des frottis cervico-vaginaux au cabinet, avaient la pratique professionnelle la plus proche des recommandations de la HAS dans le suivi de grossesse.

Au final, cette relation de proximité entre le médecin de famille et ses patientes est un atout précieux pour la prise en charge psycho-sociale mais reste malgré tout un frein important pour la prise en charge du suivi de grossesse car les patientes semblent réticentes à dévoiler leur intimité.

E/ LA LIBERTE DE CHOIX OFFERTE AUX PATIENTES

Actuellement, les patientes sont libres de choisir le professionnel de santé qui va coordonner le suivi de leur grossesse. Elles peuvent consulter un gynécologue-obstétricien en accès libre, c'est-à-dire sans consulter leur médecin traitant auparavant. Cette règle s'applique pour les examens gynécologiques périodiques, la prescription et le suivi d'une contraception, le suivi d'une grossesse et l'Interruption Volontaire de Grossesse (IVG) médicamenteuse¹². La consultation du spécialiste en accès libre n'incite pas les femmes à consulter leur médecin traitant en premier recours. Dans une thèse¹⁴ réalisée à Nice en 2013, des patientes ont d'ailleurs expliqué que la consultation du gynécologue en accès libre laissait entendre que le suivi gynéco-obstétrical devait être assuré par le spécialiste.

Dans notre étude, les patientes enceintes choisissaient le plus souvent le spécialiste qui assurait leur suivi gynécologique jusqu'alors. En ce qui concerne les patientes sans gynécologue, celles-ci demandaient conseil à leur famille ou à leurs amis plutôt qu'à leur médecin de famille. Ce choix très personnel est délicat car les femmes espèrent trouver un spécialiste qui réponde à leurs attentes et avec lequel pourra s'établir une relation de confiance. En consultant leurs proches, elles essaient, semble-t-il, de trouver le spécialiste qui pourrait les satisfaire. Seules les patientes isolées sur le plan social demandaient conseil à leur médecin traitant.

Le gynécologue échappe aux contraintes du parcours de soins car historiquement, il a toujours assuré la prise en charge des femmes enceintes et le suivi gynécologique de prévention. Un phénomène similaire est observé en pédiatrie où le suivi régulier est également confié au spécialiste. Dans le cadre de la périnatalité, pour l'enfant né ou à naître, il semble d'usage de s'orienter vers le spécialiste afin de bénéficier de la meilleure prise en charge envisagée. La pédiatrie et la gynécologie apparaissent actuellement comme des spécialités de premier recours. Cependant, la diminution annoncée du nombre de praticiens dans ces deux disciplines devrait redonner une place plus importante au généraliste dans le domaine de la périnatalité.

F/ UNE INFORMATION INSUFFISANTE DES PATIENTES

Sur le plan personnel, les femmes ont chacune « leur trajectoire de vie, la grossesse arrivant dans des contextes familiaux, sociaux, culturels et économiques différents »⁹. C'est pourquoi dans ses recommandations, la HAS estime que le médecin de famille et la sage-femme ont les qualités requises pour proposer aux patientes un suivi de qualité, personnalisé et plus humain. Le décalage important qui persiste entre ces recommandations et les pratiques actuelles s'explique notamment par leur manque de diffusion auprès des patientes.

Plusieurs médecins de notre étude ont insisté sur la nécessité d'informer la population sur la capacité des généralistes à suivre des grossesses simples. Lors de notre travail dans les ESP « fragiles », la transmission de cette information se faisait uniquement via le bouche-à-oreille. De ce fait, le suivi de grossesse par le généraliste apparaissait comme une activité marginale.

La thèse réalisée en Auvergne¹⁵ en 2012 a également mis en évidence le fait que les femmes connaissaient mal les différentes possibilités de suivi et qu'un choix éclairé du professionnel de santé passait « nécessairement par une meilleure information ». Un autre travail de thèse¹⁰ a confirmé ce manque d'information des patientes, en particulier chez les nulligestes dont 61% ignoraient la possibilité d'être suivie par un médecin généraliste.

On pourrait imposer aux patientes de consulter leur médecin traitant lors du diagnostic de grossesse ce qui permettrait aux généralistes d'avoir un moment consacré à l'information des différents suivis possibles. Toutefois les médecins de notre étude, qui réalisaient pourtant régulièrement des diagnostics de grossesse, refusaient pour la plupart d'assurer eux-mêmes leur promotion. Ils considéraient que c'était aux autorités de santé de mieux informer la population sur les compétences du généraliste en matière de périnatalité (en gynécologie-obstétrique et en pédiatrie) pour qu'ensuite le choix des patientes se fasse librement.

La HAS devrait, semble-t-il, communiquer davantage sur les différents types de suivis proposés aux patientes. Il semble pertinent d'expliquer aux femmes que les généralistes et les sages-femmes sont formés pour suivre les grossesses simples qui représentent 85% des cas. Le gynécologue-obstétricien devrait, quant à lui, n'être sollicité que pour la surveillance des grossesses à risque.

G/ UN MANQUE DE COLLABORATION ENTRE LES PROFESSIONNELS DE LA PERINATALITE

Notre étude ainsi qu'une thèse réalisée à Clermont Ferrand¹⁵ ont révélé des dysfonctionnements importants dans la relation entre médecins traitants et gynécologues en comparaison des autres spécialistes. Sur le plan de la communication, les médecins rencontrés ont expliqué que les gynécologues n'adressaient aucun compte rendu au médecin traitant pendant la grossesse. Seul un courrier récapitulatif du suivi et de l'accouchement était habituellement envoyé dans les semaines suivant la naissance. Certains généralistes ont ainsi utilisé le terme de « suivi cloisonné » et se sont plaints d'être mis à l'écart pendant la grossesse.

Lors de cette étude, les gynécologues continuaient d'assurer la majeure partie des grossesses simples. Un médecin de notre étude a suggéré que les spécialistes réorientent les patientes vers leur médecin traitant en l'absence de facteurs de risque, comme le préconise la HAS.

Le point de vue des gynécologues obstétriciens a été étudié dans une thèse menée en Picardie¹⁰. Dans cette étude, 73% d'entre eux se disaient favorables à la prise en charge des grossesses simples par le médecin de famille même si une majorité redoutait toutefois une baisse de la qualité du suivi. Selon eux, les médecins généralistes ne respectaient pas l'ensemble des recommandations, présentaient des difficultés à travailler en réseau et manquaient de matériel (doppler fœtal). Cela pourrait s'expliquer, selon les résultats de notre étude, par leur faible activité obstétricale.

Notre travail a également démontré un manque de communication des généralistes avec la Protection Maternelle et Infantile (PMI). Seul un médecin s'est dit spontanément satisfait de sa relation avec cette structure. Plusieurs médecins traitants avaient l'impression que la PMI s'accaparait progressivement l'activité de la périnatalité sans leur consentement. Ils se sentaient ainsi en marge du pôle mère-enfant, perdant ainsi leur légitimité aux yeux des parents.

De manière plus globale, la majorité des médecins des ESP « fragiles » se sont plaints d'un manque de consultation et de reconnaissance de la part des autorités de santé. L'un d'eux a fait part de son incapacité à s'approprier le contenu des discours des intervenants lors des réunions de l'ARS auxquelles il prenait part. Lui et ses confrères présents dans l'assemblée avaient le sentiment que le dialogue était rompu et que les décisions prises ne correspondaient pas à leurs attentes.

H/ LES RESEAUX DE PERINATALITE : QUELS BENEFICES EN PRATIQUE ?

La création de réseaux de périnatalité couvrant l'ensemble du territoire faisait partie des projets du plan de périnatalité de 2005. Les deux objectifs principaux étaient de garantir une formation continue aux généralistes et de faciliter la collaboration des professionnels de la périnatalité.

La majorité des médecins de notre étude ignorait l'existence de ce projet et a déclaré n'avoir jamais été sollicitée pour intégrer ce type de réseau. Une autre étude réalisée à Paris¹⁶ en 2009 sur les réseaux de périnatalité avait déjà mis en évidence ce manque d'information des généralistes. Des moyens supplémentaires sembleraient donc nécessaires pour les informer et les inciter à intégrer un réseau de périnatalité.

L'adhésion à un réseau de périnatalité n'a pas provoqué l'enthousiasme des généralistes de notre étude ni de celle réalisée en Picardie¹⁰. Parmi les freins, ces derniers ont évoqué le plus souvent un manque de temps et un manque d'intérêt vu leur faible activité obstétricale. Par ailleurs, la plupart d'entre eux a déjà établi un réseau informel de correspondants. L'affiliation à un réseau est apparue comme une nouvelle obligation à gérer avec des impératifs administratifs, des contraintes d'organisation et de temps occasionnant une « perte de liberté » redoutée par certains médecins.

Néanmoins, les généralistes de notre étude et de plusieurs autres travaux^{10,16} ont été réceptifs à l'idée de bénéficier d'une formation continue en gynéco-obstétrique et à celle d'un rapprochement des professionnels de la périnatalité. Ils ont déclaré vouloir se perfectionner en obstétrique grâce à une formation médicale continue et à l'appui d'un réseau de correspondants réactifs. Selon les médecins rencontrés, il était impératif que ce soit les généralistes de l'arrière-pays qui choisissent les thèmes abordés lors des formations afin d'en tirer le maximum de bénéfices pour leur pratique quotidienne.

Un autre médecin a vu l'intégration à un réseau de périnatalité comme une formidable opportunité d'assurer la promotion des médecins généralistes dans le suivi obstétrical. Il pensait qu'avec le statut de représentants de ce type de réseau, les généralistes gagneraient en crédibilité et en légitimité aux

yeux des patientes. En effet, ils seraient alors perçus comme les représentants d'un organisme officiel approuvé et soutenu par les autorités de santé.

I/ LES AUTRES FREINS EXPRIMES PAR LES MEDECINS GENERALISTES

Diverses études ont mis en évidence des freins pertinents qui n'ont pas été jugés significatifs par les médecins interrogés lors de notre travail.

Dans la thèse¹⁰ réalisée en Picardie en 2013, le risque médico-légal en obstétrique était un élément dissuasif pour de nombreux médecins qui redoutaient ainsi de pratiquer cette activité. Pour les généralistes de l'arrière-pays niçois, le risque médico-légal n'est pas apparu plus important en obstétrique que dans les autres disciplines de la médecine générale.

Les généralistes picards se sont également plaints d'un manque de temps, les empêchant de développer cette activité. Dans notre étude, seul un médecin femme en a fait part. En effet, depuis son installation il y a un an, son activité a progressé de façon exponentielle suite au départ à la retraite de deux médecins du canton. Selon elle, il n'était pas nécessaire de développer une activité obstétricale dans son secteur car les patientes semblaient satisfaites du fonctionnement actuel. Cependant, elle regrettait de n'avoir que peu de temps pour se former car certaines femmes lui demandaient parfois de réaliser leur frottis cervico-vaginal de dépistage. Cela illustre bien le choix de certains généralistes qui, par manque de temps, se focalisent sur les principales attentes de leur patientèle au détriment de leur polyvalence.

Dans la thèse réalisée en Picardie¹⁰, les médecins ont fait part d'un manque de formation incompatible avec une activité obstétricale de qualité. Dans notre étude en revanche, les généralistes ont déclaré avoir simplement besoin d'une « remise à niveau » et que le suivi de grossesse physiologique était une « activité facile et bien codifiée ». Néanmoins, l'un d'eux a expliqué que la diminution de son activité obstétricale engendrait chez lui un manque d'assurance. De ce fait, il hésitait à proposer ses services aux patientes enceintes. Des études ayant prouvé qu'il n'existait pas de différence de qualité dans le suivi des grossesses simples entre le généraliste et le gynécologue en terme de morbi-mortalité³, on peut s'interroger sur le ressenti des médecins généralistes concernant leurs compétences en obstétrique. Présentent-ils de réelles lacunes ou s'agit-il simplement d'un manque de confiance en leurs pratiques ?¹⁵

Le manque de rémunération a également été abordé par 28 % des médecins picards qui considéraient cette activité comme insuffisamment valorisée. Dans notre étude, seul un médecin a estimé qu'une cotation spécifique des consultations obstétricales permettrait de donner les moyens aux généralistes de se former et de mieux s'équiper en matériel (doppler fœtal). En effet, le médecin de famille doit lui aussi raisonner en termes de rentabilité en faisant des choix adaptés à la demande de ses patientes.

Dans la thèse réalisée en Auvergne¹⁵, des généralistes ont déclaré que la proximité des gynécologues était un frein pour le suivi par le généraliste. Ce frein n'a pas été retrouvé dans notre étude où nous avons observé que malgré l'éloignement géographique, les patientes enceintes choisissaient de consulter leur spécialiste sur le littoral.

J/ LES DETERMINANTS DU CHOIX DES PATIENTES

Les déterminants observés par les médecins généralistes de notre travail sont très proches de ceux recueillis auprès des femmes au cours d'autres études^{10,14,15}. Cela signifie que les généralistes des ESP « fragiles » des Alpes-Maritimes semblaient bien au fait des éléments de réflexion des patientes enceintes quant à leur choix du professionnel de santé.

Dans ces études^{10,14,15}, les femmes expliquaient s'orienter spontanément vers le spécialiste en raison du risque de grossesse pathologique et du manque de matériel et de compétences des généralistes. La notion de pudeur dans la relation avec le généraliste ainsi que les habitudes socio-culturelles apparaissaient également comme des facteurs déterminants. Dans la thèse réalisée en Auvergne¹⁵, les patientes étaient satisfaites d'être accouchées par le spécialiste ayant assuré leur suivi. Dans ces mêmes travaux, elles appréciaient également la proximité, la disponibilité du médecin de famille et leur relation de confiance. La thèse¹⁴ réalisée à Nice sur le choix du professionnel de santé avait déjà mis en lumière cette situation ambivalente. En effet, les femmes avaient une grande confiance en leur médecin de famille et pensaient même que le suivi serait meilleur avec celui-ci mais au final leur choix s'orientait systématiquement vers le gynécologue.

Grâce au travail de thèse réalisé en miroir par Audrey GOUGET, nous avons eu la possibilité de comparer le ressenti des médecins de famille rencontrés avec celui de leurs patientes. Nous avons ainsi pu réfléchir aux améliorations à apporter afin de faciliter le développement de l'obstétrique en médecine générale. Dans cette étude menée sur la même période, auprès de douze femmes habitant dans les ESP « fragiles » des Alpes-Maritimes, aucune n'a choisi d'être suivie par un médecin généraliste lors de sa grossesse. Les raisons évoquées étaient essentiellement la pudeur et le manque d'information sur la possibilité d'un suivi par le généraliste. Le gynécologue-obstétricien a été préféré au généraliste et à la sage-femme essentiellement pour ses compétences. Les femmes se sont dites rassurées et satisfaites de la prise en charge du spécialiste malgré l'éloignement géographique. Dans ses résultats, Audrey GOUGET a également mis en évidence cette ambivalence chez les femmes qui aimeraient bénéficier d'un suivi de proximité par leur médecin de famille tout en ayant accès à une surveillance échographique régulière par le spécialiste. Néanmoins, les patientes interrogées ne souhaitaient pas changer de mode de suivi et ont décidé de faire confiance au même spécialiste pour leur future grossesse.

K/ UN SUIVI CONJOINT ASSURE PAR LE MEDECIN TRAITANT ET LE GYNECOLOGUE-OBSTETRICIEN

Dans notre travail et celui réalisé en Auvergne¹⁵, les généralistes ont exprimé leur désir de suivre les femmes enceintes conjointement avec le gynécologue-obstétricien choisi pour l'accouchement. Les médecins de notre étude, assurant des suivis conjoints, se disaient satisfaits et rassurés de bénéficier de l'avis du spécialiste et de ses compétences en cas d'urgence.

Le suivi conjoint permettrait au médecin traitant de conserver son rôle de coordinateur des soins dans la prise en charge globale des patientes. De plus, la bonne connaissance de la patiente, la proximité et la disponibilité en cas d'urgence sont des atouts importants permettant au médecin traitant de participer efficacement au suivi de ses patientes. Son implication permettrait également de freiner la surmédicalisation des grossesses.

Pour le gynécologue, un suivi avec le médecin traitant serait le moyen de bénéficier de l'appui de celui-ci et de se décharger d'une partie des consultations de suivi des grossesses simples. Le développement des suivis conjoints devrait également permettre d'améliorer la collaboration entre les gynécologues et les médecins généralistes.

Les femmes pourraient bénéficier quant à elles d'un suivi optimum grâce aux compétences du spécialiste sur le plan technique et à la prise en charge plus globale du médecin généraliste lors d'éventuelles pathologies intercurrentes. L'implication du médecin de famille apparaîtrait également comme une sécurité supplémentaire pour la patiente dans la prévention des complications obstétricales. Une patiente a déclaré à ce propos : « Se faire suivre par les deux, c'est plus complet et ça rassure »¹⁵.

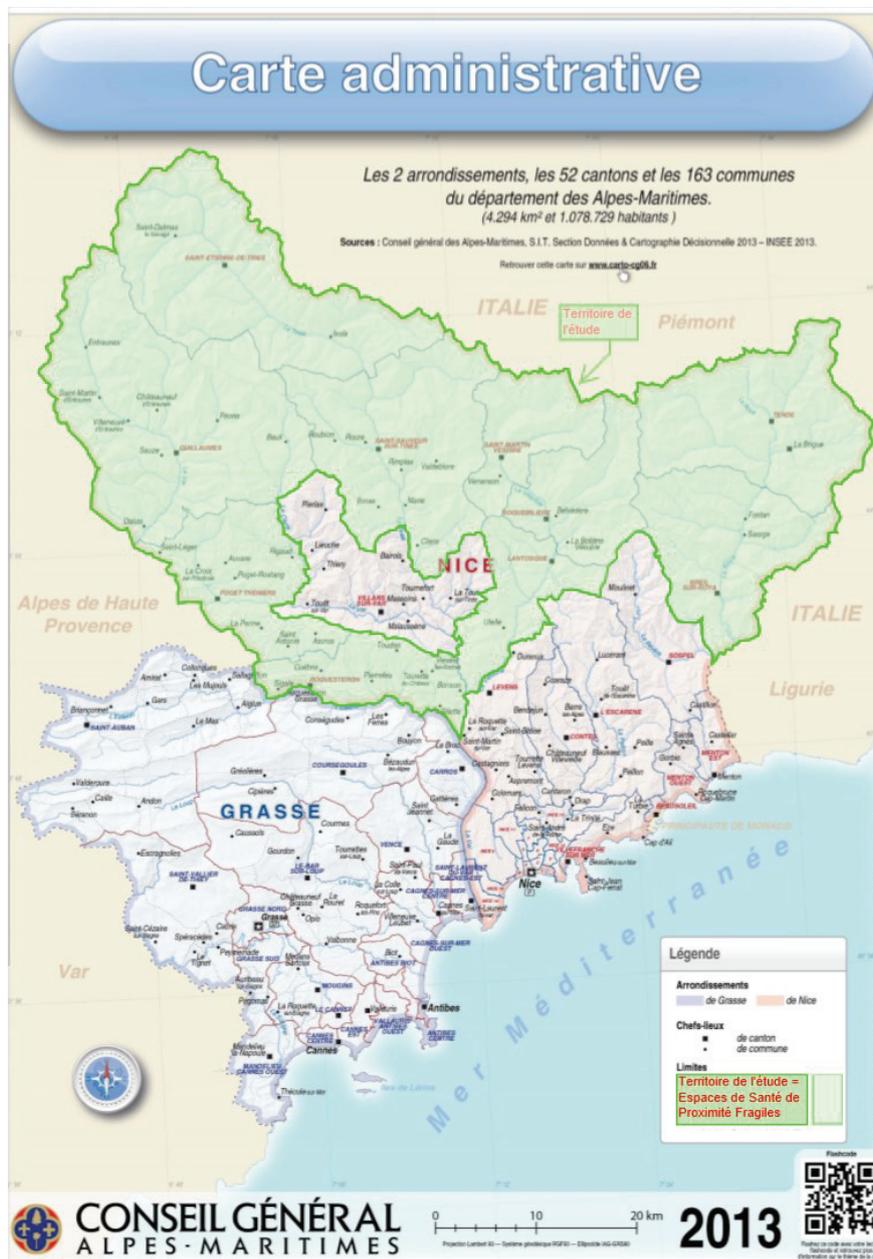
Deux éléments semblent nécessaires à la mise en place de ce suivi conjoint : la création et l'utilisation d'un outil de communication efficace entre les deux praticiens et l'engagement des gynécologues à réorienter les patientes enceintes vers leur médecin traitant en l'absence de facteurs de risque.

CONCLUSION

A l'heure actuelle, les recommandations de la HAS ne suffisent pas à développer le suivi des grossesses simples par les généralistes et les sages-femmes. A l'avenir, la diminution du nombre de gynécologues ouvrira probablement des portes aux généralistes dont l'activité obstétricale devrait s'accroître avec la féminisation de la profession. Un suivi conjoint semble être une solution pertinente permettant de s'affranchir de la plupart des freins observés. Dans notre étude, les généralistes se sont montrés prêts à s'investir dans le suivi de grossesse et à conserver ainsi leur rôle central dans la coordination des soins. Sur le plan humain, ce type de prise en charge semble optimal et rassurant pour la patiente et permet ainsi de « garder le médecin généraliste au cœur de l'histoire familiale dont la grossesse est le plus bel exemple »¹⁷.

ANNEXES

Annexe 1 : Le territoire géographique de l'étude



Annexe 2

GUIDE D'ENTRETIEN AVEC LE MEDECIN GENERALISTE

Quel est son vécu concernant le suivi de grossesse de ses patientes ?
Que pense-t-il de son rôle et de la coordination des soins, en zone fragile ?

Objectif principal : Explorer les déterminants de la prise en charge des femmes enceintes dans l'arrière-pays niçois.

Objectif secondaire : Identifier, dans l'arrière-pays niçois, les freins et les facteurs facilitants le développement de la coordination des soins par le médecin généraliste dans le suivi de grossesse.

1 / LE VECU DU SUIVI DE GROSSESSE

Est-ce qu'il vous arrive de faire des suivis de grossesse ? Oui/non ? Pourquoi ?

Pouvez-vous me parler de **la dernière patiente enceinte** que vous avez suivie ? Lors de ce suivi de grossesse, qu'est-ce qui vous a posé problème, quelles **difficultés** avez-vous rencontrées ? Qu'en est-il du risque médico-légal ? Avez-vous l'impression de pratiquer suffisamment cette activité pour être à l'aise ? Qu'en est-il de votre formation en gynécologie-obstétrique ?

*Les **recommandations du plan de périnatalité 2005-2007** de l'HAS préconisent le retour à un suivi de grossesse plus humain, moins technique. L'objectif est de redonner une place centrale au médecin traitant et à la sage-femme dans le suivi des grossesses à bas risque. Quel est **votre point de vue** en tant que médecin traitant de l'arrière-pays ? Pensez-vous qu'il soit possible de faire changer les mentalités pour un retour en arrière ?*

Votre activité vous permet-elle d'assurer cette activité plutôt chronophage ? Quelle place occupez-vous au cours du suivi de grossesse de vos patientes ?

2/ LA DEMANDE DES PATIENTES

Elles viennent vous voir pour ?

Quelle sont les **demandes exprimées** par vos patientes enceintes pour leur suivi de grossesse ?
Semblent-elles informées qu'un médecin généraliste puisse assurer un suivi de grossesse ?

Assurez-vous des suivis gynécologiques ? Contraception : orale, dispositif intra-utérin, implants ; dépistage : frottis cervico-vaginal, palpation mammaire, prescription écho-mammographie ... Cela a-t-il une influence sur le choix des patientes pour leur suivi obstétrical ?

Quels sont les **arguments avancés par les patientes pour le choix du professionnel de santé** ?

A qui demandent-elles conseils ?

Le fait d'être un homme ou une femme influence-t-il selon vous le choix des patientes ?

Existe-t-il une augmentation du nombre de jeunes femmes en âge de procréer dans votre zone d'exercice ?

Avez-vous ressenti une évolution vers une surmédicalisation des suivis depuis le début de votre exercice ?

3/ LA COORDINATION DES SOINS AU COURS DE LA GROSSESSE

En pratique, **comment organisez-vous le suivi de grossesse** d'une patiente dont vous êtes le référent ?

Comment jugez-vous **la communication** entre les différents intervenants lors du suivi ?
Avez-vous votre **propre réseau de correspondants** ?

Les patientes vous consultent-elles pour des pathologies du post-partum ?

4/ LE CARNET DE MATERNITE

Comment communiquez-vous avec les différents professionnels intervenant dans le suivi de grossesse de vos patientes ?

Le **carnet de maternité** est-il bien conçu selon vous ? Est-il utilisé en pratique ?

5/ ORGANISATION EN RESEAUX DE SOINS DE PERINATALITE

*Un des objectifs du plan de périnatalité 2005-2007, est de créer des réseaux de soins de périnatalité sur l'ensemble du territoire français. Ces réseaux ont pour objectifs : un **rôle pivot** du médecin traitant, une prise en charge médicale, **sociale et psychologique** de la patiente enceinte, la mise en place d'un dossier médical partagé, une formation médicale continue des professionnels de santé.*

Ce type de projet vous intéresse-t-il ? Quel intérêt par rapport à votre réseau déjà établi avec vos correspondants personnels ?

Avez-vous été contacté par le Réseau PACA-EST « Sécurité naissance » ?

Ce travail en réseau pourrait-il vous aider dans votre pratique ?

6 / Y-A-T-IL D'AUTRES POINTS QUE VOUS AIMERIEZ ABORDER ?

Pour conclure, souhaiteriez-vous suivre davantage de femmes enceintes au cabinet ?

Si oui, comment pourriez-vous développer cette activité ?

Quelles mesures pourraient être prises par les autorités de santé pour vous aider ?

Annexe 3

QUESTIONNAIRE

Ce questionnaire initial va me permettre de recueillir quelques informations afin de mieux vous connaître.

Merci d'indiquer :

- Genre : Féminin Masculin Année de naissance : _____ Lieu : _____
- La faculté où vous avez étudié : _____
- Votre début d'exercice : _____
- L'année de votre installation dans l'arrière-pays niçois : _____
- Votre lieu d'exercice actuel : _____
- La maternité la plus proche : _____
- Avez-vous pratiqué la médecine en milieu urbain ? Si oui, combien d'années ?
- Avez-vous des enfants ? OUI NON Si oui qui a assuré le suivi de grossesse de votre femme ?
- Avez-vous choisi de passer des DU, des DIU ? Si oui, lesquels ?

- Etes-vous conventionné OUI NON Si oui, Secteur 1 ou 2 :

- Nombre d'actes par jour environ : _____

- Exercez-vous : seul, avec de médecins généralistes, d'autres médecins, d'autres professionnels de santé ?

Annexe 4

FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

Titre du projet: SUIVI DE GROSSESSE DANS L'ARRIERE-PAYS DES ALPES-MARITIMES

Introduction: Nous réalisons une étude qualitative dans le cadre d'une thèse en Médecine Générale concernant votre pratique au cabinet en zone rurale.

Les objectifs de ce projet sont d'explorer les déterminants de la prise en charge des femmes enceintes par leur médecin généraliste dans l'arrière-pays niçois.

Qu'est ce qui se passe si je participe?

Vous participerez à un entretien individuel où on vous posera des questions concernant votre prise en charge des femmes enceintes.

Cet entretien sera enregistré. Vous avez la possibilité de quitter l'étude à n'importe quel moment sans fournir d'explication.

Combien de temps cela prendra?

L'entretien individuel durera de 20 à 30 minutes.

Comment sera traitée cette information?

Les enregistrements seront retranscrits mot à mot de façon anonyme et confidentielle. Une fois transcrits, les enregistrements seront détruits. Les transcriptions seront gardées de façon sécurisée. Les résultats seront utilisés dans le cadre de la thèse en Médecine et peuvent éventuellement être publiés.

Merci de noter vos initiales dans chaque case :

1. Je confirme avoir lu et compris l'information ci-dessus et que j'ai eu la possibilité de poser des questions.
2. Je comprends que la participation est entièrement basée sur le volontariat et que je suis libre de changer d'avis à n'importe quel moment. Je comprends que ma participation est totalement volontaire et que je suis libre de sortir de l'étude à tout moment, sans avoir à fournir de raison.
3. Je donne mon consentement à l'enregistrement et à la transcription mot à mot de cet entretien
4. Je donne mon consentement à l'utilisation éventuelle mais totalement anonyme de certaines citations de l'entretien dans la thèse ou dans une publication
5. Je suis d'accord pour participer à l'étude.

Signature (participant) _____ Signature (investigateur) _____

Date _____ Date _____

Nom _____ Nom _____

RESUME

REPRÉSENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES DE L'ARRIÈRE-PAYS NIÇOIS DANS LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES

INTRODUCTION : En France, les indicateurs de morbi-mortalité de la périnatalité ne sont pas satisfaisants en comparaison des autres pays européens. L'Etat a déjà mis en place trois plans de périnatalité afin d'inverser cette tendance. En 2005, la Haute Autorité de Santé a recommandé une prise en charge des grossesses simples par le médecin généraliste ou la sage-femme afin d'assurer un suivi à la fois sûr et plus humain. Cependant, ces mesures n'ont pas été mises en application et les femmes continuent d'être suivies par les spécialistes.

OBJECTIFS : Explorer les représentations des médecins généralistes de l'arrière-pays niçois dans la prise en charge des femmes enceintes. Identifier les freins et les facteurs facilitants le développement du rôle du médecin généraliste en tant que coordinateur des soins dans le suivi de grossesse.

METHODES : De juillet 2014 à mars 2015, quatorze médecins généralistes exerçant au sein des espaces de santé de proximité « fragiles » des Alpes-Maritimes ont été rencontrés en entretien individuel semi-dirigé. Au cours cette étude qualitative exploratoire, l'ensemble des données enregistrées a été retranscrit verbatim puis anonymisé. Une analyse thématique et synthétique par théorisation ancrée approchée a ensuite été menée pour chaque entretien.

RESULTATS : Les généralistes regrettaient la diminution de leur activité obstétricale au profit des spécialistes. Le déficit de communication entre praticiens, la place prédominante du gynécologue, la pudeur et le manque d'information des patientes constituaient les principaux freins au développement du suivi obstétrical par le généraliste. Les médecins rencontrés ont exprimé leur envie de retrouver une place centrale dans la prise en charge des patientes enceintes.

CONCLUSION : La HAS devrait diffuser une campagne d'information nationale afin de promouvoir les compétences des généralistes dans le suivi obstétrical. Une prise en charge conjointe par le médecin traitant et le gynécologue-obstétricien a été proposée par des généralistes et semble une solution pertinente afin de lever les principaux freins observés dans cette étude.

Mots clés : Suivi de grossesse, médecin généraliste, coordination des soins

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 Rapport annuel de la Cour des comptes (2012)
- 2 Enquête de périnatalité de 2010. Tableaux 39 et 44
http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
- 3 HAS : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Mai 2007 Argumentaire. p.65 et 67-68
- 4 AGOPIANTZ M, BIRENE B, SCHEFFLER F. Tribune des internes : état des lieux et perspectives démographiques pour la gynécologie médicale en France en 2012. Gynecol Obstet Fertil 2013 ; 41 (3) : 201-202
- 5 Schéma régional d'organisation des soins novembre 2011 p.80
Données de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DRESS)
http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Schemas/SROS/revision_sros_prs_022013/Revision_SROS_PRS_Paca_2012-2016_arspaca_27122013.pdf)
- 6 Schéma régional d'organisation des soins novembre 2011 p.13
http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Schemas/SROS/revision_sros_prs_022013/Revision_SROS_PRS_Paca_2012-2016_arspaca_27122013.pdf)
- 7 Schéma régional d'organisation des soins novembre 2011 p.21
http://www.ars.paca.sante.fr/fileadmin/PACA/Site_Ars_Paca/Projet_regional_de_sante/Schemas/SROS/revision_sros_prs_022013/Revision_SROS_PRS_Paca_2012-2016_arspaca_27122013.pdf)
- 8 BERTEAUX Sébastien. Evaluation des pratiques professionnelles en médecine générale concernant le suivi de grossesse au regard des recommandations de la HAS.
Médecine générale. Paris 5 DESCARTES. 2008
- 9 MENUUEL Julie. Devenir enceinte. Socialisation et normalisation pendant la grossesse, processus, réceptions, effets. Mémoire Master 2 en Sciences Sociales – Mention Sociologie - Spécialité Genre, Politique et Sexualités – Année 2010/201 à l'EHESS (Ecole des Hautes Etudes En Sciences Sociales) 1^{er} prix attribué par la CNAF (Caisse Nationale des Allocations Familiales). Paris. 2012

- 10 HASSAN Sarah. Obstacles au suivi de grossesse par le médecin généraliste : imputabilité au manque d'information ? Vécu, croyances, préjugés et conséquences. Médecine générale. Amiens. 2013
- 11 NICOLLE Claire. Les besoins de formation des médecins généralistes en gynéco-obstétrique, enquête auprès des praticiens des Midi-Pyrénées. Médecine générale. Toulouse. 2004
- 12 Ameli.fr Les consultations en accès direct spécifique.
<http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/combien-serez-vous-rembourse/consultations/les-consultations-en-metropole/les-consultations-en-acces-direct-specifique.php>
- 13 VOLANT Gwénaëlle. Le suivi de grossesse par le médecin généraliste : état des lieux en Savoie et Haute Savoie. Médecine générale. Grenoble. 2009
- 14 GENTRIC Audrey. Suivi de grossesse : avis de femmes sur le choix du professionnel de santé et la place du médecin généraliste. Médecine générale. Nice. 2013
- 15 CHABROLLE Aurélie / ROBATEL-BUSI Marie-Laure. Quels sont les freins et les facteurs facilitants au suivi de grossesse normale par le médecin généraliste en Auvergne, du point de vue des femmes et des médecins généralistes ? Médecine générale. Clermont Ferrand. 2012
- 16 SLAKMON BISMUTH Daphnée. Les réseaux en périnatalité et le suivi des grossesses par les médecins généralistes. Médecine générale. Paris 7 Denis Diderot. 2009
- 17 CHOLLET-LABURTHE Amandine. Evaluation du suivi de grossesse chez les médecins généralistes du Vaucluse et propositions d'éléments d'aide à la prise en charge. Médecine générale. Aix Marseille. 2014

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE.

Au moment d'être admis 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 dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu 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 et méprisé si j'y manque.