



HAL
open science

Suivi de grossesse : enquête auprès des parturientes à Nanterre en 2017

Laure Falque-Pierrotin

► **To cite this version:**

Laure Falque-Pierrotin. Suivi de grossesse : enquête auprès des parturientes à Nanterre en 2017. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-03217283

HAL Id: dumas-03217283

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03217283>

Submitted on 4 May 2021

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2019

N° 47

THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE
DOCTEUR EN MÉDECINE

Suivi de grossesse : enquête auprès des parturientes
à Nanterre en 2017

Présentée et soutenue publiquement
le 15 avril 2019

Par

Laure FALQUE PIERROTIN

Née le 10 mai 1989 à Chicago (États-Unis)

Dirigée par M. Le Docteur Vittiaroat Ing, PH

Jury :

M. Le Professeur Enrique Casalino, PU-PH Président

M. Le Professeur Laurent Mandelbrot, PU-PH

M. Le Professeur Dominique Luton, PU-PH

M. Le Docteur Christophe Choquet, PH

REMERCIEMENTS

À l'ensemble des membres du jury, Messieurs les Professeurs Casalino, Mandelbrot et Luton pour l'intérêt porté à ce travail.

Je remercie l'ensemble de l'équipe médicale de la maternité de l'hôpital Max Fourestier à Nanterre et en particulier Dr Benoît De Sarcus qui a accepté la réalisation de ce travail dans son service.

Merci à Catherine, notre amitié m'a toujours permis de tenir dans les moments difficiles.

Merci à Claude-Olivier pour sa présence et son soutien tout au long de mes études de médecine.

Un très grand merci à mon directeur de thèse, le Dr Vittiaroat Ing, pour son investissement dans ce travail.

TABLE DES MATIÈRES

ABRÉVIATIONS	4
INTRODUCTION	5
Le souhait d'un suivi de grossesse plus humain	5
État des lieux du suivi de grossesse en 2016	6
Modalités du suivi de grossesse des six premiers mois	7
OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	11
MATÉRIEL ET MÉTHODE	12
Design de l'étude	12
Recueil des données	13
Analyse statistique.....	13
RÉSULTATS	14
Caractérisation de la population	14
Le suivi de grossesse	17
Médecine générale et grossesse : connaissance des parturientes	20
Médecine générale et grossesse : confiance des parturientes	21
DISCUSSION	22
Population	22
Le médecin généraliste et la pratique de la GO.....	23
Freins et motivations des patientes au suivi GO par un MG.....	25
Limites de l'étude	27
CONCLUSION	28
BIBLIOGRAPHIE	29
ANNEXE 1.....	31
RÉSUMÉ.....	33

ABRÉVIATIONS

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire.

CNIL : Commission Nationale de l'Information et des Libertés.

CPP : Comité de Protection des Personnes.

INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques.

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse.

HAS : Haute Autorité de Santé.

GO : Gynécologue Obstétricien.

MG : Médecin Généraliste.

SF : Sage-Femme.

INTRODUCTION

Le souhait d'un suivi de grossesse plus humain

Depuis plusieurs années, il existe chez les femmes enceintes, le souhait de bénéficier d'un suivi de grossesse ainsi que d'un accouchement moins médicalisé et plus physiologique selon le plan périnatalité 2005-2007 (1).

Les enquêtes de périnatalité « portent sur la totalité des naissances (enfants nés vivants et mort-nés) survenues pendant l'équivalent d'une semaine dans l'ensemble des maternités françaises, lorsque la naissance a eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée (SA) et / ou lorsque l'enfant pesait au moins 500 grammes » (5). Elles ont pour but de suivre l'évolution des principaux indicateurs de santé périnataux afin de guider les actions en santé publique et de modifier l'organisation des soins et des prises en charge dans ce domaine.

Ces indicateurs sont les suivants :

- l'état de santé des femmes et des nouveau-nés, le contexte psycho-social de la grossesse, les facteurs de risques périnataux.
- les caractéristiques des maternités, l'organisation des soins et les pratiques médicales en leur sein.

Le plan périnatalité 2005-2007 avait pour objectif d'une part, de palier l'insuffisance de moyens physiques des professionnels de santé impliqués dans les naissances et d'autre part, le manque de prise en compte du bien-être des femmes enceintes (1).

La mise en place de l'entretien individuel du 4^e mois n'a pas permis à lui seul d'atteindre les objectifs du plan périnatalité puisqu'une augmentation du nombre de professionnels de santé était nécessaire. Ce dernier est un entretien avec un professionnel de santé habilité à suivre la grossesse et axé sur l'approche humaine de la grossesse et de la naissance (2). Les objectifs de cet entretien sont d'accéder aux ressentis des femmes ainsi que du couple, afin de consolider leur confiance par l'expression de leurs besoins, de favoriser une meilleure coordination des professionnels et de consolider leur confiance dans le système de santé (3).

L'évaluation de ces mesures par le plan de périnatalité 2010 montre l'extension des réseaux qui couvrent désormais tout le territoire, et une amélioration globale des taux de mortalité liés à la périnatalité, en partie grâce à un suivi prénatal plus régulier.

Les recommandations de la HAS sur le suivi de la femme enceinte préconisent un suivi assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne pour éviter un suivi médical morcelé responsable d'une déshumanisation de la grossesse. Pour ce faire, une coordination et collaboration entre les professionnels est indispensable afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens (4).

État des lieux du suivi de grossesse en 2016

Le rapport de périnatalité 2016 montre que dans plus de la moitié des cas (52,1 %), la déclaration de grossesse a été effectuée par un gynécologue-obstétricien en ville, et pour 18,5 % des femmes par un généraliste. Ces chiffres sont en baisse par rapport à 2010. En revanche, la part des déclarations de grossesse effectuées par une sage-femme entre 2010 et 2016 est en hausse, passant de 1,1 % à 5,8 % pour les sages-femmes libérales et de 3,4 % à 7,4 % pour les sages-femmes en maternité.

Concernant les consultations de suivi se déroulant après la déclaration de grossesse, 57% des femmes déclarent avoir consulté au moins une fois un gynécologue-obstétricien libéral et 40,7% une sage-femme à la maternité. Le médecin généraliste est nettement moins sollicité pour le suivi prénatal en 2016 (19,3 %) par rapport à 2010. Quant à la proportion des consultations auprès d'une sage-femme libérale, elle a augmenté, passant de 16,0 % en 2010 à 25,2 % en 2016. Pour la moitié des grossesses, le gynécologue-obstétricien reste le professionnel de santé en ville le plus consulté. En ce qui concerne le suivi en maternité publique, le travail est partagé entre le gynécologue-obstétricien pour 16,0 % et les sages-femmes pour 14,8 % des grossesses (5).

Modalités du suivi de grossesse des six premiers mois

Les médecins généralistes peuvent avoir recours au site internet Gestaclic (6) qui définit les éléments cliniques, biologiques et échographiques du suivi des six premiers mois d'une grossesse à bas risque. Ces éléments sont les suivants :

Consultation pré-conceptionnelle :

- Interrogatoire : antécédents, traitement en cours, statut vaccinal.

- Examen clinique : tension artérielle, palpation mammaire, examen gynécologique (toucher vaginal et examen du col utérin au spéculum), frottis cervico- utérin si le dernier date de plus de 3 ans, palpation thyroïdienne.

- Examens complémentaires :
 - **Sérologie rubéole et toxoplasmose, groupe A B O Rhésus**
 - **Antigène Hbs** si non vaccinée contre l'hépatite B et sérologie varicelle si la patiente n'a pas eu la varicelle.
 - **Sérologie VIH et TPHA VDRL.**
 - **Sérologie VHC** si facteurs de risque (Antécédent de toxicomanie IV, Transfusion ou greffe avant 1995, partenaire ou membre de l'entourage proche contaminé par le VHC, sujet ayant été incarcéré, sujet ayant eu un tatouage, un piercing, de l'acupuncture ou de la mésothérapie avec du matériel non à usage unique, sujets originaires ou ayant reçu des soins médicaux dans des pays réputés à forte prévalence du VHC : (Asie du Sud-Est, Moyen-Orient, Afrique, Amérique du Sud), patient hémodialysé, sujets séropositifs pour le VIH).
 - **TSH** si signes cliniques évocateurs de dysthyroïdie ou antécédent personnel ou familial.

- Prescriptions médicales :
 - **Acide folique 0,4mg/j**, à débiter 1 mois avant l'arrêt de la contraception, et à poursuivre jusqu'à 8 SA.
 - Ajustement des traitements pris au long cours (se référer au CRAT www.lecrat.org).

- Vaccinations :
 - Aucun rappel vaccinal n'est nécessaire si la patiente est à jour pour la rubéole.
 - Aucun rappel vaccinal n'est nécessaire pour la coqueluche : âge > 25 ans et dernière vaccination < 10 ans ou âge < 25 ans et dernière vaccination < 5 ans.

Vérifier que le futur père est lui aussi à jour pour la coqueluche.

- Information de la patiente : bonne hygiène alimentaire et prévention listeria et toxoplasmose, prévention du CMV, avoir une activité physique régulière, information sur les toxiques (alcool, tabac et drogues) et l'auto-médication.

1^{ère} consultation (idéalement avant 10 SA) :

- Interrogatoire : évaluer le niveau de risque de la grossesse en fonction des antécédents de la patiente, du déroulement des grossesses précédentes et des antécédents liés à l'enfant à la naissance pour l'orienter vers la maternité de niveau adapté.
- Examen clinique à chaque consultation: **tension artérielle, poids, signes fonctionnels** (fièvre, SFU, métrorragies), **palpation mammaire, examen gynécologique, BU** (protéinurie, glycosurie), **auscultation cardiaque** (recherche de souffle cardiaque), **palpation thyroïdienne**.
- Examens complémentaires en plus de ceux prescrits lors de la consultation pré-conceptionnelle :
 - Sérologie toxoplasmose en cas de séronégativité.
 - NFS si facteurs de risque d'anémie.
 - **Dépistage combiné de la trisomie 21** : entre 11 SA et 13 SA + 6 j (PAPP-A et B HCG libre).
 - Électrophorèse de l'hémoglobine chez les femmes originaires d'Afrique, du pourtour méditerranéen, des Antilles.
 - Glycémie à jeun si facteurs de risque de diabète gestationnel.
 - Échographie du 1er trimestre entre 11 et 13+6 SA.
- Prescriptions médicales :
 - **Acide folique** : 0,4 mg/j jusqu'à 8 SA.

- Si anémie connue (Hb <11 g/dL) : supplémentation en fer de 30 à 60 mg/j et prévoir une nouvelle NFS de contrôle 6 semaines plus tard.
- Port de **contention veineuse** recommandé.
- Mesures administratives:
 - Inscription en maternité.
 - Durée congé maternité et paternité.
 - Déclaration de grossesse sur formulaire n°54110e avant 15 SA révolues (attendre les résultats de l'échographie du 1er trimestre).

2^{ème} consultation (avant 15 SA) :

- Examen clinique: identique à celui de la 1ère consultation.
- Prescriptions médicales :
 - Proposer **marqueurs sériques du 2ème trimestre** entre 14 SA et 17 SA +6j, en l'absence d'un dépistage combiné du 1er trimestre.
 - Sérologie Toxoplasmose en cas de séronégativité.
 - Conseiller la participation aux **8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité**, prises en charge à 100% par la sécurité sociale, sans prescription médicale. Celles-ci sont en général dispensées par la maternité où aura lieu l'accouchement.

3^{ème} consultation (15-19SA) :

- Examen clinique en plus de celui de la 1ère consultation:

mouvements actifs fœtaux, mesure hauteur utérine (HU, mesure bord supérieur du pubis jusqu'au fond utérin, règle empirique (cm)/ [terme moisx4 ou terme SA-4]),
détection des **bruits du cœur fœtaux** au doppler (recommandée par la HAS mais la disposition d'une sonde doppler ne semble pas indispensable pour le suivi des grossesses à bas risque).
- Prescriptions médicales :
 - ECBU si BU positive ou antécédent d'infection urinaire.
 - sérologie toxoplasmose si séronégativité au prélèvement antérieur.

4^{ème} consultation (19-23 SA) :

- Examen clinique identique à celui de la 3^{ème} consultation.
- Prescriptions médicales en plus de celles de la 3^{ème} consultation: Échographie du 2^{ème} trimestre (entre 20 et 25 SA).

5^{ème} consultation (23-28 SA) :

- Examen clinique identique à celui de la 4^{ème} consultation.
- Prescriptions médicales en plus de celles de la 4^{ème} consultation :
 - **NFS, Ag Hbs.**
 - **RAI** (si antécédent transfusionnel ou patiente rhésus négatif et génotypage RhD fœtal positif ou indéterminé).
 - **Dépistage du diabète gestationnel** HGPO 75g entre 24 et 28 SA avec 75g de glucose et mesure des glycémies à 0, 1 et 2h si facteurs de risque (Antécédent personnel de diabète gestationnel, antécédent d'enfant macrosome (poids de naissance supérieur à 4 kgs), $IMC \geq 25\text{kgs/m}^2$, Age > 35 ans, antécédent de diabète chez les apparentés au premier degré).
 - Prescrire la **vitamine D** (UVEDOSE© 100 000 UI).
 - Prescrire l'injection d'immunoglobulines anti-D si Rhésus négatif **RHOPHYLAC© 300** (nécessité RAI préalable négative).

De nombreux travaux ont été réalisés du point de vue du médecin généraliste concernant le suivi de grossesse en étudiant leur motivation et qualification mais, à ce jour, il n'existe que peu d'études portant sur le point de vue de la patiente (7).

Le médecin généraliste est un acteur primordial dans la prise en charge globale des patients, avec lequel il existe une relation de confiance, permettant une meilleure adhésion quant à la prise en charge. D'autre part, le médecin généraliste est plus accessible et disponible face aux contraintes du milieu hospitalier.

Devant ce constat, se pose la question de la prise en considération du souhait des patientes quant à leur suivi pour mettre en place de nouveaux objectifs pour le plan de périnatalité.

OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

Le but de notre étude est d'évaluer le professionnel de santé choisi en première intention par les parturientes de la maternité de Nanterre, ainsi que leur connaissance et souhait sur la possibilité de faire suivre leur grossesse par un médecin généraliste.

L'objectif principal de ce travail est de faire un état des lieux du souhait des parturientes concernant le professionnel de santé suivant les six premiers mois de leur grossesse.

Les objectifs secondaires sont de déterminer les raisons de leur choix et les freins au suivi de grossesse par le MG.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Design de l'étude

Une étude observationnelle transversale monocentrique, rétrospective a été réalisée dans la maternité de l'hôpital Max Fourestier à Nanterre qui est une maternité de niveau I ne prenant en charge que les grossesses à bas risque.

Le critère d'inclusion est : toute patiente ayant accouché à la maternité de Nanterre entre mai et novembre 2017.

Le critère d'exclusion est l'absence de maîtrise de la langue française par les patientes.

Il n'y avait pas de minimum de sujets nécessaires déterminé compte tenu du design de l'étude mais un maximum de femmes ont été interrogées pendant la durée de l'étude.

Le critère de jugement principal est le souhait des parturientes concernant le suivi des 6 premiers mois de grossesse par un médecin généraliste.

Cette étude n'a pas nécessité une déclaration à la CNIL car elle a été réalisée par l'investigateur pour son usage exclusif, ni de l'accord d'un CPP du fait de son caractère rétrospectif.

Recueil des données

Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire (Annexe 1) rempli avant la sortie de la patiente en suites de couches de la maternité.

Les questions ont été posées aux patientes par l'investigateur après obtention de leur accord. Les réponses ont été retranscrites par l'investigateur.

Le questionnaire est composé de 6 questions à réponses multiples, 2 questions à réponses fermées et une question ouverte.

Le questionnaire commençait par une question sur les caractéristiques socio-professionnelles des patientes.

Les questions 2 à 4 et 8 concernent le suivi actuel de leur grossesse par rapport au spécialiste et à la structure de soins et la/les raison(s) de ce choix.

Les questions 5 à 7 portent sur la connaissance des patientes et le suivi de grossesse par le médecin généraliste.

La question 9 concerne le suivi de grossesse souhaité (spécialiste et structure de soins) en dehors de contraintes extérieures.

Analyse statistique

Analyse descriptive des résultats exprimés en pourcentage.

RÉSULTATS

Caractérisation de la population

109 patientes ont été incluses rétrospectivement entre mai et novembre 2017 en suites de couches dans la maternité de Max Fourestier à Nanterre. Les femmes de notre population avaient un âge médian de 31 ans. Plus de la moitié des patientes étaient mariées, 40% étaient en couple et 5% célibataires.

La majorité de notre population était salariée (36,7%) ou femme au foyer (33,4%). 12,8% de notre population était employée de la fonction publique, 6,4% était au chômage et moins de 5% était en activité libérale, étudiantes ou sans emploi (Figure 1).

Nb PATIENTES

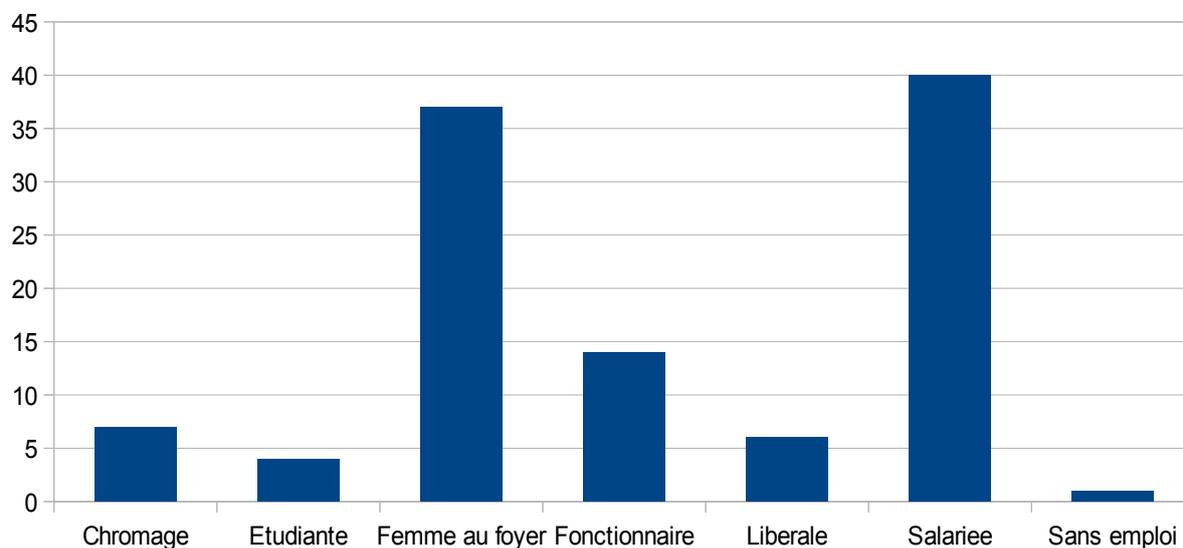
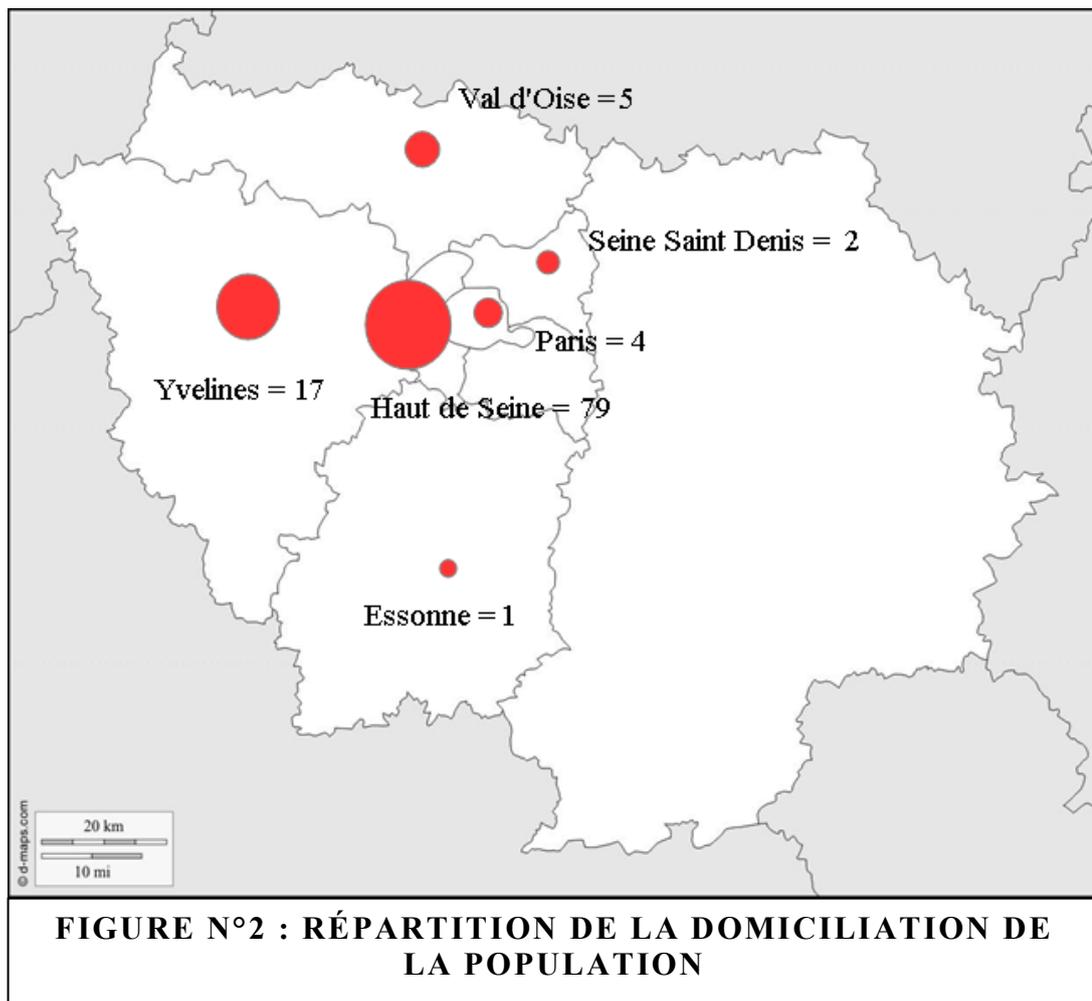


FIGURE N°1 : STATUT SOCIO-PROFESSIONNEL DE LA POPULATION

La majorité des patientes étaient domiciliées dans les Hauts- de- Seine (72%). 15,6% de notre population résidaient dans les Yvelines, 4,6% dans le Val d'Oise, 3,7% dans Paris, 1,8% dans la Seine- Saint-Denis, 0,9% dans l'Essonne (Figure 2). Nous avons une patiente sans domicile fixe.



Concernant la gestité et la parité, 46,7% des femmes étaient primipares, 22,9% deuxième pares et 17,4% troisième pares. Il y avait 12,8% de quatrième pares et plus (Figure 3).

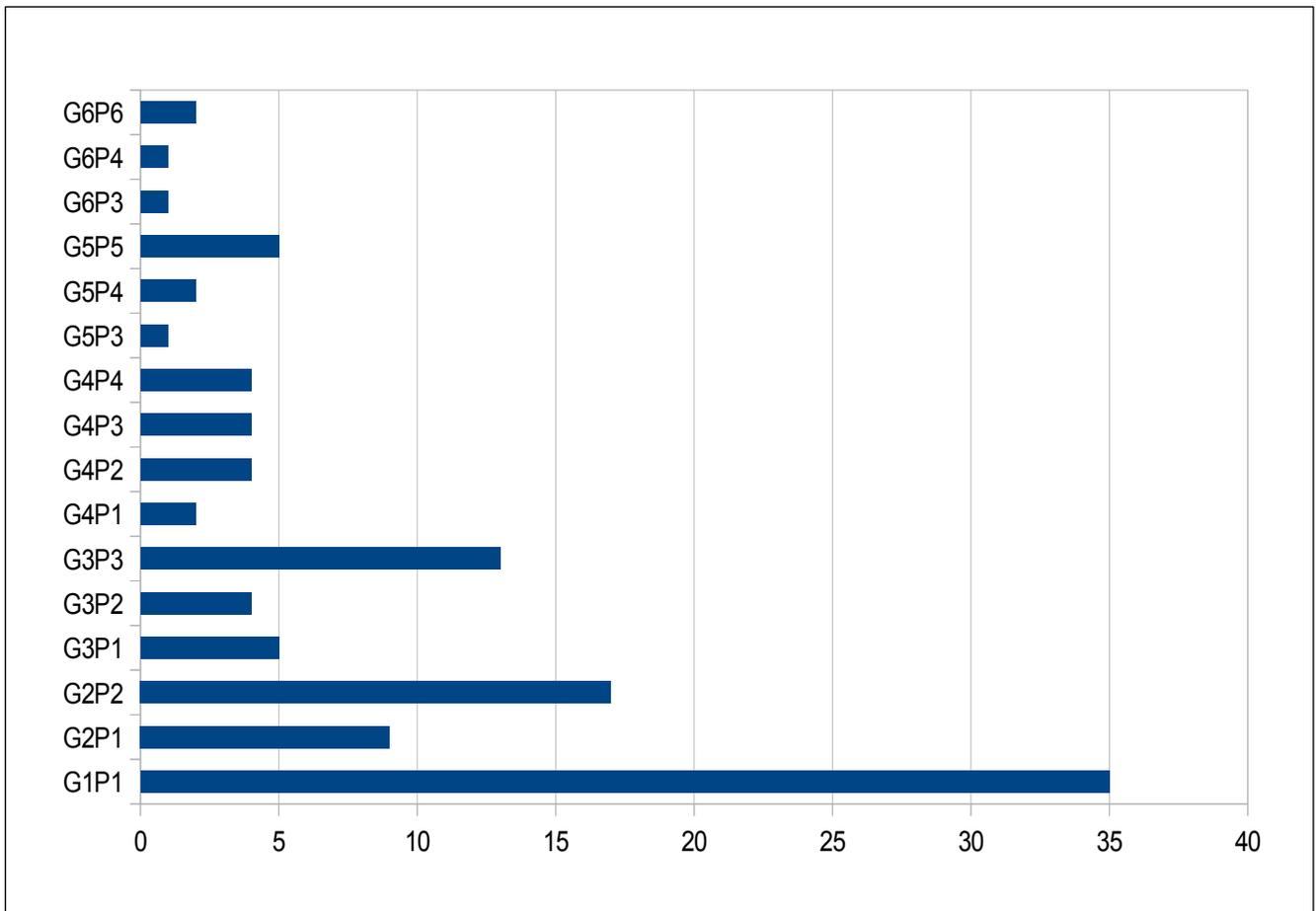


FIGURE N°3 : POPULATION SELON GESTE/PARE

Le suivi de grossesse

Le suivi obstétrical initial de notre population, comprenant les six premiers mois de la grossesse, a été assuré par un gynécologue obstétricien pour 50% des femmes, par une sage-femme pour 37% d'entre elles et par un médecin généraliste pour 13% (Figure 4).

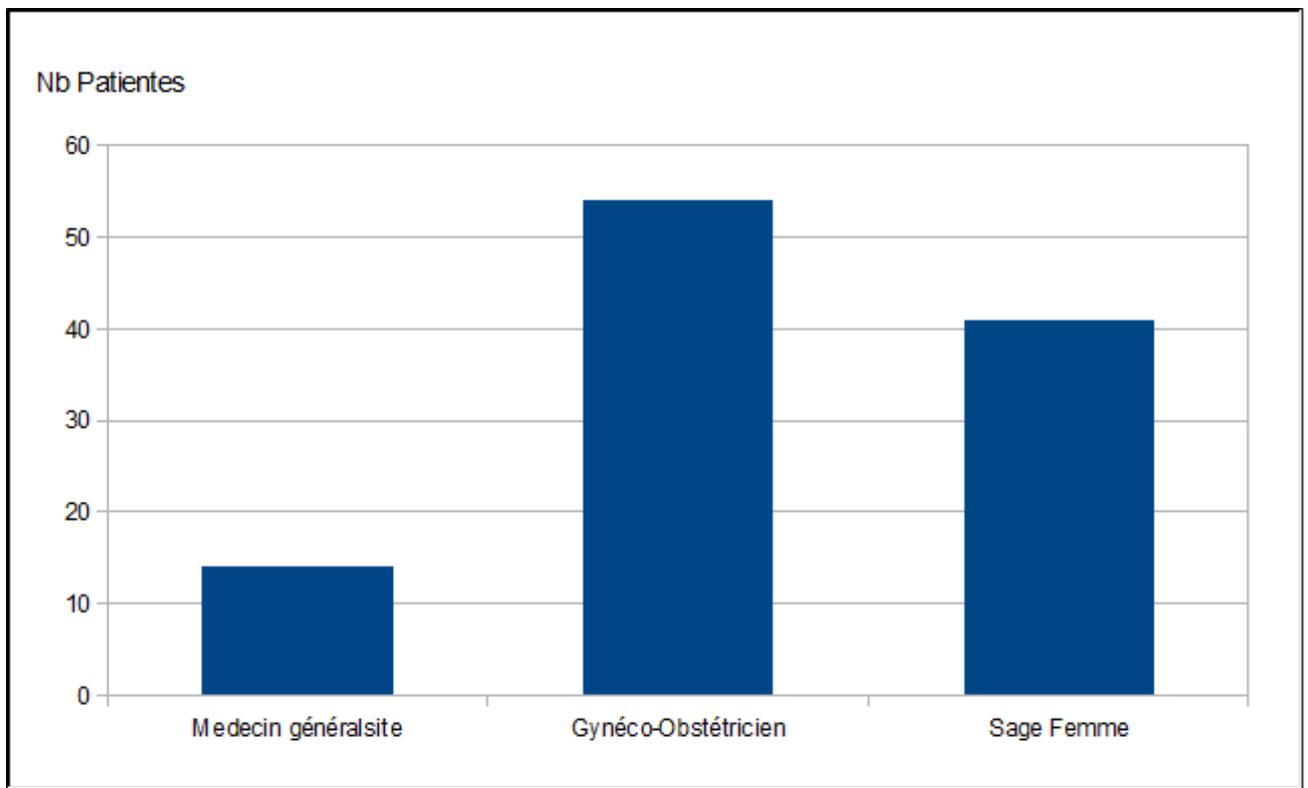
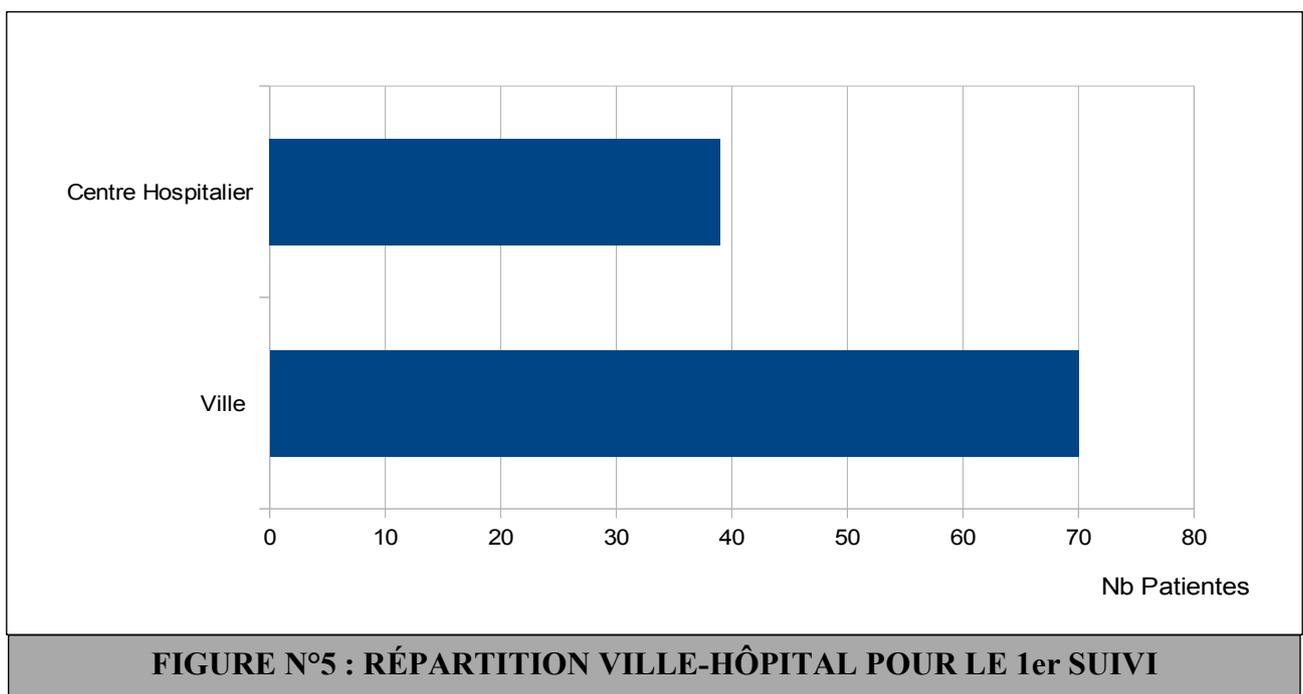


FIGURE N°4 : PROFESSIONNEL DE SANTÉ CHOISI POUR LE PREMIER SUIVI DE GROSSESSE

Le suivi en ville (64%) était bien supérieur à celui en centre hospitalier (36%) (Figure 5).



En ce qui concerne les raisons du choix du spécialiste :

- 30% ont choisi un suivi de grossesse identique à celui des grossesses précédentes.
- La proximité géographique du cabinet médical et du centre hospitalier par rapport au domicile et/ou au lieu de travail était un critère important pour les femmes (25,6%).
- Pour 17,4% d'entre elles, le suivi initial a été réalisé par le spécialiste faisant leur suivi gynécologique habituel.
- 5% ont choisi le spécialiste assurant leur suivi gynécologique habituel et des grossesses antérieures.

Les autres raisons étaient (<2%): un choix par défaut (MG ou GO non disponible, un MG ne faisant pas de gynécologie ou absence de disponibilité à la maternité) ; une mauvaise expérience, que ce soit avec les médecins de manière générale (au niveau relationnel, l'association entre le médecin et l'annonce d'une mauvaise nouvelle comme une FCS) ou avec le suivi en CH notamment. Pour finir, tout simplement car le suivi par le spécialiste en question était plus rassurant.

Médecine générale et grossesse : connaissance des parturientes

La majorité des femmes interrogées (58,7%) ne savaient pas qu'un MG pouvait suivre les six premiers mois de leur grossesse. Parmi celles qui en avaient connaissance, le MG restait le spécialiste le moins sollicité avec seulement 11 femmes sur 45 (24%).

Les moyens par lesquels les patientes ont été informées de la possibilité de faire appel au MG pour le suivi de leur grossesse étaient principalement le questionnaire pour 56%, le médecin généraliste lui-même (23%) et en minorité à la demande de la patiente (<2%).

21% des femmes considéraient que le suivi de grossesse fait partie des compétences du MG.

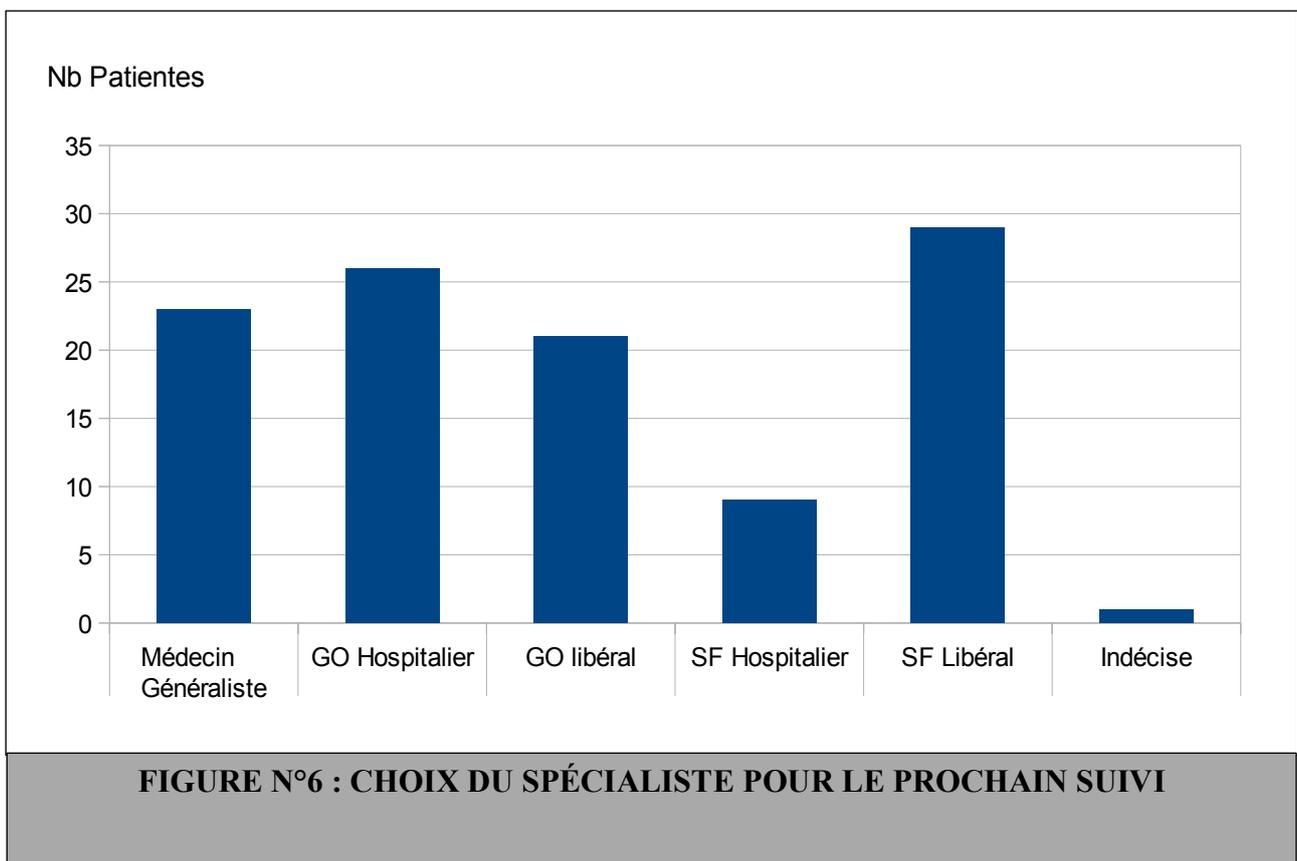
Les raisons exprimées par 35 sur 109 des patientes pour justifier leur choix d'un GO ou une SF plutôt qu'un MG pour le suivi des six premiers mois de grossesse étaient les suivantes :

- Leur MG ne faisait pas de gynécologie-obstétrique (11 sur 35).
- Leur MG était absent, indisponible ou il s'agissait d'un MG récent.
- Plus rassurant pour 8 patientes et pratique géographiquement pour 7 patientes.
- Même suivi que les grossesses précédentes (3 sur 35).
- Antécédent de grossesse antérieure pathologique.
- Plus confiance en un GO, la SF peut réaliser l'échographie.

Médecine générale et grossesse : confiance des parturientes

Alors que le MG n'était pas le spécialiste de choix pour le suivi de grossesse, 80% des patientes considéraient que ce dernier était formé pour cette compétence.

Après avoir été informées par le questionnaire de la possibilité d'un suivi de grossesse par un MG, 10% des femmes n'ayant pas eu un suivi initial par un MG souhaitent choisir ce spécialiste pour leur prochaine grossesse. La figure 6 représente le choix du professionnel de santé pour la prochaine grossesse.



DISCUSSION

Les résultats de notre étude ont permis à la fois de faire un état des lieux du choix de suivi de grossesse de notre population et les raisons de ce dernier ainsi que d'évaluer leur connaissance et confiance en la compétence du MG à suivre une grossesse à bas risque.

Population

La population étudiée est sensiblement la même que celle en métropole en 2016 dans l'enquête périnatale (13 148 femmes incluses) avec environ 1/3 de femmes âgées entre 30-34 ans et 2 à 3% de moins de 20 ans.

On observe, en revanche, deux fois plus de femmes de 40 ans ou plus (9%) dans notre population par rapport à 2016 en métropole. Cette observation s'inscrit dans la tendance mise en évidence par l'enquête nationale périnatale avec une augmentation de 2% d'accouchements chez les femmes de 35 ans ou plus entre 2010 (19,3%) et 2016 (21,3%).

Par ailleurs, les données de l'INSEE sur l'âge moyen des mères à l'accouchement (8) montrent que ce dernier augmente de manière continue depuis 35 ans : il est passé de 26,5 ans en 1977 à 29,5 ans en 2003 puis 29,9 ans en 2010 et enfin 30,4 ans en 2016.

La parité est également comparable dans notre population par rapport à celle de l'enquête périnatale de 2016 avec une majorité de primipares puis une proportion inversement décroissante avec la parité.

Les différences observées entre notre population et celle de l'enquête périnatale de 2016 reposent sur le statut marital et professionnel.

En effet, on retrouve dans notre population une majorité de femmes mariées plus importante que dans la population générale (55% vs 40,6%).

55% des femmes de notre population avaient un emploi à la fin de leur grossesse contre 68% en métropole en 2016. Ce résultat est expliqué par une proportion importante de femmes au foyer qui est trois fois supérieur (33,9%) à celui de la population générale (12,1%).

Nous avons également un nombre d'étudiantes supérieur avec 3,7% contre 2,1% dans la population générale en 2016.

Depuis 2016, une baisse de femmes au chômage est observée en France selon l'INSEE, passant de 9,9% à 9,3% en 2017 dont 7,9% en Ile de France. Ce taux est quasiment identique pour les 25-49 ans (7,8%). Cette tendance à la baisse est également observée dans notre population à Nanterre (6,4%). (9)

Le médecin généraliste et la pratique de la GO

Nos résultats nous amènent à nous demander pourquoi le médecin généraliste est aussi peu sollicité par les femmes pour le suivi des six premiers mois de leur grossesse.

Plusieurs travaux de thèses sur la pratique de la gynécologie obstétrique par les MG en Ile- de- France en 2010 (7) et en Savoie en 2017 (10) ont montré que la part de l'activité de GO dans l'activité globale du MG était faible : inférieure à 10% en Ile- de- France en 2010.

Les raisons principales mises en exergue pour expliquer ce faible taux dans ces deux études sont:

- le manque de demande des patientes (retrouvé dans les trois premières raisons dans les deux études).
- le manque de formation.
- la présence d'un gynécologue, sage-femme ou médecin généraliste pratiquant la gynécologie à proximité de leur cabinet.
- le manque de temps et d'intérêt.

Selon la thèse d'I. Bonhomme et C. Moretti en 2017 (10), « Le frein principal à la pratique est le manque de demande de la part de la patientèle ». En effet, seules 2 femmes sur 109 dans notre population ont demandé à leur généraliste d'assurer le suivi prénatal.

Les autres hypothèses citées ci-dessus pour expliquer la faible activité de GO dans la pratique du MG sont non significatives selon la thèse d'I. Bonhomme et C. Moretti (10).

Par ailleurs, les circonstances de pratique de la GO par les généralistes relèvent en premier lieu de la consultation d'urgence, puis de la demande de la patiente et enfin dans le cadre d'un suivi gynécologique régulier. Les principaux motifs de consultation sont: la contraception (84,7%), les douleurs pelviennes (42,4%), les pathologies infectieuses (35,7%) et la grossesse en quatrième position (28,4%) (7).

Ces chiffres montrent que le MG est davantage consulté en situation d'urgence, lorsque le spécialiste n'est pas disponible, et n'est plus le professionnel de santé de premier recours. Selon l'Institut de sondage BVA, en 2008, les MG ont « l'impression de se diriger vers une relation de prestation de service où le médecin répond à un besoin circonscrit et ponctuel » (11). D'ailleurs, on remarque dans notre population qu'un taux non négligeable de patientes n'a pas de MG (34 %).

Freins et motivations des patientes au suivi GO par un MG

Dans notre étude, 58,7% ne savent pas qu'un MG peut suivre leur grossesse, 80% ne pensent pas que le MG est incompetent pour le suivi de grossesse mais seulement 10% choisirait un MG pour le suivi de leur prochaine grossesse.

Quelles sont les raisons qui leur font choisir un autre spécialiste alors qu'elles ne considèrent pas le MG comme incompetent pour le suivi de grossesse ?

Dans la thèse de R. Champeaux en 2013, les motivations et les freins du suivi gynécologique par le médecin traitant ont été évalués.

Les trois principaux freins sont : le suivi de grossesse (51,5%), la gêne envers le médecin traitant (33,3%) et le sexe du médecin traitant (27,3%). Ainsi, le suivi obstétrical reste un motif de consultation principalement réservé au GO et à SF du point de vue des patientes.

En revanche, les motivations des patientes à choisir un MG pour leur suivi gynécologique sont leur confiance envers le médecin traitant (86,6%), l'accessibilité des consultations (66,6%) et leur compétence (40%). La relation médecin-malade reste un élément primordial pour la patiente (12).

En ce qui concerne les freins exprimés par les patientes pour le suivi de grossesse par le MG, nous avons trouvé des résultats similaires à ceux de la thèse d'A. Darreye en 2016 réalisée à la maternité de Limoges (13):

- Méconnaissance de la possibilité du suivi de grossesse par le MG
- Suivi identique à la précédente grossesse, ou professionnel de santé faisant leur suivi de grossesse habituel
- Image plus rassurante du GO ou de la SF lié à la spécialisation avec la possibilité de réaliser une échographie.

Ces constatations impliquent une information du MG aux patientes en âge de procréer quant à la possibilité de suivi de grossesse à bas risque. Cependant, l'information et l'éducation ne sont pas suffisantes car il est nécessaire que les femmes aient confiance en la compétence du MG dans le domaine de la GO.

Il faudrait, pour ce faire, que les MG souhaitant réaliser du suivi prénatal fassent également du suivi gynécologique afin de rassurer les patientes sur leurs compétences.

Enfin, il faudrait que la compétence du MG en GO soit reconnue par les autres spécialistes (SF et GO). D'une part, afin qu'ils puissent participer à l'information des patientes et d'autre part afin qu'il puisse adresser celles dont la grossesse ne nécessite pas de suivi spécialisé.

Dans cette même thèse, les facteurs favorisant le suivi de grossesse par un MG ont été évalués.

La gestité semble avoir un impact sur le choix du professionnel de santé. Une primigeste aura tendance à préférer un GO ou une SF alors qu'une troisième geste réalisera plus volontiers son suivi par un MG. Nos résultats rejoignent ceux de la thèse de A. Darreye avec, parmi le suivi prénatal par le MG, 23% qui sont troisième geste. Les primigestes choisissent pour 57% un GO, 34% une SF et seulement 8% un MG. Ces résultats peuvent être expliqués par une certaine anxiété de la première grossesse et un besoin de réassurance.

Enfin, les patientes sont plus enclines à choisir le MG pour leur suivi si ce dernier le leur propose. Dans la thèse de A. Darreye, « 7 femmes sur les 8 ayant été suivies par leur médecin traitant déclarent que cela leur a été proposé par ce dernier ». Nous ne retrouvons pas ce résultat dans notre population avec seulement 2 femmes sur 14 qui ont choisi le suivi par le MG après que celui-ci le leur ait proposé.

Limites de l'étude

Aucune patiente n'a refusé de répondre au questionnaire permettant d'éviter un biais de non-inclusion.

Le caractère monocentrique de notre étude entraîne en revanche un biais de sélection. Les données épidémiologiques tirées de ce travail à l'hôpital Max Fourestier ne sont probablement pas le reflet de celles de l'ensemble du territoire français. Cela dit, nos résultats sont similaires à ceux retrouvés dans la population de Limoges dans la thèse de A. Darreyes alors que les populations sont différentes. Ceci nous permet d'émettre l'hypothèse que le manque d'information des femmes sur la compétence du MG à suivre une grossesse n'est pas limité aux Hauts- de- Seine.

La barrière de la langue, qui était un critère d'exclusion, a aussi apporté un biais de sélection du fait d'une forte population étrangère sur la maternité de Max Fourestier. Ce biais ne pouvait être évité si l'on voulait avoir des réponses spontanées et fiables aux questions.

CONCLUSION

Nous avons pu montrer, à une échelle locale, le choix préférentiel du GO et de la SF par les parturientes pour leur suivi de grossesse plutôt que par le MG.

Ce travail a permis de mettre en évidence un point fondamental : le manque d'information et d'éducation des femmes sur la possibilité de se faire suivre pendant la grossesse par le MG. Le MG entre dans un cercle vicieux où, moins il pratique de suivi de grossesse, moins il informera les patientes de cette compétence et moins elles viendront naturellement pour leur suivi de grossesse. Il est donc nécessaire d'informer les femmes du rôle et des atouts que peut apporter le suivi par un MG : suivi personnalisé, disponibilité, approche globale.

Il faut également casser l'image culturelle du suivi de grossesse par un GO ou une SF qui paraît plus rassurant, afin que le MG devienne un réel acteur dans le suivi prénatal. Dans cette logique, il est nécessaire que le MG propose un suivi gynécologique en dehors de la grossesse afin de rassurer les patientes sur cette compétence et que les spécialistes reconnaissent cette compétence pour en informer les patientes.

Les GO et les SF sont débordés par le nombre de consultations de suivi de grossesse, les empêchant de répondre à la demande des femmes par rapport à un suivi personnalisé et plus humain. Ajouter le MG aux acteurs du suivi de grossesse pourrait permettre d'atteindre cet objectif d'un suivi plus personnel afin que les femmes vivent mieux leur grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) BRÉART G, PUECH F, ROZÉ JC. Le plan de périnatalité 2005–2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. 10 Novembre 2004. P.42 [en ligne]. Consulté sur : portail.naissance.asso.fr/docs/planperinat.pdf
- (2) BRÉART G, PUECH F, ROZÉ JC. Rapport Mission périnatalité [en ligne]. Consulté sur : <https://www.marce-francophone.fr/images/dossier-ressources/intro/mission%20perinat.pdf>
- (3) MOLÉNAT F. Référentiel de formation à l'entretien prénatal du premier trimestre, Société Française de Médecine Périnatale. 2007 [en ligne]. Consulté sur : <http://www.afree.asso.fr/wp/wp-content/uploads/2015/02/R%C3%A9f%C3%A9rentiel-de-formation-%C3%A0-l'entretien-p%C3%A9rinatal-du-premier-trimestre.pdf>
- (4) Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, HAS Recommandations professionnelles 2007 [en ligne]. Consulté sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes-recommandations_23-04-2008.pdf
- (5) Enquête nationale périnatale, Rapport 2016, DREES et INSERM. Octobre 2017 [en ligne]. Consulté sur : http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
- (6) GESTACLIC, site d'aide au suivi de grossesse sans situation à risque. Consulté sur: www.gestacliv.fr
- (7) DIAS Sabine. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile- de -France. Thèse de médecine générale, Paris Diderot-Paris 7, Janvier 2010.
- (8) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Age moyen de la mère à l'accouchement en 2018 [en ligne]. Consulté sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>
- (9) Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Taux de chômage localisés par sexe et âge en moyenne annuelle en 2017 [en ligne]. Consulté sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2134411#tableau-TCRD_087_tab1_regions2016
- (10) BONHOMME Iris, MORETTI Carole. État des lieux de la pratique gynécologique des médecins généralistes installés en Savoie et Haute-Savoie : une étude quantitative. Médecine humaine et pathologie. 2017.

- (11) SLIMAN G, PERIGIOS E, AUDIC Y. Le rôle et la place du médecin généraliste en France. Institut d'études de marchés et d'opinions BVA ; Paris ; Février 2008 [en ligne]. Consulté sur:
https://staticswww.bva-group.com/wp-content/uploads/2017/02/fichier_microsoftpowerpoint-presentationenlignepptlectureseule_839ec.pdf
- (12) CHAMPEAUX Rémi. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale : point de vue de médecins généralistes et de patientes. Thèse de médecine générale, Université de Poitiers, Juillet 2013.
- (13) DARREYE Antoine. Le suivi de grossesse par les médecins généralistes, freins et appréhension. Thèse de médecine générale, Université de Limoges, Décembre 2016.

ANNEXE 1

Le suivi de grossesse souhaité par les parturientes à Nanterre en 2017

1. Vous concernant :

- Date de naissance:
- Profession:
- Domicile:
- Statut marital:
- Nombre de grossesses (préciser le nombre de fausses couches et/ou IVG si vous en avez eues):

2. A quel spécialiste vous êtes-vous adressée en premier lieu pour votre grossesse ?

- Médecin généraliste
- Gynécologue-Obstétricien
- Sage-Femme

3. Dans quelle structure vous êtes-vous fait suivre pour les 6 premiers mois de votre grossesse ?

- Cabinet de ville/PMI/Centre de Santé.
- Centre Hospitalier/Centre Hospitalo- Universitaire.

4. Quelle était votre motivation à choisir tel suivi (Médecin Généraliste, Gynécologue, Gynéco- obstétricien, Sage- Femme, en ville ou à l'hôpital)?

- Même suivi que lors des grossesses précédentes.
- Suivi gynécologique habituel.
- Recommandation par un/des proche(s).
- Raisons pratiques: suivi proche de chez vous ou de votre lieu de travail.
- Vous ne connaissez pas de Médecin Généraliste qui puisse suivre votre grossesse.

5. Saviez-vous que votre grossesse pouvait être suivie en ville par votre Médecin Généraliste ?

- Oui
- Non
- Other :

6. Si oui, comment avez-vous su que votre Médecin Généraliste pouvait suivre votre grossesse ?

- Votre Médecin Généraliste vous en a parlé.
- Le suivi de grossesse doit faire partie des compétences du Médecin Généraliste.
- Vous ne le saviez pas et vous venez de l'apprendre à travers ce questionnaire
- Autre:

7. Pensez-vous que le Médecin Généraliste n'a pas eu la formation nécessaire pour suivre une grossesse?

- Oui
- Non

8. Où avez-vous été suivie finalement pour votre grossesse?

- Médecin Généraliste puis Gynécologue Obstétricien en Centre Hospitalier/Centre Hospitalo-Universitaire.
- Médecin Généraliste puis Sage-Femme en Centre Hospitalier/Centre Hospitalo-Universitaire.

- Gynécologue Obstétricien en ville puis en Centre Hospitalier/Centre Hospitalo-Universitaire.
- Gynécologue Obstétricien en Centre Hospitalier/Centre Hospitalo-Universitaire.
- Sage Femme en ville puis Gynécologue Obstétricien en Centre Hospitalier/Centre Hospitalo-Universitaire.
- Sage Femme en Centre Hospitalier/Centre Hospitalo- Universitaire.

9. Qu'auriez-vous préféré pour le début de votre suivi de grossesse si les conditions vous permettaient de choisir?

- Médecin Généraliste en ville.
- Sage-Femme en ville.
- Gynécologue Obstétricien en ville.
- Gynécologue Obstétricien en Centre Hospitalier/Centre Hospitalo-Universitaire.

RÉSUMÉ

Suivi de grossesse : enquête auprès des parturientes à Nanterre en 2017.

Un suivi de grossesse moins médicalisé et plus humain est souhaité par les femmes depuis plusieurs années. En effet, avec la diminution du nombre de gynécologues obstétriciens depuis 10 ans et un accroissement de la population féminine, les consultations des GO et SF sont saturées ne leur permettant pas d'accorder aux patientes la disponibilité souhaitée.

L'objectif de cette étude était de faire un état des lieux du choix de suivi de grossesse des femmes ayant accouché à la maternité de Nanterre ainsi que de comprendre les raisons de ce choix.

Nous avons réalisé une étude de type observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique. 109 femmes ont été interrogées alors qu'elles venaient d'accoucher.

Parmi ces femmes, 50% ont été suivies par un GO, 37% par une SF et 13% par un MG. Les raisons exprimées par les patientes pour justifier leur choix initial sont : le professionnel de santé réalisant le suivi gynécologique habituel ou d'une grossesse antérieure, plus rassurant, pratique géographiquement ou par défaut.

58,7% ne savent pas qu'un MG peut suivre leur grossesse. Les freins au suivi de grossesse par un MG sont, d'une part, la méconnaissance de cette compétence et d'autre part, l'image plus rassurante du spécialiste.

Une meilleure information des patientes sur la compétence du MG au suivi de grossesse est nécessaire pour que ce dernier y soit intégré et que le souhait des femmes pour leur projet de grossesse soit respecté.

Mots clés (français) : médecine générale, gynécologie obstétrique, suivi de grossesse.

Pregnancy follow up : a study within the maternity unit of Nanterre in 2017.

Keywords (english) : pregnancy, follow up, general practitioner, gynecology obstetrics.

**Université Paris Descartes
Faculté de Médecine Paris Descartes
15, rue de l'École de Médecine
75270 Paris cedex 06**