



**HAL**  
open science

# Déterminants du choix des femmes enceintes concernant le professionnel auquel elles confient leur suivi de grossesse

Melisa Bekka

## ► To cite this version:

Melisa Bekka. Déterminants du choix des femmes enceintes concernant le professionnel auquel elles confient leur suivi de grossesse. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03380247

**HAL Id: dumas-03380247**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03380247>**

Submitted on 15 Oct 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.

**UNIVERSITE DE LA REUNION  
UFR SANTE**

Année 2021

N° 2021LARE042M

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

**Déterminants du choix des femmes enceintes concernant le  
professionnel auquel elles confient leur suivi de grossesse**  
Enquête auprès des patientes réunionnaises

Présentée et soutenue publiquement le 16 août 2021 à 19h00  
à La Réunion  
**Par Melisa Bekka**

**JURY**

**Président :**

**Monsieur le Professeur Jean-Marc Franco**

**Assesseurs :**

**Monsieur le Docteur Sébastien Leruste**

**Madame la Docteure Anne-Laure Costa**

**Madame la Docteure Bérénice Quentin**

**Directeur de Thèse :**

**Monsieur le Docteur Guillaume Plaisantin**

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	6
<b>PREMIERE PARTIE : GENERALITES</b> .....	<b>9</b>
I. Modalités du suivi de grossesse en France .....	10
II. Formation des professionnels de santé en obstétrique .....	11
A. Le tronc commun des études de médecine .....	11
B. Les Diplômes d'Etudes Spécialisées (D.E.S) .....	11
1. Gynécologie médicale .....	12
2. Gynéco-obstétrique .....	12
3. Médecine générale .....	12
C. La formation de sage-femme.....	13
III. Etat des lieux de la périnatalité .....	13
A. Suivi prénatal en France métropolitaine .....	14
B. Suivi prénatal à La Réunion .....	15
1. L'offre de soins en périnatalité .....	15
2. Le professionnel choisi pour le suivi de grossesse .....	16
3. L'accessibilité à l'offre de soins .....	17
<b>DEUXIEME PARTIE : MATERIEL ET METHODE</b> .....	<b>19</b>
I. Etude .....	20
II. Population .....	20
III. Recueil de données .....	20
A. Questionnaire .....	20
B. Modalités du recueil .....	21
IV. Analyse des données .....	23
V. Implications éthiques et réglementaires .....	23
<b>TROISIEME PARTIE : RESULTATS</b> .....	<b>24</b>
I. Présentation de la population d'étude .....	25
II. Objectif principal .....	29
III. Premier objectif secondaire .....	39
IV. Deuxième objectif secondaire .....	45

V.	Analyses complémentaires .....	48
<b>QUATRIEME PARTIE : DISCUSSION .....</b>		<b>50</b>
I.	Analyse de la méthodologie .....	51
	A. Particularités de notre étude .....	51
	B. Le questionnaire .....	52
	C. Analyses statistiques .....	55
II.	Analyse des caractéristiques de la population d'étude .....	55
	A. Critique des critères d'exclusion .....	55
	B. Représentativité de la population d'étude .....	56
III.	Analyse des objectifs de l'étude .....	58
	A. Objectif principal .....	58
	1. Déterminants communs dans le choix de tout professionnel .....	58
	2. Déterminants spécifiques aux catégories professionnelles .....	61
	3. Comparaison aux données de la littérature .....	62
	4. Patientèle et choix du professionnel .....	66
	5. Conclusion de l'objectif principal .....	69
	B. Premier objectif secondaire .....	70
	1. Analyse des réponses à la question 11 .....	70
	2. Analyse des réponses à la question 12 .....	71
	3. Analyse des réponses à la question 13 .....	73
	4. Analyse des réponses à la question 14 .....	74
	5. Synthèse du premier objectif secondaire .....	75
	C. Deuxième objectif secondaire .....	78
	1. Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse : les résultats de notre étude .....	79
	2. Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse : ce qu'en dit la littérature .....	80
	3. Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse : comment améliorer l'adhésion des patientes ? .....	86
	4. Synthèse du deuxième objectif secondaire .....	87
<b>CONCLUSION .....</b>		<b>89</b>
<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES .....</b>		<b>92</b>

<b>ANNEXES .....</b>	<b>98</b>
Annexe I : Arbre décisionnel : orientation des grossesses en termes de suivi et de structure - HAS 2016 .....	99
Annexe II : Questionnaire proposé aux patientes de l'étude .....	100
Annexe III : Proposition d'affiche d'informations à destination des patientes .....	103
<b>SERMENT D'HIPPOCRATE .....</b>	<b>104</b>

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

<b>Tableau I</b> : Effectif et densité des principaux professionnels de santé concernés par la périnatalité, situation au 1er janvier 2017.....	15
<b>Tableau II</b> : Description de la population d'étude .....	27
<b>Tableau III</b> : Caractéristiques du professionnel cochées comme "très importantes" par les patientes selon le professionnel de santé choisi.....	35
<b>Tableau IV</b> : Déterminants du choix cochés par les patientes selon le professionnel de santé choisi.....	36
<b>Figure 1</b> : Diagramme de flux de l'étude .....	25
<b>Figure 2</b> : Provenance géographique des questionnaires .....	26
<b>Figure 3</b> : Provenance professionnelle des questionnaires .....	26
<b>Figure 4</b> : Activité professionnelle des patientes selon la classification INSEE .....	28
<b>Figure 5</b> : Professionnel choisi en priorité par les patientes.....	30
<b>Figure 6</b> : Professionnel choisi selon la provenance géographique des questionnaires .....	30
<b>Figure 7</b> : Professionnel choisi selon la provenance professionnelle des questionnaires ...	31
<b>Figure 8</b> : Principaux éléments guidant le choix du professionnel .....	35
<b>Figure 9</b> : Autres éléments guidant le choix du professionnel .....	36
<b>Figure 10</b> : Pourcentages de bonnes réponses à la question 11 .....	40
<b>Figure 11</b> : Pourcentages de bonnes réponses à la question 12 .....	41
<b>Figure 12</b> : Pourcentages de bonnes réponses à la question 13 .....	42
<b>Figure 13</b> : Pourcentages de bonnes réponses à la question 14 .....	43
<b>Figure 14</b> : Principaux éléments ayant guidé le choix du médecin généraliste .....	46
<b>Figure 15</b> : Pourcentages de bonnes réponses spécifiques au médecin généraliste parmi les patientes qui le choisissent pour suivre leur grossesse .....	48

# Liste des abréviations

**BEP** : Brevet d'études professionnelles

**CAP** : Certificat d'aptitude professionnelle

**CHU** : Centre hospitalier universitaire

**CNIL** : Commission nationale de l'informatique et des libertés

**DES** : Diplôme d'études spécialisées

**DROM** : Départements et régions d'outre-mer

**ENP** : Enquête nationale périnatale

**HAS** : Haute Autorité de santé

**INSEE** : Institut national de la statistique et des études économiques

**L.AS** : Licence option "accès santé"

**LMD** : Licence, master, doctorat

**PASS** : Parcours accès santé spécifique

**PNP** : Préparation à la naissance et à la parentalité

**SA** : Semaines d'aménorrhée

**VPN** : Visite post-natale

# **INTRODUCTION**

L'offre de soins en périnatalité a subi de profonds bouleversements ces dernières années : pénurie de médecins (notamment gynéco-obstétriciens), attribution parallèle de nouvelles compétences aux sages-femmes et amélioration de la visibilité de celles-ci, modification du maillage territorial sanitaire et social et fermetures de maternités, non renouvellement et manque de postes de médecins et de sages-femmes en secteur hospitalier, etc... [1]. Pour tenter de pallier cet accès aux soins qui se restreint de plus en plus, les patientes enceintes peuvent aujourd'hui faire appel à plusieurs professionnels de santé pour leur suivi de grossesse : sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues médicaux et gynéco-obstétriciens [2,3].

Malgré cette pluralité de professionnels compétents, la question des déterminants du choix des couples concernant le professionnel qui suivra la grossesse interpelle peu à l'heure où le déficit budgétaire de la Sécurité Sociale et la démographie médicale deviennent plus que jamais préoccupants. Plusieurs travaux de thèses et mémoires de sages-femmes évoquent depuis déjà plusieurs années un choix qui n'apparaît ni libre ni éclairé [4,5,6,7,8,9].

Dans une perspective de bon usage du système de santé et d'une meilleure articulation de la prise en charge des patientes entre les professionnels de premier recours et les spécialistes, il semble intéressant d'explorer les critères de ce choix ainsi que les représentations des patientes vis-à-vis des différentes professions concernées.

Pour mener ce travail de recherche, nous avons ciblé les patientes enceintes se présentant pour une échographie du premier trimestre dite "de datation" sur le territoire réunionnais. L'objectif principal était d'identifier les déterminants du choix des patientes concernant le praticien auquel elles confient le suivi de leur grossesse.

De la même façon, le premier de nos objectifs secondaires consistait à décrire les connaissances de ces femmes vis-à-vis des différents professionnels de santé disponibles pour assurer le suivi de grossesse (sage-femme, médecin généraliste, gynécologue médical et gynéco-obstétricien).

Enfin, notre deuxième objectif secondaire était de préciser la place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse selon les représentations de ces patientes.

Après une revue de la littérature rappelant les modalités du suivi de grossesse en France, la formation des professionnels de santé disponibles pour assurer ce suivi et l'offre de soins en périnatalité sur le territoire français, et plus particulièrement réunionnais, nous

détaillerons notre population d'étude ainsi que la méthodologie appliquée. Puis nous présenterons les résultats avant d'en faire une discussion argumentée et de conclure sur les tenants et les aboutissants d'une information optimale des patientes concernant les possibilités de suivi prénatal.

# **GENERALITES**

## I. MODALITÉS DU SUIVI DE GROSSESSE EN FRANCE

La grossesse est une situation physiologique au cours de laquelle la femme enceinte et son enfant peuvent être confrontés à divers risques sanitaires et psychosociaux. Pour cette raison, les modalités de la surveillance prénatale ont fait l'objet de recommandations bien codifiées par nos sociétés savantes, s'adressant à des professionnels de santé qualifiés [2].

En France, les patientes enceintes sont libres de choisir le professionnel auquel elles confieront leur suivi de grossesse. Le parcours de soins coordonnés ne s'appliquant pas aux sages-femmes ni aux gynécologues, les femmes peuvent donc les consulter sans passage initial chez leur médecin généraliste traitant.

Sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues médicaux et gynéco-obstétriciens sont tous habilités à réaliser le suivi prénatal des grossesses à bas risque de complication maternelle ou fœtale au cours des six premiers mois.

Ce niveau de risque est à apprécier le plus tôt possible par les professionnels. Ainsi, la Haute Autorité de santé (HAS) définit deux types de suivi (suivi A et suivi B) et deux procédures d'orientation (demande d'avis A1 et demande d'avis A2) selon les professionnels de santé à solliciter.

Les grossesses sans situation à risque de complication ou présentant un faible niveau de risque relèvent du suivi A : le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme, un médecin généraliste, un gynécologue médical ou un gynéco-obstétricien selon le choix de la patiente.

Les situations à haut niveau de risque relèvent du suivi B : le suivi régulier doit être assuré par un gynéco-obstétricien.

Les procédures d'orientation A1 et A2 concernent des situations intermédiaires dans lesquelles le recours à l'avis d'un gynéco-obstétricien ou d'un autre spécialiste est conseillé (A1) ou nécessaire (A2) [2,10].

Le niveau de risque est à réévaluer par les professionnels de santé tout au long de la grossesse. Une situation peut également être jugée à risque de façon transitoire puis relever par la suite d'un suivi A [Annexe I].

Dans ses recommandations, la HAS précise que les professionnels désireux de proposer le suivi de grossesse à leurs patientes doivent remplir deux conditions :

- avoir suivi une formation théorique et pratique adaptée au suivi des grossesses,
- exercer dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité, selon les possibilités locales.

## **II. FORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ EN OBSTÉTRIQUE**

Depuis septembre 2020, tous les étudiants désireux de débiter une carrière médicale peuvent accéder aux études de santé après une, deux ou trois années d'études supérieures. Deux types de parcours sont ainsi dispensés par les facultés et permettent de sélectionner les étudiants à leur entrée dans le cursus médical : un parcours spécifique "accès santé" (PASS) ou une licence avec option "accès santé" (L.AS).

### **A. Le tronc commun des études de médecine**

Les études de médecine se composent de 3 cycles, portant la durée du cursus de 9 à 12 années selon la spécialité choisie.

Au cours des premières années, les étudiants sont formés aux bases du savoir médical (sémiologie, physiologie, anatomie, microbiologie, etc...). Les 4ème, 5ème et 6ème années leur permettent d'acquérir une formation médicale théorique complète s'articulant autour des pathologies, des thérapeutiques et de leur prévention. La pratique clinique y occupe de plus en plus de temps. C'est principalement au cours de ces années que les étudiants apprennent à connaître la contraception et les problèmes médicaux liés à la procréation, à la grossesse et à la naissance. Participer à la prise en charge de la grossesse et de ses complications fait partie de leurs objectifs pédagogiques. Cependant, chaque faculté reste libre de dispenser cet enseignement comme elle le souhaite [11,12].

### **B. Les Diplômes d'Études Spécialisées (D.E.S)**

Au début du troisième cycle, l'interne choisit un DES. Le DES de médecine générale dure actuellement 3 ans, celui de gynécologie médicale dure 4 ans et celui de gynéco-obstétrique 6 ans. La thèse d'exercice de médecine, obligatoire, clôture ce troisième cycle et permet à l'étudiant de porter le titre de docteur en médecine.

## 1. Gynécologie médicale

La gynécologie médicale est la médecine interne de la femme, mélangeant oncologie, obstétrique et endocrinologie. Le DES a pour objectif de permettre la prise en charge des patientes dans leur globalité et de les accompagner à toutes les étapes de leur vie. La formation des internes s'articule autour de cinq axes :

- les questions de sexualité, l'éducation, la prévention et la prise en charge des infections sexuellement transmissibles, le planning familial, la contraception et l'orthogénie,
- le suivi de la grossesse normale,
- la prise en charge de l'infertilité du couple,
- la prise en charge de la ménopause, des pubertés pathologiques et pathologies endocriniennes à orientation gonadique chez les hommes et chez les femmes,
- le dépistage, la prise en charge et le suivi des cancers génitaux et mammaires.

## 2. Gynéco-obstétrique

Au service de la santé de la femme, la gynéco-obstétrique est une spécialité médico-chirurgicale aux nombreuses facettes. Pour cette raison, la formation est intense :

- acquisition des compétences nécessaires à la gestion de l'accouchement normal ou dystocique,
- gestion des grossesses à bas et haut risques,
- diagnostic anténatal et médecine fœtale,
- gynécologie chirurgicale (carcinologie, oncoplastie, chirurgie fonctionnelle urogynécologique).

L'apprentissage théorique et pratique de l'obstétrique permet de prendre en charge la femme enceinte tout au long de sa grossesse. L'imagerie échographique de dépistage, de diagnostic et des techniques de procréation médicalement assistée complète la formation [13,14].

## 3. Médecine générale

Premier maillon de la chaîne de soins et du suivi au long cours, le médecin généraliste est à l'opposé de l'hyperspécialisation. Interlocuteur central de tous les acteurs de la santé, sa

fonction lui permet de coordonner les soins entre les différents spécialistes et le réseau villehôpital.

La formation de l'interne en médecine générale est focalisée sur l'acquisition de six compétences génériques, telles que représentées dans la "marguerite des compétences" :

- Premier recours, urgence,
- Relation, communication, approche centrée-patient,
- Approche globale, prise en compte de la complexité,
- Education, prévention, santé individuelle et communautaire,
- Continuité, suivi, coordination des soins autour du patient,
- Professionnalisme [15,16,17,18].

### **C. La formation de sage-femme**

La profession de sage-femme assure en toute autonomie le suivi de la femme et du nouveau-né en bonne santé. La sage-femme peut prescrire les examens et thérapeutiques nécessaires à l'exercice de ses compétences. En cas de situation pathologique, il/elle adresse la patiente aux médecins.

L'entrée à la formation universitaire du métier de sage-femme se fait sur le même mode que les autres professions médicales [19]. Les 4 années suivant les parcours PASS et L.AS sont divisées en 2 phases de 2 ans : la première forme les étudiants à la physiologie et à l'eutocie, la seconde au dépistage et à la prévention des pathologies dans les domaines de l'obstétrique, de la gynécologie et de la pédiatrie [20,21].

Enseignements théoriques, travaux pratiques, travaux dirigés et stages obligatoires ponctuent le cursus. Les épreuves orales, écrites, cliniques et la soutenance du mémoire de fin d'études constituent l'examen du diplôme d'Etat [22,23].

## **III. ETAT DES LIEUX DE LA PÉRINATALITÉ**

En métropole comme dans les départements et régions d'outre-mer (DROM), l'offre de soins en périnatalité a subi de profondes restructurations : fermetures de maternité, fusions, rapprochements inter-hospitaliers ou coopérations public-privé. Le rapport de la dernière

enquête nationale de périnatalité (ENP) estime que près de 39 % des maternités ont fermé en l'espace de vingt ans pour un nombre de naissances stable.

Une nouvelle ENP a été réalisée en mars et avril 2021 ; ses résultats sont encore en attente à ce jour [24,25].

## **A. Suivi prénatal en France métropolitaine**

De 2010 à 2016, le gynéco-obstétricien reste le professionnel le plus fréquemment consulté pour la surveillance de la grossesse.

Parallèlement sur cette même période, le rôle des sages-femmes comme professionnelles de premier recours dans la prise en charge des grossesses apparaît comme de plus en plus reconnu : 25 % des femmes enceintes se font principalement suivre par une sage-femme (libérale ou hospitalière) au cours des six premiers mois de grossesse [26].

Le travail de thèse soutenu par Lambillon R. en 2018 a étudié la contribution des médecins généralistes au suivi de grossesse de 2003 à 2016 sur le territoire métropolitain. Après plusieurs décennies de déclin, il décrit un taux de suivi de grossesse par les médecins généralistes en progression significative, passant de 4,6 % en 2010 à 6,6 % en 2016 [9].

L'étude note que ces chiffres sont en lien direct avec des caractéristiques sociodémographiques bien spécifiques des femmes enceintes. Parmi la patientèle suivie en médecine générale, les femmes présentant les caractéristiques suivantes sont surreprésentées : femmes de moins de 30 ans, de nationalité sub-saharienne, célibataires, ayant eu deux enfants avant la grossesse concernée, ayant un niveau d'étude équivalent au lycée professionnel ou inférieur, en demande d'emploi, étudiantes ou bénéficiant d'un niveau de revenu mensuel du ménage inférieur à 3 000 euros ou résidant dans une zone sous-dotée en gynécologues [9].

Le taux d'hospitalisation pendant la grossesse et le nombre de consultations prénatales sont stables avec des indicateurs de suivi de grossesse satisfaisants.

L'accès à l'échographie, bien que non équitable géographiquement, s'étend : 75 % des femmes bénéficient de plus d'échographies que les trois recommandées pour une grossesse sans complication [27,28].

## B. Suivi prénatal à La Réunion

En 2020, La Réunion compte une population de 860 000 personnes et celle-ci continue de croître plus rapidement que celle de la métropole : +0,5 % par an de 2010 à 2020 contre +0,3 % en France métropolitaine. La fécondité reste également élevée et nettement supérieure à celle de la métropole avec un indice conjoncturel de fécondité stable à 2,45 enfants par femme sur l'île contre 2,01 en métropole [27,28,29].

Concernant les soins en périnatalité, le rapport de l'ENP 2016 faisait état d'importantes disparités entre la métropole et les départements et régions d'outre-mer (DROM), ces situations étant elles-mêmes hétérogènes entre ces DROM. La précarité touche davantage la patientèle des DROM, impactant directement le suivi prénatal qui est décrit comme plus fréquemment inadéquat. En conséquence, les complications engendrant des hospitalisations pendant la grossesse sont plus nombreuses. La prématurité est également plus élevée qu'en métropole (11,9 % contre 7,2 %) pour l'ensemble des naissances vivantes [24].

### 1. L'offre de soins en périnatalité

La Réunion bénéficie d'une offre de soins qui n'a rien à envier à celle de la métropole.

Concernant les professionnels libéraux, la densité de médecins généralistes est équivalente à la métropole et nettement supérieure pour les gynéco-obstétriciens et les sages-femmes [28].

	La Réunion		Métropole densité
	Effectif	Densité	
Médecins généralistes	1 212	140	141
Gynécologues-obstétriciens	96	27	16
Pédiatres	139	69	64
Sages-femmes	415	200	147

Sources : RPPS, ARS OI, DREES, INSEE    Exploitation ARS OI  
Densité pour 100 000 habitants (au 1<sup>er</sup> janvier 2016) pour les médecins généralistes, pour 100 000 enfants de moins de 15 ans pour les pédiatres, pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans pour les gynécologues/obstétriciens et les sages-femmes

Tableau I : Effectif et densité des principaux professionnels de santé concernés par la périnatalité au 1<sup>er</sup> janvier 2017

Concernant l'offre de soins hospitalière, La Réunion dispose de sept maternités dont deux de type 3 comprenant un centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal et des équipes de chirurgie infantile et de réanimation pédiatrique. Depuis 2016, la maison de naissance expérimentale de l'Ouest "MANAO" complète cette offre déjà diversifiée.

L'ensemble de ce dispositif permet à l'île d'être quasiment autonome dans ses prises en charge et rend rare les évacuations sanitaires vers la métropole [26,27].

## 2. Le professionnel choisi pour le suivi de grossesse

Les résultats de la dernière étude descriptive du parcours de la femme enceinte à La Réunion ont été publiés dans le bulletin de veille sanitaire d'août 2017 [26,28].

En comparaison aux données de la métropole sur la même période, l'étude fait état de suivis de grossesse principalement coordonnés par les médecins généralistes (53,2 %), que ce soit dans les situations à bas risque de complications ou dans les situations à risque.

Le travail de thèse de Farny C. vient appuyer ces chiffres, décrivant que 99 % des médecins généralistes traitants ayant participé à son étude en 2012 suivaient des femmes enceintes, dont 84 % au-delà du deuxième trimestre de grossesse [30]. Quels que soient le niveau de risque de leur grossesse ou le moment où elles débutent leur suivi, les patientes faisaient volontiers de leur médecin traitant leur principal interlocuteur, étant entendu qu'il ne travaillait pas seul mais en lien avec les autres professionnels de la naissance. Les modalités de cette collaboration interprofessionnelle n'étaient en revanche ni connues ni précisées.

Le gynécologue était principalement sollicité dans le suivi de grossesse "à bas risque" (30,1 % des suivis), là où sa présence est au contraire majoritairement attendue dans les situations à risque. L'étude établit d'ailleurs le même constat au niveau national (44,9 % à bas risque contre 39 % "à risque") [24,26].

Quant au suivi de grossesse par la sage-femme, il était plutôt réalisé dans les situations "à bas risque", bien qu'elle soit aussi présente dans les situations à risque. A la même période à La Réunion, la présence de la sage-femme dans le suivi de grossesse était moins marquée qu'en France métropolitaine mais leur rôle sur l'île connaît une ascension fulgurante ces dernières années [26,28].

### 3. L'accessibilité à l'offre de soins

Malgré une bonne implantation de l'offre de soins, l'étude révèle des indicateurs de suivi prénatal insatisfaisants. A cette période :

- près de 25 % des femmes n'avaient aucune des échographies obligatoires ;
- moins de la moitié des femmes enceintes réunionnaises bénéficiait alors d'un suivi prénatal optimal ;
- ce suivi était même qualifié d'insuffisant pour 10 % des patientes ;
- seules 47 % des femmes démarraient leur suivi au 1er trimestre de grossesse tel qu'il est recommandé [27,28].

La question de l'accessibilité de l'offre de soins à la patientèle réunionnaise s'est alors posée.

#### ***a) L'accessibilité financière à l'offre de soins :***

La neutralité financière du suivi prénatal n'intervenant qu'au 6<sup>ème</sup> mois de grossesse, l'entrée dans le parcours de soins constitue un frein pour les patientes ne disposant pas de couverture complémentaire. Ainsi, les suivis tardifs sont parfois dus à des situations de fin de droits et à leur délai de traitement administratif. Certaines femmes témoignent également de leur peur de revivre des moments difficiles avec les services sociaux à l'occasion d'une nouvelle grossesse.

Les difficultés d'accessibilité financière au gynéco-obstétricien (plus d'un professionnel sur deux en secteur 2) en comparaison à la pratique du tiers-payant de 95 % des médecins généralistes libéraux et leur rôle de médecin de proximité pourraient également expliquer pourquoi le généraliste est le premier professionnel consulté.

#### ***b) L'accessibilité géographique à l'offre de soins :***

Le médecin généraliste est le praticien de premier recours le plus proche (moins de 10 minutes en voiture pour 95 % des réunionnais). L'accueil sans rendez-vous et la durée moyenne d'attente en salle d'attente de 40 minutes en font le professionnel le plus consulté.

Le délai de route pour consulter le gynéco-obstétricien est jugé plus important (11 à 15 minutes en moyenne). Contrairement aux médecins généralistes traitants, les gynécologues travaillent sur rendez-vous avec un délai d'attente d'un mois minimum.

Ces données ne sont pas applicables aux populations résidant dans les écarts de l'île. Parmi ces 117 000 personnes (la part de femmes en âge de procréer est à préciser), le délai de route d'accès à un médecin généraliste est supérieur à 30 minutes [27].

Face à des indicateurs défavorables malgré une offre de soins hospitalière et ambulatoire très développée, le Projet régional de santé (PRS) 2018-2027 de l'Océan Indien a pour objectif d'améliorer le parcours de la femme enceinte et de mieux accompagner les grossesses à risque [31].

Mais au-delà de l'accessibilité de l'offre de soins, l'acceptabilité de sa configuration par les patientes réunionnaises n'a jusqu'alors jamais été explorée. C'est pourquoi notre travail s'inscrit dans une perspective de bon usage du parcours de soins en passant par une meilleure compréhension des représentations et des connaissances des femmes enceintes concernant le choix du professionnel de santé qui suivra leur grossesse.

**MATERIEL**

**ET**

**METHODE**

## **I. Etude**

Cette étude était observationnelle à visée descriptive, transversale et déclarative.

## **II. Population**

Notre étude s'est adressée à toutes les femmes enceintes se présentant pour une échographie anténatale du premier trimestre auprès d'un échographiste agréé pour le dépistage de la trisomie 21 sur le territoire réunionnais.

### **A. Critères d'inclusion**

Notre travail ciblait toutes les patientes enceintes se présentant pour une échographie du premier trimestre, c'est-à-dire à un terme compris entre 11 SA et 13 SA + 6 jours, sur le territoire réunionnais.

### **B. Critères d'exclusion**

Les patientes présentant les critères suivants étaient exclues du recrutement :

- Patiente en demande d'une interruption volontaire de grossesse,
- Patiente se présentant au rendez-vous d'échographie en raison de symptôme(s) de début de grossesse pathologique(s) (par exemple métrorragies du premier trimestre, malaises, hyperémèse gravidique, etc...),
- Patiente ne sachant pas lire ou écrire le français,
- Patiente refusant de répondre au questionnaire,
- Patiente mineure ou majeure protégée.

## **III. Recueil de données**

### **A. Questionnaire**

Le recueil de données s'est fait par auto-questionnaire sous format papier.

Le questionnaire a été conçu en collaboration avec le directeur de thèse, après analyse et synthèse des ressources bibliographiques. Plusieurs travaux de recherche ayant traité de

thématiques similaires ont servi de base pour l'élaboration du questionnaire [4,5,6]. Nous nous sommes notamment très largement inspiré du questionnaire de thèse de Pépin-Moinard M. [6] concernant les déterminants du choix des patientes. Nous avons ensuite ajouté 4 questions supplémentaires dans le but d'explorer les représentations des patientes relatives aux différents professionnels impliqués dans le suivi de grossesse.

La pertinence et la compréhension de ce questionnaire anonyme ont été testées auprès de cinq patientes avant qu'il ne soit distribué.

Le questionnaire [Annexe II] comprenait des questions à réponse unique, des questions à choix multiples et des questions à réponses libres. Pour certaines questions, des espaces vides étaient laissés à disposition des patientes pour leur laisser la possibilité de développer leurs avis.

Après une courte présentation du travail de thèse et explication des objectifs de l'étude, le questionnaire se découpait en cinq parties.

La première partie (questions 1 à 7, première page) avait pour objectif de décrire les caractéristiques des patientes incluses dans l'étude : âge, ville de résidence, nationalité, catégorie socio-professionnelle, statut conjugal, parité.

La seconde partie (questions 8 à 10, deuxième page) s'intéressait aux critères déterminants du choix du professionnel pour le suivi de grossesse sous la forme d'une question à réponse unique et de questions à choix multiples.

La troisième partie (questions 11 à 14, troisième page) interrogeait les patientes sur leurs représentations des différents professionnels de santé qualifiés pour assurer le suivi de grossesse sous la forme de questions à choix multiples et de questions à réponses libres.

La quatrième partie (questions 15 et 16, troisième page) explorait les antécédents médicaux et plus particulièrement gynéco-obstétricaux des patientes pour déceler des indications à un suivi spécialisé d'emblée sous la forme de questions à réponses libres.

La cinquième et dernière partie (questions 17 et 18, troisième page) était un espace libre où les patientes pouvaient témoigner d'une éventuelle incompréhension du questionnaire ou faire part d'une remarque non explorée par le questionnaire.

## **B. Modalités du recueil**

Nous avons procédé à une distribution multi-sites des questionnaires sur l'ensemble du territoire réunionnais, incluant les quatre centres hospitaliers (Centres Hospitaliers

Universitaires Nord et Sud Réunion, Centre Hospitalier Ouest Réunion et Groupe Hospitalier Est Réunion) et les cabinets libéraux de médecins généralistes, gynécologues, sages-femmes et radiologues pratiquant l'échographie du premier trimestre.

Pour cela, nous nous sommes d'abord référés à la liste des échographistes agréés pour le dépistage de la trisomie 21 disponible sur le site internet du réseau périnatal de La Réunion "REPERE" afin de solliciter chaque professionnel et d'obtenir l'accord de distribution du questionnaire auprès de ses patientes. Cette liste avait fait l'objet d'une mise à jour en juin 2020, soit quatre mois avant le début de notre étude. Au total, 117 échographistes agréés pour le dépistage de la trisomie 21 ont été contactés pour participer à l'étude.

Concernant la médecine de ville, 52 cabinets libéraux d'échographies ont été sollicités. Chaque échographiste s'est vu remettre une pochette individuelle contenant un nombre arbitraire de 30 questionnaires à l'attention de sa patientèle ainsi qu'une note explicative du travail de thèse, de ses objectifs et un rappel des critères d'inclusion et d'exclusion des patientes.

Concernant les centres hospitaliers, les accords des cadres et des chefs de pôles Femme-Mère-Enfant ont été recueillis préalablement au lancement de l'étude. Dans les cas du Centre Hospitalier Ouest Réunion et du Groupe Hospitalier Est Réunion, les accords des présidents des commissions médicales d'établissements ont également été recueillis avant toute distribution du questionnaire. Après rencontre des cadres sages-femmes et assistants chefs de cliniques des services de consultations obstétricales, nous avons procédé à la distribution de pochettes conçues à l'identique de celles reçues par les professionnels libéraux et contenant un nombre arbitraire de 100 questionnaires pour chaque équipe. Les modalités de distribution des questionnaires ont été expliquées aux soignants par les référents (cadres de service, assistants chefs de clinique) au sein de chaque équipe.

Lors du rendez-vous pour l'échographie anténatale du premier trimestre, le questionnaire était proposé aux patientes soit par les secrétaires, soit par l'échographiste. Une fois leur consentement oral recueilli, les patientes avaient la possibilité de remplir le questionnaire dans les salles d'attente des professionnels agréés ou au cours de la consultation puis de le remettre soit directement à l'échographiste soit au secrétariat à la sortie de leur rendez-vous. Les questionnaires remplis étaient ensuite entreposés dans des bannettes de recueil avant d'être collectés à la fin de la période d'étude.

#### **IV. Analyse des données**

L'ensemble des données des questionnaires papier a été retranscrit sur le logiciel Excel®.

Des analyses statistiques descriptives univariées de ces données ont été effectuées via le logiciel de statistiques pvalue.io. Lorsque les conditions d'application du test du Chi<sup>2</sup> n'étaient pas respectées (effectif théorique trop faible), un test exact de Fisher a été réalisé. Lorsque cela était possible (variables comportant moins de 20 % de données manquantes), nous avons procédé à des régressions logistiques binaires.

Les résultats obtenus sont exprimés avec une troncature à la première décimale après la virgule. Les variables sont exprimées en pourcentages pour une meilleure lisibilité des résultats et les effectifs sont précisés.

L'ensemble des graphiques a été réalisé avec le logiciel Excel®.

#### **V. Implications éthiques et réglementaires**

Notre schéma d'étude a répondu à une méthodologie de référence type MR-003. Cette méthodologie a été déclarée à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) préalablement à la réalisation de l'étude (n° de récépissé 2219675).

Au cours du recueil des données, anonymisation et consentement ont été respectés.

# **RESULTATS**

## I. Présentation de la population d'étude

### A. Recueil des questionnaires

Les données ont été recueillies du 24 octobre 2020 au 29 janvier 2021, soit l'équivalent d'un trimestre.

Conformément à la liste des échographistes agréés pour le dépistage de la trisomie 21 du réseau périnatal "REPERE", nous avons prévu la distribution de 1 960 questionnaires sur l'ensemble du territoire réunionnais : 30 questionnaires par échographiste libéral et 100 questionnaires par centre hospitalier (Centres Hospitaliers Universitaires Nord et Sud Réunion, Centre Hospitalier Ouest Réunion et Groupe Hospitalier Est Réunion).

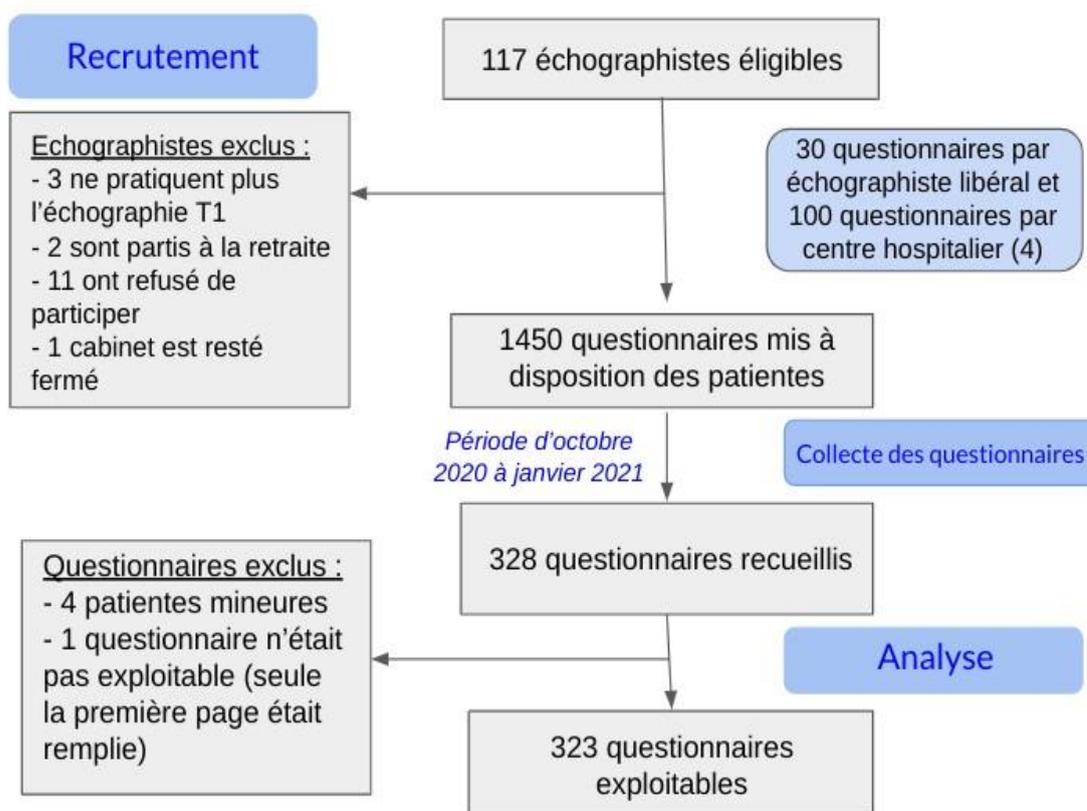


Figure 1 : Diagramme de flux de l'étude

Parmi les 117 professionnels libéraux contactés :

- trois ne pratiquaient plus les échographies du premier trimestre de grossesse,
- deux étaient partis à la retraite depuis peu,
- onze ont refusé de proposer le questionnaire à leurs patientes ; à noter que parmi eux, la seule échographiste du cirque de Cilaos a décliné la proposition de participer à l'étude car elle jugeait les résultats biaisés d'avance du fait du

manque de personnel médical dans cette partie de l'île et donc de choix pour les patientes enceintes,

- un cabinet est resté fermé pour cause de travaux tout au long de l'étude et n'a, par conséquent, pas pu être sollicité pour l'étude.

Parmi les 11 praticiens ayant refusé de participer à l'étude, le principal motif de refus évoqué était le caractère chronophage du remplissage du questionnaire. Trois échographistes pratiquant dans l'Est de l'île ont refusé de participer compte tenu de la trop grande proportion d'illettrisme dans leur patientèle. Un cabinet d'imagerie de l'Ouest regroupant 3 échographistes a refusé de participer, jugeant le questionnaire trop indiscret envers leur patientèle.

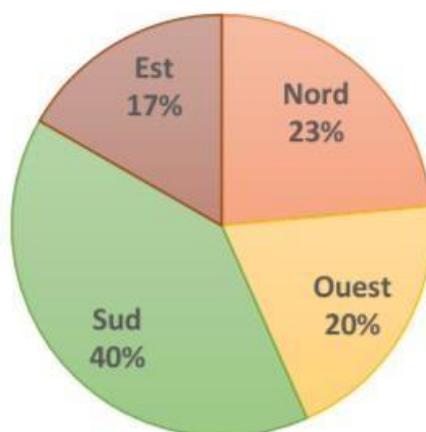


Figure 2 : Provenance géographique des questionnaires

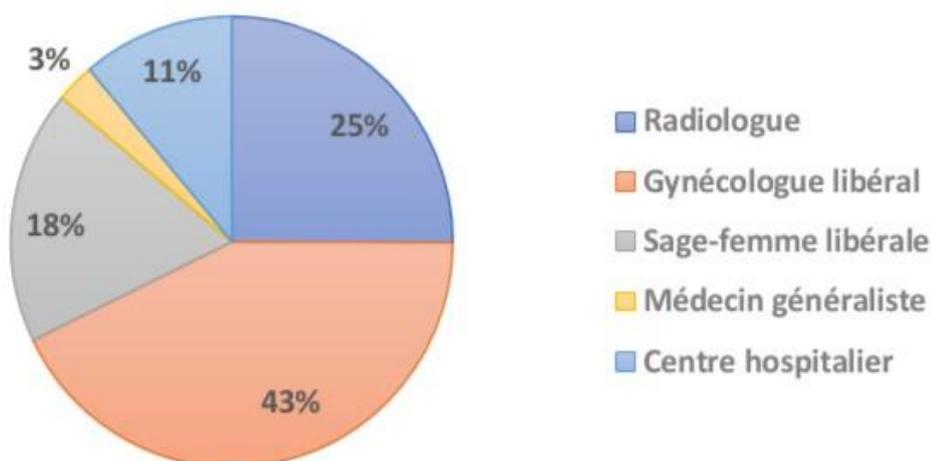


Figure 3 : Provenance professionnelle des questionnaires

## B. Caractéristiques socio-économiques de la population d'étude

SECTEUR		NORD (n=76)	OUEST (n=64)	SUD (n=129)	EST (n=54)	Total % (n=323)	
Lieu de résidence	Urbain	64 (49)	42 (27)	61 (79)	70 (38)	60 (193)	p<0,01
	Rural ou semi-rural	36 (27)	58 (37)	39 (50)	30 (16)	40 (130)	-
Age Maternel	< 25 ans	29 (22)	19 (12)	27 (40)	28 (15)	26 (84)	-
	25 - 35 ans	43 (33)	52 (33)	56 (72)	52 (28)	51 (166)	-
	> ou = 35 ans	28 (21)	30 (19)	22 (17)	20 (11)	23 (73)	-
Origine	Française	93 (72)	100 (64)	97 (126)	83 (45)	95 (307)	p<0,01
	Mauricienne	0,3 (1)	0	0	6 (3)	1,2 (4)	-
	Comorienne	0,3 (1)	0	0	9 (5)	2 (6)	-
	Malgache	0,6 (2)	0	0,3 (1)	2 (1)	1,2 (4)	-
	Belge	0	0	0,6 (2)	0	0,6 (2)	-
Niveau d'études	Pas de diplôme	13 (10)	6,2 (4)	8,5 (11)	11 (6)	10 (31)	p<0,01
	Collège/brevet	5,3 (4)	1,6 (1)	12 (15)	13 (7)	9 (27)	-
	CAP/BEP	30 (23)	20 (13)	18 (23)	15 (8)	21 (67)	-
	Baccalauréat	20 (15)	23 (15)	24 (31)	33 (18)	24 (79)	-
	Baccalauréat + 2 ans	20 (15)	16 (10)	9,3 (12)	11 (6)	13 (23)	-
	Licence, Master, Doctorat	12 (9)	33 (21)	29 (37)	17 (9)	23 (76)	-
Activité	Active	43 (33)	56 (36)	46 (59)	37 (20)	46 (148)	p=0,069
	Mère au foyer	32 (24)	19 (12)	13 (17)	44 (24)	28 (90)	-
	Etudiante	4 (3)	5 (3)	13 (17)	0	2,8 (10)	-
	Chômage	21 (16)	20 (13)	28 (36)	19 (10)	23,2 (75)	-
	Autre	0	0	0	0	0	-
Situation maritale	Vit en concubinage	49 (37)	35 (23)	49 (64)	41 (22)	45 (144)	p=0,51
	Célibataire, séparée du père	24 (18)	24 (15)	22 (28)	28 (15)	24 (78)	-
	Pacsée	7,9 (6)	14 (9)	7,1 (9)	3 (2)	8 (26)	-
	Mariée	18 (14)	27 (17)	21 (27)	26 (14)	22 (72)	-
	Divorcée	0	0	0,9 (1)	2 (1)	0,7 (2)	-
	Données manquantes	0,3 (1)	0	0	0	0,3 (1)	-
Nombre d'enfant(s) par patiente	Sans enfant	40 (30)	24 (29)	34 (44)	33 (18)	37 (121)	p<0,01
	1 enfant	28 (21)	22 (22)	37 (47)	15 (8)	31 (98)	-
	2 enfants	13 (10)	19 (11)	17 (22)	28 (15)	18 (58)	-
	3 enfants ou plus	19 (15)	4 (2)	12 (16)	24 (13)	14 (46)	-

Tableau II : Description de la population d'étude

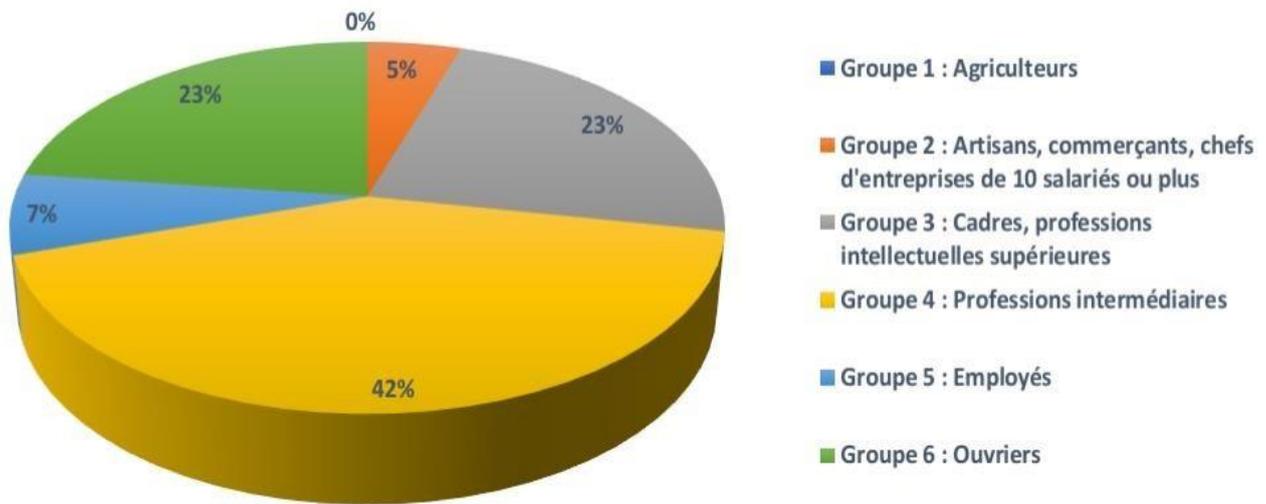


Figure 4 : Activité professionnelle des patientes classée selon le code des professions et catégories socioprofessionnelles de l'Insee

### C. Caractéristiques médico-obstétricales de la population d'étude

- Concernant le nombre d'enfants par patiente :

Trente-sept pour cent (n=121) des patientes n'avaient pas encore d'enfant lorsqu'elles ont participé à l'étude.

Trente pour cent (n=98) avaient un enfant, 18 % (n=58) en avaient 2.

Quatorze pour cent (n=46) avaient 3 enfants voire plus.

- Concernant le passé médical des patientes :

Trente-et-un pour cent (n=99) des patientes de l'étude rapportaient des antécédents médicaux, gynécologiques et obstétricaux.

Parmi elles :

- 20 % (n=21) présentaient un diabète gestationnel,
- 4 % (n=4) étaient diabétiques de type 1,
- 14 % (n=14) avaient des antécédents d'aide médicale à la procréation,
- 14 % (n=14) avaient des antécédents de menace d'accouchement prématuré et 3 % (n=3) avaient déjà accouché prématurément,

- 10 % (n=10) avaient présenté une hypertension artérielle (pendant et/ou hors grossesse),
- 6 % (n=6) avaient souffert de fausses couches à répétition,
- 6 % (n=6) souffraient d'endométriose,
- 6 % (n=6) signalaient qu'elles étaient asthmatiques,
- 3 % (n=3) avaient souffert de grossesse extra-utérine,
- 3 % (n=3) avaient bénéficié d'une surveillance accrue pour un retard de croissance intrautérin au cours d'une précédente grossesse,
- 3 % (n=3) avaient été davantage surveillées pendant la grossesse pour des anomalies de quantité de liquide amniotique : oligoamnios (n=1), hydramnios (n=2),
- 3 % (n=3) présentaient une anémie chronique,
- 2 % (n=2) signalaient des dysthyroïdies, dont une maladie de Basedow,
- 2 % (n=2) souffraient d'une maladie de Crohn.

Les antécédents médicaux suivants ont également été rapportés par les patientes, une seule fois pour chacun d'eux : dilatation rénale fœtale, mort fœtale in utero, trisomie 21 fœtale, fausse couche tardive, syndrome des ovaires polykystiques, séroconversion à la toxoplasmose, lupus, rhumatisme psoriasique, kyste ovarien, hyperémèse gravidique, hémorragie de la délivrance, protéinurie inexpliquée, fibrodysplasie des artères rénales maternelles, phlébite.

## **II. Objectif principal : déterminants du choix des patientes**

### **A. Professionnel choisi**

La question 8 de la seconde partie du questionnaire s'intéressait au choix du professionnel envisagé en priorité pour le suivi de grossesse, sous la forme d'une question à réponse unique.

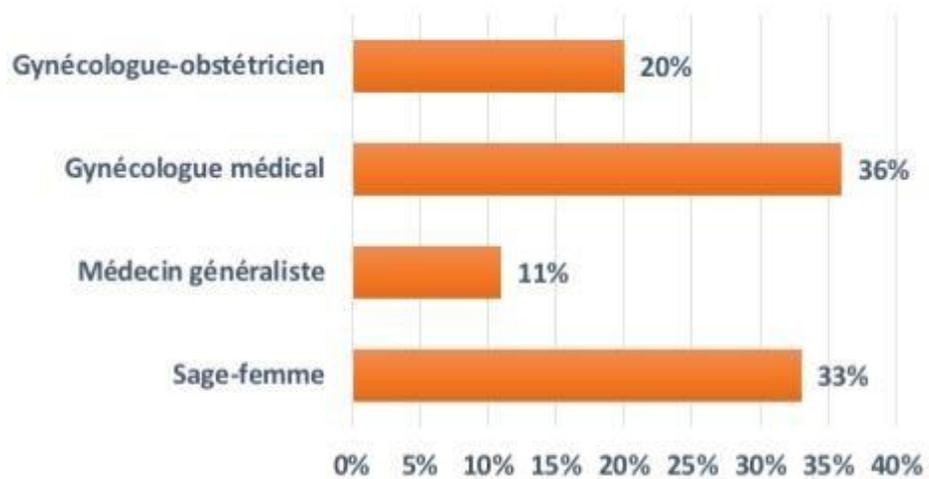


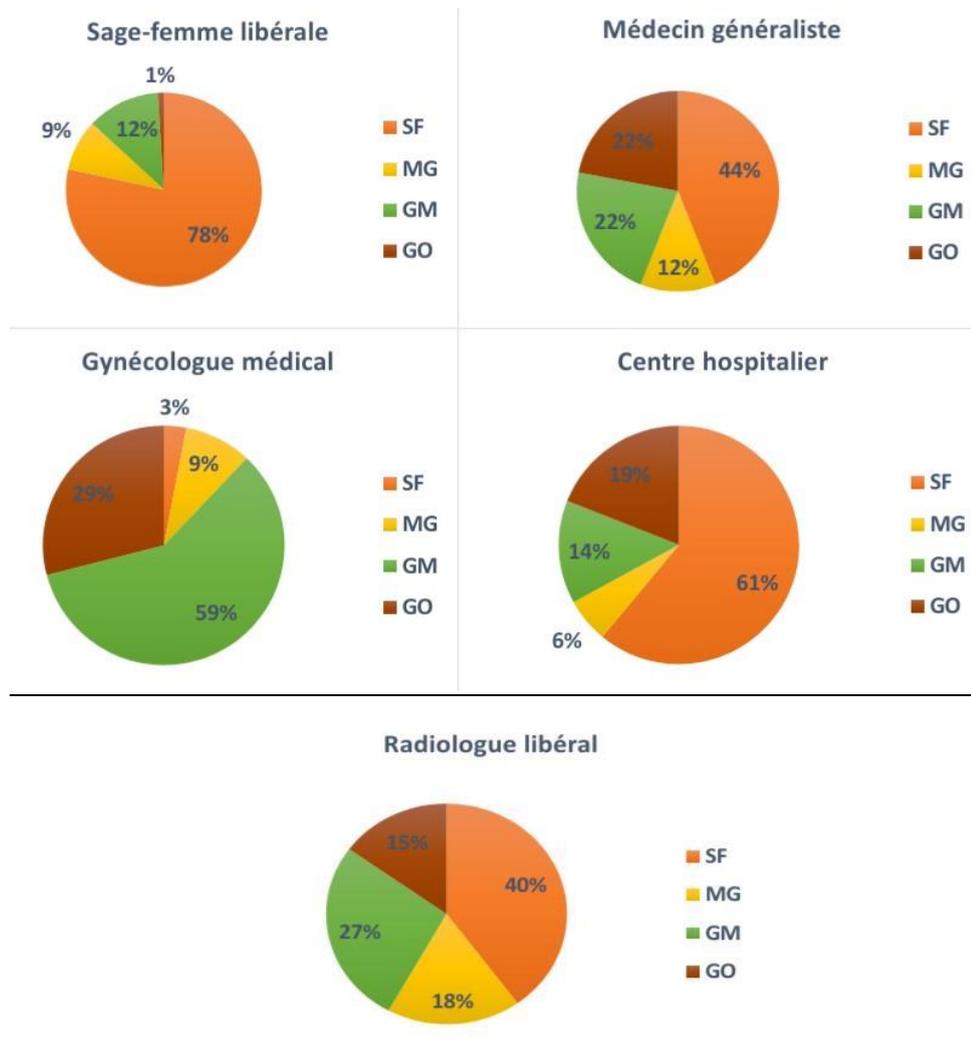
Figure 5 : Professionnel choisi en priorité par les patientes pour leur suivi de grossesse

Le professionnel de santé le plus choisi par les patientes de l'étude était le gynécologue médical, suivi de la sage-femme, du gynéco-obstétricien et enfin du médecin généraliste.

### 1. Choix du professionnel selon la provenance des questionnaires



Figure 6 : Professionnel choisi selon la provenance géographique de questionnaires  
( $p < 0,001$ )



\*SF : sage-femme \*MG : médecin généraliste \*GM : gynécologue médical \*GO : gynéco-obstétricien

Figure 7 : Praticien choisi selon la provenance professionnelle des questionnaires  
( $p < 0,001$ )

## 2. Choix du professionnel selon les caractéristiques socio-économiques

### Selon l'âge :

- 46 % (n=39) des femmes de moins de 25 ans choisissaient une sage-femme,
- 63 % des femmes de plus de 35 ans choisissaient un gynécologue : 38 % (n=28) un gynéco-obstétricien, 25 % (n=18) un gynécologue médical.

Ces résultats sont statistiquement significatifs ( $p < 0,01$ ).

### Selon la nationalité :

- 40 % (n=6) des femmes de nationalité étrangère choisissaient un médecin généraliste (p=0,021).

- 31 % (n=5) d'entre elles choisissaient un gynécologue médical, 27 % (n=4) une sage-femme et 6 % (n=1) un gynéco-obstétricien ( $p > 0,05$ ).

#### Selon le lieu de résidence :

Nos résultats ne nous permettent pas de conclure sur les professionnels choisis par les patientes selon leur lieu de résidence ( $p=0,31$ ).

#### Selon le niveau d'étude :

- Les patientes ayant un niveau d'étude équivalent à une licence, un master ou un doctorat (LMD) choisissaient d'abord le gynéco-obstétricien (35 %), puis la sage-femme (21 %) et le gynécologue médical (21 %) et enfin le médecin généraliste (19 %) ( $p < 0,001$ ).
- Concernant les autres patientes, nos résultats ne nous permettent pas de conclure sur les professionnels choisis selon le niveau d'études ( $p=0,32$ ).

#### Selon l'activité :

- Les patientes actives professionnellement choisissaient d'abord le gynécologue médical (38 %). La sage-femme et le gynéco-obstétricien étaient autant choisis l'un que l'autre à hauteur de 26 %. Dix pour cent choisissaient le médecin généraliste.
- Les femmes au foyer choisissaient d'abord la sage-femme (43 %) puis le gynécologue médical (24 %). Elles choisissaient le médecin généraliste (17 %) et le gynéco-obstétricien (16 %) dans des proportions similaires.
- Les patientes étudiantes choisissaient le gynécologue médical (56 %) et la sage-femme (44 %) dans des proportions proches. Aucune d'elles ne choisissait le médecin généraliste ou le gynécologue-obstétricien.
- Les patientes au chômage choisissaient d'abord le gynécologue médical (45 %) et la sage-femme (35 %) puis le gynéco-obstétricien (12 %) et le médecin généraliste (8 %).

Ces résultats sont statistiquement significatifs ( $p < 0,001$ ).

#### Selon le statut marital :

Les choix des patientes étaient équilibrés entre les différents professionnels, quel que soit le statut marital ( $p < 0,001$ ).

### **3. Choix du professionnel selon les caractéristiques médicales :**

#### Selon la parité :

Nos résultats ne nous permettent pas de conclure sur les catégories professionnelles choisies par les patientes sans enfant et celles avec un ou deux enfants ( $p > 0,05$ ) :

- Les patientes qui n'avaient pas encore d'enfant choisissaient en priorité le gynécologue médical (39 %), la sage-femme (34 %) puis le gynéco-obstétricien (17 %) et le médecin généraliste (11 %).
- Les patientes qui avaient déjà un enfant choisissaient les professionnels dans des proportions identiques : 36 % le gynécologue médical, 34 % la sage-femme, 22 % le gynéco-obstétricien et 8 % le médecin généraliste.
- Il en était de même pour les patientes ayant déjà 2 enfants : 33 % choisissaient le gynécologue médical, 34 % choisissaient la sage-femme, 22 % le gynéco-obstétricien et 10 % le médecin généraliste.

Nos résultats sont statistiquement significatifs concernant les patientes ayant déjà 3 enfants voire plus ( $p < 0,01$ ). Elles choisissaient en priorité le gynécologue médical (35 %) et la sage-femme (30 %) puis le gynéco-obstétricien dans des proportions similaires aux autres patientes (15 %). Elles étaient plus nombreuses à avoir choisi le médecin généraliste (20 %).

#### Selon les antécédents médicaux (dont gynécologiques et obstétricaux) :

- 72 % des patientes présentant des antécédents médicaux particuliers choisissaient de faire suivre leur grossesse par un gynécologue : 40 % un gynéco-obstétricien, 32 % un gynécologue médical.
- Chez ces mêmes patientes, sage-femme et médecin généraliste étaient choisis dans des proportions similaires (respectivement 26 % et 25 %).

Ces résultats sont statistiquement significatifs ( $p < 0,001$ ).

### **B. Les déterminants du choix**

Toujours dans la seconde partie du questionnaire, les questions 9 et 10 s'intéressaient aux critères déterminants du choix du professionnel pour le suivi de grossesse sous la forme de questions à choix multiples.

Dans la question 9, les patientes devaient définir si le sexe, l'âge, les compétences médicales et les compétences relationnelles du professionnel choisi étaient pas, peu ou très importants.

Il est à noter que nous disposons d'une donnée manquante pour l'ensemble de cette question.

#### Concernant le sexe du professionnel de santé :

- Quarante-cinq pour cent des patientes estimaient que le sexe du professionnel de santé choisi n'était pas important du tout et 26 % jugeaient qu'il était peu important.
- Parmi les 29 % de patientes pour qui le sexe du praticien était très important, 96 % déclaraient préférer consulter une femme et 4 % un homme. A noter que les patientes de l'étude préférant être suivies par un homme choisissaient toutes un gynécologue médical. Cependant, nos résultats ne nous permettent pas de conclure sur le choix d'une catégorie professionnelle plutôt qu'une autre par ces patientes ( $p > 0,05$ ).

#### Concernant l'âge du professionnel de santé :

- Soixante-deux pour cent des patientes jugeaient que l'âge n'était pas important du tout.
- A contrario, 15 % des patientes estimaient que l'âge était très important et étaient alors toutes unanimes pour choisir préférentiellement un praticien avec beaucoup d'expérience. Ces patientes ne choisissaient pas une catégorie professionnelle plutôt qu'une autre ( $p < 0,01$ ).

#### Concernant les compétences médicales :

Quatre-vingt-six pour cent des patientes estimaient que les compétences médicales étaient très importantes. Ces patientes ne choisissaient pas une catégorie professionnelle plutôt qu'une autre ( $p < 0,01$ ).

#### Concernant les compétences relationnelles :

Quatre-vingt pour cent des patientes estimaient que les compétences relationnelles étaient très importantes. Ces patientes ne choisissaient pas une catégorie professionnelle plutôt qu'une autre ( $p < 0,01$ ).

Les compétences relationnelles étaient peu importantes pour 17 % des femmes de l'étude.

CARACTERISTIQUES DU PROFESSIONNEL CHOISI	SF (n=108)	MG (n=36)	GM (n=117)	GO (n=61)	
Sexe	36% (39)	33% (12)	20% (23)	33% (20)	p>0,05
Age	30% (14)	19% (9)	43% (20)	8,5% (4)	p>0,05
Compétences médicales	88% (94)	81% (29)	84% (98)	90% (56)	p>0,05
Compétences relationnelles	78% (83)	78% (28)	81% (95)	82% (51)	p>0,05

\*SF : sage-femme ; \*MG : médecin généraliste ; \*GM : gynécologue médical ; \*GO : gynéco-obstétricien

Tableau III : Caractéristiques du professionnel cochées comme “très importantes”  
par les patientes selon le professionnel de santé choisi

● **Critères figurant parmi les éléments déterminants dans le choix du professionnel de santé :**

Dans la question 10, les patientes devaient cocher les éléments qui guidaient leur choix parmi une liste de critères.

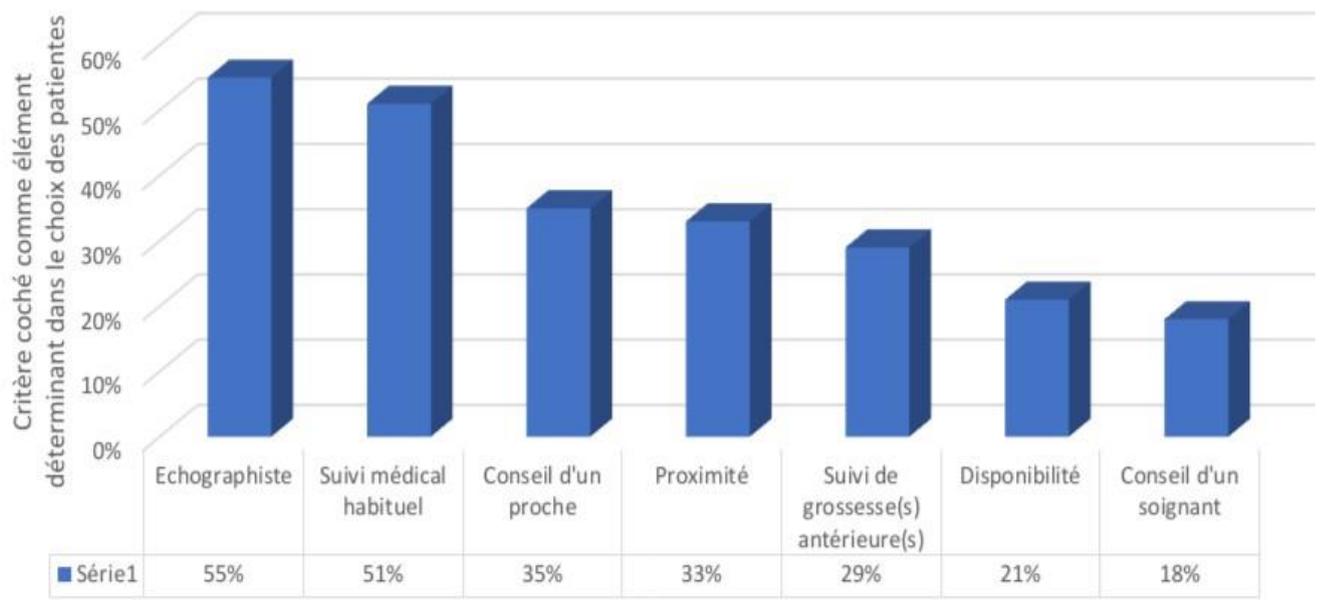
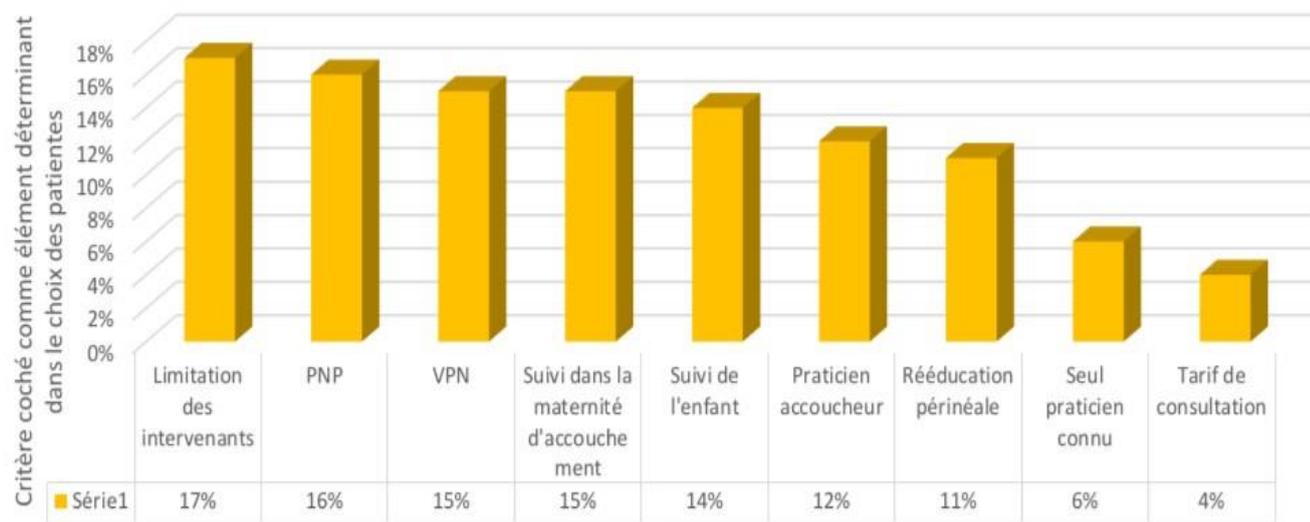


Figure 8 : Principaux éléments guidant le choix du professionnel



\*PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité \*VPN : Visite Post-Natale

Figure 9 : Autres éléments guidant le choix du professionnel

DETERMINANTS DU CHOIX	SF (n=108)	MG (n=36)	GM (n=117)	GO (n=61)	
Suivi médical et/ou gynécologique habituel	37% (40)	64% (23)	56% (66)	55% (34)	p<0,01
Suivi de grossesse(s) antérieure(s)	26% (28)	28% (10)	29% (34)	34% (21)	p>0,05
Conseil d'un proche	37% (40)	14% (5)	35% (41)	45% (28)	p=0,018
Conseil d'un soignant	20% (22)	5,6% (2)	19% (22)	19% (12)	p>0,05
Proximité	37% (40)	31% (11)	30% (35)	35% (22)	p>0,05
Seul connu comme capable d'assurer le suivi	5,6% (6)	2,8% (1)	7,7% (9)	6,5% (4)	p>0,05
Tarif de consultation convenable	7,4% (8)	0	2,6% (3)	1,6% (1)	p<0,01
Echographiste	54% (58)	33% (12)	57% (67)	68% (42)	p=0,011
PNP	37% (40)	2,8% (1)	6% (7)	6,5% (4)	p<0,01
Accoucheur	8,3% (9)	2,8% (1)	9,4% (11)	31% (19)	p<0,01
Rééducation périnéale	25% (27)	2,8% (1)	4,3% (5)	4,8% (3)	p<0,01
VPN	22% (24)	0	10% (12)	18% (11)	p<0,01
Suivi de l'enfant	21% (23)	31% (11)	5,1% (6)	6,5% (4)	p<0,01
Souhait de limiter les interlocuteurs	14% (15)	22% (8)	20% (23)	16% (10)	p>0,05
Souhait d'être suivie dans la maternité d'accouchement	17% (18)	8,3% (3)	8,5% (10)	29% (18)	p<0,05

\*SF : sage-femme ; \*MG : médecin généraliste ; \*GM : gynécologue médical ; \*GO : gynéco-obstétricien

Tableau IV : Déterminants du choix cochés par les patientes selon le professionnel de santé choisi

- ❖ Les principaux critères cochés par les patientes ayant choisi d'être suivies par une sage-femme étaient :
  - la pratique de l'échographie (54 %),

- la pratique du suivi gynécologique habituel, de la préparation à la naissance et à la parentalité (PNP), la proximité et lorsque la sage-femme était conseillée par un proche (37 %),
- le suivi de grossesse(s) antérieure(s) (26 %),
- la pratique de la rééducation périnéale et la disponibilité (25 %),
- la pratique de la visite post-natale (VPN) (22 %),
- le suivi de l'enfant (21 %).

Les compétences médicales et relationnelles étaient considérées comme très importantes par plus de 80 % de ces patientes. 1 femme sur 3 considérait l'âge et le sexe de la sage-femme comme très importants ; elles préféraient alors être suivies par un professionnel avec beaucoup d'expérience et de sexe féminin.

❖ Les principaux critères cochés par les patientes ayant choisi d'être suivies par un médecin généraliste étaient :

- la pratique du suivi médical et/ou gynécologique habituel (64 %),
- la pratique de l'échographie (33 %),
- la disponibilité, la proximité et le suivi de l'enfant (31 %),
- le suivi de grossesse(s) antérieure(s) (28 %).

Les compétences médicales et relationnelles étaient considérées comme très importantes par plus de 75 % de ces patientes. 1 patiente sur 4 préférait un professionnel avec beaucoup d'expérience et 1 sur 3 préférait consulter un médecin de sexe féminin.

❖ Les principaux critères cochés par les patientes ayant choisi d'être suivies par un gynécologue médical étaient :

- la pratique de l'échographie (57 %),
- la pratique du suivi gynécologique habituel (56 %),
- lorsque le médecin était conseillé par un proche (35 %),
- la proximité (30 %),
- le suivi de grossesse(s) antérieure(s) (29 %),
- la disponibilité, le souhait de limiter les intervenants et lorsque le médecin était conseillé par un soignant (25 %).

Les compétences médicales et relationnelles étaient considérées comme très importantes par plus de 95 % de ces patientes. Vingt pour cent d'entre elles considéraient le sexe du professionnel choisi comme très important ; 4 % d'entre elles préféraient alors être suivies par un homme. Quarante-trois pour cent préféraient un professionnel avec beaucoup d'expérience.

❖ Les principaux critères cochés par les patientes ayant choisi d'être suivies par un gynéco-obstétricien étaient :

- la pratique de l'échographie (68 %),
- la pratique du suivi gynécologique habituel (55 %),
- lorsque le médecin était conseillé par un proche (45 %),
- la proximité (35 %),
- la pratique de l'accouchement (31 %),
- le souhait d'être suivie dans la maternité d'accouchement (29 %).

Les compétences médicales et relationnelles étaient considérées comme très importantes par plus de 80 % de ces patientes. 1 femme sur 3 estimait le sexe du médecin comme très important - préférant alors être suivie par une femme - et seulement 8,5 % accordaient de l'importance à l'âge, préférant alors consulter un professionnel avec beaucoup d'expérience.

### **III. Premier objectif secondaire : décrire les connaissances des femmes enceintes vis-à-vis des différents professionnels de santé disponibles pour assurer le suivi de grossesse**

Dans la troisième partie du questionnaire, les connaissances des femmes enceintes relatives aux différents professionnels de santé (sage-femme, médecin généraliste, gynécologue médical et gynéco-obstétricien) étaient explorées par le biais de 3 questions à choix multiples (questions 11, 12 et 13) et d'une question à réponses libres (question 14) :

- Question 11 : Qui peut réaliser le suivi d'une grossesse sans complication ?
- Question 12 : Qui peut prescrire les médicaments et les examens complémentaires nécessaires au suivi de la grossesse ?

- Question 13 : Chez quel professionnel est-il possible de bénéficier d'une prise en charge à 100 % ?
- Question 14 : Combien d'années d'études faut-il pour devenir sage-femme, médecin généraliste, gynécologue médical et gynéco-obstétricien ?

Concernant les questions 11, 12 et 13, les bonnes réponses attendues étaient de cocher les 4 catégories professionnelles.

Concernant la question 14, les bonnes réponses attendues étaient :

- 5 années d'études pour devenir sage-femme,
- 9 années d'études pour devenir médecin généraliste,
- 10 années d'études pour devenir gynécologue médical,
- 12 années d'études pour devenir gynéco-obstétricien.

Une tolérance d'erreur à une année près était tolérée pour cette question qui était alors considérée comme une réponse juste.

Toute absence de réponse était considérée comme une erreur.

Les patientes ayant déjà fait l'expérience de la maternité et le niveau d'études des femmes réunionnaises - plus que leur situation professionnelle - paraissant susceptibles d'influencer les réponses, nous avons également choisi d'étudier l'impact de ces déterminants sociaux sur le taux de bonnes et de mauvaises réponses.

• **Résultats de la question 11 :**

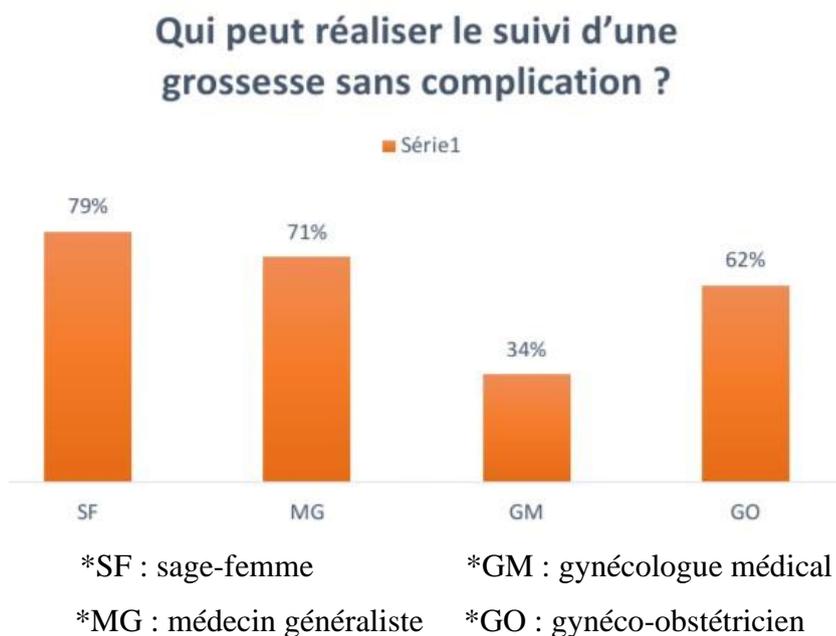


Figure 10 : Pourcentages de bonnes réponses à la question 11

**Données manquantes : 3 % (n=10)**

Moyenne obtenue : 2,5/4

Meilleure note : 17 % des patientes n'ont commis aucune erreur à cette question.

Parmi elles, 20 % n'avaient pas d'enfant et 19 % en avaient un ( $p > 0,05$ ).

Cinquante-sept pour cent d'entre elles présentaient un niveau d'études équivalent "baccalauréat + 2 ans" (bac+2) ou "licence, master ou doctorat" (LMD) ; ce chiffre s'élevait à 74 % s'y l'on prenait en compte les patientes de niveau baccalauréat ( $p < 0,01$ ).

❖ Résultats selon le nombre d'enfants par patiente :

Qu'elles soient primipares ou multipares, les patientes répondaient de façon similaire à la question 11 ( $p > 0,05$ ).

❖ Résultats selon le niveau d'études :

- Quel que soit leur niveau d'études, les patientes répondaient de façon similaire concernant le gynécologue médical et le médecin généraliste.
- Les patientes possédant un niveau d'études équivalent bac+2 et LMD répondaient mieux pour les deux autres professionnels :

→ 75 % de bonnes réponses pour le gynéco-obstétricien chez les patientes de niveau LMD ( $p = 0,018$ ),

→ respectivement 86 % et 84 % de bonnes réponses pour la sage-femme chez les patientes de niveau bac+2 et LMD ( $p > 0,05$ ),

→ ces patientes étaient parmi les plus nombreuses à avoir obtenu la note maximale de 4/4 : 29 % pour les femmes de niveau bac+2 et 24 % pour celles de niveau LMD ( $p < 0,01$ ).

• **Résultats de la question 12 :**

**Qui peut prescrire les médicaments et les examens complémentaires nécessaires au suivi de la grossesse ?**

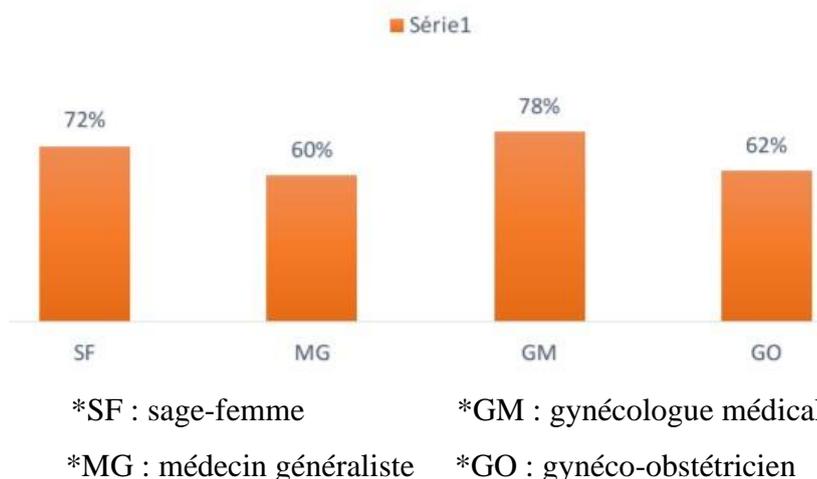


Figure 11 : Pourcentages de bonnes réponses à la question 12

**Données manquantes : 3 % (n=10)**

Moyenne obtenue : 2,7/4

Meilleure note : 22 % des patientes n'ont commis aucune erreur à cette question.

Parmi elles, 80 % étaient des femmes sans enfant ou ayant un enfant ( $p > 0,05$ ).

Soixante-treize pour cent d'entre elles présentaient un niveau d'études équivalent bac+2 ou LMD ; ce chiffre s'élevait à 91 % si l'on prenait en compte les patientes de niveau baccalauréat ( $p < 0,001$ ).

❖ Résultats selon le nombre d'enfants par patiente :

Les patientes sans enfant et celles ayant déjà un enfant figuraient parmi celles qui répondaient le mieux à la question 12 : 23 % des patientes sans enfant et 24 % des patientes ayant déjà un enfant obtenaient la note de 4/4 ( $p > 0,05$ ).

Les patientes ayant 3 enfants ou plus sont celles obtenaient les moins bons résultats à la question : 20 % d'entre elles ont eu 0/4 ( $p > 0,05$ ).

❖ Résultats selon le niveau d'études :

En moyenne, 80 % des patientes de niveau bac+2 et LMD répondaient juste à la question. Ces résultats sont statistiquement significatifs pour les données relatives au gynécologue médical, au gynéco-obstétricien et à l'obtention de la note maximale de 4/4.

● Résultats de la question 13 :

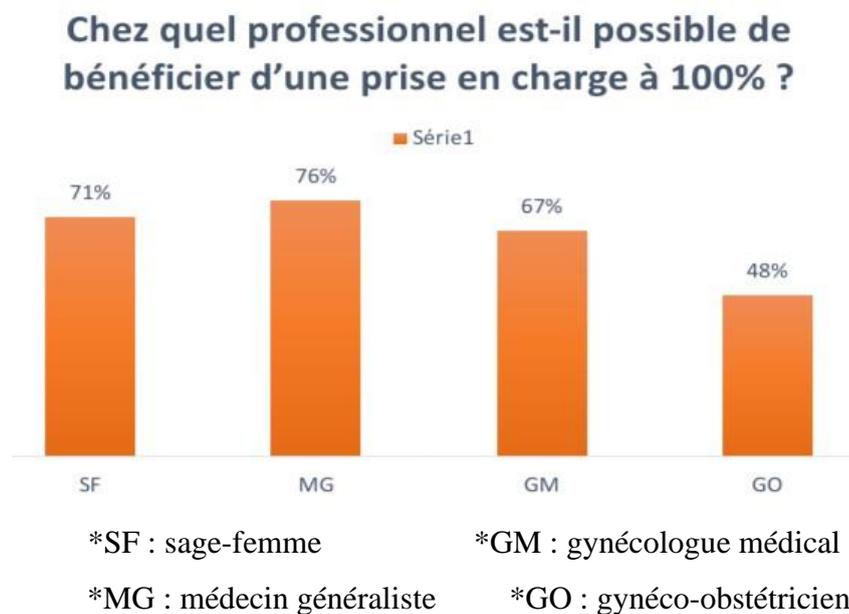


Figure 12 : Pourcentages de bonnes réponses à la question 13

**Données manquantes : 6 % (n=20)**

Moyenne obtenue : 2,6/4

Meilleure note : 30 % des patientes n'ont commis aucune erreur à cette question.

Parmi elles, 75 % étaient des femmes sans enfant ou ayant un enfant ( $p > 0,05$ ).

Cinquante-six pour cent d'entre elles présentaient un niveau d'études équivalent bac+2 ou LMD ; ce chiffre s'élevait à 76 % si l'on prenait en compte les patientes de niveau baccalauréat et à 88 % en tenant compte des patientes de niveau CAP/BEP ( $p = 0,025$ ).

❖ Résultats selon le nombre d'enfants par patiente :

Les résultats obtenus ne nous permettent pas de conclure sur le taux de bonnes réponses selon la parité des patientes ( $p > 0,05$ ).

❖ Résultats selon le niveau d'études :

Les patientes de niveau LMD se distinguaient par leurs meilleurs résultats concernant les réponses relatives au médecin généraliste (84 %,  $p = 0,018$ ), au gynécologue médical (78 %,  $p > 0,05$ ), au gynéco-obstétricien (66 %,  $p < 0,01$ ) et à l'obtention de la note maximale de 4/4 (48 %,  $p = 0,025$ ).

Concernant les réponses relatives à la sage-femme, les patientes de niveau "collège, brevet" avaient les meilleurs résultats avec un taux de bonnes réponses de 88 % ( $p > 0,05$ ).

● Résultats de la question 14 :

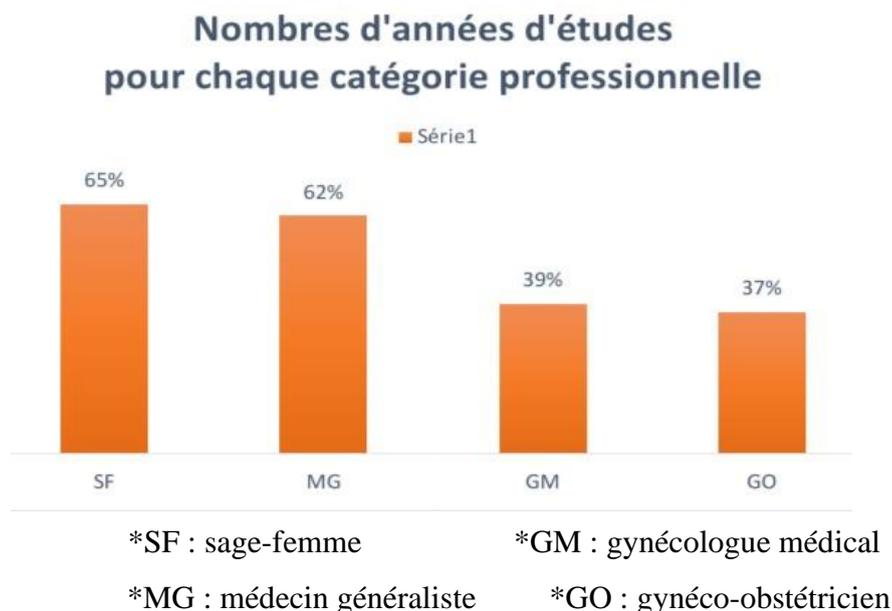


Figure 13 : Pourcentages de bonnes réponses à la question 14

**Données manquantes : 34 % (n=110)**

Moyenne obtenue : 2/4

Meilleure note : 24 % des patientes n'ont commis aucune erreur à cette question.

Parmi elles, 91 % étaient des femmes sans enfant ou ayant un enfant ( $p = 0,014$ ).

Soixante-dix-huit pour cent d'entre elles présentaient un niveau d'études équivalent bac+2 ou LMD ; ce chiffre s'élevait à 87 % si l'on prenait en compte les patientes de niveau baccalauréat ( $p < 0,001$ ).

❖ Résultats selon le nombre d'enfants par patiente :

Les patientes sans enfant étaient celles qui répondaient le mieux à la question 14, toutes catégories professionnelles confondues (45 à 89 % de bonnes réponses). Elles étaient celles qui obtenaient la note maximale de 4/4 en plus grande proportion (30 %).

A l'inverse, plus les patientes avaient d'enfants et plus le taux de réponses fausses augmentait. Les patientes ayant 3 enfants ou plus étaient celles qui avaient le moins bien répondu à la question, toutes catégories professionnelles confondues (43 à 85 % de mauvaises réponses). Elles étaient celles qui obtenaient la note minimale de 0/4 en plus grande proportion (43 %).

Ces résultats sont statistiquement significatifs pour les réponses concernant le gynécologue médical, le gynéco-obstétricien, la sage-femme et l'obtention de la note maximale de 4/4 ( $p < 0,01$ ).

❖ Résultats selon le niveau d'études :

Les patientes de niveau LMD étaient celles qui répondaient le mieux aux questions relatives au gynécologue médical (66 % de bonnes réponses,  $p < 0,01$ ) et au gynéco-obstétricien (67 % de bonnes réponses,  $p < 0,01$ ).

Tout comme les patientes de niveau bac+2, elles faisaient aussi partie de celles qui répondaient le mieux aux questions relatives au médecin généraliste (82 % et 71 % de bonnes réponses,  $p < 0,01$ ) et à la sage-femme (76 % et 83 % de bonnes réponses,  $p < 0,01$ ).

Ces 2 groupes de patientes étaient ceux qui obtenaient la note maximale de 4/4 en plus grande proportion : 29 % pour les patientes bac+2 et 50 % pour les patientes LMD ( $p < 0,01$ ).

#### **IV. Deuxième objectif secondaire : préciser la place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse selon les représentations des patientes**

Parmi toutes les participantes de l'étude sur le territoire réunionnais, 11 % (n=36) choisissaient en priorité le médecin généraliste pour leur suivi de grossesse : 25 % d'entre elles (n=9) dans le nord, 17 % (n=6) dans l'ouest, 25 % (n=9) dans le sud et 33 % dans l'est.

##### **• Qui étaient les patientes qui choisissaient le médecin généraliste pour suivre leur grossesse ?**

Les patientes étaient de tout âge : 33 % (n=12) avaient moins de 25 ans, 31 % (n=11) avaient un âge compris entre 25 et 35 ans, 36 % (n=13) étaient âgées d'au moins 35 ans ou plus. Ces résultats sont statistiquement significatifs ( $p < 0,001$ ).

Quarante pour cent (n=6) des femmes de nationalité étrangère choisissaient un médecin généraliste ( $p = 0,021$ ).

Ces patientes étaient issues de tous les niveaux d'étude et de tous les milieux (ruraux, semiruraux, urbains) ( $p > 0,05$ ).

Quatre-vingt-huit pour cent (n=31) des femmes qui choisissaient le médecin généraliste étaient soit mariées, soit en concubinage ( $p < 0,001$ ).

Lorsqu'il était choisi, le médecin généraliste était principalement sollicité par les mères au foyer (42 %) et les patientes actives professionnellement (42 %). Vingt-deux pour cent des patientes étaient au chômage. Aucune étudiante de l'étude ne choisissait le médecin généraliste pour son suivi de grossesse ( $p < 0,01$ ).

Soixante-quinze pour cent (n=27) de ces patientes n'avaient déclaré aucun antécédent médical ( $p > 0,05$ ).

Dix pour cent des patientes sans enfants et 10 % des mères ayant déjà 1 ou 2 enfants choisissaient le médecin généraliste. Elles étaient par contre deux fois plus nombreuses à le choisir lorsqu'elles avaient 3 enfants ou plus (20 %) ( $p > 0,05$ ).

- **Quels étaient les critères cochés par les patientes qui choisissaient le médecin généraliste pour suivre leur grossesse ?**

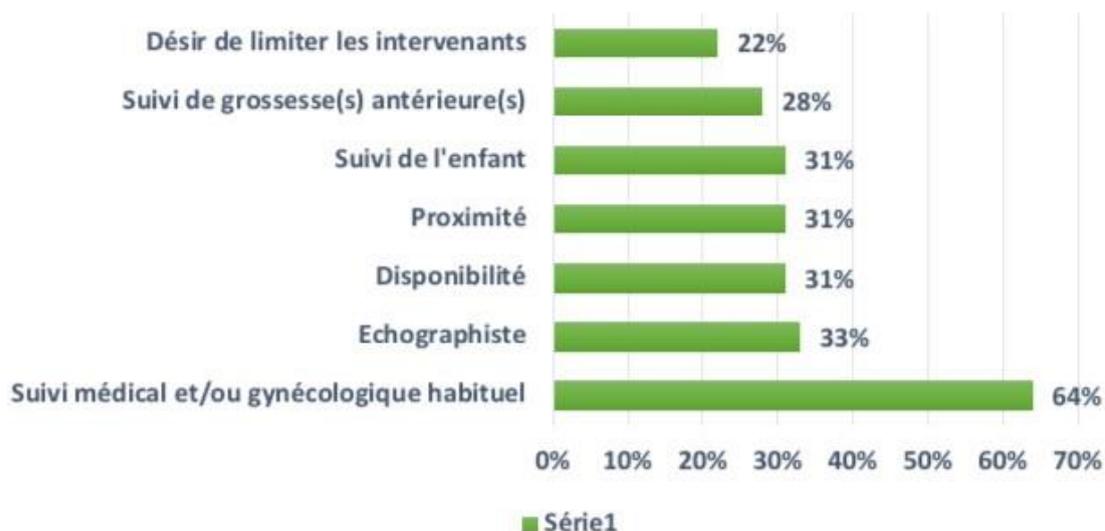


Figure 14 : Principaux éléments ayant guidé le choix du médecin généraliste

Les principaux éléments cochés par ces patientes comme critères guidant le choix du médecin généraliste comme professionnel pour le suivi de grossesse sont rappelés dans la figure 11. Ces résultats sont statistiquement significatifs pour le suivi médical et/ou gynécologique habituel ( $p < 0,01$ ), la pratique de l'échographie par le médecin généraliste ( $p = 0,011$ ) et le suivi de l'enfant ( $p < 0,001$ ).

Les autres éléments cochés par ces patientes étaient :

- le choix du médecin généraliste sur les conseils d'un proche : coché par 14 % de ces femmes ( $p = 0,018$ ).
- le choix du médecin généraliste sur les conseils d'un soignant : coché par 5,6 % des patientes ( $p > 0,05$ ).

Les éléments suivants ont chacun été cochés par 2,8 % ( $n=1$ ) des patientes :

- le fait que le médecin généraliste était le seul professionnel connu comme capable d'assurer le suivi de grossesse ( $p > 0,05$ ) ;
- la pratique de la PNP ( $p < 0,01$ ), de la VPN ( $p < 0,01$ ), de la rééducation périnéale ( $p < 0,01$ ) ;
- le suivi dans la maternité d'accouchement ( $p < 0,01$ ).

La pratique d'un tarif de consultation qui convienne n'a été cochée par aucune patiente ( $p > 0,05$ ).

Concernant le sexe du médecin généraliste :

- Trente-six pour cent ( $n=13$ ) de ces patientes n'attribuaient aucune importance au sexe du médecin généraliste et 36 % ( $n=13$ ) estimaient que cela était très important.
- Parmi les patientes pour lesquelles le sexe du praticien était très important, 92 % d'entre elles ( $n=12$ ) préféreraient consulter une femme.

Les résultats obtenus ne sont pas statistiquement significatifs ( $p > 0,05$ ).

Concernant l'âge du médecin généraliste :

- Soixante-et-un pour cent ( $n=22$ ) de ces patientes n'attribuaient aucune importance à l'âge.
- A contrario, 25 % ( $n=8$ ) de ces patientes estimaient que l'âge était très important et étaient alors toutes unanimes pour choisir préférentiellement un praticien avec beaucoup d'expérience.

Les résultats obtenus ne sont pas statistiquement significatifs ( $p > 0,05$ ).

Concernant les compétences médicales du médecin généraliste :

Quatre-vingt-un pour cent ( $n=29$ ) de ces patientes jugeaient les compétences médicales très importantes.

Les résultats obtenus ne sont pas statistiquement significatifs ( $p > 0,05$ ).

Concernant les compétences relationnelles du médecin généraliste :

Soixante-dix-huit pour cent ( $n=28$ ) des patientes jugeaient les compétences relationnelles très importantes.

Les résultats obtenus ne sont pas statistiquement significatifs ( $p > 0,05$ ).

- **Concernant les représentations du suivi de grossesse par le médecin généraliste, combien de patientes répondaient juste aux 4 questions parmi celles qui le choisissaient ?**

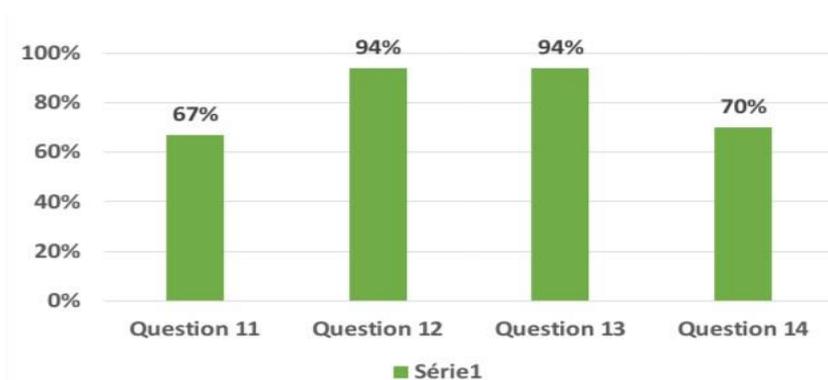


Figure 15 : Pourcentages de bonnes réponses spécifiques au médecin généraliste parmi les patientes qui le choisissaient pour suivre leur grossesse

Ces résultats sont significatifs pour les questions 11, 12 et 13 ( $p < 0,001$ ).

## V. Analyses complémentaires :

La cinquième et dernière partie (questions 17 et 18, troisième page) du questionnaire comportait un espace libre où les patientes pouvaient témoigner d’une éventuelle incompréhension du questionnaire (Question 17 : “*Y a-t-il une question que vous avez mal comprise ? Si oui, laquelle et pourquoi ?*”) ou faire part d’une remarque non explorée par nos questions.

### A. Acceptabilité et compréhension du questionnaire par les patientes

Sur les 323 questionnaires recueillis et exploitables :

- 0,3 % des patientes (n=1) signalaient avoir eu des problèmes de compréhension concernant l’ensemble des questions, précisant qu’elles étaient toutes impertinentes.
- 0,3 % des patientes (n=1) suggéraient que les termes de “prise en charge à 100 %” de la question 13 (“*Selon vous, chez quel professionnel pouvez-vous bénéficier d’une prise en charge à 100 % ?*”) pouvaient prêter à confusion, d’autant plus lorsque la patiente était d’origine étrangère.
- 99,4 % (n=321) des patientes ont coché “non” à la question 17.

## B. Remarques et témoignages des patientes

1,5 % (n=5) des patientes ont fait part de remarques complémentaires au sein de l'espace libre du questionnaire.

Parmi elles,

- 0,6 % (n=2) insistaient sur l'importance de la relation de confiance instaurée avec les gynécologues médicaux qui les suivaient :

*“Mon médecin me connaît depuis longtemps. J'ai confiance en lui et j'ai toujours été satisfaite du suivi de mes grossesses.”*

*“Ce qui compte le plus pour moi, c'est de bien connaître mon médecin. Avec lui, je suis rassurée. Il me connaît bien, lui aussi.”*

- 0,3 % (n=1) précisait avoir choisi leur gynécologue médical car il s'agissait d'une amie :

*“Choisir une amie pour suivre ma grossesse est encore plus rassurant.”*

- 0,3 % (n=1) expliquaient avoir choisi leur sage-femme dans l'idée d'un accompagnement global :

*“C'est important pour moi de créer du lien avec une seule et même personne qui me suivra pendant la grossesse, l'accouchement et le post-partum.”*

- 0,3 % (n=1) précisait avoir choisi leur médecin généraliste de par son rôle de coordonnateur des soins en cas de problème et la relation de confiance établie depuis plusieurs années :

*“Je suis rassurée de confier ma grossesse à un médecin qui me connaît si bien depuis que je suis toute petite. Je sais qu'en cas de problème, il m'adressera vers des spécialistes et restera en contact avec moi. J'ai confiance en lui.”*

# **DISCUSSION**

## **I. Analyse de la méthodologie**

### **A. Particularités de notre étude**

#### ❖ Professionnels de santé concernés par l'étude

Plusieurs travaux de thèses se sont déjà intéressés à des thématiques similaires à la nôtre mais peu d'entre eux ont pris en compte la totalité des professionnels de santé concernés par le suivi de grossesse, notamment depuis l'essor des compétences et la reconnaissance des sages-femmes.

Ainsi, de nombreuses thèses se sont attachées à comparer les suivis de grossesse par les gynécologues et les médecins généralistes ou les suivis de grossesses par les médecins généralistes uniquement. Certains mémoires de sages-femmes se sont intéressés à comparer les suivis de grossesse entre les gynécologues et les sages-femmes, souvent sans distinction entre gynécologues médicaux et gynéco-obstétriciens.

Notre travail prend distinctement en compte tous les professionnels concernés : sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues médicaux et gynéco-obstétriciens.

#### ❖ Enquête lors de l'échographie du premier trimestre

Parmi les travaux déjà réalisés, qu'il s'agisse d'études qualitatives ou quantitatives, les enquêtes avaient toujours lieu en post-partum. Aucun travail de recherche n'avait jusqu'alors interrogé les patientes sur les déterminants du choix du professionnel auquel elles confient leur suivi de grossesse dès la fin du premier trimestre.

C'est précisément cette particularité qui confère son originalité à notre étude car interroger les patientes à cette période charnière nous affranchit de l'influence d'un vécu positif ou négatif de la grossesse et de l'accouchement.

De plus, l'échographie de datation constitue un passage quasi-obligatoire de tout suivi de grossesse, bien qu'elle ne soit que proposée d'un point de vue légal.

Enfin, hors antécédents médicaux justifiant d'emblée un suivi spécialisé des patientes, la plupart des pathologies gravidiques ne sont pas encore déclarées à la fin du premier trimestre et n'influencent donc pas le choix du professionnel de santé qui suivra la grossesse.

Cependant, l'entrée tardive dans le parcours de soins conventionnel de la femme enceinte n'est pas une exception à La Réunion et concerne principalement des patientes précaires dans des situations de fins de droit à l'assurance maladie. Il est fort probable que

notre mode de recrutement n'ait pas pris en compte ces femmes enceintes, dont la proportion au sein de la population n'a pas été étudiée depuis plusieurs années.

## **B. Le questionnaire**

### ❖ Modalités de conception du questionnaire :

Le questionnaire a été conçu en collaboration avec le directeur de thèse, après analyse et synthèse des ressources bibliographiques. Plusieurs travaux de recherche ayant traité de thématiques similaires ont servi de base pour l'élaboration du questionnaire [4, 5, 6]. Nous nous sommes notamment très largement inspirés du questionnaire de thèse de Pépin-Moinard M.[6], réalisé en 2012, concernant les déterminants du choix des patientes et l'exploration de leurs représentations des différents professionnels concernés par le suivi de grossesse. Dans son étude, Pépin-Moinard M. avait fait part d'une très bonne acceptabilité du questionnaire et de ses différents items auprès des patientes interrogées en post-partum. Les quelques modifications que nous avons réalisées ont eu pour but de s'adapter au niveau de littératie de la population réunionnaise et à une enquête menée au cours de l'échographie du premier trimestre.

### ❖ Quantité de questionnaires :

Le nombre de questionnaires à distribuer a été décidé de façon arbitraire. Le but était d'éviter que les professionnels manquent de questionnaires pendant la période de collecte pour limiter les distributions itératives potentiellement inefficaces et/ou retardées du fait de la disponibilité de l'unique enquêteur. Cent questionnaires par centre hospitalier et 30 par échographiste libéral paraissait acceptable pour une thèse de médecine générale ; nous avons donc prévu une distribution initiale de 1 960 questionnaires en nous référant à la liste "REPERE" précédemment citée.

Les derniers chiffres de l'Insee [25] témoignent d'une moyenne de 14 000 naissances par an à La Réunion, avec une tendance à la baisse depuis 2015. Ainsi, en partant de l'hypothèse idéale selon laquelle le taux de naissances vivantes resterait stable comparativement à l'année 2019 et que le nombre de grossesses se répartirait de façon uniforme dans le temps et la géographie de l'île, la distribution de 1 960 questionnaires au cours de l'échographie du premier trimestre sur une période de 3 mois serait revenue à solliciter environ 60 % de la population de femmes enceintes réunionnaises.

Cependant, nous avons découvert au cours de l'étude que certaines régions de l'île - notamment le nord et l'ouest - avaient pour habitude de réaliser bien plus d'échographies en ville qu'à l'hôpital. Ainsi, plusieurs échographistes libéraux - notamment des radiologues - se sont rapidement retrouvés en manque de questionnaires alors que les centres hospitaliers les plus proches n'ont eu qu'un très faible taux de participation. De la même façon, parmi les échographistes libéraux initialement sollicités qui ne pratiquaient plus l'échographie du premier trimestre, l'un d'eux nous a confié qu'outre les aspects chronophage et pécuniaire de cette activité justifiant cette cession d'activité, il avait constaté une fuite de sa clientèle vers les cabinets d'imagerie. Faute d'avoir connaissance de cette particularité lors de l'élaboration de notre étude, cela a sans aucun doute conduit à une répartition inéquitable des questionnaires avec un taux de réponses très faible au sein des centres hospitaliers contrastant avec une surreprésentation des échographistes libéraux (notamment radiologues et gynécologues médicaux) parmi les questionnaires recueillis.

❖ Modalités de distribution du questionnaire :

Les modalités de distribution du questionnaire n'étaient pas les mêmes d'un cabinet à un autre ou d'un hôpital à un autre.

Dans beaucoup de structures libérales, les secrétaires étaient mises à contribution pour distribuer le questionnaire dès lors qu'une patiente se présentait pour une échographie du premier trimestre. Il en était de même pour 3 centres hospitaliers sur 4. Les questionnaires étaient alors remplis en salle d'attente par les patientes puis, une fois complétés, remis à l'échographiste ou laissés dans des bannières de recueil aux secrétariats.

Concernant les autres structures, les échographistes distribuaient eux-mêmes les questionnaires. Ceux-ci étaient remplis par les patientes au cours de la consultation avant d'être remis au professionnel consulté. Les échographistes ayant procédé ainsi sont ceux qui ont eu le plus fort taux de participation.

La vérification de la distribution régulière et de la quantité de questionnaires était faite par les référents de chaque structure, conformément à ce qui avait été convenu au lancement de l'étude et à ce qui a été rappelé lors de la relance. Force est de constater la non-équivalence d'organisation entre les équipes. Nous déplorons notamment l'absence totale de questionnaire en provenance du CHU Nord.

Pour augmenter ce taux de réponses, il aurait été idéal que l'enquêteur procède lui-même à la distribution des questionnaires. Pour des raisons évidentes de faisabilité, cela n'a pas été possible.

#### ❖ Durée de collecte des questionnaires :

La période de collecte des questionnaires se voulait volontairement courte (l'équivalent d'un trimestre) pour des raisons de faisabilité.

Compte-tenu de la disponibilité de l'unique enquêteur, il était compliqué d'envisager une distribution itérative efficace des questionnaires selon les besoins de chaque professionnel de santé, et ce sur l'ensemble du territoire réunionnais.

Si des relances ont pu être effectuées dans les centres hospitaliers au cours de l'étude, celles au sein des cabinets se sont avérées plus compliquées à mener du fait des modalités d'ouverture et de fermeture propres à chaque cabinet, de la disponibilité des plateformes téléphoniques d'accueil lors des appels, de celle des référents d'étude au sein de chaque structure et de celle de l'unique enquêteur. Une seule relance a donc été effectuée. Pour ces mêmes raisons et dans le but d'éviter que la distribution des questionnaires ne s'essouffle, il nous paraissait là encore important de limiter la durée de la collecte.

Une étude similaire menée sur une plus longue période, sous réserve de moyens humains et matériels adéquats, pourrait tout à fait être envisageable et permettre un recrutement de patientes plus important, sans doute plus représentatif que celui de notre étude.

#### ‡ Nombre de questionnaires collectés :

Malgré les difficultés de recueil et de distribution inhérentes à l'organisation de notre étude, le nombre de questionnaires exploitables (323) s'est révélé en adéquation avec la taille d'un échantillon exploitable dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

Nous n'avons constaté qu'un seul questionnaire insuffisamment rempli et donc non exploitable, ce qui est très peu par rapport au nombre total de questionnaires remplis.

De la même façon, seulement 4 questionnaires ont été exclus secondairement car les patientes répondaient à des critères d'exclusion (jeunes femmes mineures).

#### ‡ Compréhension et acceptabilité du questionnaire :

Comme nous l'avons dit précédemment, les items du questionnaire de Pépin-Moinard M. avaient déjà fait preuve d'une très bonne acceptabilité auprès des patientes en 2012.

Une fois ce questionnaire modifié et adapté à notre étude et à la population réunionnaise, la pertinence et la compréhension de notre questionnaire avaient été testées auprès de cinq patientes volontaires avant que nous ne procédions à la distribution.

Ces 2 critères ont par la suite été confirmés par les retours de questionnaires.

Concernant sa bonne compréhension, 99,4 % des patientes précisait qu'elles avaient compris toutes les questions. 0,3 % des patientes (n=1) suggéraient à juste titre que les termes de "prise en charge à 100 %" de la question 13 ("*Selon vous, chez quel professionnel pouvezvous bénéficier d'une prise en charge à 100 % ?*") pouvaient prêter à confusion, d'autant plus lorsque la patiente était d'origine étrangère, ce qui était le cas de cette patiente.

Pour ce qui est de l'acceptabilité du questionnaire, seule une patiente estimait le questionnaire impertinent, ce qui est peu sur une population de 323 jeunes femmes.

### **C. Analyses statistiques**

Les analyses statistiques ont été réalisées sans l'aide d'un biostatisticien. Or, l'avis d'un expert aurait sans doute pu permettre de tirer davantage d'éléments et de conclusions de nos données.

Concernant les résultats obtenus dans le cas d'effectifs faibles voire insuffisants, il paraît légitime de se poser la question de leur valeur indicative même en cas de non significativité. La conclusion générale de ce travail pourrait donc être d'en tirer d'éventuelles orientations plutôt que des chiffres précis.

A noter que les questions 13 et 14 – relatives aux connaissances des patientes concernant les taux de remboursement des consultations et le nombre d'années d'études pour chaque cursus professionnel - comportaient trop de réponses manquantes (plus de 20 %) pour la réalisation d'analyses multivariées.

## **II. Analyse des caractéristiques de la population d'étude**

### **A. Critique des critères d'exclusion de l'étude**

Dans le cadre du remplissage du questionnaire, le fait de ne pas savoir lire ou écrire le français faisait nécessairement partie des critères d'exclusion de l'étude. Cependant, la question de la représentativité de notre population d'étude se pose. Selon un rapport de l'Insee en 2015, La Réunion comptait alors 23 % de personnes illettrées, la part de femmes enceintes restant à préciser. Ce critère exclut donc une grande partie de la population de l'île.

Trois échographistes de la région Est ont notamment refusé de participer à l'étude du fait d'un trop grand nombre de femmes illettrées dans leur patientèle. Notre étude comporte donc un biais de sélection d'impact culturel, social et médical [32].

Compte tenu du métissage si caractéristique de La Réunion, seule une étude qualitative menée par une personne polyglotte ou appuyée par le soutien d'un traducteur pourrait s'affranchir d'un tel biais.

## **B. Représentativité de la population d'étude**

De par des déterminants socio-culturels et médicaux propres aux DROM et à l'île elle-même, la population réunionnaise présente des caractéristiques très particulières. Si la représentativité de notre population d'étude ne peut évidemment pas être étendue à la métropole, est-elle néanmoins le reflet des patientes réunionnaises ?

Concernant la provenance géographique des questionnaires, les régions Nord, Ouest et Est sont représentées de façon équivalente à hauteur de 20 % environ. La surreprésentation de la région Sud à 40 % est directement en lien avec un plus fort taux de participation des professionnels. Il s'agit également du plus grand secteur médical de l'île, d'un point de vue démographique [33].

Les patientes de tout âge sont représentées et ce de façon cohérente pour une population de femmes enceintes avec une majorité de patientes âgées de 25 à 35 ans à hauteur de 50 %. Les autres femmes sont représentées à parts égales : 26 % avaient moins de 25 ans et 23 % 35 ans ou plus.

La répartition des patientes selon leur lieu de résidence était équilibrée et cohérente : 60 % habitaient en zone urbaine contre 40 % en milieu rural ou semi-rural.

Notre étude n'a recensé que 5 % de patientes étrangères. Ce chiffre est étonnamment faible compte tenu du métissage important à La Réunion mais peut encore une fois s'expliquer par nos critères d'exclusion. Parmi ces patientes, on retrouve principalement des femmes originaires des îles voisines : Comores (2 %), Maurice (1,2 %) et Madagascar (1,2 %).

## ❖ Maternité, situation matrimoniale, niveau d'études et activité professionnelle à La Réunion

Concernant le statut matrimonial de notre échantillon, près d'une femme sur 2 vivait en concubinage (45 %) et 22 % des femmes étaient mariées. En effet, selon l'Insee, La Réunion compte davantage de femmes célibataires que dans l'hexagone : 43 % contre 37 % en métropole [34].

Notre population d'étude est marquée par un fort taux de mères vivant séparées du père de leur(s) enfant(s) : une femme sur 4 était concernée. Ces chiffres sont cohérents avec le dernier rapport 2019 de l'Insee : une réunionnaise sur 5 vit seule avec ses enfants. Cette situation est en augmentation depuis les trente dernières années et impacte directement le niveau de vie et l'activité professionnelle des femmes concernées, ce qui en fait une spécificité des DROM [34].

Il est donc important de noter que les femmes réunionnaises sont trois fois plus nombreuses qu'en métropole à faire face aux difficultés des mères isolées.

A La Réunion, les femmes initient la maternité plus tôt : une réunionnaise sur 4 déclare avoir eu un enfant avant ses 20 ans. Or, toujours selon l'Insee, 6 % des femmes réunionnaises âgées de 20 à 24 ans se retrouvent à la tête d'une famille monoparentale. Ces femmes sont donc exposées plus précocement aux difficultés socio-professionnelles tels que le faible niveau d'études, la complexité de la garde d'enfants, les difficultés d'insertion professionnelle et la dépendance aux aides sociales. De ce fait, à La Réunion, seule une mère célibataire sur 3 déclare travailler. Parmi elles, les emplois concernent fréquemment des secteurs précaires et moins rémunérateurs [34,35].

Les patientes de niveau CAP/BEP, baccalauréat et LMD sont représentées de façon égale dans notre étude, à hauteur d'environ 20 %. Les patientes de niveau collège/brevet, bac+2 et sans diplôme sont aussi représentées de façon équitable, à hauteur de 10 % environ. Ces chiffres sont cohérents avec le rapport peu récent de l'Insee, de 2013. Le nombre de bacheliers s'avérait en constante augmentation depuis 20 ans et celui des diplômés de l'enseignement supérieur avait doublé, passant de 10 à 18 % des jeunes de 16 à 25 ans.

Parallèlement, le taux de non-diplômés était en diminution et concernait alors 1 jeune sur 3.

Le rapport précisait que seulement 6 % des femmes sans diplôme trouvaient du travail mais que la grande majorité d'entre elles préféreraient ne pas travailler pour s'occuper du foyer [35]. Un rapport plus récent de 2015 témoigne de l'évolution des mœurs, plus

particulièrement chez les réunionnaises puisque 32 % des femmes de 25 à 34 ans obtenaient alors un diplôme de l'enseignement supérieur [34,35,36].

Quant à l'activité professionnelle des patientes de notre échantillon, toutes les catégories sont représentées de façon cohérente. On comptait près d'une femme sur 2 active professionnellement (46 %). Les mères au foyer (28 %) et femmes au chômage (23 %) apparaissaient également dans nos statistiques, ainsi que 2,8 % d'étudiantes.

Concernant le nombre d'enfants déjà présents au moment de l'enquête, les femmes sans enfant sont tout autant représentées que celles ayant déjà un ou 2 enfants, à hauteur de 40 % environ. Les patientes ayant déjà 3 enfants ou plus, elles, représentaient 14 % de notre échantillon.

Au total, le nombre d'enfants par femme est de 1,16 (allant de 0 à 7 enfants), ce qui est deux fois moins que le taux de fécondité des statistiques réunionnaises officielles (2,43). Ceci est probablement le résultat d'une fluctuation d'échantillonnage [36].

### **III. Analyse des objectifs de l'étude**

#### **A. Objectif principal : identification des déterminants du choix des patientes concernant le praticien auquel elles confient leur suivi de grossesse**

##### **1. Déterminants communs dans le choix de tout professionnel**

###### **a) Facteurs intrinsèques aux professionnels choisis**

Concernant le sexe du professionnel de santé choisi, les patientes étaient plus nombreuses à estimer le sexe de leur sage-femme comme très important (36 %) et étaient alors toutes unanimes pour consulter une femme. Cela semble tout à fait cohérent pour la patientèle de cette profession qui compte aujourd'hui 97,4 % de femmes dans ses rangs [37].

Lorsqu'elles choisissaient le médecin généraliste ou le gynéco-obstétricien, 1 femme sur 3 (33 %) jugeait également le sexe comme un élément important. De la même façon, elles étaient alors toutes unanimes pour préférer une femme.

Les patientes choisissant le gynécologue médical étaient les moins exigeantes concernant le sexe du professionnel consulté. Lorsqu'elles estimaient cela important, 4 % d'entre elles préféreraient alors être suivies par un homme.

Concernant l'âge du professionnel de santé, les patientes les plus exigeantes étaient celles qui choisissaient le gynécologue médical : elles étaient 43 % à préférer à l'unanimité un praticien avec beaucoup d'expérience. C'est également le cas de 30 % des patientes qui choisissaient une sage-femme.

Seule une femme sur 5 estimait l'âge comme très important lorsqu'elle choisissait le médecin généraliste ; elles étaient moins d'une femme sur 10 lorsqu'elles choisissaient le gynéco-obstétricien. Dans tous les cas, là encore, ces patientes préféreraient un praticien avec beaucoup d'expérience.

Enfin, toutes catégories professionnelles choisies confondues, les compétences médicales et relationnelles étaient considérées comme très importantes par plus de 80 % des patientes.

#### b) Facteurs extrinsèques aux professionnels choisis

Quel que soit le praticien choisi pour assurer le suivi de grossesse, nous avons pu constater que les critères les plus fréquemment cités par les patientes étaient les suivants (tableaux II et III, figure 8) :

- la pratique de l'échographie (55 %),
- la pratique du suivi médical et/ou gynécologique habituel (51 %),
- le fait que le professionnel ait été conseillé par un proche (35 %),
- la proximité (33 %),
- le suivi de grossesse(s) antérieure(s) (29 %),
- la disponibilité (21 %),
- le fait que le professionnel ait été conseillé par un soignant (18 %).

Les critères "pratique de l'échographie" et "pratique du suivi médical et/ou gynécologique habituel" ont donc été cités par plus d'une patiente sur 2, quel que soit le praticien choisi.

Le critère “pratique de l'échographie” était majoritairement cité par les patientes ayant choisi un spécialiste en gynéco-obstétrique : gynéco-obstétricien (68 %), gynécologue médical (57 %) et sage-femme (54 %). Il semblait même être le premier critère de choix de ces patientes alors qu'il n'occupait que la 2ème place des critères cités par les patientes ayant choisi le médecin généraliste, à un taux moindre de 33 %.

Cela s'explique sans doute par la proportion moins importante de praticiens disposant d'un diplôme inter-universitaire d'échographie gynécologique et obstétricale en médecine générale, en comparaison aux sages-femmes et aux gynécologues.

Paradoxalement, les patientes citant ce critère n'étaient pas forcément dans le souhait de limiter le nombre d'intervenants médicaux.

Le critère “pratique du suivi médical et/ou gynécologique habituel” était principalement cité par les patientes ayant choisi un médecin généraliste (64 %). Cette observation est tout à fait cohérente avec le rôle de coordinateur des soins et d'interlocuteur principal qu'est le médecin généraliste.

Cet élément apparaissait également comme important pour plus d'une femme sur 2 ayant choisi un gynécologue médical (56 %) ou un gynéco-obstétricien (55 %).

Il était par contre moins fréquemment cité par les patientes ayant choisi une sage-femme (37 %). La diffusion de leur savoir-faire auprès de la population et l'intégration dans les mœurs de leurs récentes compétences en matière de suivi gynécologique nécessite probablement un recul de quelques années supplémentaires.

Le critère “proximité” était choisi par près d'une femme sur 3 (33 %). Il avait davantage été cité par les patientes ayant choisi une sage-femme (37 %) ou un gynéco-obstétricien (35 %). Les patientes ayant choisi un gynécologue médical ou un médecin généraliste le citaient à parts égales (31 et 30 %).

Le critère “suivi de grossesse(s) antérieure(s)” était cité par près d'une femme sur 3, toutes catégories professionnelles choisies confondues. Il était sensiblement plus cité par les patientes ayant choisi un gynéco-obstétricien (35 %).

Le critère “disponibilité” était cité par une femme sur 5. Ces patientes avaient davantage choisi le médecin généraliste (31 %) et la sage-femme (25 %). Cela peut s'expliquer par des délais de rendez-vous plus longs auprès des gynécologues. Ainsi qu'en témoignait le bulletin de veille sanitaire de l'Océan Indien en 2017 [19], le médecin

généraliste reste le praticien le plus consulté du fait d'un accueil sans rendez-vous et d'une durée moyenne d'attente en salle d'attente de 40 minutes. Ces éléments le rendent sans doute plus accessible aux patientes en cas d'urgence réelle ou ressentie.

Enfin, les critères "professionnel conseillé par un proche ou un soignant" faisaient également partie des plus cités par les patientes de l'étude. Dans les 2 cas, les patientes concernées avaient avant tout choisi de se faire suivre par des spécialistes en gynéco-obstétrique. Faudrait-il comprendre que les proches et les soignants conseillent d'éviter le suivi de grossesse par un médecin généraliste ? Ce point sera discuté lors de sa comparaison aux données de la littérature.

## **2. Déterminants spécifiques aux catégories professionnelles**

Outre les principaux critères cités précédemment, les patientes insistaient sur certaines caractéristiques bien spécifiques à chaque catégorie professionnelle et définies comme déterminantes pour leur choix.

### **❖ Choix de la sage-femme**

Les patientes ayant choisi d'être suivies par une sage-femme insistaient également sur l'importance de la pratique de la PNP (37 %), de la rééducation périnéale (25 %), de la VPN (22 %) et du suivi de l'enfant (21 %).

Ces chiffres illustrent parfaitement la recherche d'un accompagnement global par ces patientes. L'accompagnement global se caractérise par un accueil et un suivi personnalisé du couple, de la mère et de l'enfant à naître. Une seule sage-femme référente assure alors la continuité du suivi de la grossesse, de l'accouchement et de l'après-naissance [38].

L'accompagnement global s'appuie sur une forte relation de confiance réciproque entre le couple, la patiente et la sage-femme qui les aide à devenir acteurs de la naissance de leur enfant. Ce suivi s'inscrit dans une démarche de préservation de la physiologie et de la prévention de l'iatrogénie médicale. A ce jour, de plus en plus de femmes souhaitent bénéficier de ce suivi [39,40].

Paradoxalement, ces patientes n'émettaient pas le souhait de limiter le nombre d'intervenants pendant la grossesse ; cela concernait seulement 14 % d'entre elles.

### ❖ **Choix du médecin généraliste**

Les patientes ayant choisi d'être suivies par un médecin généraliste insistaient sur l'importance du suivi de l'enfant (28 %). Il est vrai que parmi toutes les catégories professionnelles citées, il est le seul à pouvoir proposer le suivi médical d'un enfant sur le long terme. La sage-femme, elle, peut suivre l'enfant jusqu'au 12<sup>ème</sup> jour qui suit sa naissance [34].

### ❖ **Choix du gynécologue médical**

Les patientes ayant choisi d'être suivies par un gynécologue médical insistaient davantage sur le souhait de limiter le nombre d'interlocuteurs pendant la grossesse (20 %).

Effectivement, le gynécologue médical peut rester l'interlocuteur principal de la patiente, quel que soit le déroulement de la grossesse ou les antécédents gynécologiques et obstétricaux de la patiente. Ce n'est pas le cas de la sage-femme ou du médecin généraliste, qui doivent adresser la patiente ou la suivre de façon conjointe avec leurs confrères gynécologues en cas de survenue d'une pathologie gravidique ou d'antécédents médicaux pouvant impacter le bon déroulement de la grossesse [Annexe I].

### ❖ **Choix du gynéco-obstétricien**

Enfin, parmi les patientes ayant choisi d'être suivies par un gynéco-obstétricien, 1 femme sur 3 appréciait que ce professionnel pratique les accouchements (31 %) et travaille au sein de la maternité prévue pour l'accouchement (29 %).

## **3. Comparaison aux données de la littérature**

### a) Travail de thèse de Pépin-Moinard M.

Dans son travail de thèse mené en 2012 auprès de 260 patientes au sein de 4 centres d'accouchement de la région Loire-Atlantique, Pépin-Moinard M. décrivait des résultats similaires [6].

Concernant les facteurs intrinsèques au professionnel de santé, les compétences humaines et médicales étaient très importantes pour plus de 80 % des patientes interrogées.

Par contre, le sexe du professionnel consulté n'était important que pour 13 % des patientes et l'âge pour seulement 1% des femmes.

Concernant les facteurs extrinsèques au professionnel, les patientes interrogées décrivaient, par ordre décroissant d'importance dans leur choix, les principaux critères suivants : le temps pris par le professionnel en consultation (74 %), la disponibilité (62 %), la pratique du suivi médical et/ou gynécologique habituel et le suivi de grossesse(s) antérieure(s) (51 %) ainsi que la proximité (43 %).

L'importance du conseil par un soignant ou un proche était témoignée dans des proportions proches de celles de notre étude, à hauteur de 30 % en moyenne.

La pratique de l'échographie, par contre, n'était considérée comme importante que par 35 % des patientes.

D'autres données sont très intéressantes à comparer.

Dans le travail de thèse de Pépin-Moinard M., le critère "conseil par un proche" était considéré comme plus important par les patientes suivies par un gynéco-obstétricien et moins important par celles suivies par un médecin généraliste ou par une sage-femme. Or, notre étude révèle que ce critère était considéré comme plus important par les patientes suivies par un spécialiste en gynéco-obstétrique (qu'il s'agisse d'une sage-femme, d'un gynécologue médical ou d'un gynéco-obstétricien) et moins important par celles suivies par un médecin généraliste.

Nous avons pu faire la même observation concernant le critère "conseil par un soignant".

Ce constat soulève plusieurs questions.

Premièrement, cette différence franche entre nos 2 études vis-à-vis des sages-femmes pourrait refléter l'évolution de leur considération au cours des 10 dernières années et notamment la reconnaissance de leurs compétences en matière de suivi de grossesse.

Deuxièmement, il paraît légitime de s'interroger sur le fait que le médecin généraliste soit le professionnel le moins conseillé par les proches : est-ce un fait ? Les patientes suivies par un médecin généraliste accordent-elles moins d'importance aux conseils de leurs proches ? Le suivi de grossesse par le médecin généraliste est-il perçu comme un suivi "au rabais", de moins bonne qualité ?

Troisièmement, la même question peut se poser concernant le conseil du suivi de grossesse par le médecin généraliste par les soignants : est-ce un fait ? Les médecins généralistes sont-ils moins bien perçus par les soignants en ce qui concerne la qualité du suivi de grossesse ? Les soignants sont-ils bien informés des prérogatives du médecin généraliste en matière de suivi de grossesse ?

b) Travail de thèse de Gros Lenne B.

Dans son travail de thèse mené en 2005 auprès de 113 patientes dans l'Essonne (91), Gros Lenne B. s'était déjà intéressée aux critères de choix des femmes enceintes concernant le praticien choisi pour le suivi de grossesse et avait davantage axé son questionnement sur les raisons du choix et du non-choix du médecin généraliste [4].

Son questionnaire était construit de façon sensiblement différente au nôtre mais certaines similitudes persistent dans les résultats.

Parmi les principaux critères déterminant le choix du praticien et classés par ordre décroissant d'importance, on retrouve :

- les compétences médicales (69 %),
- la proximité (61 %),
- la pratique du suivi gynécologique habituel (51 %),
- les qualités humaines (43 %),
- - la disponibilité (34 %).

Les critères "conseil par un proche ou un soignant" étaient jugés importants par moins de 10 % des patientes.

Concernant l'analyse des critères déterminants spécifiques à chaque catégorie professionnelle, les résultats de nos 2 études sont superposables. Pour le gynéco-obstétricien et le médecin généraliste, on retrouve les principaux critères déterminants communs cités en sus complétés par le suivi de l'enfant pour le médecin généraliste et la pratique de l'accouchement et le souhait d'être suivi dans la maternité prévue pour l'accouchement pour le gynéco-obstétricien. Les résultats obtenus concernant les sages-femmes ne sont pas comparables car seules les sages-femmes hospitalières étaient prises en considération dans l'étude de Gros Lenne B.

A la différence de notre étude, seules 20 % des patientes définissaient la pratique de l'échographie comme un critère important mais 42 % d'entre elles insistaient sur l'écoute des bruits du cœur du fœtus par doppler lors des consultations. Cette observation reflète parfaitement l'évolution des pratiques concernant le suivi de grossesse et donc la place prise par l'échographie, aussi bien dans la pratique médicale que dans les attentes des patientes enceintes.

On note également un souhait plus fort de limiter les intervenants au cours de la grossesse chez les patientes de l'étude de Gros Lenne B. : ce critère est considéré comme important par près de 45 % des patientes, toutes catégories professionnelles confondues.

### c) Travail de thèse de Petitprez S.

Ce travail mené en 2015 auprès de 11 patientes dans l'Aisne est l'une des toutes premières études qualitatives réalisées sur le sujet [7]. Les principaux facteurs intervenant dans le choix du professionnel de santé qui assure le suivi de grossesse sont similaires aux nôtres.

Les patientes interrogées par Petitprez S. citent les éléments suivants :

- avoir de bonnes relations avec le professionnel : celui-ci devait être gentil, attentif et savoir rassurer ses patientes ;
- dans la même idée, les patientes insistaient sur l'importance de connaître le professionnel préalablement au début de grossesse (suivi de grossesse(s) antérieure(s), réalisation du suivi médical et/ou gynécologique habituel) ;
- la notion de bouche-à-oreille était primordiale, la réputation du praticien très importante ;
- de la même façon, beaucoup de patientes avaient sollicité les conseils d'un proche ou un avis médical pour les aider à choisir ;
- la disponibilité du professionnel, notamment en cas d'urgence réelle ou ressentie ;
- la proximité.

Lorsque les patientes préféraient consulter un praticien de sexe féminin, elles justifiaient ce choix par des soucis de pudeur et par la sensation d'être potentiellement mieux comprises par une autre femme.

L'âge n'était pas un facteur intervenant dans le choix des patientes.

Là encore, contrairement à notre étude, la notion d'intervenant unique était très importante : les patientes insistaient sur leur souhait d'être suivies par le même praticien, dans l'idée d'un accompagnement global. Selon elles, limiter le nombre d'intervenants était un facteur rassurant, synonyme d'un meilleur suivi de leur dossier.

Lorsque le choix se portait sur un spécialiste en gynéco-obstétrique, les patientes avançaient 2 motifs principaux :

- la notion de compétences médicales : celles-ci n'étaient pas remises en question, l'aptitude au suivi de grossesse découlant de la spécialité du professionnel choisi ;
- la notion d'expérience : selon les patientes, prendre quotidiennement en charge des patientes enceintes rendait ces professionnels plus compétents et diminuait le risque d'erreurs médicales.

#### **4. Patientèle et choix du professionnel**

Il paraît légitime de nous poser la question suivante : qui, des déterminants précédemment cités ou des caractéristiques de la patientèle du praticien choisi, conditionne le choix du professionnel ?

Nous avons donc cherché des caractéristiques communes et/ou spécifiques aux patientes qui ont choisi le même professionnel de santé.

##### a) Points communs entre les patientèles

Qu'elles soient issues d'un milieu urbain, rural ou semi-rural, les patientes choisissaient équitablement chaque catégorie professionnelle pour le suivi de grossesse. Ceci peut témoigner d'une implantation efficace des acteurs de la périnatalité sur l'ensemble du territoire réunionnais qui satisfait les patientes.

Quelle que soit la parité, les patientes choisissaient préférentiellement les spécialistes en gynéco-obstétrique : sage-femme, gynécologue médical et gynéco-obstétricien.

## b) Spécificités de la patientèle selon les catégories professionnelles

### ❖ *Patientèle des sages-femmes*

Leurs patientes étaient principalement des femmes jeunes : près d'une patiente sur 2 de moins de 25 ans choisit une sage-femme.

Ces femmes présentaient équitablement tous les niveaux d'études. A noter que 44 % des étudiantes de notre étude choisissaient une sage-femme.

Concernant l'activité professionnelle, près d'une 1 femme active sur 4 choisissait une sage-femme. Les sages-femmes étaient également les professionnelles les plus choisies par les mères au foyer, à hauteur de 43 % d'entre elles.

### ❖ *Patientèle des médecins généralistes :*

Les patientes qui choisissaient un médecin généraliste pour leur suivi de grossesse étaient des femmes de tout âge et de tout niveau d'études. A noter cependant que le médecin généraliste était le professionnel le moins choisi parmi les patientes disposant d'un niveau d'études élevé.

Dans notre étude, 88 % des femmes qui avaient choisi le médecin généraliste étaient soit mariées, soit en concubinage.

Lorsqu'il était choisi, le médecin généraliste était principalement sollicité par les mères au foyer (42 %) et les patientes actives professionnellement (42 %). Vingt-deux pour cent des patientes étaient au chômage. Aucune étudiante n'a choisi le médecin généraliste pour son suivi de grossesse.

Le médecin généraliste était le professionnel le plus choisi par les femmes de nationalité étrangère (40 % d'entre elles). Outre le rôle de médecin de proximité du généraliste, ceci peut être le fruit d'une méconnaissance du système de soins français et/ou d'une plus grande précarité chez ces patientes, leur faisant peut-être craindre des frais supplémentaires en cas de consultation chez un spécialiste en secteur 2.

Parmi les femmes ayant déjà 3 enfants ou plus, les patientes étaient deux fois plus nombreuses à choisir le médecin généraliste en comparaison aux autres professionnels de santé.

Encore une fois, la disponibilité du médecin généraliste et l'absence de consultation sur rendezvous peuvent jouer un rôle prépondérant dans le choix de ces femmes dont le quotidien est rythmé par leurs enfants.

Soixante-quinze pour cent de la patientèle du médecin généraliste n'avaient déclaré aucun antécédent médical.

❖ *Patientèle des gynécologues :*

Les patientes qui choisissaient un gynécologue étaient très majoritairement âgées de plus de 35 ans (63 %) : 38 % d'entre elles choisissaient un gynéco-obstétricien et 25 % un gynécologue médical. L'âge plus avancé peut justifier une crainte supplémentaire de complications gravidiques, motivant ainsi un suivi d'emblée spécialisé, par précaution ou à juste titre. Ces patientes ont aussi été plus fréquemment suivies en service de procréation médicalement assistée. Elles sont également plus susceptibles de présenter des antécédents médicaux lourds ou des antécédents de grossesse(s) compliquée(s) qu'une patiente de moins de 25 ans.

Les patientes étaient plus nombreuses à disposer d'un niveau d'études élevé (niveau licence, master ou doctorat) et à rester actives professionnellement. Les gynécologues ont également été choisis par 56 % des étudiantes.

En toute logique, 72 % des patientes présentant des antécédents médicaux et/ou gynéco-obstétricaux choisissaient un gynécologue pour leur suivi de grossesse. Dans ce cas, plus de la moitié d'entre elles choisissaient un gynéco-obstétricien.

A noter que les 28 % de patientes restant choisissaient à parts égales sage-femme et médecin généraliste, laissant supposer un suivi de grossesse conjoint avec les gynécologues.

Nous n'avons pas constaté de différence franche et/ou significative entre les spécificités de la patientèle d'un gynécologue médical et celles d'un gynéco-obstétricien.

### **c) Comparaison aux données de la littérature**

Là encore, Pépin-Moinard M. décrivait des résultats superposables aux nôtres dans son travail de thèse.

Les femmes les plus jeunes choisissaient plutôt d'être suivies par une sage-femme alors que les femmes plus âgées préféraient un gynécologue (médical ou obstétricien).

Les femmes au foyer avaient également choisi préférentiellement une sage-femme pour leur suivi de grossesse alors que les femmes exerçant une profession intellectuelle supérieure ou disposant d'un niveau d'études élevé préféraient un gynécologue. La suite de

la discussion - notamment l'exploration des connaissances des patientes - nous permettra d'évaluer si ce choix semble plus éclairé que celui des autres femmes.

Quelle que soit la parité, là encore, les patientes choisissaient préférentiellement des spécialistes en gynéco-obstétrique.

Concernant le profil de patientèle du médecin généraliste, Lambillon R. décrivait des caractéristiques sociodémographiques bien spécifiques dans son travail de thèse soutenu en 2018 [9]. Il témoignait d'une surreprésentation des patientes jeunes, célibataires, étrangères, ayant déjà deux enfants, disposant d'un faible niveau d'étude, sans emploi ou bénéficiant de faibles revenus mensuels, résidant en zone sous-dotée en gynécologues. Il évoquait une patientèle qui tendait vers la précarité et un suivi plutôt réalisé "par défaut", par pénurie de spécialistes.

On constate quelques similitudes entre nos 2 études concernant ces déterminants sociaux : les patientes célibataires, celles ayant au moins 3 enfants et les femmes de nationalité étrangère sont très présentes dans la patientèle des médecins généralistes réunionnais.

Les observations de Gros Lenne B. viennent également corroborer les nôtres : les patientes suivies par un médecin généraliste étaient en majorité des femmes de bas niveau socioculturel familial et de grandes multipares.

Il en est de même concernant les conclusions de Tesse Skaf M. dans son travail de thèse de 2013 "Déterminants conditionnant le choix du praticien pour le suivi de grossesse" [5] : les patientes suivies jusqu'à 6 mois de grossesse par leur médecin généraliste étaient le plus souvent des femmes jeunes, célibataires et disposant de revenus modestes (inférieurs à 2 000 euros par mois).

Il est donc fort probable que le rôle de médecin de proximité et la pratique du tiers-payant par près de 95 % des généralistes soient des facteurs incitant les patientes les plus vulnérables à les choisir en priorité pour le suivi de grossesse.

## **5. Conclusion de l'objectif principal : identifier les déterminants du choix des patientes concernant le praticien auquel elles confient leur suivi de grossesse**

La conclusion de l'analyse de notre objectif principal est que les patientes avaient les mêmes critères de choix principaux, quel que soit le professionnel choisi pour assurer le suivi de grossesse. Ces critères étaient les suivants : pratique de l'échographie, pratique du suivi médical et/ou gynécologique habituel, proximité, disponibilité, pratique du suivi de grossesse(s) antérieure(s) et conseils d'un proche ou d'un soignant.

Les critères secondaires cités par les patientes étaient spécifiques au domaine de compétences de chaque professionnel concerné. De ce fait, il apparaît clairement que les patientes n'avaient pas les mêmes représentations des rôles et des sphères d'activité de ces soignants, parfois à juste titre et parfois non. L'analyse du premier de nos objectifs secondaires permettra d'évaluer ces représentations et d'explorer leurs connaissances vis-à-vis des métiers concernés.

## **B. Premier objectif secondaire : décrire les connaissances des femmes enceintes vis-à-vis des différents professionnels de santé disponibles pour assurer le suivi de grossesse**

Dans cette analyse, toutes nos observations ont été comparées à celles du travail de thèse réalisé par Pépin-Moinard M, les comparaisons dans le temps et dans l'espace selon des déterminants sociaux très spécifiques à nos deux échantillons pouvant s'avérer extrêmement intéressantes.

### **1. Analyse des réponses à la question 11 : “Qui peut réaliser le suivi d'une grossesse sans complication ?”**

La question 11 nous permettait d'explorer les représentations des patientes concernant les professionnels aptes à réaliser le suivi de grossesse physiologique.

Pour cette question, le taux de données manquantes était de 3 %.

Seules 17 % des patientes de l'étude ont répondu sans commettre d'erreur. Il s'agissait principalement de femmes d'un niveau d'études élevé (bac+2 ou LMD). La parité n'influçait pas le taux de bonnes ou de mauvaises réponses.

Les taux de bonnes réponses étaient très bons concernant l'aptitude de la sage-femme (79 %) et du médecin généraliste (71 %) à suivre des grossesses à bas risque de complication. Ces chiffres sous-entendent qu'encore 1 à 2 femmes sur 10 ignorent que la sage-femme et le médecin généraliste peuvent tout à fait suivre des grossesses physiologiques, d'où la nécessité de poursuivre l'information systématique aux patientes.

Soixante-deux pour cent des patientes considéraient le gynéco-obstétricien comme apte à suivre des grossesses physiologiques. Parmi elles, 75 % étaient des patientes disposant d'un niveau d'études élevé. Nous pouvons nous interroger sur les raisons qui ont conduit 35 % des patientes à ne pas le considérer comme apte : s'agit-il d'un défaut de compréhension de la question ? Ces patientes pensaient-elles qu'un gynéco-obstétricien ne suit obligatoirement que des grossesses pathologiques ?

Le plus fort taux de mauvaises réponses concernait le gynécologue médical : seules 34 % des patientes le considéraient comme apte à suivre une grossesse à bas risque. Parmi elles, la parité et le niveau d'études n'influençaient pas le taux de bonnes ou de mauvaises réponses.

Ce constat est paradoxal puisque les gynécologues médicaux apparaissaient comme les professionnels les plus choisis pour suivre les grossesses (36 %) à la question 8 de notre questionnaire. Ils étaient également les professionnels qui avaient le plus participé à l'étude avec 43 % des questionnaires exploitables provenant de leurs cabinets ; cela signifie donc que 43 % des patientes leur ont confié la réalisation de leur échographie du premier trimestre.

S'agit-il là encore d'un défaut de compréhension de la question ? Tout comme pour le gynéco-obstétricien, la majorité des patientes pensaient-elles que le gynécologue médical ne suit obligatoirement que des grossesses pathologiques ? Ou que son activité se limite au champ du suivi gynécologique ?

Les résultats obtenus par les patientes de l'étude de Pépin-Moinard M. étaient bien meilleurs : 35 % d'entre elles n'avaient pas commis d'erreur. Les principales erreurs commises concernaient l'inaptitude du médecin généraliste à suivre les grossesses à bas risque (9 % d'erreurs). Les femmes d'un niveau d'étude élevé étaient celles qui répondaient le mieux, tous professionnels confondus. La parité n'influençait pas le taux de bonnes ou de mauvaises réponses.

## **2. Analyse des réponses à la question 12 : “Qui peut prescrire les médicaments et les examens complémentaires nécessaires au suivi de grossesse ?”**

La question 12 nous permettait d'explorer les représentations des patientes concernant les professionnels autorisés et aptes à prescrire les médicaments et examens complémentaires nécessaires au suivi de grossesse.

Pour cette question, le taux de données manquantes était de 3 %.

Seules 22 % des patientes de l'étude ont répondu sans commettre d'erreur. Il s'agissait principalement de femmes d'un niveau d'études élevé (bac+2 ou LMD), 91 % d'entre elles avaient obtenu leur baccalauréat. Les patientes sans enfant ou ayant déjà 1 enfant étaient également celles qui avaient le mieux répondu, représentant près de 80 % de ces bonnes réponses.

Bien qu'il n'ait été considéré comme apte à suivre une grossesse physiologique que par 34 % des patientes, près de 8 femmes sur 10 reconnaissent le gynécologue médical comme apte à prescrire tout ce qui est nécessaire au suivi de grossesse. Cette incohérence est un argument supplémentaire pour envisager une mauvaise compréhension de la question 11.

72 % des patientes reconnaissent la sage-femme comme apte à prescrire le nécessaire au suivi de grossesse, ce que nous considérons comme un très bon résultat.

Près de 4 femmes sur 10 ne reconnaissent cependant pas le médecin généraliste et le gynéco-obstétricien comme aptes à prescrire les médicaments et examens nécessaires au suivi de grossesse.

Concernant les erreurs liées au médecin généraliste, ce constat peut refléter un manque d'informations réel et déjà relaté dans la littérature depuis plusieurs années, que nous évoquerons dans la discussion du deuxième objectif secondaire.

Ce résultat est plus étonnant concernant le gynéco-obstétricien, censé être considéré comme le plus spécialisé de tous les professionnels concernés par le suivi de grossesse. S'agit-il encore d'une mauvaise compréhension de la question ? La poursuite des explorations des représentations des patientes réunionnaises concernant le gynéco-obstétricien, par le biais des autres questions, nous permettra de comprendre leur perception de cette spécialité.

Les résultats obtenus par les patientes de l'étude de Pépin-Moinard M. étaient encore une fois meilleurs : 30 % d'entre elles n'avaient pas commis d'erreur.

Les principales erreurs commises concernaient la profession de sage-femme. Une nouvelle fois, cette différence entre nos deux études témoigne de l'efficacité des campagnes d'information en faveur de la reconnaissance de leurs compétences au cours des 10 dernières années.

Les femmes d'un niveau d'études élevé étaient encore une fois celles qui répondaient le mieux, tous professionnels confondus. Celles d'un niveau d'études plutôt inférieur se

trompaient moins lorsqu'il s'agissait du médecin généraliste. Les femmes ayant déjà 3 enfants ou plus avaient commis davantage d'erreurs, quel que soit le praticien concerné.

### **3. Analyse des réponses à la question 13 : “Chez quel professionnel est-il possible de bénéficier d'une prise en charge à 100 % ?”**

La question 13 nous permettait d'explorer les représentations des patientes concernant le taux de remboursement des consultations pour chaque professionnel concerné par le suivi de grossesse.

Pour cette question, le taux de données manquantes était de 6 %.

30 % des patientes de l'étude ont répondu sans commettre d'erreur. 76 % d'entre elles disposaient d'un niveau baccalauréat. Les patientes sans enfant ou ayant déjà 1 enfant étaient également celles qui avaient le mieux répondu, représentant près de 75 % de ces bonnes réponses.

Le meilleur taux de bonnes réponses concernait le médecin généraliste (76 %). En tant que praticien le plus consulté à La Réunion - avec près de 95 % des médecins libéraux pratiquant le tiers-payant - et compte tenu de son rôle de médecin de proximité, les patientes sont en toute logique bien au courant du taux de remboursement des consultations de leur généraliste.

Les patientes étaient également 71 % à avoir répondu correctement pour la sage-femme.

Elles étaient en revanche plus nombreuses à douter d'une prise en charge à 100 % lorsqu'elles consultent un gynécologue, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un gynécobstétricien (52 %). Ce constat est probablement dû à la pratique du dépassement d'honoraires par près d'un professionnel sur 2, selon le dernier rapport du bulletin de veille sanitaire de l'Océan Indien [19].

Les résultats obtenus par les patientes de l'étude de Pépin-Moinard M. étaient encore plus mauvais : seules 4 % d'entre elles n'avaient pas commis d'erreur.

L'analyse de cette question était compromise par la présence de 25 % de données manquantes, reflétant une méconnaissance du taux de remboursement des consultations, tous professionnels confondus.

Les principales erreurs commises ou données manquantes concernaient les gynécologues, médicaux comme obstétriciens. Pépin-Moinard M. établissait le même constat que nous, à savoir que ces doutes des patientes étaient directement en lien avec la pratique du dépassement d'honoraires.

Les femmes d'un niveau d'études plutôt bas étaient celles qui répondaient le mieux, tous professionnels confondus. Les femmes ayant déjà 3 enfants ou plus avaient commis davantage d'erreurs.

#### **4. Analyse des réponses à la question 14 : “Combien d’années d’études faut-il pour devenir sage-femme, médecin généraliste, gynécologue médical et gynécobstétricien ?”**

La question 14 nous permettait d'explorer les représentations des patientes concernant le niveau d'études des professionnels de santé concernés.

Pour rappel, un taux d'erreur à 1 année près était autorisé pour les réponses à cette question.

Cette question comportait le plus fort taux de données manquantes - à hauteur de 34 % - témoignant du fait qu'une femme sur 3 n'avait aucune idée du niveau d'études de ces professionnels, toutes catégories confondues.

Parmi les 56 % de patientes ayant répondu à la question:

- 24 % d'entre elles n'ont commis aucune erreur. Ces femmes étaient 91 % à n'avoir aucun enfant ou à en avoir 1. 87 % d'entre elles disposaient d'un niveau baccalauréat, dont 78 % étaient diplômées de l'enseignement supérieur. Concernant la parité, les femmes sans enfant étaient celles qui avaient le mieux répondu.
- Plus d'une patiente sur 2 connaissait le nombre d'années d'études nécessaires pour devenir sage-femme (65 % de bonnes réponses) et médecin généraliste (62 % de bonnes réponses).

- Les principales erreurs commises concernaient les gynécologues avec une moyenne de 38 % de bonnes réponses. 66 % de ces patientes étaient des femmes d'un niveau d'études élevé. Le plus fort taux de mauvaises réponses concernait le gynéco-obstétricien, avec près de 63 % des patientes ignorant leur niveau d'études. Ces résultats illustrent une nouvelle fois la méconnaissance franche des patientes concernant les gynécologues, et plus particulièrement les gynéco-obstétriciens.

Les résultats obtenus par les patientes de l'étude de Pépin-Moinard M. étaient encore plus mauvais : seules 2 % d'entre elles n'avaient pas commis d'erreur mais l'analyse ne comportait pas une tolérance d'erreur à une année près comme cela a été le cas dans notre étude. Les erreurs commises concernaient équitablement toutes les professions.

Les femmes d'un niveau d'études élevé étaient celles qui répondaient le mieux, tous professionnels confondus. Les femmes ayant déjà 3 enfants ou plus avaient commis davantage d'erreurs.

### **5. Synthèse du premier objectif secondaire : décrire les connaissances des femmes enceintes vis-à-vis des différents professionnels de santé disponibles pour assurer le suivi de grossesse**

Explorer les connaissances des patientes vis-à-vis des praticiens disponibles pour assurer le suivi de grossesse nous permet d'évaluer indirectement certaines de leurs représentations. Cependant, dans un souci d'adhésion des patientes au remplissage d'un questionnaire qui s'avérait court, nous n'avons posé que quatre questions pour évaluer l'état de ces connaissances. Cela n'étudie qu'une très petite partie de leurs représentations.

Nos résultats sont clairs : les chiffres sont mauvais avec près de 75 % de mauvaises réponses et une moyenne de 12 % de données manquantes. Les patientes présentaient une ignorance moindre envers la catégorie professionnelle qu'elles choisissaient pour assurer le suivi de grossesse mais il n'en demeure pas moins que leur méconnaissance globale était franche, tous praticiens confondus. Le seul constat à faire d'une telle méconnaissance est que l'information n'est pas passée auprès des patientes, voire n'a pas été faite.

#### ❖ Connaissances des femmes enceintes vis-à-vis de la sage-femme

Nos résultats concernant les sages-femmes et les différences observées entre notre étude et celle de Pépin-Moinard M. sont un excellent reflet de l'impact des campagnes d'information qui ont lieu depuis 10 ans pour promouvoir les compétences de la profession. En effet, contrairement aux conclusions de Pépin-Moinard M., les sages-femmes réunionnaises étaient bien reconnues par les patientes de notre étude, qu'il s'agisse de leur aptitude à suivre une grossesse à bas risque de complication en toute autonomie, de leur champ de prescription, du taux de remboursement de leurs consultations ou même de leur niveau d'études. Longtemps grandes oubliées des campagnes de communication auprès des patientes, il semble que l'information soit désormais bien passée chez les femmes réunionnaises.

#### ❖ Connaissances des femmes enceintes vis-à-vis du médecin généraliste

Il en va tout autrement pour le médecin généraliste, pourtant médecin de proximité et premier interlocuteur en ce qui concerne la santé de ses patients.

A ce jour, encore 2 femmes sur 10 ignoraient que leur médecin généraliste pouvait suivre leur grossesse. S'agit-il d'un défaut d'information ? Ces patientes sont-elles suivies par un médecin généraliste qui ne prend pas en charge les femmes enceintes ?

Dans la même idée, 4 femmes sur 10 ignoraient que leur médecin généraliste pouvait leur prescrire tous les médicaments et examens complémentaires nécessaires au suivi de grossesse.

Cela sous-entend qu'aux yeux de 50 % de ces patientes, même s'il assure le suivi de grossesse, le médecin ne peut l'assurer seul puisque la prescription des médicaments et examens devrait passer par un autre professionnel de santé. Là encore, il existe un important défaut d'information.

Néanmoins, les patientes étaient globalement bien au courant de la prise en charge des consultations à 100 %, en toute logique comme nous l'avons dit précédemment.

#### ❖ Connaissances des femmes enceintes vis-à-vis des gynécologues

Les points les plus sombres à aborder sont la méconnaissance des gynécologues par les patientes, et tout particulièrement celle des gynéco-obstétriciens.

Dans les deux cas, un doute subsiste quant à la bonne compréhension de la question 11 par les patientes. Certaines patientes pensaient-elles que les champs de compétences des gynécologues se limitent à la gynécologie (dans le cas du gynécologue médical) ou à l'obstétrique pathologique (dans les 2 cas) ? L'hésitation demeure quant à l'interprétation des réponses à cette question.

De la même façon, qu'il s'agisse du gynécologue médical ou du gynéco-obstétricien, nos résultats reflètent un besoin d'informations des patientes concernant les modalités du dépassement d'honoraires et le taux de remboursement des consultations. Ces spécificités financières sont souvent complexes à aborder avec la patientèle réunionnaise, de par la fréquente méconnaissance du fonctionnement du système de soins.

Compte tenu du fait que le gynécologue médical soit le professionnel le plus choisi de notre étude et des critères de choix retenus par leur patientèle, nous pouvons imaginer que la relation de confiance établie depuis de longues années de suivi peut favoriser la diffusion des informations relatives à cette spécialité et corriger de fausses représentations.

Il n'en est pas de même pour le gynéco-obstétricien dont la spécialité apparaît comme franchement nébuleuse selon les retours des patientes. Qu'il s'agisse du domaine de compétences, du champ de prescription, du taux de remboursement des consultations ou du niveau d'études, il était le professionnel le moins bien connu par les femmes de notre étude.

Cette observation contraste fortement avec les résultats de Pépin-Moinard M. qui concluait que les gynécologues étaient les professionnels les mieux connus et les plus valorisés. Cela suggérerait un motif culturel à la méconnaissance réunionnaise vis-à-vis de ces praticiens. Serait-ce en lien avec le fait que ces professionnels exercent principalement en milieu hospitalier ?

La préférence des réunionnais pour le suivi médical en ville plutôt qu'à l'hôpital est de notoriété publique et se constate quotidiennement dans les cabinets libéraux. Leur fréquente méfiance envers la médecine occidentale va de pair avec leur attrait pour les soins traditionnels par les plantes locales, fruit d'un savoir longtemps perpétué au sein des familles. Comme décrit par Laurence Pourchez dans son livre "Grossesse, naissance et petite enfance en société créole (Ile de La Réunion)" en 2002 [41], la population réunionnaise est une "juxtaposition de deux sociétés qui se côtoient sans toujours se comprendre [...]. Tout se passe comme si ces deux sociétés, héritées de strates successives de l'histoire, coexistaient en ayant chacune ses buts et son organisation particulière".

L'auteure décrivait notamment de profonds bouleversements à venir dans les processus de la maternité et de la naissance du fait de l'émergence du modèle occidental. A ce jour, aucune étude scientifique - même sociologique ou anthropologique - ne s'est intéressée aux représentations des femmes enceintes réunionnaises vis-à-vis du monde hospitalier et de ses soignants. A l'heure où la génération actuelle pourrait se retrouver prise à partie entre médecine traditionnelle et occidentale, cela constituerait une piste intéressante à explorer ou - tout au plus - à décrire scientifiquement.

#### ❖ Impact des déterminants sociaux sur les connaissances des patientes

En dépit de toutes ces observations, il semble évident que les femmes d'un niveau d'études élevé (bac +2 et LMD) étaient celles qui choisissaient le plus leur praticien en connaissance de cause, compte tenu de leurs résultats aux questions posées. Ces patientes étaient plus nombreuses à choisir de se faire suivre par un gynéco-obstétricien et excluaient davantage le médecin généraliste du suivi de grossesse en comparaison aux autres patientes. Ce point sera exploré dans la discussion du deuxième objectif secondaire.

Paradoxalement, faire l'expérience de la maternité - y compris plusieurs fois - n'améliorait pas les connaissances des patientes concernant les professionnels de santé disponibles pour assurer le suivi de grossesse. Cependant, le fait que les patientes sans enfant ou ayant 1 enfant soient celles qui ont le mieux répondu suggère que le devoir d'information des professionnels en début de grossesse s'est probablement amélioré ces dernières années.

La conclusion de ce premier objectif secondaire est que l'information dispensée par les praticiens disponibles pour assurer le suivi de grossesse s'avère très inégale d'un professionnel à un autre et demeure insuffisante à ce jour. Ce devoir d'information doit perdurer et s'améliorer auprès des patientes et des couples dans un souci de choix éclairé, socle d'une parentalité mieux vécue car mieux choisie dès le départ.

### **C. Deuxième objectif secondaire : préciser la place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse selon les représentations des patientes**

Avec 11 % de patientes ayant choisi le médecin généraliste, force est de constater que ce praticien était loin d'être le professionnel le plus choisi pour suivre les grossesses.

## **1. Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse : les résultats de notre étude**

Ce taux de 11 % est étonnamment bas, notamment pour La Réunion dont les derniers chiffres officiels témoignaient de suivis de grossesse principalement coordonnés par le médecin généraliste, à hauteur de 53,2 % selon le bulletin de veille sanitaire de 2017 [19].

Nous ne pouvons expliquer ce faible taux par le nombre de grossesses à risque - ce qui aurait pu justifier un suivi spécialisé d'emblée - puisque 75 % des patientes de l'étude ne signalaient aucun antécédent.

Cependant, le recrutement des femmes au cours de l'échographie du premier trimestre a probablement biaisé nos résultats en induisant un taux de participation plus faible des patientes des médecins généralistes, ceux-ci étant bien moins nombreux que les 3 autres catégories professionnelles à pratiquer l'échographie obstétricale.

De plus, nous avons pu constater que les patientes de la région Est étaient plus nombreuses à choisir le médecin généraliste pour leur suivi de grossesse (environ 1 femme sur 3). Or, ces femmes ont été bien moins recrutées que celles des autres régions de l'île du fait de la grande proportion d'illettrisme. Ceci a sûrement joué en la défaveur des médecins généralistes.

En comparaison aux travaux de thèse déjà réalisés, les patientes de l'étude de Pépin Moinard M. étaient certes 29 % à avoir choisi le médecin généraliste pour leur suivi de grossesse mais celles de l'étude de Gros Lenne B. l'avaient choisi dans des proportions similaires aux nôtres, à hauteur de 10,7 %.

Outre les 2 biais précédemment signalés et la situation particulière de La Réunion, la littérature confirme que le médecin généraliste est souvent le professionnel de dernier recours en matière de suivi de grossesse, et ce depuis plusieurs années.

Comment cela s'explique-t-il ?

## **2. Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse : ce qu'en dit la littérature**

De nombreux travaux de thèse se sont déjà penchés sur la question du suivi de grossesse par le médecin généraliste.

Selon Gros Lenne B., plusieurs raisons justifiaient que le médecin généraliste soit si peu sollicité :

- son étude révélait que seuls 29 % des médecins généralistes se proposaient pour suivre les femmes enceintes et/ou que seuls 11 % d'entre eux informaient leurs patientes qu'ils pratiquaient le suivi de grossesse ;
- à l'inverse, un nombre non négligeable de patientes ne questionnaient pas leur médecin généraliste sur la possibilité de lui confier leur suivi de grossesse ;
- enfin, certaines patientes excluaient d'emblée leur médecin généraliste de leur projet de suivi obstétrical.

Ce constat soulève donc des interrogations quant à la pratique du suivi de grossesse par les médecins généralistes, au devoir d'information des médecins envers leur patientèle et aux réticences de certaines d'entre elles à se faire suivre par leur médecin traitant.

### **❖ Pratique du suivi de grossesse par le médecin généraliste**

Pendant plusieurs décennies, les médecins généralistes sont apparus comme peu désireux de pratiquer la gynéco-obstétrique dans leur cabinet. S'agissait-il d'un manque de formation ? La nécessité de réaliser des examens cliniques gynécologiques était-elle un obstacle trop important pour eux, compte tenu de la potentielle pudeur des patientes ? Étaient-ils alors moins intéressés par ce domaine ?

Ces dernières années, le manque d'implication des médecins généralistes en matière de suivi de grossesse s'est vu considérablement évoluer pour plusieurs raisons.

Dans son travail de thèse mené en 2002 "Le suivi de grossesse par le médecin généraliste", Duboeuf-Richerol D. concluait que les médecins les plus jeunes s'investissaient davantage dans le domaine de la gynéco-obstétrique [42].

L'amélioration de la formation des médecins généralistes en gynéco-obstétrique avec l'instauration de stages obligatoires dans ces services pendant l'externat a sans aucun doute

joué un rôle déterminant. Les internes en médecine générale se voient également dispenser une formation de meilleure qualité concernant la prise en charge des femmes enceintes, parallèlement à l'augmentation du suivi de ces patientes par les généralistes. Certains cabinets de médecine générale axent même leur activité sur la santé de la femme. Par ailleurs, l'entretien des compétences par la formation médicale continue est aujourd'hui assurée par de nombreux séminaires à thèmes réguliers.

La féminisation du corps médical depuis plusieurs années a sans aucun doute sa part de responsabilité dans ce constat. Cela pourrait satisfaire les patientes désireuses de se faire suivre par un professionnel de sexe féminin puisqu'aujourd'hui, près de la moitié des médecins généralistes sont des femmes [43].

Enfin, la pénurie de gynécologues se poursuivant, médecins généralistes et sages-femmes se doivent de contribuer à une offre de soins aussi satisfaisante et sécuritaire que possible pour les patientes dans ce domaine.

Ainsi, sous réserve d'être intéressés par la gynéco-obstétrique et d'assurer la qualité de leur formation continue, les médecins généralistes ne disposent d'aucun frein pour informer les patientes de leur champ de compétence en matière de suivi de grossesse et leur proposer un tel suivi.

#### ❖ Devoir d'informations des médecins généralistes envers leurs patientes

Le médecin généraliste ne communique pas assez sur ces compétences en matière de suivi de grossesse. Ce fait a déjà été établi par plusieurs études.

En 2013, Tesse Skaf M. tirait les mêmes conclusions que ses consœurs quelques années auparavant.

Dans son étude, 10 % des femmes ignoraient que le médecin généraliste pouvait pratiquer le suivi de grossesse. Seuls 25 % des médecins généralistes se déclaraient compétents pour le suivi de grossesse auprès de leurs patientes. Lorsque c'était le cas, plus de la moitié des patientes acceptaient de lui confier leur suivi de grossesse.

Deux tiers des femmes qui choisissaient leur médecin traitant pour suivre leur grossesse avaient un praticien qui s'était déclaré compétent dans ce domaine.

Parmi les médecins généralistes proposant le suivi de grossesse, deux tiers pratiquaient régulièrement le suivi gynécologique. Concernant les patientes principalement

suivies par un gynécologue, seule 1 femme sur 5 avait un médecin généraliste qui s'était déclaré compétent pour suivre la grossesse.

Les femmes dont le médecin traitant avait déclaré sa compétence dans le domaine du suivi de grossesse lui confiaient donc significativement plus leur suivi.

Le travail de Hureau S., en 2008, établissait déjà le même constat [8]. Ses chiffres étaient préoccupants puisque 80 % des patientes ignoraient que le médecin généraliste réalisait le suivi de grossesse. Parmi les 20 % qui en avaient la notion, la moitié d'entre elles admettaient ne pas savoir si leur propre médecin traitant proposait le suivi de grossesse.

Pourtant, lorsque le médecin généraliste proposait de suivre la grossesse de sa patiente, celle-ci acceptait dans plus de la moitié des cas (59 %). Ainsi, pour les deux tiers des femmes qui s'étaient faites suivre principalement par leur médecin traitant, celui-ci s'était déclaré compétent pour ce suivi dès le début de grossesse. Hureau S. observait également que deux tiers des femmes suivies par un gynécologue avaient un médecin traitant qui ne s'était pas déclaré compétent pour le suivi.

Hureau S. observait aussi que les patientes étaient plus nombreuses à estimer leur médecin généraliste compétent en matière de suivi de grossesse lorsque celui-ci pratiquait leur suivi gynécologique. A contrario, les femmes pensant que le médecin généraliste ne pratique pas le suivi de grossesse affirmaient qu'il n'était pas compétent pour le réaliser.

Le fait de communiquer sa compétence en matière de suivi de grossesse à une patiente semble donc donner du crédit au médecin généraliste ; de ce fait, les patientes sont plus nombreuses à accepter qu'il réalise le suivi.

Dans l'étude de Gros Lenne B. en 2005, 32 % des patientes ignoraient que le médecin généraliste était apte à effectuer le suivi de grossesse.

Parmi les patientes qui en avaient la notion, 38 % d'entre elles ne savaient pas si leur propre médecin traitant pratiquait le suivi de grossesse.

Lorsque le médecin généraliste avait été le premier contact médical du début de grossesse, seules 29 % des patientes avouaient s'être vues proposer la poursuite du suivi par leur médecin traitant et 37 % estimaient n'avoir été ni informées de la possibilité de suivi ni orientées.

Pourtant, Gros Lenne B. tirait la conclusion suivante de son étude : l'investissement du médecin traitant dès le début de grossesse favorisait sa sollicitation par les patientes pour la poursuite du suivi. Les patientes étaient donc plus nombreuses à le choisir lorsqu'il était le

premier contact médical de la grossesse, d'où l'intérêt d'informer la patiente dès ce contact, voire préalablement au projet de grossesse.

C'est donc au médecin généraliste lui-même d'informer ses patientes de son aptitude à pratiquer le suivi de grossesse et de leur proposer, dès la première prise de contact.

#### ❖ Réticences des patientes relatives au suivi de grossesse par le médecin généraliste

##### ❑ *La notion de compétence :*

En toute logique, une patiente qui choisit un professionnel pour son suivi de grossesse doit l'estimer compétent en la matière.

Dans notre étude, les femmes disposant d'un niveau d'études élevé étaient celles qui excluaient le plus le médecin généraliste de leur projet de suivi de grossesse. Or, selon les résultats aux questions posées dans le questionnaire, elles semblaient aussi être les patientes les plus à même de choisir leur professionnel en toute connaissance de cause. Qu'est-ce qui rebutait donc ces femmes à choisir le médecin généraliste ?

Dans son étude, Gros Lenne B. faisait l'observation suivante : 40 % des patientes doutant de la compétence du généraliste en matière de suivi de grossesse étaient d'un niveau socioculturel élevé. Ces femmes précisait qu'il s'agissait-là de leur principal obstacle au suivi.

Parmi les femmes qui avaient la notion que leur médecin traitant proposait le suivi de grossesse, 1 femme sur 3 avouait l'exclure par doute de ses compétences.

Concernant les patientes dont le suivi gynécologique était assuré par le médecin traitant, 1 femme sur 2 ne lui confiait pas le suivi de grossesse alors que 71 % savaient qu'il pouvait le faire. Parmi ces femmes, la moitié avouait que c'était par doute de ses compétences.

C'était donc au total plus d'une patiente sur 4 qui doutait des compétences de son médecin généraliste en matière de suivi de grossesse.

En 2002, Perret J. faisait le même constat : le doute sur les compétences du médecin généraliste constituait son principal motif d'exclusion du projet de suivi obstétrical des patientes (57 %) [44].

Les patientes enceintes ne sont peut-être pas les seules à douter des compétences du médecin généraliste en matière de suivi de grossesse. Pour rappel, les chiffres de notre étude sont clairs : le médecin généraliste était le professionnel le moins conseillé par les proches des patientes et les soignants. Doubtaient-ils également de l'aptitude du médecin traitant à pratiquer un suivi de grossesse de qualité ? Le médecin généraliste d'aujourd'hui subit-il les conséquences de la non-pratique de l'obstétrique par ses aînés au cours des dernières décennies ? Ces pistes seraient intéressantes à explorer dans des travaux de thèse.

En 2012, Farny C. avait fait un état des lieux du suivi de grossesse dans la région Ouest de La Réunion [30]. Il s'agissait d'une analyse de l'implication des médecins généralistes de ce secteur dans le suivi obstétrical et d'une comparaison de leurs pratiques aux recommandations de l'époque. Les résultats de son étude révélait que les prises en charge de ces médecins étaient conformes aux recommandations dans le cadre du suivi d'une grossesse physiologique et de grossesses compliquées de diabète gestationnel ou d'hypertension gravidique. Farny C. précisait que ses données étaient superposables à celles de la métropole, confirmant ainsi que les médecins généralistes étaient compétents dans le suivi des grossesses physiologiques et le dépistage de grossesses à risque. Les difficultés de ces praticiens concernaient principalement des mesures de prévention (prévention des anomalies de fermeture du tube neural, mise à jour du frottis, examen sénologique en début de grossesse) et la proposition systématique d'un entretien prénatal précoce. Farny C. concluait en précisant que la collaboration interprofessionnelle établie au sein du réseau périnatal REPERE était un véritable atout pour l'amélioration des pratiques, tous professionnels de santé confondus.

#### □ *Autres réticences des patientes :*

Dans son travail de thèse Petitprez S. interrogeait les patientes sur leurs réticences à faire suivre leur grossesse par un médecin généraliste. Outre leur principale crainte que le médecin généraliste ne soit pas compétent en la matière, les patientes évoquaient plusieurs raisons.

Tout d'abord, l'examen gynécologique en lui-même était parfois vu comme très gênant par les patientes qui connaissaient leur médecin depuis l'enfance. Ici, le généraliste souffre directement de son image de médecin de famille.

Comme nous l'avons vu précédemment, le fait que le médecin généraliste ne propose pas de suivre la grossesse n'encourageait pas la patiente à le lui demander. Ceci était d'autant plus vrai lorsque le médecin généraliste ne pratiquait pas le suivi gynécologique de la patiente.

Beaucoup de patientes insistaient également sur le manque d'équipement au cabinet : l'absence d'étriers sur la table d'examen, un matériel perçu comme désorganisé et un environnement peu enclin au respect de l'intimité étaient des éléments qui ressortaient fréquemment.

La non-réalisation des échographies constituait aussi un frein au suivi de grossesse par le médecin généraliste, les patientes jugeant contraignant de devoir consulter un autre professionnel pour l'imagerie.

Le suivi en cabinet faisait craindre à certaines patientes la perte d'informations médicales importantes dans le cas où le médecin généraliste devait adresser la patiente à un spécialiste ou à une équipe hospitalière. Ceci ressortait tout particulièrement à cette époque où le carnet unique de suivi de grossesse et le travail en réseau périnatal n'était pas encore tout à fait intégré dans les mœurs.

Perret J. interrogeait également les patientes sur les critères de non-choix du médecin généraliste [44]. Ses observations étaient similaires à celles de Petitprez S.

Outre le doute sur les compétences du médecin généraliste en matière de suivi de grossesse, les autres critères étaient les suivants :

- l'absence de pratique des actes complémentaires tels que l'échographie et l'accouchement,
- la non réalisation du suivi gynécologique par le médecin généraliste (ou lorsque ce suivi était déjà confié à un autre professionnel),
- - la pudeur.

Parmi les patientes de l'étude, 20 % d'entre elles avaient exprimé leur préférence envers leur sage-femme en précisant que "les sages-femmes expliquent mieux les choses que les médecins généralistes".

On retrouve dans ces travaux et notre étude des constats similaires dont nous pouvons tirer 2 observations importantes.

La pratique moindre de l'échographie obstétricale par les médecins généralistes - alors que celle-ci figure comme la principale attente des patientes de notre étude - pourrait expliquer que ces derniers soient moins choisis. De toute évidence, les femmes enceintes confieront davantage leur suivi de grossesse à un généraliste qui assure également le suivi échographique. Toute la difficulté de mise en œuvre de cette activité au sein d'un cabinet de médecine générale reste à discuter.

L'existence d'un lien médecin-patiente préalablement au début du suivi de grossesse - que ce soit dans le cadre du suivi médical habituel et tout particulièrement dans la sphère du suivi gynécologique - semble fondamentale. Outre l'aspect relationnel, il renforce la confiance des patientes envers les compétences de leur médecin. Le généraliste qui propose le suivi de grossesse doit donc également s'investir dans le suivi gynécologique.

#### ❖ Avantages du suivi de grossesse par le médecin généraliste

Nous l'avons vu dans notre étude et dans la littérature [4, 5, 6, 7], les critères suivants faisaient partie des déterminants du choix des patientes concernant le professionnel auquel elles confiaient leur suivi de grossesse : proximité, disponibilité, pratique du suivi médical et/ou gynécologique habituel, pratique du suivi de grossesse(s) antérieure(s). Tous ces éléments sont des caractéristiques que l'on peut rattacher au médecin généraliste, pour peu que celui-ci s'intéresse au domaine de la gynécologie et de l'obstétrique.

Les patientes de Petitprez S., tout comme nos patientes l'ont fait remarquer en fin de questionnaires, insistaient sur la relation de confiance établie avec leur médecin traitant. La majorité des patientes de l'étude de Petitprez S. estimait ce lien créé depuis l'enfance comme bénéfique et rassurant pour elles, leur permettant de poser leurs questions plus librement.

La disponibilité si spécifique au médecin de famille était également soulignée comme un véritable atout, qu'il s'agisse de la prise de rendez-vous simplifiée avec des délais plus que raisonnables ou même d'une consultation dans le cadre d'une urgence réelle ou ressentie.

Enfin, tout comme les patientes de notre étude, certaines femmes enceintes avaient déjà prévu de faire réaliser le suivi pédiatrique de leur enfant par leur généraliste, trouvant ainsi logique de lui confier le suivi de la grossesse.

### **3. Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse : comment améliorer l'adhésion des patientes ?**

Pour améliorer l'adhésion des patientes au suivi de grossesse par le médecin généraliste, les patientes de l'étude de Petitprez S. ont fait plusieurs propositions tout à fait pertinentes compte tenu de notre revue de la littérature.

Tout d'abord, il s'agirait de diffuser l'information sur les compétences des généralistes en matière de suivi de grossesse de façon bien plus large. Selon ces patientes, l'information passe essentiellement par le médecin généraliste qui se doit de proposer le suivi de grossesse à ses patientes s'il le pratique, et ce le plus tôt possible afin de les sensibiliser aux différents types de suivis envisageables.

Dans ce but, certaines patientes proposaient de mettre des affiches dans les salles d'attente des médecins généralistes afin de sensibiliser un plus grand nombre de femmes. L'affiche proposée en annexe III en est un exemple.

L'idée selon laquelle la formation des généralistes en obstétrique serait véritablement insuffisante persistait auprès de certaines patientes qui insistaient sur la nécessité de compléter la formation initiale dans ce domaine, de renforcer les acquis et de "remettre à niveau les plus anciens".

Le carnet unique de suivi obstétrical était défini comme un élément rassurant pour les patientes, centralisant les informations et favorisant le partage avec les autres professionnels.

Enfin, la féminisation des médecins généralistes est vue comme un véritable atout par les patientes. Selon elles, ces professionnelles seraient davantage susceptibles de s'impliquer dans le suivi obstétrical et gynécologique ; la pudeur et les potentielles craintes ou interrogations seraient également mieux comprises.

#### **4. Synthèse du deuxième objectif secondaire : préciser la place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse selon les représentations des patientes**

Malgré les 2 biais potentiels liés à la méthodologie de notre étude et susceptibles d'influencer un choix moindre du généraliste parmi nos patientes, nos résultats sont superposables à ceux de la littérature : le médecin généraliste est loin d'être le premier professionnel choisi pour le suivi obstétrical.

Pourtant, il peut à lui seul rassembler la totalité des critères déterminants pour les patientes dans le choix du praticien auquel elles confient leur suivi de grossesse, pour peu qu'il s'implique dans ce domaine.

L'analyse de la littérature révèle que la principale raison de ce non-choix est la remise en question de ses compétences en matière de suivi de grossesse. Ce constat est probablement

le fruit de décennies au cours desquelles les médecins traitants n'ont que peu - voire pas - considéré la gynécologie et l'obstétrique au sein de leur activité, pour des raisons variées.

Il est donc dans l'intérêt du médecin généraliste d'aujourd'hui de communiquer sur ses compétences en matière de suivi de grossesse et sur les différents types de suivis obstétricaux envisageables.

Cet indispensable devoir d'information envers sa patientèle lui incombe, à lui et lui seul, et ce dès le tout premier contact médical.

# CONCLUSION

Quatre catégories de professionnels de santé peuvent être choisies sans distinction pour le suivi d'une grossesse à bas risque : sage-femme, médecin généraliste, gynécologue médical et gynéco-obstétricien.

Notre travail avait pour principal objectif de comprendre les motivations des patientes réunionnaises à choisir un professionnel plutôt qu'un autre pour le suivi de leur grossesse. Pour cela, nous avons effectué une enquête sur l'ensemble du territoire réunionnais, durant 3 mois, par le biais de questionnaires papier destinés à toutes les patientes enceintes se présentant pour une échographie du premier trimestre, dans les cabinets libéraux comme dans les hôpitaux.

Les principaux critères retenus par plus de la moitié des femmes, quel que soit le praticien choisi, étaient les compétences médicales et relationnelles du professionnel, sa pratique de l'échographie et celle du suivi médical et/ou gynécologique habituel. Sa proximité et sa disponibilité ainsi que sa pratique du suivi de grossesse(s) antérieure(s) et le fait qu'il ait été conseillé par un proche ou un soignant figuraient également parmi les éléments guidant le choix des patientes. Certains déterminants sociaux semblaient avoir leur importance, écartant de ce fait la possibilité d'un choix totalement libre.

Certains critères très spécifiques au champ de compétences de chaque professionnel apparaissaient aussi comme déterminants dans le choix des femmes et justifiaient l'exploration des représentations des patientes concernant ces différents métiers du soins. Notre analyse a révélé une évidente méconnaissance globale des patientes risquant de conduire à des attentes inadaptées voire une déception infondée de leur part. L'information dispensée par les praticiens auprès de leur patientèle s'avère très inégale d'un professionnel à un autre et demeure insuffisante. Tous professionnels confondus, ce devoir d'information doit perdurer et s'améliorer auprès des patientes et des couples dans un souci de choix éclairé, socle d'une parentalité mieux vécue car mieux choisie.

Concernant la place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse, nos résultats sont superposables à ceux de la littérature. Loin d'être le premier professionnel choisi pour le suivi obstétrical alors qu'il regroupe la quasi-totalité des caractéristiques déterminantes dans le choix du praticien auquel les femmes confient leur grossesse, le médecin généraliste fait face à de plus fréquentes remises en question de ses compétences par les patientes que les autres spécialistes (sages-femmes, gynécologues médicaux et gynéco-obstétriciens). Ce fait

étant probablement le fruit de décennies au cours desquelles ses aînés n'ont que peu pratiqué la gynécologie et l'obstétrique, il est dans l'intérêt du médecin généraliste d'aujourd'hui de communiquer sur ses compétences en matière de suivi de grossesse et sur les différents types de suivis obstétricaux envisageables. Cet indispensable devoir d'information envers sa patientèle lui incombe, à lui et lui seul, et ce dès le tout premier contact médical.

# **REFERENCES**

# **BIBLIOGRAPHIQUES**

- [1] Assemblée nationale. (page consultée le 9 juin 2020). Projet de loi de financement de la Sécurité Sociale, amendement no 1208, [en ligne].  
[https://www.assembleenationale.fr/dyn/15/amendements\\_alt/2296/AN/1208](https://www.assembleenationale.fr/dyn/15/amendements_alt/2296/AN/1208).
- [2] Haute Autorité de Santé. (page consultée le 9 juin 2020). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, 2016 [en ligne].  
[https://www.hassante.fr/jcms/c\\_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-dessituations-a-risque-identifiees](https://www.hassante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-dessituations-a-risque-identifiees).
- [3] Assurance Maladie. (page consultée le 9 juin 2020). Grossesse : première consultation et suivi mensuel, [en ligne].  
<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse/consultationsuivi-mensuel>.
- [4] Gros-Lenne B. Critères de choix des femmes enceintes concernant le praticien auquel elles confient leur suivi [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Créteil: Faculté de Médecine Paris XII; 2005.
- [5] Tesse-Skaf M. Déterminants conditionnant le choix du praticien pour le suivi de grossesse [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Lille : Université Henri Warembourg; 2013.
- [6] Pépin-Moinard M. Déterminants et critères du choix du professionnel pour le suivi d'une grossesse à bas risque [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Nantes: Faculté de Médecine; 2018.
- [7] Petitprez S. Comment favoriser le suivi de grossesse par le médecin généraliste ? Ressenti des femmes enceintes dans le département de l'Aisne [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Amiens: Université de Picardie Jules Vernes; 2015.
- [8] Hureau S. Le suivi des femmes enceintes : parcours de soins et raisons du non-choix du médecin généraliste pour la surveillance de la grossesse [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Bordeaux: Université Bordeaux-II; 2008.
- [9] Lambillon R. Suivi des grossesses par les médecins généralistes en France métropolitaine : contribution de 2003 à 2016, caractéristiques sociodémographiques [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Créteil: Faculté de Médecine Paris XII; 2018.
- [10] Haute Autorité de Santé. (page consultée le 9 juin 2020). Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement, 2009 [en ligne].  
[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses\\_a\\_risque\\_recommandations.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_recommandations.pdf).

- [11] ONISEP. (page consultée le 12 septembre 2020). Les études de médecine, 2020 [en ligne]. <https://www.onisep.fr/Choisir-mes-etudes/Apres-le-bac/Principaux-domaines-d-etudes/Le-setudes-de-sante-organisation-des-etudes/Le-setudes-de-medecine>.
- [12] Ministère de l'Éducation Nationale. (page consultée le 12 septembre 2020). Objectifs pédagogiques terminaux pour les items de la 2<sup>ème</sup> partie du 2<sup>ème</sup> cycle des études médicales, 2001 [en ligne]. <https://www.education.gouv.fr/bo/2001/31/sup.htm>.
- [13] Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. (page consultée le 12 septembre 2020). D.E.S de Gynécologie-Obstétrique, 2015 [en ligne]. <http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/gynecologie-etobstetrique/module1.htm>.
- [14] InterSyndicale Nationale des Internes. (page consultée le 12 septembre 2020). Présentation de la spécialité “Gynécologie-Obstétrique”, 2017 [en ligne]. <https://isni.fr/des/gynecologieobstetrique/>.
- [15] InterSyndicale Nationale des Internes. (page consultée le 12 septembre 2020). Présentation de la spécialité “Médecine Générale”, 2016 [en ligne]. <https://isni.fr/medecinegenerale/>.
- [16] InterSyndicale Nationale Autonome Représentative des Internes en Médecine Générale. (page consultée le 12 septembre 2020). D.E.S de Médecine Générale, 2019 [en ligne]. <https://www.isnar-img.com/pendant-linternat/des-de-medecine-generale/>.
- [17] Collège National des Généralistes Enseignants. (page consultée le 12 septembre 2020). Présentation du D.E.S, 2012 [en ligne]. [https://www.cnge.fr/la\\_pedagogie/presentation\\_du\\_des/](https://www.cnge.fr/la_pedagogie/presentation_du_des/).
- [18] Code de la Santé Publique. (page consultée le 12 septembre 2020). Arrêté du 21 avril 2017 relatif aux connaissances, aux compétences et aux maquettes de formation des D.E.S, 2017 [en ligne]. <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000034502881/>.
- [19] Conférence Nationale des Enseignants en Maïeutique. (page consultée le 13 septembre 2020). Formation initiale : le contenu, 2016 [en ligne]. <https://cnema.fr/cnema/formations/formation-initiale/le-contenu/>.
- [20] Ministère des Solidarités et de la Santé. (page consultée le 13 septembre 2020). Sagesfemmes : compétences et formation, 2017 [en ligne]. <https://solidarites-sante.gouv.fr/metierset-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/sages-femmes/>.

- [21] Ordre des sages-femmes. (page consultée le 24 septembre 2020). La formation initiale, 2017 [en ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/formation/initiale/>.
- [22] Code de la Santé Publique. (page consultée le 12 septembre 2020). Article L 4151-1 : Conditions d'exercice de la profession de sage-femme, 2016 [en ligne]. [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000031930152/](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031930152/).
- [23] Morin C, Leymarie M-C. Evolution de la formation des sages-femmes. Les Dossiers de l'Obstétrique [en ligne]. Août-Septembre 2014, n°440, [page consultée le 2 septembre 2020]. Disponibilité sur Internet : <[http://cnema.fr/cnema/wp-content/uploads/2016/01/Evolution-dela-formation-des-SF-DO-440\\_MANAGEMENT.pdf](http://cnema.fr/cnema/wp-content/uploads/2016/01/Evolution-dela-formation-des-SF-DO-440_MANAGEMENT.pdf)>
- [24] INSERM-ÉpopéE. (page consultée le 4 septembre 2020). Enquête nationale périnatale, rapport 2016 [en ligne]. [http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wpcontent/uploads/2017/10/ENP2016\\_rapport\\_complet.pdf](http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wpcontent/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf).
- [25] INSEE. (page consultée le 13 février 2021). Bilan démographique 2019 à La Réunion, 2020 [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4986942>.
- [26] Santé Publique France. (page consultée le 17 février 2021). Etude descriptive du parcours de soins de la femme enceinte à La Réunion, 2017 [en ligne]. <https://www.santepubliquefrance.fr/regions/ocean-indien/documents/bulletinregional/2017/bulletin-de-veille-sanitaire-ocean-indien.-n-35-aout-2017>.
- [27] Observatoire régional de la santé, Océan Indien. (page consultée le 17 février 2021). Indicateurs de santé périnatale à La Réunion, 2018 [en ligne]. [https://www.repere.re/fileadmin/user\\_upload/bulletin\\_stat\\_perinat\\_reunion\\_septembre2018.pdf](https://www.repere.re/fileadmin/user_upload/bulletin_stat_perinat_reunion_septembre2018.pdf).
- [28] Nguyen A, Chan Wan G, Chopinet-Dijoux S. Étude descriptive du parcours de soins de la femme enceinte à La Réunion. Bulletin de veille sanitaire (BVS) océan Indien, août 2017, no 35. En ligne : [https://urml-oi.re/ZS/Prevention/Reunion\\_perenatalite\\_juin2020.pdf](https://urml-oi.re/ZS/Prevention/Reunion_perenatalite_juin2020.pdf).
- [29] Blondel B, Coulm B, Bonnet C and al. Trends in perinatal health in metropolitan France from 1995 to 2016 : Results from the French National Perinatal Surveys. J Gynecol Obstet Hum Reprod. 2017 Dec;46(10):701-713.

- [30] Farny C. Le suivi de grossesse en médecine générale : état des lieux dans le secteur Ouest de La Réunion [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Bordeaux: Université de Bordeaux II; 2012.
- [31] Agence Régionale de Santé. (page consultée le 15 septembre 2020). Projet de Santé Réunion-Mayotte 2018-2027, [en ligne]. [http://www.reunion.gouv.fr/IMG/pdf/prs\\_2cos\\_vsoumis\\_a\\_consultation-1.pdf](http://www.reunion.gouv.fr/IMG/pdf/prs_2cos_vsoumis_a_consultation-1.pdf).
- [32] Académie de La Réunion. (page consultée le 7 mars 2021). Dossier de presse : Journées nationales d'action contre l'illettrisme, 2019 [en ligne]. [http://www.reunion.gouv.fr/IMG/pdf/2019-09-04\\_dp\\_journees\\_nationales\\_d\\_actions\\_contre\\_l\\_illettrisme\\_-\\_jnai\\_et\\_tableau\\_-\\_vok.pdf](http://www.reunion.gouv.fr/IMG/pdf/2019-09-04_dp_journees_nationales_d_actions_contre_l_illettrisme_-_jnai_et_tableau_-_vok.pdf).
- [33] INSEE. (page consultée le 17 février 2021). Accès aux soins à La Réunion, 2016 [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2422206>.
- [34] INSEE. (page consultée le 17 février 2021). La précarité des femmes à La Réunion, 2019 [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3743810>.
- [35] INSEE. (page consultée le 17 février 2021). Le diplôme, clé de l'accès à l'emploi des jeunes réunionnais, 2016 [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2412290>.
- [36] INSEE. (page consultée le 17 février 2021). Bilan démographique 2017 à La Réunion [en ligne]. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3704706>.
- [37] Ordre des sages-femmes. (page consultée le 19 février 2021). Données démographiques de la profession, 2017 [en ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/donneesdemographiques-de-la-profession/>.
- [38] Ordre des sages-femmes. (page consultée le 3 novembre 2020). Les compétences des sages-femmes, 2012 [en ligne]. <http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sagefemme/competences/general/>.
- [39] Mondhard N. Un accompagnement personnalisé dans le respect de la physiologie. SagesFemmes. 2020 Nov;19(6):38-40.
- [40] CALM. (page consultée le 20 février 2021). L'accompagnement global à la naissance, 2018 [en ligne]. <https://www.mdncalm.org/laccompagnement-global-a-la-naissanceagn/#:~:text=Le%20suivi%20au%20Calm%20r%C3%A9pond,un%20couple%20de%20futurs%20parents.>
- [41] Pourchez L. Grossesse, naissance et petite enfance en société créole (île de La Réunion). Saint-Denis de La Réunion:Karthala;2002.

[42] Duboeuf-Richerol D. Le suivi de grossesse par le médecin généraliste, enquête dans le sud du département de la Loire [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. SaintEtienne: Faculté de Médecine Jacques Lisfranc; 2002.

[43] DREES. (page consultée le 7 mars 2021). Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, sexe et tranche d'âge, 2018 [en ligne]. <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3792>.

[44] Perret J. Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse [Thèse de Doctorat d'Université, Médecine Générale]. Grenoble: Faculté de Médecine Joseph Fourier; 2002.

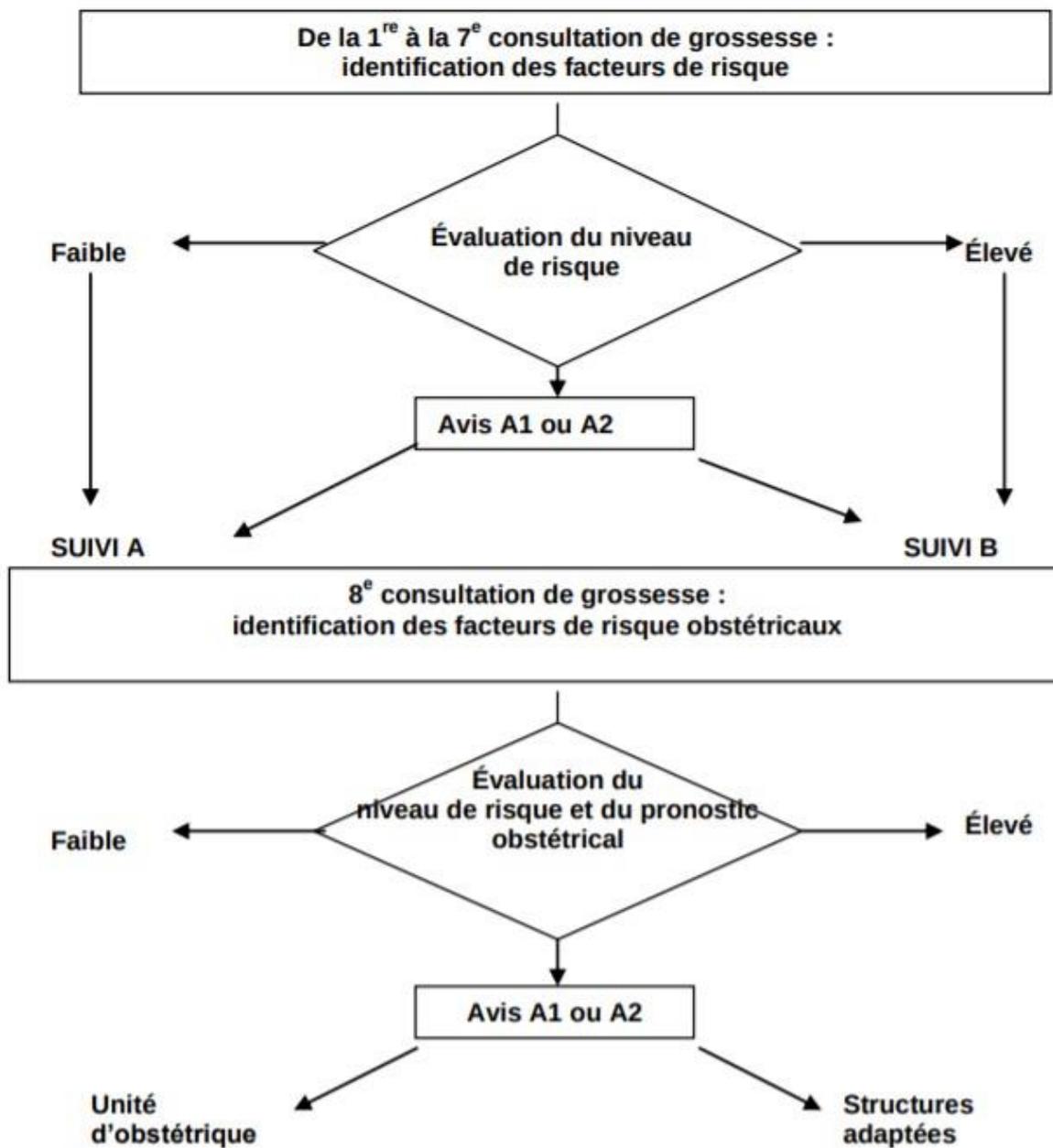
[Annexe I] Haute Autorité de Santé. (page consultée le 9 juin 2020). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, 2016 [en ligne].

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi\\_des\\_femmes\\_enceintes\\_recommandations\\_23-04-2008.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_recommandations_23-04-2008.pdf).

[Annexe II] Questionnaire proposé aux patientes de l'étude

[Annexe III] 10lunes. (page consultée le 9 juin 2020). A l'affiche « Pour vous, nous sommes tous là », 2014 [en ligne]. <https://10lunes.com/2014/09/a-laffiche/>.

# **ANNEXES**



ANNEXE I : Suivi et orientation des femmes enceintes  
en fonction des situations à risque identifiées, selon la

HAS

Madame, Mademoiselle,

Actuellement interne en médecine générale, je réalise ma thèse sur les critères de choix des femmes enceintes concernant le professionnel de santé auquel elles confient leur suivi de grossesse.

L'objectif de ce travail est de m'aider à comprendre vos attentes vis-à-vis du praticien que vous choisirez pour suivre votre grossesse. Ce questionnaire est tout à fait anonyme et sollicite entre 3 à 5 minutes de votre temps.

Je vous remercie d'avance pour toute l'aide que vous voudrez bien m'apporter en acceptant d'y répondre et vous adresse tous mes voeux de bonheur pour cet heureux évènement à venir.

Melisa BEKKA

---

**Lieu de réalisation de l'échographie :**

---

1. **Quel âge avez-vous ?** \_\_\_\_\_

2. **Quelle est votre ville de résidence ?** \_\_\_\_\_

3. **Quelle est votre nationalité ?** \_\_\_\_\_

**4. Actuellement, vous êtes :**

En activité et j'exerce le métier de : \_\_\_\_\_

Mère au foyer

Etudiante

Au chômage

autre : \_\_\_\_\_

**5. Votre niveau d'étude :**

je n'ai pas de diplôme

brevet des collèges

CAP/BEP

baccalauréat général, technologique ou professionnel

diplôme de niveau Bac+2

diplôme de second ou troisième cycle universitaire (licence, master, doctorat) ou diplôme de grandes écoles

**6. Vous êtes :**

célibataire et vivez avec le père de votre enfant

célibataire et vivez séparée du père de votre enfant

pacsée

mariée

divorcée

veuve

7. **Avez-vous déjà des enfants ?**  non  oui **si oui, combien ?** \_\_\_\_\_

ANNEXE II : Questionnaire proposé aux patientes de l'étude – 1<sup>ère</sup> page

**8. Quel professionnel de santé pensez-vous choisir en priorité pour votre suivi de grossesse (une seule réponse possible) ?**

- sage-femme  médecin généraliste  
 gynécologue médical (en cabinet)  gynécologue-obstétricien (accoucheur)

**9. Concernant le choix de ce professionnel, diriez-vous que :**

**a) son sexe est :**  pas du tout important  peu important  très important  
si "très important", vous préférez être suivie par :  un homme  une femme

**b) son âge est :**  pas du tout important  peu important  très important  
si "très important", vous préférez être suivie par :  
 un(e) jeune diplômé(e)  un(e) professionnel(le) avec beaucoup d'expérience

**c) ses compétences médicales sont :**  
 pas du tout importantes  peu importantes  très importantes

**d) ses compétences relationnelles sont :**  
 pas du tout importantes  peu importantes  très importantes

**10. Parmi les éléments suivants, cochez ceux qui guident votre choix (plusieurs réponses possibles) :**

- ce professionnel assure votre suivi médical et/ou gynécologique habituel  
 ce professionnel vous a déjà suivie pour d'autres grossesses  
 ce professionnel vous a été conseillé par un proche  
 ce professionnel vous a été conseillé par un soignant  
 ce professionnel consulte près de chez vous  
 ce professionnel est le seul que vous connaissiez comme capable d'assurer le suivi  
 ce professionnel est très disponible  
 ce professionnel propose un tarif de consultation qui vous convient  
 ce professionnel pratique les échographies de grossesse  
 ce professionnel pratique la préparation à l'accouchement  
 ce professionnel pratique les accouchements  
 ce professionnel pratique la rééducation périnéale  
 ce professionnel pratique la consultation post-natale  
 ce professionnel peut réaliser le suivi de votre enfant après sa naissance  
 vous désirez limiter le nombre d'intervenants médicaux  
 vous désirez être suivie dans la maternité d'accouchement  
 autre(s) : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**11. Selon vous, qui peut réaliser le suivi d'une grossesse sans complication (plusieurs réponses possibles) ?**

- sage-femme  médecin généraliste  
 gynécologue médical (en cabinet)  gynécologue-obstétricien (accoucheur)

**12. Selon vous, qui peut prescrire les médicaments et les examens complémentaires nécessaires au suivi de la grossesse (plusieurs réponses possibles) ?**

- sage-femme  médecin généraliste  
 gynécologue médical (en cabinet)  gynécologue-obstétricien (accoucheur)

**13. Selon vous, chez quel professionnel pouvez-vous bénéficier d'une prise en charge à 100% (plusieurs réponses possibles) ?**

- sage-femme  médecin généraliste  
 gynécologue médical (en cabinet)  gynécologue-obstétricien (accoucheur)

**14. Selon vous, combien d'années d'études faut-il pour devenir :**

- sage-femme : \_\_\_\_\_  médecin généraliste : \_\_\_\_\_  
 gynécologue médical (en cabinet) : \_\_\_\_\_  gynécologue-obstétricien (accoucheur) : \_\_\_\_\_

**15. Avez-vous eu des problèmes de santé avant la grossesse**

(par exemple : hypertension artérielle, diabète, suivi en PMA,...) ?  non  oui  
Si oui, lesquels ?

---

---

**16. Avez-vous eu des complications lors de grossesses antérieures**

(par exemple : tension artérielle élevée, diabète gestationnel, menace d'accouchement prématuré,...) ?  non  oui  
Si oui, lesquelles ?

---

---

**17. Y a-t-il une question que vous avez mal comprise ?**  non  oui

Si oui, laquelle et pourquoi ?

---

---

**18. Avez-vous quelque chose à rajouter ? Cet espace est pour vous :**

---

---

---

---

**Je vous remercie beaucoup pour votre participation  
et vous souhaite une grossesse des plus douces.**

# CONTRACEPTION GROSSESSE FROTTIS SUIVI QUESTIONS

DIU (Stérilet)  
Implant  
Pilule  
Anneau  
Patch



**Vous avez le CHOIX.**  
**Pour VOUS, nous sommes TOUS là.**

D'après les articles L2122-1 et L5134-1 du Code de Santé Publique, médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes sont habilités à prescrire la contraception de votre choix et à en assurer l'éventuelle pose et le suivi, à réaliser vos frottis de dépistage tous les trois ans, et à effectuer le suivi de votre grossesse si celle-ci se déroule sans problème. Chacun de ces professionnels est accessible directement, sans passer par votre médecin traitant.

Design et Illustration: GaiucheMO

ANNEXE III : Proposition d'affiche d'informations concernant les différents professionnels de santé disponibles pour le suivi de grossesse à destination des patientes

# SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise 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.

Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçue 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 déshonorée et méprisée si j'y manque.

## DETERMINANTS DU CHOIX DES FEMMES ENCEINTES CONCERNANT LE PROFESSIONNEL AUQUEL ELLES CONFIENT LEUR SUIVI DE GROSSESSE

Enquête auprès des patientes réunionnaises

### Résumé

**Introduction :** Sages-femmes, médecins généralistes et gynécologues assurent tous le suivi prénatal mais la question du choix des couples concernant le professionnel qui suivra la grossesse interpelle peu. L'objectif de l'étude est d'identifier les déterminants de ce choix. Les objectifs secondaires sont de décrire les connaissances des patientes vis-à-vis des différents praticiens et de préciser la place du médecin généraliste dans le suivi obstétrical.

**Méthode :** Une étude quantitative, transversale, descriptive a été réalisée d'octobre 2020 à janvier 2021 sur l'île de La Réunion par le biais d'un questionnaire distribué aux patientes enceintes se présentant pour l'échographie du premier trimestre. Parmi une liste de caractéristiques proposées, le taux de patientes ayant défini une caractéristique comme « déterminante » dans leur choix était le critère de jugement principal.

**Résultats :** 323 questionnaires ont été analysés. Les compétences médicales et relationnelles du professionnel, sa pratique de l'échographie, du suivi médical ou gynécologique habituel se révèlent déterminantes pour plus de la moitié des patientes. L'étude révèle une franche méconnaissance des femmes vis-à-vis des praticiens. Le médecin généraliste, peu choisi, subit de plus fréquentes remises en question de ses compétences que ses confrères.

**Conclusion :** Les patientes choisissent leur praticien pour des raisons similaires mais ce choix ne s'avère ni éclairé ni libre. L'information dispensée demeure insuffisante et inégale d'un professionnel à un autre. Il incombe à chacun de communiquer sur ses compétences en matière de suivi de grossesse et sur les types de suivis obstétricaux envisageables.

**Discipline :** Médecine Générale **Mots-Clés :** Suivi, Grossesse, Maternité, Médecine générale, Choix, Relation médecin-patient

## DETERMINING FACTORS OF PREGNANT WOMEN'S CHOICE ABOUT HEALTH PROFESSIONAL INVOLVED IN THEIR PRENATAL FOLLOW-UP

A Reunion Island based survey

### Abstract

**Background :** Midwives, general practitioners and gynecologists are qualified to practice prenatal follow-up but the reason why couples choose their health professional is not clear. The aim of the study is to identify the determining factors of this choice. The secondary objectives are to describe women's knowledge about these different practitioners and to specify treating physician's place in pregnancy monitoring.

**Method :** A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted from october 2020 to january 2021 on Reunion Island. Pregnant women where asked to fill out a questionnaire during their first trimester ultrasound. Among a list of criteria, women had to check those which were determining factors in the choice of their health worker.

**Results :** 323 questionnaires were analyzed. Medical and interpersonal skills, ultrasound practice and usual medical or gynecological follow-up practice were key factors for most women. Our results show a deep ignorance of patients towards their practitioners. Treating physicians undergo frequent questionings about their skills in this field.

**Conclusion :** Pregnant women choose their practitioner according to similar reasons but this choice is nor free nor informed. Counseling about pregnancy monitoring remains poor and inequitable. Giving full and comprehensive information to patients about prenatal follow-up is a professional duty that must be improved.

**Discipline :** General Medicine **Keywords :** Monitoring, Pregnancy, Maternity, General Medicine, Choice, Doctor-patient relationship