



HAL
open science

Impact sur le choix des femmes en âge de procréer d'une information concernant les compétences des différents professionnels de la grossesse : étude avant-après auprès de femmes iséroises

Claire Maucorps, Coralie Barbier

► To cite this version:

Claire Maucorps, Coralie Barbier. Impact sur le choix des femmes en âge de procréer d'une information concernant les compétences des différents professionnels de la grossesse : étude avant-après auprès de femmes iséroises. Médecine humaine et pathologie. 2023. dumas-04064334

HAL Id: dumas-04064334

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04064334>

Submitted on 11 Apr 2023

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.

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance.

La propriété intellectuelle du document reste entièrement celle du ou des auteurs. Les utilisateurs doivent respecter le droit d'auteur selon la législation en vigueur, et sont soumis aux règles habituelles du bon usage, comme pour les publications sur papier : respect des travaux originaux, citation, interdiction du pillage intellectuel, etc.

Il est mis à disposition de toute personne intéressée par l'intermédiaire de [l'archive ouverte DUMAS](#) (Dépôt Universitaire de Mémoires Après Soutenance).

Si vous désirez contacter son ou ses auteurs, nous vous invitons à consulter en ligne les annuaires de l'ordre des médecins, des pharmaciens et des sages-femmes.

Contact à la Bibliothèque universitaire de Médecine Pharmacie de Grenoble :

bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

Année : 2023

**IMPACT SUR LE CHOIX DES FEMMES EN ÂGE DE PROCRÉER D'UNE
INFORMATION CONCERNANT LES COMPÉTENCES DES
DIFFÉRENTS PROFESSIONNELS DE LA GROSSESSE :
ÉTUDE AVANT-APRÈS AUPRÈS DE FEMMES ISÉROISES**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

SPÉCIALITÉ : MÉDECINE GÉNÉRALE

Par Mme Claire MAUCORPS

[Données à caractère personnel]

Et Mme Coralie BARBIER

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Le 04/04/2023

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE :

Présidente du jury :

Mme le Pr Pascale HOFFMANN

Membres :

Mme le Dr Marion CHAUVET

Mme le Dr Claire MASSE-NAVETTE (directrice de thèse)

Mme la Sage-Femme Valérie FULBERT

L'UFR de Médecine de Grenoble n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses ; ces opinions sont considérées comme propres à leurs auteurs.

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	ALBALADEJO Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	ARVIEUX-BARTHÉLÉMY Catherine	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	BAILLET Athan	Rhumatologie
PU-PH	BARONE-ROCHETTE Gilles	Cardiologie
PU-PH	BAYAT Sam	Physiologie
MCF Ass.MG	BENDAMENE Farouk	Médecine Générale
PU-PH	BENHAMOU Pierre-Yves	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	BERGER François	Biologie cellulaire
MCU-PH	BÉTRY Cécile	Nutrition
MCU-PH	BIDART-COUTTON Marie	Biologie cellulaire
PU-PH	BIOULAC-ROGIER Stéphanie	Pédopsychiatrie ; addictologie
PU-PH	BLAISE Sophie	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PR Ass. Méd.	BOILLOT Bernard	Urologie
MCU-PH	BOISSET Sandrine	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	BONAZ Bruno	Gastroentérologie ; hépatologie
PU-PH	BONNETERRE Vincent	Médecine et santé au travail
PU-PH	BOREL Anne-Laure	Nutrition
PU-PH	BOSSON Jean-Luc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	BOTTARI Serge	Biologie cellulaire
PR Ass.MG	BOUCHAUD Jacques	Médecine Générale
PU-PH	BOUGEROL Thierry	Psychiatrie d'adultes
PU-PH	BOUILLET Laurence	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MCU-PH	BOUSSAT Bastien	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	BOUZAT Pierre	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH émérite	BRAMBILLA Christian	Pneumologie
PU-PH émérite	BRAMBILLA Elisabeth	Anatomie et cytologie pathologiques
MCU-PH	BRENIER-PINCHART Marie Pierre	Parasitologie et mycologie
PU-PH	BRICAULT Ivan	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	BRICHON Pierre-Yves	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	BRIOT Raphaël	Thérapeutique-médecine de la douleur ; Addictologie
PU-PH émérite	CAHN Jean-Yves	Hématologie
PU-PH émérite	CARPENTIER Patrick	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
PR Ass.MG	CARRILLO Yannick	Médecine Générale
MCU-PH	CASPAR Yvan	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PU-PH émérite	CESBRON Jean-Yves	Immunologie
PU-PH	CHABARDÈS Stephan	Neurochirurgie
PU-PH	CHABRE Olivier	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	CHAFFANJON Philippe	Anatomie
MCF Ass.MG	CHAMBOREDON Benoît	Médecine Générale

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	CHARLES Julie	Dermato-vénéréologie
MCF Ass.MG	CHAUVET Marion	Médecine Générale
PU-PH	CHAVANON Olivier	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-PH	CHEVALLIER Marie	Pédiatrie
PU-PH	CHIQUET Christophe	Ophthalmologie
PU-PH	CHIRICA Mircea	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	CINQUIN Philippe	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	CLAVARINO Giovanna	Immunologie
MCU-PH	CLIN CHERPEC Rita	Nutrition
PU-PH	COHEN Olivier	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	COURVOISIER Aurélien	Chirurgie infantile
PU-PH	COUTTON Charles	Génétique
PU-PH	COUTURIER Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
PU-PH	CRACOWSKI Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	DEBATY Guillaume	Médecine d'Urgence
PU-PH	DEBILLON Thierry	Pédiatrie
PU-PH	DECAENS Thomas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PR Ass. Méd.	DEFAYE Pascal	Cardiologie
PU-PH	DEGANO Bruno	Pneumologie ; addictologie
PU-PH	DEMATTEIS Maurice	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH émérite	DEMONGEOT Jacques	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	DERANSART Colin	Physiologie
PU-PH	DESCOTES Jean-Luc	Urologie
PU-PH	DETANTE Olivier	Neurologie
MCU-PH	DIETERICH Klaus	Génétique
MCU-PH	DOUTRELEAU Stéphane	Physiologie
PU-PH	DUMESTRE PÉRARD Chantal	Immunologie
PU-PH	ÉPAULARD Olivier	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
MCU-PH	EVAIN Jean-Noël	Anesthésiologie-réanimation et médecine périopératoire
MCU-PH	EYSSERIC Hélène	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH émérite	FAGRET Daniel	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	FAUCHERON Jean-Luc	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH	FAURE Julien	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	FERRETTI Gilbert	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	FIARD Gaëlle	Urologie
PU-PH	FONTAINE Éric	Nutrition
PU-PH émérite	FRANÇOIS Patrice	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PR Ass. Méd.	FREY Gil	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MCU-MG	GABOREAU Yoann	Médecine Générale
PU-PH	GARBAN Frédéric	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	GAUDIN Philippe	Rhumatologie
MCU-PH	GAUTIER-VEYRET Elodie	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PU-PH	GAVAZZI Gaétan	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	GAY Emmanuel	Neurochirurgie
MCU-PH	GIAI Joris	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
MCU-PH	GILLOIS Pierre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	GIOT Jean-Philippe	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; Brûlologie
MCU-PH	GRAND Sylvie	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH émérite	GRIFFET Jacques	Chirurgie infantile
PU-PH	HAINAUT Pierre	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	HENNEBICQ Sylviane	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	HOFFMANN Pascale	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH émérite	HOMMEL Marc	Neurologie
PU-MG	IMBERT Patrick	Médecine Générale
PU-PH émérite	JOUK Pierre-Simon	Génétique
PU-PH	KAHANE Philippe	Physiologie
PU-PH	KASTLER Adrian	Radiologie et imagerie médicale
MCU-PH	KHERRAF Zine-Eddine	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PU-PH	KRAINIK Alexandre	Radiologie et imagerie médicale
PU-PH	LABARÈRE José	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	LABLANCHE (CORNALI) Sandrine	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
PU-PH	LANDELLE Caroline	Bactériologie – virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	LANTUEJOUL Sylvie	Anatomie et cytologie pathologiques
PR Ass. Méd.	LARAMAS Mathieu	Cancérologie ; radiothérapie
MCU-PH	LARDY Bernard	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	LAURENT-COSTENTIN Charlotte	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	LE GOUËLLEC LE PISSART Audrey	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH	LE MARÉCHAL Marion	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
PU-PH	LECCIA Marie-Thérèse	Dermato-vénéréologie
PR Ass.MG	LEDOUX Jean-Nicolas	Médecine Générale
PU-PH émérite	LÉTOUBLON Christian	Chirurgie viscérale et digestive
PU-PH émérite	LÉVY Patrick	Physiologie
PU-PH	LONG Jean-Alexandre	Urologie
MCU-PH	LUPO Julien	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MAÎTRE Anne	Médecine et santé au travail
MCU-PH	MARLU Raphaël	Hématologie ; Transfusion
PR Ass. Méd.	MATHIEU Nicolas	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MCU-PH	MAUBON Danièle	Parasitologie et mycologie
PU-PH	MAURIN Max	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
MCU-PH	MC LEER Anne	Histologie, embryologie et cytogénétique
MCU-PH	MEONI Sara	Neurologie
PR Ass. Méd.	MICHY Thierry	Gynécologie-obstétrique
MCU-PH	MONDET Julie	Histologie, embryologie et cytogénétique
PU-PH	MORAND Patrice	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH	MOREAU-GAUDRY Alexandre	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	MORO Elena	Neurologie

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	MORO-SIBILOT Denis	Pneumologie ; addictologie
MCU-PH	MORTAMET Guillaume	Pédiatrie
PU-PH émérite	MOUSSEAU Mireille	Cancérologie ; radiothérapie
PU-PH émérite	MOUTET François	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
PR Ass.MG	ODDOU Christel	Médecine Générale
PR Ass. Méd.	ORMEZANO Olivier	Cardiologie
MCU-PH	PACLET Marie-Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	PAILHÉ Régis	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	PALOMBI Olivier	Anatomie
PU-PH	PARK Sophie	Hématologie ; Transfusion
PR Ass.MG	PAUMIER-DESBRIÈRES Françoise	Médecine Générale
PU-PH	PAYEN DE LA GARANDERIE Jean-François	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
MCU-PH	PAYSANT François	Médecine légale et droit de la santé
MCU-PH	PELLETIER Laurent	Biologie cellulaire
PU-PH	PELLOUX Hervé	Parasitologie et mycologie
PU-PH	PÉPIN Jean-Louis	Physiologie
PU-PH	PÉRENNOU Dominique	Médecine physique et de réadaptation
PAST	PICARD Julien	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
PU-PH	PERNOD Gilles	Chirurgie vasculaire ; Médecine vasculaire
MCF	PINSAULT Nicolas	Sciences de la rééducation et de réadaptation
PU-PH	PIOLAT Christian	Chirurgie infantile
PU-PH émérite	PISON Christophe	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	PLANTAZ Dominique	Pédiatrie
PU-PH	POIGNARD Pascal	Bactériologie-virologie ; Hygiène hospitalière
PU-PH émérite	POLACK Benoît	Hématologie ; Transfusion
PU-PH	POLOSAN Mircea	Psychiatrie d'adultes ; Addictologie
PU-PH émérite	RAMBEAUD Jean-Jacques	Urologie
PU-PH	RAY Pierre	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PR Ass. Méd.	RECHE Fabian	Chirurgie viscérale et digestive
MCU-PH	RENDU John	Biochimie et biologie moléculaire
MCU-PH émérite	RIALLE Vincent	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
PU-PH	RIETHMULLER Didier	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
PU-PH	RIGHINI Christian	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH émérite	ROMANET Jean Paul	Ophthalmologie
PU-PH	ROSTAING Lionel	Néphrologie
PU-PH	ROUSTIT Matthieu	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	ROUX-BUISSON Nathalie	Biochimie et biologie moléculaire
PR Ass.MG	ROYER DE VÉRICOURT Guillaume	Médecine Générale
PU-PH émérite	SARAGAGLIA Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologie
MCU-PH	SATRE Véronique	Génétique
PU-PH	SAUDOU Frédéric	Biologie cellulaire
PU-PH	SCHMERBER Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
PU-PH	SCHWEBEL Carole	Médecine intensive-réanimation

CORPS	NOM Prénom	DISCIPLINE UNIVERSITAIRE
PU-PH	SCOLAN Virginie	Médecine légale et droit de la santé
PU-PH	SEIGNEURIN Arnaud	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	SPEAR Rafaëlle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
PU-PH émérite	STAHL Jean-Paul	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales
PU-PH	STANKE Françoise	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MCU-PH	STASIA Marie-José	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	STURM Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	TAMISIER Renaud	Physiologie
PU-PH	THEVENON Julien	Génétique
PU-PH	TOFFART Anne-Claire	Pneumologie ; Addictologie
PU-PH	TONETTI Jérôme	Chirurgie orthopédique et traumatologie
PU-PH	TOUSSAINT Bertrand	Biochimie et biologie moléculaire
PU-PH	VALMARY-DEGANO Séverine	Anatomie et cytologie pathologiques
PU-PH	VANZETTO Gérald	Cardiologie
PU-PH	VIGLINO Damien	Médecine d'urgence
PU-PH	VUILLEZ Jean-Philippe	Biophysique et médecine nucléaire
PU-PH	WEIL Georges	Épidémiologie, économie de la santé et prévention
PU-PH	ZAoui Philippe	Néphrologie
PU-PH émérite	ZARSKI Jean-Pierre	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PU-PH	Professeur des universités - Praticien hospitalier
MCU-PH	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier
PU-PH émérite*	Professeur des universités - Praticien hospitalier émérite
MCU-PH émérite*	Maître de conférences des universités - Praticien hospitalier émérite
PU-MG	Professeur des universités de médecine générale
MCU-MG	Maître de conférences des universités de médecine générale
MCF	Maître de conférences des universités
PR Ass. Med.	Professeur des universités associé (à mi-temps)
PR Ass. MG	Professeur des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
MCF Ass.MG	Maître de conférences des universités de médecine générale associé (à mi-temps)
PAST	Professeur associé en service temporaire

Remerciements

A notre jury :

Madame la Professeure Pascale HOFFMANN, notre présidente,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury, en toute légitimité. Nous vous accordons notre reconnaissance et notre profond respect.

Madame la Docteure Marion CHAUVET, Madame la Sage-Femme Valérie FULBERT,

Nous vous exprimons toute notre gratitude d'avoir pris le temps d'examiner et de juger notre travail. Nous vous remercions chaleureusement.

Madame la Docteure Claire MASSE-NAVETTE, notre directrice de thèse,

Nous te remercions vivement de nous avoir suivies dans cette aventure. Un grand merci pour tes encouragements répétés, ton optimisme et ta bonne humeur. Nous te remercions également pour ton engagement, ta disponibilité et pour toute l'écoute que tu nous as accordée tout au long de ce projet. Merci pour tes conseils avisés et ta bienveillance.

A Annette et Gilles,

Nous vous remercions pour vos précieux conseils méthodologiques, du temps et de la patience que vous nous avez accordés.

Aux coiffeurs,

Sans votre participation nous n'aurions pas pu écrire cette thèse, un immense merci.

Aux participantes, un grand merci pour vos réponses !

Remerciements de Coralie

A Claire,

Je te remercie d'avoir pris part à ce projet de thèse et pour tout le chemin parcouru ensemble. Merci d'avoir été perfectionniste jusqu'au bout sans n'avoir jamais rien lâché. Merci d'avoir apporté tant de bonne humeur, de rigolades pendant nos longues conversations téléphoniques et « journées thèses », où nous étions malgré tout très productives. Merci pour tes encouragements répétés dans les moments les plus difficiles. Je pense que nous pouvons être fières de nous. Et merci pour l'amitié que nous avons nouée !

A Suzanne, qui a été ma tutrice pendant mon internat et un super maître de stage. Merci pour tes conseils et pour ton soutien !

A Laurent, qui m'a guidée pendant mon parcours et a toujours bien voulu répondre à mes questions. Merci de m'avoir reçue dans ton service alors que j'étais une jeune novice. Je te confirme que je ne regrette pas mon choix d'être médecin généraliste.

A tous mes maîtres de stage, qui m'ont appris tant de choses, mais surtout à être un bon médecin. Merci pour ces partages d'expériences, pour m'avoir apporté chacun le meilleur de vous-mêmes. Merci pour votre écoute, vos conseils, pour votre encadrement.

A l'équipe de la MSP de l'Hien, qui m'a accueillie dans les meilleures conditions. Je suis très heureuse de pouvoir bientôt prendre officiellement part à vos projets, et d'avoir la chance de vous avoir rencontrés. Vous êtes une équipe en or !

A Etienne, qui nous a indéfectiblement soutenues pendant les dernières semaines de notre projet, et si bien nourries.

A mes parents,

Je vous remercie de m'avoir permis d'accéder à ce beau métier de médecin généraliste. Je vous remercie d'être toujours là quand il le faut et d'être de si bons parents.

A Marie et Lucas, pour tous les supers moments passés ensemble, passés et à venir. Je suis très fière d'être votre grande sœur.

A mes beaux-parents, Marine, Mathieu, Léna, Romane, Lucas, Loïc, et à toute ma famille que j'aime tant.

A mes amis, pour les belles soirées et week-ends passés ensemble, toujours dans la joie et la bonne humeur. Mention spéciale pour Laetitia, bravo pour ton parcours et bientôt la thèse ! Et également pour Klara, ma bien plus que supère voisine de P1.

A Valentin,

Merci d'être tous les jours à mes côtés, de m'apporter tant de bonheur, de joie et de soutien au quotidien. Je t'aime.

Remerciements de Claire

A Coralie,

Un immense merci de m'avoir proposé de partager cette aventure. Je te remercie pour ton optimisme, ta bonne humeur, ta persévérance, ta capacité de travail et d'adaptation ainsi que tes encouragements répétés. J'ai beaucoup aimé travailler avec toi et surtout créer cette amitié. Nous avons formé une belle équipe!

A ma tutrice Emmanuelle et aux différents médecins qui m'ont formée durant mon parcours, tout particulièrement ceux qui m'ont accompagnée durant cette dernière année d'internat en Maurienne,

Je vous remercie de m'avoir fait découvrir toutes vos belles façons d'exercer qui m'aideront à être, je l'espère, un bon médecin. Merci pour votre soutien et votre aide en tant qu'interne puis remplaçante ainsi que pour les amitiés qui sont nées ! Un grand merci aux chères secrétaires qui m'ont aussi tant aidée !

A mes parents,

Je ne pourrai jamais assez vous remercier d'avoir été de si bons parents. Merci pour tout l'amour que vous m'avez donné, merci de m'avoir aidée à grandir et à m'épanouir. Merci pour votre soutien et votre écoute durant ces études de médecine. Vous êtes et serez toujours des piliers pour moi.

A mon frère Pierre, alias Dodi,

Merci mon Dodi d'avoir été présent à mes côtés depuis toujours ! Merci pour tous les bons moments partagés et à venir, pour ton soutien et pour notre complicité !

A Etienne,

Merci pour tout le soutien que tu m'as apporté durant ces années de médecine, merci d'avoir été là dans les difficultés. Merci pour ton amour, merci pour la joie que tu m'apportes, merci pour tous les merveilleux moments que nous avons partagés et pour tous ceux à venir !

A mes amis,

Merci pour tous les moments magiques partagés depuis des années. Merci pour votre joie, votre fidélité et votre soutien.

Pour ces années d'externat et de sous colles partagées, merci Alizée, Emilie et Maïalen. Merci à Constance et Baptiste qui m'ont si bien accueillie tant de fois durant mes passages à Grenoble. A Loïc qui m'a accompagnée durant les années d'internat et à notre amitié.

Table des matières

Remerciements	7
Table des matières	12
Listes des figures et des tableaux.....	14
Abréviations	16
Introduction	17
Matériels et Méthodes	24
Résultats	31
I. Description des réponses obtenues.....	31
II. Description de la population	34
1) Précisions concernant les données socio-économiques.....	36
2) Précisions concernant les données gynéco-obstétricales.....	38
III. Analyse de l'effet de l'information.....	39
1) Sur le critère de jugement principal : le choix du médecin généraliste.....	39
2) Le choix de la sage-femme	40
3) Le choix de l'obstétricien.....	40
4) Le choix du gynécologue médical.....	41
IV. Analyse des critères de jugement secondaires.....	42
1) Niveau de risque et choix du professionnel.....	42
2) Connaissance de la compétence des professionnels de santé aptes à suivre des grossesses à bas risque.....	44
3) Raisons du non-choix du médecin généraliste.....	48
4) Analyses en sous-groupes par professionnel choisi initialement	53
5) Analyse des éléments d'information influençant les participantes.....	65
6) Analyse du profil des femmes changeant d'avis	68
Discussion.....	77
I. Reprise des résultats principaux	77
1) Le choix des participantes avant information	77
2) Les effets de l'information sur le choix des participantes.....	81
3) Profil des participantes changeant d'avis	83

4)	Niveau de risque d'une future grossesse et choix de praticien	88
5)	Éléments d'information.....	91
II.	Validité interne : critique de la méthode	95
1)	Les forces de l'étude	95
2)	Les faiblesses de l'étude.....	98
III.	Critères associés au choix de chaque professionnel.....	101
1)	Des critères communs à tous les professionnels	101
2)	Critères associés au médecin généraliste	112
3)	Critères associés au choix de la sage-femme	119
4)	Critères associés au choix des gynécologues	121
IV.	Perspectives	125
1)	Place du médecin généraliste dans le parcours de soins de la femme enceinte.....	125
2)	Place de l'information	133
3)	Vers une information donnée de manière précoce	137
	Conclusion	143
	Bibliographie	147
	Annexes	147
	Annexe 1 : Recommandations de la HAS 2016 quant aux types de suivis recommandés en fonction des situations à risque identifiées au cours de la grossesse	153
	Annexe 2 : Comparaison de la population globale de l'Isère selon l'INSEE en 2019 et de la population de l'enquête de consommation de la CMA en 2009	159
	Annexe 3 : Lettre d'information distribuée aux coiffeurs.....	160
	Annexe 4 : Lettre d'information distribuée aux participantes.....	162
	Annexe 5 : Questionnaire.....	164
	Annexe 6 : La notice d'informations	173
	Annexe 7 : Dépliant du Centre Hospitalier de Valence	176
	Serment d'Hippocrate	178

Listes des figures et des tableaux

Tableau 1 : Comparaison de la population globale de l'Isère selon l'INSEE en 2019 et de la population de l'enquête de consommation de la CMA en 2009.....	159
Tableau 2 : Description des participantes pour chaque catégorie de professionnels de santé choisis avant information.....	34
Tableau 3 : Répartition du niveau de risque d'une future grossesse en fonction du professionnel initialement choisi.....	43
Tableau 4 : Connaissance de la compétence des professionnels aptes à suivre des grossesses à bas risque selon le choix initial des participantes.....	44
Tableau 5 : Connaissance des compétences du généraliste selon la profession des participantes.....	46
Tableau 6 : Connaissances des compétences du gynécologue obstétricien selon la profession des participantes.....	48
Tableau 7 : Raisons du non-choix du généraliste chez les 81 participantes ayant choisi un autre professionnel que le généraliste, globalement et en fonction du professionnel choisi initialement.....	50
Tableau 8 : Choix initial en faveur du généraliste selon la durée des études.....	54
Tableau 9 : Raisons du choix du médecin généraliste.....	56
Tableau 10 : Raisons du choix de la sage-femme.....	59
Tableau 11 : Raisons du choix du gynécologue obstétricien.....	62
Tableau 12 : Raisons du choix du gynécologue médical.....	64
Tableau 13 : Description des éléments d'information reçus avant lecture de la notice d'information en fonction du professionnel de santé choisi initialement.....	65
Tableau 14 : Eléments de la notice d'information ayant influencé un changement de choix.....	67
Tableau 15 : Description des participantes changeant d'avis après information, par catégorie de professionnel.....	69
Figure 1 : Carte de la répartition géographique des coiffeurs ayant accepté initialement de participer à l'étude.....	31
Figure 2 : Description des coiffeurs participant à l'étude au fil des relances.....	32

Figure 3 : Graphique du nombre de réponses obtenues en fonction du temps.....	33
Figure 4 : Répartition des participantes selon l'âge.....	36
Figure 5 : Répartition des participantes selon la durée des études.....	37
Figure 6 : Répartition des participantes selon le professionnel réalisant leur suivi gynécologique	38
Figure 7 : Répartition des participantes non nulligestes selon le professionnel ayant suivi leur précédente grossesse.....	38
Figure 8 : Représentation de l'impact de l'information sur le choix de chaque professionnel pouvant suivre des grossesses à bas risque.....	39

Abréviations

CMA : Chambre des Métiers et de l'Artisanat

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPP : Comité de Protection des Personnes

CSS : Centre de Santé Sexuelle

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

ENP : Enquête Nationale de Périnatalité

EVARS : Espace Vie Affective Relationnelle et Sexuelle

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, Patients, Santé, Territoires

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IST : Infection Sexuellement Transmissible

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PRADO : Programme d'Accompagnement du Retour à l'Omicile

RIPH : Recherche Impliquant la Personne Humaine

RPAI : Réseau de Périnatalité Alpes Isère

RP2S : Réseau de Périnatalité des 2 Savoies

Introduction

Le suivi de grossesse par les médecins généralistes est un sujet qui a soulevé de nombreuses questions ces dernières années et inspiré un grand nombre de thèses. Ces dernières mettent souvent en avant le peu de suivis de grossesses à bas risque effectués par les généralistes.

En France, les suivis de grossesses peuvent être assurés par quatre types de professionnels différents : médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues médicaux et gynécologues obstétriciens. Ces professionnels sont tous habilités à assurer le suivi des grossesses évaluées à bas risque selon les critères établis par la Haute Autorité de Santé (HAS) (1), détaillés en annexe 1. Le niveau de risque d'une grossesse est défini par le mode de vie, les antécédents maternels et les pathologies rencontrées lors des grossesses précédentes et de la grossesse en cours. En cas de risque intermédiaire selon la HAS, un avis auprès d'un spécialiste ou d'un gynécologue obstétricien est conseillé et/ou nécessaire avec la possibilité d'assurer un suivi conjoint. Enfin, le suivi des grossesses à risque élevé doit être assuré par un gynécologue obstétricien.

Les femmes enceintes sont libres de choisir initialement à quel praticien elles confient le suivi de leur grossesse. Elles peuvent consulter directement un gynécologue ou une sage-femme sans passer par leur médecin généraliste.

Actuellement, on constate des changements majeurs dans la démographie des professionnels de santé impliqués dans le suivi de grossesse. En effet, la densité des gynécologues médicaux diminue drastiquement en Isère (baisse de 48,31% de la densité des

gynécologues médicaux pour 100 000 femmes de 15 ans et plus entre 2012 et 2022 (2)). Celle des gynécologues obstétriciens est en augmentation (de 21,12% en Isère entre 2012 et 2022 (2)). La densité de sages-femmes augmente aussi. En effet, on constate une majoration de presque 20 % de la densité standardisée* de sages-femmes sur le territoire national entre 2012 et 2020 (3). On remarque que la densité de sages-femmes est importante dans le département de l'Isère (181,4 sages-femmes actives pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en 2017 (4) alors que la densité France entière était de 155,8 sages-femmes cette année-là (2)). Aussi, de plus en plus de sages-femmes ont une activité libérale (+ 14% entre 2012 et 2021) (3). La densité de médecins généralistes français pour 100 000 habitants était en baisse de 8,11% au niveau national entre 2012 et 2022. En Isère, on constate une diminution de cette densité de seulement 2,87% durant cette période (2).

L'Enquête Nationale de Périnatalité (ENP) de 2016 (5) a mis en évidence que *“La place prise par les médecins généralistes dans le suivi prénatal a diminué depuis 2010, 19,3% des femmes ayant consulté un généraliste en 2016 contre 23,8% en 2010”*. Elle souligne également que *“la part des consultations auprès d'une sage-femme libérale a augmenté, passant de 16% en 2010 à 25,2% en 2016”*. Cependant, malgré les changements démographiques et le fait que la majorité des grossesses soient considérées comme à bas risque (1) , 65,7% d'entre elles restent suivies par les gynécologues (médicaux et obstétriciens) pendant les 6 premiers mois contre 23,3% par les sages-femmes et 6,5 % par les généralistes en 2016 (5). Le reste des grossesses est suivi par la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ou de manière combinée.

* Densités standardisées : elles permettent de tenir compte des besoins de soins différenciés selon l'âge. Elles sont calculées en rapportant le nombre de professionnels en activité à une population dite « standardisée » au sein de laquelle chaque tranche d'âge est pondérée par sa consommation en soins. (3)

D'après l'ENP, les patientes se tournent de plus en plus facilement vers les sages-femmes. Depuis 1982, leur aptitude au suivi des grossesses est mentionnée dans le Code de Santé Publique et leurs compétences s'élargissent depuis plusieurs années (6):

- La loi du 09/08/2004 leur donne l'autorisation de déclarer les grossesses et de pratiquer l'examen post-natal si l'accouchement s'est bien déroulé.
- La loi Hôpital, Patients, Santé, Territoires (HPST) de 2009 leur a permis de réaliser des consultations gynécologiques de prévention et de contraception chez les femmes en bonne santé.
- En mars 2021 l'Assemblée Nationale a voté une loi "*visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification*". Celle-ci autorise les sages-femmes à prescrire et prolonger les arrêts de travail sans limite de durée, à adresser les patientes à un autre médecin sans passer par le médecin traitant et sans que celles-ci en soient pénalisées. De plus, les sages-femmes peuvent être déclarées comme sages-femmes référentes par leurs patientes auprès des organismes gestionnaires du régime de base de l'assurance maladie (7).

Pour autant, le généraliste reste un acteur important de la prise en charge de la grossesse. En effet, selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) réalisée en 2014-2015 (8), plus de 50% des généralistes diagnostiquaient au moins une grossesse par mois et 30% en déclaraient au moins une par mois. Plusieurs études montrent que les généralistes s'intéressent au suivi de grossesse et souhaitent être impliqués dans ce suivi. En 2014-2015, 84% des médecins généralistes libéraux considéraient que le suivi de grossesse faisait bien partie de leurs missions (8). De plus, pour 60% des généralistes, une consultation de suivi de grossesse est source d'intérêt et de réjouissance

d'après la thèse de Babinet Boulnois C. (9). Les médecins généralistes trouvent un plaisir multifactoriel à pratiquer ces consultations. Ils apprécient à la fois l'aspect "médecin de famille" qu'elles soulignent, l'aspect technique du suivi, et la relation privilégiée qui peut s'établir entre une patiente et son médecin pendant ce moment si particulier de sa vie.

Du côté des femmes, faire suivre leur grossesse par leur généraliste présente divers avantages : proximité relationnelle, lien de confiance, rôle de conseiller, proximité géographique (notamment en milieu rural), prise en charge globale, disponibilité importante, délais de rendez-vous de consultation courts, continuité avec le suivi pédiatrique du futur bébé, qualités humaines... ((10),(11),(12),(13)). Dans la thèse de Hassan S. (13), 95% des femmes dont le suivi de grossesse était réalisé par le médecin généraliste se disaient satisfaites.

Mais de nombreux freins au suivi des grossesses par les généralistes ont été décrits dans différents travaux de recherches, du côté des médecins généralistes comme du côté des patientes.

Pour les généralistes, les principaux freins cités sont le manque de demande de la part des patientes, le manque de formation amenant à un sentiment d'incompétence, le manque de temps, la peur des responsabilités (risque médico-légal), une pudeur partagée, la place du généraliste parfois difficile à trouver au milieu des nombreux intervenants ((13), (14), (15), (16)).

Pour les patientes, on peut citer le fait que le généraliste ne soit pas le praticien qui réalise le suivi gynécologique habituel des patientes, qu'il ne dispose souvent pas d'appareil d'échographie à son cabinet, le souhait d'un suivi par un praticien unique pendant la

grossesse, la présence d'une certaine pudeur vis à vis du médecin de famille et le manque d'information quant à ses capacités à suivre les grossesses ((10), (11), (17)). Le sentiment de manque de compétence des médecins généralistes est également cité dans ces différentes thèses. Cependant dans le travail de Chobert F. (14), 65% des médecins généralistes se sentaient compétents pour réaliser des suivis de grossesse. De plus, l'étude de la DREES réalisée en 2014-2015 (8) montrait que près de 75% des généralistes avaient une formation initiale en gynécologie obstétrique par le biais d'un stage universitaire et 25% avaient réalisé des formations complémentaires (Diplôme Universitaire, Diplôme Inter Universitaire, Formation Médicale Continue...).

Le manque de demande est régulièrement cité comme frein au suivi de grossesse par les généralistes (mentionné par 66% des médecins interrogés dans la thèse de Chobert F. (14)). En parallèle, le manque d'informations des patientes sur les compétences gynéco-obstétricales des généralistes et les possibilités de suivi est très souvent soulevé dans les études ((13), (18), (19), (20)). Ainsi Plantevin M. (21) a montré que moins de 50% des participantes interrogées connaissaient les compétences obstétricales des généralistes. La thèse de Hassan S. (13) va également dans ce sens. Dans son étude, 40% des patientes ne savaient pas que le médecin généraliste était apte à suivre des grossesses non pathologiques, proportion qui atteignait 61% chez les nulligestes. Le rôle de l'information sur les compétences du généraliste semble crucial. En effet, dans cette dernière étude, on note que parmi les femmes suivies par un gynécologue-obstétricien pour au moins une grossesse, 44% ne savaient pas que le médecin généraliste pouvait suivre leur grossesse à bas risque. 23% d'entre elles ont déclaré qu'elles se seraient orientées vers leur médecin généraliste si elles avaient su qu'il suivait des grossesses à cette époque. Dans la thèse de Plantevin M. (21), 50% des femmes interrogées ont déclaré être prêtes à faire leur suivi de grossesse non

pathologique par un médecin généraliste. De même, dans celle de Figuet M. (18), plusieurs participantes expriment le sentiment de ne pas avoir eu le choix pour leur suivi : *“On ne m’a pas laissé le choix, on ne m’a pas expliqué”*. Parmi elles, 9 femmes interrogées (75%) auraient pu envisager de choisir le médecin généraliste pour le suivi d’une future grossesse.

Cette information sur les compétences du généraliste ne semble pas aisée à délivrer de manière claire. Nous avons en effet l’impression qu’il existe avec la communication orale simple, une inadéquation entre ce que les médecins proposent et ce que les patientes comprennent. Dans la thèse de Hassan S. (13), 70% des médecins généralistes qui font des suivis de grossesses ont affirmé signaler à leurs patientes qu’ils sont aptes à suivre les grossesses. Ce taux atteint même 81% des généralistes interrogés dans l’étude de Babinet-Boulnois C. (9). Cependant, dans cette dernière thèse, 89% des patientes de ces mêmes médecins déclarent que ces derniers ne leur ont pas proposé de suivre leur grossesse. Le pourcentage de patientes ayant eu l’impression que leur médecin généraliste leur proposait de suivre leur grossesse est de moins de 5% dans la thèse de Hureau S. (22).

Le manque de connaissances et d’informations des patientes quant aux compétences des généralistes en termes de suivi de grossesse paraissent s’appliquer également aux sages-femmes. Seules 37,8% des participantes de l’étude de Rozec S. (23) et 41% de celles de l’étude de Plantevin M. (21) savaient que les sages-femmes pouvaient réaliser des suivis de grossesses à bas risque.

Les compétences des gynécologues semblent mieux connues. Dans la thèse de Plantevin M. (21), 76.3% des patientes savaient que leur gynécologue pouvait suivre leur grossesse sans qu’il n’y ait de distinction faite entre gynécologue médical et gynécologue obstétricien. On

peut néanmoins être étonné par le quart restant de patientes ne connaissant pas leurs compétences, alors qu'ils sont un des professionnels de référence du suivi de grossesse.

Nous constatons donc que les femmes ne sont pas suffisamment et clairement informées des compétences des généralistes, des sages-femmes, des gynécologues médicaux et obstétriciens à réaliser des suivis de grossesses à bas risque. Une amélioration de l'information délivrée aux femmes en âge de procréer quant aux différentes possibilités de suivi nous paraît nécessaire. En effet, c'est un prérequis pour qu'elles puissent faire un choix libre et éclairé de leur praticien, en lien avec leur projet global autour d'une future naissance.

Par cette thèse, nous souhaitons répondre à la question suivante : L'information écrite donnée aux patientes sur les différentes possibilités de suivi de grossesse change-t-elle de manière significative la répartition des praticiens choisis pour cette mission, notamment la proportion de grossesses suivies par le médecin généraliste ? Nous analyserons également les éléments associés au changement d'avis après information. Nous mettrons en relation les raisons ayant influencé le choix de chaque professionnel avec les études précédemment réalisées. Nous étudierons les connaissances des participantes sur les professionnels pouvant réaliser le suivi de grossesse à bas risque. Enfin nous observerons si les patientes s'orientent intuitivement vers un praticien adapté aux vues de leur niveau de risque présumé pour une future grossesse.

Matériels et Méthodes

I. Type d'étude, population

Il s'agit d'une étude analytique avant-après, multicentrique, en population générale. Elle s'est déroulée entre le 16 mai et le 1^{er} octobre 2022, via un questionnaire en ligne.

Nous avons souhaité mener cette étude en population générale. Nous avons choisi de distribuer les questionnaires dans des salons de coiffure ou via des coiffeurs à domicile, en Isère. Une enquête de consommation de la Chambre des Métiers et de l'Artisanat (CMA) a été menée chez 550 clients de coiffeurs Isérois en 2009 (24). Elle montrait que plusieurs critères associés aux clients fréquentant les salons de coiffure étaient proches de la population générale selon les chiffres de l'étude de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE) menée en 2019 (25). Ces derniers sont l'âge (des femmes uniquement) et le statut conjugal (2 sexes confondus). Dans l'étude de la CMA, les personnes interrogées ont légèrement plus d'enfants que dans la population générale de l'Isère en 2019. La catégorie « Artisans, Commerçants, Chefs d'entreprise » semble plus fréquenter les coiffeurs. La catégorie « Demandeurs d'emplois, Etudiants » est en revanche moins représentée. La comparaison des 2 études peut être observée dans le tableau 1 (annexe 2).

II. L'échantillon

Les critères d'inclusion étaient les suivants :

- Femmes âgées de 18 à 45 ans

- Clientes d'un salon de coiffure ou d'un coiffeur à domicile sélectionné
- Ayant un projet de grossesse à court, moyen ou long terme.

Concernant les critères d'exclusion, nous avons retenu :

- Le sexe masculin
- L'âge < 18 ans ou > 45 ans
- Une grossesse ou un allaitement en cours
- Les femmes majeures protégées
- La résidence principale ne se situant pas en Isère
- L'absence de projet de grossesse à court, moyen ou long terme.

Pour constituer notre échantillon, nous avons répertorié tous les salons de coiffure et les coiffeurs à domicile ouverts en Isère au 03/02/2022 en tapant le mot clé « Coiffure » et la localisation « Isère » sur le site des Pages Jaunes (26). Nous avons randomisé les 1135 résultats trouvés grâce au logiciel Excel© et avons conservé les 200 premiers salons de coiffure et coiffeurs à domicile de la liste de randomisation. Nous avons imprimé 2000 exemplaires d'un document à destination des participantes comprenant le lien du questionnaire, dans le but d'en remettre 20 à 100 coiffeurs différents dans l'ordre de la liste de randomisation. Si un coiffeur refusait de participer à l'étude ou souhaitait qu'on lui remette moins de documents que prévu, nous incluons les coiffeurs suivants de la liste jusqu'à épuisement de nos 2000 impressions. Nous avons scindé cette liste en 2 en fonction de la localisation géographique des coiffeurs.

III. Organisation de l'étude

Pour présenter notre étude aux coiffeurs sélectionnés, nous nous sommes rendues physiquement aux salons de coiffure dans la majorité des cas. Les coiffeurs à domicile, les coiffeurs trop éloignés géographiquement ou ceux qui n'étaient pas présents lors de notre passage, ont été contactés par téléphone. Lors de ce premier contact, nous avons présenté oralement aux coiffeurs les objectifs de l'étude, les critères d'inclusion et d'exclusion, les modes de distribution possibles (libre-service, proposition active lors de la coiffure ou d'un temps d'attente, remise du document lors du paiement en caisse), la durée du questionnaire et l'implication que cela représentait pour les coiffeurs et les clientes. Si l'adhésion du coiffeur était obtenue, nous lui remettions ou lui envoyions par la poste plusieurs documents :

- Une lettre d'informations coiffeurs (annexe 3) qui reprenait les informations données oralement.
- Des lettres d'informations clientes (annexe 4) où figuraient le QR code et lien d'accès au questionnaire, ainsi que les informations expliquées ci-dessus.

Pour augmenter l'adhésion et le nombre de réponses, nous avons réalisé 3 relances téléphoniques les premières semaines de juillet, d'août et de septembre 2022. Les coiffeurs ont eu la même interlocutrice pendant toute la durée de l'étude, afin de faciliter le dialogue et de leur simplifier les démarches. Lors de cette relance, nous questionnions les coiffeurs sur le nombre de documents distribués et les difficultés ou questions rencontrées. Nous leur rappelions les critères d'inclusion et d'exclusion et l'importance de distribuer les documents pour augmenter la validité de l'étude. Nous leur annoncions la date de la prochaine relance.

En cas de nécessité et s'ils acceptaient, nous pouvions leur envoyer par la poste de nouveaux documents à distribuer.

IV. Variables recueillies

Le questionnaire (annexe 5) est composé de 35 questions regroupées en 5 parties. Selon leur profil, les femmes devaient répondre au maximum à 33 d'entre elles. La première partie nous permettait de recueillir le consentement des participantes et d'éliminer celles ayant des critères d'exclusion. La seconde partie visait à recueillir les données sociodémographiques des participantes. La troisième récoltait des informations sur leurs connaissances quant aux professionnels qui peuvent suivre des grossesses à bas risque. Les antécédents et traitements y étaient repérés ainsi que le professionnel réalisant le suivi gynécologique habituel. La quatrième partie s'intéressait plus spécifiquement à la grossesse (gestité, antécédents et professionnel ayant réalisé le suivi...). A la fin de cette partie, nous demandions aux participantes d'imaginer par quel professionnel elles souhaiteraient faire suivre une future grossesse. Nous leur demandions ensuite de préciser les raisons de ce choix et le cas échéant, celles qui les ont poussées à ne pas choisir le médecin généraliste. Pour ces dernières questions, nous avons établi une liste de propositions à partir des données des thèses sur le même sujet ((10), (11), (12), (13), (17), (18), (19), (20), (22), (27), (28), (29), (30), (31), (32), (33), (34), (35), (36), (37), (38)). Au début de la cinquième partie, nous proposons aux participantes une notice d'information (annexe 6) constituée de 3 pages, donnant des informations sur le suivi des grossesses à bas risque et sur les compétences des professionnels aptes à réaliser ce suivi. Après avoir lu cette notice, nous demandions aux participantes d'imaginer à nouveau par quel professionnel elles souhaiteraient faire suivre une future

grossesse. Si ce choix était différent de celui émis avant la lecture de la notice d'information, nous leur proposons de cocher les éléments de la notice d'information ayant favorisé leur changement d'avis.

Le questionnaire a été diffusé sur le logiciel LimeSurvey©.

V. Critères de jugement

Le critère de jugement principal de l'étude est de déterminer l'effet d'une information écrite sur le nombre de femmes qui souhaitent se faire suivre par le médecin généraliste. Dans la thèse de Hassan S. (13) décrite précédemment, on constate une augmentation de 26,2% des femmes primi ou multipares, suivies par le gynécologue (médical ou obstétricien), qui se seraient faites suivre par le médecin généraliste si elles l'avaient su compétent. L'impact de l'information sur les nulligestes et sur les grossesses ayant été suivies par les sage-femmes n'a pas été étudié dans cette thèse. Nous n'avons pas trouvé d'autre étude permettant de chiffrer l'impact de l'information sur le choix du médecin généraliste dans le suivi de grossesse incluant les deux catégories précédemment citées. Cependant, les données collectées dans notre bibliographie ont tendance à converger vers le fait que les femmes plus jeunes ((21), (29), (31), (36), (38)) et nulli ou primipares ((22), (33), (38)) choisissent plus le médecin généraliste que des femmes plus âgées ou ayant eu plusieurs enfants. De fait, pour calculer le nombre de sujets nécessaires, nous avons émis l'hypothèse qu'une information écrite délivrée aux femmes en âge de procréer, en population générale, pourrait modifier le nombre de femmes suivies par le médecin généraliste de 40% par rapport au pourcentage observé avant information. Grâce au logiciel Biostatgv©, en utilisant un risque de première espèce à 0,05 et

une puissance à 0,7 avec un test bilatéral, nous avons calculé qu'il nous faudrait un échantillon de 1304 participantes pour conclure sur notre hypothèse principale.

Les critères de jugement secondaires étaient les suivants :

- Analyser l'effet d'une information écrite sur le nombre de femmes souhaitant se faire suivre par les sages-femmes, les gynécologues médicaux et les obstétriciens.
- Décrire si les professionnels choisis par les participantes étaient adaptés au niveau de risque présumé de leur grossesse.
- Analyser les facteurs associés à une préférence de suivi par le médecin généraliste, la sage-femme, le gynécologue médical ou obstétricien avant information.
- Analyser les facteurs associés au changement d'avis en faveur du médecin généraliste, de la sage-femme, du gynécologue médical ou obstétricien.
- Décrire les raisons ayant incité les participantes à ne pas choisir le médecin généraliste avant information si tel est le cas.
- Observer le niveau de connaissances des femmes interrogées sur les professionnels de santé pouvant suivre des grossesses sans complications.
- Identifier les éléments de la notice d'information impactant le changement d'avis des femmes.

VI. Analyses statistiques

Le critère de jugement principal sera analysé grâce à un test z, selon la loi normale. L'effet de l'information sur les gynécologues médicaux, obstétriciens et sages-femmes sera

interprété grâce au test de Mac Nemar, qui permet de comparer 2 proportions appariées. Un test de Mac Whitney sera réalisé pour les variables quantitatives. Les variables qualitatives seront analysées grâce au test du Chi 2 si l'échantillon comporte plus de 5 participantes, ou grâce au test exact de Fisher dans les autres cas. Les pourcentages seront arrondis à la 2^e décimale.

L'ensemble des analyses statistiques seront effectuées grâce aux logiciels Excel© et pvalue.io©.

VII. Ethique et règlement

Les autorisations pour réaliser cette étude ont été obtenues auprès de la CNIL (Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés), selon la méthodologie de référence MR-003, le 9 avril 2022 (référence 2225981v0). L'avis du CPP (Comité de Protection des Personnes) pour une RIPH3 (Recherche Impliquant la Personne Humaine) a été obtenu le 16 mai 2022 (N° RCP 2022-A00745-38).

Résultats

I. Description des réponses obtenues

Au total, 174 coiffeurs ont été contactés initialement. Seuls 129 d'entre eux ont accepté de participer à l'étude : 120 salons et 9 coiffeurs à domicile. Les coiffeurs ayant accepté de participer initialement semblent uniformément répartis sur le territoire isérois, en dehors des territoires de montagne situés dans le Sud (figure 1). Les détails des exclusions et retraits de l'étude, initiaux et lors des différentes relances, sont disponibles dans la figure 2.

Figure 1 : Carte de la répartition géographique des coiffeurs ayant accepté initialement de participer à l'étude

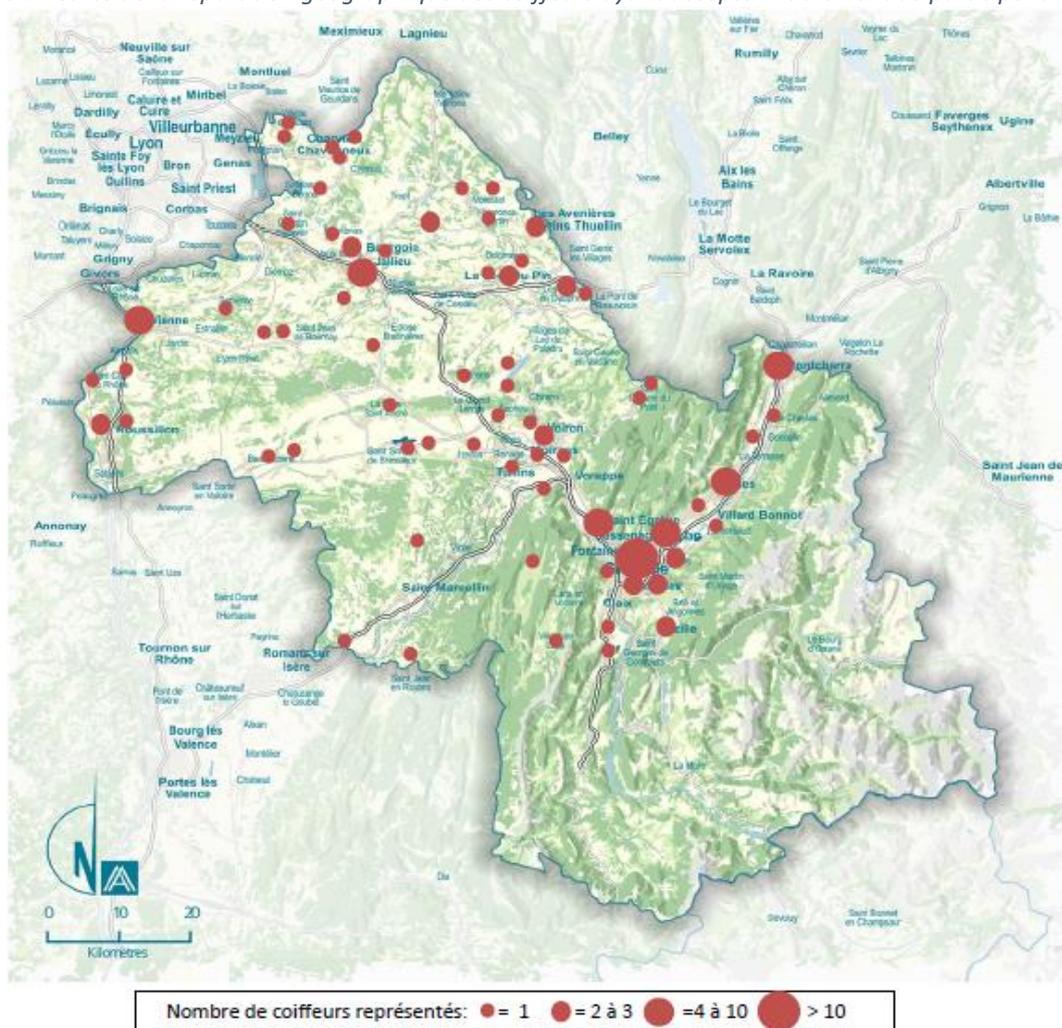
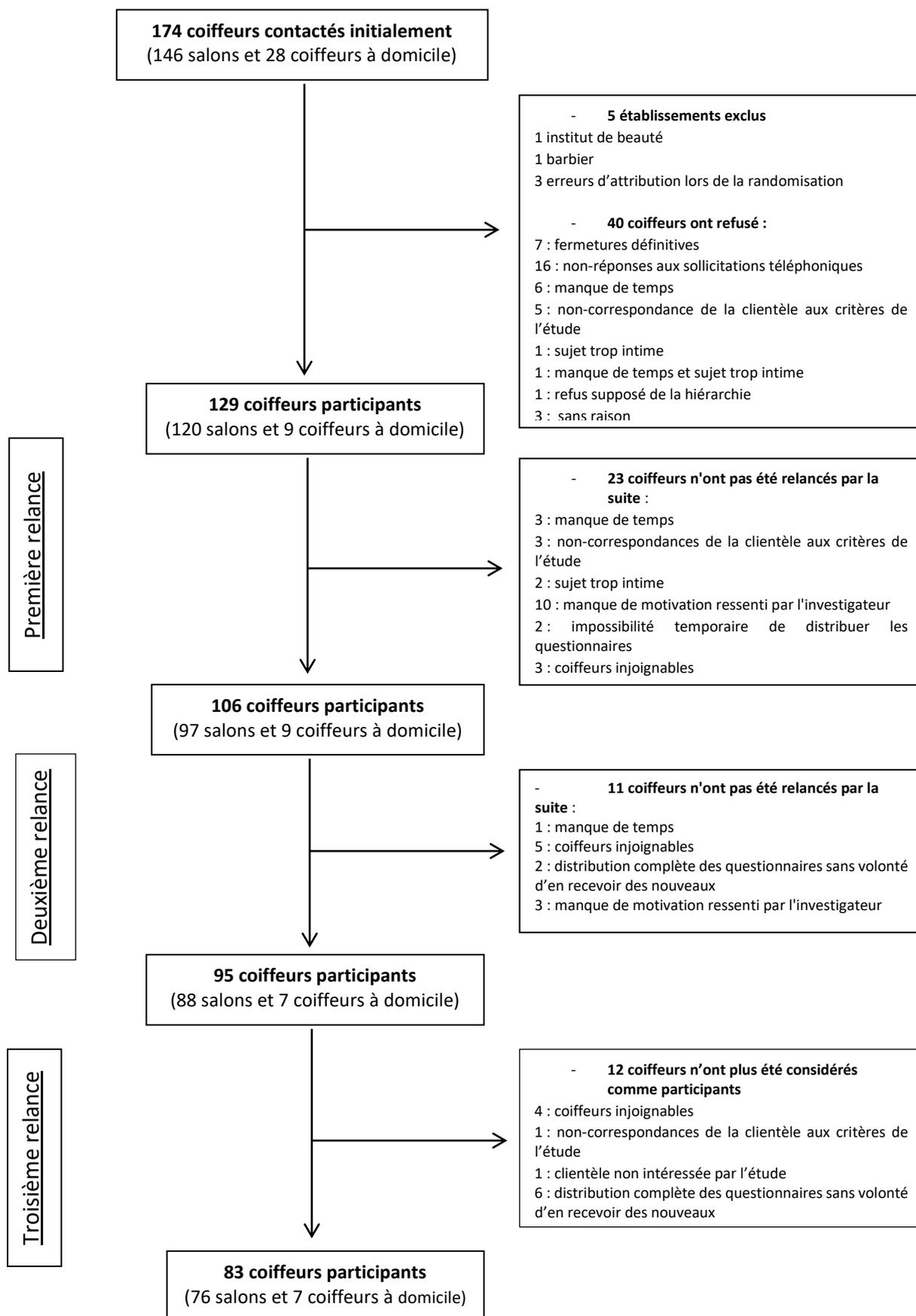
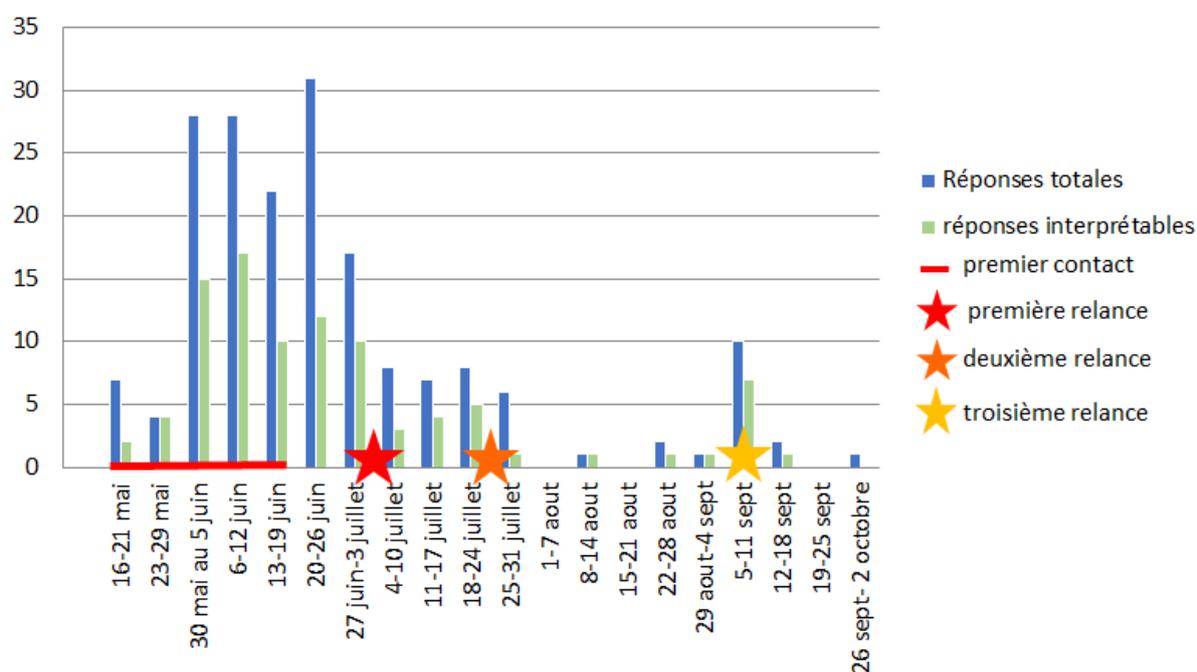


Figure 2 : Description des coiffeurs participant à l'étude au fil des relances



2698 Lettres d'Informations Clientes comportant le lien du questionnaire ont été distribuées. Entre 1 et 60 documents ont été délivrés par coiffeur, en comptant la distribution initiale et ceux envoyés lors des relances. Nous avons obtenu 184 réponses. 6,8% de l'ensemble des documents distribués ont donc abouti au remplissage du questionnaire en ligne. Malgré nos relances, le nombre de réponses par semaine ne faisait que décroître (cf figure 3), c'est pourquoi nous avons décidé d'arrêter l'étude le 1^{er} octobre 2022, comme prévu initialement.

Figure 3 : Graphique du nombre de réponses obtenues en fonction du temps



Parmi les 184 réponses obtenues, 87 étaient interprétables. Nous avons donc obtenu 6,7% du nombre de sujets nécessaires pour pouvoir conclure sur notre critère de jugement principal. Les autres réponses ont été exclues pour diverses raisons :

- 24 réponses étaient incomplètes : 11 questionnaires n'ont pas été débutés, 13 ont été stoppés, dont 6 après lecture de la notice d'information.

- 65 réponses contenaient des critères d'exclusion : 23 participantes n'avaient pas de projet de grossesse, 22 n'avaient pas leur résidence principale située en Isère, 2 avaient un âge en dehors de ceux fixés dans les critères d'inclusion, 12 étaient enceintes ou allaitaient, 3 étaient sous mesure de protection et 3 n'ont pas donné leur consentement.
- 8 réponses étaient ininterprétables concernant le critère de jugement principal : 3 personnes ont coché qu'elles ont changé d'avis après lecture de la notice d'information (question 34), alors que non après analyse de l'ensemble de leurs réponses. 5 personnes ont coché qu'elles n'ont pas changé d'avis, alors que si après analyse de l'ensemble de leurs réponses.

Il n'y a pas de données manquantes.

II. Description de la population

Notre échantillon est constitué de 87 femmes. Leurs principales caractéristiques sont décrites dans le tableau 2.

Tableau 2 : Description des participantes pour chaque catégorie de professionnels de santé choisis avant information

Choix initial Caractéristiques	Effectif Global n = 87	Médecin généraliste n=6	Sage- femme n=45	Gynécologue obstétricien n=28	Gynécologue médical n = 8
Moyenne d'âge (en année)	27,5	29,33	27,27	26,42	31
Nombre d'habitants de la commune					
<i>Villages et bourgs</i>	51 (58,62%)	4 (66,67%)	27 (60,00%)	15 (53,57%)	5 (62,50%)
<i>Petite ville</i>	20 (22,99%)	1 (16,67%)	10 (22,22%)	8 (28,57%)	1 (12,50%)
<i>Ville moyenne</i>	6 (6,90%)	0 (0,00%)	1 (2,22%)	3 (10,71%)	2 (25,00%)
<i>Grande ville</i>	10 (11,49%)	1 (16,67%)	7 (15,56%)	2 (7,14%)	0 (0,00%)

Choix initial Caractéristiques	Effectif Global n = 87	Médecin généraliste n=6	Sage- femme n=45	Gynécologue obstétricien n=28	Gynécologue médical n = 8
Situation conjugale					
<i>En couple</i>	71 (81,61%)	4 (66,67%)	38 (84,44%)	22 (78,57%)	7 (87,50%)
<i>Célibataire</i>	16 (18,39%)	2 (33,33%)	7 (15,56%)	6 (21,43%)	1 (12,50%)
Nombre d'enfants					
<i>0</i>	55 (66,22%)	3 (50,00%)	27 (60,00%)	21 (75,00%)	3 (37,50%)
<i>1 ou 2</i>	32 (36,78%)	3 (50,00%)	18 (40,00%)	7(25,00%)	5 (62,50%)
Gestité					
<i>Nulligeste</i>	50 (57,47%)	3 (50,00%)	23 (51,11%)	21 (75,00%)	3 (37,50%)
<i>Primigeste</i>	17 (19,54%)	1 (16,67%)	12 (26,67%)	3 (10,71%)	1 (12,50%)
<i>Multigeste</i>	20 (22,99%)	2 (33,33%)	10 (22,22%)	4 (14,29%)	4 (50,00%)
Durée des études supérieures					
<i>Inférieure à BAC, BAC ou CAP</i>	37 (42,53%)	0 (0,00%)	20 (44,44%)	14 (50,00%)	3 (37,50%)
<i>BAC +2 ou 3</i>	27 (31,03%)	5 (83,33%)	12 (26,67%)	9 (32,14%)	1 (12,50%)
<i>Supérieure à BAC + 3</i>	23 (26,44%)	1 (16,67%)	13 (28,89%)	5 (17,86%)	4 (50,00%)
Profession de la participante					
<i>Agricultrice ou exploitante</i>	1 (1,15%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	1 (3,57%)	0 (0,00%)
<i>Artisane ou commerçante</i>	12 (13,79%)	0 (0,00%)	7 (15,56%)	3 (10,71%)	2 (25,00%)
<i>Cadre ou profession intellectuelle supérieure</i>	20 (22,99%)	2 (33,33%)	11 (24,44%)	5 (17,86%)	2 (25,00%)
<i>Profession intermédiaire ou employée</i>	24 (27,59%)	4 (66,67%)	11 (24,44%)	8 (28,57%)	1 (12,50%)
<i>Ouvrière</i>	3 (3,45%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	3 (10,71%)	0 (0,00%)
<i>Etudiante</i>	21 (24,14%)	0 (0,00%)	11 (24,44%)	8 (28,57%)	2 (25,00%)
<i>Sans activité professionnelle</i>	6 (6,90%)	0 (0,00%)	5 (11,11%)	0 (0,00%)	1 (12,50%)
Suivi gynécologique habituel					
<i>Médecin généraliste</i>	14 (16,09%)	5 (83,33%)	7 (15,56%)	2 (7,14%)	0 (0,00%)
<i>Sage-femme</i>	24 (27,59%)	0 (0,00%)	23 (51,11%)	18 (64,29%)	0 (0,00%)
<i>Gynécologue obstétricien</i>	21 (24,14%)	0 (0,00%)	2 (4,44%)	4 (14,29%)	1 (12,50%)
<i>Gynécologue médical</i>	15 (17,24%)	1 (16,67%)	3 (6,67%)	1 (3,57%)	7 (87,50%)
<i>Aucun suivi</i>	13 (14,94%)	0 (0,00%)	10 (22,22%)	3 (10,71%)	0 (0,00%)

Choix initial Caractéristiques	Effectif Global n = 87	Médecin généraliste n=6	Sage- femme n=45	Gynécologue obstétricien n=28	Gynécologue médical n = 8
Suivi de la précédente grossesse					
<i>Effectif par catégorie</i>	37	3	22	7	5
<i>Médecin généraliste</i>	2 (5,41%)	2 (66,67%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
<i>Sage-femme</i>	17 (45,95%)	1 (33,33%)	15 (68,18%)	0 (0,00%)	1 (20,00%)
<i>Gynécologue obstétricien</i>	9 (24,32%)	0 (0,00%)	2 (9,09%)	7 (100,00%)	0 (0,00%)
<i>Gynécologue médical</i>	6 (16,22%)	0 (0,00%)	2 (9,09%)	0 (0,00%)	4 (80,00%)
<i>Aucun suivi</i>	3 (8,11%)	0 (0,00%)	3 (13,64%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

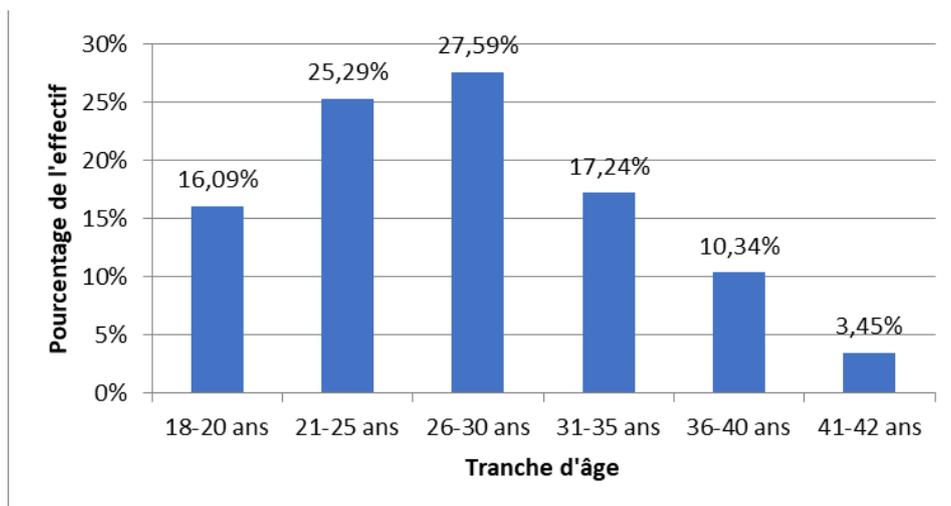
NB : aucune participante n'a déclaré avoir 3 enfants ou plus.

1) Précisions concernant les données socio-économiques

A) L'âge

La répartition des participantes selon l'âge est représentée dans la figure 4.

Figure 4 : Répartition des participantes selon l'âge



B) Le nombre d'habitants de la commune des participantes

La majorité des participantes habitent dans des villages et bourgs. Une minorité habite dans des villes moyennes.

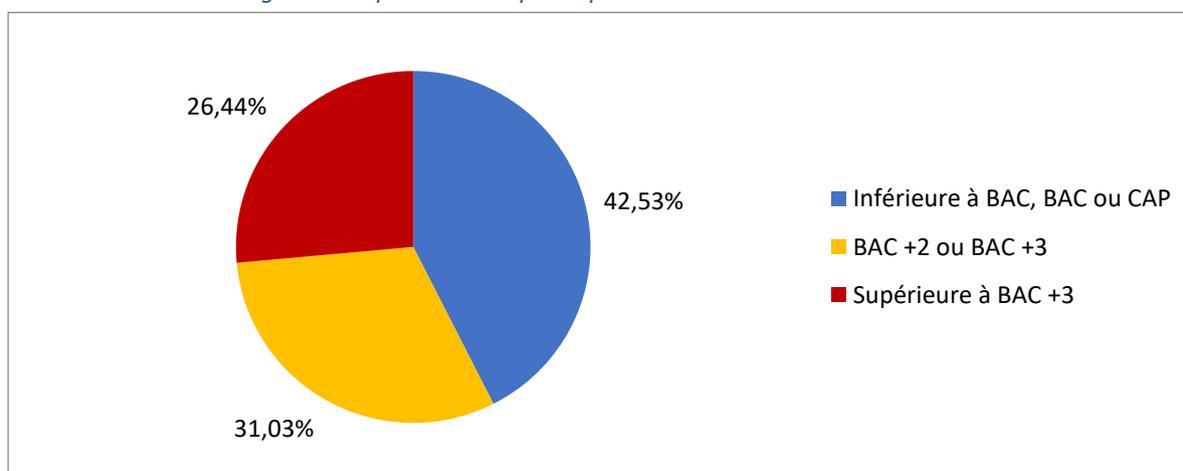
Nous parlerons pour les communes de moins de 5000 habitants de villages et de bourgs. Celles comprenant entre 5000 et 20 000 habitants correspondent à des petites villes. Celles comprenant entre 20 000 et 50 000 habitants correspondent à des villes moyennes et celles de plus de 50 000 habitants sont des grandes villes.

C) La durée des études supérieures

Nous avons regroupé différentes propositions de réponses pour obtenir trois catégories de participantes :

- Inférieure à BAC, BAC et CAP (participantes ayant coché les réponses « Aucun », « Brevet des collèges », « CAP » ou « Baccalauréat général, technique ou professionnel »).
- BAC +2 ou 3 (réponses « BTS ou DUT » ou « Licence »).
- Supérieure à BAC + 3 (réponses « Master » ou « Doctorat »).

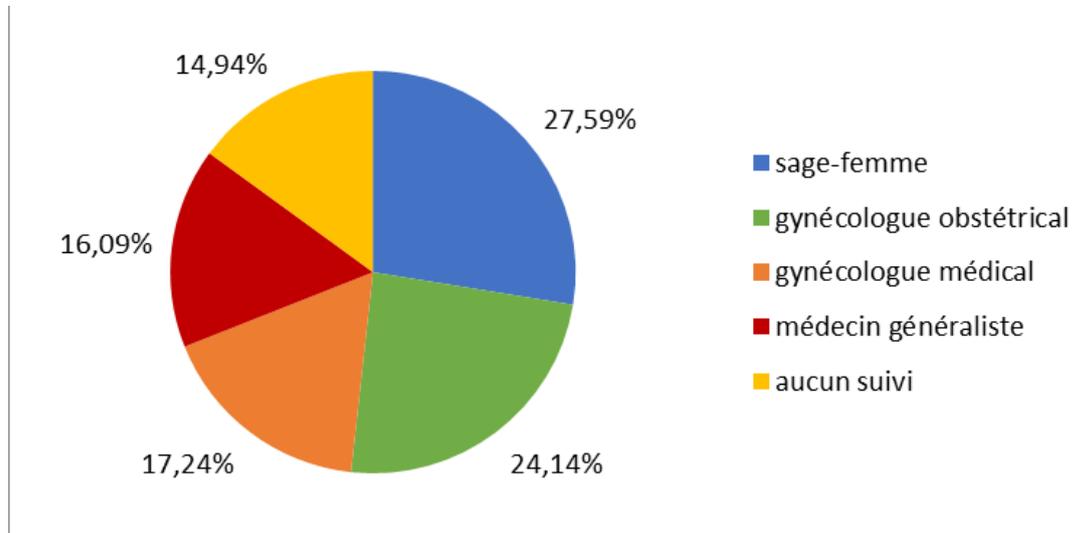
Figure 5 : Répartition des participantes selon la durée des études



2) Précisions concernant les données gynéco-obstétricales

A) Le professionnel réalisant le suivi gynécologique habituel

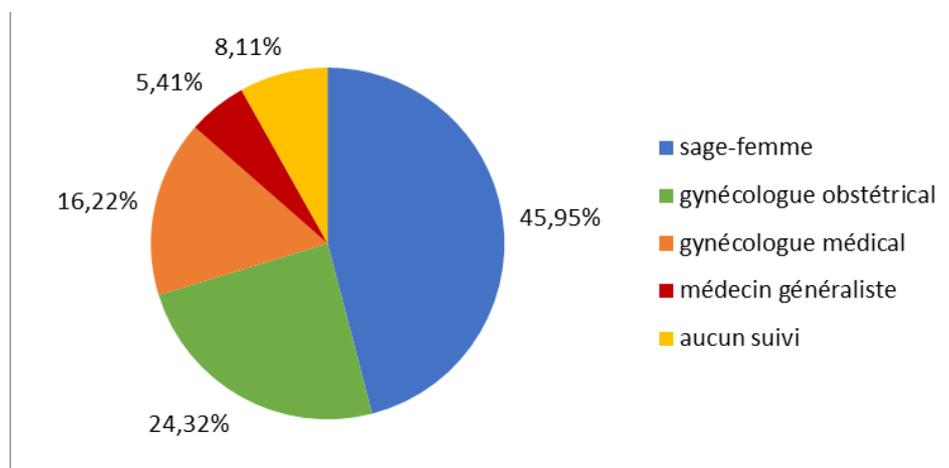
Figure 6 : Répartition des participantes selon le professionnel réalisant leur suivi gynécologique



B) Le professionnel ayant effectué le suivi de la précédente grossesse

La question du professionnel ayant effectué le suivi de la précédente grossesse a été posée aux 37 femmes qui n'étaient pas nulligestes.

Figure 7 : Répartition des participantes non nulligestes selon le professionnel ayant suivi leur précédente grossesse



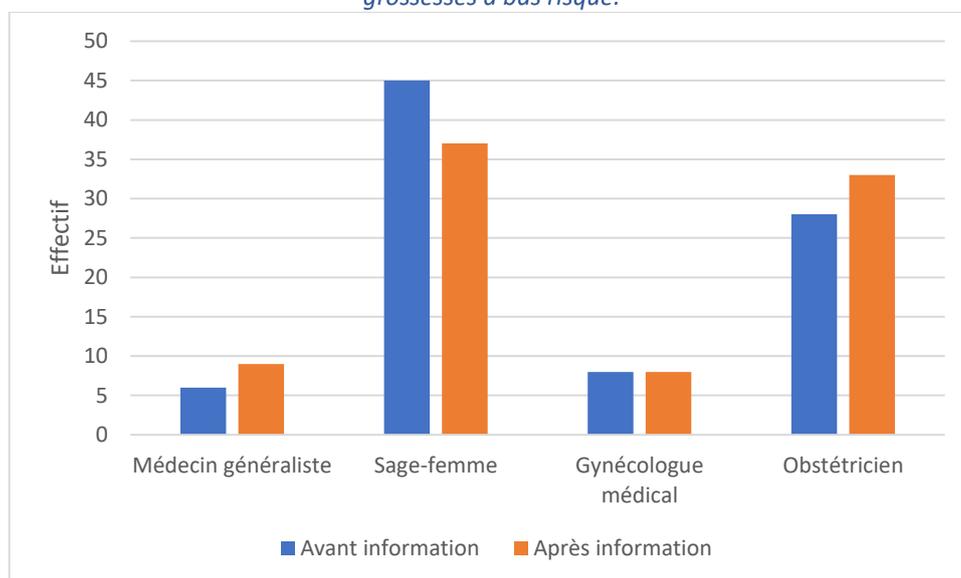
C) Le temps entre le domicile et la première maternité

21 femmes (24,14% des participantes) habitent à moins de 15 minutes de la première maternité.

66 femmes (75,86% des participantes) habitent à plus de 15 minutes de la première maternité.

III. Analyse de l'effet de l'information

Figure 8 : Représentation de l'impact de l'information sur le choix de chaque professionnel pouvant suivre des grossesses à bas risque.



1) Sur le critère de jugement principal : le choix du médecin généraliste

Avant lecture de la notice d'information, 6 participantes, soit 6,90% de l'effectif global, avaient choisi le médecin généraliste pour suivre une future grossesse. Suite à la lecture de la notice, 9 femmes, soit 10,34% de l'effectif, ont choisi le médecin généraliste. Cela représente une augmentation de 50% de femmes qui choisissent le médecin généraliste pour suivre une

future grossesse. Ce résultat n'est pas significatif selon notre hypothèse initiale ($p = 0,0284$ avec un test bilatéral, selon le score z positif).

Au total, 4 participantes, qui n'avaient pas choisi le médecin généraliste avant information, l'ont finalement choisi après lecture de la notice. Une participante, qui avait initialement choisi le médecin généraliste, a finalement décidé de s'orienter vers le gynécologue obstétricien après lecture de la notice.

2) Le choix de la sage-femme

Avant lecture de la notice d'information, 45 participantes soit 51,72% de l'effectif global, avaient choisi la sage-femme pour suivre une future grossesse. Suite à la lecture de la notice, 37 participantes, soit 42,53% de l'effectif, ont finalement choisi la sage-femme. Cela représente une diminution de 17,78% du nombre de femmes ayant choisi initialement la sage-femme. Il existe une association statistiquement significative entre le choix de la sage-femme et l'information ($p < 0,05$ selon le test de Mac Nemar).

Une femme a changé d'avis en faveur de la sage-femme après lecture de la notice. Neuf participantes, qui avaient initialement choisi la sage-femme, ont finalement décidé de s'orienter vers un autre professionnel après lecture de la notice (4 en faveur du gynécologue obstétricien, 3 en faveur du médecin généraliste et 2 en faveur du gynécologue médical).

3) Le choix de l'obstétricien

Avant lecture de la notice d'information, 28 participantes, soit 32,18% de l'effectif global, avaient choisi le gynécologue obstétricien pour suivre une future grossesse. Suite à la lecture de la notice d'information, 33 femmes, soit 37,93% de l'effectif ont choisi le

gynécologue obstétricien. Cela représente une augmentation de 17,86% de femmes qui choisissent le gynécologue obstétricien pour suivre une future grossesse. Nous n'avons pas pu réaliser d'analyse statistique pour mesurer l'association entre l'information et le choix du gynécologue obstétricien du fait de notre faible échantillon.

Au total, 6 participantes qui n'avaient pas choisi le gynécologue obstétricien initialement l'ont choisi après lecture de la notice. Une femme, qui avait initialement choisi le gynécologue obstétricien, a finalement décidé de s'orienter vers le médecin généraliste après lecture de la notice d'information.

4) Le choix du gynécologue médical

Avant lecture de la notice d'information, 8 participantes, soit 9,20% de l'effectif global, avaient choisi le gynécologue médical pour suivre une future grossesse. Ce chiffre est resté identique après lecture de la notice d'information. Nous n'avons pas pu réaliser d'analyse statistique pour mesurer l'association entre l'information et le choix du gynécologue médical du fait du faible effectif.

Au total, 2 participantes qui n'avaient pas choisi le gynécologue médical initialement l'ont choisi après lecture de la notice. Deux femmes, qui avaient choisi le gynécologue médical initialement, ont finalement décidé de s'orienter vers un autre professionnel : l'une vers la sage-femme et l'autre vers le gynécologue obstétricien.

IV. Analyse des critères de jugement secondaires

1) Niveau de risque et choix du professionnel

Pour classer le niveau de risque présumé d'une future grossesse, nous avons recherché les antécédents des participantes nécessitant un suivi régulier par le gynécologue obstétricien, selon les critères de la HAS (annexe 1). Pour déterminer si ce niveau était « bas ou intermédiaire » ou « haut », nous avons recherché les critères nécessitant un suivi B dans les questions 15, 16, 17 et 23 du questionnaire (annexe 5).

A) Niveau de risque des participantes

80 participantes (91,95% de l'échantillon) ont un niveau de risque estimé bas ou intermédiaire.

7 participantes (8,05% de l'échantillon) ont des antécédents qui classent une éventuelle future grossesse comme à haut risque, nécessitant un suivi régulier par un gynécologue obstétricien. Parmi les antécédents retrouvés, on note un asthme sous Symbicort© (corticoïdes inhalés + β 2 mimétiques), une incompatibilité foeto-maternelle érythrocytaire et/ou plaquettaire, une maladie de Basedow, une pré-éclampsie ou un HELLP syndrome, un diabète, et des fausses couches répétées au 1^{er} trimestre liées à un syndrome des antiphospholipides.

B) Choix des participantes dont une future grossesse est estimée à haut risque

a) Choix initial

Tableau 3 : Répartition du niveau de risque d'une future grossesse en fonction du professionnel initialement choisi

Choix initial / Niveau de risque	Médecin généraliste n=6	Sage-femme n=45	Gynécologue obstétricien n=28	Gynécologue médical n=8
Bas ou intermédiaire	5 (83,33%)	43 (95,56%)	25 (89,29%)	7 (87,5%)
Haut	1 (16,67%)	2(4,44%)	3 (10,71%)	1 (12,5%)

3 participantes ayant une future grossesse nécessitant un suivi par un gynécologue obstétricien se sont bien orientées vers ce dernier. Elles représentent 42,86% des patientes dont une future grossesse est estimée à haut risque. Elles ont les antécédents d'asthme sous Symbicort®, de pré-éclampsie ou HELLP syndrome et de diabète.

Les 2 participantes qui ont choisi la sage-femme ont des antécédents de maladie de Basedow et de fausses couches successives liées à un syndrome des antiphospholipides.

L'autre participante qui a un antécédent de maladie de Basedow a initialement choisi le médecin généraliste.

La dernière participante, qui a un antécédent d'incompatibilité fœto-maternelle érythrocytaire et/ou plaquettaire, a choisi le gynécologue médical.

b) Choix final

Aucune des 7 participantes n'a modifié son choix de praticien après lecture de la notice d'information.

2) Connaissance de la compétence des professionnels de santé aptes à suivre des grossesses à bas risque

A) Description de la connaissance des compétences des professionnels de santé aptes à suivre les grossesses à bas risque

Le niveau de connaissance global des compétences des professionnels de santé aptes à suivre des grossesses à bas risque était évalué grâce à la question 14 du questionnaire. Il était qualifié de « Mauvais » si la participante cochant 4 bonnes réponses ou moins, de « Moyen » si elle cochant 5 ou 6 bonnes réponses, et de « Bon » si elle cochant strictement plus de 6 bonnes réponses.

Dans cette question, des distracteurs ont été insérés. Nous avons choisi de citer des professionnels pouvant intervenir très ponctuellement dans le suivi de grossesse, ou impliqués dans la prise en charge de l'enfant à naître. Le suivi par un infirmier a été coché par 16 participantes (18,39%), l'auxiliaire de puériculture a été citée 10 fois (11,49%), le pédiatre 5 fois (5,75%) et le radiologue une fois (1,15%).

Tableau 4 : Connaissance de la compétence des professionnels aptes à suivre les grossesses à bas risque selon le choix initial des participantes

Professionnel choisi initialement	Effectif global n=87	Médecin généraliste n=6	Sage-femme n=45	Gynécologue obstétricien n=28	Gynécologue médical n=8
Connaissance					
Niveau de connaissance global					
<i>Mauvais</i>	4 (4,65%)	0 (0,00%)	3 (6,67%)	1 (3,57%)	0 (0,00%)
<i>Moyen</i>	22 (25,58%)	2 (33,33%)	12 (26,67%)	5 (17,86%)	3 (37,50%)
<i>Bon</i>	61 (69,77%)	4 (66,67%)	30 (66,67%)	22 (78,57%)	5 (62,50%)
Connaissance des compétences du médecin généraliste					

Professionnel choisi initialement	Effectif global n=87	Médecin généraliste n=6	Sage-femme n=45	Gynécologue obstétricien n=28	Gynécologue médical n=8
Connaissance					
<i>Oui</i>	52 (60,47%)	5 (83,33%)	31 (68,89%)	12 (42,86%)	4 (50,00%)
<i>Non</i>	35 (39,53%)	1 (16,67%)	14 (31,11%)	16 (57,14%)	4 (50,00%)
Connaissance des compétences des sages-femmes					
<i>Oui</i>	84 (96,55%)	4 (66,67%)	45 (100,00%)	27 (96,43%)	8 (100,00%)
<i>Non</i>	3 (3,45%)	2 (33,33%)	0 (0,00%)	1 (3,57%)	0 (0,00%)
Connaissance des compétences des gynécologues obstétriciens					
<i>Oui</i>	74 (85,06%)	5 (83,33%)	35 (77,78%)	28 (100,00%)	6 (75,00%)
<i>Non</i>	13 (14,94%)	1 (16,67%)	10 (22,22%)	0 (0,00%)	2 (25,00%)
Connaissance des compétences des gynécologues médicaux					
<i>Oui</i>	66 (75,86%)	4 (66,67%)	34 (75,56%)	21 (75,00%)	7 (87,50%)
<i>Non</i>	21 (24,14%)	2 (16,67%)	11 (24,44%)	7 (25,00%)	1 (12,50%)

On constate que les femmes qui choisissent un professionnel de santé ont une meilleure connaissance de ses compétences que celles ne l'ayant pas choisi :

- 83,33% des femmes ayant initialement choisi le généraliste ont connaissance de ses compétences.
- 100 % des femmes ayant initialement choisi le gynécologue obstétricien connaissent ses compétences.
- 87,50% des femmes ayant initialement choisi le gynécologue médical ont connaissance de ses compétences.
- Pour la sage-femme, celles ayant choisi initialement le gynécologue médical sont à égalité avec celles ayant choisi la sage-femme, et connaissent dans 100% des cas les compétences de la sage-femme.

B) Critères associés à la connaissance des compétences de chaque professionnel

a) Le médecin généraliste

La profession de la participante est le seul critère associé de manière significative à la connaissance des compétences du médecin généraliste. Les femmes qui semblent les mieux informées des compétences du médecin généraliste appartiennent à la catégorie des « Cadres ou professions intellectuelles supérieures » et « Etudiantes ».

Tableau 5 : Connaissance des compétences du généraliste selon la profession des participantes.

Connaissance Profession	Oui (n=52)	Non (n=35)	Test exact de Fisher
Agricultrice ou exploitante	0 (0,00%)	1 (2,86%)	p = 0,037
Artisane ou commerçante	5 (9,62%)	7 (20,00%)	
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	15 (28,85%)	5 (14,29%)	
Profession intermédiaire ou employée	13 (25,00%)	11 (31,43%)	
Ouvrière	2 (3,85%)	1 (2,86%)	
Etudiante	16 (30,77%)	5 (14,29%)	
Sans activité professionnelle	1 (1,92%)	5 (14,29%)	

b) La sage-femme

Le dernier diplôme obtenu

Le dernier diplôme obtenu est associé de manière significative à la connaissance des compétences de la sage-femme (p = 0,043 selon le test exact de Fisher). On note que les 3 femmes ne connaissant pas les compétences de la sage-femme ont un niveau BAC +2 ou 3.

Le suivi gynécologique habituel

Le professionnel qui réalise le suivi gynécologique habituel semble être associé à la connaissance des compétences de la sage-femme, de manière non significative ($p = 0,081$ selon le test exact de Fisher). Les 3 femmes ne connaissant pas les compétences de la sage-femme se font habituellement suivre par le médecin généraliste ou le gynécologue médical.

c) Le gynécologue obstétricien

Le suivi gynéco-obstétrical antérieur

Le suivi gynécologique habituel est associé de manière significative à la connaissance du gynécologue obstétricien ($p < 0,01$ selon le test exact de Fisher). On constate que les femmes se faisant suivre par la sage-femme, le gynécologue médical et celles n'ayant pas de suivi gynécologique connaissent moins bien les compétences de l'obstétricien.

Le suivi de la précédente grossesse est également associé de manière significative à la connaissance des compétences du gynécologue obstétricien ($p = 0,031$ selon le test exact de Fisher). On constate que les femmes s'étant faites suivre par le gynécologue médical et la sage-femme pour leur précédente grossesse connaissent moins bien les compétences de l'obstétricien.

d) Le gynécologue médical

Le dernier diplôme obtenu

Le dernier diplôme obtenu est associé de manière significative à la connaissance du gynécologue médical ($p < 0,01$ selon le test du Chi-2). On constate que les femmes ayant un

niveau inférieur à BAC, BAC ou CAP ont une moins bonne connaissance des compétences du gynécologue médical.

La profession

La profession des participantes est associée de manière significative à la connaissance du gynécologue médical. On constate que les femmes des catégories « Agricultrice ou exploitante », « Artisane ou commerçante », « Ouvrière » et « Sans activité professionnelle » ont une moins bonne connaissance des compétences du gynécologue médical.

Tableau 6 : Connaissances des compétences du gynécologue obstétricien selon la profession des participantes

Connaissance Profession	Oui (n=66)	Non (n=21)	Test exact de Fisher
Agricultrice ou exploitante	0 (0,00%)	1 (4,76%)	p < 0,01
Artisane ou commerçante	7 (10,60%)	5 (23,81%)	
Cadre ou profession intellectuelle supérieure	16 (24,24%)	4 (19,05%)	
Profession intermédiaire ou employée	20 (30,30%)	4 (19,05%)	
Ouvrière	1 (1,52%)	2 (9,52%)	
Etudiante	20 (30,30%)	1 (4,76%)	
Sans activité professionnelle	2 (3,03%)	4 (19,05%)	

3) Raisons du non-choix du médecin généraliste

Pour cette partie, nous avons regroupé plusieurs réponses dans un même item :

- Les réponses « Ce n'est pas lui/elle qui réalise mon suivi gynécologique habituel » et « Ce n'est pas lui/elle qui a suivi mes précédentes grossesses » sont regroupées sous l'item : « Ce n'est pas lui/elle qui réalise le suivi habituel ».

- Les réponses « Ses rendez-vous ne sont pas assez rapides en cas d'urgence » et « Éloignement trop important de mon domicile » sont regroupées sous l'item : « Manque de disponibilité, manque de praticité ».
- Les réponses « Il/elle n'a pas les qualités relationnelles, d'écoute nécessaires » et « Temps accordé en consultation trop court » sont regroupées sous l'item : « Manque de relation de confiance, temps accordé insuffisant ».
- Les réponses « Il/elle n'a pas les compétences nécessaires pour suivre une grossesse », « Il/elle ne donne pas assez d'informations sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement », « Je pense avoir une grossesse à risque », « Approche pas assez technique de la grossesse », « Ce n'est pas un/une spécialiste de la grossesse » sont regroupées sous l'item : « Incompétent(e) pour suivre des grossesses, incompétent(e) pour informer sur la grossesse et l'accouchement ».
- Les réponses « C'est un homme » et « C'est une femme » ont été regroupées sous l'item : « Sexe du généraliste ».

A) Raisons du non-choix du généraliste de manière globale

Voici les raisons principales qui ont poussées les 81 participantes ayant initialement choisi la sage-femme, le gynécologue obstétricien ou le gynécologue médical à ne pas choisir le médecin généraliste.

Tableau 7 : Raisons du non-choix du généraliste chez les 81 participantes ayant choisi un autre professionnel que le généraliste, globalement et en fonction du professionnel choisi initialement.

Choisi Item	Effectif global (n = 81)	Sage- femme (n=45)	Gynécologue obstétricien (n=28)	Gynécologue médical (n=8)
Ce n'est pas lui/elle qui réalise le suivi habituel	47 (58,02%)	22 (48,89%)	18 (64,29%)	7 (87,50%)
Incompétent(e) pour suivre des grossesses, incompétent(e) pour informer sur la grossesse et l'accouchement	37 (45,68%)	22 (48,89%)	13 (46,43%)	2 (25,00%)
Manque de relation de confiance, temps accordé insuffisant	25 (30,86%)	18 (40,00%)	7 (25,00%)	0 (0,00%)
Souhaite le même praticien pour tout le suivi	24 (29,63%)	12 (26,67%)	11 (39,29%)	1 (12,50%)
Manque de disponibilité, manque de praticité	17 (20,99%)	12 (26,67%)	4 (14,29%)	1 (12,50%)
Il/elle ne m'a pas informée qu'il pouvait suivre des grossesses	15 (18,52%)	8 (17,78%)	4 (14,29%)	3 (37,50%)
A été déconseillé(e)	9 (11,11%)	4 (8,89%)	5 (17,86%)	0 (0,00%)
Manque d'informations délivrées sur le suivi de l'enfant à naître	9 (11,11%)	7 (15,56%)	2 (7,14%)	0 (0,00%)
Sexe du généraliste	9 (11,11%)	3 (6,67%)	5 (17,86%)	1 (12,50%)
Approche trop technique	8 (9,88%)	7 (15,56%)	1 (3,57%)	0 (0,00%)
Souhait d'une échographie tous les mois	8 (9,88%)	3 (6,67%)	4 (14,29%)	1 (12,50%)
Autre	4 (4,94%)	4 (8,89%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

66,67 % des participantes ont donné plusieurs raisons pour expliquer le non-choix du généraliste, 32,10% (26 participantes) n'en ont donné qu'une seule et 1,23% (1 participante) n'en a donné aucune en écrivant « rien » dans le champ libre « Autre ».

Le manque d'informations transmises par le médecin généraliste à ses patientes, quant à sa capacité à suivre les grossesses, est un critère de non-choix cité par 15 participantes. Pour l'une d'entre elles, il s'agit de la seule raison justifiant ce non-choix. Deux autres participantes n'ont coché que deux raisons dont le manque d'information. La seconde

concernait le fait que le suivi gynécologique et/ou obstétrical habituel était réalisé par un autre professionnel de santé.

La catégorie « Manque de disponibilité, manque de praticité » regroupe majoritairement des participantes ayant coché l'item « Ses rendez-vous ne sont pas assez rapides en cas d'urgence ».

Dans la catégorie « Incompétent(e) pour suivre des grossesses, incompétent(e) pour informer sur la grossesse et l'accouchement », l'item « Ce n'est pas un(e) spécialiste du suivi de grossesse » a été coché par 46,43% des femmes ayant initialement choisi le gynécologue obstétricien, 37,50% de celles ayant choisi le gynécologue médical et 31,11% des femmes ayant choisi la sage-femme. L'item « Il/Elle n'a pas les compétences nécessaires pour suivre des grossesses » a été coché par 28,57% des femmes ayant choisi initialement le gynécologue obstétricien, 25% de celles ayant choisi le gynécologue médical et 15,56% des femmes ayant choisi la sage-femme.

9 participantes ont coché que le sexe de leur généraliste était une raison du non-choix de ce dernier. Parmi elles, 5 participantes ont coché « c'est une femme » et 4 participantes ont coché « c'est un homme ».

4 participantes ont coché la case « Autre », en laissant les commentaires suivants :

- « Parce qu'il m'a dit ne pas réaliser le suivi gynécologique ».
- « Je ne sais pas, je suis trop jeune » (cette participante a 20 ans).
- « C'est un ami ».
- « Rien ».

B) Raisons du non-choix du généraliste selon le professionnel choisi initialement

Les raisons du non-choix du généraliste par catégorie de professionnels choisis initialement sont décrites dans le tableau 7.

Les critères « Ce n'est pas lui/elle qui réalise le suivi habituel » et « Incompétent(e) pour suivre des grossesses, incompetent(e) pour informer sur la grossesse et l'accouchement » apparaissent dans les 3 principales raisons du non-choix du généraliste pour les 3 professionnels.

On note, plus spécifiquement, que pour les femmes ayant initialement choisi la sage-femme, les critères « Manque de relation de confiance, temps accordé insuffisant » et « Approche trop technique » sont plus fréquemment cités par rapport à celles ayant choisi le gynécologue obstétricien et médical.

De même, pour le gynécologue obstétricien, les critères « Souhaite le même praticien pour tout le suivi » et « A été déconseillé(e) » sont plus fréquemment cités par rapport aux femmes qui ont choisi la sage-femme ou le gynécologue médical.

Enfin, les critères « Ce n'est pas lui/elle qui réalise le suivi habituel » et « Il/elle ne m'a pas informée qu'il pouvait suivre des grossesses » sont plus fréquemment cités par les patientes ayant choisi le gynécologue médical que par celles ayant choisi la sage-femme ou le gynécologue obstétricien. Le critère « Incompétent(e) pour suivre des grossesses, incompetent(e) pour informer sur la grossesse et l'accouchement » est en revanche moins cité par ces participantes que par celles ayant choisi la sage-femme ou le gynécologue obstétricien. On remarque enfin que plusieurs items n'ont pas été cités par les 8 participantes ayant choisi le gynécologue médical : « Manque de relation de confiance, temps accordé

insuffisant », « A été déconseillé(e) », « Manque d'informations délivrées sur le suivi de l'enfant à naître » et « Approche trop technique ».

4) Analyses en sous-groupes par professionnel choisi initialement

A) Le médecin généraliste

6 participantes ont choisi le médecin généraliste pour le suivi d'une future grossesse avant lecture de notre notice d'information. Cela correspond à 6,90% des participantes.

a) Description des participantes ayant choisi le médecin généraliste avant lecture de la notice d'informations

Les différentes caractéristiques de ces participantes sont regroupées dans différents tableaux :

- Le tableau 2 reprend leurs caractéristiques socio démographiques, leurs antécédents de suivi gynécologiques et obstétricaux.
- Le tableau 3 reprend le niveau de risque présumé d'une future grossesse.
- Le tableau 4 reprend le niveau de connaissance de ces participantes sur les compétences des différents professionnels de santé aptes à suivre des grossesses à bas risque.
- Le tableau 13 reprend les différents éléments d'informations les ayant conduites à ce choix initial.

b) Critères associés de manière significative au choix du médecin généraliste avant lecture de la notice d'information

Une moins bonne connaissance de la compétence de la sage-femme

Les femmes qui choisissent initialement le médecin généraliste ont, de manière significative, une moins bonne connaissance des compétences de la sage-femme à suivre une grossesse à bas risque que celles qui choisissent initialement un autre professionnel ($p = 0,012$ selon le test exact de Fisher).

La durée des études

Il existe un lien significatif entre la durée des études et le fait de choisir initialement le médecin généraliste. Les participantes qui choisissent le médecin généraliste ont en grande majorité un niveau BAC + 2 ou 3.

Tableau 8 : Choix initial en faveur du généraliste selon la durée des études

Choix initial Durée des études	Participant·es n'ayant pas choisi le généraliste initialement (n=81)	Participant·es ayant initialement choisi le généraliste (n = 6)	Test exact de Fisher
Inférieure à BAC, BAC ou CAP	37 (45,68%)	0 (0,00%)	p < 0,01
BAC +2 ou 3	22 (27,16%)	5 (83,33%)	
Supérieure à BAC + 3	22 (27,16%)	1 (16,67%)	

Le suivi gynéco-obstétrical antérieur

Il existe un lien significatif entre le praticien réalisant le suivi gynécologique habituel et le fait de choisir initialement le médecin généraliste ($p < 0,001$ selon le test exact de Fisher). On constate le même lien entre le praticien ayant suivi la précédente grossesse et le choix du

médecin généraliste ($p < 0,01$ selon le test exact de Fisher). Les participantes qui choisissent le médecin généraliste ont en grande majorité été suivies sur le plan gynécologique par ce dernier et aucune participante n'a été suivie par un autre professionnel lors d'une précédente grossesse.

c) Raisons du choix du généraliste

Nous avons interrogé les 6 participantes ayant initialement choisi le médecin généraliste sur les raisons de ce choix. Plusieurs réponses leur ont été proposées.

Pour les 4 professionnels étudiés, nous avons regroupé certaines d'entre elles pour former des items :

- Les réponses « C'est elle/lui qui réalise habituellement mon suivi gynécologique » et « C'est elle/lui qui a suivi ma grossesse précédente » sont regroupées sous l'item : « C'est lui/elle qui réalise le suivi habituel ».
- Les réponses « Rapidité des rendez-vous en cas d'urgence » et « Proximité immédiate de mon domicile » sont regroupées sous l'item : « Disponibilité, Praticité ».
- Les réponses « Pour ses qualités relationnelles et d'écoute, relation de confiance et sentiment de sécurité » et « Temps accordé en consultation », sont regroupées sous l'item : « Relation de confiance, temps accordé ».
- Les réponses « Il/Elle est capable de donner les informations nécessaires sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement », « Il/Elle donne les informations nécessaires sur les techniques pour s'occuper de l'enfant à venir » sont regroupées sous l'item : « Informations délivrées sur le suivi de la grossesse et de l'enfant ».

- Les réponses « Une personne de mon entourage me l’a conseillé(e) » et « Un soignant me l’a conseillé(e) » sont regroupées sous l’item : « A été conseillé ».

Les items « Pour assurer une prise en charge globale et psychologique », « Cela favorise la continuité avec le suivi de l’enfant » ont été posés spécifiquement aux femmes ayant choisi initialement le médecin généraliste.

Tableau 9 : Raisons du choix du médecin généraliste

Raisons du choix du généraliste	Effectif	Fréquence
C’est lui/elle qui réalise le suivi habituel	5	83,33%
Disponibilité, Praticité	4	66,67%
Relation de confiance, temps accordé	2	33,33%
A été conseillé	1	16,67%
Il/Elle a les compétences techniques nécessaires pour suivre les grossesses	1	16,67%
Pour assurer une prise en charge globale et psychologique	1	16,67%
Cela favorise la continuité avec le suivi de l’enfant	1	16,67%
Informations délivrées sur le suivi de la grossesse et de l’enfant	1	16,67%
Je pense avoir une grossesse qui ne présente pas de risque particulier ni pour le futur bébé ni pour moi	0	0,00%

Pour les 5 participantes concernées par l’item “C’est lui/elle qui réalise le suivi habituel”, il s’agissait du suivi gynécologique. La femme incluse dans la catégorie « A été conseillé » avait reçu des conseils de son entourage.

Le nombre moyen de raisons évoquées par chaque participante est de 3,5 (minimum = 1 réponse et maximum = 10 réponses). 4 participantes (66,67%) ont cité plusieurs raisons et 2 participantes (33,33%) n’en ont évoquée qu’une seule.

B) La sage-femme

45 participantes, soit 51,72% de l’effectif, ont choisi la sage-femme pour le suivi d’une future grossesse avant lecture de la notice d’information.

a) Description des participantes ayant choisi la sage-femme avant lecture de la notice d'informations

Les différentes caractéristiques de ces participantes sont regroupées dans différents tableaux :

- Le tableau 2 reprend leurs caractéristiques socio démographiques, leurs antécédents de suivi gynécologiques et obstétricaux.
- Le tableau 3 reprend le niveau de risque présumé d'une future grossesse.
- Le tableau 4 reprend le niveau de connaissance de ces participantes sur les compétences des différents professionnels de santé aptes à suivre des grossesses à bas risque.
- Le tableau 13 reprend les différents éléments d'informations les ayant conduites à ce choix initial.

b) Critères associés au choix de la sage-femme avant lecture de la notice d'information

Le suivi gynéco-obstétrical antérieur

Il existe un lien significatif entre le professionnel qui réalise le suivi gynécologique habituel et le choix de la sage-femme ($p < 0,001$ selon le test du Chi-2), ainsi qu'entre le professionnel qui a suivi la précédente grossesse et le choix de cette dernière ($p < 0,001$ selon le test exact de Fisher). Les participantes ayant choisi la sage-femme avant lecture de la notice d'information ont été suivies en majorité par ce professionnel sur le plan gynéco-obstétrical.

Des connaissances dans les compétences des professionnels disparates

Les participantes qui choisissent la sage-femme avant lecture de la notice d'informations connaissent moins bien les compétences du gynécologue obstétricien à suivre les grossesses à bas risque, par rapport aux femmes choisissant un autre professionnel. Ce résultat est significatif ($p = 0,049$ selon le test du Chi-2).

Au contraire, elles ont tendance à mieux connaître les compétences du médecin généraliste, par rapport aux femmes choisissant un autre professionnel. Ce résultat n'est pas significatif ($p = 0,073$ selon le test du Chi2).

La communication de l'entourage

Les participantes ayant initialement choisi la sage-femme ont tendance, à avoir reçu plus d'informations sur les compétences de la sage-femme de la part de leur entourage, par rapport aux femmes ayant choisi un autre professionnel. Ce résultat n'est pas significatif ($p=0,061$ selon le test du Chi2).

c) Raisons du choix de la sage-femme

Nous avons interrogé les 45 participantes ayant initialement choisi la sage-femme sur les raisons de ce choix. Les mêmes regroupements de questions ont été réalisés que pour la catégorie « Médecin généraliste ».

L'item « Abord moins technique et médical qu'avec les autres professionnels » a été posé spécifiquement aux femmes ayant initialement choisi la sage-femme.

Tableau 10 : Raisons du choix de la sage-femme

Raisons du choix de la sage-femme	Effectif	Fréquence
Relation de confiance, temps accordé	33	73,33%
Informations délivrées sur le suivi de grossesse et de l'enfant à venir	30	66,67%
Compétences techniques	30	66,67%
C'est lui/elle qui réalise le suivi habituel	26	57,78%
Disponibilité, Praticité	24	53,33%
C'est un spécialiste de la grossesse	22	48,89%
Je pense avoir une grossesse qui ne présente pas de risque particulier ni pour le futur bébé ni pour moi.	12	26,67%
A été conseillé	12	26,27%
Abord moins technique et médical qu'avec les autres professionnels	10	22,22%
Exercice hospitalier	3	6,67%

Les participantes ont donné en moyenne 5,8 réponses pour justifier leur choix initial en faveur de la sage-femme (minimum 0, maximum 12). 1 participante n'a coché aucune raison, 7 participantes en ont coché une seule.

21 femmes ont coché la proposition « Il/elle donne les informations nécessaires pour s'occuper de l'enfant à venir ». Dans la rubrique « Disponibilité, Praticité », l'item « Proximité immédiate de mon domicile » était majoritaire. Pour la rubrique « A été conseillé », l'item « Une personne de mon entourage me l'a conseillé(e) » représentait la majorité des réponses.

2 participantes ont noté des commentaires dans la case « Autre » :

- « A l'écoute et conseille », qui peut être rattaché aux compétences relationnelles.
- « Pas de médecin traitant ni de gynécologue dans la région ».

C) [Le gynécologue obstétricien](#)

28 participantes, soit 32,18% de l'effectif, ont choisi le gynécologue obstétricien pour le suivi d'une future grossesse avant lecture de la notice d'information.

a) Description des participantes ayant choisi le gynécologue obstétricien avant lecture de la notice d'informations

Les différentes caractéristiques de ces participantes sont regroupées dans différents tableaux :

- Le tableau 2 reprend leurs caractéristiques socio démographiques, leurs antécédents de suivi gynécologiques et obstétricaux.
- Le tableau 3 reprend le niveau de risque présumé d'une future grossesse.
- Le tableau 4 reprend le niveau de connaissance de ces participantes sur les compétences des différents professionnels de santé aptes à suivre des grossesses à bas risque.
- Le tableau 13 reprend les différents éléments d'informations les ayant conduites à ce choix initial.

b) Critères associés au choix du gynécologue obstétricien avant lecture de la notice d'information

Le nombre d'enfants et gestité

Les participantes qui choisissent le gynécologue obstétricien avant lecture de la notice d'information ont significativement plus de chance de ne pas avoir d'enfants ($p=0,041$ selon le test du Chi-2).

Dans la même idée, les participantes qui choisissent le gynécologue obstétricien initialement ont tendance à être en majorité nulligestes, bien que ce résultat ne soit pas significatif ($p=0,074$ selon le test du Chi 2).

Le suivi gynéco-obstétrical antérieur

Il existe un lien significatif entre le professionnel réalisant le suivi gynécologique habituel et le choix du gynécologue obstétricien ($p < 0,001$ selon le test exact de Fisher), ainsi qu'entre le professionnel ayant suivi la précédente grossesse et le choix de ce dernier ($p < 0,001$ selon le test exact de Fisher). Les participantes ayant choisi le gynécologue obstétricien avant la lecture de la notice d'information sont suivies en majorité par ce dernier sur le plan gynécologique. Elles ont toutes été suivies par l'obstétricien pour leur précédente grossesse.

Des connaissances dans les compétences des professionnels disparates

Les participantes qui choisissent initialement le gynécologue obstétricien ont, de manière significative, une meilleure connaissance de ses compétences à suivre des grossesses à bas risque par rapport celles qui choisissent un autre professionnel ($p < 0,01$ selon le test exact de Fisher).

Au contraire, on note qu'elles ont une moins bonne connaissance des compétences du médecin généraliste à suivre les grossesses à bas risque par rapport celles qui choisissent un autre professionnel. Ce résultat est également significatif ($p = 0,027$ selon le test du Chi-2).

La communication d'un professionnel de santé

Les participantes ayant choisi initialement le gynécologue obstétricien ont tendance à avoir reçu moins d'informations de la part de professionnels de santé sur les possibilités de suivi de grossesses par le gynécologue obstétricien. Ce résultat n'est pas significatif ($p = 0,061$ selon le test du Chi-2). On note que 89,29% des participantes ayant choisi initialement l'obstétricien n'ont pas reçu d'information le concernant de la part d'autres professionnels.

c) Raisons du choix du gynécologue obstétricien

Nous avons interrogé les 28 participantes ayant initialement choisi le gynécologue obstétricien sur les raisons de ce choix. Les mêmes regroupements de questions ont été réalisés que pour la catégorie « Médecin généraliste ».

L'item « Suivi de la grossesse dans sa totalité, jusqu'à l'accouchement » a été spécifiquement posé aux femmes ayant choisi initialement le gynécologue obstétricien.

Tableau 11 : Raisons du choix du gynécologue obstétricien

Raisons du choix de l'obstétricien	Effectif	Fréquence
Informations délivrées sur le suivi de grossesse et de l'enfant à venir	16	57,14%
C'est lui/elle qui réalise le suivi habituel	15	53,57%
Relation de confiance, temps accordé	15	53,57%
Compétences techniques	15	53,57%
Suivi de la grossesse dans sa totalité, jusqu'à l'accouchement	12	42,86%
C'est un spécialiste de la grossesse	10	35,71%
A été conseillé	8	28,57%
Contrôle de l'échographie tous les mois	8	28,57%
Disponibilité, Praticité	6	21,43%
Exercice hospitalier	5	17,86%
Abord plus technique, plus médical	3	10,71%
Je pense avoir une grossesse qui présente des risques pour le futur bébé et/ou pour moi	2	7,14%

Les participantes ont donné en moyenne 4,75 réponses pour justifier leur choix initial en faveur du gynécologue obstétricien (minimum = 1 réponse, maximum = 14 réponses). 5 participantes n'ont coché qu'une seule réponse.

L'item « Il/Elle donne les informations nécessaires sur les techniques pour s'occuper de l'enfant à venir » a été coché par 5 participantes dans la catégorie « Informations délivrées sur le suivi de grossesse et de l'enfant à venir ». Les participantes de la catégorie « A été conseillé » ont majoritairement coché avoir reçu des informations de leur entourage.

Aucune participante n'a écrit dans la case « Autre ».

D) Le gynécologue médical

8 participantes ont choisi le gynécologue médical pour le suivi d'une future grossesse avant lecture de la notice d'information.

a) Description des participantes ayant choisi le gynécologue médical avant lecture de la notice d'information

Les différentes caractéristiques de ces participantes sont regroupées dans différents tableaux :

- Le tableau 2 reprend leurs caractéristiques socio démographiques, leurs antécédents de suivi gynécologiques et obstétricaux.
- Le tableau 3 reprend le niveau de risque présumé d'une future grossesse.
- Le tableau 4 reprend le niveau de connaissance de ces participantes sur les compétences des différents professionnels de santé aptes à suivre des grossesses à bas risque.
- Le tableau 13 reprend les différents éléments d'informations les ayant conduites à ce choix initial.

b) Critères associés au choix du gynécologue médical avant lecture de la notice d'information

L'âge

Les participantes qui choisissent le gynécologue médical ont tendance à être plus âgées que celles qui ne le choisissent pas, de manière non significative ($p = 0,068$ selon le test de Mann-Whitney).

Le suivi gynéco-obstétrical antérieur

Il existe un lien significatif entre le praticien réalisant le suivi gynécologique habituel et le fait de choisir initialement le gynécologue médical ($p < 0,001$ selon le test exact de Fisher), ainsi qu'entre le praticien ayant suivi la précédente grossesse et le choix de ce dernier ($p < 0,01$ selon le test exact de Fisher). Les participantes qui choisissent le gynécologue médical ont en grande majorité été suivies par un gynécologue médical.

d) Raisons du choix du gynécologue médical

Nous avons interrogé les 8 participantes ayant initialement choisi le gynécologue médical sur les raisons de ce choix. Les mêmes regroupements de questions ont été réalisés que pour la catégorie « Médecin généraliste ».

Tableau 12 : Raisons du choix du gynécologue médical

Raisons du choix du gynécologue médical	Effectif	Fréquence
C'est lui/elle qui réalise le suivi habituel	5	62,50%
Relation de confiance, temps accordé	3	37,50%
Abord plus technique et médical qu'avec les autres professionnels	3	37,50%
C'est un/une spécialiste de la grossesse	3	37,50%
Je pense avoir une grossesse qui présente des risques pour le futur bébé et/ou pour moi	2	25,00%
Disponibilité, Praticité	2	25,00%
A été conseillé	2	25,00%
Il/Elle a les compétences techniques nécessaires pour suivre les grossesses	1	12,50%
Je pense avoir une grossesse qui ne présente pas de risque particulier ni pour le futur bébé ni pour moi	1	12,50%
Contrôle de l'échographie tous les mois	1	12,50%
Informations délivrées sur le suivi de la grossesse et de l'enfant	0	0,00%
Il/elle exerce à l'hôpital	0	0,00%

Les participantes ont donné en moyenne 3,25 réponses pour justifier leur choix initial en faveur du gynécologue médical (minimum = 1 réponse, maximum = 9 réponses). La moitié des participantes a cité plusieurs raisons, l'autre moitié n'en a cité qu'une seule.

Les deux femmes ayant coché « A été conseillé » ont dit avoir reçu des conseils de leur entourage. Une d'entre elle a également déclaré avoir été conseillée par un professionnel de santé.

5) Analyse des éléments d'information influençant les participantes

A) Éléments d'information avant lecture de la notice d'information

Nous avons interrogé les participantes sur les sources d'informations qui ont pu influencer leur choix initial de professionnel de santé.

Tableau 13 : Description des éléments d'information reçus avant lecture de la notice d'information en fonction du professionnel de santé choisi initialement

Professionnel choisi initialement	Effectif global n=87	Médecin généraliste n=6	Sage-femme n=45	Gynécologue obstétricien n=28	Gynécologue médical n=8
Eléments d'information déclarés					
Bouche à oreille par entourage	44 (50,57%)	2 (33,33%)	26 (57,78%)	14 (50,00%)	2 (25,00%)
Information orale donnée par un professionnel de santé					
<i>Globale</i>	22 (25,29%)	2 (33,33%)	12 (26,67%)	4 (14,29%)	4 (50,00%)
<i>Par le professionnel choisi</i>	16 (18,39%)	1 (16,67%)	9 (20,00%)	2 (7,14%)	4 (50,00%)
<i>Par un autre professionnel</i>	7 (8,05%)	1 (16,67%)	4 (8,89%)	2 (7,14%)	0 (0,00%)
Autre	2 (2,30%)	0 (0,00%)	2 (4,44%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Aucun	26 (29,89%)	2 (33,33%)	9 (20,00%)	12 (42,86%)	3 (37,50%)

Parmi les participantes ayant coché le bouche à oreille, les sources citées les plus fréquemment étaient :

- L'entourage familial, notamment les parents et l'entourage de sexe féminin (tante, sœur...)
- Les amies
- Une personne a commenté « Information entendue régulièrement ».

a) Plusieurs sources d'information

7 participantes (8,05% de l'échantillon) ont cité comme source d'information à la fois le bouche à oreille par l'entourage et l'information orale donnée par un professionnel de santé.

Une participante a eu des informations à la fois via le professionnel choisi et via un autre professionnel.

b) Autre

2 participantes ont coché la case « Autre ». Elles ont mentionné la « connaissance personnelle des compétences professionnelles de la sage-femme » et des « témoignages anonymes de femmes ayant subis des violences de la part de gynécologues ».

c) Aucun

29,89% des participantes ont souligné n'avoir reçu aucun élément d'information ayant contribué à leur choix de professionnel initial.

d) Analyse

Les participantes ayant choisi la sage-femme et le gynécologue obstétricien ont tendance à avoir reçu plus d'informations par bouche à oreille que les participantes ayant choisi le médecin généraliste ou le gynécologue médical.

Les participantes ayant choisi le gynécologue médical ont tendance à avoir eu plus d'éléments d'information via le professionnel qu'elles ont choisi que les autres participantes.

B) Éléments de la notice d'information ayant influencé un changement de choix

Nous avons interrogé les participantes ayant changé d'avis après lecture de la notice d'information sur les éléments de cette dernière ayant motivé ce changement. Les résultats sont disponibles dans le tableau 14.

Tableau 14 : Éléments de la notice d'information ayant influencé un changement de choix

Professionnel choisi après changement d'avis	Effectif global n=13	Médecin généraliste n=4	Sage-femme n=1	Gynécologue obstétricien n=6	Gynécologue médical n=2
Eléments de la notice					
Les informations sur la formation des différents professionnels	7 (53,85%)	2 (50,00%)	0 (0,00%)	3 (50,00%)	2 (100,00%)
L'explication des différents professionnels pouvant être impliqués selon le niveau de risque de la grossesse.	6 (46,15%)	2 (50,00%)	0 (0,00%)	3 (50,00%)	1 (50,00%)
L'information qu'il n'existe pas de différence de risque pour la mère ou l'enfant quel que soit le professionnel qui suit la grossesse, si elle est à bas risque.	4 (30,77%)	2 (50,00%)	1 (100,00%)	1 (16,57%)	0 (0,00%)
La première page qui comporte les explications sur le suivi de grossesse	4 (30,77%)	1 (25,00%)	0 (0,00%)	2 (33,33%)	1 (50,00%)

Professionnel choisi après changement d'avis Eléments de la notice	Effectif global n=13	Médecin généraliste n=4	Sage-femme n=1	Gynécologue obstétricien n=6	Gynécologue médical n=2
L'information qu'il peut exister des suivis conjoints et que plusieurs professionnels peuvent s'intercaler dans mon suivi	3 (23,08%)	3 (75,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
L'information qu'il existe une coordination des soins entre les professionnels libéraux et hospitaliers qui permet de réagir rapidement en cas de problème concernant ma grossesse	2 (15,38%)	1 (25,00%)	0 (0,00%)	1 (16,57%)	0 (0,00%)
Les images, les couleurs, la disposition des éléments de la notice	1 (7,70%)	1 (25,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)
Aucun élément	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0 (0,00%)

6) Analyse du profil des femmes changeant d'avis

A) Description des femmes changeant d'avis après information

Au total, 13 participantes, soit 14,94% de l'effectif global, ont changé d'avis après lecture de la notice d'information. Leurs principales caractéristiques socio-démographiques, leurs données gynéco-obstétricales, leur niveau de connaissance des compétences de chaque professionnel et leur choix du professionnel de santé avant informations sont décrits dans le tableau 15. Les pourcentages associés aux effectifs n'apparaissent que dans les catégories où les effectifs étaient suffisants pour réaliser des analyses statistiques.

Tableau 15 : Description des participantes changeant d'avis après information, par catégorie de professionnel

Caractéristiques Professionnel choisi après information	Effectif global n=13	Médecin généraliste n=4	Sage- femme n=1	Gynécologue obstétricien n=6	Gynécologue médical n = 2
Moyenne d'âge (en année)	25,38	21,75	31	29,33	18
Nombre d'habitants de la commune					
<i>Village et bourg</i>	8 (61,54%)	2 (50,00%)	1	3 (50,00%)	2
<i>Petite ville</i>	1 (7,69%)	0 (0,00%)	0	1 (16,67%)	0
<i>Ville moyenne</i>	2 (15,38%)	2 (50,00%)	0	0 (0,00%)	0
<i>Grande ville</i>	2 (15,38%)	0 (0,00%)	0	2 (33,33%)	0
Situation conjugale					
<i>En couple</i>	9 (69,23%)	3 (75,00%)	1	5 (83,33%)	0
<i>Célibataire</i>	4 (30,77%)	1 (25,00%)	0	1 (16,67%)	2
Nombre d'enfants					
<i>0</i>	10 (76,92%)	4 (100,00%)	1	3 (50,00%)	2
<i>1 ou 2</i>	3 (23,08%)	0 (0,00%)	0	3 (50,00%)	0
Gestité					
<i>Nulligeste</i>	10 (76,92%)	4 (100,00%)	1	3 (50,00%)	2
<i>Primigeste</i>	2 (15,38%)	0 (0,00%)	0	2 (33,33%)	0
<i>Multigeste</i>	1 (7,69%)	0 (0,00%)	0	1 (16,67%)	0
Durée des études supérieures					
<i>Inférieure à BAC, BAC ou CAP</i>	7 (53,85%)	2 (50,00%)	0	3 (50,00%)	2
<i>BAC + 2 ou 3</i>	4 (30,77%)	2 (50,00%)	0	2 (33,33%)	0
<i>Supérieure à BAC + 3</i>	2 (15,38%)	0 (0,00%)	1	1 (16,57%)	0
Profession de la participante					
<i>Agricultrice ou exploitante</i>	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0	0 (0,00%)	0
<i>Artisane ou commerçante</i>	2 (15,38%)	0 (0,00%)	0	2 (33,33%)	0
<i>Cadre ou profession intellectuelle supérieure</i>	2 (15,38%)	1 (25,00%)	0	1 (16,57%)	0
<i>Profession intermédiaire ou employée</i>	2 (15,38%)	1 (25,00%)	1	0 (0,00%)	0

Caractéristiques Professionnel choisi après information	Effectif global n=13	Médecin généraliste n=4	Sage- femme n=1	Gynécologue obstétricien n=6	Gynécologue médical n = 2
<i>Ouvrière</i>	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0	0 (0,00%)	0
<i>Etudiante</i>	5 (38,46%)	2 (50,00%)	0	1 (16,57%)	2
<i>Sans activité professionnelle</i>	2 (15,38%)	0 (0,00%)	0	2 (33,33%)	0
Suivi gynécologique habituel					
<i>Médecin généraliste</i>	2 (15,38%)	0 (0,00%)	0	2 (33,33%)	0
<i>Sage-femme</i>	2 (15,38%)	0 (0,00%)	0	2 (33,33%)	0
<i>Gynécologue obstétricien</i>	3 (23,08%)	1 (25,00%)	1	1 (16,57%)	0
<i>Gynécologue médical</i>	1 (7,69%)	0 (0,00%)	0	1 (16,57%)	0
<i>Aucun suivi</i>	5 (38,46%)	3 (75,00%)	0	0 (0,00%)	2
Suivi de la précédente grossesse					
<i>Effectif par catégorie</i>	3	0	0	3	0
<i>Médecin généraliste</i>	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0	0 (0,00%)	0
<i>Sage-femme</i>	2 (66,67%)	0 (0,00%)	0	2 (66,67%)	0
<i>Gynécologue obstétricien</i>	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0	0 (0,00%)	0
<i>Gynécologue médical</i>	1 (33,33%)	0 (0,00%)	0	1 (33,33%)	0
<i>Aucun suivi</i>	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0	0 (0,00%)	0
Connaissance des compétences					
<i>Médecin généraliste</i>	9 (69,23%)	4 (100,00%)	0	3 (50,00%)	2
<i>Sage-femme</i>	12 (92,31%)	4 (100,00%)	1	5 (83,33%)	2
<i>Gynécologue obstétricien</i>	12 (92,31%)	3 (75,00%)	1	6 (100,00%)	2
<i>Gynécologue médical</i>	9 (69,23%)	4 (100,00%)	1	2 (33,33%)	2
Niveau de risque de la grossesse					
<i>Bas ou intermédiaire</i>	13 (100,00%)	4 (100,00%)	1	6 (100,00%)	2
<i>Haut</i>	0 (0,00%)	0 (0,00%)	0	0 (0,00%)	0
Choix du professionnel avant information					
<i>Médecin généraliste</i>	1 (7,69%)	/	0	1 (16,57%)	0
<i>Sage-femme</i>	9 (69,23%)	3 (75,00%)	/	4 (66,67%)	2
<i>Gynécologue médical</i>	2 (15,38%)	0 (0,00%)	1	1 (16,57%)	/
<i>Gynécologue obstétricien</i>	1 (7,69%)	1 (25,00%)	0	/	0

B) Synthèse du profil des femmes changeant d'avis

Les femmes changeant d'avis après lecture de la notice d'information ont tendance, de manière non significative, à être plus jeunes et plus souvent célibataires que celles qui ne changent pas d'avis. Elles sont plus souvent nulligestes que celles n'ayant pas modifié leur choix et elles ont toutes une future grossesse estimée à risque bas ou intermédiaire. La proportion de femmes n'ayant pas de suivi gynécologique chez ces participantes est significativement plus importante que dans le groupe ne changeant pas d'avis ($p = 0,022$ selon le test de Fisher). Elles ont tendance à habiter plus loin de la première maternité que celles ne changeant pas d'avis. Le professionnel qu'elles avaient initialement choisi pour leur suivi de grossesse était majoritairement la sage-femme.

C) Analyse des femmes changeant d'avis selon le professionnel choisi après information

a) Le médecin généraliste

4 participantes ont changé d'avis en faveur du médecin généraliste après lecture de la notice d'information. Leurs caractéristiques socio-démographiques sont disponibles dans le tableau 15. Trois participantes avaient initialement choisi la sage-femme et une avait choisi le gynécologue obstétricien.

Éléments d'informations qui ont contribué au choix

Les éléments avant lecture de la notice d'information

3 femmes ont évoqué la communication de l'entourage et une participante a coché la communication d'un professionnel de santé.

Éléments de la notice d'information ayant influencé un changement de choix

Ces différentes données sont disponibles dans le tableau 14.

Une participante n'a coché aucune proposition à cette question et a précisé ne pas l'avoir bien comprise. A contrario, une autre participante a coché toutes les propositions de la question.

Synthèse concernant le profil des participantes ayant changé d'avis en faveur du médecin généraliste

Les participantes changeant d'avis pour le suivi d'une future grossesse en faveur du généraliste sont des femmes jeunes, nulligestes et qui n'ont pour la plupart pas de suivi gynécologique. Leur niveau de risque pour une future grossesse est bas ou intermédiaire. Elles ont toutes connaissance de la compétence du médecin généraliste à suivre des grossesses à bas risque avant information. Les raisons initiales du non-choix du médecin généraliste sont majoritairement multiples. Les principaux éléments de la notice d'information qui ont influencé leur changement de praticien sont la possibilité de suivi conjoint, la formation des différents professionnels et l'absence de différence de risque qu'implique le suivi par chacun de ces professionnels.

Le critère « Suivi gynécologique antérieur » est le seul à être associé de manière significative au changement en faveur du médecin généraliste après lecture de la notice d'information ($p=0,024$ selon le test exact de Fisher). 75% des participantes changeant d'avis en faveur du médecin généraliste n'avaient pas de suivi gynécologique antérieur.

b) [La sage-femme](#)

Une seule participante a changé d'avis en faveur de la sage-femme après lecture de la notice d'information.

Cette femme a 31 ans. Elle vit dans un bourg ou un village et est en couple. Elle a réalisé des études supérieures à BAC + 3 et appartient à la catégorie professionnelle « Profession intermédiaire ou employée ». Elle n'a pas d'enfant et est nulligeste.

Son suivi gynécologique est réalisé habituellement par un gynécologue obstétricien. Pour une future grossesse, son niveau de risque serait classé « Bas ou intermédiaire ». Elle possède un bon niveau de connaissances sur les professionnels de santé qui peuvent suivre les grossesses. Elle sait que la sage-femme, le gynécologue médical et obstétricien peuvent suivre des grossesses à bas risque. Elle ne sait en revanche pas que le médecin généraliste le peut.

Pour une future grossesse, elle avait choisi le gynécologue médical avant lecture de la notice d'information. Elle déclare avoir reçu des conseils de son entourage et de professionnels de santé.

L'élément de la notice d'information qui semble avoir fait basculer son choix est le fait qu'il n'existe pas de différence de risque pour la mère ou l'enfant, quel que soit le professionnel de santé qui suit la grossesse, si elle est à bas risque.

c) [Le gynécologue obstétricien](#)

Au total, 6 participantes ont changé d'avis en faveur du gynécologue obstétricien après lecture de la notice d'information. Leurs caractéristiques socio-démographiques sont disponibles dans le tableau 15. Quatre participantes avaient initialement choisi la sage-

femme. Les deux autres avaient initialement choisi le médecin généraliste et le gynécologue médical.

Éléments d'information qui ont contribué au choix

Les éléments avant lecture de la notice d'information

3 participantes ont déclaré avoir reçu des informations d'un professionnel de santé. 2 femmes ont reçu des conseils de l'entourage. 1 femme dit n'avoir eu aucun élément d'information ayant contribué à son choix.

Éléments de la notice d'information ayant influencé un changement de choix

Ces différentes données sont disponibles dans le tableau 14.

Synthèse concernant le profil des participantes ayant changé d'avis en faveur du gynécologue obstétricien

Les participantes changeant d'avis en faveur du gynécologue obstétricien apparaissent être des femmes plus âgées, qui ont un niveau d'étude inférieur ou égal à BAC + 3, et qui vivent dans des communes comportant plus d'habitants que l'ensemble des femmes qui n'ont jamais choisi le gynécologue obstétricien. Les cadres et professions intellectuelles supérieures et les femmes sans activité professionnelle sont plus représentées dans le groupe de femmes qui changent d'avis en faveur de l'obstétricien. Ces données, après analyse, ne sont pas significatives.

La proportion de primigestes est plus importante dans le groupe de femmes qui changent d'avis en faveur de l'obstétricien que dans l'échantillon de femmes n'ayant jamais

choisi l'obstétricien, de manière non significative. La répartition des professionnels effectuant le suivi gynécologique habituel est différente entre les deux groupes ($p = 0,099$ selon le test exact de Fisher). La proportion de femmes suivies par le médecin généraliste et la sage-femme est plus importante dans le groupe changeant d'avis en faveur de l'obstétricien. Toutes les femmes ayant changé d'avis en faveur du gynécologue obstétricien avaient un niveau de risque bas ou intermédiaire.

On note une connaissance significativement moins bonne des compétences du gynécologue médical dans ce groupe ($p = 0,026$ selon le test exact de Fisher). La connaissance des compétences du médecin généraliste et de la sage-femme est également moins bonne que dans l'échantillon n'ayant jamais choisi le gynécologue obstétricien, de manière non significative. Au contraire, les compétences du gynécologue obstétricien étaient connues par toutes les femmes changeant d'avis, sans qu'il n'y ait de différence statistiquement significative.

Le professionnel choisi initialement était dans 66,67% des cas la sage-femme. Les informations concernant les formations des professionnels de santé, leurs implications selon le niveau de risque de la grossesse et sur le suivi de grossesse ont contribué à modifier leur choix.

d) Le gynécologue médical

Les deux participantes changeant d'avis en faveur du gynécologue médical ont toutes les deux 18 ans. Elles ont tendance à être plus jeunes que les participantes qui n'ont pas changé d'avis en faveur du gynécologue médical et qui ne l'avaient pas choisi initialement. Elles habitent dans des bourgs et villages. Elles sont toutes les deux célibataires et n'ont pas

d'enfants. Ces deux participantes sont étudiantes sans avoir encore de diplôme d'études supérieures.

Elles sont nulligestes et ont un niveau de risque pour une future grossesse estimé bas ou intermédiaire. Aucune d'entre elles n'a de suivi gynécologique.

Les deux participantes ont un bon niveau de connaissance, elles savaient chacune que le médecin généraliste, la sage-femme, le gynécologue obstétricien et le gynécologue médical pouvaient suivre des grossesses à bas risque.

Les deux participantes avaient choisi la sage-femme avant lecture de la notice d'information. L'une d'entre elle a évoqué la communication de l'entourage et la seconde n'a eu aucun élément d'information qui ont pu contribuer à ce choix initial.

Pour les deux participantes, « Les informations sur la formation des différents professionnels » sont un élément de la notice qui a influencé leur changement de choix. L'une d'entre elle a également coché : « La première page qui comporte les explications sur le suivi de grossesse » et la seconde a également coché « L'explication des différents professionnels pouvant être impliqués selon le niveau de risque de la grossesse ».

Discussion

I. Reprise des résultats principaux

1) Le choix des participantes avant information

A) Une proportion de choix du médecin généraliste conforme aux études précédemment menées

Dans notre étude, 6,90% des participantes ont initialement choisi le médecin généraliste pour suivre leur future grossesse. Peu d'études se sont intéressées à ce désir initial. Il était recueilli soit en préconceptionnel soit lors de la grossesse. Humbert M. (34), dans son mémoire de sage-femme datant de 2012, a posé la question à des femmes enceintes, lors de leur consultation d'anesthésie, du praticien qu'elles auraient souhaité initialement pour leur suivi de grossesse. Parmi les 530 participantes interrogées, 6% souhaitaient initialement se faire suivre par le médecin généraliste. Ce taux est en accord avec celui de notre étude. Cependant dans ce même mémoire, le taux de suivi effectif de ces participantes par le médecin généraliste était seulement de 2,3%. Le taux de suivi de grossesse par les médecins généralistes de l'ENP 2021 (39) est quant à lui de 4,3%. Il est également de 4% dans le travail de Noirclère Dubreuil F. (32), réalisé en 2018, et de 3% dans celui de Darreye A. (35). Cette différence entre le praticien souhaité et le praticien réalisant réellement le suivi de grossesse s'explique par les réorientations de ces femmes vers un autre professionnel qui ont dû être faites pour plusieurs raisons. Humbert M. énumère les motifs qui ont conduit les femmes de son étude à changer de praticien (vers un gynécologue, une sage-femme ou un généraliste) pour leur suivi, sans préciser les raisons spécifiques concernant chaque praticien. D'une manière globale, les raisons principales sont :

- le fait que le professionnel n'effectue pas de suivi de grossesse
- la réorientation faite lors de la prise de rendez-vous
- le planning trop chargé lors de la prise de rendez-vous
- un éloignement trop important du professionnel
- le fait d'avoir une grossesse pathologique

Nous pouvons imaginer que les deux premières raisons évoquées ainsi que la dernière concernent des participantes ayant initialement souhaité se faire suivre par le médecin généraliste.

B) Un nombre élevé de participantes ayant choisi la sage-femme

51,72% des participantes de notre étude ont initialement choisi la sage-femme pour leur suivi de grossesse. Ce taux est élevé par rapport aux participantes de l'étude de Humbert M. (34) où seulement 16,6% souhaitaient se faire suivre par une sage-femme hospitalière et aucune par une sage-femme libérale. Cette différence peut être en partie expliquée par les dix années qui se sont écoulées entre nos deux études et la place de plus en plus importante prise par les sages-femmes dans le suivi de grossesse. On note en effet que, dans l'ENP 2021, cette proportion de suivis par les sages-femmes, tout type d'exercice confondu, atteint 39%. Ce taux se situe autour de 30% dans différents travaux ((30), (32), (35), (38)). La densité de sages-femmes en Isère semble plus importante que celle en Haute-Vienne, où s'est déroulée l'étude de Humbert M., et que celle observée au niveau national. De plus, on remarque, ces dernières années, que la densité des sages-femmes libérales a également beaucoup augmenté (3). Ces éléments peuvent expliquer les différences observées entre les différents travaux.

Enfin, dans le mémoire de Humbert M., 28,5% des femmes se sont finalement faites suivre par une sage-femme à l'hôpital et 0,6% par une sage-femme libérale. La différence entre le souhait exprimé et le suivi effectif peut s'expliquer par les réorientations effectuées en faveur de la sage-femme hospitalière. En effet, les gynécologues obstétriciens hospitaliers travaillent souvent de manière conjointe avec ces dernières. Il est donc fréquent que les femmes ayant un bas niveau de risque soient orientées vers elles.

C) Une faible proportion de choix des gynécologues

Dans notre étude, avant information, 32,18% des participantes ont choisi le gynécologue obstétricien et 9,20% le gynécologue médical. Dans l'ENP 2021 (39), la proportion de suivis de grossesse réalisés par les gynécologues est de 51,5%. Cependant, cette enquête ne parle pas de la proportion de grossesses suivies par les gynécologues médicaux. Les inclut-elle par défaut avec les gynécologues obstétriciens libéraux ? Dans la littérature, la proportion de suivi de grossesse par les gynécologues obstétriciens et médicaux se situe également autour de 50% ((30), (31), (35), (38)).

Le choix initial des gynécologues, moins important dans notre étude que le suivi effectué par ces derniers au niveau national, peut s'expliquer par la place importante prise par les sages-femmes. Les participantes de notre étude semblent initialement très attirées par ces dernières. De plus, on pourrait penser, aux vues des données démographiques fréquemment énoncées, que l'accessibilité aux gynécologues est moins aisée.

D) Un choix initial proche de celui du praticien ayant suivi la précédente grossesse

On constate que le choix initial pour une future grossesse chez toutes les participantes confondues est très proche du professionnel qui a suivi les participantes non nulligestes lors de leur précédente grossesse. On remarque néanmoins quelques nuances dans la répartition des gynécologues obstétriciens et médicaux. Ainsi, parmi les 37 femmes non nulligestes de notre étude, 5,41% ont été suivies par le médecin généraliste, 45,95% ont été suivies par une sage-femme et 40,54% ont été suivies par un gynécologue (24,32% par le gynécologue obstétricien et 16,22% par le gynécologue médical). Nous pouvons donc penser que les femmes n'ayant pas eu de grossesse et celles ayant déjà fait l'expérience de cette dernière ont, dans notre étude, des aspirations similaires en termes de suivi avant lecture de notre notice d'information. Est-ce lié au partage d'expériences des primi et multigestes vers les nulligestes, notamment par le bouche à oreille dont nous avons montré l'importance dans nos résultats ?

Dans la question à choix multiples concernant le professionnel ayant suivi la précédente grossesse, il y avait la possibilité de cocher que la grossesse précédente n'avait pas été suivie. 3 femmes, soit 8,11% des participantes non nulligestes, n'ont pas eu de suivi pour leur précédente grossesse. L'ENP (39), qui ne prend en compte que les naissances (enfants nés vivants et mort-nés) qui ont eu lieu à au moins 22 semaines d'aménorrhée et/ou lorsque l'enfant pesait au moins 500 grammes, ne précise pas le taux de grossesses qui n'ont pas été médicalement suivies. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), dans un article datant de 2000 (40), rapporte que 0,2% des grossesses en France ne sont pas suivies. Dans une enquête de la DRESS de 2003 (41), 6% des femmes ayant déclaré leur grossesse au 1er trimestre ont eu moins de sept visites prénatales. En incluant les

grossesses déclarées aux 2^{ème} et 3^{ème} trimestres, cette proportion atteint 7,6 %. Il est possible que les participantes de notre échantillon n'aient pas bénéficié d'un nombre adéquat de visites prénatales mais une autre hypothèse semble plus vraisemblable. En effet, dans notre échantillon, 5 femmes (5,75% des participantes) ont eu une grossesse qui n'a pas abouti. Ce taux important de grossesses non suivies pourrait donc s'expliquer plutôt par des fausses couches spontanées ou des Interruptions Volontaires de Grossesse (IVG).

2) Les effets de l'information sur le choix des participantes

A) Sur le critère de jugement principal : le choix du généraliste

Grâce à notre étude, nous avons pu mettre en évidence une augmentation de 50% des femmes choisissant le médecin généraliste après lecture de la notice d'information. Ce résultat n'est pas significatif aux vues du faible effectif de notre échantillon et de la réalisation d'un test bilatéral.

Aucune thèse précédemment réalisée n'avait eu pour but principal de comparer l'effet de l'information donnée aux femmes en âge de procréer, de manière interventionnelle, en se basant sur le choix du professionnel avant et après information.

Les études retrouvées dans la littérature interrogeaient des femmes le plus souvent suivies par des gynécologues et primi ou multigestes ((18), (13)). On leur posait la question de leurs connaissances des compétences du médecin généraliste à suivre des grossesses à bas risque, puis on leur demandait si elles auraient pu envisager de se faire suivre par ce dernier si elles l'avaient su compétent auparavant. Ce type de méthodologie ne permet pas d'avoir une idée objective de l'impact de l'information sur ces femmes car on ne sait pas combien

d'entre elles auraient pu envisager un suivi par un médecin généraliste avant information. Il existe, dans ces études, un fort biais de sélection des participantes (lié à la parité, au mode de recrutement...). Néanmoins, elles mettent en évidence, tout comme notre thèse, une augmentation du nombre de femmes qui envisageraient de se faire suivre par le médecin généraliste. Hassan S. (13) a montré que 44% des femmes suivies au moins pour une grossesse par le gynécologue ne connaissaient pas les compétences du généraliste dans ce domaine. 23% auraient confié le suivi de leur précédente grossesse au médecin généraliste si elles avaient su. De même, dans la thèse de Figuet M. (18), 1 femme sur 15 ayant été suivie par un gynécologue savait initialement que le médecin généraliste pouvait suivre des grossesses. Après information, 9 femmes sur 15 pourraient envisager un suivi de grossesse par le médecin généraliste.

Une validation de ces données et de l'impact de la notice d'information est nécessaire, en réalisant une étude de plus grande ampleur.

B) Sur le choix de la sage-femme

D'après nos analyses, il existe une association significative entre l'information et le choix de la sage-femme. La notice d'information délivrée aux participantes de notre étude a eu pour effet de diminuer de 17,78% le choix de la sage-femme après sa lecture. Nous n'avons pas trouvé d'étude allant dans ce sens. Dans son mémoire de sage-femme, Noirclère Dubreuil F. (32) interroge des femmes secondes parées en suites de couches. L'un des critères secondaires était d'examiner l'influence d'un passage d'une sage-femme du Programme d'Accompagnement du Retour à Domicile (PRADO) sur le choix de professionnel pour une future grossesse. Les résultats montraient que le fait d'avoir bénéficié de la visite d'une sage-

femme libérale lors du retour à domicile après le 1^{er} accouchement permet d'augmenter les connaissances sur la profession de sage-femme. Cependant, cela n'augmente pas le recours à la sage-femme pour le suivi d'une grossesse ultérieure ce qui semble être cohérent avec nos résultats.

Ce résultat observé dans notre étude peut être en partie expliqué par le fait que la sage-femme soit le professionnel le plus choisi initialement dans notre échantillon de faible taille. Sa position comme un des professionnels de référence dans le suivi de grossesse a pu être atténuée par la description des compétences et de la formation d'autres professionnels.

C) Sur le choix des gynécologues médicaux et obstétricien

Dans notre étude, on constate une augmentation de 17,86% des participantes souhaitant se faire suivre par le gynécologue obstétricien après lecture de la notice d'information. Le nombre de femmes choisissant le gynécologue médical est quant à lui parfaitement stable. Nous n'avons pas pu réaliser d'analyse statistique sur une éventuelle association entre le choix de ces deux professionnels et l'information du fait de notre faible effectif. Nous n'avons pas retrouvé d'étude mesurant l'impact de l'information sur le choix des gynécologues (médicaux ou obstétriciens).

3) Profil des participantes changeant d'avis

Au total, 13 participantes ont changé d'avis après lecture de la notice d'information.

A) Des femmes n'ayant pas de suivi gynécologique antérieur

L'absence de suivi gynécologique antérieur est le seul critère associé de manière significative au changement d'avis des participantes. On note en effet que 5 femmes sur les 13 n'avaient pas de suivi gynécologique antérieur. Cela montre, comme nous le verrons plus tard, que ce paramètre est primordial dans la décision que prendront les femmes pour choisir le professionnel qui suivra leur future grossesse. Cela révèle aussi que, bien que peu de femmes déclarent que des informations délivrées par un professionnel de santé sont décisives dans leur choix, bénéficier d'un suivi par un professionnel semble implicitement important et oriente ce choix. Si ce n'est pas l'information délivrée par les professionnels qui est déterminante, quel(s) autre(s) paramètre(s) retrouvé(s) lors des consultations de suivi gynécologique incite(nt) les femmes à poursuivre le suivi avec ce praticien pour une future grossesse ou à en choisir un autre ?

B) Des femmes habitant plus loin de la première maternité

Parmi les 13 participantes de notre échantillon ayant changé d'avis, 12 d'entre elles habitent à plus de 15 minutes de la première maternité. Cela représente 92,31% des femmes qui changent d'avis. Pour rappel, dans l'échantillon global, 75,86% des femmes habitent à plus de 15 minutes de la première maternité. Bien que ce résultat ne soit pas significatif, il questionne le fait que les femmes ayant une résidence éloignée des maternités soient plus indécises sur le professionnel à qui confier leur suivi de grossesse. Malgré le fait que la plupart des femmes de ce groupe aient changé d'avis en faveur du gynécologue obstétricien, on peut noter qu'il existe une part non négligeable d'entre elles qui ont choisi le généraliste après information. L'accessibilité des gynécologues étant moins facile pour certaines femmes, il est

légitime qu'elles puissent envisager de se faire suivre par un autre professionnel plus proche de leur domicile. Les éléments donnés dans la notice d'information ont pu conforter le choix d'un professionnel plus proche et accessible, tout en rassurant ces femmes sur l'aspect sécurisant de la prise en charge proposée par tous les professionnels pouvant suivre des grossesses à bas risque.

C) Des femmes qui avaient toutes des connaissances sur le professionnel choisi après information

Nous avons constaté qu'aucune femme n'a changé d'avis en faveur d'un professionnel dont elle ne connaissait pas les compétences avant lecture de la notice d'information.

Les participantes savent répondre si certains professionnels sont aptes ou non à suivre des grossesses, mais certains éléments de leurs réponses laissent à penser que ces connaissances méritent d'être complétées. Une participante l'a mentionné en écrivant "je ne sais pas je suis trop jeune" dans les commentaires concernant les raisons du non-choix du généraliste, alors qu'elle l'avait coché comme professionnel compétent dans une question précédente.

De plus, les éléments de la notice d'information qui semblent avoir été décisifs pour la plupart des femmes ayant changé d'avis sont « Les informations sur la formation des différents professionnels » et « L'explication des différents professionnels pouvant être impliqués selon le niveau de risque de la grossesse ».

Contrairement à ce que l'on aurait pu attendre, ces résultats suggèrent que la notice d'information n'a pas influencé le choix des femmes vers des professionnels de santé dont elles ignoraient la capacité à suivre des grossesses. On observe plutôt que la notice a eu pour

effet de valider et approfondir certaines grandes notions acquises mais encore floues. Cela pourrait laisser penser que les femmes en âge de procréer ne sont qualitativement pas assez informées sur les compétences des professionnels aptes à suivre la grossesse. Une information argumentée, basée sur les recommandations en vigueur, semble donc favoriser un choix éclairé des femmes concernant le professionnel qui suivra leur future grossesse.

D) Deux profils s'orientant vers des professionnels différents

Si l'on regarde de manière plus précise les données associées au professionnel choisi après information, nous pouvons distinguer deux tendances.

Les femmes qui choisissent secondairement le médecin généraliste ou le gynécologue médical ont tendance à être plus jeunes que la moyenne de l'échantillon. Elles ont toutes un niveau de risque bas ou intermédiaire donc leur choix après lecture de la notice est adapté. Elles sont plus souvent nulligestes et une grande partie d'entre elles n'a pas de suivi gynécologique. La plupart d'entre elles avaient reçu des informations de leur entourage (50%, contre 12,5% ayant reçu des informations par un professionnel et 12,5% qui n'ont reçu aucune information). Ces participantes n'ont probablement jamais été confrontées aux professionnels de suivi de la grossesse du fait de leur jeune âge, en dehors du médecin généraliste. Ce dernier, s'il les a reçues pour un autre motif, n'a pas forcément pu, pensé, ou vu l'intérêt de les informer sur les professionnels capables de suivre des grossesses. Les femmes jeunes semblent disposer d'informations subjectives, orientées par les expériences des personnes de leur entourage, qui peuvent être imprécises. L'effet observé de la notice d'information sur cette catégorie de femmes semble donc montrer qu'une information

objective et anticipée faite par des professionnels de santé pourrait être bénéfique sur le choix de ces femmes en âge de procréer.

D'autre part, les femmes qui changent d'avis pour le gynécologue obstétricien après lecture de la notice ont tendance, de manière non significative, à être plus âgées et à résider dans des communes comportant un grand nombre d'habitants. Elles sont le plus souvent non nulligestes et ont d'excellentes connaissances dans les compétences du gynécologue obstétricien. Leurs connaissances des autres professionnels sont assez mauvaises. Nous pourrions nous demander si ces femmes, plus âgées et ayant déjà eu des grossesses auparavant, ont la sensation d'avoir des grossesses à risque, bien qu'aucune d'entre elles n'ait de critères B de la HAS (annexe 1) d'après les données collectées. L'accès au gynécologue obstétricien, plus facile en ville, peut également expliquer ces constatations. La notice d'information semble renforcer leurs connaissances ainsi que leur sentiment de sécurité et de confiance dans les compétences du gynécologue obstétricien, alors même que leurs connaissances dans celles des autres professionnels ne sont pas optimales.

Une seule participante a changé d'avis en faveur de la sage-femme. Ces données ne sont donc pas extrapolables.

Nous n'avons pas trouvé d'étude dans la littérature pour pouvoir comparer nos données. Il pourrait être intéressant de réaliser une étude de plus grande ampleur pour réaliser une analyse multivariée et affiner les critères associés au changement d'avis pour chaque professionnel. Cela permettrait de préciser au mieux les informations à délivrer aux femmes de manière globale et individualisée.

4) Niveau de risque d'une future grossesse et choix de praticien

A) Un élément non fondamental dans le choix initial des femmes

Le niveau de risque est un critère important pour les professionnels de santé, afin de proposer aux femmes un suivi approprié. Il ne semble néanmoins pas entrer en compte de manière systématique dans le choix des femmes. En effet, aucune des participantes ayant initialement choisi le médecin généraliste n'a justifié son choix par le fait qu'elle pense avoir une grossesse qui ne présente pas de risque particulier. Ce motif est un peu plus présent chez les participantes ayant choisi le gynécologue médical et la sage-femme mais ne concerne respectivement que 12,50% et 26,67% d'entre elles. Le fait d'avoir une grossesse à risque n'est cité comme raison du choix du gynécologue obstétricien que par 2 participantes (7,14% des femmes l'ayant initialement choisi), dont une seule ayant réellement une grossesse à risque. Une information sur le niveau de risque d'une future grossesse et sur les compétences de chaque professionnel est nécessaire pour aider les femmes à intégrer ce paramètre dans leur choix de praticien.

B) Un nombre important de femmes ayant un risque estimé bas ou intermédiaire se tourne vers les gynécologues obstétriciens

Les femmes ayant une future grossesse estimée à risque bas ou intermédiaire représentent 91,95% de notre échantillon. Parmi elles, 31,25% ont choisi le gynécologue obstétricien avant lecture de la notice d'information et 37,50% l'ont choisi après lecture de cette notice. Ce choix est motivé entre autres par l'aspect de spécialiste du gynécologue obstétricien et la sécurité que les femmes peuvent ressentir en lui confiant leur grossesse si

précieuse, indépendamment de son niveau de risque. Ce sentiment de grossesse précieuse motivant le choix du gynécologue (sans précision entre gynécologue médical et gynécologue obstétricien) est décrit dans la thèse de Briand CS. (19).

C) Un choix de praticien non optimal chez les participantes ayant une future grossesse à haut risque

Dans notre étude, nous constatons que seulement 42,86% des participantes ayant une future grossesse estimée à haut risque se sont bien orientées vers le gynécologue obstétricien avant lecture de la notice d'information. Les autres participantes se sont réparties entre les trois autres professionnels de santé. Différentes études vont dans ce sens. Dans la thèse de Bekka M. (30), seules 40% des femmes ayant des antécédents médicaux et/ou gynéco-obstétricaux choisissent le gynécologue obstétricien pour le suivi d'une future grossesse (il n'est pas décrit précisément si ces antécédents classent une future grossesse comme à haut risque). Dans l'étude de Perret J. (17), le choix du professionnel référent ne varie pas en fonction du risque de la grossesse.

D) Une méconnaissance des compétences spécifiques et une mauvaise estimation du niveau de risque de sa grossesse

Ces orientations non adaptées sont-elles liées au fait que les femmes ne connaissent pas les compétences spécifiques des différents professionnels et /ou qu'elles n'ont pas conscience du niveau de risque de leur future grossesse ?

Les femmes semblent méconnaître les compétences spécifiques des différents professionnels. Ceci renforce la nécessité de leur procurer une meilleure information. En effet, dans notre étude, une participante ayant une grossesse à haut risque a initialement choisi le gynécologue médical. Elle a justifié ce choix inadapté par le fait d'avoir une future grossesse à risque. De même dans l'étude de Noirclère Dubreuil F. (32), 27% des femmes interrogées en suites de couches pensent que les sages-femmes assurent la prise en charge des grossesses pathologiques.

Notre notice d'information comportait des renseignements sur la compétence des gynécologues obstétriciens à suivre des grossesses quel que soit leur niveau de risque contrairement aux autres professionnels de santé. A la suite de sa lecture, aucune des participantes ayant une future grossesse à haut risque et n'ayant pas choisi initialement le gynécologue obstétricien n'a modifié son choix de praticien. Il semble donc difficile pour les participantes d'évaluer le niveau de risque de leur future grossesse. Certaines le sous-estiment tandis que d'autres semblent le surestimer. En effet, une participante a coché l'item « Je pense avoir une grossesse qui présente des risques pour le futur bébé et/ou pour moi » et une a mentionné dans les commentaires qu'elle pensait avoir une grossesse à risque alors que nous avons estimé le niveau de risque de ces deux participantes comme bas ou intermédiaire.

E) [Rôle de repérage et d'orientation des patientes ayant une grossesse à haut risque](#)

Il existe donc un travail important de repérage et d'orientation des patientes présentant des grossesses à haut risque qui est à effectuer par les médecins généralistes, les

sages-femmes et les gynécologues médicaux. Les critères de la HAS (annexe 1) qui permettent ce dépistage ne semblent pas suffisamment connus comme le montrent les travaux de Fernandez EL. (15) et de Chobert F. (14). Le document de la HAS pouvant paraître long et dense, une simplification de ces recommandations via une plaquette synthétique a été proposée par une sage-femme et une gynécologue obstétricienne du Centre Hospitalier de Valence (annexe 7). Sa diffusion pourrait permettre de renforcer le suivi des recommandations de la HAS par les différents professionnels de santé concernés.

5) Eléments d'information

A) Avant lecture de la notice d'information

Dans notre étude, plus de 70% des participantes ont déclaré avoir reçu des éléments d'informations qui ont pu influencer leur choix de praticien initial.

a) La prépondérance du bouche à oreille

L'information perçue via le bouche à oreille est prépondérante avec plus de 50% des participantes l'ayant mentionnée. C'est également le moyen d'information cité de manière majoritaire dans l'étude de Rozec S. (23), réalisée en 2005, qui a interrogé des nulligestes sur leurs connaissances en terme de suivi prénatal.

Les participantes de notre étude ayant choisi la sage-femme et le gynécologue obstétricien ont tendance à avoir reçu plus d'informations via le bouche à oreille que celles ayant choisi un autre professionnel, soulignant l'intérêt manifeste pour ces deux professionnels du suivi de la grossesse. A travers les précisions apportées par les participantes,

on remarque que ces informations proviennent principalement du cercle familial proche et de personnes de sexe féminin (mère, sœur, tante, amie...) qui ont partagé l'expérience de la grossesse. Dans cette étape importante de la vie d'une femme, les expériences de l'entourage semblent être un repère. Nous pouvons penser que l'expérience positive ou négative d'un suivi par un professionnel peut alors facilement être généralisée à l'ensemble de la profession de manière parfois non adaptée. De même, la qualité de l'information donnée par des personnes en dehors du milieu médical sur les compétences de chaque intervenant peut parfois être imprécise de par la subjectivité liée à l'expérience et la limitation des connaissances dans ce domaine précis de la santé.

b) Un faible impact des informations transmises par les professionnels de santé

Un quart des participantes ont reçu des éléments d'information de la part d'un professionnel de santé, en majorité par le professionnel choisi. Les participantes s'étant tournées vers le gynécologue médical ont tendance à avoir reçu plus d'informations par ce biais que celles ayant choisi un autre professionnel. Cette information provenait du gynécologue médical lui-même. Ce taux d'informations reçues des professionnels de santé est également faible dans l'étude de Rozec S. (23) avec 13,8% d'informations véhiculées par les généralistes et 18,7% par les gynécologues.

Le taux de participantes dont le choix a été influencé par l'information donnée via un professionnel de santé peut paraître faible aux vues des 42,5% de femmes non nulligestes de notre échantillon. En effet, la plupart de ces femmes ont bénéficié d'un suivi médical pour leur précédente grossesse. Nous pouvons donc imaginer qu'elles ont reçu des informations sur les possibilités de suivi via un professionnel de santé lors de cette étape. Visiblement toutes n'en

ont pas eu ou elle ne les a pas influencées quant à leur choix. Ce pourrait-il que l'information n'ait pas été délivrée de manière compréhensive ou que les femmes ne l'aient pas entendue? C'est effectivement ce que semble montrer la thèse de Babinet-Boulnois C. (9) où 81% des généralistes interrogés affirment signaler à leurs patientes qu'ils peuvent suivre des grossesses tandis que 89% des patientes de ces mêmes médecins déclarent que ces derniers ne leur ont pas proposé de suivre leur grossesse. Cette discordance observée renforce la nécessité d'améliorer l'efficacité de la communication en tant que professionnel de santé sur les possibilités de suivi de grossesse.

c) Une part importante de femmes déclare ne pas avoir reçu d'information

29,89% de nos participantes ont répondu ne pas avoir reçu d'éléments d'information ayant pu influencer leur choix. Elles ne sont pas plus jeunes ou plus souvent nulligestes que les autres participantes contrairement à ce que l'on aurait pu penser. Leur niveau de connaissance global des différents professionnels pouvant suivre une grossesse à bas risque est même similaire à celui du reste de notre échantillon. Ces participantes avaient plus tendance à choisir initialement le gynécologue obstétricien (46,15% d'entre elles) que celles ayant reçu des éléments d'information (26,23% d'entre elles). Ce praticien s'impose probablement pour ces participantes comme le praticien de référence et elles n'ont peut-être pas ressenti le besoin de s'informer davantage sur ses compétences ou sur celles d'autres professionnels.

d) Autres éléments d'information

Dans notre questionnaire à choix multiples, deux participantes ont mentionné une autre source d'information que le bouche à oreille et l'information d'un professionnel. Il

s'agissait pour l'une de connaissances personnelles et pour l'autre de témoignages anonymes.

Nous pouvons effectivement imaginer que les femmes peuvent actuellement acquérir des connaissances personnelles de manière aisée via internet, des lectures papier, des formations proposées lors de la scolarité par exemple. C'est ce qu'explique Rozec S. (23) dans son mémoire de sage-femme.

Nous n'avons pas demandé aux participantes de notre étude quel était le contenu et la qualité des informations reçues ayant pu influencer leur choix mais 42% participantes du mémoire de Rozec S. trouvent que l'information véhiculée sur la grossesse n'est pas satisfaisante. L'information sur le déroulement de la grossesse en général est le premier manque ressenti, cité par 30,3% des femmes.

B) [Éléments d'information de notre notice ayant touché les femmes changeant d'avis](#)

Les informations sur la formation des différents professionnels et sur l'implication en fonction du niveau de risque ont été largement citées comme facteurs ayant influencé les participantes changeant d'avis. Nous aurions pu imaginer que cela aurait permis de rassurer les participantes et peut-être de diminuer l'orientation naturelle vers un spécialiste de la grossesse comme le gynécologue obstétricien. Cela n'a pas été le cas. En effet, presque la moitié des participantes ayant coché ces items s'est réorientée vers le gynécologue obstétricien bien qu'aucune d'entre elles n'ait une grossesse à risque.

75% des participantes ayant choisi le médecin généraliste après lecture de la notice d'information ont été touchées par la possibilité de suivis conjoints. On remarque que cet item

a été coché uniquement par des participantes ayant changé d'avis en faveur du médecin généraliste. Ces 3 participantes étaient nulligestes et n'avaient donc pas eu d'expérience de la grossesse.

La moitié des participantes ayant changé d'avis pour le médecin généraliste a été influencée par la notion d'absence de risque pour la mère ou l'enfant quel que soit le professionnel qui suit la grossesse, si elle est à bas risque. Ces participantes avaient probablement besoin d'être rassurées pour ce moment si particulier de leur vie. Les explications sur la sécurité du suivi quel que soit le professionnel choisi semblent donc nécessaires à transmettre de manière large.

Enfin une seule participante a coché que les images, les couleurs et la disposition des éléments de la notice ont participé à son changement de choix. Bien que le côté attractif de la notice n'ait pas pour but de faire changer les participantes d'avis mais plus de les encourager à la lire, on peut imaginer que ce n'est pas tant la forme de l'information qui compte mais bien le contenu.

II. Validité interne : critique de la méthode

1) Les forces de l'étude

A) Un mode de recueil inédit

a) Un recueil en population générale

Nous avons choisi de mener une étude multicentrique sur tout le territoire de l'Isère grâce à une randomisation de l'ensemble des salons de coiffure et coiffeurs à domicile de ce département. La figure 1 montre que la quasi-totalité des territoires ont été représentés, en

dehors des ceux de montagnes du Sud et de l'Est de l'Isère. Des coiffeurs du Trièves et de l'Oisans ont pourtant été sollicités par téléphone, mais n'ont pas souhaité participer à notre étude.

Notre population n'est pas comparable à celle recueillie dans l'étude de l'INSEE, issue du recensement de la population de l'Isère réalisé en 2019 (25). En effet, cette étude comporte rarement des sous catégories par sexe et tranches d'âges qui correspondent à celles que nous avons étudiées. Néanmoins notre méthode de recueil via les coiffeurs, dont les caractéristiques des clients se rapprochent fortement de la population générale, est un atout pour notre thèse.

b) Une limitation des biais par rapport aux études antérieures

Notre méthode de recueil nous a affranchies du biais de sélection grâce à la distribution des questionnaires dans un lieu neutre, sans information écrite ou personne qualifiée susceptible d'influencer les femmes par rapport à leurs réponses. Ceci nous a permis de toucher des femmes ayant une littératie en santé différente des personnes pouvant être recrutées dans des lieux médicaux. On remarque également que la moyenne d'âge de notre étude est inférieure aux thèses précédemment réalisées sur le même sujet ((11), (12), (13), (17), (19), (20), (21), (28), (29), (32), (33), (34), (35), (37), (38)). Nous pouvons donc supposer qu'un plus grand nombre de femmes n'ayant jamais eu de grossesses ont été ciblées.

Les études précédemment faites sur le sujet étaient réalisées :

- Soit en suites de couches ((11), (17), (20), (22), (29), (32), (35), (37), (38)) ou lors de consultations spécifiques du suivi de grossesses comme les échographies ((12), (30)), les consultations obstétricales (10) ou d'anesthésie (34). Cela ne permettait alors pas

de recueillir l'avis des femmes plus jeunes, nulligestes ou n'ayant pas de suivi gynécologique. Pour rappel, ce dernier critère est significatif dans notre étude pour les femmes qui changent d'avis.

- Soit dans des lieux médicaux ((13), (18), (19), (21), (23), (33), (42)) ou paramédicaux (28).

On peut imaginer qu'en fonction de ces lieux de distribution, certaines femmes ont pu être influencées pour leurs réponses : certaines ont pu les choisir en fonction de l'attente du professionnel leur ayant remis le questionnaire et ne pas oser évoquer des aspects négatifs le concernant.

B) Une étude interventionnelle unique sur ce thème

Comme mentionné précédemment, la seule étude de la littérature retrouvée qui observait l'impact de l'information sur le choix des médecins généralistes est la thèse de Hassan S. (13). Son critère de jugement principal était d'évaluer les connaissances que les femmes ont des compétences du médecin généraliste à réaliser des suivis de grossesse. Seul un critère de jugement secondaire mesurait le changement d'avis des femmes après information, sans s'intéresser au professionnel qu'elles auraient pu envisager avant cette information. Le contenu exact de l'information orale délivrée n'est pas précisé. Il existe un biais de sélection lié à la distribution des questionnaires dans des centres médicaux et à la sélection de femmes multigestes pour étudier ce critère. En tirer des conclusions semble délicat.

D'autre part, dans la discussion de la thèse de Bekka M. (30), une affiche d'informations concernant les différents professionnels de santé disponibles pour le suivi

gynécologique et obstétrical est proposée. L'investigatrice suggère d'utiliser ce dispositif pour améliorer l'information des femmes et favoriser l'adhésion des patientes au suivi de grossesse par le médecin généraliste. Cependant, aucune étude n'a évalué l'impact de ce dispositif sur l'orientation des femmes pour leur suivi de grossesse.

Notre méthode, prospective, a permis d'apporter, à toutes les femmes participant à l'étude, des informations identiques sur le suivi de grossesse, les recommandations de la HAS sur les niveaux de risque, la formation des professionnels, le travail en réseau... Nous avons pu étudier les choix des femmes avant et tout de suite après lecture de la notice d'information ce qui a limité le biais de mémorisation.

2) Les faiblesses de l'étude

A) Une faible taille de l'échantillon

Le peu de réponses obtenues par rapport au nombre initial souhaité confère à notre étude un manque de puissance. Notre méthode de recueil n'a probablement pas été optimale pour obtenir un grand nombre de réponses.

En effet, nous pouvons penser que l'implication des coiffeurs a été limitée aux vues des contraintes de distribution et de l'absence de bénéfice pour eux. Lors des différentes relances, un grand nombre nous a avoué ne pas proposer les documents à leurs clientes pour diverses raisons, détaillées dans la figure 2.

De plus, la moitié du temps de recueil des questionnaires s'est déroulée durant l'été 2022. Beaucoup de coiffeurs nous ont expliqué qu'il s'agit d'une période d'activité très calme, liée aux fermetures des congés d'été. Ils ont de fait pu oublier notre étude au retour de leurs

vacances ou être moins motivés après cette coupure. Une phase de recueil légèrement décalée par rapport à cette période aurait-elle permis d'obtenir plus de réponses ?

Au faible nombre de réponses totales obtenues s'ajoute la proportion importante de questionnaires pour lesquels les participantes présentaient des critères d'exclusion (35,33%). Nous n'avons pas écrit sur les feuilles d'informations à destination des participantes et des coiffeurs l'ensemble des critères d'inclusion et d'exclusion, pour les rendre moins denses. Ceci peut expliquer en partie le haut pourcentage de femmes exclues. Cependant ces critères ont tous été expliqués aux coiffeurs oralement à plusieurs reprises. Certains étant difficiles à repérer (par exemple le fait d'avoir un projet de grossesse à court, moyen ou long terme / département de la résidence principale), plusieurs participantes ont dû recevoir l'accès au questionnaire à tort. La proportion de questionnaires incomplets (13,04%) est elle aussi non négligeable. Parmi ces réponses incomplètes, un quart ont été interrompues suite à la lecture de la notice d'information. Cette étape demandait d'ouvrir une nouvelle page sur le navigateur pour pouvoir ensuite revenir au questionnaire. Cette démarche n'a peut-être pas été effectuée par ces participantes.

Cette faible taille d'échantillon engendre une interprétabilité limitée des tests statistiques. Elle ne nous permet pas de pouvoir conclure sur notre critère de jugement principal et plusieurs tests statistiques que nous avons prévu d'utiliser n'ont pu l'être (notamment l'analyse multivariée prévue initialement, le test de Mac Nemar pour les participantes changeant d'avis concernant les gynécologues médicaux et obstétricaux).

B) Des ambiguïtés possibles

La distinction entre gynécologue médical et gynécologue obstétricien a été décrite de manière simple à la question n°7 avec la mention « ne pratique pas les accouchements » à la suite du gynécologue médical et « pratique les accouchements » à la suite du gynécologue obstétricien. Cependant, les femmes allant voir un gynécologue pour leur suivi ne savent probablement pas toutes s'il s'agit d'un gynécologue médical ou obstétricien ce qui a pu induire des erreurs dans le remplissage du questionnaire.

Dans notre notice d'information, nous avons décrit la possibilité de pratiquer des accouchements comme compétence des gynécologues obstétriciens et des sages-femmes. Certaines femmes ont pu penser qu'en confiant le suivi de leur grossesse à un de ces deux professionnels, ce serait forcément lui qui superviserait leur accouchement alors qu'en pratique cela n'est pas toujours le cas. Ceci a pu influencer leur choix à tort.

Pour les participantes n'ayant initialement pas choisi le médecin généraliste pour le suivi d'une future grossesse, il leur a été posé la question des raisons de ce non-choix. Un des derniers items proposés était le sexe du généraliste (masculin ou féminin) comme raison du non-choix. 9 participantes ont coché l'item « sexe » et parmi elles, 5 femmes ont coché « c'est une femme » et 4 femmes ont coché « c'est un homme ». Nous pouvons nous poser la question de savoir si les participantes se souvenaient bien de l'intitulé de la question car ce résultat est étonnant par rapport aux données de la littérature, comme nous le verrons dans la partie « Critères liés au choix avant information ».

Enfin, nous avons dû exclure 8 réponses ininterprétables qui étaient pourtant complètes. En effet certaines réponses n'étaient pas cohérentes concernant les praticiens choisis avant lecture de la notice d'information, ceux choisis après lecture et la réponse à la

question « Ce choix est-il différent de celui formulé avant lecture de la notice d'information (pour une future grossesse) ? ». Le questionnaire était-il trop long et les participantes moins attentives en arrivant aux dernières questions ? La question n'était-elle pas suffisamment bien tournée ? Pour les deux participantes qui ont coché gynécologue médical à la place de gynécologue obstétricien et vice versa, était-ce une erreur d'inattention ?

C) Un biais d'information

Chaque coiffeur a été sensibilisé à notre étude via une seule des deux investigatrices. Malgré le fait que notre discours ait été préparé, il n'était pas complètement standardisé et la qualité et la quantité de l'information donnée oralement a pu différer entre les deux investigatrices. Cela a pu moduler l'adhésion des coiffeurs à notre thèse et donc l'information donnée à leurs clientes par la suite. La remise de documents écrits standardisés par les feuilles d'informations à destination des coiffeurs et des participantes limite ce biais.

III. Critères associés au choix de chaque professionnel

1) Des critères communs à tous les professionnels

A) Le suivi gynéco-obstétrical antérieur

a) Focus sur le professionnel réalisant le suivi gynécologique antérieur

Dans notre échantillon, 16,09% des participantes se faisaient suivre par un médecin généraliste, 27,59% par une sage-femme, 41,38% par un gynécologue (médical ou obstétricien) et 14,94% n'avaient pas de suivi.

La proportion de suivi gynécologique réalisé par un médecin généraliste est semblable dans d'autres thèses sur le sujet, se situant autour de 15 à 20% ((11), (32)).

Par contre, la proportion de suivi gynécologique réalisé par une sage-femme est supérieure à celle retrouvée dans plusieurs études où elle se situe autour de 10 à 15% ((32), (38)). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cela comme nous l'avons développé plus haut (la place plus importante occupée par les sages-femmes d'année en année liée à la reconnaissance de leurs compétences et la densité importante de sages-femmes en Isère). Cette position des sages-femmes dans le suivi gynécologique ainsi que l'accès de plus en plus difficile aux spécialistes expliquent en partie la proportion de suivis par les gynécologues, plus faible dans notre étude que dans d'autres travaux, où elle se situe autour de 70% ((32), (35)).

La part des femmes n'ayant pas de suivi gynécologique est importante dans notre échantillon. Cela s'explique par le fait que notre population étudiée est jeune (34,48% ont entre 18 et 24 ans). Plusieurs femmes n'ont donc pas encore été concernées par la réalisation de frottis de dépistage. De plus, certaines participantes ne considèrent peut-être pas qu'une consultation à propos de la contraception fait partie des motifs de consultation du domaine gynécologique.

b) Un critère de choix significatif pour tous les professionnels de santé

Dans nos analyses, le suivi gynécologique antérieur et le suivi de la précédente grossesse sont tous les deux des critères significatifs de choix, avant information, pour tous les professionnels étudiés. Il s'agit également d'un critère associé à la connaissance des compétences pour les 4 professionnels.

Les données de la littérature semblent concordantes avec celles retrouvées dans notre étude. Elles confirment que le critère du suivi gynécologique antérieur est le plus important pour le choix du généraliste. On retrouve en effet, selon les études, que ce critère est cité par 66,1 à 77,8% des femmes comme raison du choix du médecin généraliste ((11), (17)). Dans son étude, Ameil C. (20), justifiait ce critère, par le fait que la confiance accordée au médecin généraliste était renforcée par le fait d'être suivie par ce dernier sur le plan gynécologique ou lors d'une précédente grossesse. Gros Lenne B. (11) et Plantevin M. (21) ont montré qu'il existe une corrélation entre la connaissance des patientes sur les compétences du généraliste et le fait d'avoir un suivi gynécologique habituel par ce dernier. L'étude de Yildiz H. (12) nuance néanmoins ce propos, en précisant que certaines femmes méconnaissent les possibilités d'être suivies sur le plan obstétrical par leur médecin généraliste, malgré le fait qu'elles bénéficient d'un suivi gynécologique par ce dernier.

Concernant le gynécologue médical, le suivi gynécologique antérieur est un critère de choix pour 56 à 63,5% des femmes selon les études ((11), (30)). Pour la sage-femme et le gynécologue obstétricien, il semble être moins important. On le retrouve cité par 37 % des femmes choisissant la sage-femme (30) et entre 15 et 39% des femmes choisissant le gynécologue obstétricien ((11), (19)).

c) Le premier critère de non-choix cité par les femmes n'ayant pas choisi le médecin généraliste

L'absence de suivi gynéco-obstétrical antérieur est le critère de non-choix du médecin généraliste le plus souvent cité par les femmes ayant choisi un autre professionnel. Dans notre étude, il semble être d'autant plus important que les femmes ont choisi le gynécologue

médical initialement (87,50% des raisons du non-choix du généraliste dans ce cas). Les données de la littérature sont concordantes avec ce résultat ((10), (29), (35)).

B) La connaissance des compétences des professionnels de santé : une répartition inégale selon le professionnel choisi

a) Le niveau de connaissances des participantes de notre étude

D'après le score de connaissance des compétences que nous avons établi, on remarque que 69,77% des femmes ont un bon niveau de connaissances global des compétences des professionnels aptes à suivre des grossesses à bas risque. Néanmoins, il est important de rappeler qu'un nombre non négligeable de femmes ont coché qu'un infirmier, une auxiliaire de puériculture, un pédiatre ou un radiologue pouvaient suivre des grossesses. Cela montre que les connaissances des femmes en matière de suivi de grossesses sont imparfaites.

De manière plus précise, on constate que 60,47% des participantes de notre étude ont coché que le médecin généraliste était apte à suivre des grossesses à bas risque. Ces résultats sont concordants avec ceux de la littérature, où ce pourcentage varie entre 44,9% et 71% ((11), (13), (21), (23), (28), (30), (35), (36)).

Il en est de même pour les gynécologues ((21), (23)). On note cependant que dans la thèse de Gros Lenne B. (11), réalisée en 2005, les compétences du gynécologue médical étaient mieux connues que celles du gynécologue obstétricien. Cette différence est probablement le reflet de l'évolution de la démographie des gynécologues. Les gynécologues médicaux sont moins nombreux en 2022 et leurs compétences probablement moins connues.

Concernant les compétences de la sage-femme, le niveau de connaissances des femmes de notre étude est nettement supérieur aux données retrouvées dans divers travaux ((21), (32)). Ces divergences pourraient être expliquées par la place plus importante que prennent les sages-femmes en tant que professionnelles du suivi de la grossesse, de par leur croissance démographique et l'élargissement récent de leurs compétences. Ces paramètres sont responsables d'une visibilité plus importante de ces professionnels par les femmes, qui ont de fait plus de connaissances sur leurs compétences globales.

b) Un paramètre influencé par la catégorie socio-professionnelle et le niveau d'études

La répartition des professions est significativement différente entre les femmes qui connaissent les compétences du médecin généraliste et du gynécologue médical, et celles qui ne les connaissent pas. On note globalement que les participantes connaissant le mieux les compétences de ces deux professionnels appartiennent aux catégories "Étudiantes" et "Cadres et professions intellectuelles supérieures".

De même, le dernier diplôme obtenu semble associé à la connaissance des sages-femmes et des gynécologues médicaux. Pour les femmes ayant choisi ces deux professionnels, celles ayant un niveau « Inférieur à BAC, BAC ou CAP » ont une moins bonne connaissance de leurs compétences.

Les données de la littérature semblent globalement aller dans ce sens pour la sage-femme et les gynécologues ((21), (30)). En ce qui concerne la connaissance du médecin généraliste, les études réalisées ne retrouvent pas de lien significatif avec le niveau d'étude (19) ou la catégorie socio-professionnelle (21). S'agit-il d'un manque de puissance des études

précédemment réalisées ou d'un résultat surestimé dans notre étude à cause de notre faible échantillon ? Ces résultats sont donc à vérifier dans une étude de plus grande ampleur.

c) Le concept du seul soignant connu

Malgré l'apparent bon niveau de connaissance des compétences observé ci-dessus, on note, de manière purement descriptive, que les compétences du professionnel les mieux connues par les femmes de notre étude sont celles de celui qu'elles choisissent spontanément avant lecture de la notice d'information. Cela est significatif pour le choix du gynécologue obstétricien. Aussi, nous avons pu remarquer que dans chaque groupe de professionnel choisi avant lecture de la notice d'information (sauf pour le gynécologue médical), un défaut d'information concernant les compétences d'un des trois autres professionnels était constaté. Les femmes choisissent-elles le professionnel qui va suivre leur grossesse en n'ayant peu ou pas de connaissances sur les autres possibilités de suivi ?

Le concept du « seul soignant connu » a été décrit dans plusieurs thèses, et semble être effectivement plus important chez les femmes choisissant le gynécologue obstétricien. En effet, ce critère a permis de justifier le choix du gynécologue obstétricien chez 8 à 14% des femmes des études de Gros-Lenne B., Pépin-Moinard M. et Briand CS. ((11), (31), (19)). Figuet M. (18), a réalisé une thèse qualitative qui vise entre autres à étudier le vécu du suivi de grossesse des femmes accompagnées par un gynécologue. Elle décrit dans son travail que *“Le manque d'information en amont de la grossesse a été déploré par toutes les femmes interrogées. Celles-ci ont eu le sentiment de ne pas connaître les options de suivi possibles et donc de ne pas avoir eu le choix, notamment pour décider du professionnel qui suivrait la grossesse”*. Dans cette thèse également, la question *“Comment avez-vous pris la décision d'être suivie par un gynécologue ?”* a été posée. La majorité des femmes interrogées a déclaré

ne pas avoir eu connaissances des autres options de suivi ; une femme a même déclaré *“On ne m’a pas laissé le choix, on ne m’a pas expliqué”*.

Le critère du “seul soignant connu” est également important chez les femmes choisissant la sage-femme, avec 8,4% des femmes concernées dans l’étude de Briand CS. (19). Ceci est concordant puisque la sage-femme est, tout comme le gynécologue obstétricien, un professionnel de référence dans le suivi de grossesse.

Ce paramètre est moins important chez le gynécologue médical et le médecin généraliste. Dans l’étude de Gros Lenne B. (11), 4,3% des femmes choisissent le gynécologue médical car elles n’ont pas connaissance des autres possibilités de suivi. 2,8% des femmes choisissant le médecin généraliste sont concernées dans la thèse de Bekka M. (30).

d) Un manque d’informations délivrées par les médecins généralistes sur leurs compétences

D’après nos résultats, 18,52% des femmes n’ont pas choisi le médecin généraliste car elles n’étaient pas informées de ses capacités à suivre des grossesses. Ce taux atteint 37,50% des femmes ayant choisi initialement le gynécologue médical et est plus faible (14,29%) chez les femmes ayant choisi le gynécologue obstétricien.

Une des contraintes du médecin généraliste, par rapport aux autres professionnels, est qu’il reçoit par essence des patients pour de multiples motifs. Il ne peut donc pas, à chaque consultation, délivrer des informations spécifiques d’ordre gynécologique ou obstétrical, et doit trouver le bon moment pour le faire. Ces informations peuvent donc être noyées par d’autres, ou être oubliées car rappelées moins fréquemment que par la sage-femme, le gynécologue médical ou l’obstétricien. Les médecins généralistes ont conscience de ce défaut

d'information, puisque dans la thèse de Babinet-Boulnois C. (9), 59% d'entre eux déclarent penser que les femmes ne savent pas qu'ils peuvent suivre des grossesses normales.

e) Le choix de la sage-femme, plus éclairé que celui des autres professionnels ?

Les femmes de notre étude ayant initialement choisi la sage-femme semblent avoir, de manière non significative, une bonne connaissance de la capacité du médecin généraliste à suivre des grossesses à bas risque par rapport aux femmes ayant choisi les gynécologues, bien que leur niveau de connaissance global soit similaire. Ces participantes sont également celles qui ont le moins coché n'avoir reçu aucune information pour le choix émis avant lecture de la notice d'information. On remarque enfin que la grande majorité d'entre elles a donné plusieurs raisons motivant le choix de la sage-femme et que le nombre moyen de raisons évoquées est plus important que celui des autres professionnels :

- 3,25 réponses pour le gynécologue médical dont 50% de réponses uniques.
- 3,5 réponses pour le médecin généraliste dont 40% de réponses uniques.
- 4,75 réponses pour le gynécologue obstétricien dont 17,86% de réponses uniques
- 5,8 réponses pour la sage-femme dont 16% de réponses uniques.

Le choix de la sage-femme est-il plus éclairé que celui des autres professionnels ? S'agit-il d'un résultat lié au faible échantillon recueilli ?

C) Les conseils extérieurs

a) La communication de l'entourage : un critère important pour le choix de la sage-femme

Dans notre étude, les participantes ayant initialement choisi la sage-femme ont tendance, à avoir reçu plus d'informations de la part de leur entourage (57,78%), par rapport aux femmes ayant choisi un autre professionnel.

Cette constatation est également retrouvée dans la littérature, bien que dans une moindre mesure. Dans les thèses de Bekka M. (30) et de Gentric A. (36), les conseils de l'entourage étaient un motif de choix de la sage-femme pour 30 à 37% des femmes. Houlé C. (37) retrouve également dans son étude que le bouche à oreille est un élément important du choix de la sage-femme.

Cette bonne image de la sage-femme dans la population générale est justifiée dans la thèse de Prévot-Stimec I. (42) par l'aspect « cocooning » du suivi et le sexe souvent féminin de ce professionnel, qui renvoie l'image de la même expérience vécue de la maternité. Dans la même idée, Briand CS. (19) parle de la sage-femme comme une « *personne plus abordable et à l'écoute* », Ameil C. (20) évoque une prise en charge perçue comme plus enveloppante et Houlé C. (37) mentionne une relation plus propice à la complicité.

b) Le gynécologue obstétricien peu conseillé par les professionnels de santé

Les femmes ayant initialement choisi le gynécologue obstétricien ont déclaré avoir reçu significativement moins d'éléments d'informations ayant pu influencer ce choix de la part de professionnels de santé, par rapport aux femmes ayant choisi un autre professionnel. On

note que ces éléments ont été aussi peu transmis par le gynécologue obstétricien lui-même que par d'autres professionnels de santé.

Cela peut paraître paradoxal, puisqu'il s'agit du professionnel le plus choisi par les femmes dans l'ENP de 2021 (39). De plus, le gynécologue obstétricien est le professionnel auquel les femmes devraient être adressées en cas de grossesse à risque. Du fait des réorientations nécessaires, on pourrait penser que la part d'éléments transmis par les autres professionnels de santé que le gynécologue obstétricien pourrait être plus importante le concernant. Cependant, dans la littérature, on note que les conseils d'un soignant ont été mentionnés par seulement 5,6 à 17,4% des femmes ((11), (19)) comme critère de choix du gynécologue obstétricien. Ceci est donc concordant avec les résultats retrouvés dans notre étude.

La discordance entre l'information reçue concernant le gynécologue obstétricien et le fort taux de choix de ce professionnel pour le suivi de grossesse pourrait être expliquée par deux paramètres. Premièrement, comme vu précédemment, il s'agit du professionnel qui a le plus important pourcentage de choix pour la raison « seul soignant connu » ((11), (19), (31)). D'un autre côté, plusieurs études ont retrouvé des critères subjectifs comme raison du choix du gynécologue obstétricien. Dans la thèse de Briand CS. (19), 37% des participantes ont coché l'item « *C'est normal, logique, dans les mœurs.* ». Houlé C. (37), parle quant à elle, du fait que choisir le gynécologue obstétricien est « *Logique, rassurant* ». Le gynécologue obstétricien apparaît donc être un des soignants de référence vers qui les femmes ont tendance à se tourner plus naturellement sans avoir reçu au préalable d'information à son égard.

c) Des disparités entre les informations reçues et les motivations du choix des professionnels

On remarque, d'après les résultats de notre étude, qu'il existe une discordance entre les éléments d'informations que les participantes ont déclaré avoir reçus (question 27), et les paramètres cochés comme déterminants du choix du professionnel avant information pour les questions 28, 29, 30 et 31. En effet, peu de femmes ont coché l'item "A été conseillé" comme déterminant du choix, par rapport au nombre de femmes ayant déclaré avoir reçu des éléments d'information. La plupart des femmes ayant coché l'item "A été conseillé" comme déterminant de leur choix ont déclaré avoir reçu des conseils de leur entourage.

Ceci met donc en exergue que les informations données par les professionnels de santé semblent peu déterminantes pour le choix du professionnel qui suivra une future grossesse. Ces résultats pourraient également être expliqués par le fait que certaines femmes aient pu recevoir des informations négatives de la part de leur entourage sur un professionnel. Ceci expliquerait qu'elles n'aient pas justifié par la suite leur choix en cochant l'item "A été conseillé(e)". On note en effet, pour le médecin généraliste, que 11,11% des femmes de notre étude ne l'ont pas choisi car il a été déconseillé par leur entourage. Ces femmes ont majoritairement choisi initialement l'obstétricien.

Les éléments recueillis dans la littérature sont très disparates à ce sujet. La communication par l'entourage est un élément important pour le choix de la sage-femme comme expliqué précédemment ((30), (36), (37)). Pour le médecin généraliste, on retrouve cet élément chez 14 à 17% des femmes ((11), (30)). Pour le gynécologue obstétricien, les études sont contradictoires. Notre étude montre que 28,57% des femmes l'ont choisi suite à des conseils de leur entourage. L'impact de la communication réalisée par les professionnels de santé sur le choix des femmes n'est reprise dans aucune étude de manière ciblée.

2) Critères associés au médecin généraliste

A) La disponibilité et les aspects pratiques

Ce critère est cité comme la 2^{ème} raison du choix du médecin généraliste. L’item « Proximité immédiate de mon domicile » représente la majorité des réponses cochées. Cet aspect est corroboré par la littérature qui vante la proximité géographique du médecin généraliste, sa disponibilité au quotidien pour les urgences liées à la grossesse ou aux pathologies courantes et sa rapidité des rendez-vous ((11), (12), (13), (20), (27), (29), (31), (33), (35), (38), (42)).

Ce critère de disponibilité est concordant avec le fait que les femmes qui habitent plus loin de la première maternité ont eu tendance à plus changer d’avis. Le critère du nombre d’habitants n’a été significatif dans aucune de nos analyses, mais l’aurait-il été si nous avions eu un effectif et donc une puissance plus conséquents ?

On remarque cependant que 20,99% des femmes n’ayant pas choisi le médecin généraliste ont coché ce critère pour justifier leur non-choix, dont 26,67% des femmes ayant choisi initialement la sage-femme. L’item majoritaire de cette catégorie était « Ses rendez-vous ne sont pas assez rapides en cas d’urgence ». Dans la littérature, on retrouve également ce critère comme raison du non-choix, mais il n’est responsable que de 2 à 10,5% du non-choix du généraliste selon les études ((19), (13)). Cet écart observé est-il lié à la baisse de la démographie des médecins généralistes, qui ont des délais qui s’allongent et se retrouvent plus éloignés du domicile de certaines femmes qui peinent à trouver un médecin traitant ? Ou doit-on y voir, au contraire, le reflet de l’augmentation de la densité des sages-femmes en

Isère, qui ont de fait la possibilité de proposer des rendez-vous plus rapides et plus conformes aux attentes des femmes enceintes ?

B) La relation de confiance et la prise en charge globale

Il s'agit d'un critère ayant été coché en 3^{ème} position chez les participantes qui ont choisi le médecin généraliste. L'idée que le médecin généraliste puisse assurer une prise en charge globale, et notamment médico-psychologique et soit à l'écoute rassure les patientes ((12), (27)). Ameil C. (20) explique que la relation médecin généraliste-patiente permet une connaissance réciproque, qui favorise la confiance par son côté rassurant et est un gage de qualité des soins, avec l'assurance pour les femmes d'avoir une prise en charge adaptée et personnalisée. Cette dernière idée est également reprise dans le travail de Yildiz H. (12). Il y est stipulé que le médecin généraliste peut donner des conseils appropriés sur le mode de vie de la femme enceinte, car il la prenait en charge avant la grossesse et continuera à la suivre après. L'aspect de médecin de famille est en effet important pour les femmes qui lui confient leur suivi ((37), (42)).

Cette relation de confiance est renforcée par son rôle de coordonnateur des soins. Les thèses de Houlé C. (37) et de Oubraham M. (27) reprennent en effet son rôle d'orientation vers les professionnels adaptés en fonction des problématiques éventuellement soulevées et d'informations sur les différents professionnels disponibles. Ameil C. (20) souligne que les femmes qui choisissent le médecin généraliste apprécient n'avoir qu'un seul référent principal.

Cependant, le critère « Manque de relation de confiance ou de temps accordé en consultation » a été retenu par 30,86% des femmes n'ayant pas choisi le médecin généraliste initialement. La majorité des participantes l'ayant cité ont choisi la sage-femme avant information mais 25% des femmes ayant choisi le gynécologue obstétricien l'ont également coché. Ces 2 professionnels sont des spécialistes de référence de la grossesse. Il est de fait notifié dans la littérature que les femmes ont tendance à leur faire plus confiance qu'au médecin généraliste et à se sentir plus en sécurité ((19), (20)). D'autre part, les consultations des sages-femmes peuvent être plus longues, notamment celles de préparation à l'accouchement et d'entretien pré-natal précoce. Ce résultat reflète-t-il vraiment une raison du non-choix du généraliste ou plutôt un critère du choix de la sage-femme et du gynécologue obstétricien ?

C) Autres critères de choix

Dans notre étude, nous avons trouvé que le fait d'avoir fait des études niveau BAC +2 ou 3 était significativement associé au fait de choisir le médecin généraliste. Nous n'avons pas trouvé d'autre étude allant dans ce sens. Les précédents travaux montraient plutôt que les femmes qui choisissaient le médecin généraliste avaient un faible niveau d'études ou n'avaient pas fait d'études supérieures ((29), (30), (31)). On retrouve également dans la littérature, que les femmes qui choisissent le médecin généraliste sont issues de classes professionnelles basses et ont de faibles niveaux de revenus ((11), (29), (38)). Les résultats de notre étude concernant la durée des études et la classe socioprofessionnelle peuvent être expliqués par notre faible taille d'échantillon et un manque de puissance de notre étude.

Enfin, dans les travaux de Giacomoni A. (33), Briand CS. (19) et Ameil C. (20), un intérêt financier est trouvé dans le suivi de grossesse réalisé par le médecin généraliste. Cette raison peut atteindre 9% des motivations pour le choix du généraliste dans la thèse de Giacomoni A. Le fait que la majorité des médecins généralistes exercent en secteur 1 et donc que les consultations soient en quasi-totalité remboursées par la sécurité sociale expliquent cela. Dans notre thèse, cette raison n'était pas proposée dans le questionnaire et aucune participante ne l'a suggérée en commentaire, quel que soit le professionnel initialement choisi.

D) Des critères associés au non-choix du généraliste

a) Le manque d'informations délivrées sur la grossesse, l'accouchement et l'enfant à venir

Un grand nombre de femmes n'ayant pas choisi le médecin généraliste a soulevé l'absence d'informations sur la grossesse, l'accouchement et l'enfant à venir comme raison de leur non-choix. Ceci est corroboré par le fait qu'une seule participante de notre étude ayant choisi le médecin généraliste a coché ce critère comme raison de son choix. Dans la littérature, la quasi-totalité des travaux menés sur l'information que le généraliste donne sur le suivi de grossesse montre qu'elle est insuffisante ((20), (27), (37)).

Plus spécifiquement, nous n'avons retrouvé qu'une seule thèse où le manque d'informations liées au suivi de grossesse est un critère de non-choix du médecin généraliste (20). Il s'agit pourtant, dans notre étude, d'une raison du non-choix pour 18,51% des femmes interrogées.

En revanche, dans les études de Houlé C. (37) et Oubraham M. (27) les femmes interrogées déclarent ne pas recevoir assez d'informations concernant le post partum, le retour à domicile, l'allaitement, les conseils de puériculture et la parentalité. Cela représente dans notre étude 11,11% des raisons du non-choix du médecin généraliste.

Le fait que peu d'études parlent du manque d'informations délivrées spécifiquement sur la grossesse peut s'expliquer par le fait que les précédents travaux réalisés se sont plus intéressés à l'information des femmes sur l'aptitude des médecins généralistes à suivre des grossesses et non à l'information qu'ils délivrent lors des consultations de suivi de grossesse. Il pourrait être intéressant, lors d'une étude dédiée, d'interroger des femmes sur leur ressenti concernant la qualité de l'information délivrée par les médecins généralistes lors du suivi de grossesse, pour confirmer ou infirmer ces résultats.

Une explication quant à cette information insuffisante pourrait être trouvée dans la thèse de Babinet-Boulnois C (9). En effet, 28% des généralistes interrogés trouvent qu'il est difficile d'informer les femmes enceintes sans les inquiéter et 17% d'entre eux trouvent qu'ils manquent de temps pour délivrer les informations.

b) Un manque de compétences techniques

Seule une participante de notre étude a choisi le médecin généraliste pour ses compétences techniques. Le manque de compétences ressenti par celles ne l'ayant pas choisi s'est surtout manifesté par 2 critères de non-choix :

- « Ce n'est pas un(e) spécialiste du suivi de grossesse », coché par 46,43% des femmes ayant choisi l'obstétricien, 37,50% ayant choisi le gynécologue médical et 31,11% de celles ayant choisi la sage-femme.

- « Il/Elle n'a pas les compétences nécessaires pour suivre des grossesses », plébiscité surtout par les femmes ayant choisi les gynécologues.

Les données de la littérature sont concordantes avec nos résultats. On retrouve que le fait que le médecin généraliste ne soit pas un spécialiste de la grossesse peut faire douter les patientes de ses compétences obstétricales ((11), (20)). En effet, d'après les femmes, il manquerait de formation et de pratique (10) et serait « *moins qualifié* » (29) que ses confrères. Certaines femmes ne le choisissent donc pas de peur qu'il « *ne soit pas à même de détecter les problèmes* », dans la thèse de Hassan S. (13). Une participante de l'étude de Houlé C. (37) va même plus loin, en expliquant que ce n'est pas le rôle du médecin généraliste de suivre des grossesses.

Néanmoins, les participantes interrogées dans les thèses de Gentric A. (36) et Gros Lenne B. (11) trouvent, pour 50 à 75% d'entre elles, le généraliste compétent à suivre des grossesses. Certaines études soulignent également que les femmes qui consultent le médecin généraliste pour le suivi de leur grossesse peuvent rechercher une approche moins médicalisée, plus humaine et physiologique ((12), (20), (37), (38)).

Paradoxalement, 15,56% des participantes ayant initialement choisi la sage-femme ont déclaré ne pas choisir le médecin généraliste à cause d'une « Approche trop technique ou médicale de la grossesse ». Ce résultat s'explique probablement par le fait que ces femmes ayant choisi la sage-femme attendent une prise en charge plus physiologique/cocooning que celle qu'elles pourraient imaginer avec le médecin généraliste.

c) Le sexe du généraliste et la pudeur

Le sexe du médecin généraliste est cité comme critère de non-choix par 11,11% des femmes ne l'ayant pas choisi. Ce critère de non-choix revient plus fréquemment chez les participantes ayant choisi initialement le gynécologue obstétricien. On rappelle que sur les 9 participantes concernées par ce critère de non-choix, 5 ont coché « C'est une femme » et 4 ont coché « C'est un homme ».

Plusieurs thèses soulignent que le fait d'être un médecin généraliste de sexe féminin semble être associé à de plus grandes chances de suivre des grossesses par rapport au généraliste masculin. Dans la thèse de Tesse-Skaf M. (29), le sexe féminin du généraliste faisait partie des cinq principales raisons avancées par les participantes pour expliquer leur choix du généraliste pour leur suivi de grossesse. Ce suivi préférentiel par une femme peut s'expliquer par l'aspect positif d'une expérience vécue de la maternité et du partage de cette expérience. Aussi, la plupart des études réalisées ((10), (13), (17), (28)) montrent que le sexe masculin est un critère de non-choix du médecin généraliste. Il est souvent associé au sentiment de pudeur ((10), (35)).

Cependant, la thèse de Yildiz H. (12) et d'autres travaux ont mis en avant l'attrait d'un suivi par un médecin de sexe masculin pour certaines femmes. En effet, dans la thèse de Prévot Stimec I. (42) où toutes les participantes interrogées étaient suivies par un médecin homme, plusieurs femmes ont fait état de l'importance d'avoir un médecin homme. Elles apprécient la masculinité de leur interlocuteur car il apporte un regard différent et valorisant mais sans condescendance. Ces résultats mériteraient d'être confirmés par une étude dédiée, interrogeant des femmes suivies par des médecins généralistes des 2 sexes.

La notion de pudeur est retrouvée également dans plusieurs études, sans lien avec le sexe du généraliste, mais plutôt avec le fait de bien le connaître (10). Certaines femmes déclarent être gênées d'être suivies par la même personne pour leurs problèmes généraux et gynéco-obstétricaux (28), ou simplement vouloir être suivies par un autre praticien que leur médecin de famille sur le plan obstétrical (11). Une participante de notre étude l'a même souligné, en commentant : « C'est un ami ».

3) Critères associés au choix de la sage-femme

A) La relation de confiance et la prise en charge globale

Il s'agit d'un des critères ayant été coché en 1^{ère} position chez les participantes qui ont choisi la sage-femme. On retrouve également cet aspect dans la littérature, où le côté « enveloppant » de la prise en charge paraît déterminant ((20), (42)). Il en est de même pour la qualité de la relation entretenue, qui semble, aux yeux des femmes interrogées, plus personnalisée, plus disponible, plus propice à la complicité ((19), (32), (35), (37)). La qualité de l'écoute qu'accordent les sages-femmes est également reprise dans de nombreux travaux ((19), (20), (32), (37)).

B) Les informations sur la grossesse, l'accouchement et l'enfant à venir

66,67% des femmes qui ont choisi la sage-femme ont coché un item de la catégorie « Informations délivrées sur le suivi de la grossesse et de l'enfant » pour justifier leur choix. Il s'agit de la 2^{ème} raison avancée pour justifier le choix de la sage-femme.

Les sages-femmes réalisent la grande majorité des cours de préparation à l'accouchement et des entretiens prénataux précoces. Elles disposent donc de temps

privilegiés pour donner des informations aux femmes enceintes. Pour les femmes interrogées dans les diverses études, cette information est ressentie comme meilleure que celle délivrée par les autres professionnels (20), et avec une temporalité adaptée (37).

Les informations apportées sur le suivi futur du nourrisson et les conseils de puériculture sont cités dans la littérature comme favorisant le choix de la sage-femme ((30), (37)). Dans notre étude, 21 femmes l'ayant choisie ont coché l'item « Il/Elle donne les informations nécessaires sur les techniques pour s'occuper de l'enfant à venir » contre cinq ayant initialement choisi l'obstétricien, une le généraliste et aucune pour le gynécologue médical. Dans l'étude de Bekka M. (30), la réalisation des soins post-nataux et le suivi de l'enfant étaient la raison d'un peu plus de 20% des choix de la sage-femme.

C) Les compétences techniques

On note que les compétences techniques des sages-femmes sont perçues comme un des déterminants les plus importants pour la plupart des femmes qui les choisissent tout comme leur aspect de spécialiste de la grossesse. Ces données sont corroborées par celles de la littérature pour les grossesses physiologiques ((11), (19), (31), (32), (35), (37)). Cependant, 22,22% des femmes interrogées dans notre étude apprécient le fait que les sages-femmes utilisent parfois un « Abord moins technique et médical » que les autres professionnels. Ceci est confirmé par les thèses de Houlé C. (37) et Darreye A. (35) où les participantes évoquent un suivi plus naturel et spontané.

D) La disponibilité et les aspects pratiques

Ce critère a été cité comme la 4^e raison du choix de la sage-femme. Dans la littérature, la proximité du domicile, le fait qu'elle se déplace à domicile et qu'elle réalise des consultations longues sont majoritairement citées comme raisons du choix ((30), (31), (35), (37)).

E) Autres critères de choix

On retrouve dans l'étude de Houlé C. (37), comme pour le gynécologue obstétricien, l'idée qu'il est « logique » d'aller consulter une sage-femme pour un suivi de grossesse.

Enfin, comme pour le médecin généraliste, la raison financière est invoquée dans la thèse de Pépin-Moinard M. (31), pour justifier le choix de la sage-femme.

4) Critères associés au choix des gynécologues

A) Un critère commun : les compétences techniques

Dans notre étude, les compétences techniques des gynécologues sont plébiscitées par les femmes les choisissant. Les données de la littérature sont concordantes avec nos résultats ((11), (31), (37)). Les participantes de l'étude de Darreye A. (35) qualifient le gynécologue obstétricien de « plus spécialisé », « plus compétent », « plus apte », « plus expérimenté », et ayant une meilleure réputation. Néanmoins, on note que son aspect de spécialiste et le fait qu'il utilise un « Abord plus technique, plus médical » peuvent ne pas convenir à toutes les femmes. Yildiz H. (12) explique dans sa thèse que certaines participantes trouvent l'approche

du gynécologue obstétricien « *hypermédicalisée, trop technique, trop froide, trop inhumaine et génératrice d'angoisses* ».

La pratique de l'échographie et l'exercice hospitalier semblent être des facteurs favorisant le choix du gynécologue obstétricien, comme observé dans la littérature ((30), (31), (35), (37)). En effet, 9,88% des femmes n'ayant pas choisi le médecin généraliste ont coché la raison « Je souhaite une échographie tous les mois » et ce résultat est plus important chez les femmes ayant initialement choisi les gynécologues. Ces données sont concordantes avec la littérature ((10), (19), (20)). On peut notamment citer la thèse de Petitprez J. (10), où 5% des femmes ayant choisi le gynécologue obstétricien reprochent au médecin généraliste de ne pas faire d'échographie. On rappelle cependant que seules 3 échographies sont recommandées pendant une grossesse physiologique (1). Ce critère, bien que mineur, montre que certaines femmes sont attachées à une médicalisation importante de leur grossesse.

La question de la pratique de l'échographie aurait mérité d'être posée aux femmes ayant choisi initialement la sage-femme. En effet, cette pratique est de plus en plus fréquente et pourrait devenir un déterminant supplémentaire du choix de ce professionnel.

Enfin, on retrouve dans la thèse de Hassan S. (13), un critère concernant le matériel à disposition du praticien. En effet, pour 36% des femmes interrogées, le sentiment que le gynécologue obstétricien possède du matériel adapté au suivi de grossesse est un critère de choix. Dans la même idée, le manque de matériel est fréquemment cité dans la littérature comme raison du non-choix du généraliste ((10), (11), (36), (37)). Il atteint 49% des participantes n'ayant pas choisi le médecin généraliste dans la thèse de Hassan S. (13).

B) Critères associés au choix du gynécologue obstétricien

a) L'information délivrée sur la grossesse et l'accouchement

Il s'agit de la 1^{ère} raison que les participantes ont donnée pour justifier le choix du gynécologue obstétricien. En revanche, aucune femme n'ayant choisi initialement le gynécologue médical ne l'a cochée. Il n'existe que peu de données dans la littérature concernant le contenu des informations délivrées sur le suivi de grossesse par les gynécologues en général.

Si l'information sur la grossesse et l'accouchement semble être bien transmise, celle sur les techniques pour s'occuper de l'enfant à venir ne l'est pas. En effet, seules 5 femmes sur 28 ont coché l'item « Il/elle donne les informations nécessaires sur les techniques pour s'occuper de l'enfant à venir ». Houlé C. (37), décrit également dans sa thèse que les femmes qui consultent le gynécologue obstétricien manquent d'informations sur les nourrissons et de conseils de puériculture.

En ce qui concerne le gynécologue médical, le fait qu'aucune participante n'ait coché d'item en lien avec l'information peut être dû au manque de puissance de notre étude. Dans l'hypothèse où il aurait été confondu avec l'obstétricien, on pourrait s'attendre à ce que les participantes aient coché les mêmes déterminants du choix que pour ce dernier mais ce n'est pas le cas. Néanmoins, ce résultat concorde avec le faible nombre de réponses justifiant le choix de ce professionnel. Cela donne l'impression que le gynécologue médical est assez mal connu de la population générale. Les femmes le choisissent-elles sans avoir connaissance des autres possibilités de suivi ? D'autres déterminants non explorés entrent-ils en jeu pour le choix de ce professionnel ?

b) Le suivi de la grossesse dans sa totalité

Le choix du gynécologue obstétricien semble être associé, dans notre étude et celles de la littérature ((11), (30), (31)), au fait qu'il puisse suivre la grossesse dans sa totalité jusqu'à l'accouchement. C'est en effet un critère qui a motivé 42,86% des femmes de notre étude à choisir le gynécologue obstétricien. Cette caractéristique est, dans la littérature, également appréciée chez les sages-femmes de maternité (11).

Le souhait d'avoir un praticien unique pour tout le suivi de la grossesse est également le 3^{ème} critère cité par les femmes de notre étude ayant choisi le gynécologue obstétricien pour justifier le non-choix du médecin généraliste. Il est aussi cité dans une moindre mesure par les femmes ayant choisi la sage-femme et le gynécologue médical. Les femmes interrogées dans la thèse de Petitprez S. (10) expriment en effet avoir peur de recourir à des intervenants multiples à cause des pertes d'informations qu'il pourrait y avoir entre les différentes consultations. Dans d'autres travaux, les femmes expriment vouloir se faire suivre sur le lieu où elles vont accoucher ((11), (30), (35)). Elles apprécient également le côté pratique si c'est le professionnel qui les suit qui réalise les échographies pour limiter les déplacements ((19), (36)).

c) Le nombre d'enfants et la gestité

D'après nos résultats, le fait de ne pas avoir d'enfants est significativement associé au fait de choisir le gynécologue obstétricien. De même, les femmes nulligestes et plus jeunes que la moyenne de notre échantillon ont tendance à plus choisir ce praticien qu'un autre professionnel. Cependant, ces résultats sont contradictoires avec le profil de femmes qui changent d'avis en faveur du gynécologue obstétricien. De même, dans les études précédemment réalisées, la plupart des femmes qui consultent le gynécologue obstétricien

sont plutôt plus âgées, avec des moyennes d'âge au-dessus de 30 (34) voire 35 ans ((30), (31)). Nos résultats peuvent être expliqués par le fait que notre échantillon comprend de nombreuses femmes nulligestes et jeunes, qui connaissent globalement moins bien les compétences du médecin généraliste et du gynécologue médical et qui sont probablement moins expérimentées sur les aspects pratiques de la grossesse que le reste de la population de l'échantillon. On peut donc supposer que cette catégorie de femmes réalise un choix du gynécologue obstétricien sans connaître les autres possibilités de suivi. Ces résultats peuvent également être expliqués par un manque de puissance de notre étude.

C) Critère associé au choix du gynécologue médical

D'après nos résultats, les femmes ayant initialement choisi le gynécologue médical ont tendance à être plus âgées que celles ne l'ayant pas choisi. Ces résultats sont concordants avec les travaux précédemment réalisés qui montrent, en majorité, que les femmes qui choisissent le gynécologue médical sont âgées de 35 ans et plus ((30), (31)).

IV. Perspectives

1) Place du médecin généraliste dans le parcours de soins de la femme enceinte

A) Parcours de soin volontaire ou imposé

Un article de la revue Recherches Familiales disponible via la plateforme du CAIRN (43) datant de 2015 s'intéresse aux déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux. Il invite par le biais de différentes situations cliniques à distinguer l'autonomie théorique dont disposent les femmes enceintes pour faire leur choix de professionnel pour

leur suivi de grossesse et les conditions pratiques dans lesquelles elles ont la possibilité d'accéder à ce choix.

a) Un suivi dépendant du niveau de risque de la grossesse et parfois de situations de précarité

Comme nous l'avons vu précédemment, les grossesses estimées à haut risque selon les critères de la HAS doivent être suivies par un gynécologue obstétricien. Ces recommandations établies pour la sécurité fœtale et maternelle peuvent être à l'origine d'un parcours de soins imposé pour des femmes ayant initialement imaginé être suivies par un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue médical.

Devant des situations de précarité nécessitant un suivi rapproché et/ou des visites à domicile, certaines femmes ayant entamé un suivi avec un professionnel peuvent être réorientées vers la PMI ou être suivies de manière conjointe.

b) Un suivi dépendant de l'accessibilité aux différents professionnels

Comme nous l'avons vu précédemment, la démographie des gynécologues médicaux est en baisse et l'activité des gynécologues obstétriciens a tendance à être davantage centrée sur les grossesses pathologiques. Le suivi des grossesses à bas risque semble destiné à être réalisé de plus en plus par les sages-femmes et les médecins généralistes. Le suivi par l'un d'eux pourrait donc finalement être plus imposé que choisi en fonction de l'offre de soin du territoire. C'est ce que soulignent deux situations cliniques de l'article du CAIRN (43) où une femme s'est vue refuser le suivi de sa grossesse à bas risque par un gynécologue hospitalier qui ne suivait que des grossesses à haut risque. Une autre avait choisi une sage-femme devant

l'absence de gynécologue à proximité de chez elle. Ce choix de professionnel par défaut a également été souligné par une participante de notre étude qui a mentionné les difficultés rencontrées à trouver un gynécologue.

Pourtant dans l'ENP de 2021 (39), on remarque une baisse notable des suivis de grossesse par les médecins généralistes par rapport à l'ENP de 2016 (5). En 2016, 6,5% des grossesses étaient suivies par ces derniers contre 4,3% en 2021. Cette baisse peut être non seulement expliquée par les modifications démographiques précédemment citées et un attrait plus important pour d'autres praticiens, mais également par la période de pandémie de COVID 19 traversée en 2020 et 2021. Pendant cette pandémie, les médecins généralistes ont été très sollicités pour les consultations liées au COVID. Ils ont peut-être été moins disponibles pour recevoir des suivis de grossesses dans des conditions de temps et sanitaires adéquates. Cette hypothèse nécessiterait d'être vérifiée par un travail de recherche spécifique.

c) Tous les médecins généralistes ne font pas de suivi de grossesse

Tous les médecins généralistes ne réalisent pas de suivi de grossesse. Une participante de notre étude a rapporté ne pas avoir choisi son médecin généraliste car ce dernier lui a précisé ne pas pratiquer cette activité. Dans une étude de la DREES, 84% des médecins généralistes affirment que le suivi de grossesse à bas risque fait bien partie de leurs missions (8). On constate dans différents travaux qu'ils sont entre 50% et 70% à déclarer effectuer des suivis de grossesse ((14) (15), (16), (21), (44)). Le manque d'intérêt pour le suivi est une raison soulevée par seulement 10% des médecins n'effectuant peu ou pas de suivi de grossesse ((9), (14), (16)).

Des freins divers

Certains motifs sont fréquemment cités et semblent expliquer la pratique de ces médecins. Les principaux sont : l'absence de demande citée par environ 70% des médecins ((9), (13), (14)), le manque de formation induisant un sentiment d'incompétence dans ce domaine et une peur de mal faire cités par environ 30% d'entre eux ((9), (13), (14), (15), (16)).

D'autres freins sont évoqués dans ces différents travaux mais dans des proportions moindres. Parmi ces derniers, on retrouve le manque de temps. En effet l'étude ECOGEN (45) a montré que les consultations de suivi de grossesse ou du post-partum sont significativement plus longues (+15,40%) sans qu'il n'y ait de revalorisation financière associée. Ce point rejoint les raisons économiques (nécessité de revalorisation de la consultation, coût du matériel...) ainsi que la peur du risque médico-légal qui sont souvent énoncées ((13), (16)).

On peut également retrouver la présence de sages-femmes et gynécologues à proximité, vers qui les femmes se tournent plus spontanément ou l'association avec des consœurs pour les médecins de sexe masculin. Ces derniers évoquent aussi la notion de pudeur partagée et parfois le sentiment d'être exclus de la prise en charge gynéco-obstétricale de leurs patientes. Les difficultés d'accès à un avis spécialisé en cas de besoin, la non-reconnaissance par les spécialistes du travail effectué, les difficultés d'accès à l'échographie et les difficultés de communication entre les différents intervenants sont également mentionnées ((13), (14), (15), (16)).

Enfin Lageyre K. (46), développe des raisons subjectives expliquant les freins que peuvent avoir certains médecins généralistes à effectuer des prises en charges gynécologiques. On peut penser que ces freins se retrouvent également concernant le suivi obstétrical notamment la vision fantasmée de cette discipline, vécue comme difficile et technique, ou encore l'histoire personnelle des médecins généralistes.

Le point de vue du médecin généraliste sur les attentes des femmes

Les connaissances des médecins généralistes concernant les attentes des femmes quant au professionnel qui suivra leur future grossesse ont été étudiées dans l'étude Babinet-Boulnois C. (9). Elle leur a posé la question "*Pourquoi pensez-vous que la patiente préfèrerait être suivie par son médecin généraliste, une sage-femme ou un obstétricien?*".

Certains éléments montrent que les attentes des femmes et les raisons pour lesquelles elles consultent un professionnel ou un autre sont bien connues des médecins généralistes. Les items "*commodité*" et "*disponibilité*" sont cités respectivement par 64% et 52% des médecins généralistes interrogés comme motivation que peuvent avoir les femmes pour un suivi par l'un d'entre eux. Concernant les raisons supposées du choix d'une sage-femme, on retrouve leurs compétences liées à la préparation à la naissance et l'abord plus physiologique qu'elles peuvent avoir de la grossesse.

Cependant, ils pensent que 69% des femmes choisissent le médecin généraliste pour sa "*relation privilégiée*", quand cet item n'est cité que par 33,33% des femmes interrogées dans notre étude. De même, 90% des généralistes interrogés pensent que les femmes s'orientent vers les gynécologues pour l'aspect sécurisant prodigué par leur statut de spécialiste de la grossesse. Ce critère n'a été cité que par 35,71% des femmes de notre étude. Sous réserve d'une confirmation de nos résultats par une plus grande étude, cela montre que certains médecins généralistes ont des idées reçues quant aux attentes des femmes sur leur suivi de grossesse et sur les raisons pour lesquelles elles choisissent certains professionnels. Ces idées reçues mériteraient d'être déconstruites car une mauvaise orientation de certaines femmes peut en découler.

B) Pistes proposées pour renforcer le suivi de grossesse par les généralistes

Malgré les freins précédemment cités, la plupart des médecins généralistes voient les consultations de suivi de grossesse comme une source d'intérêt et de réjouissance (9). Dans la thèse de Hassan S. (13), la majorité des médecins généralistes interrogés se sont dit prêts à suivre plus de grossesses notamment pour pallier la crise de la démographie des gynécologues.

Pour favoriser en pratique la réalisation de suivi de grossesse par les médecins généralistes, plusieurs pistes sont proposées dans ces différents travaux ((8), (16), (30), (47), (44), (48)) :

- Mieux informer la population générale de la place possible du médecin généraliste en tant que professionnel du suivi de grossesse.
- Revaloriser la consultation de suivi de grossesse pour que les médecins généralistes puissent l'effectuer dans des conditions optimales de matériel et de temps.
- Promouvoir une meilleure formation initiale et continue dans le domaine de la gynécologie obstétrique pour les médecins généralistes.
- Améliorer les aides à la prise en charge des grossesses par ces derniers via une meilleure connaissance des réseaux de périnatalité, de leurs protocoles et en favorisant la communication de ses différents acteurs.
- Développer un dossier commun aux différents acteurs pour le suivi de grossesse d'une patiente par le développement d'un nouvel outil ou par la revalorisation du carnet de maternité.

Plusieurs études se sont intéressées à ces trois derniers points. L'utilisation des ressources proposées par les réseaux territoriaux de santé périnatale semblent être une clé pour répondre à ces demandes. En effet, ces réseaux ont pour missions (49):

- *“ la rédaction et la diffusion de protocoles et de référentiels de bonne pratique,*
- *la formation des professionnels,*
- *la mise en place d'annuaires de professionnels,*
- *L'amélioration des pratiques par des actions concertées suite à la présentation de dossiers complexes”*

L'intérêt qu'ont les médecins généralistes pour ces outils est réel. En effet, 76,6% des médecins interrogés dans la thèse de Volant G. (44) pensent que les formations du Réseau de Périnatalité des 2 Savoies (RP2S) sont pertinentes. On peut supposer que l'accès facilité à des protocoles et à des professionnels du réseau pourrait lever les freins de certains médecins qui citent notamment la peur de mal faire ou le sentiment de solitude dans la prise en charge.

Cependant, ces réseaux semblent peu connus des médecins généralistes. En effet, selon une étude de la DREES de 2016 (8), seuls 55% des médecins généralistes effectuant des suivis de grossesses déclarent avoir connaissance de leur réseau local. Leur présence mériterait d'être mise en avant dans l'intérêt des professionnels et des femmes enceintes.

D'autre part, des travaux récents ont visé à élaborer un outil de partage des dossiers de suivi de grossesse entre la ville et l'hôpital ((50), (51)), qui permettrait de s'affranchir du risque de perte de données cité par certaines femmes.

C) Evolution dans les formations initiales des différents professionnels de santé

Deux changements récents dans les formations initiales des médecins généralistes et des sages-femmes seraient à mettre à jour dans notre notice et peuvent également faire évoluer la place des différents acteurs du suivi de grossesse à bas risque.

En effet, une loi a été adoptée fin 2022, ajoutant une quatrième année d'études à l'internat de médecine générale (52). Cette année supplémentaire pourrait permettre aux internes d'optimiser leurs chances de suivre des grossesses à bas risque lors de leur formation initiale. On peut notamment imaginer qu'ils puissent réaliser des stages dans des services de gynécologie-obstétrique, en PMI ou dans des Centres de Santé Sexuelle (CSS). Cela leur permettrait d'approfondir leurs connaissances des réseaux et des outils sur lesquels s'appuyer lorsqu'ils seront confrontés au suivi de grossesse dans leur pratique.

Concernant les sages-femmes, une sixième année d'études a été proposée récemment (53). Ceci va probablement renforcer leur aspect de spécialiste de la grossesse et donc leur place dans le suivi des grossesses à bas risque.

2) Place de l'information

A) Un besoin d'information

L'information est un prérequis nécessaire pour un choix éclairé dans toute situation. Le pourcentage non négligeable de femmes ayant changé d'avis dans leur choix de praticien après lecture de notre notice d'information (14,94%) montre l'importance de cette information. Les témoignages de femmes déplorant a posteriori ne pas avoir eu le choix du praticien à qui confier leur grossesse à cause d'un défaut d'information étaye cela (18). Plusieurs travaux s'étant intéressés aux suivis de grossesse suggèrent ainsi de faire des campagnes d'information à plus ou moins grande échelle pour présenter les diverses possibilités de suivi, notamment par le généraliste dont les compétences dans ce domaine sont peu connues ((16), (30), (48)).

B) Sources d'informations déjà existantes à disposition des femmes

a) Sources d'informations avant la grossesse

La communication orale a une place privilégiée dans la transmission d'informations grâce à l'interaction qu'elle suscite. Elle semble avoir d'autant plus d'impact si elle provient d'une personne de confiance. Plus de la moitié des participantes de notre étude ont déclaré avoir reçu des éléments d'information oraux provenant de leur entourage ou d'un professionnel de santé, qui ont pu influencer leur choix initial.

L'entourage peut donner un témoignage sur une expérience personnelle et donc apporter un regard subjectif sur les possibilités de suivi. Certaines informations transmises par

ce biais sont imprécises ou parfois erronées. Il est donc du devoir des professionnels de santé de délivrer des informations objectives et fiables.

Les médias comme la télévision, la radio ou des sites internet proposant des contenus vidéo ou audio diffusent des émissions et interviews qui peuvent concerner le suivi de grossesse. L'approche n'y est pas toujours objective mais elle permet parfois de donner des informations fiables sur le suivi de grossesse (ex : « France TV, La maison des maternelles : Tout savoir sur le suivi de grossesse » (54)).

L'information écrite sur les possibilités de suivi de grossesse est également facilement disponible, via internet notamment. La qualité, la fiabilité et la véracité de cette information sont cependant hétérogènes en fonction de la source.

En effet nous constatons qu'elle peut être fiable et exhaustive sur des sites comme celui de Santé Publique France (ex : site des 1000 premiers jours (55)) ou celui de la Sécurité Sociale (56) où toutes les possibilités de suivis sont présentées. C'est aussi le cas des sites des réseaux locaux de soins périnataux comme celui du RPAI (57). Aussi, le site internet projetdebebe.com issu de la thèse de Dodin J. et de Lozach E. (58) a permis de faire la synthèse des recommandations officielles autour du suivi de grossesse et des messages de prévention importants pendant cette période de la vie. Un onglet est dédié à la consultation préconceptionnelle et décrit succinctement les professionnels qui peuvent réaliser le suivi. Un enrichissement de ces informations avec certains éléments de notre notice d'information pourrait être proposé aux autrices. Diffuser largement ce site fiable, complet et régulièrement mis à jour auprès des femmes en âge de procréer pourrait être pertinent. Cela leur permettrait

de s'appuyer sur son contenu pour pouvoir faire un choix libre et éclairé, en complément des conseils prodigués par les professionnels qu'elles consultent.

Néanmoins, les informations délivrées par ces organismes, bien que ciblant la population générale, peuvent parfois être difficilement compréhensibles pour des femmes ayant une faible littératie en santé. De plus, en fonction des moteurs de recherche et des mots clés utilisés, les sites officiels ne sont pas forcément les premiers à être référencés. Si les femmes n'ont pas la connaissance des sources fiables ou l'idée d'aller y chercher des informations, elles peuvent naviguer sur d'autres sites, parfois plus accessibles, dont le contenu est souvent moins objectif voire incomplet. Par exemple, un article de Femme Actuelle présente le médecin généraliste comme un acteur gérant les petits maux de la grossesse mais pas comme un acteur du suivi (59). Les magazines papiers sont aussi une source d'information pouvant comporter ces mêmes biais.

L'information écrite peut enfin être délivrée par le professionnel de santé lui-même via sa page de présentation sur sa plateforme de prise de rendez-vous par exemple. Ainsi une patiente en âge de procréer prenant rendez-vous chez son médecin généraliste pour de la traumatologie peut voir dans les motifs de consultations à sélectionner « suivi de grossesse » et ainsi obtenir une information sur cette activité de son médecin traitant.

b) Sources d'information pendant la grossesse

Pendant la grossesse, s'ajoute aux sources écrites précédemment citées, le carnet de maternité, théoriquement envoyé par les services du département (60). Dans ce carnet, on retrouve que la grossesse peut être suivie par un médecin ou une sage-femme. Il donne des informations sur le déroulement du suivi médical de la grossesse, les droits des patientes,

leurs obligations, et les aides existantes pendant la grossesse et après l'accouchement. Il devrait être utilisé, tel le carnet de santé délivré aux nouveaux-nés, comme support de coordination écrit entre les différents professionnels intervenant dans le suivi de grossesse (médecins généralistes, sages-femmes, gynécologues, échographistes, urgentistes...). Néanmoins, dans la thèse de Lecomte B. (48), 37,9% des femmes interrogées disent ne pas l'avoir reçu. D'autre part, envoyé à l'issue de la déclaration de grossesse, il arrive en possession des femmes une fois le suivi de grossesse déjà entamé. Certaines informations qu'il contient peuvent donc être moins pertinentes.

L'utilisation de ce dispositif par les professionnels qui suivent des grossesses est peu répandue. En effet, presque un quart des médecins généralistes déclarant effectuer des suivis de grossesse lors de l'enquête de la DREES (8) de 2016 ne le connaissaient pas. Un autre quart le connaissait mais ne l'utilisait pas pour plusieurs raisons (manque de temps, un autre dossier déjà rempli, la patiente ne vient pas avec...). Chobert F. (14) retrouve dans sa thèse qu'il n'intervient comme support de coordination que dans 1% des grossesses. Une distribution précoce par les différents professionnels de santé dès la confirmation d'une grossesse désirée pourrait être plus judicieuse.

Enfin, dans l'espace personnel du site de la Sécurité Sociale créé une fois la déclaration de grossesse effectuée, une information concernant les différentes possibilités de suivi de grossesse est redonnée.

C) Cadre légal

Les possibilités de communication des professionnels de santé sur leurs propres compétences ont évolué ces derniers temps. En effet, la loi française interdisait toute forme

de publicité effectuée par les professionnels de santé relative à leurs prestations. Un décret est venu modifier cette loi en décembre 2020 pour s'aligner sur le droit européen (61). Il s'applique notamment aux médecins et aux sages-femmes. L'article 19 du code de déontologie a ainsi été révisé et le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) a apporté des recommandations en février 2021. Il s'agit de recommandations « *dont le médecin doit tenir compte lorsqu'il communique au public des informations « relatives notamment à ses compétences et pratiques professionnelles, à son parcours professionnel et aux conditions de son exercice » » (62).*

Des précisions concernant les informations qui peuvent être affichées sur la plaque, les ordonnances et les sites internet sont apportées. Bien que les informations affichables sur la plaque et l'ordonnance soient toujours limitées, celles pouvant être diffusées sur un site internet sont plus libres. En effet, pour parler de sa formation, le médecin peut ajouter en plus de son diplôme de Docteur en médecine ou de spécialiste, les formations complémentaires suivies et validées dans le cadre du développement professionnel continu au cours des 6 dernières années. Il peut également mentionner les stages effectués lors de sa formation initiale en tant qu'interne par exemple. Un modèle de trame de curriculum vitae qu'un médecin peut diffuser est proposé par le CNOM. Ces recommandations favorisant une communication écrite plus large, mais encadrée, des professionnels de santé sur leurs compétences pourraient permettre à certaines professions de mieux les faire connaître.

3) Vers une information donnée de manière précoce

Comme nous l'avons observé dans nos résultats, les participantes les plus enclines à changer d'avis sont des femmes jeunes, nulligestes, n'ayant pas de suivi gynécologique

antérieur et ayant reçu des informations de la part de leur entourage. Il pourrait donc y avoir un intérêt à sensibiliser les femmes aux différentes possibilités de suivi de la grossesse de manière précoce et par une information objective.

A) Informations orales par les professionnels

a) Lors des consultations

Comme le montre Plantevin M. (21) dans sa thèse, le moyen de communication préféré des femmes pour connaître les compétences du médecin généraliste est l'information délivrée par le médecin généraliste lui-même. Le médecin généraliste, la sage-femme et le gynécologue ont donc un rôle majeur dans l'information à apporter aux femmes en âge de procréer. Cette information doit porter sur l'ensemble des possibilités de suivi pour que les femmes puissent faire un choix libre et éclairé.

Les professionnels peuvent informer les jeunes femmes de manière précoce s'ils ont la possibilité de les recevoir pour une consultation ayant trait au domaine de la gynécologie ou de la prévention par exemple. Ceci semble plus aisé pour le médecin généraliste qui voit de manière plus régulière des adolescentes que ses confrères sages-femmes ou gynécologues.

Nous pourrions imaginer la situation d'une adolescente qui vient pour une consultation annuelle ou une vaccination. Cette consultation est l'occasion d'aborder différents messages d'informations ou de prévention. On peut penser notamment à la contraception, à l'information ou au dépistage des Infections Sexuellement Transmissibles (IST), aux violences sexistes et sexuelles... Il pourrait être intéressant pour les professionnels d'utiliser ce temps de consultation pour introduire le suivi de grossesse et les différents professionnels pouvant le réaliser.

Ce message peut être véhiculé de façon simple de la manière suivante :

« Peut être qu'un jour tu auras un projet de grossesse. Voici les différentes personnes qui pourront te suivre pour ta grossesse : un médecin généraliste, une sage-femme ou un gynécologue médical ou obstétricien. Aux vues de tes antécédents actuels, tu pourras consulter n'importe lequel de ces professionnels. En tant que médecin généraliste, je réalise les suivis de grossesse. Tu pourras revenir me voir si tu le souhaites, au début de ce projet, pour que je te donne plus d'informations à ce sujet ».

Si le médecin généraliste ne réalise pas de suivis de grossesse, il informera l'adolescente des diverses possibilités, comprenant entre autres le suivi par un de ses confrères généralistes. Il pourrait être intéressant de renouveler l'information régulièrement, sous la forme, par exemple, d'une intervention brève. Cela permettrait d'améliorer son intégration, et pourrait peut-être susciter des questionnements différents en fonction de l'évolution des projets de chaque femme.

Cette courte présentation peut servir à introduire la consultation pré-conceptionnelle où une information plus détaillée sur les acteurs du suivi pourra être donnée. Lors de cette dernière, si aucune information n'a alors été délivrée auparavant, il appartiendra au professionnel qui la réalisera de donner une information plus large sur le suivi de grossesse, en incluant notamment les compétences de l'ensemble des professionnels aptes à suivre les grossesses selon le niveau de risque estimé.

b) Le rôle des centres de prévention

Dans le mémoire de sage-femme de Rozec S. (23), les femmes évoquent plusieurs pistes pour améliorer l'information apportée aux femmes sur le suivi de grossesse. Les

participantes ont notamment évoqué l'information donnée par des professionnels de santé dans des centres adaptés ou lors de réunions d'informations, ou via les établissements scolaires.

Les CSS ont un rôle dédié à l'information, la prévention et l'accompagnement de la vie sexuelle. Une partie de leurs missions est en rapport avec tout ce qui touche la grossesse : le projet, le suivi, les fausses couches, mais aussi les IVG et la contraception. Ils ont donc un rôle majeur d'information, en particulier à destination d'un public jeune.

Leurs actions s'échelonnent sur plusieurs niveaux. En effet, ils proposent des consultations individuelles de dépistage des IST, de contraception, de suivi gynécologique... Elles peuvent être l'occasion d'une information personnalisée comme nous l'avons précédemment expliqué via l'exemple du médecin généraliste. Ils proposent également des actions collectives. Des réunions ou groupes d'échanges sont organisés sur des thèmes ciblés. Le thème de la grossesse et des professionnels pouvant la suivre pourraient y être abordés. De plus larges actions sont également menées dans les établissements scolaires, lors des interventions de type Espace Vie Affective Relationnelle et Sexuelle (EVARS). Au collège ou au lycée, une introduction à la grossesse pourrait être effectuée, en laissant la possibilité d'avoir plus d'informations via la participation à un groupe ou via un rendez-vous programmé.

B) Informations écrites délivrées chez les professionnels de santé

a) L'affichage en salle d'attente

Une étude de la DREES, réalisée en 2006 (63), montre que la consultation avec un médecin généraliste ne dure en moyenne que 16 minutes. En pratique, il n'est pas rare de

passer plus de temps en salle d'attente. Cette dernière semble donc être un lieu propice à l'apport d'informations écrites.

La thèse de Chaperon J. (64) montre que les patients sont réceptifs à l'affichage, puisque 95% d'entre eux déclarent le lire. Elle mentionne dans la discussion que les motifs de consultation, dont la vaccination contre le papillomavirus, peuvent parfois même résulter de l'affichage (65). Dans la thèse de Plantevin M. (21), les participantes sont sensibles à l'information que le médecin généraliste peut transmettre sur ses compétences en gynécologie via l'affichage en salle d'attente. Dans celle de Petitprez S. (10), certaines participantes proposent que le médecin généraliste puisse mieux communiquer sur ses compétences dans le suivi de grossesse par ce biais.

Cependant, l'impact des messages véhiculés par les affiches est d'autant plus important s'il en découle une discussion, soit avec un membre de l'entourage ayant lui aussi eu accès à ce message, soit avec le professionnel de santé consulté (66). Une démarche active et personnalisée du médecin est nécessaire pour potentialiser l'effet de l'information présente dans sa salle d'attente.

Les messages présents sont plus efficaces s'ils contiennent des informations simples, concernant des motifs de prévention validés scientifiquement. Une affiche concernant les possibilités de suivi de grossesse, certifiée par un travail scientifique, répondrait à ces différentes attentes.

Face à ces constatations, notre notice d'information peut paraître trop dense et trop complexe pour une présentation en salle d'attente. L'affiche proposée à la fin de la thèse de Bekka M. (30) semble plus adaptée.

b) Les brochures

Les brochures sont un autre moyen de communication écrite plébiscité par les participants des thèses de Rozec S. (23) et de Michelet T. (66). Chaperon J. (64) nuance cependant l'impact de ce vecteur dont la lecture est moins fréquente que celle des affiches.

Nous pouvons imaginer que les brochures interviennent dans la continuité de l'affichage. L'affiche suscite un intérêt qui pourra être abordé oralement avec le professionnel. Pour approfondir le sujet, ce dernier peut remettre une brochure au patient après la lui avoir expliquée. Cette brochure contiendra des informations objectives que le patient pourra s'approprier à domicile. Si des questions sont soulevées, il pourra revenir en discuter avec le professionnel qui lui aura remise. La page dans le carnet de santé de l'enfant concernant "*L'Examen entre 15 et 16 ans*" (67) introduit des notions de prévention concernant les addictions, les accidents de la voie publique, et donne des informations sur l'IVG, la contraception et les IST. En complément de ces informations, une courte note pourrait être proposée sur le "projet de grossesse". Elle permettrait aux adolescentes d'avoir accès à de premières informations et de pouvoir en discuter avec un professionnel si elles se sentent concernées.

Notre notice d'information, simplifiée si nécessaire, semblerait plus adaptée pour ces usages.

Conclusion

Notre étude a montré une augmentation du nombre de femmes souhaitant se faire suivre par le médecin généraliste pour une future grossesse après lecture de la notice d'information. Nous ne pouvons cependant pas conclure sur notre critère de jugement principal à cause du faible nombre de participantes obtenu. Nous avons également constaté que la lecture de la notice d'information a eu un impact défavorable sur le choix de la sage-femme. Ce résultat pourrait être dû au fait que la sage-femme était la professionnelle la plus choisie avant lecture de la notice. Sa position comme un des professionnels de référence dans le suivi de grossesse a pu être atténuée par la description des compétences et de la formation d'autres professionnels.

En outre, les femmes ont des difficultés à estimer le niveau de risque de leur grossesse et à s'orienter vers un professionnel adapté. Aucune des participantes ayant un niveau de risque élevé n'a changé d'avis après lecture de la notice en faveur du gynécologue obstétricien. Cela renforce le rôle qu'ont les médecins généralistes, les sages-femmes et les gynécologues médicaux dans la réorientation des femmes enceintes.

Les critères associés au choix de chaque professionnel sont concordants dans notre étude avec ceux observés dans celles précédemment réalisées.

Concernant les participantes ayant changé d'avis, plusieurs aspects se dégagent.

Ces femmes avaient plus tendance à ne pas avoir de suivi gynécologique par rapport au reste de l'échantillon. Ce facteur aurait pu nous laisser croire qu'elles auraient de moins bonnes connaissances dans les compétences des quatre professionnels. On remarque que ce n'est pas le cas et qu'elles savaient toutes que le professionnel choisi secondairement était apte à suivre des grossesses à bas risque.

Nos résultats semblent montrer que ces connaissances étaient imparfaites. La plupart des femmes ayant changé d'avis ont déclaré que leur choix initial avait été influencé par des informations reçues via le bouche à oreille.

Pour l'ensemble des participantes, cet élément de communication paraît également déterminant dans le choix initial et notamment pour celles ayant initialement choisi la sage-femme. Au contraire, elles n'ont pas eu l'air réceptives aux informations orales reçues au préalable par des professionnels de santé. Les femmes de l'échantillon, semblant majoritairement disposer d'informations subjectives, la lecture de la notice a probablement permis de compléter leurs connaissances et éclairer leur choix.

Notre étude n'avait pas pour but de déterminer si la qualité, la quantité et la temporalité des informations délivrées par les professionnels sur les possibilités de suivi de grossesse étaient optimales. Le profil des femmes changeant d'avis nous laisse néanmoins penser qu'une information précoce et objective par des moyens variés permettrait d'améliorer les connaissances des femmes et d'éclairer leur choix.

Notre travail innovant a permis de dégager des perspectives nouvelles. Une étude complémentaire de plus grande ampleur pourrait valider l'effet de l'information sur le choix

du médecin généraliste. L'effet de l'information sur les autres professionnels reste également à démontrer. Si un impact significatif est retrouvé, une mise à jour et une validation de la notice seront nécessaires avant d'envisager une utilisation en pratique courante. Des campagnes d'information à plus grande échelle pourraient également avoir tout leur sens.

THÈSE SOUTENUE PAR : Claire MAUCORPS et Coralie BARBIER

TITRE :

Impact sur le choix des femmes en âge de procréer d'une information concernant les compétences des différents professionnels de la grossesse : étude avant-après auprès de femmes iséroises.

CONCLUSION :

Notre étude a montré une augmentation du nombre de femmes souhaitant se faire suivre par le médecin généraliste pour une future grossesse après lecture de la notice d'information. Nous ne pouvons cependant pas conclure sur notre critère de jugement principal à cause du faible nombre de participantes obtenu. Nous avons également constaté que la lecture de la notice d'information a eu un impact défavorable sur le choix de la sage-femme. Ce résultat pourrait être dû au fait que la sage-femme était la professionnelle la plus choisie avant lecture de la notice. Sa position comme un des professionnels de référence dans le suivi de grossesse a pu être atténuée par la description des compétences et de la formation d'autres professionnels.

En outre, les femmes ont des difficultés à estimer le niveau de risque de leur grossesse et à s'orienter vers un professionnel adapté. Aucune des participantes ayant un niveau de risque élevé n'a changé d'avis après lecture de la notice en faveur du gynécologue obstétricien. Cela renforce le rôle qu'ont les médecins généralistes, les sages-femmes et les gynécologues médicaux dans la réorientation des femmes enceintes.

Les critères associés au choix de chaque professionnel sont concordants dans notre étude avec ceux observés dans celles précédemment réalisées.

Concernant les participantes ayant changé d'avis, plusieurs aspects se dégagent.

Ces femmes avaient plus tendance à ne pas avoir de suivi gynécologique par rapport au reste de l'échantillon. Ce facteur aurait pu nous laisser croire qu'elles auraient de moins bonnes connaissances dans les compétences des quatre professionnels. On remarque que ce n'est pas le cas et qu'elles savaient toutes que le professionnel choisi secondairement était apte à suivre des grossesses à bas risque.

Nos résultats semblent montrer que ces connaissances étaient imparfaites. La plupart des femmes ayant changé d'avis ont déclaré que leur choix initial avait été influencé par des informations reçues via le bouche à oreille.

Pour l'ensemble des participantes, cet élément de communication paraît également déterminant dans le choix initial et notamment pour celles ayant initialement choisi la sage-femme. Au contraire, elles n'ont pas eu l'air réceptives aux informations orales reçues au préalable par des professionnels de santé. Les femmes de l'échantillon, semblant majoritairement disposer d'informations subjectives, la lecture de la notice a probablement permis de compléter leurs connaissances et éclairer leur choix.

Notre étude n'avait pas pour but de déterminer si la qualité, la quantité et la temporalité des informations délivrées par les professionnels sur les possibilités de suivi de grossesse étaient optimales. Le profil des femmes changeant d'avis nous laisse néanmoins penser qu'une information précoce et objective par des moyens variés permettrait d'améliorer les connaissances des femmes et d'éclairer leur choix.

Notre travail innovant a permis de dégager des perspectives nouvelles. Une étude complémentaire de plus grande ampleur pourrait valider l'effet de l'information sur le choix du médecin généraliste. L'effet de l'information sur les autres professionnels reste également à démontrer. Si un impact significatif est retrouvé, une mise à jour et une validation de la notice seront nécessaires avant d'envisager une utilisation en pratique courante. Des campagnes d'information à plus grande échelle pourraient également avoir tout leur sens.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

Grenoble, le : 14/03/23

LE DOYEN DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

LE PRÉSIDENT / LA PRÉSIDENTE DU JURY

Pr Olivier PALOMBI
Doyen de l'UFR de Médecine
Par délégation
du Président de l'UGA

Pr Olivier PALOMBI

Pr P.Hoffmann

Bibliographie

1. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2016 [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
2. DREES. Démographie des professionnels de santé [Internet]. 2022 [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://drees.shinyapps.io/demographie-ps/>
3. DREES. Médecins, sages-femmes, chirurgiens-dentistes et pharmaciens : combien de professionnels à l'horizon 2050 ? [Internet]. 2021 [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/communique-de-presse/medecins-sages-femmes-chirurgiens-dentistes-et-pharmaciens-combien-de>
4. CNOSF. Sages-femmes inscrites 2017 par département/région. Secteur 5 au 01/01/2017 [Internet]. 2017 janv p. 2. Disponible sur: <https://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/11/Secteur-5.pdf>
5. Coulm B, Bonnet C, Blondel B, Vanhaesebrouck A, Vilain A, Fresson J, et al. Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2016. Les naissances et les établissements. Situation et évolution depuis 2010. INSERM, DREES; 2017 p. 317.
6. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs [Internet]. 2012 p. 8. (Etudes et Résultats de la DREES). Report No.: 791. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-profession-de-sage-femme-constat-demographique-et-projections>
7. Légifrance. Journal officiel électronique authentifié n° 0099 du 27/04/2021. LOI no 2021-502 du 26 avril 2021 visant à améliorer le système de santé par la confiance et la simplification [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf?id=1hh4iqrdsS99IS3IFkgaVO-nam6aCtsgM2LdqyWZyGE=>
8. Buyck JF, Lelièvre F, Truffeau F, Hérault T. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. DREES. Etudes et Résultats [Internet]. 2016 p. 8. Report No.: 0977. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er977.pdf>
9. Babinet-Boulnois C. Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse: intérêts et difficultés [Thèse d'exercice]. Rouen, France : Université de Rouen; 2013.
10. Petitprez S. Comment favoriser le suivi de grossesse par le médecin généraliste ? Ressenti des femmes enceintes dans le département de l'Aisne [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne; 2015.

11. Gros Lenne B. Critères de choix des femmes enceintes concernant le praticien à qui elles confient leur suivi [Thèse d'exercice]. Créteil, France : Université Paris-Est-Créteil-Val-de-Marne; 2005.
12. Yildiz H. Suivi de grossesse par le médecin généraliste: expériences et vécus des femmes. Etude qualitative auprès de femmes ayant confié le suivi de leur grossesse à leur médecin traitant [Thèse d'exercice]. Nancy, France : Université Henry Poincaré; 2010.
13. Hassan S. Obstacles au suivi de grossesse par le médecin généraliste: imputabilité au manque d'information ? [Thèse d'exercice]. Amiens, France : Université de Picardie Jules Verne; 2013.
14. Chobert, Fanny. Etat des lieux de la place du médecin généraliste dans le suivi et la coordination des soins pendant la grossesse : Enquête auprès des médecins généralistes du bassin valentinois. [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2015.
15. Fernandez EL. Suivi et orientation des femmes enceintes en consultation de médecine générale. Enquête auprès des médecins généralistes en France [Thèse d'exercice]. Toulouse, France : Université Paul Sabatier; 2017.
16. Deshays V. Les freins au suivi de la grossesse en médecine générale. Etude quantitative auprès des médecins généralistes installés en Limousin. [Thèse d'exercice]. Limoges, France : Université de Limoges; 2016.
17. Perret J. La place du médecin généraliste dans la surveillance de la grossesse [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Joseph Fourier; 2002.
18. Figuet M. Vécu du suivi de grossesse et du post-partum par les femmes accompagnées par un gynécologue. Quelle perception d'un suivi par le médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. Montpellier, France : Université de Montpellier; 2021.
19. Briand CS. Le suivi de grossesse par le médecin généraliste : enquête prospective, quantitative auprès de 141 femmes alsaciennes [Thèse d'exercice]. Strasbourg, France : Université de Strasbourg; 2017.
20. Ameil C. Quels sont les déterminants qui conduisent les femmes à choisir le médecin généraliste comme professionnel pour leur suivi de grossesse à bas risque [Thèse d'exercice]. Tours, France : Université de Tours; 2018.
21. Plantevin M. Connaissances des patientes concernant les compétences gynécologiques des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. Marseille, France : Université Aix-Marseille; 2020.
22. 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 d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux; 2008.
23. Rozec S. Bilan des connaissances des jeunes femmes nulligestes en matière de suivi médical de la grossesse : Enquête réalisée auprès de 207 femmes dans le département d'Ille-et-Vilaine [Mémoire de diplôme d'Etat de sage-femme]. Rennes, France : Université de Rennes; 2005.

24. Chambre des métiers et de l'artisanat de l'Isère. Comportements et attentes des consommateurs en matière de coiffure. Isère; 2010 nov p. 12.
25. INSEE. Dossier complet – Département de l'Isère (38) [Internet]. 2023 [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-38#tableau-EMP_G3
26. Pages Jaunes. Coiffeurs et salons de coiffure - ISERE [Internet]. [cité 3 févr 2022]. Disponible sur: <https://www.pagesjaunes.fr/annuaire/departement/isere-38/coiffure>
27. Oubraham M. A quelles attentes des femmes a répondu le suivi de leur grossesse par le médecin généraliste? Etude qualitative menée auprès de patientes de Maine-et-Loire, de Vendée, des Deux-Sèvres et de Sarthe [Thèse d'exercice]. Angers, France : Université d'Angers; 2019.
28. Timsit C. Arguments de décision dans le choix par les femmes entre gynécologue, sage-femme ou médecin traitant dans le suivi gynécologique, le dépistage et le suivi de grossesse non pathologique : étude chez 126 patientes [Thèse d'exercice]. Montpellier, France : Université de Montpellier; 2018.
29. Tesse-Skaf M. Déterminants conditionnant le choix du praticien pour le suivi de grossesse [Thèse d'exercice]. Lille, France : Université Lille 2; 2013.
30. Bekka M. Déterminants du choix des femmes enceintes concernant le professionnel auquel elles confient leur suivi de grossesse. Réunion, France : Université de la Réunion; 2021.
31. Pepin-Moinard M. Déterminants et critères du choix du professionnel pour le suivi des grossesses à bas risque [Thèse d'exercice]. Nantes, France : Université de Nantes; 2012.
32. Noirclère Dubreuil F. État des lieux des connaissances des patientes à bas risque sur les compétences de la sage-femme et sur leur mode de recours aux soins gynécologiques et de périnatalité : quelle contribution du PRADO Maternité ? [Mémoire de diplôme d'Etat de sage-femme]. Versailles Saint-Quentin-En-Yvelines, France : Université de Versailles Saint-Quentin-en-Yvelines; 2018.
33. Giacomoni A, Guillemin J. Intérêt du suivi de grossesse en médecine générale, sur une population de patientes dont les grossesses ont été suivies par un médecin généraliste dans les Bouches du Rhône et le Var [Thèse d'exercice]. Marseille, France : Université Aix-Marseille; 2019.
34. Humbert M. Le suivi de grossesse : Quel professionnel choisissent les patientes ? [Mémoire de diplôme d'Etat de sage-femme]. Limoges, France : Université de Limoges; 2012.
35. Darreye A. Le suivi de grossesse par les médecins généralistes, freins et appréhensions. Etude qualitative du point de vue des femmes ayant accouché à la maternité de Limoges [Thèse d'exercice]. Limoges, France : Université de Limoges; 2016.
36. Gentric A. Suivi de grossesse : avis des femmes sur le choix du professionnel de santé et la place du médecin généraliste. [Nice, France : Université Sophia Antipolis]; 2013.

37. Houlé C. Suivi de grossesse : critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste : enquête auprès de patientes de la région dieppoise [Thèse d'exercice]. Rouen, France : Université de Rouen; 2013.
38. Passelande H. Suivi de grossesse en Vendée, déterminants et résultats du suivi par le généraliste [Thèse d'exercice]. Nantes, France : Université de Nantes; 2018.
39. Cinelli H, Lelong N, Le Ray C, Demiguel V, Lebreton E, Deroyon T. Enquête Nationale Périnatale. Rapport 2021. Les naissances, le suivi à 2 mois et les établissements. Situation et évolution depuis 2016. INSERM, Santé Publique France, DREES; 2022 oct p. 294.
40. Cohen J, Madelenat P, Levy-Toledano R. Gynécologie et santé des femmes. Grossesse [Internet]. CNGOF. 2000 [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coB_07.htm
41. Scheidegger S, Vilain A. Disparités sociales et surveillance de grossesse. DREES. Etudes et Résultats [Internet]. 2007 p. 8. Report No.: 552. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er552.pdf>
42. Prevot-Stimec I. Les attentes des femmes enceintes envers leur médecin généraliste dans le cadre du suivi de grossesse. [Thèse d'exercice]. Nantes; 2005.
43. Hardy AC, Jourdain M, Catimel B, Clautour L, Canévet JP. Grossesses à suivre. Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux. Recherches familiales. 2015;1(12):57-70.
44. Volant G. Le suivi de grossesse par le médecin généraliste: état des lieux en Savoie et en Haute-Savoie [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Joseph Fourier; 2009.
45. Alexanian C. Quelle est l'activité du médecin généraliste au cours de la grossesse et du post-partum? (à partir de l'étude ECOGEN) [Thèse d'exercice]. Rouen, France : Université de Rouen; 2013.
46. Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale : étude qualitative auprès de quinze médecins généralistes du Lot-et-Garonne [Thèse d'exercice]. Bordeaux, France : Université de Bordeaux; 2014.
47. Monleon C. Le suivi de grossesse en ville par les médecins généralistes et les sages femmes libérales [Mémoire de diplôme d'Etat de sage-femme]. Lyon, France : Université Claude Bernard; 2012.
48. Lecomte B. Place du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse [Thèse d'exercice]. Rouen, France : Université de Rouen; 2017.
49. RPAI. Acteurs, missions, établissements concernés et territoire [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.rpai-perinat.org/le-rpai-reseau-perinatal/>
50. Nguyen C, Bazantay A. Elaboration d'un outil de transmission ville-hôpital pour le suivi des grossesses à bas niveau de risque par consensus formalisé d'expert puis Ronde Delphi [Thèse d'exercice]. [France]: Angers, France : Université d'Angers; 2022.

51. Gloaguen C, De Saint Roman H. Lien ville-hôpital: élaboration par méthode Delphi d'un courrier pour le suivi de la femme enceinte à bas niveau de risque [Thèse d'exercice]. Angers, France : Université d'Angers; 2021.
52. Imbert C. Proposition de loi visant à la consolidation et à la professionnalisation de la formation des internes en médecine générale afin de lutter contre « les déserts médicaux ». Sénat session ordinaire de 2022-2023 [Internet]. 2022 [cité 24 févr 2023] p. 49. Report No.: 10. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/l22-010/l22-0101.pdf>
53. Sénat. Proposition de loi visant à faire évoluer la formation de sage-femme [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <http://www.senat.fr/rap/l22-015/l22-0154.html>
54. La maison des maternelles. Tout savoir sur la consultation de grossesse [Internet]. France TV. 2020 [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <http://www.lamaisondesmaternelles.fr/article/tout-savoir-sur-la-consultation-de-grossesse>
55. Santé Publique France, 1000 Premiers Jours. Le suivi médical de grossesse [Internet]. 2019 [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.1000-premiers-jours.fr/fr/le-suivi-medical-de-grossesse>
56. L'Assurance Maladie. Grossesse : suivi mensuel à partir du 4ème mois [Internet]. 2023 [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse/consultation-suivi-mensuel>
57. RPAI. Suivi médical et psychologique de la grossesse [Internet]. [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.rpai-perinat.org/suivi-de-grossesse/>
58. Lozach E, Dodin J. Création d'un site internet de recensement des informations liées à la santé préconceptionnelle à destination du grand public [Thèse d'exercice]. Université Grenoble Alpes; 2021.
59. Mignon AL. Suivi de grossesse : généraliste, sage-femme ou gynécologue, quel professionnel consulter et quand ? [Internet]. Femme Actuelle. 2019 [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.femmeactuelle.fr/sante/sante-pratique/suivi-de-grossesse-generaliste-sage-femme-ou-gynecologue-quel-professionnel-consulter-et-quand-2082559>
60. Service Public. Carnet de santé maternité (ou carnet de grossesse) [Internet]. 2022 [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F17365>
61. Décret n° 2020-1662 du 22 décembre 2020 portant modification du code de déontologie des médecins et relatif à leur communication professionnelle.
62. Ordre National des Médecins. Recommandations du Conseil national de l'ordre des médecins sur les informations susceptibles d'être portées à la connaissance du public par les médecins [Internet]. 2021 [cité 24 févr 2023]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/external-package/rapport/1xdb7vt/cnom_recommandations_art_19-1.pdf

63. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. DRESS. Etudes et Résultats [Internet]. 2006 p. 8. Report No.: 481. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/er481.pdf>
64. Chaperon J. Facteurs influençant l'affichage en salle d'attente des cabinets de médecine générale: enquête quantitative auprès de 50 médecins généralistes niçois [Thèse d'exercice]. [Nice, France: Université Sophia Antipolis]; 2017.
65. Boulard E. L'affichage en salle d'attente influence-t-il les motifs de consultation ? [Thèse d'exercice]. Saint-Etienne, France : Université Jean Monnet; 2013.
66. Michelet T. Pertinence des informations médicales dans la salle d'attente du médecin généraliste ? [Thèse d'exercice]. Saint-Etienne, France : Université de Saint-Etienne; 2017.
67. Direction Générale de la Santé. Le carnet de santé de l'enfant [Internet]. Ministère de la Santé et de la Prévention. 2023 [cité 3 mars 2023]. Disponible sur: <https://sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-des-populations/enfants/carnet-de-sante>

Annexes

Annexe 1 : Recommandations de la HAS 2016 quant aux types de suivis recommandés en fonction des situations à risque identifiées au cours de la grossesse

Types de suivi recommandés

- **Suivi A** : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).
- **Avis A1** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- **Avis A2** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
- **Suivi B** : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Tableau 1. Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative) (accord professionnel).

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

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mise à jour Mai 2016

ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES		
Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux		
Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)	A2	À adapter
Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres	B	À adapter
Pathologie rétinienne (dont myopie grave)	A1	Unité d'obstétrique
Hémorragie cérébrale, anévrisme	B	À adapter
Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques		
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	A1	Unité d'obstétrique si antécédent ancien
Hypertension artérielle	B	À adapter
Diabètes	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B	À adapter
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow	A1	Unité d'obstétrique
- Maladie de Basedow	B	À adapter
Épilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce	À adapter
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B	À adapter
- Asthme modéré, ancien, contrôlé	A	Unité d'obstétrique
Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce	À adapter

Drépanocytose et autres hémoglobinopathies :		
- mère homozygote	B	À adapter
- mère hétérozygote	A2	Unité d'obstétrique
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B	À adapter
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	À adapter
- Néphropathie	B	À adapter
- Uropathie	A2	Unité d'obstétrique si sans retentissement
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce	À adapter
Chimiothérapie et radiothérapie	A2	Unité d'obstétrique
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 précoce	À adapter
Maladies infectieuses		
Séropositivité VIH	B	À adapter
Portage antigène HBs	A1	Unité d'obstétrique
Hépatite C ou B active	A2	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES		
Pathologies utéro-vaginales		
Malformation utéro-vaginales	B	À adapter
Mutilations sexuelles	A1	À adapter

Chirurgie cervico-utérine		
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2	À adapter
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2	À adapter
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2	À adapter
Distylbène syndrome	B	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE		
Antécédents médicaux		
Infections urinaires récurrentes (plus de 2) hors uropathie	A1	Unité d'obstétrique
Diabète gestationnel	A	À adapter en fonction d'une récurrence au cours de la grossesse
Antécédents obstétricaux		
Césarienne	A2	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B	À adapter en fonction du terme
Hypertension gravidique	A2	À adapter en fonction de la récurrence
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B	
<u>Fausse couches répétées au cours du 1^{er} trimestre :</u>		
- sans étiologie	A2	Unité d'obstétrique si évolution de la grossesse sans complications
- avec étiologie SAPL	B	
<u>Fausse couches tardives au cours du 2^e trimestre</u>	B	À adapter en fonction de la récurrence

Accouchement prématuré	A2 précoce B	À adapter en fonction de la récurrence
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2	À adapter en fonction du motif de l'IMG et de la situation actuelle
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter en fonction du déroulement de la grossesse
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3 ^e percentile)	B	À adapter
- Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B	À adapter
Antécédents liés à l'enfant à la naissance		
Asphyxie périnatale avec séquelles	B	À adapter
Mort périnatale inexplicée	B	À adapter
Anomalie congénitale ou génétique	A2	À adapter
Antécédents liés à l'accouchement précédent		
Hémorragies <i>post-partum</i> sévères	A1	À adapter
Déchirure du sphincter anal	A2	Unité d'obstétrique
Dépression du <i>post-partum</i> , stress post-traumatique	A	Unité d'obstétrique
Psychose puerpérale	A2	À adapter
Dystocie des épaules	A1	À adapter

Durant la grossesse (de la 2 ^e à la 7 ^e consultation - du 4 ^e au 8 ^e mois)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
TOXIQUES		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2	À adapter
Cannabis	A1	À adapter
Alcool	A2	À adapter selon degré d'alcoolémie
Tabac	A1	Unité d'obstétrique
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	À adapter
Intoxication au plomb	B	Unité d'obstétrique
Oxyde de carbone	B	À adapter
Irradiation	A2	Unité d'obstétrique si aucune répercussion
FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX		
Diabète gestationnel	A2	À adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	À adapter

Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde	B	À adapter
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B	À adapter
Anémie gravidique	A	À adapter en fonction de la sévérité et de l'étiologie
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2	À adapter
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...)		
- au 1 ^{er} trimestre de grossesse	A2	Unité d'obstétrique
- au 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse	B	À adapter
Cholestases gravidiques	B	À adapter
MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES		
Toxoplasmose	B	À adapter si pathologie fœtale
Rubéole	B	À adapter si pathologie fœtale
Infection à cytomégalovirus	B	À adapter si pathologie fœtale
Herpès génital primo-infection ou récidive	B	À adapter si survenue durant 3 ^e trimestre de grossesse

Infection à parvovirus B19	B	À adapter si pathologie fœtale
Varicelle/ zona	B	À adapter si pathologie fœtale
Hépatite B aiguë	B	À adapter
Hépatite virale A, C, D ou E	B	À adapter
Tuberculose	B	À adapter
Infection VIH	B	À adapter
Syphilis	B	À adapter
Grippe	A1	À adapter en fonction du terme et des répercussions materno-fœtales
Listériose	B	À adapter
Paludisme	B	À adapter
Chikungunya	B	À adapter
Maladie périodontale	A	Unité d'obstétrique
FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX		
Laparotomie en cours de grossesse	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES		
Cancer du col	A2	À adapter
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2	À adapter
Kyste ovarien	A2	Unité d'obstétrique
Cancer du sein	B	À adapter

Infections vaginales	A1	Unité d'obstétrique
Vaginoses bactériennes	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	Unité d'obstétrique
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	Unité d'obstétrique
Oligoamnios (< 37 SA)	B	À adapter
Hydramnios	B	À adapter
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B	À adapter
Amniocentèse/ponction des villosités choriales	A2	À adapter en fonction de la pathologie concernée et du résultat du prélèvement
Réduction embryonnaire	B	À adapter
Pertes de sang persistantes		
- avant 16 SA	A2	Unité d'obstétrique
- après 16 SA	A2	À adapter
Hémorragies fœto-maternelles	B	À adapter
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter
Béance cervicale	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)

Menace d'accouchement prématuré	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Grossesse gémellaire - bichoriale - monochoriale	A2 B	Unité d'obstétrique À adapter
Grossesse triple	B	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2	À adapter en fonction de la pathologie et du résultat
Retard de croissance fœtale	B	À adapter
Mort fœtale <i>in utero</i>	B	À adapter
Anomalies de localisation du placenta	B	À adapter
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prævia après 32 SA	B	À adapter en fonction du terme atteint
Grande multipare (supérieur à 5)	A1	Unité d'obstétrique

Consultation du 9^e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Grossesse non suivie	B	Unité d'obstétrique
Dépassement de terme	B	À adapter
Macrosomie	A2	À adapter
Présentation non céphalique à terme	B	À adapter
Suspicion de dystocie	B	À adapter

Annexe 2 : Comparaison de la population globale de l'Isère selon l'INSEE en 2019 et de la population de l'enquête de consommation de la CMA en 2009

Tableau 1 : Comparaison de la population globale de l'Isère selon l'INSEE en 2019 et de la population de l'enquête de consommation de la CMA en 2009.

	Enquête de consommation	Chiffres INSEE 2019
Age (femmes seules)		
<i>18-30 ans</i>	16% (18-30 ans)	17,2% (15-29 ans)
<i>31-40 ans</i>	17% (31-40 ans)	18,8% (30-44 ans)
<i>41-50 ans</i>	20% (41-50 ans)	19,7% (45-59 ans)
Statut conjugal (homme et femme)		
<i>Célibataire</i>	27%	39,00%
<i>En couple</i>	73%	61,00%
Profession (homme et femme)		
<i>Artisans, commerçants, chefs d'entreprise</i>	16%	3,80%
<i>Demandeurs d'emploi, étudiants</i>	11%	16,40%
<i>Ouvriers, employés, professions intermédiaires</i>	45%	43,1%
<i>Profession libérale et cadres supérieurs</i>	11%	11%
<i>Autres</i>	2%	0,50%
Présence d'enfants (hommes et femmes)		
<i>Non</i>	52%	63%
<i>Oui</i>	48%	37%

Annexe 3 : Lettre d'information distribuée aux coiffeurs



Chères coiffeuses, chers coiffeurs,



Nous vous proposons de nous aider pour notre étude qui s'intéresse au choix que font les femmes concernant les professionnels de santé impliqués dans le suivi de leur grossesse. Nous sommes Coralie Barbier et Claire Maucorps, deux internes de médecine générale, et nous nous intéressons à ce sujet dans le cadre de notre thèse.

Cette lettre d'information vise à vous faire part des objectifs et du déroulement de cette étude, et vous rappelle votre rôle pour cette aide si précieuse. Vous devez déjà avoir reçu ces informations par oral lors d'un entretien téléphonique ou lors de notre rencontre. Il s'agit donc de rappels et de précisions (qui peuvent vous être utiles pour en parler aux différents membres de vos équipes). Vous trouverez également ci-dessous la manière de nous contacter si besoin.

Encore un grand MERCI d'avoir accepté de nous aider !

1) Présentation de l'étude

Intitulé de l'étude : Impact sur le choix des femmes en âge de procréer d'une information concernant les compétences des différents professionnels de la grossesse : étude avant-après auprès de femmes iséroises.

Etude sous la direction : du Dr Claire Masse-Navette Responsable : Université Grenoble-Alpes
Investigatrices : Coralie Barbier et Claire Maucorps

But de l'étude : Cette recherche consiste à déterminer si une information donnée aux femmes en âge de procréer sur les compétences des professionnels de santé impliqués dans le suivi de grossesse modifie leur choix de praticien, notamment concernant les médecins généralistes. En fonction des résultats de cette étude, nous pourrons élaborer des outils d'information pour répondre au mieux aux besoins de chacune des futures mamans et ainsi favoriser une décision libre et éclairée du praticien qu'elles choisiront pour suivre leur future grossesse.

Engagement de la participante : Nous avons développé un questionnaire de 29 questions réalisable en moins de 15 minutes, destiné à recueillir de les données socio- démographiques, antécédents médicaux et souhaits de praticien pour suivre une future grossesse des participantes. Il contient également une note d'information sur ce qu'est le suivi de grossesse et sur les compétences des différents praticiens pouvant l'effectuer.

Risque : les données que nous allons récolter peuvent être indirectement identifiantes, c'est-à-dire qu'une personne malveillante y ayant accès pourrait recouper les différentes informations données dans le questionnaire pour identifier une participante. Nous avons mis en œuvre toutes les sécurités nécessaires pour protéger leurs données (serveurs sécurisés, cryptage des données, procédure de pseudonymisation), validées par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés.

Engagement des investigatrices : Nous nous engageons à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies.

2) Votre rôle

Votre rôle consiste à **proposer aux clientes** que vous estimez avoir **entre 18 et 45 ans** de participer à notre étude et de **leur remettre** si elles sont d'accord ou hésitantes, **2 documents** que nous vous fournirons en quantité suffisante.

Le premier document est une **feuille de présentation simple avec le QR code ou le lien** pour accéder au questionnaire en ligne, le second est une **feuille d'information plus complète** qui présente notre étude, ses objectifs, les bénéfices, contraintes et risques pour les participantes ainsi qu'une manière de nous contacter si besoin.

Nous savons que vos clientes vous font confiance et que vous avez souvent de belles discussions, c'est pourquoi nous comptons sur vous pour promouvoir notre étude et les inciter à remplir notre questionnaire si notre projet vous intéresse !

Vous pouvez proposer le questionnaire à leur arrivée au salon si elles sont en avance ou qu'il y a un peu d'attente. D'autres participantes préféreront peut-être le remplir une fois que vous leur en aurez parlé plus en détails pendant le temps de coiffure. Nous vous laissons bon de juger ce qui vous semble le plus adapté en fonction du profil de chaque cliente !

3) Nous contacter

Si vous désirez davantage d'informations ou que vous souhaitez que nous vous envoyions plus de documents à l'attention des participantes vous pouvez nous contacter aux adresses mails suivantes : [REDACTED] ou [REDACTED] ou par téléphone au [REDACTED] ou au [REDACTED].

Si vous désirez connaître les résultats de cette étude vous pouvez également nous les demander pour que nous puissions vous envoyer notre thèse une fois terminée.

Nous vous sommes très reconnaissantes pour votre aide, encore merci de votre participation !

Coralie Barbier, Claire Maucorps et Dr Claire Masse-Navette

Annexe 4 : Lettre d'information distribuée aux participantes



Madame,



Nous nous sommes **Coralie et Claire**, deux étudiantes en **dernière année de médecine générale** à la faculté de Grenoble.

Vous avez entre **18 et 45 ans** avec un **projet de grossesse à court, moyen ou long terme** ?

Vous pouvez nous aider !

Nous faisons appel à vous dans le cadre de notre **thèse**. Votre participation nous serait d'une **aide très précieuse**.

Notre thèse s'intéresse au suivi de la grossesse. Nous avons constaté que les femmes en âge de procréer sont souvent mal informées sur les **compétences des professionnel(le)s de santé qui peuvent suivre des grossesses**. Nous sommes convaincues que le **choix que les femmes font concernant leur professionnel(le) de santé** doit être **libre et éclairé**. C'est pourquoi nous travaillons sur l'**information donnée aux femmes**.

L'objectif de notre étude est de déterminer si l'information donnée aux femmes en âge de procréer sur les compétences des différents professionnels de santé impliqués dans le suivi de grossesse, modifie ou non leur choix concernant le professionnel qui suivra la leur. En fonction des résultats de cette étude, nous pourrions élaborer des outils d'information pour répondre au mieux aux besoins de chacune des futures mamans.

Pour nous aider, il suffit de remplir un questionnaire en ligne, anonyme, prenant moins de 15 minutes à l'aide du lien suivant ou du QR code suivant : <https://enquetes-sante-etu.univ-grenoble-alpes.fr/index.php/883886?lang=fr>



Vous y trouverez également des **informations concernant le suivi général de la grossesse** !

Nous vous remercions pour votre participation et vous souhaitons une **heureuse grossesse, actuelle ou future encadrée par le(la) professionnel(e) de santé que vous aurez choisi(e) de manière libre et éclairée** !

Coralie Barbier et Claire Maucorps
Directrice de thèse : Dr Claire Masse-Navette

Annexe 5 : Questionnaire

Bonjour,

Nous vous remercions de prendre le temps de participer à notre thèse.

Ce questionnaire est constitué de 29 questions. Si vous ne pouvez pas y répondre en une seule fois, ce n'est pas grave, vos données seront sauvegardées et vous aurez la possibilité d'y revenir plus tard. Si vous ne souhaitez finalement plus que vos données soient exploitées, il vous suffit de quitter définitivement.

Les parties 2 et 3 sont séparées par une notice d'informations que vous devrez lire pour pouvoir répondre aux dernières questions.

Vous devez ouvrir cette notice d'information dans un nouvel onglet sous peine de ne pas pouvoir revenir au questionnaire :

- Version ordinateur : maintenir la touche CTRL enfoncée en cliquant sur le lien

- Version mobile : appuyer longtemps sur le lien et sélectionner "ouvrir dans un nouvel onglet".

Vous pourrez ensuite revenir à l'onglet du questionnaire pour terminer de le remplir.

Le questionnaire ne comprend pas de données à caractère personnel permettant de vous identifier directement. Nous vous demandons de ne donner aucune information personnelle autre que celles demandées.

Merci beaucoup pour votre participation à notre projet.

Avant de débiter ce questionnaire, pouvez-vous répondre à ces quelques questions :

Question 1 : *Attestez-vous avoir pris connaissance de la lettre d'information et donnez-vous votre consentement pour que les données récoltées ci-après soient utilisées dans le cadre des analyses nécessaires à la réalisation de notre travail de recherche ?*

- Oui -> question 2
- Non -> fin du questionnaire

Question 2 : *Quel est votre sexe ?*

- Féminin -> question 3
- Masculin -> fin du questionnaire

Question 3 : *Quel est votre âge ?*

Champ libre pour inscription d'un nombre entier :

- Si âge compris entre 18 et 45 ans -> question 4
- Si âge < 18 ou > 45 ans -> fin du questionnaire

Question 4 : *Votre résidence principale se situe-t-elle en Isère ?*

- Oui -> question 5
- Non -> fin du questionnaire

Question 5 : *Avez-vous un projet de grossesse à court, moyen ou long terme (envisagez-vous d'avoir un enfant un jour) ?*

- Oui -> question 6
- Non -> fin du questionnaire

Question 6 : *Etes-vous sous tutelle, curatelle, sauvegarde de justice ou mesure d'habilitation familiale ?*

- Oui -> fin du questionnaire
- Non -> question 7

Question 7 : *Etes-vous enceinte ou allaitez-vous actuellement ?*

- Oui -> fin du questionnaire
- Non -> question 8

Données socio-démographiques

Merci de prendre quelques instants pour que nous apprenions à mieux vous connaître.

Question 8 : *Quel est le nombre d'habitants de votre commune ?*

- Moins de 2000
- Entre 2000 et 5000
- Entre 5000 et 20 000
- Entre 20 000 et 50 000
- Plus de 50 000

Question 9 : *Quelle est votre situation conjugale ?*

- Célibataire
- En couple

Question 10 : *Combien d'enfant(s) avez-vous ?*

- Aucun
- 1
- 2
- 3
- Plus de 3

Question 11 : *Quel est votre dernier diplôme obtenu ?*

- Brevet des collèges
- Baccalauréat (général, technique ou professionnel)
- CAP
- BTS ou DUT (BAC +2)
- Licence (BAC +3)
- Master (BAC +5)
- Doctorat (BAC +8)
- Aucun

Question 12 : *Quelle est votre profession ?*

- Agriculteur ou exploitant
- Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire – employé
- Ouvrier
- Retraité
- Etudiant
- Sans activité professionnelle

Question 13 : *Quelle est la profession de votre conjoint ?*

- Agriculteur ou exploitant

- Artisan, commerçant et chef d'entreprise
- Cadre ou profession intellectuelle supérieure
- Profession intermédiaire – employé
- Ouvrier
- Retraité
- Etudiant
- Sans activité professionnelle

Connaissances concernant les professionnels de santé pouvant suivre une grossesse non compliquée

Question 14 : *Selon vous, quels sont le ou les professionnel(s) de santé apte(s) à effectuer le suivi d'une grossesse sans complication ?*

- Infirmier
- Gynécologue médical (ne pratique pas les accouchements)
- Médecin généraliste
- Radiologue
- Sage-femme
- Gynécologue-obstétricien (pratique les accouchements)
- Pédiatre
- Auxiliaire de puériculture

Antécédents et traitements en cours

Question 15 : *Concernant vos antécédents médicaux généraux, êtes-vous concernée par l'une ou plusieurs des situations suivantes (si vous ne connaissez pas certains termes c'est que nous n'êtes probablement pas concernée) ?*

Si vous cochez la case "aucun", merci de vérifier que vous n'en avez coché aucune autre.

- Antécédent de chirurgie cardiaque ou de maladie du cœur
- Antécédent d'hémorragie cérébrale ou d'anévrisme cérébral
- Hypertension artérielle
- Diabète
- Phlébite (thrombose veineuse profonde) ou embolie pulmonaire
- Maladie de Basedow (maladie auto immune de la thyroïde avec hyperthyroïdie)
- Asthme ou pathologie pulmonaire avec incidence sur vos capacités respiratoires
- Drépanocytose homozygote
- Anomalies de la coagulation, déficit en plaquettes, purpura thrombopénique auto-immun
- Une ou plusieurs des maladies parmi : Sclérose en plaque, Maladie d'Addison, Maladie de Cushing, Lupus érythémateux disséminé, syndrome des antiphospholipides, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde
- Maladie des reins nécessitant d'être suivie par un néphrologue
- Séropositivité VIH
- Aucune de ces situations

Question 16 : *Pouvez-vous préciser de quel type de maladie du cœur ou de chirurgie cardiaque il s'agit ? (uniquement pour les femmes ayant coché « Antécédent de chirurgie cardiaque ou de maladie du cœur » à la question 15)*

Champ libre

Question 17 : *Avez-vous un traitement en cours ?*

Si vous cochez la case "je n'ai pas de traitement", merci de vérifier que vous n'en avez coché aucune autre.

- Un traitement oral
- Une chimiothérapie
- Une radiothérapie
- Je n'ai pas de traitement en cours
- Autre : champ libre
-

Question 18 : *Pouvez-vous préciser le(s) nom(s) du(des) traitement(s) oral(ux) que vous suivez ? (uniquement pour les femmes ayant coché « un traitement oral » à la question 17)*

Champ libre

Question 19 : *Concernant vos antécédents gynécologiques, êtes-vous concernée par l'une ou plusieurs des situations suivantes ?*

Si vous cochez la case "aucun", merci de vérifier que vous n'en avez coché aucune autre.

- Malformations utérines ou vaginales
- Distylbène syndrome
- Cancer du sein
- Aucune de ces situations

NB : Le syndrome diéthylstilbestrol (DES) est un syndrome malformatif survenant chez les descendants (enfants et petits-enfants) de femmes exposées au DES au cours de leur grossesse. Il se caractérise par des malformations de l'appareil reproducteur, une diminution de la fertilité et un risque accru pour les jeunes femmes de développer un cancer du vagin et du col de l'utérus.

Question 20 : *Quel professionnel de santé réalise votre suivi gynécologique habituellement ?*

- Médecin généraliste
- Sage-femme
- Gynécologue médical
- Gynécologue obstétricien
- Je n'ai pas de suivi gynécologique régulier

Recueil des données liées aux précédentes grossesses, dont les professionnels impliqués

Question 21 : *A combien de temps de votre domicile se situe la première maternité ?*

- Moins de 15 minutes
- Entre 15 et 45 minutes
- Plus de 45 minutes

Question 22 : *Combien de grossesse(s) avez-vous eu par le passé (dont fausse couche, IVG, interruption médicale de grossesse) ?*

Champ libre pour inscription d'un nombre entier :

- Si N = 0 -> question 26
- Si N > 0 -> question 23

Question 23 : *Concernant vos précédentes grossesses, avez-vous été concernée par l'une ou plusieurs des situations suivantes (si vous ne connaissez pas certains termes c'est que nous n'êtes probablement pas concernée) :*

Si vous cochez la case "aucune de ces situations", merci de vérifier que vous n'en avez coché aucune autre.

- Incompatibilité foeto-maternelle érythrocytaire et/ou plaquettaire (ex: ABO, Rhésus avec Rhésus maternel négatif et du futur bébé positif, RAI positives, plaquettes très basses chez le nouveau-né...)
- Béance cervicale (orifice du col insuffisamment fermé pendant la grossesse) ou pose d'un cerclage
- Pré-éclampsie ou syndrome de HELLP
- Plus de 3 fausses couches au cours du 1er trimestre liées à un syndrome des antiphospholipides
- Fausse couche au cours du 2e trimestre
- Accouchement prématuré
- Hématome rétroplacentaire
- Retard de croissance intra-utérin sévère ou mort foetale in utéro d'origine vasculaire
- Asphyxie de l'enfant pendant l'accouchement avec séquelles
- Mort périnatale inexpliquée
- Aucune de ces situations

Question 24 : *Pouvez-vous préciser à quel terme est né votre enfant prématuré ? (uniquement pour les participantes ayant coché l'item « Accouchement prématuré à la question 23).*

Champ libre pour inscription d'un nombre entier

Question 25 : *Quel professionnel de santé principal vous avait suivie lors de votre précédente grossesse ?*

- Médecin généraliste
- Sage-femme
- Gynécologue médical
- Gynécologue obstétricien
- Aucun

Recueil du choix de praticien souhaité pour une future grossesse et de ses déterminants

Question 26 : *Pour une future grossesse, par quel professionnel principal imaginez-vous vous faire suivre ?*

- Médecin généraliste
- Sage-femme
- Gynécologue médical
- Gynécologue obstétricien

Question 27 : *Quels éléments d'information ont pu contribuer à ce choix ?*

Si vous cochez la case "aucun", merci de vérifier que vous n'en avez coché aucune autre.

- Bouche à oreille par l'entourage
- Information orale donnée par le professionnel de santé choisi

- Information orale donnée par un autre professionnel de santé que celui choisi. Précisez lequel svp : champ libre
- Information autre que le bouche à oreille ou celle donnée par un professionnel de santé. Précisez svp : champ libre
- Aucun élément
- Autre : champ libre

Question 28 : *Quelle(s) raison(s) motivent le choix de professionnel exprimé pour une future grossesse ? (pour les femmes ayant coché « Médecin généraliste » à la question 26).*

- C'est elle/lui qui réalise habituellement mon suivi gynécologique
- C'est elle/lui qui a suivi ma grossesse précédente
- Rapidité des rendez-vous en cas d'urgence
- Pour ses qualités relationnelles et d'écoute, relation de confiance et sentiment de sécurité
- Proximité immédiate de mon domicile
- Une personne de mon entourage me l'a conseillé(e)
- Un soignant me l'a conseillé(e)
- Je pense avoir une grossesse qui ne présente pas de risque particulier ni pour le futur bébé ni pour moi
- Il/Elle a les compétences techniques nécessaires pour suivre les grossesses
- Il/Elle est capable de donner les informations nécessaires sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement
- Il/Elle donne les informations nécessaires sur les techniques pour s'occuper de l'enfant à venir
- Temps accordé en consultation
- Cela favorise la continuité avec le suivi de l'enfant
- Pour assurer une prise en charge globale et psychologique
- Autre : champ libre

Question 29 : *Quelle(s) raison(s) motivent le choix de professionnel exprimé pour une future grossesse ? (pour les femmes ayant coché « Sage-femme » à la question 26)*

- C'est elle/lui qui réalise habituellement mon suivi gynécologique
- C'est elle/lui qui a suivi ma grossesse précédente
- Rapidité des rendez-vous en cas d'urgence
- Pour ses qualités relationnelles et d'écoute, relation de confiance et sentiment de sécurité
- Proximité immédiate de mon domicile
- Une personne de mon entourage me l'a conseillé(e)
- Un soignant me l'a conseillé(e)
- Je pense avoir une grossesse qui ne présente pas de risque particulier ni pour le futur bébé ni pour moi
- Il/Elle a les compétences techniques nécessaires pour suivre les grossesses
- Il/Elle est capable de donner les informations nécessaires sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement
- Il/Elle donne les informations nécessaires sur les techniques pour s'occuper de l'enfant à venir
- Temps accordé en consultation
- Abord moins technique et médical qu'avec les autres professionnels
- C'est un/une spécialiste de la grossesse
- Il/Elle exerce à l'hôpital
- Autre : champ libre

Question 30 : *Quelle(s) raison(s) motivent le choix de professionnel exprimé pour une future grossesse ? (pour les participantes ayant coché « Gynécologue Médical » à la question 26)*

- C'est elle/lui qui réalise habituellement mon suivi gynécologique

- C'est elle/lui qui a suivi ma grossesse précédente
- Rapidité des rendez-vous en cas d'urgence
- Pour ses qualités relationnelles et d'écoute, relation de confiance et sentiment de sécurité
- Proximité immédiate de mon domicile
- Une personne de mon entourage me l'a conseillé(e)
- Un soignant me l'a conseillé(e)
- Je pense avoir une grossesse qui ne présente pas de risque particulier ni pour le futur bébé ni pour moi
- Je pense avoir une grossesse qui présente des risques pour le futur bébé et/ou pour moi
- Il/Elle a les compétences techniques nécessaires pour suivre les grossesses
- Il/Elle est capable de donner les informations nécessaires sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement
- Il/Elle donne les informations nécessaires sur les techniques pour s'occuper de l'enfant à venir
- Temps accordé en consultation
- Abord plus technique et médical qu'avec les autres professionnels
- C'est un/une spécialiste de la grossesse
- Contrôle de l'échographie tous les mois
- Il/Elle exerce à l'hôpital
- Autre : champ libre

Question 31 : *Quelle(s) raison(s) motivent le choix de professionnel exprimé pour une future grossesse ?* (pour les participantes ayant coché « Gynécologue obstétricien » à la question 26)

- C'est elle/lui qui réalise habituellement mon suivi gynécologique
- C'est elle/lui qui a suivi ma grossesse précédente
- Rapidité des rendez-vous en cas d'urgence
- Pour ses qualités relationnelles et d'écoute, relation de confiance et sentiment de sécurité
- Proximité immédiate de mon domicile
- Une personne de mon entourage me l'a conseillé(e)
- Un soignant me l'a conseillé(e)
- Je pense avoir une grossesse qui présente des risques pour le futur bébé et/ou pour moi
- Il/Elle a les compétences techniques nécessaires pour suivre les grossesses
- Il/Elle est capable de donner les informations nécessaires sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement
- Il/Elle donne les informations nécessaires sur les techniques pour s'occuper de l'enfant à venir
- Temps accordé en consultation
- Abord plus technique et médical qu'avec les autres professionnels
- C'est un/une spécialiste de la grossesse
- Contrôle de l'échographie tous les mois
- Suivi par le même professionnel du début à la fin de la grossesse, dont pour l'accouchement
- Il/Elle exerce à l'hôpital
- Autre : champ libre

Question 32 : *Quelle(s) raison(s) parmi les suivantes ne vous ont pas incitée à choisir le médecin généraliste ?* (pour les participantes ayant coché « Sage-femme », « Gynécologue médical » et « Gynécologue obstétricien » à la question 26)

- Ce n'est pas lui/elle qui réalise mon suivi gynécologique habituel
- Ce n'est pas lui/elle qui a suivi mes précédentes grossesses
- Ses rendez-vous ne sont pas assez rapides en cas d'urgence
- Il/elle n'a pas les qualités relationnelles, d'écoute nécessaires
- Éloignement trop important de mon domicile
- Des personnes de mon entourage me l'ont déconseillé(e)

- Je pense avoir une grossesse à risque
- Il/elle n'a pas les compétences nécessaires pour suivre une grossesse
- Il/elle ne donne pas assez d'informations sur le déroulement de la grossesse, l'accouchement
- Il/elle ne donne pas assez d'informations sur le suivi de l'enfant à naître
- Temps accordé en consultation trop court
- Approche trop "médicale ou technique" de la grossesse
- Approche pas assez "technique" de la grossesse
- Ce n'est pas un/une spécialiste du suivi de la grossesse
- Il/elle ne m'a pas informée qu'il/elle pouvait suivre des grossesses
- Je souhaite avoir une échographie tous les mois
- Je souhaite être suivie par le même praticien du début à la fin de ma grossesse
- C'est un homme
- C'est une femme
- Autre : champ libre

Impact de la notice d'information sur le choix des femmes

Nous avons préparé la notice d'informations suivante qui récapitule les étapes importantes du suivi de grossesse et différents éléments concernant le rôle des différents professionnels pouvant être impliqués dans ce suivi.

Pour ne pas perdre les données précédemment remplies, il est primordial d'ouvrir le fichier dans un nouvel onglet :

- Version ordinateur : maintenir la touche CTRL enfoncée en cliquant sur le lien

- Version mobile : appuyer longtemps sur le lien et sélectionner "ouvrir dans un nouvel onglet"

Vous pourrez ensuite revenir à l'onglet du questionnaire pour terminer de le remplir.

Merci d'y accéder en cliquant sur le lien suivant : </upload/surveys/883886/files/flyer%20final.pdf>

Question 33 : Suite à la lecture de cette notice d'informations, par quel professionnel de santé principal imaginez-vous faire suivre votre future grossesse ?

- Médecin généraliste
- Sage-femme
- Gynécologue médical
- Gynécologue obstétricien

Question 34 : Ce choix est-il différent de celui formulé avant lecture de la notice d'informations (pour une future grossesse) ?

- Oui -> question 35
- Non -> fin du questionnaire

Question 35 : Quel(s) élément(s) de la notice d'informations a (ont) contribué à modifier ce choix ?

Si vous cochez la case "aucun élément", merci de vérifier que vous n'en avez coché aucune autre.

- La première page qui comporte les explications sur le suivi de grossesse
- L'information qu'il peut exister des suivis conjoints et que plusieurs professionnels peuvent s'intercaler dans mon suivi (page 2)
- L'information qu'il existe une coordination des soins entre les professionnels libéraux et hospitaliers qui permet de réagir rapidement en cas de problème concernant ma grossesse
- L'information qu'il n'existe pas de différence de risque pour la mère ou l'enfant quel que soit le professionnel qui suit la grossesse, si elle est à bas risque
- Les informations sur la formation des différents professionnels
- L'explication des différents professionnels pouvant être impliqués selon le niveau de risque de la grossesse

- Les images, les couleurs, la disposition des éléments de la notice
- Aucun élément
- Autre : champ libre

Fin du questionnaire - Merci pour votre participation !

Si vous n'avez pu répondre qu'aux toutes premières questions c'est que votre profil ne correspond pas à celui que nous souhaitons étudier dans notre thèse.

Si vous avez lu la lettre d'informations et que vous ne souhaitez pas la conserver, vous pouvez la remettre à votre coiffeur pour qu'il puisse la distribuer à d'autres participantes !

Dans tous les cas, nous vous remercions d'avoir pris le temps de participer à notre projet de recherche en répondant à ce questionnaire.

Coralie Barbier et Claire Maucorps

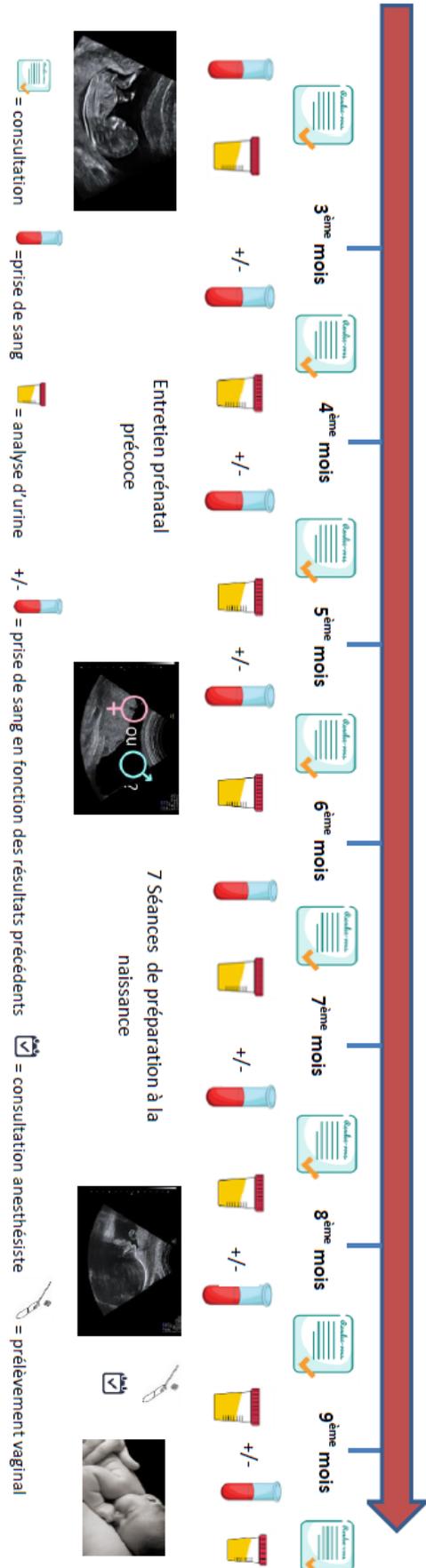
Annexe 6 : La notice d'informations



*Le suivi de ma grossesse
Mais au fait, comment cela se passe ?*



L'embryon s'implante dans l'utérus, il se forme, son cœur commence à battre, son visage se dessine	Ca y est, les organes du fœtus sont formés, il bouge sans que vous le sentiez, ses sens s'éveillent	Les traits de son visage s'affinent, il bouge toujours autant et pèse environ 250g à la fin du 4 ^{ème} mois	Il est sensible aux bruits extérieurs, vous le sentez bouger, il joue même parfois avec ses pieds !	Ses yeux s'ouvrent même si sa vue n'est pas complètement développée	Il est sensible à la palpation de votre ventre et à vos caresses, il peut percevoir des sons et des émotions	Son poids dépasse les 2kg ! Ses poumons se préparent activement à la vie extérieure et sa tête est souvent déjà en bas	La naissance se prépare
--	---	--	---	---	--	--	-------------------------



- Deux premières consultations importantes recommandées avant la fin du 3^{ème} mois :**
- Diagnostic de la grossesse
 - Evaluation du niveau de risque de votre grossesse, orientation vers un spécialiste si besoin
 - Prescription du premier bilan biologique, examen physique gynécologique et dépistages si nécessaire, information sur le dépistage de la trisomie 21
 - Conseils sur les habitudes alimentaires, la consommation de tabac/drogue/alcool, l'automedication, sur l'activité physique et sexuelle, sur les risques infectieux et professionnels, les déplacements et les voyages, les symptômes d'alarme...
 - Préparation de la déclaration de grossesse
 - Informations sur le congé maternité /paternité
 - Discussion et réponses aux questions

Mais qui peut réaliser et/ou orchestrer le suivi de ma grossesse ?

- *Mu(e) médecin généraliste*
- *Mu(e) gynécologue médical*
- *Mu(e) sage-femme*
- *Mu(e) gynécologue obstétricien*

La Haute Autorité de Santé affirme qu'il n'y a pas de différence de risque de décès pour la maman ou le futur bébé que vous soyez suivie par un gynécologue médical ou obstétricien, une sage-femme ou un médecin généraliste si votre grossesse est à bas risque (ce risque se définit par vos antécédents médicaux et obstétricaux).

Le lien entre les différents professionnels que vous consultez pourra se faire par le carnet de maternité. En cas de besoin, la sollicitation des professionnels spécialistes de la grossesse se fait facilement dans le cadre du travail en équipe ville-hôpital (réseaux de périnatalité, protocoles partagés...)

*Demandez au professionnel que vous souhaitez s'il peut vous
suivre!*

Votre GENERALISTE est formé(e) pour réaliser le suivi de votre grossesse si elle est considérée à bas risque.

- 9 ans d'études au minimum
- **Formation théorique** : apprentissage des bases de la **gynécologie-obstétrique**, de la physiologie à la pathologie.
- **Formation pratique** : **Stage « mère-enfant » de 6 mois en hôpital ou en ambulatoire** (centre de planification, cabinet libéral...)
- **Suivi des grossesses à bas risque**
- **Formations supplémentaires en gynécologie-obstétrique** pour ceux qui le souhaitent.
- Il existe également des formations pour la pratique de l'échographie obstétricale.

Votre SAGE-FEMME est formé(e) pour réaliser le suivi de votre grossesse si elle est considérée à bas risque.

- 5 ans d'études au minimum
- **Formation théorique et pratique** (stage)
- Suivi des **grossesses à bas risque**
- **Séances de préparation à la naissance et à la parentalité**
- Possibilité de formation en **gynécologie**
- Il existe également des formations pour la pratique de l'échographie obstétricale
Sage-femme en ville
- **Rééducation périnéale**
Sage-femme à l'hôpital
- **Surveillance du travail et de l'accouchement**
- **Soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement**

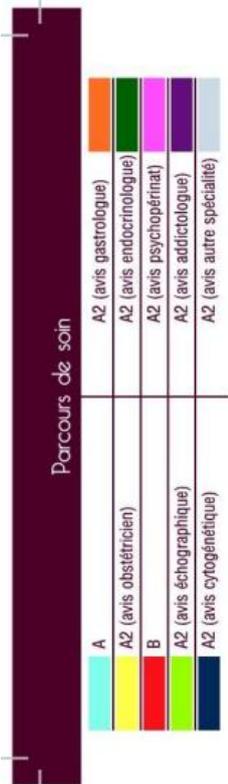
**Votre GYNECOLOGUE MEDICAL(E) est formé(e) pour réaliser le suivi de votre grossesse si elle est considérée à bas risque.
Il/Elle ne pratique pas d'accouchement.**

- 10 ans d'études au minimum
- **Formation théorique et pratique** : spécialisation dans la santé de la femme en mêlant l'**obstétrique**, l'endocrinologie, l'oncologie.
- **Suivi des grossesses à bas risque**
- Ils peuvent également réaliser les **échographies obstétricales** après formation complémentaire.
- Exercice en ville comme à l'hôpital.

Votre GYNECOLOGUE OBSTETRICIEN est formé(e) pour réaliser le suivi de votre grossesse, quel que soit son niveau de risque, et pratiquer votre accouchement.

- 12 ans d'études au minimum
- **Formation en médecine et en chirurgie à l'issue de formations théoriques et de stages pratiques.**
- **Gestion de l'accouchement normal ou compliqué**
- **Gestion des grossesses quel que soit le niveau de risque**, diagnostic anténatal, médecine fœtale et gynécologie chirurgicale.
- Ils peuvent également réaliser les **échographies obstétricales** après formation complémentaire

Annexe 7 : Dépliant du Centre Hospitalier de Valence



Pôle Femme-Mère-Enfant
 Chef de pôle : Dr MP FERNANDEZ

LE PARCOURS DE SOIN EN OBSTETRIQUE
 Selon les critères HAS (mai 2007)

- Secrétariat maternité CHV
04 75 75 25 10
- Secrétariat cytogénétique CHV
04 75 75 72 97
- Secrétariat anesthésie CHV
04 75 75 72 87
- Secrétariat endocrinologie CHV
04 75 75 75 27
- Service social CHV
04 75 75 75 07
- HAD
04 75 25 53 07
- PMI Valence
04 75 82 43 65
- PMI Guilhaud-Granges
04 75 29 74 57
- Addictologie CHV
04 75 75 75 92

...mais aussi :
 la PMI de votre quartier, les différents spécialistes libéraux connaissant la patiente

QUEL SUIVI POUR QUELLE PATIENTE ?



cristel photo © istockphoto - fotolia.com

Guide d'utilisation simplifié pour la pratique clinique
 Martine VOSSEY (SF) - Dr Magali ROUX-CHEVALIER (PH GO)

Age (<18 et >35ans)	Yellow	ATCD IMG	Yellow
Poids (IMC ≤17.5 ou ≥40)	Yellow	ATCD HRP, RCIU, MFIU	Red
Vulnérabilité psycho-sociale	Cyan	ATCD asphyxie et/ou DC périnatal	Red
Risque professionnel	Light Blue	Hémorragie post partum sévère	Yellow
Pathologie génétique	Dark Blue	ATCD déchirure sphincter anal	Yellow
Toxiques (conso/sevrage)	Purple	ATCD dépression post partum	Cyan
ATCD trauma bassin/rachis	Yellow	ATCD psychose puerpérale	Yellow, Magenta
ATCD chir patho cardiaque	Red	ATCD dystocie des épaules	Yellow
Patho rétinienne	Light Blue	Intoxication plomb, CO	Red
Hgie cérébrale, anévrysme	Red	Diabète gestationnel	Yellow, Green
HTA et/ou diabète préexistant	Red	HTA, néphropathie, TVP, tr coag	Red
ATCD TVP, EP	Red	Anémie gravidique	Cyan
Patho thyroïdiennes équilibrées	Green	IU à répétition, PNA	Yellow
Basedow	Red, Green	Vomissements 1er trim	Yellow
Asthme	Red, Light Blue	Vmssts 2è/3è trim, cholestase	Red
MICI (Crohn, RCH)	Yellow, Orange	Toxo, rub, listeria, CMV, parvo, VZV	Red
Hémoglobinopathies	Red	Hépatites, tuberculose, HSV, syph	Red
Pathologie de la coag	Red	Grippe	Yellow
Maladies de système, SAPL	Red	Kc col, fibrome, kyste ovarien	Yellow
Néphropathie	Red	Kc sein	Red
Uropathies	Light Blue	TTT infertilité >1an	Yellow
Affections hépatiques	Orange	Grossesse découverte tardive	Yellow, Green
ATCD chimio et radiothérapie	Light Blue	oligoA, hydrA, RCIU, MFIU	Red, Green
ATCD pathologies psychiatriques	Magenta	Prééclampsie, HELLP, HRP	Red, Green
HIV+	Red	PLA, PVC	Yellow, Dark Blue
HBV+, HCV+	Yellow, Orange	Béance cervicale, MAP	Red, Green
Malfo utéro-vaginales, DES	Red	G Gémellaire BC BA	Yellow, Green
Chir cervico-utérine, ut cicatriciel	Yellow	GG MC BA, MC MA, triples et +...	Red, Green
ATCD diabète gestationnel	Cyan	Incompatibilité foeto mat	Red, Green
ATCD Alloimmunisation	Red	Anomalies insertion placentaire	Red, Green
ATCD cerclage et/ou acc préma	Red	Grande multiparité >5	Yellow
ATCD HTA gravidique	Yellow	Grossesse non suivie	Red, Green
ATCD prééclampsie, HELLP	Red	Dépassement de terme	Red
ATCD FCS répétées 1er trim	Yellow	macrosomie	Yellow
ATCD > 2 IVG	Yellow	suspicion malfo/patho congénitale	Yellow, Green
ATCD FCT 2è trim	Red	Présentation non céphalique à terme	Red

Abréviations

BA/MA : biamniotique/monoamniotique
 BC/MC : bichoriale/monochoriale
 DES : exposition au Distilbène
 FCT : Fausse couche tardive
 HRP : hématome rétro placentaire
 MAP : menace d'accouchement prématuré

MFIU : mort fœtale in utero
 PLA : ponction de liquide amniotique
 PVC : ponction de villosités chorales
 RCIU : retard de croissance intra utérin
 SAPL : syndrome des anti-phospholipides
 TVP : thrombose veineuse profonde

Serment d'Hippocrate

Le serment d'Hippocrate

Texte revu par l'Ordre des médecins en 2012

“ Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

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

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

MAUCORPS Claire – BARBIER Coralie

Titre : Impact sur le choix des femmes en âge de procréer d'une information concernant les compétences des différents professionnels de la grossesse : une étude avant-après auprès de femmes iséroises.

Introduction : Plusieurs travaux montrent que les femmes en âge de procréer ne sont pas suffisamment informées des différentes possibilités de suivi de grossesse, notamment par le médecin généraliste. Ceci peut les amener à choisir un praticien sans avoir connaissance des autres possibilités de suivis. D'un autre côté, le suivi de grossesse est décrit comme source de réjouissance par les médecins généralistes. Ils justifient en partie le peu de suivis de grossesses effectués par le manque de demandes. Notre travail vise à étudier l'évolution du choix des femmes concernant le praticien qui suivra une future grossesse avant et après lecture d'une notice d'information. Le critère de jugement principal concerne l'évolution du choix du médecin généraliste.

Matériels et Méthodes : Etude analytique avant-après, réalisée entre mai et octobre 2022, auprès de femmes entre 18 et 45 ans, recrutées chez des coiffeurs de l'Isère ayant été randomisés. Un questionnaire en ligne a été proposé. Une notice d'information comportant des données sur le suivi de grossesse, la formation et les compétences des différents professionnels a été proposée. Le choix des femmes du professionnel pour suivre une future grossesse a été recueilli avant et après lecture de la notice.

Résultats : Nous avons obtenu 87 réponses interprétables. Une augmentation de 50% du nombre de femmes choisissant le médecin généraliste a été constatée après lecture de la notice ($p = 0,028$ selon score z, test bilatéral). Le nombre de participantes ayant choisi la sage-femme a baissé de 17,78% ($p < 0,05$ selon le test de MacNemar). La proportion de femmes n'ayant pas de suivi gynécologique est significativement plus importante dans le groupe de femmes qui changent d'avis ($p = 0,022$ selon le test de Fisher).

Conclusion : Nous ne pouvons pas conclure concernant l'impact de l'information sur le choix des femmes par rapport au professionnel qui suivra leur future grossesse. Néanmoins, une information objective et médicale semble modifier la répartition des professionnels choisis. Une étude de plus grande ampleur est nécessaire pour confirmer ce résultat.

Mots clés : compétences, grossesse, suivi, information, choix, médecin généraliste, sage-femme, gynécologue médical, obstétricien

Title: Influence of information about the abilities of pregnancy professionals on the choice that women make for the follow-up of a future pregnancy : a before-and-after study with women living in Isère.

Introduction: Many studies have shown that women of childbearing age are not aware enough of the different possibilities for antenatal follow-up, especially that provided by general practitioners (GPs). Thus, some women choose a practitioner without knowing the other follow-up possibilities. On the other hand, antenatal care is described by GPs as a source of happiness. They justify the few follow-ups they do by the lack of requests they get. The aim of our study is to measure the evolution in the choice of a practitioner (GPs, midwives, gynecologists and obstetricians) made by women before and after reading a note about pregnancy follow-up. Our first outcome was to evaluate the impact of information on the choice of GPs.

Methods: A before-and-after analytical study was led from May to October 2022. It included women aged from 18 to 45, recruited by randomized hairdressers from Isère. Women were asked to fill an online questionnaire. They had to read a note about antenatal care, training and clinical skills of each practitioner. Their choice of a practitioner for a future pregnancy was recorded before and after their reading of the note.

Results: 87 questionnaires were analyzed. The number of women who chose the GP increased by 50% after reading the note ($p = 0,028$, z-score, bilateral test). On the contrary, we observed a decrease of 17,78% of women choosing the midwife ($p < 0,05$, MacNemar test). In the group of women that changed their minds, the proportion of women who did not have any gynecological follow up was significantly higher ($p = 0,022$, Fisher test).

Conclusion: We can not conclude about the impact of information on the choice that women make about the practitioner for a future pregnancy. Nevertheless, objective and medical information seem to change the distribution of the practitioners chosen. A bigger study is necessary to confirm this tendency.

Key words: clinical skills, pregnancy, choice, antenatal follow-up, access to information, general practitioners, midwives, gynecologists, obstetricians.