



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2013

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

DETERMINANTS CONDITIONNANT LE CHOIX DU PRATICIEN
POUR LE SUIVI DE GROSSESSE

Présentée et soutenue publiquement le 21 février 2013

Par Marie TESSE - SKAF

Jury

Président : Monsieur le Professeur SUBTIL Damien

Asseseurs : Monsieur le Professeur GLANTENET Raymond
Monsieur le Docteur CAREMELLE Yannick

Directeur de Thèse : Monsieur le Professeur DERUELLE Philippe

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	3
SOMMAIRE	8
INTRODUCTION	9
MATERIEL ET METHODE	12
1) Questionnaire.....	12
2) Critères d'inclusion et de non inclusion.....	13
3) Groupes étudiés.....	13
4) Présentation des résultats.....	14
5) Analyse statistique.....	14
RESULTATS	15
1) Etude des différentes caractéristiques.....	15
2) Choix du praticien faisant le suivi de grossesse.....	22
3) Analyse multivariée.....	24
DISCUSSION	26
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE	35
ANNEXES	38
Annexe 1.....	38
Annexe 2.....	42
Annexe 3.....	43
Annexe 4.....	47
Annexe 5.....	51
Annexe 6.....	52
SERMENT D'HIPPOCRATE	53

INTRODUCTION

Actuellement, la démographie médicale évolue avec de moins en moins de médecins actifs. On assiste, en effet, au vieillessement des médecins : l'âge moyen des médecins en activité régulière est de 51,4 ans (1) et 26% des gynécologues médicaux sont âgés de 60 ans et plus (2). De plus, le nombre de gynécologues diminue : en 2000, il existait en France 1 gynécologue pour 3 700 femmes (3). Le nombre de postes proposés en gynécologie n'a crû que de 15,40 % en 5 ans (1) et seulement 201 internes ont été admis dans le cursus de gynécologie pour l'année universitaire 2010-2011. La désertification médicale est de plus en plus importante. Au 1er janvier 2011, la densité médicale métropolitaine en activité régulière était de 306,7 médecins pour 100 000 habitants contre 308,8 au 1er janvier 2010 (1). Ce phénomène était particulièrement marqué dans le Nord-Pas-De-Calais avec une densité moyenne de 278 médecins en activité régulière pour 100 000 habitants (2). De plus, avec une densité moyenne de 0,5 gynécologue médical pour 5 000 femmes, 52 bassins de vie ne recensaient aucun spécialiste en gynécologie médicale et obstétrique et gynécologie médicale en activité libérale ou mixte (2). La désertification médicale est encore plus flagrante dans le département du Pas de Calais qui ne maintient que 32% des diplômés de la faculté de Lille alors que le département du Nord en attire 66% (2). Pour ces raisons, le nombre de gynécologues sera insuffisant dans un futur proche pour qu'ils puissent assumer toutes leurs fonctions (suivi de grossesse, suivi gynécologique, ...). Il faut donc penser à une nouvelle répartition des tâches entre les praticiens.

Un plan périnatalité a été mis en œuvre entre 2005 et 2007. Son but était de favoriser l'humanité, la proximité, la sécurité et la qualité des soins entourant une naissance. En effet, il a été constaté que les suivis de grossesse médiocres ou inexistantes sont particulièrement associés à la précarité et la pauvreté, et sont responsables d'une plus grande fréquence des pathologies périnatales, dont la prématurité (4) (5).

Ce plan recommande de favoriser le développement de réseaux de santé de proximité ville/PMI/hôpital. Ils permettent un suivi des femmes enceintes tout au long de la grossesse et après l'accouchement, par la mise en commun des compétences de chacun (médecin généraliste (MG), gynécologue médical, gynécologue

obstétrique et sage-femme) et par l'échange d'informations entre eux (3) (6). Leur proximité du domicile des parents permet de garantir le meilleur accès aux soins avec une qualité optimale de la prise en charge pour l'ensemble de la population (4). Les réseaux se doivent d'être des réseaux « ville- hôpital » et « médico – psycho - sociaux ». L'adhésion et la participation des MG sont donc indispensables, et cela, à tous les niveaux de décision car ils sont souvent à l'intersection de plusieurs réseaux de santé (7). Le problème est qu'ils sont difficiles à associer aux réseaux (6). Les maternités, quant à elles, continuent pour la plupart à organiser le suivi prénatal de façon autonome (62%) plutôt que dans le cadre du réseau (8).

L'enquête périnatale de 2010 note l'intervention de plus en plus importante des MG au début de la grossesse. Ils effectuent en effet 22% des déclarations de grossesse (8). Par rapport à 2003, on constate une augmentation des consultations chez les MG, les gynécologues obstétriciens de ville et surtout par les sages-femmes (9). Pour les femmes qui ne sont pas entièrement suivies à la maternité, 2/3 des établissements ne préconisent pas de première consultation en maternité avant la trentième semaine d'aménorrhée (10). Un MG pourrait assurer le suivi jusqu'à cette date. Il est toutefois important que la femme soit connue, 2 à 3 mois avant le terme présumé, de l'équipe obstétricale qui assurera l'accouchement, afin de créer une relation de confiance et faire un pronostic obstétrical précis (11). Le suivi prénatal étant bien codifié (ANNEXE 1), il est à la portée de tout MG pour une femme sans problème (11). Ce dernier dispose de temps, de disponibilité, d'accessibilité, de la confiance et de la connaissance préalables de la femme enceinte et de sa famille (12). La connaissance antérieure de la patiente permet souvent d'avoir une approche psychologique adaptée : trop souvent, la grossesse est transformée en maladie et certaines femmes vivent ces 9 mois dans la terreur d'un événement grave, d'une maladie ou, au contraire, la femme se néglige, travaille trop, ne mange pas assez ou mal (13).

Le MG ne peut, en revanche, pas assurer seul toutes les dimensions du suivi de grossesse. Il importe donc qu'il développe des collaborations privilégiées avec des professionnels (gynécologue, sage femme, échographiste, ...), pour assurer la continuité des soins et la cohérence d'un projet parental de maternité (12). Si le suivi est réalisé par un groupe de professionnels de santé, une personne « référente »

dans ce groupe (qui peut être le MG) facilite la coordination et l'organisation des soins et leur articulation avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien (14). Le partage des informations médicales nécessaires aux différents professionnels impliqués dans les réseaux de périnatalité constitue une garantie de sécurité pour la femme enceinte et son enfant, en améliorant la cohérence du suivi de la grossesse (15). Pour renforcer la formation des MG en matière de suivi de grossesse, une formation intitulée « Suivi d'une femme enceinte par un MG » est proposée par le plan périnatalité 2005-2007 (4).

Enfin, et malgré ces éléments et recommandations, peu de femmes font suivre leur grossesse par un MG. Le but de ce travail de recherche était de déterminer les facteurs pris en compte par une femme pour choisir celui qui suivra sa grossesse, afin de pouvoir les amener à faire leur suivi prénatal chez un MG, pour pouvoir s'adapter à l'évolution de la démographie médicale.

MATERIEL ET METHODES

Il s'agissait d'une étude rétrospective qui a été réalisée en trois étapes distinctes. La première étape a été réalisée du 22 au 29 octobre 2010 (élaboration et test du questionnaire). La seconde (estimation du nombre nécessaire de sujets) et la troisième étape (étude finale) se sont déroulées sur une période de 13 mois, allant du 15 décembre 2010 au 2 février 2012.

1) Questionnaires

Pour réaliser ce travail, un premier questionnaire ouvert a été élaboré et testé sur un groupe de dix femmes de suites de couches de la maternité du centre hospitalier de Cambrai (ANNEXE 2). L'objectif de ce premier questionnaire était de vérifier sa pertinence et sa compréhension auprès des patientes. En se basant sur les réponses obtenues, il a été modifié et un second questionnaire a été rédigé (ANNEXE 3). Il s'agissait d'un questionnaire anonyme comprenant des questions à choix simple, des questions à choix multiple et des questions à réponse libre. La femme pouvait développer son avis si elle le souhaitait pour certaines questions. C'était un document papier remis directement à la femme qui le remplissait sans aide s'il n'y avait pas de difficulté de lecture ou d'écriture, avec aide dans le cas contraire. Il était recueilli après un délai d'environ 90 minutes.

38 femmes de suites de couches de la maternité Jeanne de Flandre ont été interrogées de cette façon. Le but était de faire une première analyse des résultats (ANNEXE 4) afin de pouvoir estimer le nombre de questionnaires à distribuer pour que l'étude soit valide. Parmi ces 38 femmes, 13 étaient suivies par un MG pour leur grossesse, soit environ un tiers.

La validité et la pertinence de ce second questionnaire ont été vérifiées par deux statisticiens (le Professeur Alain Duhamel et le Docteur Julia Salleron, travaillant tous deux au niveau de l'unité de Biostatistique de la Plate Forme d'Aide Méthodologique du Pôle de Santé Publique de CHRU de Lille). Nous avons utilisé la règle de Concato et Peduzzi qui recommande d'inclure 150 sujets dans le groupe ayant le plus faible effectif. Le plus petit groupe ici était celui des femmes suivies par un MG

et il était estimé à un tiers de la population interrogée (cf. distribution du deuxième questionnaire). Il a donc été estimé qu'il était nécessaire d'interroger 150 femmes suivies par leur MG pour leur grossesse, soit environ 450 questionnaires à distribuer à l'ensemble des femmes, pour pouvoir répondre à la question posée (ANNEXE 5). Un avis favorable du CEROG (Comité d'Ethique de la Recherche en Obstétrique et Gynécologie) a été obtenu le 26 décembre 2011 (ANNEXE 6).

Ce questionnaire a ensuite été distribué et recueilli auprès de 589 femmes de suites de couches de la maternité Jeanne de Flandre. Les modalités de distribution étaient les mêmes que pour la distribution du second questionnaire. L'accord oral de chaque patiente était recherché avant la distribution du questionnaire.

2) Critères d'inclusion et de non inclusion

Le questionnaire était proposé aux femmes en suite de couches de la maternité Jeanne de Flandre.

Les critères de non inclusion étaient :

- les femmes à J0 de l'accouchement
- les femmes dont l'état de santé ne permettait pas de répondre au questionnaire
- les femmes dont l'état de santé du bébé ne permettait pas de répondre au questionnaire
- les femmes ne parlant pas ou ne comprenant pas le français
- les femmes qui refusaient de répondre au questionnaire.

3) Groupes étudiés

Pour l'étude, les femmes ont été classées en deux groupes :

- femmes suivies principalement par un MG pour leur grossesse ; le terme « principalement » englobe le suivi de la patiente jusqu'à six mois de grossesse. En effet, après six mois de grossesse, le suivi est

classiquement réalisé par un gynécologue obstétricien ou par une sage femme de la maternité dans laquelle la femme désire accoucher.

- femmes non suivies principalement par un MG ; ces femmes sont donc suivies par une sage-femme, un gynécologue médical ou obstétricien avant 6 mois. Ce groupe de soignants est désigné dans la suite de l'étude par le terme « gynécologue ». Le suivi de grossesse peut être fait de façon conjointe entre MG et gynécologue ou sage-femme.

4) Présentation des résultats

Pour décrire la taille des villes de résidence des patientes, les communes ont été divisées en :

- petites communes = moins de 9 999 habitants
- moyennes communes = population entre 10 000 et 99 999 habitants
- grandes communes = plus de 100 000 habitants

Les chiffres du recensement 2008 ont été utilisés pour ce travail.

5) Analyse statistique

Les données ont été recueillies à l'aide d'un tableur Excel (Version 2003, Microsoft corporation, Palo Alto, Ca, USA). Une analyse descriptive (univariée) et une comparaison en fonction du mode de suivi (« femmes suivies principalement par un MG pour leur grossesse » et « femmes non suivies principalement par un MG») ont été réalisées.

Une analyse multivariée a ensuite été effectuée. Il s'agissait d'une régression logistique binaire multiple. Les différences étaient considérées comme significatives quand p était inférieur à 0,05. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide du logiciel R version 2.14 (logiciel open source, licence GNU).

RESULTATS

En 2011, la maternité Jeanne de Flandre a enregistré 5231 accouchements. En 2012, 5652 enfants y sont nés. Dans notre enquête, 589 femmes ont été interrogées. Tous les questionnaires ont été inclus dans l'étude, même en cas de réponse non interprétable.

1) Etude des différentes caractéristiques

Les patientes de cette étude étaient principalement trentenaires, citadines, vivant maritalement, avec des revenus moyens (tendance haute), primipares et ayant fait des études supérieures. Les grossesses étaient principalement suivies par un gynécologue, en partie ou en totalité. Lorsque le MG intervenait dans ce suivi, c'était principalement pour faire la prescription du premier bilan biologique ou pour faire la déclaration de grossesse. Un quart des femmes interrogées ont été suivies principalement par un MG jusque 6 mois de grossesse (Tableau 1).

Globalement, les femmes suivies par le MG jusque 6 mois de grossesse étaient un peu plus jeunes, plus souvent célibataires, moins aisées que celles suivies par le gynécologue (Tableau 2). Les femmes allant voir leur MG pour le suivi de leur grossesse étaient significativement plus jeunes que celles allant voir un gynécologue ($p < 0,05$). Il n'y avait pas de lien significatif entre la taille de la ville de résidence de la femme et son choix de praticien pour le suivi de sa grossesse ($p > 0,05$). Les femmes célibataires ou vivant en couple étaient significativement plus suivies par un médecin généraliste pour leur grossesse que celles mariées ou pacsées ($p < 0,05$). Les femmes avec des revenus modestes (inférieurs à 2000 euros par mois) faisaient significativement plus suivre leur grossesse par un MG ($p < 0,05$). Il n'y avait pas de lien significatif entre le nombre d'enfants de la femme et son choix de praticien pour le suivi de sa grossesse ($p > 0,05$). Les femmes ayant fait des études supérieures faisaient significativement plus suivre leur grossesse par un gynécologue ($p < 0,05$). Les femmes n'ayant pas de suivi gynécologique en dehors de la grossesse faisaient significativement plus suivre leur grossesse par un MG ($p < 0,05$). Les femmes suivies au niveau gynécologique par un MG faisaient significativement plus suivre leur grossesse par un MG ($p < 0,05$). Le suivi gynécologique en dehors de la grossesse a

été fait par un MG seul, par un gynécologue seul, ou souvent, par les deux de façon conjointe. Les femmes suivies par un MG jusque 6 mois de grossesse étaient moins suivies au niveau gynécologique en dehors de la grossesse. Lorsque le suivi était fait, il était plus souvent fait par un MG que pour les femmes suivies par le gynécologue. Les femmes suivies par le gynécologue étaient globalement un peu plus satisfaites de leur suivi que celles suivies par le MG (Tableau 2).

Tableau 1. Caractéristiques de la population étudiée et de son suivi de grossesse

Caractéristiques	N = 589
Age	30,02 +/- 5,228 *
Commune	
Petite commune	113 (19)
Moyenne commune	272 (46)
Grande commune	202 (34)
Situation de couple	
Célibataire	34 (6)
En couple	209 (36)
Mariée	273 (46)
Pacsée	72 (12)
Revenus	
<1000 euros	83 (14)
1000-2000 euros	163 (28)
2000-3000 euros	149 (26)
> 3000 euros	185 (32)
Nombre d'enfants	1,743 +/- 1,098 **
Niveau d'étude	
Ecole primaire	34 (6)
Brevet – BEP	92 (16)
Baccalauréat	108 (18)
Etudes supérieures	352 (60)
Suivi de grossesse	
Par le MG au moins en partie	378 (66)
Par un gynécologue au moins en partie	499 (85)
Actes réalisés par le MG lors du suivi de grossesse	
Déclaration de grossesse	304 (52)
Bilan biologique	347 (59)
Examen gynécologique	191 (32)
MG suivant la grossesse jusque 6 mois de grossesse	148 (25)

* Ce résultat est présenté sous la forme moyenne (en années) +/- écart type.

** Ce résultat est présenté sous la forme moyenne +/- écart type.

Les autres résultats sont présentés sous la forme effectif (% de la population totale)

Tableau 2. Comparaison des femmes suivies principalement par un médecin généraliste pour leur grossesse et des femmes suivies par un gynécologue

Caractéristiques	Femmes suivies principalement par un MG N = 148	Femmes suivies par un gynécologue N = 441	p (analyse bivariée)
Age	28,633 +/- 5,17 *	30,483 +/- 5,171 *	p = 0,000189 (test de Student)
Commune			p = 0,0911 (test du chi2 de tendance)
Petite commune	24 (16)	89 (20)	
Moyenne commune	64 (44)	208 (47)	
Grande commune	59 (40)	143 (32)	
Situation de couple			p = 0,00429 (test du chi2)
Célibataire	16 (11)	18 (4)	
En couple	56 (38)	153 (35)	
Mariée	64 (44)	209 (47)	
Pacsée	11 (7)	61 (14)	
Revenus			p = 8,16e ⁻¹¹ (test du chi2 de tendance)
<1000 euros	36 (25)	47 (11)	
1000-2000 euros	58 (40)	105 (24)	
2000-3000 euros	27 (19)	122 (28)	
>3000 euros	23 (16)	162 (37)	
Nombre d'enfants	1,799 +/- 1,221 **	1,724 +/- 1,054 **	p = 0,48 (test de Student)

Tableau 2. (suite) Comparaison des femmes suivies principalement par un médecin généraliste pour leur grossesse et des femmes suivies par un gynécologue

Caractéristiques	Femmes suivies principalement par un MG N = 148	Femmes suivies par un gynécologue N = 441	p (analyse bivariée)
Niveau d'étude			p = 0,000259 (test du chi2)
Ecole primaire	13 (9)	21 (5)	
Brevet - BEP	28 (19)	64 (15)	
Baccalauréat	39 (27)	69 (16)	
Etudes supérieures	66 (45)	286 (165)	
Suivi gynécologique en dehors de la grossesse	114 (77)	382 (87)	p = 0,00561 (test du chi2)
Si oui, par un MG	69 (61)	32 (8)	p = 5,59e ⁻³⁴ (test du chi2)
Si oui, par un gynécologue	76 (67)	351 (92)	
Patiente satisfaite de son suivi	132 (94)	407 (96)	

* Ce résultat est présenté sous la forme moyenne (en années) +/- écart type.

** Ce résultat est présenté sous la forme moyenne +/- écart type.

Les autres résultats sont présentés sous la forme effectif (% de la population étudiée)

Les MG des femmes interrogées étaient plus souvent des hommes (2/3, tableau 3). Les femmes dont le MG est un homme faisaient significativement plus suivre leur grossesse par un gynécologue ($p < 0,05$). 1/4 des MG faisait des suivis gynécologiques dans sa pratique courante, 1/4 n'en faisait pas du tout. Pour la moitié restante de ces MG, leur pratique gynécologique était inconnue de la patiente (Tableau 3). 1/4 des MG se déclarait compétent en matière de suivi de grossesse auprès de leur patiente, 3/4 ne se déclarait pas comme compétent. Lorsque le MG se déclarait compétent, dans un peu plus de la moitié des cas, la patiente faisait suivre sa grossesse par lui

(Tableau 3). Les femmes dont le MG s'était déclaré compétent pour le suivi de la grossesse faisaient significativement plus suivre leur grossesse par un MG ($p < 0,05$) (Tableau 3).

Les MG suivant les femmes jusque 6 mois de grossesse étaient autant des hommes que des femmes, alors que les MG ne faisant pas ce suivi étaient plus souvent des hommes (2/3 des cas, tableau 3). Les MG suivant les femmes jusque 6 mois de grossesse faisaient couramment des suivis gynécologiques (2/3 des cas, tableau 3). Les MG ne faisant pas ce suivi faisaient rarement des suivis gynécologiques dans leur pratique habituelle (1/5 des cas, tableau 3). Les femmes suivies par un MG jusque 6 mois de grossesse avaient plus souvent un MG qui s'était déclaré compétent pour ce suivi (2/3 des cas, tableau 3). Les femmes suivies principalement par un gynécologue avaient rarement un MG qui s'était déclaré compétent pour ce suivi (1/5 des cas, tableau 3).

Tableau 3. Caractéristiques des médecins généralistes

Caractéristiques		Patientes suivies principalement par un MG N = 148	Patientes suivies par un gynécologue N = 441	p (analyse bivariée)
MG de sexe masculin		74 (50)	294 (67)	$p = 3,37^{e-05}$
MG faisant des suivis gynécologiques dans sa pratique courante	Oui	93 (63)	71 (16)	
	Non	17 (11)	128 (29)	
MG s'étant déclaré compétent pour le suivi de la grossesse	Oui	100 (68)	69 (16)	$p = 3,81^{e-34}$
	Non	35 (24)	326 (74)	$p = 3,81e^{-34}$
MG s'étant déclaré compétent pour le suivi de la grossesse mais n'a pas suivi sa patiente pour autant	Oui	2 (1)	69 (16)	
	Non	98 (66)	1 (0)	

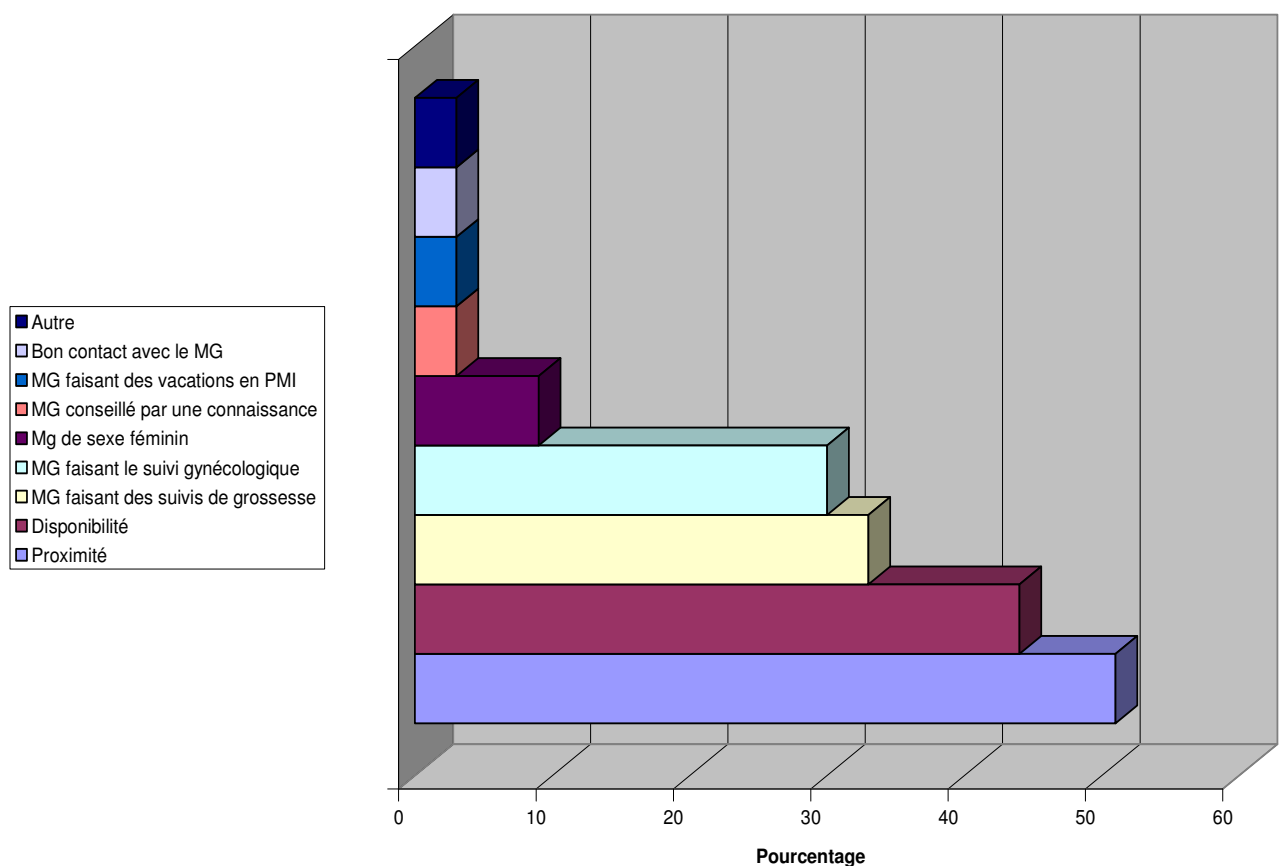
Les résultats sont présentés sous la forme effectif (% de la population étudiée)

2) Choix du praticien faisant le suivi de grossesse

Dans le questionnaire, il a été demandé aux femmes les raisons qui les ont amené à faire suivre leur grossesse par un MG ou par un gynécologue.

Il s'agissait d'une question à choix multiple mais la femme pouvait mettre d'autres raisons si elle le désirait.

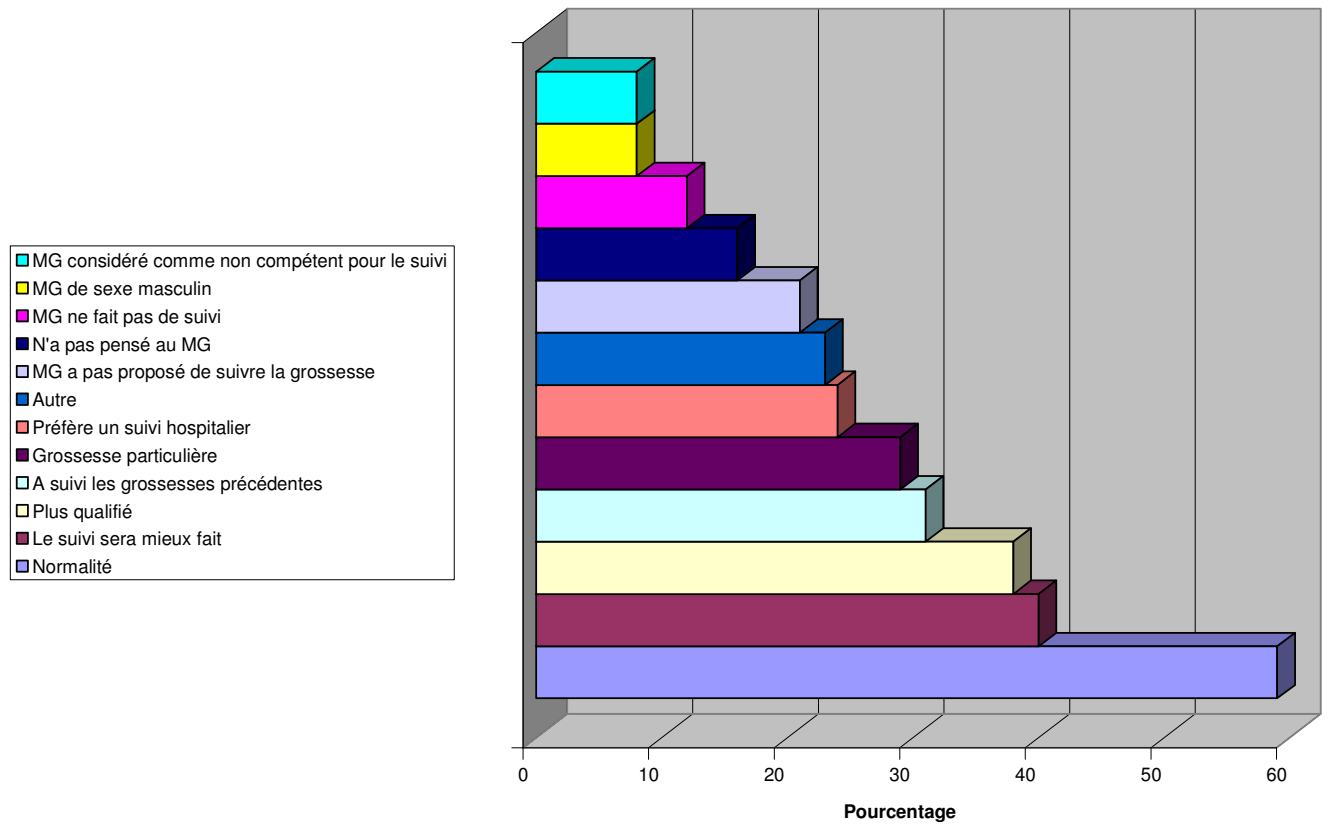
Figure 1. Raisons du choix du médecin généraliste pour le suivi de la grossesse



Les 5 principales raisons avancées par les patientes pour expliquer le choix d'un MG pour le suivi de leur grossesse étaient (Figure 1):

- la proximité
- la disponibilité
- mon MG fait couramment des suivis de grossesse
- mon MG fait mon suivi gynécologique
- le genre (femme plus facilement choisie)

Figure 2. Raisons du choix du gynécologue pour le suivi de la grossesse



Les 5 principales raisons avancées par les patientes pour expliquer le choix d'un gynécologue pour le suivi de leur grossesse étaient (Figure 2) :

- c'est normal que ce soit un gynécologue qui fasse ce suivi
- le suivi sera mieux fait par un gynécologue
- les gynécologues sont plus qualifiés
- un gynécologue a suivi ma précédente grossesse
- il s'agissait d'une grossesse particulière qui nécessitait un suivi par un gynécologue.

3) Analyse multivariée

Tableau 4. Analyse multivariée du choix du praticien*

	Modalités	Odds Ratio	Intervalle de confiance inférieur	Intervalle de confiance supérieur
2	Age	1,053	1,002	1,108
3	Ville 10000 à 100000 habitants (Ref : inf 10000)	1,711	0,834	3,492
4	Ville > 100000 habitants (Ref : inf 10000)	1,083	0,510	2,279
5	Situation couple : En couple (Ref : Célibataire)	1,613	0,539	4,829
6	Situation couple : Mariée (Ref : Célibataire)	1,453	0,476	4,393
7	Situation couple : Pacsée (Ref : Célibataire)	1,438	0,369	5,735
8	Revenus : 1000 à 2000 euros (Ref : Inf à 1000)	0,875	0,382	1,994
9	Revenus : 2000 à 3000 euros (Ref : Inf à 1000)	2,406	0,893	6,582
10	Revenus : > 3000 euros (Ref : Inf à 1000)	2,226	0,764	6,539
11	Niveau d'études : Brevet / BEP (Ref : Ecole primaire)	1,123	0,345	3,588
12	Niveau d'études : Baccalauréat (Ref : Ecole primaire)	0,460	0,144	1,420
13	Niveau d'études : Etudes sup. (Ref : Ecole primaire)	0,917	0,288	2,864
14	Suivi gynécologique antérieur	1,100	0,517	2,311
15	Déclaration de compétence du généraliste	0,063	0,036	0,107
16	Sexe du généraliste (Ref : Femme)	2,165	1,271	3,709

* différentes variables ont été prises en compte : âge de la femme, taille de la ville de résidence, situation de couple, importance des revenus, niveau d'études de la femme, existence d'un suivi gynécologique, MG ayant dit à sa patiente qu'il était compétent pour le suivi de grossesse, sexe du MG

La lecture du tableau 4 retrouve des associations statistiquement significatives (intervalle de confiance excluant la valeur 1) nous apportant plusieurs informations :

- les femmes se faisant suivre par un gynécologue étaient significativement plus âgées que celles qui se font suivre par un MG
- les femmes dont le MG a déclaré sa compétence pour le suivi de grossesse se faisaient significativement plus suivre par lui
- les femmes ayant un homme MG étaient significativement plus suivies par un gynécologue pour leur grossesse.

DISCUSSION

L'objectif de ce travail était de comprendre les facteurs pris en compte par une patiente pour choisir celui qui fera son suivi de grossesse. Les résultats nous montrent que les raisons pour lesquelles une femme va consulter un MG ou un gynécologue ne sont pas les mêmes. Une femme ira voir un MG pour son suivi de grossesse en raison de sa proximité, de sa disponibilité, du fait qu'il fasse des suivis gynécologiques ou de grossesse ou parce que c'est une femme. En revanche, les raisons qui amènent une femme à voir un gynécologue sont plus subjectives. Elles mettent le plus souvent en avant une meilleure qualification, le suivi d'une de ses grossesses précédentes ou le caractère particulier de la grossesse en cours. L'analyse des résultats montre que la reconnaissance de la compétence des MG en gynécologie obstétrique a une importance toute particulière pour les patientes dans le choix du praticien pour leur suivi de grossesse, dès lors qu'elles la connaissent.

Pour réaliser cette étude, il a été convenu de distribuer les questionnaires dans le service de suites de couches car c'est un lieu de passage obligé pour toutes les femmes enceintes, qui étaient en plus au même stade de leur grossesse, limitant ainsi les biais de sélection de la population étudiée. Nous avons décidé de procéder aux interrogatoires via un questionnaire papier et non par entretien afin de pouvoir interroger davantage de patientes et, ainsi, avoir des réponses interprétables statistiquement, et extrapolables à la population générale. Lorsque les femmes ne savaient pas lire ou écrire en français, un interrogatoire semi dirigé était mené pour avoir leurs réponses.

La plupart des caractéristiques de notre échantillon sont comparables à celles de la littérature, ce qui rend notre population représentative de la population générale. En 2011, 66% des MG de la région Nord Pas de Calais sont des hommes et 34% des femmes (1). Dans notre étude, les patientes ont déclaré 368 médecins hommes et 203 médecins femmes, soit respectivement 64.4% et 35.6%. Ces résultats sont donc très proches de ceux retrouvés dans l'atlas de la démographie médicale en France. Dans notre étude (tableau 1), l'âge moyen des femmes était de 30.02 +/- 5.228 ans. La moyenne nationale était de 29.7 +/- 5.3 ans en 2010 (9). Le pourcentage de femmes ayant un niveau supérieur au baccalauréat était de 60% dans notre étude

contre 48.5% dans le Nord Pas de Calais dans l'enquête nationale périnatale de 2010 (9). Ce chiffre était probablement supérieur dans notre enquête du fait que la population interrogée était principalement urbaine.

L'étude a été réalisée au sein d'une maternité à la fois centre de recours régional mais aussi maternité de proximité. Ce choix permettait donc d'interroger des femmes à bas et à haut risque de complication de grossesse. En revanche, nous avons peu de patientes venant de zone rurale ou semi rurale, introduisant un biais de sélection. La région Nord-Pas-De-Calais étant à 70% rurale (2), il est probable que davantage de femmes de zones rurales soient suivies par des MG pour leur grossesse, du fait du peu de gynécologues dans ces zones sous médicalisées. Une étude de 2005 réalisée en Midi – Pyrénées retrouve que les MG suivent plutôt des femmes de départements ruraux (16).

Dans notre enquête, la déclaration de grossesse était faite par un MG dans 52% des cas alors qu'elle était faite par lui pour 22,4 % des femmes dans l'enquête périnatale de 2010 (9). Cette différence constatée pourrait donc peut-être s'expliquer par le fait que la population de notre étude comprenait davantage de femmes sans ressources que dans l'enquête périnatale. Un travail de 2005 et une étude de 2007 montraient qu'en cas de ressources plus faibles, les femmes consultent plus souvent un MG pour leur suivi de grossesse (16) (17). De même, dans notre analyse bivariée, les femmes suivies par un MG étaient d'un niveau socio-économique plus faible. Cependant, ces données ne peuvent expliquer à elles seules ce résultat puisque la répartition des catégories de revenus de notre population était similaire à celle de l'enquête périnatale (9).

25% des femmes avaient choisi de faire suivre leur grossesse jusque 6 mois par un MG (tableau 1). Les statistiques nationales de 2010 trouvaient, quant à elles, que 4,7% des femmes étaient essentiellement suivies par un MG pour leur grossesse (23,8% des femmes rencontrent au moins une fois un MG pour une consultation prénatale) (9). Ces variabilités dans les chiffres correspondent probablement à un problème de définition. Selon la façon dont est posée la question, les réponses divergent. L'une des difficultés a été de définir une limite permettant d'attribuer le suivi à un praticien ou à un autre. Souvent, le suivi est fait de façon conjointe entre

MG et gynécologue et la patiente a du mal à considérer l'un ou l'autre comme l'ayant suivie principalement. Les femmes ont peut être omis de ne prendre en compte que les 6 premiers mois de grossesse (et auraient donc pris en compte le suivi par le gynécologue obstétricien lors du 3^e trimestre de grossesse). Elles ont peut être pris en compte les consultations chez le MG pour des raisons autres que le suivi de grossesse. En 2000, une divergence du même style a été trouvée. Celle-ci concernait aussi la prise en charge de la grossesse par les MG. La base EPPM trouvait que 0,5% des femmes enceintes étaient suivies par un MG alors que la base Thalès trouvait un chiffre de 19%. Ils ont supposé que la base Thalès surestimait le nombre de consultations par le fait qu'elle ait pris en compte des actes effectués chez des femmes enceintes qui consultaient pour des raisons autres que la grossesse (3).

Les femmes faisant suivre leur grossesse par un gynécologue étaient significativement plus âgées que celles se faisant suivre par un MG (tableau 4) (30,5 ans contre 28,6 ans pour les femmes suivies par un MG (tableau 2)). Cette différence d'âge constatée peut s'expliquer par la crainte des complications pouvant survenir dans le cas d'une grossesse chez une femme plus âgée. Il est possible que ces patientes aillent plus facilement vers un gynécologue par mesure de sécurité. 29% des femmes suivies par un gynécologue disaient avoir fait ce choix en raison d'une grossesse particulière. Ce chiffre semble exagéré par rapport aux chiffres habituels qui est de 20% de grossesses « à risques » par an, donné par la haute autorité de santé. La femme considère peut être à tort que sa grossesse est compliquée, ou alors, son médecin lui a dit que sa grossesse était compliquée.

Les femmes dont le MG avait déclaré sa compétence pour le suivi de grossesse se faisaient significativement plus suivre par lui. 61% des patientes avaient déclaré que leur MG ne s'était pas déclaré compétent pour ce suivi. On peut se demander si la méconnaissance des patientes sur l'implication ou non de leur MG en gynécologie et obstétrique est due à la patiente ou au médecin lui-même. Ces patientes n'ont peut être pas posé la question à leur MG. Ces MG sont peut être des MG ne se sentant pas capables de suivre une grossesse jusque 6 mois (par manque de connaissance, de temps, d'envie, peur du médico-légal ou pour d'autres raisons) ou des MG se sentant compétents mais qui n'ont pas pensé le faire savoir à leur patiente. Dans

notre enquête, 10% des femmes ne savaient pas si leur MG faisait des suivis de grossesse (Tableau 3). Sophie HUREAU retrouvait dans sa thèse de 2008 que seules 20% des femmes savaient que leur MG réalisait des suivis de grossesse et des suivis gynécologiques et la moitié des femmes ne connaissaient pas le statut de leur MG dans ces suivis (18). Dans son travail réalisé en 2012, Mélanie LUCAS retrouvait quant à elle un chiffre de 54% (19). Le MG ne communique donc pas assez sur sa compétence en matière de suivi de grossesse.

Dans notre étude, nous remarquons que lorsque le MG proposait à sa patiente de suivre sa grossesse jusque 6 mois, dans plus la moitié des cas (59% des cas), celle-ci acceptait (Tableau 3). Les femmes suivies par un MG jusque 6 mois de grossesse avaient dans 2/3 des cas, un MG qui s'était déclaré compétent pour ce suivi (Tableau 1 et 3). Les femmes suivies principalement par un gynécologue avaient dans 2/3 des cas un MG qui ne s'était pas déclaré compétent pour ce suivi. Dans son étude (20), Meriam HADJI-KOBIYH trouvait que la compétence du MG dans le suivi des grossesses est une des raisons invoquées par les femmes pour choisir le praticien qui suivra leur grossesse. Le fait de communiquer sa compétence à une patiente semble donner du crédit au MG quant à sa capacité de suivre une grossesse : Sophie HUREAU trouvait que les femmes qui affirment que leur MG réalise des suivis gynécologiques et obstétricaux sont plus nombreuses à penser que les MG sont compétents dans ce domaine et vont donc le consulter. Les femmes affirmant que leur MG ne réalisait pas de suivi pensaient que les MG n'étaient pas compétents pour le réaliser (18). Dans son enquête, Mélanie LUCAS trouvait que la moitié des patientes ne connaissant pas le statut de leur MG par rapport au suivi de grossesse serait prête à faire suivre une prochaine grossesse par un MG sachant qu'ils sont capables de faire ce suivi (19). **Les femmes sont nombreuses à accepter de faire suivre leur grossesse par un MG dès lors qu'elles le savent compétent dans ce domaine.** La législation ne facilite pas la diffusion de la compétence des MG dans le domaine de la gynécologie obstétrique. En effet, il est interdit pour un MG de mentionner sur sa plaque le fait d'avoir un DU (Diplôme Universitaire) de gynécologie- obstétrique. Par contre, cette notion peut apparaître sur les ordonnances. Dans ces conditions, une patiente aura beaucoup de mal pour savoir si un MG fait des suivis de grossesse ou non. C'est donc au MG de dire spontanément à ses patientes s'il fait des suivis de grossesses.

François DULAC constatait dans sa thèse de 2004 que les MG étaient démotivés à faire le suivi de grossesse et que les MG éloignés des services de gynécologie étaient plus motivés à faire le suivi que les MG plus proches (21). Ces MG étaient peut être plus motivés par obligation du fait de l'absence de gynécologues aux alentours. En 1998, une étude retrouvait que les MG ne veulent pas suivre de grossesse en raison de la crainte des interférences avec le style de vie et de l'interruption de la routine des consultations (22). Le fait que les MG n'aient pas forcément envie de suivre les grossesses relève aussi probablement de la culture française. En effet, tous les pays ne fonctionnent pas de cette façon. Une enquête réalisée en 1993 et 1994 sur le rôle des MG dans les premiers soins retrouvait que les soins prénataux apparaissent comme faisant partie à part entière du travail des MG en Irlande, au Danemark, en Grande Bretagne et au Portugal avec plus de 90% des répondants participant au suivi prénatal. 30% des MG participent à l'accouchement en Grande Bretagne alors qu'en France, au Portugal, en Espagne, en Italie et au Luxembourg, moins de 10% des MG y étaient impliqués. De même, les pays Scandinaves perçoivent traditionnellement la naissance avant tout comme un phénomène normal et ont un moindre taux d'interventions. Les MG dans ces pays sont les premiers soignants consultés. En Norvège, les soins prénataux sont habituellement donnés fournis par les MG de la communauté et la plupart des femmes enceintes ne vont à l'hôpital que lorsque le travail commence. La plupart des naissances sont réalisées par des sages femmes supervisées par des gynécologues obstétriciens (23). **Les MG n'ont pas forcément envie de suivre les grossesses, et cela a peut être une origine culturelle.**

François DULAC cherchait à déterminer les raisons pour lesquelles les MG ne font pas de suivi de grossesse (21). Il a trouvé que les MG ne se sentent pas capables de faire ce suivi car il est plus complexe qu'avant (avec le développement des imageries et des examens en général) et trouvent leur formation insuffisante. 69,2% des MG jugent insuffisante voire très insuffisante leur formation en gynécologie obstétrique en début d'installation (24). En 1998 déjà, on constatait que la participation des MG dans les soins de maternité était très réduite et presque partout les mêmes raisons étaient trouvées dont la formation insuffisante (les autres raisons étaient la peur des litiges, le coût des assurances de faute professionnelle, le nombre insuffisant de cas pour conserver la compétence, la rémunération inadéquate) (22). Il est aussi possible

qu'à force de ne plus suivre de grossesse, les MG en aient perdu leurs compétences. Le diplôme inter - universitaire (DIU) « Formation complémentaire en gynécologie obstétrique » n'était connu que par 27,8 % des médecins interrogés lors d'une étude évaluant l'intégration des MG au sein d'un réseau de santé en périnatalité en Auvergne en 2009 (7). Cela montre que les informations concernant les formations disponibles en gynécologie obstétriques ne remontent pas jusqu'aux MG. Ce manque de formation touche aussi le suivi gynécologique et cela a un impact sur le suivi de grossesse. En effet, il a été remarqué que le MG réalisait peu de suivis de grossesse car il réalisait peu de suivi gynécologique. Il suivait plus souvent la grossesse des femmes dont il réalisait le suivi gynécologique antérieur (18). **Les MG n'ont pas très envie de suivre les grossesses, en partie en raison de leur ressenti d'un manque de formation dans ce domaine.**

Dans notre travail, les femmes ayant un MG de genre masculin étaient significativement plus suivies par un gynécologue pour leur grossesse. Une des raisons avancées par 9% des femmes suivies par un MG pour leur grossesse était le genre du médecin. Les patientes préfèrent, en effet, avoir à faire à une femme. L'étude réalisée en Auvergne et le travail de Sophie HUREAU (7) (18) confirmaient cela et retrouvaient une fréquence de suivi des femmes enceintes plus importante chez les médecins de sexe féminin. Cela peut s'expliquer par un attrait des MG femmes pour cette activité, une plus grande facilité pour les patientes à consulter un médecin femme et enfin par la féminisation progressive de la profession (7). Avec cette dernière, de plus en plus de femmes devraient donc être suivies pour leur grossesse par un MG. Il semble que ce résultat soit plus lié à une différence d'investissement des médecins femmes par rapport à leurs confrères hommes (18). Les résultats de la littérature sont inconstants. En effet, Habibe Yildiz retrouvait que le genre du MG n'avait pas beaucoup d'importance (25). Elle retrouvait d'ailleurs une certaine ambivalence des femmes par rapport au genre du MG : les femmes souhaiteraient plus souvent être suivies par leur MG quand celui-ci est une femme, alors qu'elles prétendaient ne pas attacher d'importance au genre du médecin. Elle supposait que la différence tenait peut-être plus à l'attitude des MG du genre masculin vis-à-vis des femmes plutôt qu'à l'attitude des femmes vis-à-vis de leur médecin. La gêne exprimée par les femmes est peut être une conséquence du comportement même du médecin, s'il se sent lui-même gêné de réaliser un examen

gynécologique à des patientes qu'il connaît depuis longtemps ou s'ils sentent moins attirés par la gynécologie- obstétrique (25). Si les femmes sont plus souvent gênées de parler de problèmes intimes avec leur médecin quand c'est un homme, il est normal qu'elles aient moins souvent connaissance de ses pratiques (18). Les patientes vont s'orienter plus facilement vers un MG femme que vers un MG homme pour leur suivi de grossesse car elles se sentent plus à l'aise.

La disponibilité du MG constitue un argument pour qu'il soit choisi par une femme pour son suivi de grossesse. Habibe Yildiz retrouvait le même élément dans son étude (25). En fait, les femmes n'ont plus autant la possibilité de choisir leur praticien qu'auparavant. Elles devront se diriger vers celui qui accepte de les prendre en charge. Le MG, de par sa disponibilité, est un praticien de choix pour le suivi de grossesse. Seules 3% des femmes de notre étude invoquaient le fait d'avoir un bon contact avec son MG comme raison pour le choisir pour le suivi de la grossesse. Par contre, dans son étude (20), Meriam HADJI-KOBIYH retrouvait que la connaissance de la patiente par le MG et la confiance qu'elles ont en lui avait une importance dans le choix du praticien suivant la grossesse. Habibe Yildiz (25) avait interrogé en 2010 les femmes suivies par leur MG. Celles-ci avaient déclaré avoir choisi un MG pour leur suivi notamment en raison de la qualité de la relation qu'elles avaient avec lui et en raison du fait d'avoir un lien privilégié qui a été établi dans le temps. La connaissance antérieure de la patiente par le MG lui permet de lui donner des conseils personnalisés appropriés. Les sages femmes et les MG, en tant que praticiens de première ligne, avec leur priorité donnée sur la physiologie de la grossesse et la naissance, sont les professionnels de premier choix pour faire les suivis de grossesse pour les femmes à faible risque de complication. Les gynécologues, étant spécialisés sur les pathologies de grossesse et de naissance, sont indispensables dans les suivis des femmes avec haut risque de complication pour elle ou pour leur bébé (22).

D'autres déterminants, qui n'ont pas été retrouvés dans notre travail, peuvent influencer les femmes pour choisir le praticien qui suivra leur grossesse. Les jeunes MG ont plus tendance à suivre les femmes enceintes que ceux plus âgés. En effet, l'étude réalisée en Auvergne (7) constatait que les médecins de plus de 46 ans voyaient en consultation des femmes enceintes moins d'une fois par mois tandis que

les moins de 46 ans les voyaient plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine. Les médecins plus jeunes connaissaient davantage le RSPA (Réseau Santé Périnatale d'Auvergne) et se disaient mieux informés, probablement par un contact plus fréquent au sein de l'hôpital, avec des spécialistes de la périnatalité. La littérature (7) montrait que le taux de prise en charge des femmes enceintes ou des nouveau-nés était plus important pour les médecins exerçant en groupe que pour ceux exerçant en individuel (87,2 % vs 66,5 %) ($p < 0,0001$). De même, ils avaient une meilleure connaissance du dossier de suivi de grossesse, du DIU et étaient davantage intéressés par des informations sur les journées du RSPA. Il existe peut être un biais dans cette constatation. En effet, ce sont surtout les jeunes médecins qui s'installent en groupe. Or, ce sont eux qui font le plus de suivi obstétrical.

Le fait d'être suivi uniquement par un MG pour sa grossesse peut sembler avoir certaines limites. Il a été constaté (16) que les femmes suivies uniquement par leur MG aux deux premiers trimestres de la grossesse ont moins souvent pu parler de leur vie personnelle et du retour à la maison lorsqu'elles en avaient besoin et elles prennent contact avec la maternité plus tardivement que les autres (lors du 3^e trimestre). A aucun moment les femmes de notre étude n'ont exprimé de mécontentement par rapport au fait d'avoir à faire à plusieurs intervenants différents au cours de leur suivi de grossesse. Par contre, Sophie HUREAU retrouvait que les femmes choisissaient leur praticien en fonction de leur capacité à réaliser des examens complémentaires. Il ressortait également qu'elles préféraient le suivi par une seule personne (18). Le gynécologue obstétricien est le seul à pouvoir suivre une grossesse du début à la fin. Un des axes majeurs est de favoriser le suivi de la grossesse par un seul intervenant pour les grossesses simples (4). Cela est contradictoire avec le suivi réalisé par un MG. En effet, les MG ou les sages femmes doivent faire appel à des échographistes et au gynécologue obstétricien à la fin de la grossesse, ce qui multiplie le nombre d'intervenants.

CONCLUSION

Le suivi de grossesse est actuellement peu fait par les MG en raison de l'apparition de la spécialité de gynécologie (médicale et obstétrique) et de la technicisation progressive du suivi de grossesse. Les MG se sont petit à petit éloignés de la pratique du suivi de grossesse. Certains MG ne font pas ce suivi par choix, par goût, souvent lié au genre masculin du médecin. Ce phénomène semble en passe de s'inverser de lui-même en raison de la féminisation de la profession.

Le MG doit diffuser sa compétence en matière de suivi de grossesse. Les femmes ont tendance à rester sur l'image du médecin de famille qui ne s'occupe que des petites pathologies, de la « bobologie ». Il est indispensable que le MG puisse informer sa patientèle sur le fait qu'il fasse, ou ne fasse pas, de suivi de grossesse. Le Conseil National de l'Ordre des Médecins a une responsabilité dans cette limitation d'information par le fait qu'il limite la communication sur les plaques des médecins.

Il est très important, d'autant plus dans les zones rurales, que les MG fassent partie des réseaux de périnatalité, qui commencent à être bien développés en zone urbaine, mais qui n'existent pas, ou quasiment pas, en zone rurale. Le travail en réseau doit donc déjà s'installer en amont de l'accouchement en orientant vers les spécialistes seulement les grossesses pathologiques. Pour arriver à un tel système, il faudra veiller à ce que leur mise en place fasse l'objet d'un accompagnement financier suffisant et d'une modification des habitudes médicales. Le travail en réseau suppose de la part de tous une idéologie nouvelle qui place la femme enceinte au centre du système de soins, où chaque médecin respecte l'autre et où le fait de référer ne soit plus vécu comme un signe d'incompétence mais tout au contraire considéré comme un signe de compétence (3).

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1^{er} janvier 2011 [en ligne]. [consulté le 12/09/2012]. Disponible sur <<http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>>
- 2) Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Nord Pas de Calais : situation au 1^{er} juin 2011[en ligne]. [consulté le 12/09/2012]. Disponible sur <http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas_Nord_Pas_de_Calais_2011.pdf>
- 3) Cohen. Gynécologie et santé des femmes. Eska; 2000. [consulté le 14.11.2012] Disponible en ligne sur <http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/co_som.htm#haut>
- 4) Plan périnatalité 2005-2007 - Humanité, proximité, sécurité, qualité. Novembre 2004. [consulté le 12/09/2012]. Disponible en ligne sur <http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf>
- 5) Blondel B. Les femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 1996, 25, pp. 729-736.
- 6) Ministère de la santé et des sports. Evaluation du plan périnatalité 2005-2007 - Rapport final. Mai 2010. [consulté le 13/09/2012]. Disponible en ligne sur : <www.planetepublique.fr>
- 7) Vendittelli F., Brunel S., Veillard J.-J. et al. Évaluation de l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2009, 38 (7), pp. 559-573
- 8) La situation périnatale en France en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale. Octobre 2011. [consulté le 12/09/2012]. Disponible en ligne sur <<C:\Users\Marie\Desktop\thèse\Lus\5 la-situation-perinatale-en-france-en-2010-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale.html>>
- 9) Blondel B., Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. [consulté le 05/07/2012]. Disponible en ligne sur : <<http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010>>
- 10) Vilain A. Les maternités en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Etudes et Résultats, 2011 ; n°776, octobre
- 11) Flori M., Le Goaziou M.F. Savoir suivre une grossesse normale. La revue du praticien – Médecine Générale, 2006; 20, pp 740-741, septembre
- 12) Moonens A., Roland M. Suivi de la grossesse par le médecin généraliste. Rev Med Brux, 2008, 29, pp 327-339

- 13) Le Goaziou M.F. Médecin généraliste et suivi de la grossesse. Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 3-1375, 2002, 5 p. [consulté le 29/09/2010] Disponible sur <<http://www.em-consulte.com/article/10142/medecin-generaliste-et-suivi-de-la-grossesse>>
- 14) Parant O., Simon C., Monrozies X. Surveillance de la grossesse par le médecin généraliste : le 1er trimestre. [consulté le 13/11/2012]. Disponible en ligne sur : http://www.dufmcepp.ups-tlse.fr/app_scom/scom_fichier/repertoire/090709120326.pdf
- 15) Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé, Paris. Avril 2005. [consulté le 12/09/2012]. Disponible en ligne sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf>
- 16) Delobel M., Cayla F., Grandjean H. Le suivi et l'orientation des femmes enceintes - Enquête auprès de 1650 femmes ayant accouché en Midi-Pyrénées en 2005. Observatoire régional de la santé de Midi – Pyrénées, 2006
- 17) Scheigegger S., Vilain A. Disparités sociales et surveillance de grossesse. Etudes et Résultats, 2007 ; n°552, janvier
- 18) 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]. [France]: Université de Bordeaux II; 2008.
- 19) Lucas M. Les déterminants qui conduisent les femmes à choisir entre médecin généraliste et gynécologue obstétricien pour le suivi de leur grossesse au premier trimestre: Enquête à la maternité de Hyères dans le Var [Thèse d'exercice]. [2012-, France]: Aix-Marseille Université. Faculté de Médecine; 2012.
- 20) Hadji - Kobiyh M. Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Caen. UFR de médecine; 2009.
- 21) Dulac F. Le suivi des femmes enceintes, généraliste ou gynécologue?: enquête réalisée à la maternité des hôpitaux de Neuilly et Courbevoie [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. site Xavier-Bichat; 2004.
- 22) Khan-Neelofur D, Gülmezoglu M, Villar J. Who should provide routine antenatal care for low-risk women, and how often? A systematic review of randomised controlled trials. WHO Antenatal Care Trial Research Group. Paediatr Perinat Epidemiol. oct 1998;12 Suppl 2:7-26.
- 23) Wieggers TA. General practitioners and their role in maternity care. Health Policy. oct 2003;66(1):51-59

24) Nicolle C. Les besoins de formation des médecins généralistes en gynécologie obstétrique: enquête auprès des praticiens de Midi-Pyrénées [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2004.

25) 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]. [France] : Université Henri Poincaré (Nancy). 2010

26) Mandelbrot L, Ceccaldi P-F. Surveillance de la grossesse normale. EMC - Obstétrique. Janvier 2006 ; 1(4) :1-13.

27) Assurance maladie. Suivi et orientation de la femme enceinte. Synthèse des recommandations professionnelles. Juin 2008. [consulté le 18/09/2012]. Disponible en ligne sur <http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Memo_grossesse_medecins.pdf>

28) Naudin – Rousselle P., Cordier A-G. Le suivi d'une grossesse à bas risque. Le généraliste.fr. 2011. 2580. [consulté le 18.09.2012]. Disponible sur <http://www.legeneraliste.fr/layout/Rub_FMC.cfm?espace=FMC&id_etiquette=M16&id_article=31523>

29) Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations Professionnelles. Mai 2007. [consulté le 12/09/2012]. Disponible en ligne sur <http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf>

30) Tucker JS, Hall MH, Howie PW, Reid ME, Barbour RS, Florey CD, et al. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. BMJ. 2 mars 1996 ; 312(7030) : 554-559.

ANNEXES

ANNEXE 1

Les recommandations du suivi de grossesse

Il a été codifié ces dernières années par le décret n° 92-143 du 14 février 1992 et par les recommandations de l'Anaes (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé), et, plus récemment, de la HAS (11). Sept visites de suivi sont obligatoires et prises en charge à 100% par la sécurité sociale (article L. 2122-1 et article R. 534-2 du Code de la Sécurité sociale) (26) (27).

La HAS recommande d'apprécier le niveau de risque le plus tôt possible au cours de la grossesse, idéalement même au cours d'une consultation préconceptionnelle (28). De même, elle recommande, depuis 2007, d'effectuer une première consultation de suivi de grossesse avant 10 semaines d'aménorrhée (SA), afin d'évaluer au mieux le niveau de risque et prescrire précocement le premier bilan prénatal (28). Elle propose aussi un entretien individuel ou en couple dit « entretien prénatal du 4ème mois » (28).

Les suivis ont été classés en fonction de leur type en :

- **Suivi A** : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou lorsque ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue - obstétricien) selon le choix de la femme.
- **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** : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue – obstétricien (29)

La consultation préconceptionnelle comprend (29):

- au niveau biologique: la détermination du groupe sanguin (ABO, phénotypes rhésus complet et Kell) si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (2 déterminations sont nécessaires), complété par une recherche d'agglutinines irrégulières si le groupe sanguin ouvre une possibilité d'immunisation et dans le cas où il existe un risque d'allo-immunisation par suite d'une transfusion antérieure ; le dosage des sérologies toxoplasmose et rubéole (en l'absence de documents écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise)
A proposer systématiquement : sérologie VIH 1 et 2

La première consultation (avant 10 SA) comprend (29):

- au niveau biologique et échographique: *obligatoirement* : glycosurie et protéinurie, toxoplasmose et rubéole en l'absence de documents écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise, syphilis, groupe sanguin (ABO, phénotypes rhésus complet et Kell) si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (2 déterminations sont nécessaires) et recherche d'agglutinines irrégulières (RAI), à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires
A proposer systématiquement : sérologie VIH 1 et 2 (loi du 27 janvier 1993), 1^{ère} échographie (entre 11 et 13 SA + 6 jours)
Eventuellement : dosage de β -hCG qualitatif en cas de doute, proposition du dépistage d'anomalies chromosomiques fœtales (dépistage combiné du premier trimestre = mesure de la clarté nucale et dosage des marqueurs sériques), ECBU, NFS
- au niveau clinique : interrogatoire (recherche des facteurs de risque), prise de la pression artérielle, mesure de la taille et du poids, examen des seins, frottis cervico vaginal (si datant de plus de 2 à 3 ans), la

distribution de diverses informations orales et écrites sur le suivi général de la grossesse, notamment par rapport à l'alimentation, aux méfaits du tabac et de l'alcool, l'élaboration d'un projet de naissance. Il faut parler de la prévention de la listériose et de la toxoplasmose. (Circulaire relative à la prévention de la toxoplasmose du 27 septembre 1983) (30)

- au niveau thérapeutique : proposition d'une supplémentation en folates (400 µg/jour jusqu'à 8 SA)

La deuxième consultation (avant 15 SA) comprend (29):

- au niveau biologique: *obligatoirement* : glycosurie et protéinurie, sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent, sérologie de la rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA)
Eventuellement : marqueurs du 2^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1^{er} trimestre
- au niveau clinique : établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée d'accouchement, prise de la pression artérielle, mesure de la taille et du poids, mesure de la hauteur utérine à partir du 4^e mois ; si possible recherche des bruits du cœur fœtal, proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité, conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité, déclaration de grossesse (avant 14 SA)

Les consultations intermédiaires (du 4^e au 6^e mois) comprennent (29):

- au niveau biologique et échographique: *obligatoirement* : glycosurie et protéinurie, sérologie de la toxoplasmose en cas de négativité, sérologie de la rubéole en cas de négativité (jusqu'à 18 SA) ; Au 6^e mois, on demande en plus une NFS et les RAI (si rhésus D négatif : à

toutes les femmes, si rhésus D positif : aux femmes avec un passé transfusionnel)

A proposer systématiquement : 2^e échographie (entre 20 et 25 SA), bandelette urinaire à la recherche d'infections urinaires asymptomatiques

Eventuellement : ECBU en cas d'antécédent d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive.

- au niveau clinique : poids, prise de la tension artérielle ; mesure de la hauteur utérine ; recherche des bruits du coeur et des mouvements foetaux ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; recherche des contractions utérines) Évaluation de la présentation fœtale

Les consultations non programmées, ou urgentes, font partie intégrante du suivi d'une grossesse. Toute femme enceinte doit être informée des motifs de consultations en urgence (26):

- diminution des mouvements actifs
- contractions utérines anormales
- écoulement de liquide
- symptôme anormal tel qu'une fièvre, métrorragie, signe fonctionnel d'HTA ou signe fonctionnel urinaire

ANNEXE 3

Questionnaire n°2

QUESTIONS SUR LE SUIVI DE LA GROSSESSE : MEDECIN GENERALISTE OU NON ?

1) Age

.....

2) Situation de couple :

- mariée
- pacsée
- en couple
- célibataire

3) Ville de résidence

.....

4) Votre profession

.....

5) Profession du père

.....

6) Fourchette de revenus par mois :

- < 1000 euros
- 1000 – 2000 euros
- 2000 – 3000 euros
- > 3000 euros

7) Nombre :

- De grossesses : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- D'accouchements : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
- D'enfants : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

8) Votre niveau d'étude :

- Ecole primaire
- Brevet
- Baccalauréat
- Etudes supérieures

9) Avez-vous un suivi gynécologique ?

- Oui
- Non

10) Si oui, par qui ? (plusieurs réponses possibles)

- Médecin généraliste
- Gynécologue (en ville)
- Gynécologue (à l'hôpital)

11) Nom du médecin généraliste et ville d'exercice
.....

12) Votre médecin généraliste est-il :

- Un homme
- Une femme

13) Est-ce que votre médecin généraliste fait des suivis gynécologiques ?

- Oui
- Non
- Je ne sais pas

14) Votre suivi de la grossesse a été fait par (plusieurs réponses possibles) :

- Médecin généraliste
- Sage femme
- Gynécologue médical
- Gynécologue Obstétricien

15) Votre médecin généraliste a :

- rempli votre déclaration de grossesse
 - o Oui
 - o Non
- Prescrit le bilan biologique obligatoire de début de grossesse
 - o Oui
 - o Non
- Fait un examen gynécologique de suivi de grossesse
 - o Oui
 - o Non
- Il a fait cet examen gynécologique :
 - o Au cours du suivi classique de la grossesse
 - o Pour un motif de consultation en urgences
 - o Au cours d'une consultation pour un autre motif que la grossesse

16) Si votre médecin généraliste a suivi votre grossesse :

- Il vous a suivie jusque 6 mois de grossesse
- Il n'a fait que quelques examens gynécologiques

17) 1^{er} cas : Vous avez été suivie par un médecin généraliste parce que (plusieurs réponses possibles) :

- Pour des raisons de proximité (d'avec votre travail, votre domicile,...)
- votre médecin généraliste vous suit au niveau gynécologique et vous en êtes satisfaite
- il était plus facile d'avoir un rendez vous pour le suivi avec votre médecin généraliste qu'avec un gynécologue
- Vous saviez que votre médecin généraliste faisait souvent des suivis de grossesses
- Un(e) ami(e) vous l'a conseillé
- C'est une femme

18) 2^e cas : Vous n'avez pas été suivie par un médecin généraliste Parce que (plusieurs réponses possibles) :

- c'est un homme et ça vous gêne
- vous le connaissez depuis longtemps, il fait presque partie de la famille, et ça vous gêne
- vous pensez qu'il n'est pas compétent pour suivre une grossesse
- vous pensez que le suivi de la grossesse est du ressort exclusif de la sage femme ou du gynécologue ou qu'ils sont plus qualifiés pour le suivi
- Vous pensez que le suivi sera mieux fait par un gynécologue ou une sage femme que par un médecin généraliste
- vous avez été suivie par un gynécologue ou une sage femme pour vos grossesses précédentes et vous en étiez satisfait
- votre médecin généraliste ne fait pas de suivi de grossesse
- Vous n'avez pas pensé que votre médecin généraliste pouvait suivre votre grossesse
- Votre médecin généraliste ne vous a pas proposé de suivre votre grossesse
- Pour vous, c'est normal que ce soit un gynécologue ou une sage femme qui suive votre grossesse
- Vous avez une grossesse particulière, difficile et il est nécessaire qu'un gynécologue obstétricien suive votre grossesse
- Pour des raisons de proximité (d'avec votre travail, votre domicile,...)
- Vous préférez être suivie à l'hôpital
- Un(e) ami(e) vous l'a conseillé

19) Avez-vous d'autres raisons ?

- Oui
- Non

Si oui, lesquelles :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

20) Etes-vous satisfait de votre suivi ?

Oui

Non

Si non, pourquoi :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

21) Votre médecin généraliste vous a-t-il dit qu'il était compétent pour le suivi de la grossesse ?

Oui

Non

22) Y a-t-il une question que vous n'avez pas comprise ?

Oui

Non

Si oui, laquelle et pourquoi :

.....
.....
.....
.....
.....
.....

ANNEXE 4

INTERPRETATION QUESTIONNAIRE SUR LE SUIVI DE LA GROSSESSE : MEDECIN GENERALISTE OU NON ?

Sur 38 fiches récupérées, 3 étaient non ou mal remplies et les résultats n'ont pas pu être exploités : seules 35 fiches ont été utilisées.

VILLE

Petite commune = <10000 habitants 5 (14,29 %)
Moyenne commune = 10000 – 100000 habitants 23(65,71 %)
Grande commune = > 100000 habitants 7 (20 %)

REPARTITION PAR TRANCHE D'AGE

Moins de 20 ans 3 (8,57 %)
Entre 20 et 29 ans 15 (42,86 %)
Entre 30 et 39 ans 17 (48,57 %)
Plus de 40 ans 0

REPARTITION SELON LA SITUATION FAMILIALE

Célibataire 2 (5,71 %)
Mariée 12 (34,29 %)
Pacsée 5 (14,29 %)
En couple 16 (45,71 %)

REPARTITION SELON LE NIVEAU DE REVENUS

< 1000 euros 2 (5,71 %)
1000-2000 euros 12 (34,29 %)
2000-3000 euros 10 (28,57 %)
>3000 euros 11 (31,43 %)

REPARTITION SELON LE NIVEAU D'ETUDE

Ecole primaire 1 (2,86 %)
Brevet 6 (17,14 %)
Baccalauréat 6 (17,14 %)
Etudes supérieures 22 (62,86 %)

REPARTITION SELON L'EXISTENCE D'UN SUIVI GYNECOLOGIQUE ANNUEL

Oui 32 (91,43 %)

Non 3 (8,57 %)

REPARTITION SELON LA PERSONNE QUI FAIT LE SUIVI GYNECOLOGIQUE (plusieurs réponses possibles)

Médecin généraliste 10 (28,57 %)

Gynécologue en ville 25 (71,43 %)

Gynécologue à l'hôpital 7 (20 %)

MG = HOMME OU FEMME ?

Homme 23 (65,71 %)

Femme 12 (34,29 %)

= Sur 35 médecins généralistes, 23 sont des hommes (65,71%).

MG QUI FAIT DES SUIVIS GYNECOLOGIQUES EN GENERAL ?

Oui 16 (45,71%)

Non 11 (31,43%)

Ne sait pas 8 (22,86%)

= Sur 35 médecins généralistes, 16 font des suivis gynécologiques dont 9 hommes et 7 femmes.

Sur 12 médecins femmes, 7 (58,33%) font des suivis gynécologiques dans leur pratique quotidienne, contre 39,13 % d'hommes (9 hommes font des suivis sur les 23 médecins hommes de l'enquête).

LIEN MEDECIN QUI FAIT SUIVI ET FEMME SUIVIE TOTALEMENT PAR LUI POUR SA GROSSESSE

Médecin qui fait suivi et suivi par lui 12

Médecin qui fait suivi et pas suivi par lui 6

= Même si le médecin généraliste fait des suivis gynécologiques dans sa pratique quotidienne et que c'est connu de la patiente, dans 6 cas sur 18 (33,33% des cas), la patiente ne fera pas suivre sa grossesse jusque 6 mois par lui.

CONCORDANCE ENTRE LA PRATIQUE D'UN SUIVI GYNECO PAR MG DANS SON EXERCICE COURANT ET L'EXISTENCE D'UN SUIVI, MEME PARTIEL, DE LA GROSSESSE DE LA PATIENTE PAR CE MG

Médecin qui fait des suivis en général et a suivi cette patiente, même partiellement 14

Médecin qui fait des suivis et n'a pas suivi la patiente 2

= 2 femmes avec médecin généraliste faisant des suivis gynécologiques sur 14 n'ont pas été du tout suivi par lui, soit 12,5 % (dont une parce que le médecin traitant ne lui a pas proposé de la suivre)

CONCORDANCE ENTRE LE SEXE DU MEDECIN GENERALISTE ET LE SUIVI GROSSESSE PAR CE MEME MG

Femme et suivi grossesse MG 9

Femme et pas suivi MG 3

Homme et suivi grossesse MG 16

Homme et pas suivi MG 7

Suivi total (jusque 6 mois de grossesse)

Femme 5

Homme 7

Suivi partiel

Femme 4

Homme 9

= Sur 12 médecins généralistes femmes, 9 participent au suivi de la grossesse (75%) (dont 5 font le suivi jusque 6 mois de grossesse (55,56%)). Sur 23 médecins généralistes hommes, 16 participent au suivi de la grossesse (69,57%) (dont 7 font le suivi jusque 6 mois de grossesse (30,43%))

EN CAS DE SUIVI PARTIEL DE LA GROSSESSE PAR LE MG, CE DERNIER FAIT :

Déclaration de grossesse 9 (69,23%)

Bilan bio obligatoire 11 (84,62%)

Examen gynéco de début de grossesse 1 (7,69%)

= Chez les médecins traitants qui participent au suivi de la grossesse, 69,23% font la déclaration de grossesse, 84,62% prescrivent le bilan biologique obligatoire de début de grossesse et 7,69% font au moins un examen gynécologique.

CONCORDANCE ENTRE LES REVENUS ET LE SUIVI TOTAL DE LA GROSSESSE PAR LE MG

Revenus < 1000 euros/mois 2/2

Revenus entre 1000 et 2000 euros par mois 4/12

Revenus entre 2000 et 3000 euros par mois 2/10

Revenus > 3000 euros par mois 4/11

= 100% des personnes avec des revenus inférieurs à 1000 euros par mois font suivre totalement leur grossesse par leur médecin généraliste contre 33,33 % des personnes avec des revenus compris entre 1000 et 2000 euros par mois, 20% des personnes avec des revenus compris entre 2000 et 3000 euros par mois et 36,36% des personnes avec des revenus supérieurs à 3000 euros par mois.

RAISONS DU CHOIX DU SUIVI DE LA GROSSESSE PAR LE MG (plusieurs raisons possibles)

Pour des raisons de proximité (avec le travail ou le domicile) 7 (58,33%)

Le MG fait déjà le suivi gynécologique de la patiente et elle en est satisfaite 4 (33,33%)

Il est plus facile pour la patiente d'avoir un rendez vous avec le MG qu'avec le gynécologue 6 (50%)

La patiente savait que son MG faisait des suivis gynécologiques 6 (50%)

RAISONS DU CHOIX DU SUIVI DE LA GROSSESSE PAR LA SAGE FEMME OU LE GYNECOLOGUE (plusieurs réponses possibles)

Une personne a conseillé la patiente d'aller voir un gynécologue ou une sage femme 3

La patiente est gênée de faire suivre sa grossesse par son MG parce qu'elle le connaît depuis longtemps 2

La patiente avait déjà un rendez vous prévu avec le gynécologue lors de la découverte de la grossesse 1

La patiente pense que le suivi de la grossesse est du ressort exclusif de la sage femme ou du gynécologue ou qu'ils sont plus qualifiés pour le suivi 12

La patiente pense que le suivi sera mieux fait par un gynécologue ou par une sage femme que par un MG 8

La patiente a une grossesse particulière, difficile et il est nécessaire qu'un gynécologue obstétricien suive la grossesse 4

Pour la patiente, c'est normal que ce soit un gynécologue ou une sage femme qui suive la grossesse 13

Le MG est un homme et c'est gênant pour la patiente 1

La patiente a été suivie par un gynécologue pour ses grossesses précédentes et en était satisfaite 2

La patiente préfère être suivie à l'hôpital 2

Le MG n'a pas proposé à la patiente de la suivre 3

Pour des raisons de proximité (travail, domicile) 1

Le MG de la patiente ne fait pas de suivi de grossesse 3

ANNEXE 5

Bonjour,
voici la justification du nombre de sujets nécessaires :

L'objectif principal est de déterminer le profil de femmes faisant leur suivi de grossesse chez un médecin généraliste plutôt que chez un gynécologue. L'analyse de cette question nécessitera la réalisation d'analyse multivariée. Il n'existe pas de formule explicite précisant la taille optimale pour ce type d'étude. Cependant, Concato et Peduzzi (REF), préconisent au moins 10 événements par covariable. Considérant 10 événements par covariable et environ une quinzaine de covariables il faut inclure 150 femmes dans le groupe ayant le plus faible effectif. La proportion de femmes suivies par leur médecin généraliste pour leur grossesse étant estimée à un tiers, il faut donc recruter 450 femmes au total pour en obtenir 150 patients dans le groupe « MG ».

RE : Peduzzi P, Concato J, Kemper E, Holford TR, Feinstein AR: A simulation study of the number of events per variable in logistic regression analysis. J Clin Epidemiol 12:1373–1379, 1996

Bien cordialement,

Julia Salleron

ANNEXE 6

CEROG

Comité d'éthique de la recherche
en obstétrique et gynécologie



Président :
Gérard Levy

Secrétaire OBST-DAN :
Elie Azria
elie.azria@bch.aphp.fr

Secrétaire GYN-AMP :
Xavier Deffieux
xavier.deffieux@abc.aphp.fr

SECTION GYNECOLOGIE - ASSISTANCE MEDICALE A LA PROCREATION

Gabriel André
Jean Philippe Ayel
Elie Azria
André Benbassa
Georges Fabrice Blum
Pierre Collinet
Emile Darai
Bernard Jacquetin
Philippe Morice
André Nazac
Roman Rouzier

SECTION OBSTETRIQUE ET MEDECINE FCETALE

Alexandra Benachi
Léon Boubli
Xavier Deffieux
Béatrice Guyard Boileau
Veronique Houfflin-Debarge
Jean Marie Jouannic
Olivier Morel
Olivier Parant
Pierre François Ceccaldi
Marie Victoire Sénat
Christophe Vayssièrè

SAGES-FEMMES

Anne Assouline
Elisabeth Bailleux
Julie Clavier

PERSONNES QUALIFIEES DANS LE DOMAINE ETHIQUE

Gérard Levy
Juliette Guibert

26 december 2011

Institutional review board approval

Submission number
CEROG-2011-02-01 R1

The Ethical Review Committee « *Comité d'éthique de la recherche en obstétrique et gynécologie* » has examined the research entitled:

Le suivi de la grossesse : médecin généraliste ou non ? Pourquoi ?

This research was found to conform to generally accepted scientific principles and medical research ethical standards.

This research was found to be in conformity with the laws and regulations of the country in which the research experiment was performed.

Gérard Levy
President

Elie Azria
Secretary

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

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

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

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

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

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.

Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque.

AUTEUR : Nom : TESSE - SKAF

Prénom : MARIE

Date de Soutenance : 21/02/2013

Titre de la Thèse : DETERMINANTS CONDITIONNANT LE CHOIX DU PRATICIEN POUR LE SUIVI DE GROSSESSE

Thèse, Médecine, Lille

Cadre de classement : DES de médecine générale

Mots-clés : 1. Médecine générale ; 2. Gynécologue ; 3. Grossesse ; 4. Compétence ; 5. Femmes enceintes

Résumé : La France a de moins en moins de gynécologues, en particulier en zone rurale (vieillesse des médecins, diminution du nombre de gynécologues formés chaque année, désertification médicale). Leur nombre est insuffisant pour continuer à suivre toutes les grossesses. En 2007, la HAS stipule, en particulier car le suivi de la grossesse est bien codifié, que la grossesse à bas risque peut être suivie par un médecin généraliste, cela pouvant se faire à travers un réseau de santé. Pourtant, en 2010, seules 4.7% des femmes enceintes sont suivies par lui. Notre étude avait pour but de comprendre les déterminants faisant qu'une femme choisissait de faire suivre sa grossesse par un gynécologue ou par un médecin généraliste. Nous avons réalisé une étude rétrospective par le biais de questionnaires distribués auprès de patientes de la maternité Jeanne de Flandres de Lille. Elle trouve que les motifs de choix d'un suivi par un médecin généraliste sont sa proximité, sa disponibilité, le fait qu'il fasse des suivis de grossesse ou des suivis gynécologiques et le fait que ce soit une femme. Les femmes choisissant de se faire suivre par un gynécologue le font car il s'agit de la normalité selon elles, qu'ils sont plus qualifiés, qu'ils feront un meilleur suivi ou car elles avaient une grossesse particulière. L'élément principal ressortant de cette étude est le fait que si le médecin se déclare compétent pour le suivi de grossesse, la patiente se fera significativement plus suivre par lui. Afin qu'il reprenne une place dans le suivi de la grossesse, le médecin généraliste doit communiquer davantage sa compétence à ses patientes. Encore faut-il qu'il en ait l'envie et qu'il y soit formé. Il semble être le praticien le plus à même de faire ce suivi en raison de sa disponibilité et de la connaissance qu'il a de ses patientes. Il doit s'intégrer davantage aux réseaux de santé de périnatalité.

Composition du Jury :

Président : SUBTIL Damien

Assesseurs : GLANTENET Raymond, DERUELLE Philippe, CAREMELLE Yannick

██
██