



Université Lille 2
Droit et Santé

UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2014

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Etat des lieux du suivi périnatal par le médecin généraliste dans l'Audomarois et le Littoral

Présentée et soutenue publiquement le 3 avril 2014 à 16h
au Pôle Recherche
Par Nassima Atrih

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Assesseurs :

Madame le Professeur Véronique Houfflin-Debarge

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Madame le Docteur Martine Poher

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Benjamin Van Cortenbosch

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

SOMMAIRE

RESUME.....	15
INTRODUCTION.....	17
CARACTERISTIQUES GENERALES	19
1 Démographie médicale.....	20
1.1 La population totale :.....	20
1.1.1 Dans la région Nord-Pas-de-Calais :.....	20
1.1.2 Dans le territoire de santé du Littoral :.....	20
1.2 Les médecins généralistes :.....	22
1.2.1 En France :	22
1.2.2 Dans la région Nord-Pas-de-Calais :.....	22
1.2.3 Dans le territoire de santé du Littoral :.....	22
1.3 Les gynécologues médicaux et/ou gynécologues obstétriciens :	22
1.3.1 En France :	22
1.3.2 Dans la région Nord-Pas-de-Calais :.....	23
1.3.3 Dans le territoire de santé du Littoral :.....	23
1.4 Les pédiatres :.....	23
1.4.1 En France :	23
1.4.2 Dans la région Nord-Pas-de-Calais :.....	23
1.4.3 Dans le territoire de santé du Littoral :.....	24
1.5 Les sages-femmes :.....	24
1.5.1 En France :	24
1.5.2 Dans la région Nord-Pas-de-Calais :.....	24
1.5.3 Dans le territoire de santé du Littoral :.....	24
2 Prise en charge de la périnatalité en médecine générale.....	25
MATERIELS ET METHODES	26
1 Matériels.....	27
2 Méthodes	27
3 Analyse statistique.....	28
RESULTATS	29
1 Description de la population générale.....	30
2 Taux de participation.....	30
3 Analyse des questionnaires	30
3.1 Caractéristiques de l'échantillon :.....	30
3.2 Analyse globale :.....	33
3.2.1 Les femmes enceintes :.....	33
3.2.2 L'allaitement :	34
3.2.3 Les nouveau-nés :.....	35
3.2.4 Les motifs de non suivi :	36

3.3	Données appariées :.....	37
3.3.1	Analyse selon le sexe des répondants :	37
3.3.2	Analyse selon le lieu d'exercice des répondants :.....	40
3.3.3	Analyse selon le mode d'exercice des répondants :.....	41
3.3.4	Analyse selon le nombre d'années d'exercice des répondants :	43
3.3.5	Autres analyses :.....	45
DISCUSSION		46
1	Démographie médicale.....	47
2	Critique de la méthodologie	49
3	Les caractéristiques de la population.....	50
4	Les femmes enceintes.....	51
5	L'allaitement	57
6	Le nouveau-né.....	60
7	Les motifs de non suivi	61
PERSPECTIVES.....		64
CONCLUSION.....		67
BIBLIOGRAPHIE		69
ANNEXES		73
	Annexe 1 : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées	74
	Annexe 2 : Suivi de l'enfant jusque l'âge de 6 ans	78
	Annexe 3 : Questionnaire	79
	Annexe 4 : Les types de maternités.....	85
	Annexe 5 : Le zonage en aires urbaines selon l'INSEE.....	87
	Annexe 6 : Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel.....	90

RESUME

Résumé :

Etat des lieux du suivi périnatal par le médecin généraliste dans l'Audomarois et le Littoral

Contexte Le suivi des femmes enceintes à faible risque est une pratique quotidienne des maternités. Or, en 2007 la Haute Autorité de Santé a estimé que le médecin généraliste était en mesure de le réaliser. L'objectif de ce travail était de réaliser un état des lieux de la prise en charge périnatale actuelle par les médecins généralistes dans l'Audomarois et sur le Littoral afin d'étudier leurs pratiques.

Méthode : Enquête épidémiologique descriptive transversale via un questionnaire adressé par voie postale aux 759 médecins généralistes de cette région inscrits à l'Union Régionale de Professionnels de Santé du Nord-Pas-de-Calais en 2012.

Résultats : Le taux de participation était de 27,4%. Parmi les répondants, 83,7% suivaient des femmes enceintes, dont 48,5% jusqu'au 2^e trimestre. 86,7% prenaient en charge l'allaitement maternel, enfin 97,5% suivaient des nouveau-nés dont 61,9% plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine. On ne retrouvait pas de différence de prise en charge selon leurs profils (âge, sexe, lieu d'exercice...). Le respect du choix de la patiente était un motif de non suivi fréquemment cité par les médecins concernant les femmes enceintes (24%) et les nouveau-nés (33%). Près d'un tiers d'entre eux (29%) avaient le sentiment d'être désavantagés au profit des maternités pour le suivi des femmes enceintes.

Conclusion : Le médecin généraliste joue un rôle non négligeable dans la périnatalité (prévention, surveillance et orientation). Cependant la collaboration ville-hôpital reste à parachever.

INTRODUCTION

Durant nos stages d'internat, nous avons remarqué que le suivi des premiers mois des grossesses non à risque était une activité quotidienne des gynécologues obstétriciens exerçant en milieu hospitalier. A contrario, la périnatalité, notamment le suivi de grossesse, semblait représenter une faible part de l'activité du médecin généraliste.

La Haute Autorité de Santé (HAS) a publié en mai 2007, des recommandations concernant le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction du niveau de risque identifié. Ces dernières précisent que le professionnel de santé doit être en mesure d'évaluer le niveau de risque de la grossesse. Quand celui-ci est faible, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien), selon le choix de la patiente. Ce suivi doit être réalisé dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales (**Annexe 1**) (1).

Une part importante des grossesses étant exempte de complication, pourquoi la médecine générale n'est-elle pas plus présente dans le suivi périnatal ? Les médecins généralistes suivent-ils des grossesses et des nouveau-nés ? Si non pourquoi ?

Partant de ces constats et interrogations, le premier objectif de cette étude était donc de réaliser un état des lieux de la prise en charge périnatale actuelle par les médecins généralistes de la région du Littoral et de l'Audomarois et ceci afin d'étudier leurs pratiques. Une deuxième partie qui sera traitée dans un autre travail de thèse, s'intéressait à leurs connaissances et possibilités d'intégration dans le réseau de périnatalité.

CARACTERISTIQUES GENERALES

1 Démographie médicale

Les données proviennent de deux sources différentes : le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) pour la France et le Nord-Pas-de-Calais, et l'Observatoire Régional de la Santé (ORS) pour le territoire de santé du Littoral.

La démographie médicale est résumée dans le **Tableau 1**.

1.1 La population totale :

1.1.1 Dans la région Nord-Pas-de-Calais :

Au 1^{er} juin 2011, la population de la région Nord-Pas-de-Calais était de 4 091 129 habitants soit 329,5 habitants/km²(2).

1.1.2 Dans le territoire de santé du Littoral :

Le territoire de santé du Littoral regroupe les 5 zones de proximité du Montreuillois, du Boulonnais, du Calaisis, du Dunkerquois et de l'Audomarois.

La population totale en 2010 sur le territoire de santé du littoral était de 808 777 dont 182 659 femmes de 15 à 49 ans et 161 441 enfants de 0 à 14 ans, soit 196,7 habitants/km².

La zone la plus peuplée était le Dunkerquois avec 254 082 habitants dont 57 536 femmes de 15 à 49 ans et 49 723 enfants de 0 à 14 ans. Venaient ensuite le Boulonnais, le Calaisis, l'Audomarois et enfin le Montreuillois avec 112 688 habitants dont 23 648 femmes de 15 à 49 ans et 20 664 enfants de 0 à 14 ans (3).

Tableau 1 : Démographie médicale

Territoire	Population		Effectifs médicaux				Densité médicale (effectifs pour 100 000 habitants)			
	Population totale	Densité (habitants au km ²)	Nombre de médecins généralistes	Nombre de sages-femmes	Nombre de gynécologues médicaux et/ou gynécologues obstétriciens	Nombre de pédiatres	Médecins généralistes	Sages-femmes	Gynécologues médicaux et/ou Gynécologues obstétriciens	Pédiatres
France			88 244	18 609	6 811	6 649	139,2	130	27,1	42,8
Nord-Pas-de-Calais	4 091 129	329,5	5 674	1 040	427	383	140,1	110	27,3	35,2
Nord			3 792	722	316	297	146,7	117	31,7	42,5
Pas-de-Calais			1 882	318	111	86	128,4	96	19,6	22,2
Territoire de santé du Littoral	808 777	196,7	1 080	176	77	62	133,5	96,4	42,1	38,4
Zones de proximité	Audomarois	119 453	153	29	9	5	128,1	106,7	33,1	20,9
	Boulonnais	162 043	243	42	17	18	150,0	113,8	46,1	55,2
	Calaisis	160 511	197	43	17	14	122,7	115,0	45,4	40,6
	Dunkerquois	254 082	323	43	24	18	127,1	74,7	41,7	36,2
	Montreuillois	112 688	164	19	19	10	7	145,5	80,3	42,3

1.2 Les médecins généralistes :

1.2.1 En France :

Au 1^{er} janvier 2013, le tableau de l'Ordre des médecins recensait 88 244 médecins généralistes en France Métropolitaine, dont 37 344 étaient des femmes. Soit une densité de 139,2 pour 100 000 habitants (4).

1.2.2 Dans la région Nord-Pas-de-Calais :

Au 1^{er} janvier 2013, la région Nord-Pas-de-Calais comptait 5 674 médecins généralistes inscrits au tableau de l'Ordre, dont 2 021 étaient des femmes. Soit une densité de 140,1 médecins généralistes pour 100 000 habitants, avec une densité plus importante dans le Nord (146,7 pour 100 000 habitants) que dans le Pas-de-Calais (128,4 pour 100 000 habitants) (4).

1.2.3 Dans le territoire de santé du Littoral :

Le nombre de médecins généralistes en 2012 dans le territoire du Littoral est estimé à 1080 soit une densité de 133,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants (3) (**Tableau 1**).

1.3 Les gynécologues médicaux et/ou gynécologues obstétriciens :

Cette entité regroupe la gynécologie médicale et obstétrique, la gynécologie médicale et la chirurgie gynécologique et obstétrique.

1.3.1 En France :

Au 1^{er} janvier 2013, le tableau de l'Ordre des médecins recensait 6 811 gynécologues médicaux et/ou gynécologues obstétriciens en France Métropolitaine dont 3 893 étaient des femmes. Soit une densité de 27,1 pour 100 000 habitants (4).

1.3.2 Dans la région Nord-Pas-de-Calais :

Au 1^{er} janvier 2013, la région Nord-Pas-de-Calais comptait 427 gynécologues médicaux et/ou gynécologues obstétriciens inscrits au tableau de l'Ordre, dont 253 étaient des femmes. Soit une densité de 27,3 pour 100 000 femmes de plus de 15 ans, avec une disparité entre le Nord (31,7 pour 100 000 femmes de plus de 15 ans) et le Pas-de-Calais (19,6 pour 100 000 femmes de plus de 15 ans) (4).

1.3.3 Dans le territoire de santé du Littoral :

En 2012, le nombre de gynécologues médicaux et/ou gynécologues obstétriciens était estimé à 77 dans le territoire du Littoral, soit une densité de 42,1 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans (3) (**Tableau 1**).

1.4 Les pédiatres :

1.4.1 En France :

Au 1^{er} janvier 2013, le tableau de l'Ordre des médecins recensait 6 649 pédiatres, dont 4 490 étaient des femmes. Soit une densité de 42,8 pour 100 000 enfants de moins de 20 ans (4).

1.4.2 Dans la région Nord-Pas-de-Calais :

Au 1^{er} janvier 2013, la région Nord-Pas-de-Calais comptait 383 pédiatres inscrits au tableau de l'Ordre, dont 264 étaient des femmes. Soit une densité de 35,2 pour 100 000 enfants de moins de 20 ans, avec là encore une disparité entre le Nord (42,5 pour 100 000 enfants de moins de 20 ans) et le Pas-de-Calais (22,2 pour 100 000 enfants de moins de 20 ans) (4).

1.4.3 Dans le territoire de santé du Littoral :

En 2012, le territoire de santé du Littoral dénombrait 62 pédiatres, soit une densité de 38,4 pour 100 000 enfants de 0 à 14 ans (3) (**Tableau 1**).

1.5 Les sages-femmes :

1.5.1 En France :

Au 1^{er} janvier 2012, selon la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES), 18 609 sages-femmes exerçaient leur activité en France Métropolitaine, soit une densité moyenne de 130 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Le secteur salarié regroupait 14 858 sages-femmes contre 3 751 seulement dans le secteur libéral ou mixte (5).

1.5.2 Dans la région Nord-Pas-de-Calais :

Au 1^{er} janvier 2012, le Nord-Pas-de-Calais comptait 1 040 sages-femmes, soit une densité de 110 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Avec une densité peu différente entre le Nord et le Pas-de-Calais (respectivement 117 et 96 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans).

Le Nord regroupait 722 sages-femmes, dont 612 dans le secteur salarié contre 110 dans le secteur libéral ou mixte. Le Pas-de-Calais comptait 318 sages-femmes, dont 280 dans le secteur salarié et 38 en libéral ou mixte (5).

1.5.3 Dans le territoire de santé du Littoral :

En 2012, le territoire de santé du Littoral dénombrait 176 sages-femmes soit une densité de 96,4 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans (3) (**Tableau 1**).

2 Prise en charge de la périnatalité en médecine générale : recommandations

Les modalités de suivis de grossesse sont précisément détaillées dans les recommandations de la HAS de 2007 et ont été reportées en **annexe 1** (1).

De même, le suivi de l'enfant jusque l'âge de 6 ans est repris en **annexe 2** (6).

MATERIELS ET METHODES

1 Matériels

Les professionnels ciblés par l'étude étaient les médecins généralistes ayant une activité libérale et répartis sur le territoire géographique du réseau Pauline (le Dunkerquois, le Calaisis, le Boulonnais, le Montreuillois et l'Audomarois) inscrits à l'Union Régionale des Professionnels de Santé (URPS) du Nord Pas-de-Calais.

Etaient exclus les médecins n'exerçant plus la médecine générale, les retraités et les médecins de la Protection Maternelle et Infantile (PMI).

L'échantillon portait sur l'ensemble des 759 médecins généralistes afin d'avoir une puissance statistique la plus élevée possible.

2 Méthodes

Il s'agissait d'une étude épidémiologique descriptive transversale. Cette étude traitait deux sujets complémentaires : le premier s'attachait à la prise en charge périnatale par les médecins généralistes et fait l'objet de ce travail. Le second sujet s'intéressait au réseau de santé de périnatalité et a été traité dans une autre thèse.

L'enquête a été réalisée sous forme d'un questionnaire de 3 pages recto-verso (**Annexe 3**) qui se composait de 53 questions fermées et 6 questions ouvertes réparties en 6 catégories :

- les femmes enceintes
- l'allaitement
- le nouveau-né
- le réseau Pauline
- la formation universitaire
- le profil de l'interrogé

Le questionnaire a été approuvé par un médecin statisticien puis testé par deux médecins généralistes et un gynécologue obstétricien. Le temps de remplissage était estimé à cinq minutes en moyenne.

Le questionnaire a fait l'objet d'une déclaration préalable à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), sous la référence n°165515.

Les questionnaires ont été envoyés par la poste le 2 avril 2013. Ils étaient accompagnés d'une lettre d'introduction et d'une enveloppe retour pré-timbrée.

Seules les coordonnées postales des médecins ont pu être obtenues par l'intermédiaire de l'URPS. Il nous a été impossible d'obtenir les coordonnées internet.

Les réponses ont été recueillies jusqu'au 8 août 2013. Pour des raisons économiques liées à l'envoi du questionnaire par voie postale, aucune relance n'a été faite.

Cette enquête commune faisait initialement l'objet d'un seul et même travail. En raison de dispositions réglementaires, ces deux thèmes complémentaires ont dû être traités dans deux thèses distinctes.

3 Analyse statistique

Les données ont été répertoriées dans un tableur Excel 2007. L'analyse statistique a été réalisée à l'aide du logiciel SPSS Statistics version 21. Les tests du Khi² et de Fisher ont été utilisés pour comparer les variables qualitatives quand les données le permettaient. Les différences étaient considérées comme significatives quand p était inférieur à 0,05.

RESULTATS

1 Description de la population générale

Parmi les 759 médecins généralistes interrogés, 633 étaient des hommes (83,4%) et 126 étaient des femmes (16,6%). Deux cent vingt-huit exerçaient en milieu rural ou semi-rural (30%) contre 531 en milieu urbain (70%). Ils étaient 242 à exercer dans le Nord (31,9%) et 517 dans le Pas-de-Calais (68,1%).

2 Taux de participation

Au total, 214 questionnaires nous ont été retournés, soit un taux de participation global chiffré à 28,2%.

Parmi ces réponses, six ont été exclues de l'analyse (3 médecins retraités, 1 angiologue exclusif, 1 médecin d'assurance du dommage corporel et 1 changement de région).

Ce qui représentait 208 questionnaires exploitables, soit un taux de réponses de 27,4%.

3 Analyse des questionnaires

3.1 Caractéristiques de l'échantillon :

L'ensemble de ces caractéristiques sont regroupées dans le **Tableau 2**.

Parmi les répondants, 18,3% étaient des médecins généralistes femmes et 81,7% étaient des hommes. On ne retrouvait pas de différence significative avec la population étudiée.

Concernant l'activité médicale, 18,8% exerçaient en milieu rural contre 29,8% en milieu semi-rural et 51,4% en milieu urbain. Les médecins généralistes des secteurs ruraux et semi-ruraux (101 répondants sur un total de 228) étaient significativement ($p < 0,001$) plus nombreux à répondre au questionnaire que les médecins généralistes du secteur urbain (107 répondants sur 531 au total).

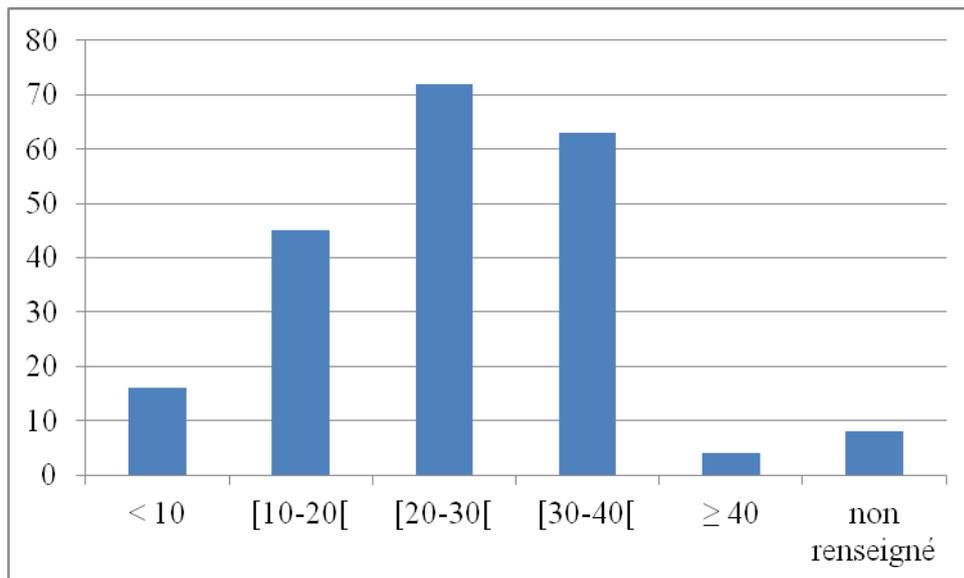
Ils étaient 77,5% à exercer dans le Pas-de-Calais et 22,5% dans le Nord.

Parmi les 208 répondants, 106 avaient un mode d'exercice en groupe (51%) et 98 exerçaient individuellement (47,1%). La plupart d'entre eux étaient informatisés (88,9%).

Le nombre d'années d'exercice a été classé par tranche de 10 ans dans le **graphique 1**. Le nombre moyen d'années d'exercice était de 23,3.

La majorité d'entre eux n'avaient pas d'activité hospitalière (90,7%).

Graphique 1 : Nombre d'années d'exercice des médecins généralistes par tranches de 10 ans.



Au sujet de la formation universitaire, une faible part connaissait le Diplôme Inter-Universitaire (DIU) de Lactation Humaine et Allaitement Maternel (15,9%) et aucun ne l'avait suivi. En revanche, ils étaient plus nombreux à connaître le DIU de gynécologie obstétrique (43,8%) et l'Attestation Universitaire Pédiatrie Pratique (53,4%). Deux médecins généralistes avaient passé la formation gynécologie obstétrique et 22 la formation pédiatrique.

Tableau 2 : Caractéristiques de la population

Critères d'étude		Echantillon		Population totale		p
		n = 208 (effectifs)	%	n = 759 (effectifs)	%	
Sexe	Homme	170	81,7	633	83,4	>0,2
	Femme	38	18,3	126	16,6	
Lieu d'exercice	Rural	39	18,8	168	22,1	<0,001
	semi-rural	62	29,8	60	7,9	
	Urbain	107	51,4	531	70	
Département	Nord	31	14,9	241	31,8	
	Pas-de-Calais	107	51,4	518	68,2	
	non renseigné	70	33,7			
Activité hospitalière	Oui	18	8,7			
	Non	175	84,1			
	non renseigné	15	7,2			
Mode d'exercice	Individuel	98	47,1			
	en groupe	106	51			
	non renseigné	4	1,9			
Nombre d'années d'exercice	<10	16	7,7			
	[10-20[45	21,6			
	[20-30[72	34,6			
	[30-40[63	30,3			
	≥40	4	1,9			
Equipement informatique	Oui	185	88,9			
	Non	23	11,1			
Connaissance du DIU gynécologie-obstétrique	Oui	91	43,8			
	Non	117	56,3			
Réalisation du DIU gynécologie-obstétrique	Oui	2	2,2			
Connaissance du DIU Lactation Humaine et Allaitement Maternel	Oui	33	15,9			
	Non	175	84,1			
Réalisation du DIU Lactation Humaine et Allaitement Maternel	Oui	0	0			
	non renseigné	1	3			
Connaissance de l'AUEC Pédiatrie Pratique	Oui	111	53,4			
	Non	97	46,6			
Réalisation de l'AUEC Pédiatrie Pratique	Oui	22	19,8			
	non renseigné	1	0,9			

3.2 Analyse globale :

3.2.1 Les femmes enceintes :

On relève que 83,7% des médecins généralistes prenaient en charge des femmes enceintes. Parmi eux, 48,5% les suivaient jusqu'au 2^e trimestre, contre 34,1% jusqu'au 1^{er} trimestre et 17,4% jusqu'au 3^e trimestre. 51,5% suivaient des femmes enceintes moins d'une fois par mois et 40,9% plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine.

En cas de suspicion de grossesse à risque ou d'événement intercurrent, les médecins généralistes se mettaient plus facilement en relation avec le secteur hospitalier (gynécologue hospitalier 99,4%). Alors que pour la réalisation des échographies obligatoires, ils travaillaient davantage avec le secteur libéral (radiologue libéral 83,9%). De plus, nous avons remarqué que peu d'entre eux faisaient appel aux sages-femmes pour la réalisation des échographies obligatoires que ce soit dans le secteur libéral (2,9%) ou hospitalier (8%).

Concernant les dépistages de la trisomie 21 et du diabète gestationnel, ils étaient respectivement 92,5% et 88,2% à les réaliser. En revanche, peu d'entre eux abordaient l'entretien individuel du 4^e mois (21,6%). Au sujet de la connaissance des différents niveaux de prise en charge néonatale des maternités, seuls 19,9% d'entre eux estimaient les connaître. Les types de maternités sont définis en **annexe 4** (7) (8) (9).

Soixante-six pour cent des médecins généralistes réalisaient des consultations du post-partum, il est à noter qu'une grande majorité des médecins avaient une activité de gynécologie (prescriptions de contraception 99% et surveillances gynécologiques 89,1%).

3.2.2 L'allaitement :

On remarquait que 86,7% des médecins généralistes prenaient en charge l'allaitement maternel et 94,7% y étaient favorables. Les différents positionnements recueillis, vis-à-vis de l'allaitement maternel, sont répertoriés dans le **Tableau 3**.

88% disaient se sentir à l'aise face à l'allaitement maternel et 44,2% estimaient avoir besoin d'une formation.

Peu d'entre eux connaissaient le numéro de la permanence téléphonique du réseau PAULINE (Périnatal de l'Audomarois et de du Littoral autour de la Naissance et de l'Enfant) (14,3%).

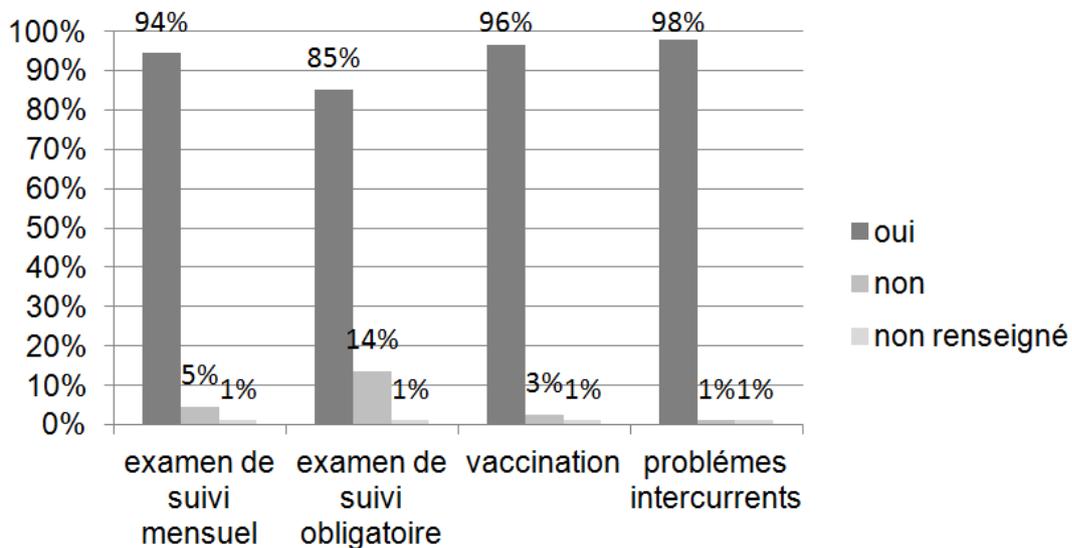
Tableau 3 : Allaitement maternel : positionnement des médecins généralistes (n=effectif).

Plutôt favorable	n=197	Bienfaits pour l'enfant	n=17	Prévention des infections	n=7
				Prévention des allergies	n=4
				Prévention du surpoids	n=1
				Qualités nutritionnelles	n=3
				Favorable au développement de l'enfant	n=1
				Bienfaits digestifs (atténuation des coliques et régurgitations)	n=1
		Lien mère-enfant	n=11		
		Bienfaits pour la maman	n=5	Prévention du cancer du sein	n=1
		Respect du choix de la maman	n=3		
		Expérience personnelle	n=2		
Rôle physiologique du sein	n=1				
Moindre coût	n=1				
Recommandation OMS	n=1				
Plutôt défavorable	n=2	Complications maternelles			n=1
		Contraintes "trop d'ennuis dans un système de vie trop rapide"			n=1
Non renseigné	n=9				

3.2.3 Les nouveau-nés :

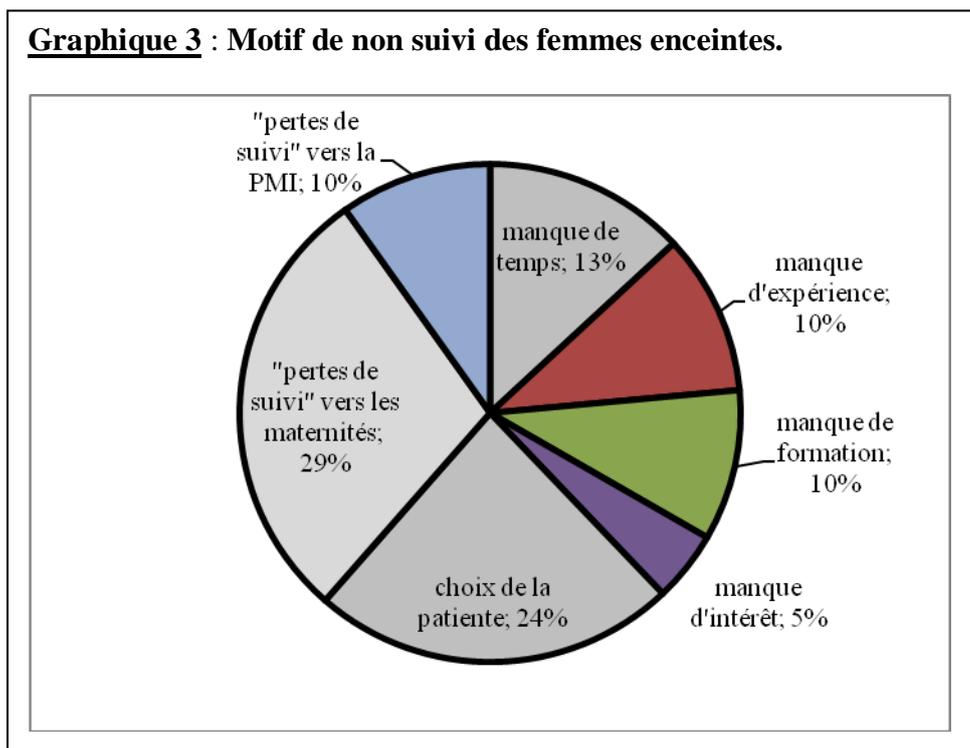
On observait que 97,5% des médecins généralistes prenaient en charge des nouveau-nés. Parmi eux, 61,9% les suivaient plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine et 27,9% moins d'une fois par mois. Les situations qui amenaient à prendre en charge les nouveau-nés sont classées dans le **graphique 2**. Enfin, 61,7% d'entre eux suivaient des nouveau-nés à risque.

Graphique 2 : les différents types de prise en charge pédiatrique réalisés par les médecins généralistes.

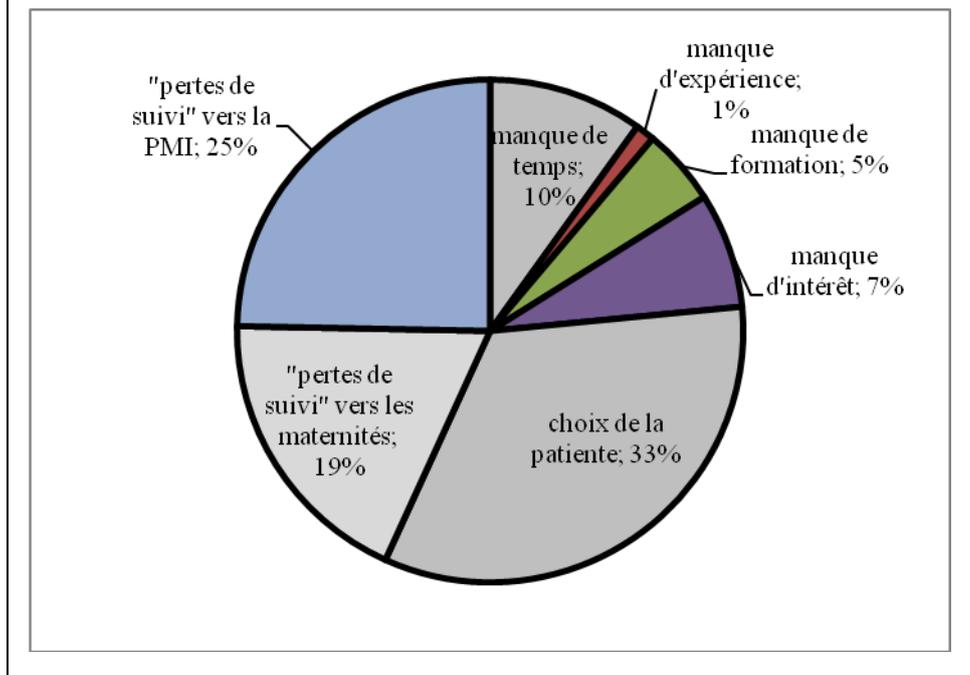


3.2.4 Les motifs de non suivi :

Concernant les motifs attestés par les médecins généralistes qui ne prenaient pas en charge les femmes enceintes, la « perte de suivi » vers les maternités et le respect du choix de la patiente étaient les plus fréquemment cités (**Graphique 3**). Alors que pour les nouveau-nés, la « perte de suivi » vers la PMI représentait également une part importante (**Graphique 4**).



Graphique 4 : Motifs de non suivi des nouveau-nés.



3.3 Données appariées :

3.3.1 Analyse selon le sexe des répondants :

On ne notait pas de différence significative entre les médecins selon leur sexe concernant la prise en charge gynéco-obstétricale et périnatale, hormis pour les consultations du post-partum et les examens de suivi obligatoire du nouveau-nés où les femmes étaient plus nombreuses à les réaliser, respectivement 83,3% pour les femmes vs 62,5% pour les hommes ($p=0,016$) et 97,1% vs 83,5% ($p=0,026$) (**Tableau 3**).

Néanmoins, on notait que les médecins femmes avaient tendance à suivre plus longtemps les femmes enceintes (57,6% et 21,2% jusqu'au 2^e et 3^e trimestre vs 46,4% et 16,4%) et plus régulièrement (50% plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine vs 38,8%) que les hommes. De la même manière, il semblait que l'entretien individuel du 4^e mois était moins abordé par les médecins de sexe masculin (75,9% ne

l'abordaient pas vs 58,1% pour les femmes). Enfin, on observait une tendance à un suivi plus fréquent des nouveau-nés par les médecins généralistes hommes (62,8% plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine vs 57,6% pour les femmes). Cependant la répartition dans ces différents sous-groupes comportait des effectifs trop faibles pour permettre l'utilisation des tests statistiques. De fait, nous n'avons pas pu dégager d'éventuels caractères significatifs pour ces données.

On ne notait pas de différence significative selon le sexe concernant la prise en charge gynécologique (**Tableau 3**).

Tableau 3 : Analyse selon le sexe des répondants

		Hommes (%)	Femmes (%)	P
LES FEMMES ENCEINTES				
Suivi des femmes enceintes		82,9	86,8	0,557
Stade suivi de grossesse	1er trimestre	37,1	21,2	
	2e trimestre	46,4	57,6	
	3e trimestre	16,4	21,2	
Fréquence de suivi des femmes enceintes	Moins d'une fois par mois	56,1	31,3	
	Plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine	38,8	50	
	Plus d'une fois par semaine	0	3,1	
Dépistages	Trisomie 21	92,2	93,9	0,537
	Diabète gestationnel	87	93,8	0,228
Entretien prénatal précoce	Organisé	15,8	25,8	
	Réalisé	8,3	16,1	
	non abordé	75,9	58,1	
Consultations du post-partum		62,5	83,3	0,016
Prescription contraception		98,8	100	0,675
Surveillances gynécologiques		87,3	97,2	0,064
L'ALLAITEMENT				
Prise en charge de l'allaitement		85,6	91,7	0,251
Sentiment d'être à l'aise face à l'allaitement		86,6	91,7	0,301
Besoin de formation		41,7	55,6	0,13
LE NOUVEAU-NE				
Suivi des nouveau-nés		98,2	94,4	0,216
Fréquence de suivi des nouveau-nés	Moins d'une fois par mois	27,4	30,3	
	Plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine	62,8	57,6	
	Plus d'une fois par semaine	4,3	6,1	
Situations de prise en charge	Examen de suivi mensuel	95,7	94,1	0,477
	Examen de suivi obligatoire	83,5	97,1	0,026
	Vaccination	97,6	97,1	0,614
	Problème intercurrent	98,8	100	0,685
Suivi des nouveau-nés à risque		61,3	63,6	0,805

NB : Lorsque p est absent, cela signifie que l'analyse en sous-groupe n'a pas pu être réalisée en raison d'un effectif trop faible.

3.3.2 Analyse selon le lieu d'exercice des répondants :

On ne notait pas de différence significative concernant le suivi des femmes enceintes ($p=0,591$), le suivi des nouveau-nés à risque ($p=0,678$), l'allaitement maternel ($p=0,247$), la réalisation des consultations de post-partum ($p=0,461$) et les examens de suivi obligatoire du nouveau-né ($p=0,436$) selon leur lieu d'exercice (**Tableau 4**).

Tableau 4 : Analyse selon le lieu d'exercice des répondants.

		Rural (%)	Semi-rural (%)	Urbain (%)	P
LES FEMMES ENCEINTES					
Suivi des femmes enceintes		79,5	87,1	83,2	0,591
Stade suivi de grossesse	1er trimestre	31,3	37,7	33	
	2e trimestre	53,2	49,1	46,6	
	3e trimestre	15,6	13,2	20,4	
Fréquence de suivi des femmes enceintes	Moins d'une fois par mois	61,3	50	48,9	
	Plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine	32,3	44,2	42	
	Plus d'une fois par semaine	0	0	1,1	
Dépistages	Trisomie 21	93,5	94,4	91	
	Diabète gestationnel	80,6	92,3	88,5	
Entretien prénatal précoce	Organisé	25,8	17,6	14,6	
	Réalisé	9,7	11,8	8,5	
	non abordé	64,5	70,6	76,8	
Consultations du post-partum		69,2	71,2	62,3	0,461
Prescription contraception		100	100	98,1	
Surveillances gynécologiques		79,5	93,1	90,4	
L'ALLAITEMENT					
Prise en charge de l'allaitement		94,9	84,7	84,8	0,247
Sentiment d'être à l'aise face à l'allaitement		79,5	89,7	89,3	0,241
Besoin de formation		53,8	40,4	42,7	0,386
LE NOUVEAU-NE					
Suivi des nouveau-nés		100	98,3	96,2	
Fréquence de suivi des nouveau-nés	Moins d'une fois par mois	28,9	34,5	23,8	
	Plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine	63,2	58,6	63,4	
	Plus d'une fois par semaine	5,3	1,7	5,9	
Situations de prise en charge	Examen de suivi mensuel	100	94,9	94,1	
	Examen de suivi obligatoire	91,9	86,4	83,3	0,436
	Vaccination	97,3	100	96,1	
	Problème intercurrent	97,3	98,3	100	
Suivi des nouveau-nés à risque		67,6	58,6	61,4	0,678

NB : Lorsque p est absent, cela signifie que l'analyse en sous-groupe n'a pas pu être réalisée en raison d'un effectif trop faible.

3.3.3 Analyse selon le mode d'exercice des répondants :

Les médecins généralistes qui exerçaient en groupe étaient plus nombreux à réaliser les dépistages du diabète gestationnel (93,9% des médecins en groupe vs 83,3% des médecins exerçant seuls) ($p=0,032$) et les vaccinations des nouveau-nés (100% vs 94,7%) ($p=0,025$).

En revanche la totalité des médecins généralistes qui exerçaient individuellement suivaient les nouveau-nés (100% vs 95,1% en groupe) ($p=0,035$).

Il ne semblait pas y avoir de différence entre les médecins qui exerçaient en groupe ou en individuel concernant le stade de suivi des grossesses, l'entretien du quatrième mois ainsi que la fréquence de suivi des nouveau-nés. On notait une tendance à un suivi moins fréquent des femmes enceintes par les médecins installés seuls (60,7% moins d'une fois par mois vs 42,9% en groupe). Cependant la répartition dans ces différents sous-groupes comportait des effectifs trop faibles pour permettre l'utilisation des tests statistiques. De fait, nous n'avons pas pu dégager d'éventuels caractères significatifs pour ces données.

Les autres résultats obtenus ne montraient pas de différence significative (**Tableau 5**).

Tableau 5 : Analyse selon le mode d'exercice des répondants

		Individuel (%)	En groupe (%)	P
LES FEMMES ENCEINTES				
Suivi des femmes enceintes		86,7	80,2	0,21
Stade suivi de grossesse	1er trimestre	34,1	32,1	
	2e trimestre	50,6	47,6	
	3e trimestre	15,3	20,2	
Fréquence de suivi des femmes enceintes	Moins d'une fois par mois	60,7	42,9	
	Plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine	35,7	45,2	
	Plus d'une fois par semaine	1,2	0	
Dépistages	Trisomie 21	90,6	95,3	0,231
	Diabète gestationnel	83,3	93,9	0,032
Entretien prénatal précoce	Organisé	18,3	17,7	
	Réalisé	8,5	11,4	
	non abordé	73,2	70,9	
Consultations du post partum		68	65,4	0,69
Prescription contraception		99	99	0,733
Surveillances gynécologiques		88,4	89,3	0,841
L'ALLAITEMENT				
Prise en charge de l'allaitement		85,6	87,4	0,708
Sentiment d'être à l'aise face à l'allaitement		86,2	88,3	0,646
Besoin de formation		47,4	41,6	0,415
LE NOUVEAU-NE				
Suivi des nouveau-nés		100	95,1	0,035
Fréquence de suivi des nouveau-nés	Moins d'une fois par mois	31,9	24,2	
	Plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine	63,8	59,6	
	Plus d'une fois par semaine	3,2	6,1	
Situations de prise en charge	Examen de suivi mensuel	93,6	97	0,219
	Examen de suivi obligatoire	84	88	0,426
	Vaccination	94,7	100	0,025
	Problème intercurrent	97,9	100	0,233
Suivi des nouveau-nés à risque		57,4	65,3	0,263

NB : Lorsque p est absent, cela signifie que l'analyse en sous-groupe n'a pas pu être réalisée en raison d'un effectif trop faible.

3.3.4 Analyse selon le nombre d'années d'exercice des répondants :

L'analyse en sous-groupe ne nous a pas permis de mettre en évidence une éventuelle différence significative, en raison d'un trop petit effectif concernant les médecins généralistes exerçant depuis plus de 40 ans (**Tableau 6**). Néanmoins, il semblait y avoir une tendance à une moindre prise en charge de la périnatalité avec le nombre d'années d'expérience.

Tableau 6 : Analyse selon le nombre d'années d'exercice des répondants

		<10 ans (%)	[10- 20[(%)	[20- 30[(%)	[30- 40[(%)	≥ 40 (%)	<i>P</i>
LES FEMMES ENCEINTES							
Suivi des femmes enceintes		87,5	82,2	87,5	79,4	50	
Stade suivi de grossesse	1er trimestre	15,4	29,7	30,2	42	100	
	2e trimestre	69,3	51,3	54	40	0	
	3e trimestre	15,4	18,9	15,9	18	0	
Fréquence de suivi des femmes enceintes	Moins d'une fois par mois	35,7	41,7	53,2	63,3	0	
	Plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine	57,1	47,2	40,3	30,6	100	
	Plus d'une fois par semaine	0	0	1,6	0	0	
Dépistages	Trisomie 21	85,8	94,6	93,8	93,9	100	
	Diabète gestationnel	71,4	97,3	91,9	83	100	
Entretien prénatal précoce	Organisé	14,3	16,7	21,7	13,6	0	
	Réalisé	0	22,2	8,4	6,8	0	
	non abordé	85,7	61,1	70	79,5	100	
Consultations du post partum		81,3	77,3	60	60,3	75	
Prescription contraception		100	97,7	98,6	100	100	
Surveillances gynécologiques		93,8	84,1	95,7	86,9	66,7	
L'ALLAITEMENT							
Prise en charge de l'allaitement		100	97,7	89,9	76,2	75	
Sentiment d'être à l'aise face à l'allaitement		81,3	93,2	84,1	90,2	66,7	
Besoin de formation		50	50	47,8	35	33,3	
LE NOUVEAU-NE							
Suivi des nouveau-nés		100	93,2	100	96,7	100	
Fréquence de suivi des nouveau-nés	Moins d'une fois par mois	18,8	24,4	17,4	39	50	
	Plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine	75	68,3	69,6	49,2	50	
	Plus d'une fois par semaine	0	2,4	8,7	3,4	0	
Situations de prise en charge	Examen de suivi mensuel	100	100	95,6	93,3	75	
	Examen de suivi obligatoire	100	97,6	86,8	76,7	50	
	Vaccination	100	100	98,5	96,7	75	
	Problème intercurrent	100	100	100	96,7	100	
Suivi des nouveau-nés à risque		80	64,3	63,2	55,9	25	

NB : Lorsque p est absent, cela signifie que l'analyse en sous-groupe n'a pas pu être réalisée en raison d'un effectif trop faible.

3.3.5 Autres analyses :

Le fait d'avoir passé l'attestation de pédiatrie n'amenait pas les médecins généralistes à suivre plus de nouveau-nés à risque ($p= 0,246$).

Les médecins généralistes prenant en charge les femmes enceintes étaient ceux qui réalisaient davantage de consultations du post-partum (72,9% des médecins qui prenaient en charge la grossesse versus 32,4% des médecins qui ne prenaient pas en charge la grossesse) ($p=0$). De même, ils étaient plus nombreux à réaliser des surveillances gynécologiques (92,9% vs 67,7% pour les médecins généralistes qui ne suivaient pas les grossesses) ($p=0$) et à prendre en charge l'allaitement maternel (91,7% vs 61,8%) ($p=0$) ainsi que les nouveau-nés (98,8% vs 91,2%) ($p=0,034$). A l'inverse, on ne notait pas de différence concernant la prescription de contraception selon la pratique ou non d'un suivi obstétrical ($p=0,292$). De plus au sujet du dossier commun de suivi de grossesse des réseaux de santé de périnatalité, la réalisation du suivi prénatal n'entraînait pas une plus grande utilisation du dossier.

Concernant le dépistage du diabète gestationnel, il semblait que la majorité des médecins le proposaient, et ce quelque soit la durée de suivi de la grossesse (85,5% des médecins qui suivaient les femmes enceintes jusqu'au premier trimestre, 87,8% de ceux qui suivaient jusqu'au deuxième et 93,3% jusqu'au troisième trimestre). Néanmoins la répartition dans ces différents sous-groupes comportait des effectifs trop faibles pour permettre l'utilisation des tests statistiques. De fait, nous n'avons pas pu dégager d'éventuels caractères significatifs pour ces données.

DISCUSSION

1 Démographie médicale

La couverture médicale sur le Littoral est conforme à la couverture nationale avec toutefois une disparité entre les secteurs géographiques notamment dans le Calaisis et le Boulonnais. Concernant la densité des médecins généralistes de la région, on peut remarquer qu'elle est voisine de la densité nationale (139,2/100 000 habitants en France et 133,5/100 000 habitants dans le Littoral). Avec toutefois une densité qui varie en fonction de la zone géographique. En effet, le Boulonnais et le Montreuillois (respectivement 150 et 145,5 médecins généralistes/100 000 habitants) concentrent davantage de médecins généralistes que dans le Calaisis (122,7/100 000 habitants) (3).

Les effectifs des sages-femmes ont augmenté de façon constante depuis 20 ans. Entre 1991 et 2000 leur nombre a augmenté en moyenne de 3% par an, néanmoins depuis 2000 les effectifs évoluent à un rythme moins soutenu d'environ +2% par an. La densité des sages-femmes est ainsi passée de 77 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en 1991 à 126 pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans en 2011 (10).

La densité des sages-femmes du Littoral avoisine celle du Pas-de-Calais (96,4/100 000 femmes de 15 à 49 ans) mais elle reste faible en regard du Nord (117/100 000 femmes de 15 à 49 ans) et de la France (130/100 000 femmes de 15 à 49 ans). Ces chiffres peuvent s'expliquer par un effet centre. En effet, le Nord concentre d'avantage de maternités de niveaux élevés dont le centre de référence, l'Hôpital Jeanne de Flandres, qui siège au Centre Hospitalier Régional et Universitaire (CHRU) de Lille. Et c'est dans le secteur salarié qu'exercent majoritairement les sages-femmes (respectivement 820 vs 148 sages-femmes libérales dans le Nord-Pas-de Calais). Le Nord-Pas-de-Calais fait partie des régions (avec la Picardie, l'Ile-de-France et la Corse), où le nombre de sages-femmes libérales rapporté à la population des femmes en âge de procréer, est la plus faible. La part des sages-femmes exerçant en libéral devrait augmenter dans les prochaines années, contrairement au secteur

salarié. En effet les effectifs salariés devraient rester stables en raison du faible dynamisme de l'emploi salarié (10).

De la même manière, les sages-femmes exercent majoritairement dans le Calaisis et le Boulonnais (115 et 113,8/100 000 femmes de 15 à 49 ans) alors qu'elles sont moins nombreuses dans le Dunkerquois et le Montreuillois (74,7 et 80,3/100 000) (3). En effet, Calais possède une maternité de niveau 3 et Boulogne rassemble deux maternités (niveau 2B et niveau 1).

En revanche, le Littoral ne semble pas être une zone de désertification médicale concernant l'activité de gynécologie et/ou d'obstétrique, avec une densité moyenne de 42,1 gynécologues médicaux et/ou gynécologues obstétriciens/100 000 femmes (avec une inégalité de répartition allant de 33,1/100 000 femmes dans l'Audomarois à 45,4 et 46,1/100 000 femmes dans le Calaisis et le Boulonnais), la moyenne nationale étant de 27,1 gynécologues médicaux et/ou obstétricaux pour 100 000 femmes. Néanmoins, ces données sont à interpréter avec précaution car elles proviennent de deux sources différentes. En effet, les chiffres nationaux et départementaux sont issus de l'Atlas de la démographie médicale en France du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) alors que les chiffres du territoire de santé du Littoral proviennent de l'Observatoire Régional de la Santé Nord-Pas-de-Calais (ORS). Le CNOM a réalisé l'Atlas à partir des chiffres du Tableau de l'Ordre des Médecins au 1^{er} janvier 2013 et de la population française au 30 décembre 2012 selon l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), l'ORS avait comme base de données les Médecins inscrits au 1^{er} janvier 2012 et la population française de 2010 de l'INSEE. De plus, le calcul de la densité était également différent, le CNOM se basait sur 100 000 femmes de plus de 15 ans et l'ORS sur 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (3) (4).

Concernant les pédiatres, la même prudence est à envisager (mêmes sources et calcul de la densité pour 100 000 enfants < 20 ans par le CNOM et pour 100 000 enfants < 15 ans pour

l'ORS). La densité du Littoral est de 38,4 pédiatres/100 000 enfants, contre 42,8/100 000 enfants en France, avec une inégalité de répartition allant de 20,9/100 000 enfants dans l'Audomarois à 40,6 et 55,2/100 000 enfants dans le Calaisis et le Boulonnais.

On remarquera que les spécialistes de la périnatalité (pédiatres, gynécologues, sages-femmes) sont plus nombreux dans le Boulonnais et le Calaisis, comme cité plus haut, probablement par un effet centre.

2 Critique de la méthodologie

Notre étude portait uniquement sur les médecins généralistes de la région du Littoral, on constate que la participation globale peut paraître faible (27,4%).

Néanmoins à notre connaissance, c'est la première fois qu'une étude de cette ampleur a été réalisée sur le Littoral. L'absence de correspondance par mail a pu être un facteur limitant le nombre de réponses. Il nous a été difficile d'obtenir les coordonnées des médecins généralistes malgré de multiples démarches, en raison d'un système de confidentialité et de protection des données bien établis. De ce fait l'impossibilité d'envoi sous forme de mail a pu limiter le nombre de réponses. Ainsi des médecins généralistes auraient peut-être préféré répondre par mail par gain de temps.

De plus, un autre facteur limitant le nombre de réponses a pu être l'absence de relance. Cela n'a pas été réalisé pour des raisons économiques. Néanmoins, on peut s'interroger sur l'intérêt réel d'une relance. En effet une étude similaire antérieure en Auvergne avait obtenu un taux de réponse de 29,8% après relance téléphonique (11). Cela peut s'expliquer par plusieurs raisons. La première étant la difficulté d'un travail en réseau. Les médecins généralistes peuvent se sentir « noyés » sous un nombre conséquent de réseaux. Certains d'entre eux précisent d'ailleurs, en commentaire, leurs positions face à la question des

réseaux, où un sentiment de lassitude semble émerger. La deuxième raison pourrait être un manque de temps. Sentiment général qui se reflète dans les commentaires libres.

3 Les caractéristiques de la population

La répartition homme/femme de notre étude reste représentative de la population totale. Ce résultat montre que l'ensemble des médecins généralistes se sentent concernés par la périnatalité. L'analyse appariée selon le sexe vient également appuyer cette constatation, bien qu'on observe une tendance à un suivi plus prolongé et plus régulier des femmes enceintes par les médecins de sexe féminin. De la même manière, elles semblent aborder davantage l'entretien individuel du 4^e mois, mais la répartition des effectifs comportait des chiffres trop faibles, nous n'avons donc pas pu utiliser les tests statistiques afin de dégager un éventuel caractère significatif pour ces données

Concernant la répartition de la population en fonction des différents milieux d'exercice, la trop grande complexité des définitions de l'INSEE ne nous a pas permis dans ce travail de correctement distinguer les milieux ruraux, semi-ruraux et urbains (les définitions de l'INSEE sont répertoriées en **annexe 5**). De parti pris, nous avons préféré regrouper les milieux ruraux et semi-ruraux. Ainsi la différence observée entre la population générale (228 ruraux et semi-ruraux/531 urbains) et l'échantillon (101/107) ($p < 0,001$) peut être liée à un biais. La dénomination du milieu d'exercice a été laissée à la libre appréciation du médecin généraliste (12).

Néanmoins, le fait que les médecins généralistes installés en milieu rural et semi-rural étaient plus nombreux à répondre au questionnaire que ceux exerçant en ville, pourrait laisser supposer qu'ils soient plus intéressés par l'exercice en collaboration avec le réseau de périnatalité, du fait d'un probable sentiment d'isolement. Bien que l'analyse croisée selon le lieu d'exercice n'ait pas montré de différence significative concernant leur prise en charge.

Nous n'avons pas pu conclure à la représentativité de l'échantillon en ce qui concerne le nombre d'années et le mode d'exercice, l'existence d'une activité hospitalière et l'informatisation. Nous n'avons pas accès à ces informations pour la population générale.

4 Les femmes enceintes

L'enquête nationale périnatale 2010 avait mis en évidence le rôle non négligeable du médecin généraliste dans l'orientation de la surveillance et le diagnostic anténatal au premier trimestre. En effet, dans cette enquête la déclaration de grossesse avait été faite par un généraliste pour 22,4% des femmes. Cependant, pour le reste de la surveillance seules 4,7% des femmes avaient recours aux généralistes (13).

Dans notre étude, on remarque que cette activité est encore présente chez les médecins généralistes et plus d'un tiers d'entre eux s'arrêtent au 1^{er} trimestre (34,1%). Certains médecins généralistes ont fourni des explications. L'idée qui semble prédominer est l'absence de collaboration avec l'hôpital. En effet, beaucoup d'entre eux, reprochent au secteur hospitalier de ne pas leur transmettre les informations (dossiers non remis à la patiente et par conséquent absence du partage du dossier, absence de courrier, absence de l'utilisation d'Apicrypt). Les sentiments d'être « hors circuit » « hors champ » reviennent régulièrement. Un médecin généraliste précise qu' « après un premier rendez-vous avec le gynécologue, la patiente est reconvoquée systématiquement ». Une autre raison apparaît également, celle d'« un travail peu valorisé », « pas rémunéré ». Enfin la spécificité de ce suivi est abordée, expliquant que les médecins généralistes ne prennent plus en charge les grossesses. Le suivi des femmes enceintes serait « une activité qui échappe désormais complètement aux médecins généralistes, ce qui peut se concevoir étant donné la technicité grandissante de ce suivi ». Ces réflexions peuvent être mises en opposition avec les recommandations de la HAS qui précisent que les médecins généralistes sont habilités à suivre une grossesse non à risque (1).

Cependant, le suivi des femmes enceintes est également « hôpital dépendant », certains établissements assurent le suivi complet des femmes enceintes, d'autres « délèguent » plus facilement aux autres spécialistes libéraux de la périnatalité pour le suivi des deux premiers trimestres de grossesse non à risque. C'est le cas de la Communauté Périnatale de Roubaix (CPNR) qui propose à toutes les patientes, depuis le 1^{er} juillet 2009, une consultation d'orientation ou entretien prénatal précoce. Il s'agit d'une consultation de 40 minutes menée par des sages-femmes. Un travail de thèse a permis d'étudier le ressenti des femmes enceintes, des médecins généralistes et des sages-femmes exerçant en ambulatoire, et adhérant à la CPNR. Cette étude a montré que parmi les patientes dirigées vers un suivi ambulatoire après la consultation d'orientation : 6,10% étaient suivies par un généraliste, 41,30% par une sage-femme, 16,50% par un gynécologue et 15,20% par la PMI. Parmi celles n'ayant pas eu de consultation d'orientation 7,40% étaient suivies par un généraliste, 32,6% par la PMI, 13,5% par le gynécologue et 0,80% par une sage-femme (14).

Concernant la fréquence de suivi des femmes enceintes, la HAS recommande au minimum un suivi de grossesse mensuel, à partir de la dixième semaine d'aménorrhée soit huit consultations prénatales (1).

En cas de suspicion de grossesse à risque ou d'évènements intercurrents au cours de la grossesse, nous avons remarqué que les répondants adressaient plus volontiers leurs patientes à un gynécologue hospitalier qu'à un gynécologue de ville (99,4% vs 53,9%). Ces chiffres sont à interpréter avec précaution car cette question comprenait des données manquantes, notamment pour le centre pluridisciplinaire de diagnostic prénatal (CPDPN). D'après la HAS le niveau de risque de la grossesse doit être apprécié idéalement avant la grossesse, dans le cadre du suivi gynécologique lorsque la patiente exprime son désir de grossesse (consultation préconceptionnelle), avant la dixième semaine d'aménorrhée (1^{ère} consultation prénatale) et tout au long de la grossesse. Ainsi elle définit différents types de suivis et de demandes d'avis

possibles (gynécologue-obstétricien, autres spécialistes) pour les grossesses en fonction des situations à risque identifiées (**Annexe 1**) (1).

Le rôle de prévention et d'éducation du médecin généraliste est renforcé durant la période préconceptionnelle. Citons par exemple, la prise d'acide folique, pendant la période préconceptionnelle (qui ne représente encore qu'un quart des femmes en 2010) qui doit être planifiée au moment du projet de grossesse (13). Or, les gynécologues-obstétriciens ne sont encore que très peu sollicités à ce terme de la prise en charge. Les conseils prodigués sur la toxoplasmose et la rubéole font également parti de ces rôles préventif et éducatif. Il en est de même au sujet des informations concernant la vaccination contre la coqueluche dans l'entourage de la patiente (89% d'entre-elles affirment ne pas avoir reçu cette information, en 2010) (13), et la vaccination antigrippale (les femmes enceintes représentent un groupe à haut risque de complications en cas d'infection par la grippe)...

Pour la réalisation des 3 échographies obligatoires, les médecins généralistes se mettent plus facilement en relation avec un radiologue libéral (83,9%), qu'avec un gynécologue, qu'il soit hospitalier (58%) ou libéral (38,5%). Les radiologues hospitaliers arrivent en dernière position (17,2%). On peut imaginer que le médecin généraliste a un intérêt à se créer un réseau en médecine libérale, peut-être pour éviter une perte de suivi de ses patientes en faveur d'un établissement hospitalier. Nous avons également noté que peu de médecins généralistes adressaient leur patiente à une sage-femme que ce soit en libéral (2,9%) ou en hospitalier (8%). Cela s'explique par l'intitulé de notre question, qui s'intéresse uniquement à la réalisation des échographies, geste qui demande une formation spécifique dont toutes les sages-femmes n'ont pas forcément bénéficié.

La contribution des différents professionnels dans le suivi des grossesses s'est diversifiée avec un rôle plus grand des sages-femmes : celles-ci sont des professionnels privilégiés pour le suivi des grossesses à bas risque. Il aurait pu être intéressant d'étudier la

collaboration médecins généralistes/sages-femmes libérales dans le cadre de ce suivi. D'autant plus que l'évolution de la profession de sage-femme, laisse imaginer à l'avenir le développement de la prise en charge par les sages-femmes libérales des grossesses non compliquées et du post-partum, le secteur salarié ne pouvant se développer d'avantage (10). A noter que les sages-femmes du Littoral sont encore peu nombreuses à réaliser les consultations de suivi de grossesse que ce soit en libéral ou en hospitalier.

De manière générale, on observe une tendance des autorités à développer la prise en charge ambulatoire et libérale. En ce sens, l'Assurance Maladie met en place le programme d'accompagnement du retour à domicile (Prado), qui a pour objectif de « proposer aux patientes, en fonction de leur état de santé et de leurs souhaits, les conditions optimales, au moment du retour à domicile après hospitalisation » (15).

Ce service réservé aux femmes majeures est en cours de généralisation sur la France entière. Un conseiller de l'assurance maladie rend visite à la parturiente, lorsque la sortie est décidée et lui propose un suivi au domicile par une sage-femme libérale qu'elle choisit sur une liste (16). Les médecins généralistes ne pourraient-ils pas être intégrés à ce programme et travailler en collaboration avec la sage-femme si la situation le demande ?

Concernant le dépistage de la trisomie 21, des modalités d'organisation ont été précisées par un arrêté du 3 juin 2009. Le questionnaire ne permettait pas de vérifier si ces modalités étaient en accord avec ces nouvelles recommandations, à savoir le calcul d'un risque au premier trimestre prenant en compte les mesures échographiques de la clarté nucale et de la longueur cranio-caudale combinées au dosage des marqueurs sériques maternels après information claire de la patiente (17). Ce dépistage devrait être systématiquement proposé à toutes les patientes gestantes, or les praticiens libéraux n'étaient que 92,5% à le proposer dans notre étude. Parmi les 13 médecins généralistes ne réalisant pas le dépistage de la trisomie 21, 6 suivent les femmes enceintes au 1^{er} trimestre, 4 jusqu'au 2^e trimestre et 3 jusqu'au 3^e

trimestre. En médecine générale il est peut-être parfois difficile de se tenir informé de toutes les nouvelles recommandations...

On observe la même situation au sujet du dépistage du diabète gestationnel. Depuis 2010, le Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français (CNGOF) a émis de nouvelles recommandations, qui s'appuient sur de récents résultats de la littérature scientifique. Ces dernières préconisent dans un premier temps de rechercher les facteurs de risque de diabète de type 2 (âge supérieur ou égal à 35 ans, Indice de Masse Corporel (IMC) supérieur à 25 kg par m², antécédents de diabète chez les apparentés au 1^{er} degré, antécédents personnels de diabète gestationnel ou d'enfant macrosome). Si un facteur de risque est présent, il est conseillé de réaliser, au premier trimestre, un dosage de la glycémie à jeun, et entre 24 et 28 semaines d'aménorrhée (SA), une hyperglycémie provoquée par voie orale (HPO) (18). Dans notre enquête, les résultats peuvent être biaisés car nous n'avions pas précisé sur quelles modalités se baser (glycémie à jeun du 1^{er} trimestre ou HPO du 6^e mois). Parmi les 20 médecins généralistes ne le réalisant pas, 8 suivent les femmes enceintes jusqu'au 1^{er} trimestre, 10 jusqu'au 2^e trimestre et 2 jusqu'au 3^e trimestre.

L'entretien du 4^e mois a été proposé par la « mission périnatalité » en 2003, afin d'assurer une prise en charge psychosociale (19). Il a été mis en place par le « plan périnatalité 2005-2007 », il s'agit d'un entretien individuel et/ou en couple qui doit être systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes, aux futurs parents, au cours du 4^e mois. Il a pour objectifs de « favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins, de leur projet, de leur donner les informations utiles sur les ressources de proximité dont ils peuvent disposer pour le mener à bien et de créer des liens sécurisants, notamment avec les partenaires du réseau périnatal les plus appropriés » (20). Dans cette étude, on remarque que cet entretien est peu mis en œuvre en médecine de ville (21,6% dont 7,7% le réalisant et 13,9% l'organisant). Pourtant étant fréquemment au contact avec ses patientes et dans leur

environnement, le médecin généraliste serait à même de percevoir précocement les fragilités potentielles d'une grossesse. Cependant on peut expliquer cette faible réalisation par le fait que le généraliste reste « le médecin de famille » et connaît bien la situation familiale, sociale et économique de ses patientes et ne ressent donc pas forcément la nécessité de réaliser un entretien dédié à cette problématique. De plus cet entretien demande du temps, ce qui peut être un frein à sa réalisation en consultation. Enfin, on peut s'interroger sur la connaissance effective de celui-ci. Afin de mener correctement cet entretien il est nécessaire de réaliser une formation spécifique. Les 16 professionnels libéraux le réalisant ont-ils bien cerné les particularités de cet entretien ? Et ont-ils réalisé la formation ? L'enquête nationale périnatale de 2010 révèle que l'évolution de sa mise en œuvre est lente. Ceci peut s'expliquer par un travail important de sensibilisation des femmes, d'organisation entre différents services et acteurs, et de formation, nécessaires avant une mise en place effective de ce nouveau dispositif (13).

Concernant les niveaux de prise en charge néonatale des maternités, 15,4% ont répondu positivement à la question de leur connaissance, ce qui représente une faible part. Seuls 29 médecins généralistes ont défini les différents niveaux, 6 d'entre eux avaient une définition correcte et 5 une réponse approchante. Les types de maternités sont définis en **annexe 4** (7) (8) (9).

Au sujet de la prise en charge gynécologique, tous les médecins généralistes, sauf deux, assuraient un suivi de contraception et 89,1% réalisaient des surveillances gynécologiques de leurs patientes. Ce qui représente une part importante. Il aurait pu être intéressant de distinguer « frottis » et « dépistage du cancer du sein », ainsi que les modalités de réalisation pour ce dernier, mais ceci n'était pas l'objet de notre étude, qui est la périnatalité. A propos des consultations du post-partum, on note que les femmes sont plus nombreuses à les réaliser (83,3% vs 62,5% des hommes) ($p=0,016$), on peut supposer qu'il

s'agisse d'un choix orienté par la patiente qui préfèrerait faire appel à un médecin femme. Ou d'un choix du médecin qui pourrait être moins intéressé ou moins à l'aise dans la prise en charge du post-partum.

En revanche, le fait de prendre en charge les femmes enceintes était un élément favorisant la réalisation des consultations du post-partum ($p=0$), des surveillances gynécologiques ($p=0$), ainsi que la prise en charge de l'allaitement maternel ($p=0$), et des nouveau-nés ($p=0,034$).

5 L'allaitement

Les 10 recommandations de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) pour permettre un bon démarrage de l'allaitement ainsi que l'initiative « Hôpital ami des bébés » sont inconnues du grand public et peu connues des professionnels de santé (21) (22) (**Annexe 6**).

Alors que la proportion d'enfants nourris entièrement au sein continue de progresser, avec un taux qui est passé de 40,5% en 1995 à 45% en 1998, 55,4% en 2003 et 60,2% en 2010 (13), le taux d'allaitement dans la région du Littoral reste bas en maternité (44,8% dont 41,8% exclusivement en octobre 2011) et diminue de moitié au cours des deux premiers mois, selon une récente enquête réalisée par le réseau PAULINE. C'est à ce moment que les difficultés d'allaitement sont les plus fréquentes et occasionnent 70% des arrêts de l'allaitement (en dehors des difficultés, la reprise du travail est le motif d'arrêt 7 fois sur 10). Parmi celles qui vont solliciter une aide, 14,3% d'entre-elles se tournent vers le médecin traitant, qui arrive en 2^e position, après la puéricultrice de PMI (30%) (23).

Dans notre étude, 2 médecins généralistes sont défavorables à l'allaitement maternel et ont expliqué leurs motivations (complications maternelles et le facteur « contrainte »). Très peu de médecins généralistes ont justifié leur position favorable vis-à-vis de l'allaitement

maternel. Parmi ces 26 réponses, les bienfaits pour l'enfant et le lien mère-enfant sont les 2 thèmes les plus souvent retrouvés.

Le pourcentage de médecins généralistes étant à l'aise face à l'allaitement maternel est assez surprenant. En effet, 87,5% estiment être à l'aise alors que ce chiffre ne semble pas être représentatif de la réalité. Une étude de 2009, réalisée dans la région Nord-Pas-de-Calais et ayant fait l'objet d'un travail de thèse, mettait en évidence les lacunes des médecins généralistes en matière d'accompagnement de l'allaitement maternel, ainsi que leur manque de connaissances des recommandations actuelles de la HAS de 2002 (24). Plus d'un médecin sur deux mettaient au moins une fois l'allaitement maternel en danger (c'est-à-dire lorsqu'ils arrêtaient l'allaitement maternel alors que cela n'était pas nécessaire ou lorsqu'ils avaient une attitude contraire aux recommandations, compromettant ainsi la poursuite de l'allaitement) (25). Le ressenti des autres professionnels de la périnatalité vient également appuyer cette affirmation. Les médecins généralistes ne sont peut-être pas assez sensibilisés à l'allaitement maternel et arrêtent ce dernier parfois prématurément (malgré des efforts nécessaires lors de sa mise en place dans certaines situations) et ce, du fait de convictions personnelles.

Cette fausse représentativité du sentiment d'aisance peut également s'appuyer sur la discordance observée entre leurs sentiments de souplesse et facilité face à l'allaitement maternel, et leur besoin de formation supplémentaire (alors que 87,5% des médecins généralistes se sentent à l'aise face à l'allaitement maternel, 44,2% d'entre eux estiment néanmoins avoir besoin de formation). Cette contradiction pourrait s'expliquer par la généralité de la question « vous sentez-vous à l'aise face à l'allaitement maternel ? ». Que peut-on interpréter dans le terme « aisance » ? Un médecin généraliste pourrait-il être à l'aise dans un domaine avec une connaissance non satisfaisante ? Cependant, en dehors de cette comparaison, tout de même près de la moitié des médecins généralistes ressentent le besoin d'actualiser leurs connaissances sur ce sujet. D'autant plus que l'allaitement maternel est un

terme évoqué dans les études médicales, mais mal approfondi. En effet, les étudiants en médecine n'ont qu'une à deux heures d'enseignement sur ce thème, dont l'item est intitulé « allaitement maternel et complications »... Or l'enquête réalisée par le réseau montre que les difficultés les plus souvent rencontrées sont la fréquence trop grande des tétées et des pleurs du bébé, la fatigue, l'insuffisance de prise de poids le premier mois et les difficultés de succion. Elles représentent 82,1% des difficultés rencontrées par les mamans, les « complications » (crevasses et engorgement) n'étant que très peu retrouvées (17,9%) (23). C'est dans les écoles de sages-femmes et de puéricultrices qu'est réalisé le plus gros effort de formation. D'autre part, la plupart des maternités ont formé la majorité du personnel à cette pratique, mais le secteur libéral, en particulier la médecine générale, reste encore peu sollicité dans ce domaine (26). Il existe cependant un DIU de Lactation Humaine et Allaitement Maternel ouvert à tous, mais seuls 15,9% des médecins le connaissent et aucun ne l'a passé. On peut bien sûr imaginer que ce type de formation demande de dégager beaucoup de temps, en plus de la formation médicale continue, chose qui n'est pas forcément facile pour un médecin généraliste installé. Ceci concorde avec certains commentaires écrits par les médecins, l'un d'eux écrit à propos des diplômes complémentaires : « trop loin, pas le temps ».

Par ailleurs, cette même enquête réalisée par le réseau PAULINE, montre que le choix de l'allaitement maternel est antérieur à la grossesse (49,5%) ($p < 0,01$) (23). La place du médecin généraliste, en apportant précocement ses informations et ses conseils à ses jeunes patientes, permettrait peut-être de favoriser la décision d'allaiter.

Concernant le numéro de la permanence téléphonique du réseau PAULINE, mis en place en 2008, seuls 14,3% des médecins le connaissent. Optimiser la collaboration avec le réseau serait d'autant plus souhaitable que seules 18,4% des mamans qui allaitent connaissent ce

numéro dans la région et qu'il est parfois difficile de répondre aux problèmes d'allaitement en ville (23).

En conséquence, un développement de la formation des médecins généralistes ainsi qu'une meilleure information des aides mises en place par le réseau périnatal permettraient peut-être d'accroître le taux d'allaitement ainsi que d'en prolonger sa durée. L'intérêt des médecins généralistes pour l'allaitement reste majeur, mais leurs prises en charge, souvent partielles et dans la limite des recommandations, demeurent difficilement perfectibles si le travail est réalisé de façon isolée. Des possibilités d'amélioration (comme majorer la formation sur l'allaitement maternel pendant les études médicales, l'apprentissage d'une échelle de dépistage des patientes à risque d'échec où en difficulté avec leur allaitement, la création de formations médicales continues (FMC) spécialisées, la création d'une cotation « consultation allaitement »...) ont déjà été évoquées, notamment lors d'un travail de thèse mais leurs mises en place s'avèrent complexes (25).

6 Le nouveau-né

La pédiatrie reste une activité essentielle de la médecine générale (97,5%), avec dans la majorité des cas un suivi régulier, à savoir plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine. Les médecins généralistes ont leur rôle de proximité dans la prise en charge pédiatrique : 98% sont consultés pour des problèmes intercurrents ; viennent ensuite leur rôle de prévention (96% réalisent les vaccinations) et de surveillance (suivis mensuel et obligatoire). Ces résultats concordent avec l'image que l'on se fait du « médecin de famille » qui prend en charge toutes les générations.

Plus de la moitié des médecins généralistes prennent en charge les nouveau-nés à risque (61,7%), qu'ils aient passé ou non l'attestation de pédiatrie. Ce terme regroupe des entités multiples, qui ne seront pas abordées dans ce travail. Ce taux de prise en charge pourrait

partiellement s'expliquer par l'augmentation, lente mais régulière, depuis 1995, de la prématurité (les taux étaient de 4,5% en 1995, 4,7% en 1998, 5,0% en 2003 et 5,5% en 2010) (13). On peut se demander si la question posée était assez précise. En effet, pour une part importante, les répondants ont précisé que ce suivi se réalisait en collaboration avec le secteur hospitalier ou le pédiatre. On peut donc imaginer que ce résultat soit sous-estimé dans la mesure où le médecin peut être consulté pour des problèmes intercurrents bien qu'un suivi se réalise également en milieu spécialisé.

Il semblerait donc que la relation ville/hôpital soit davantage présente dans le domaine pédiatrique qu'obstétrical.

7 Les motifs de non suivi

Concernant les médecins généralistes ne prenant pas en charge les femmes enceintes, près d'un tiers d'entre eux (29%) ont le sentiment d'être désavantagés au profit des maternités. Un médecin écrit : « A noter que les gynécologues de Calais considèrent que ce n'est pas du ressort des médecins généralistes de suivre les grossesses même normales et les en dissuadent de toutes les façons ». Un autre signale qu'il suit des grossesses « jusqu'au 2^e trimestre mais peu car elles partent vers les maternités ».

Vient ensuite le respect du choix de la patiente (24%). Un généraliste précise qu'auparavant « il suivait des grossesses à tous les stades (...) mais plus aucune aujourd'hui. Il s'agit d'un choix de la patiente qui est orientée vers des structures autres que les médecins généralistes ». Ce même ressenti concernant le choix de patiente est retrouvé dans l'enquête concernant l'évaluation de la CPNR où les médecins plus âgés ont vu leur place dans le suivi des femmes se restreindre progressivement au fil des années au profit des spécialistes (14). Parallèlement à ces deux constatations, on pourrait y associer la question de la surmédicalisation et surspécialisation de la grossesse, tendance qui continue à s'accroître au

cours des dernières années (13). Le nombre total de consultations prénatales a augmenté de manière importante entre 2003 et 2010, cependant cette différence peut s'expliquer en partie par la prise en compte, en 2010, des consultations aux urgences.

Le facteur « temps » est retrouvé 20 fois (13%), tant le champ de la médecine générale est vaste et riche. Nos résultats vont dans le sens de l'étude réalisée dans le cadre de la CPNR où les deux principales difficultés pratiques pouvant survenir lors du suivi de grossesse étaient le manque de temps et de formation (14).

Le lieu d'exercice (notamment le milieu rural et semi-rural dont la part est non négligeable, 48,6%) n'interfère pas dans la prise en charge périnatale, contrairement à ce qui aurait pu être pensé et à ce qui a déjà été démontré dans des études antérieures. En effet, l'étude de la pratique des médecins généralistes au sein du réseau périnatal d'Auvergne révélait que leurs taux de suivi des femmes enceintes et des nouveau-nés étaient beaucoup plus élevés en milieu semi-rural et rural qu'en milieu urbain (93,9% en milieu rural, 91,4% en milieu semi-rural et 59,5% en milieu urbain) ($p < 0.0001$) (11). Toutefois les régions d'Auvergne et Nord-Pas-de-Calais sont différentes en terme de densité de population, l'Auvergne est moins peuplée avec une densité chiffrée à 52 habitants au km², contre 329,5 habitants au km² dans le Nord-Pas-de-Calais (196,7 pour le Littoral et l'Audomarois). Ainsi la ruralité prédomine en Auvergne, où l'on trouve des zones éloignées des maternités. Le médecin généraliste occupe un rôle de proximité, pouvant parer à l'éloignement des patientes des maternités. La différence ainsi observée peut s'expliquer par un effet centre dans notre région (27).

En revanche, on remarque que le manque d'expérience (10%) et de formation (10%) ne sont pas des motifs fréquemment cités. Ceci pourrait s'expliquer, en partie, par les années d'exercice qu'ont la majorité des répondants (34,6% entre 20 et 30 années d'exercice et 30,3% entre 30 et 40). En effet, ils ont pu pratiquer davantage la périnatalité, notamment le

suivi obstétrical, en début d'activité professionnelle, à une période où le médecin généraliste occupait une plus grande place. Néanmoins, le suivi de la femme enceinte a fait l'objet de nombreuses avancées et recommandations depuis des dizaines d'années.

Le manque d'intérêt pour la périnatalité n'est pas un motif, que ce soit pour le suivi des femmes enceintes ou des nouveau-nés (5% et 7%).

Aux choix de la patiente (33%) et pertes de suivi vers les maternités (19%), s'ajoutent les pertes de suivi vers la PMI (25%), pour les médecins généralistes ne prenant pas en charge les nouveau-nés. Le motif manque de temps est cité dans la même proportion que le suivi des femmes enceintes (10%) alors que le manque d'expérience est quasiment inexistant (1%).

PERSPECTIVES

Le taux de prise en charge des grossesses par les médecins généralistes reste faible par rapport au taux de suivi des nouveau-nés malgré l'intérêt qu'ils portent à cette pratique.

Parmi les 6 motifs de non suivi des femmes enceintes 3 items pourraient éventuellement être palliés.

D'une part en ce qui concerne les femmes se présentant dès le début de grossesse à la maternité pour leur suivi. Au terme de la consultation si la grossesse s'avère non à risque, on pourrait proposer à la patiente un suivi en ville par son médecin traitant si celui-ci est d'accord, ou une sage-femme libérale, et ce jusque 32 SA. Cette première consultation serait l'occasion d'ouvrir le dossier obstétrical si ce n'est pas encore fait. Deux consultations seraient maintenues (combinant examen clinique et échographique) menées par un gynécologue ou une sage-femme diplômée d'échographie en milieu hospitalier ou libéral, selon le choix de la patiente, aux alentours de 12 SA et 22 SA. Ce dispositif permettrait au médecin traitant d'avoir un interlocuteur désigné en cas de problème. Dans le cas où la patiente choisirait le milieu hospitalier pour ces 2 consultations, ceci permettrait de la mettre en confiance en la familiarisant avec le lieu d'accouchement tout en maintenant le suivi avec le médecin traitant. Cette consultation serait également l'occasion d'organiser les cours de préparation à la naissance et de prévoir l'entretien du 4^e mois avec une personne qualifiée. En ce sens, il faudrait former à cet entretien les professionnels de la périnatalité qui le souhaitent, on pourrait ainsi établir une liste des professionnels hospitaliers ou libéraux habilités à le pratiquer afin de laisser le choix à la patiente.

D'autre part le facteur temps fréquemment évoqué par les généralistes interrogés est difficile à parer cependant, comme le notent certains d'entre eux, la consultation de suivi de grossesse pourrait faire l'objet d'une revalorisation.

Enfin, pour répondre à leurs manques d'expérience et de formation, le réseau de santé PAULINE pourrait organiser des formations spécifiques répondant à leurs attentes et

développer un support informatique regroupant des faits et connaissances diverses. Cette notion est développée dans le deuxième travail s'intéressant plus particulièrement au réseau de périnatalité.

Il paraît donc nécessaire d'approfondir la complémentarité ville-hôpital, qui reste mal vécue par la majorité des médecins généralistes. Le secteur hospitalier étant lui-même surchargé de travail, cette mise en commun des savoirs et des pratiques de manière organisée, serait bénéfique à la prise en charge des femmes enceintes et de leurs nouveau-nés.

CONCLUSION

La prise charge de la périnatalité est une activité régulière et homogène des médecins généralistes de l'Audomarois et du Littoral, quels que soient leurs profils. Compte tenu de l'évolution démographique médicale, elle devrait s'accroître dans les années à venir. Les généralistes jouent un rôle non négligeable dans l'orientation et la surveillance des 2 premiers trimestres de la grossesse mais occupent également un rôle majeur dans le suivi des nouveau-nés et dans la prévention (dans le cadre de la périnatalité et du suivi gynécologique). Ils sont favorables à l'allaitement, cependant leur formation reste à parfaire ainsi que leur connaissance des outils mis en place par le réseau de périnatalité, afin d'améliorer le taux et la durée de l'allaitement maternel.

Pour améliorer le suivi périnatal par les médecins généralistes, nous avons tenté de dégager des idées d'organisation au terme de cette étude. Le réseau contribuerait à favoriser ce suivi par le développement de la coordination ville-hôpital. Cet objectif est abordé dans l'autre travail de thèse intitulé « Le réseau de santé périnatal PAULINE : connaissances et attentes des médecins généralistes de l'Audomarois et du Littoral », traitant la deuxième partie du questionnaire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Haute Autorité de Santé. Recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. [Internet]. 2007 [cité 16 févr 2013]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf
2. Le Breton-Lerouillois G, Chapdelaine P, Bissonnier C, Boetsch D, Matuszewski C. La démographie médicale à l'échelle des bassins de vie en région Nord-Pas-de-Calais. Situation au 1er juin 2011. [Internet]. [cité 20 avr 2013]. Disponible sur: http://www.conseil-national.medecin.fr/system/files/Atlas_Nord_Pas_de_Calais_2011.pdf
3. RPPS 2012 ; Insee, RP 2010 ; traitement ORS Nord – Pas-de-Calais.
4. Le Breton-Lerouillois G, Chapdelaine P, Bissonnier C, Boetsch D, Matuszewski C. Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2013. Conseil National de l'Ordre des Médecins; 2013.
5. Sicart D. Les professions de santé au 1er janvier 2012. Document de travail. Série statistique n°168. [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques DRESS; 2012 [cité 15 juin 2013]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat168.pdf>
6. Articles R 2132-1, R2132-2 et R2132-3 du Code de la Santé Publique [Internet]. [cité 23 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>
7. Décret n°98-899 du 9 octobre 1998 modifiant le titre 1er du livre VII du code de la santé publique et relatif aux établissements de santé publics et privés pratiquant l'obstétrique, la néonatalogie ou la réanimation néonatale. [Internet]. JORF n°235 du 10 octobre 1998 page 15343; [cité 17 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>
8. Décret n°98-900 du 9 octobre 1998 relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation et modifiant le code de la santé publique. [Internet]. JORF n°235 du 10 octobre 1998 page 15344; [cité 17 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.legifrance.gouv.fr>
9. Haute Autorité de santé. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Recommandations de bonne pratique. [Internet]. 2009 [cité 17 nov 2012]. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf
10. Cavillon M. La profession de sages-femmes : constat démographique et projections d'effectifs. Etudes Résultats [Internet]. mars 2012 [cité 20 mai 2013];(791). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-profession-de-sage-femme-constat-demographique-et,10809.html>
11. Vendittelli F, Brunel S, Veillard J-J, Gerbaud L, Lémery D. Evaluation de l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 2009;(38):559-573.

12. Institut National de la Statistique et des Etudes Economique. Méthode d'actualisation du nouveau zonage en aires urbaines. 2010.
13. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité Rech Epidémiologique En Santé Périnatale Santé Femmes Enfants INSERM-U 953. mai 2011;
14. Claude C, Blary L. Evaluation de la communauté périnatale de Roubaix : un réseau périnatal de proximité. [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine Lille]; 2012.
15. Caisse Nationale de l'Assurance Maladie. Service d'accompagnement du retour à domicile (Prado) : point de situation. 2013.
16. Un accompagnement à domicile après l'accouchement [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.ameli.fr/assures/droits-et-demarches/par-situation-personnelle/vous-allez-avoir-un-enfant/vous-etes-enceinte-votre-grossesse/un-accompagnement-a-domicile-apres-l'accouchement_alpes-de-haute-provence.php
17. Pr Dommergues M, Dr Scemama O. Nouvelles stratégies de dépistage de la trisomie 21 : impact et mise en oeuvre. [Internet]. Haute Autorité de Santé; Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1165790/fr/nouvelles-strategies-de-depistage-de-la-trisomie-21-impact-et-mise-en-oeuvre
18. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Société Francophone du Diabète. Recommandations pour la pratique clinique. Le diabète gestationnel. Extrait des mises à jour en gynécologie et obstétrique. 10 déc 2010;671 -684.
19. Pr. Bréart G, Pr. Puech F, Pr. Rozé JC. Mission périnatalité. Conclusions. Vingt propositions pour une politique périnatale. [Internet]. 2003 [cité 17 nov 2012]. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/034000572/0000.pdf>
20. Ministère de la santé et de la protection sociale. Plan « périnatalité » 2005-2007 Humanité, proximité, sécurité, qualité. [Internet]. 2004 [cité 8 sept 2012]. Disponible sur: http://www.perinat-france.org/upload/professionnelle/plan/plan_perinatal/planperinat2005_2007.pdf
21. UNICEF-World Health Organization. Baby Friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrated care. Section 1 : Background and implementation, 2009. Original BFHI Guidelines developed 1992. [Internet]. Disponible sur: <http://www.unicef.org/nutrition/>
22. Coulet O, Vidailhet M, Turck D. Chapitre 7 : Allaitement maternel. Alimentation de l'enfant en situation normale et pathologique. Progrès en pédiatrie 33. 2e édition. Pierre Cochat; p. 71-93.
23. Tilmon P, Lubineau A, Vancayezelle S, Gonzalez S, Klein JF, Poher M. L'allaitement maternel de la naissance à 6 mois : enquête au sein d'un réseau périnatal en région Nord-Pas-de-Calais. Rev Médecine Périnatale. 2012;4(Supplément 1):S64.
24. Haute Autorité de Santé. Allaitement maternel - Mise en oeuvre et poursuite dans les 6 premiers mois de vie de l'enfant. 2002.

25. Vuylsteker L. Prise en charge des complications maternelles de l'allaitement par les médecins généralistes de la région Nord-Pas-de Calais en 2009. Comparaison des pratiques avec les recommandations de l'Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). [Thèse pour le diplôme d'état de docteur en médecine Lille]; 2010.
26. Vilain A. Les maternités en 2010 - Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale. Etudes Résultats [Internet]. oct 2011 [cité 20 mai 2013];(776). Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/er776-2.pdf>
27. Institut National de la Statistique et des Etudes Economique. Panorama des régions françaises : 1.3 Auvergne. La France et ses régions - édition 2010 [Internet]. [cité 11 janv 2014]. p. 98 - 101. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/regions/auvergne/default.asp?page=faitsetchiffres/presentation/presentation.htm>
28. Le Calendrier des vaccinations et les recommandations vaccinales 2013 selon l'avis du Haut Conseil de la santé publique. Bull Épidémiologique Hebd. 19 avr 2013;(14-15):129-160.

ANNEXES

Annexe 1 : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

SYNTHÈSE DES RECOMMANDATIONS PROFESSIONNELLES

SUIVI ET ORIENTATION DES FEMMES ENCEINTES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES

Mai 2007

OBJECTIF : aider au suivi de la grossesse normale et améliorer l'identification des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et fœtales (hors accouchement) pouvant potentiellement compliquer la grossesse afin d'en adapter si besoin le suivi.

QUEL SUIVI POUR QUELLE GROSSESSE ?

DIFFÉRENTS SUIVIS ET DEMANDES D'AVIS POSSIBLES POUR LES GROSSESSES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES (ACCORD PROFESSIONNEL)

Suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que 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.

Conditions nécessaires :

- formation théorique et pratique adaptées au suivi des grossesses
- exercice dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales

QUAND APPRÉCIER LE NIVEAU DE RISQUE ?

- **Idéalement avant la grossesse**, dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (principe d'une consultation préconceptionnelle)
- **Avant 10 semaines d'aménorrhée (SA)**, lors de la première consultation du suivi de grossesse
- **Tout au long de la grossesse**, jusqu'à la consultation du 9^e mois ou l'accouchement

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 ^{re} consultation avant 10 SA	2 ^e consultation avant 15 SA
	-	Établir le diagnostic de grossesse et dater la grossesse	Établir la déclaration de grossesse et fixer la date présumée de l'accouchement
Examens cliniques et biologiques	Examen gynécologique frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4 ^e mois ; si possible bruits du cœur fœtal
	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole recherche d'agglutinines irrégulières 	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) toxoplasmose et rubéole syphilis glycosurie et protéinurie recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B 	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA) glycosurie et protéinurie
	Sérologie proposée VIH (population à risque)	Examens proposés systématiquement (2) <ul style="list-style-type: none"> sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH dépistage combiné du 1^{er} trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1^{re} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre) Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> examen cytobactériologique des urines (ECBU) dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque 	Examens proposés systématiquement dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2 ^e trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre
		Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète) Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 µg/jour Informeur sur le suivi de la grossesse	Débuter l'élaboration d'un projet de naissance
Information et prévention			

Consultation (Cs)	3 ^o Cs	4 ^o Cs	5 ^o Cs	6 ^o Cs	7 ^o Cs
Mois de gestation	4 ^o mois	5 ^o mois	6 ^o mois	7 ^o mois	8 ^o mois
Examen clinique Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	X	X	X	X	X
Évaluation de la présentation fœtale	-	-	-	-	X
Consultation de pré-anesthésie	-	-	-	-	X
Sérologies à prescrire obligatoirement (1)					
● Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
● 2 ^e détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
● RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	-	-	X	-	X
● Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
● Recherche de l'antigène HBs	-	-	X	-	-
● Hémogramme	-	-	X	-	-
Examens à proposer systématiquement					
● 2 ^e échographie (entre 20 et 25 SA)	-	X	-	-	-
● 3 ^e échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	X	-
● Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
● Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
Examens à proposer éventuellement					
ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

Consultation du 9 ^e mois	
	Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)
Examens cliniques et biologiques	Réaliser un examen clinique général et obstétrical Poids ; PA ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des contractions utérines ; présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> ● Toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente ● Glycosurie et protéinurie
	Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> ● ECBU en cas d'antécédents ou de diabète
Information et prévention	Donner des informations pratiques
	Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant

PA : pression artérielle ; Ac : anticorps ; Ag : antigène ; SA : semaines d'aménorrhée ; ECBU : examen cytotobactériologique des urines.

(1) décret n°92-143 du 14 février 1992 ; (2) loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 101/

QUELLES SONT LES SITUATIONS À RISQUE ?

Rechercher :

- **des facteurs de risque généraux** (notamment des facteurs individuels et sociaux ; un risque professionnel ; des antécédents familiaux) ;
- **des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non** (notamment des antécédents chirurgicaux ; des pathologies utéro-vaginales) ;
- **des antécédents personnels liés à une grossesse précédente** (notamment des antécédents obstétricaux ou liés à l'enfant à la naissance) ;
- **une exposition à des toxiques** (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes) ;
- **des facteurs de risque médicaux** (notamment diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation)
- **des maladies infectieuses** (notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis) ;
- **des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux** (notamment cancer du sein, hématome rétroplacentaire, incompatibilité fœto-maternelle).

Pour chacune des situations à risque identifiées au cours de la grossesse, un type de suivi ou une demande d'avis a été recommandé (cf. tableau 1 des recommandations).

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles :

« Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » - Recommandation pour la pratique clinique – Mai 2007.

Les recommandations et l'argumentaire sont consultables dans leur intégralité sur www.has-sante.fr

Annexe 2 : Suivi de l'enfant jusque l'âge de 6 ans

Neuf examens médicaux sont obligatoires au cours la première année dont un dans les 8 jours suivant la naissance et un au cours du 9^e mois. Puis, 3 examens du 13^e mois au 25^e mois dont un au 24^e mois. Et enfin deux par an pour les 4 années suivantes.

Les examens du 8^e jour, 9^e et 24^e mois amènent à la rédaction d'un certificat de santé qui est envoyé de manière confidentielle au médecin responsable du service de la protection maternelle et infantile (PMI) du département du lieu de résidence.

Les examens sont faits soit par un médecin de la PMI soit par un médecin choisi par les parents de l'enfant ou la personne ayant la garde de celui-ci. Ils ont pour objet la surveillance de la croissance staturo-pondérale et du développement physique, psychomoteur et affectif de l'enfant, ainsi que le dépistage précoce des anomalies ou déficiences et la pratique des vaccinations (6).

En avril 2013, le calendrier vaccinal a été modifié (7) . Les nouvelles recommandations jusque 6 ans sont :

- A 2 mois : vaccin hexavalent (diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, haemophilus influenzae b et hépatite B (DTPCa-Hib-HepB)) et vaccin pneumococcique conjugué
- A 4 mois : vaccin hexavalent (DTPCa-Hib-HepB) et vaccin pneumococcique conjugué
- A 11 mois : vaccin hexavalent (DTPCa-Hib-HepB) et vaccin pneumococcique conjugué
- A 12 mois : 1^{ère} dose rougeole, oreillons, rubéole (ROR) et vaccin méningococcique conjugué
- A 16 mois : 2^{ème} dose ROR
- A 6 ans : vaccin tétravalent (DTPCa)

Annexe 3 : Questionnaire

LES FEMMES ENCEINTES

1. A) Votre activité vous conduit-elle à prendre en charge des femmes enceintes ?

OUI NON

Si non, allez directement à la question 2.

Si oui, répondez aux questions suivantes.

B) Jusque quel stade de la grossesse suivez-vous les femmes enceintes ?

1^{er} trimestre

2^{ème} trimestre

3^{ème} trimestre

C) A quelle fréquence suivez-vous les femmes enceintes dans le cadre du suivi de grossesse ?

Moins d'une fois par mois

Plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine

Plus d'une fois par semaine

D) En cas de suspicion de grossesse à risque ou d'événements intercurrents au cours de la grossesse, adressez-vous la patiente à :

-Un gynécologue de ville OUI NON

-Un gynécologue hospitalier OUI NON

-au centre de diagnostic anténatal OUI NON

E) Concernant la réalisation des 3 échographies obligatoires, êtes-vous en relation avec :

Un gynécologue libéral Un gynécologue hospitalier

Un radiologue libéral Un radiologue hospitalier

Une sage-femme libérale Une sage-femme hospitalière

F) Proposez-vous les dépistages:

-De la trisomie 21 ? OUI NON

-Du diabète gestationnel ? OUI NON

G) Concernant l'entretien individuel du quatrième mois :

Vous ne l'abordez pas

Vous l'organisez

Vous le réalisez

H) Connaissez-vous les définitions des différents niveaux de prise en charge néonatale des maternités ?

OUI NON

Si oui, pouvez-vous nous définir les différents niveaux de maternité?

Niveau 1 :

Niveau 2A :

Niveau 2B :

Niveau 3 :

I) Quelle est la maternité la plus proche de chez vous ?

2. Votre activité vous conduit-elle à réaliser :

A) Des consultations du post-partum ?

OUI NON

B) Des prescriptions de contraception ?

OUI NON

C) Des surveillances gynécologiques de vos patientes (frottis, dépistage cancer du sein)

OUI NON

L'ALLAITEMENT

3. A) Votre activité vous conduit-elle à prendre en charge l'allaitement maternel?

OUI NON

B) Quelle est votre position en ce qui concerne l'allaitement maternel ?

Plutôt favorable

Plutôt défavorable

Pourquoi ?

C) Vous sentez-vous à l'aise face à l'allaitement maternel ?

OUI NON

D) Estimez-vous avoir besoin d'une formation sur l'allaitement maternel ?

OUI NON

E) Connaissez-vous le numéro de la permanence téléphonique du réseau Pauline ?

OUI NON

LE NOUVEAU-NE

4. A) Votre activité vous conduit-elle à prendre en charge des nouveau-nés ?

OUI NON

Si non, allez directement à la question 5.

Si oui, répondez aux questions suivantes.

B) A quelle fréquence suivez-vous les nouveau-nés ?

- Moins d'une fois par mois
 Plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine
 Plus d'une fois par semaine

C) Quelles situations vous amènent à prendre en charge les nouveau-nés ?

- Examen de suivi mensuel
 Examen de suivi obligatoire
 Vaccination
 Problème intercurrent

D) Suivez-vous les nouveau-nés à risque ? (nouveau-nés ayant des antécédents néonataux risquant de présenter des difficultés de développement)

OUI NON

LE RESEAU PAULINE

5. Connaissez-vous le réseau de santé périnatale Pauline ?

OUI NON

Si oui, avez-vous déjà été invité à une réunion du réseau Pauline ?

OUI NON

Si oui, y avez-vous assisté ?

OUI NON

6. Connaissez-vous le dossier commun de suivi de grossesse des réseaux de santé de périnatalité ?

OUI NON

Si oui : -Savez-vous où vous procurer les exemplaires vierges de ce dossier ?

OUI NON

-L'utilisez-vous ?

OUI NON

-Le remettez-vous à la patiente à l'issue de la consultation ?

OUI NON

-Y avez-vous accès à chaque consultation, en rapport ou non avec la grossesse ?

OUI NON

-Trouvez-vous que le dossier est bien partagé par tous les professionnels ?

OUI NON

7. Par rapport à l'organisation en réseau périnatal d'une façon générale :

A) Concernant le vécu du médecin, qu'attendez-vous de votre intégration dans un réseau périnatal ? (cochez les 3 éléments les plus importants selon vous)

-Le réseau doit favoriser les collaborations entre acteurs de ville et maternité

-Le réseau doit proposer la formation théorique et pratique

Quels sujets souhaiteriez-vous aborder lors de ces formations ?

-Le réseau doit homogénéiser les pratiques

-Le réseau doit permettre d'améliorer le suivi des patients et des nourrissons

-Le réseau doit faciliter l'accès aux spécialistes de la périnatalité.

B) Concernant l'informatique (cochez les 2 éléments les plus importants selon vous)

-Il faut un dossier médical commun qu'on puisse se partager

-Ce dossier optimisera la coordination des différents professionnels

-L'informatique doit faire gagner du temps

-L'informatisation du réseau doit faciliter l'évaluation des pratiques professionnelles

C) Concernant le réseau de santé périnatale Pauline ?

❖ Êtes-vous informé des activités du réseau Pauline

OUI NON

❖ Êtes-vous informé des journées de formation du réseau Pauline (à titre d'exemple, formation allaitement proposée chaque année) ?

OUI NON

Si oui, y avez-vous participé ?

OUI NON

Si oui, le contenu vous paraît-il adapté à vos problématiques ?

OUI NON

❖ Recevez-vous des documents d'information du réseau Pauline (à titre d'exemple, les nouvelles recommandations du dépistage de la trisomie 21) ?

OUI NON

❖ Connaissez-vous l'annuaire des professionnels du réseau Pauline?

OUI NON

❖ Connaissez-vous le site internet du réseau Pauline?

OUI NON

❖ S'il est prévu prochainement une plateforme régionale d'échanges, entre professionnels, de données médicales concernant les patientes enceintes ou leurs nouveau-nés, l'utiliserez vous ?

OUI NON

FORMATION UNIVERSITAIRE

8. Connaissez-vous le DIU de gynéco obstétrique à destination des médecins généralistes ?

OUI NON

Si oui, l'avez-vous passé ?

OUI NON

9. Connaissez-vous le DIU d'allaitement ?

OUI NON

Si oui, l'avez-vous passé ?

OUI NON

10. Connaissez-vous l'attestation universitaire de pédiatrie à destination des médecins généralistes ?

OUI NON

Si oui, l'avez-vous passé ?

OUI NON

VOTRE PROFIL

11. Caractéristiques socioprofessionnelles

- a) Sexe : Homme Femme
- b) Lieu d'exercice : Rural semi rural urbain
Département :
- c) Avez-vous une activité hospitalière ? OUI NON
Si oui : privée publique
- d) Mode d'exercice : Individuel en groupe
- e) Nombre d'années d'exercice ?
- f) Êtes-vous informatisé ? OUI NON

12. Concernant les médecins généralistes ne prenant pas en charge des femmes enceintes, quelles sont vos raisons ? (plusieurs réponses possibles)

- Manque de temps
- Manque d'expérience
- Manque de formation
- Manque d'intérêt
- Choix de la patiente
- « Pertes de suivi » vers les maternités
- « Pertes de suivi » vers la PMI

13. Idem concernant les nouveaux nés ? (plusieurs réponses possibles)

- Manque de temps
- Manque d'expérience
- Manque de formation
- Manque d'intérêt
- Choix de la patiente
- « Pertes de suivi » vers les maternités
- « Pertes de suivi » vers la PMI

14. Si vous souhaitez recevoir les résultats au terme de cette étude, merci de bien vouloir nous communiquer votre adresse mail.

.....@.....

Nous vous remercions du temps que vous avez consacré à remplir ce questionnaire.

Annexe 4 : Les types de maternités

Les centres périnataux de proximité :

Ils assurent des consultations pré- et post-natales, des cours de préparation à la naissance, de l'enseignement des soins aux nouveau-nés et des consultations de planification familiale. Ils doivent signer une convention avec une maternité.

Maternités de type 1 :

Elles disposent d'une unité d'obstétrique avec une présence organisée de sages-femmes d'obstétriciens, de pédiatres et d'anesthésistes. Ils prennent en charge des grossesses à bas risques et les nouveau-nés en bonne santé. Elles ne possèdent pas de service de néonatalogie. L'article D 712-88 leur donne la possibilité de prendre en charge, auprès de leur mère, les nouveau-nés atteints d'affections sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie.

Maternités de type 2 :

On distingue :

- les centres de type 2A : qui prennent en charge des grossesses et des nouveau-né à bas risque avec un service de néonatalogie. La continuité des soins est assurée par la nuit et les jours fériés par des gardes sur place pour les gynécologues obstétriciens et les anesthésistes, en astreinte opérationnelle pour les pédiatres.
- Les centres de type 2B : qui prennent en charge des grossesses à haut risque et des nouveau-né nécessitant des soins néonataux et des soins intensifs. La continuité des soins est assurée par la nuit et les jours fériés par des gardes sur place pour tous les praticiens hospitaliers (anesthésistes, pédiatres, gynécologues-obstétriciens). Elles peuvent prendre en charge des nouveau-nés à partir de 32 semaines d'aménorrhées (32 SA) ou de plus de 1500 grammes en l'absence de pathologies fœtales.

Maternités de type 3 :

Elles disposent d'une unité de néonatalogie avec un secteur de soins intensifs et d'une unité de réanimation néonatale permettant la surveillance et les soins spécialisés des nouveau-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux. Elles peuvent prendre en charge des enfants nés ou non dans l'établissement.

Les grands prématurés et les grands hypotrophes bénéficient d'une naissance dans une maternité de type 3 afin de diminuer les risques de mortalité et de morbidité. Selon les usages, les seuils de prise en charge sont aux alentours de 32 SA ou au-dessous de 1500 grammes.

Annexe 5 : Le zonage en aires urbaines selon l'INSEE.

→ Terminologie de l'ancienne nomenclature (utilisées lors de notre étude) :

1 : pôle urbain

2 : couronne péri-urbaine

3 : communes multipolarisées

4 : pôles d'emploi de l'espace rural

5 : couronne des pôles d'emploi de l'espace rural

6 : autres communes de l'espace à dominante rurale

→ Actualisation du nouveau zonage en aires urbaines

Code	Intitulé	Définition
111	Grands pôles urbains (plus de 10 000 emplois)	Unités urbaines comptant au moins 10 000 emplois
112	Couronnes des grands pôles urbains	Ensemble des communes dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent hors de leur commune de résidence, dans un grand pôle ou dans des communes de sa couronne
120	Communes multipolarisées des grandes aires urbaines	Communes situées hors des grandes aires urbaines dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs grandes aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un espace d'un seul tenant.
211	Moyens pôles (5 000 à 10 000 emplois)	Unités urbaines comptant de 5 000 à moins de 10 000 emplois
212	Couronnes des moyens pôles	Ensemble des communes dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent hors de leur commune de résidence, dans un pôle moyen ou dans des communes de sa couronne
221	Petits pôles (moins de 5 000 emplois)	Unités urbaines comptant de 1 500 à moins de 5 000 emplois
222	Couronnes des petits pôles	Ensemble des communes dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent hors de leur commune de résidence, dans un petit pôle ou dans des communes de sa couronne
300	Autres communes multipolarisées	Communes situées hors de l'espace des grandes aires urbaines (111+112+120) et hors des petites (221+222) ou moyennes aires (211+212), dont au moins 40 % des actifs occupés résidents travaillent dans plusieurs aires sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.
400	Communes isolées hors influence des pôles	Ensemble des communes situées hors de l'espace des grandes aires urbaines et hors de l'espace des autres aires

111 + 112 : grandes aires urbaines

211 + 212 : moyennes aires

221 + 222 : petites aires

On définit l'espace périurbain par les regroupements 112 + 120.

→Correspondance entre ancien et nouveau zonage

La correspondance entre ancien et nouveau zonage est rendue complexe d'une part par l'existence des communes de l'espace « autre multipolarisé » et d'autre part par le fait que les étapes de l'algorithme de calcul soient différents. On peut toutefois, pour donner une idée, dresser la table suivante :

	Pôle urbain	Couronne périurbaine	Communes multipolarisées	Pôles d'emploi de l'espace rural	Couronne des pôles d'emploi de l'espace rural	Autres communes de l'espace à dominante rurale
Grands pôles urbains (plus de 10000 emplois)	X					
Couronne des grands pôles urbains		X				
Communes multipolarisées des grandes aires			X			
Moyens pôles (5000 à 10000 emplois)	X					
Couronne des moyens pôles		X				
Petits pôles (de 1 500 à 5000 emplois)				X		
Couronne des petits pôles					X	
Autres communes multipolarisées			X			X
Communes isolées hors influence des pôles						X

Annexe 6 : Dix conditions pour le succès de l'allaitement maternel (issues des 10 recommandations de l'OMS pour permettre un bon démarrage de l'allaitement et de l'initiative « Hôpital ami des bébés ») :

1. Disposer d'une politique écrite sur l'allaitement maternel qui est examinée régulièrement avec le personnel de soins de santé.
2. Dispenser à tout le personnel une formation pour l'application de cette politique.
3. Fournir à toutes les femmes enceintes des renseignements sur les avantages et la prise en charge de l'allaitement.
4. Aider les mères à commencer l'allaitement dans la demi-heure qui suit l'accouchement.
5. Montrer aux mères comment allaiter et comment conserver une réserve de lait, même quand elles ne sont pas avec leur bébé.
6. Ne pas donner aux bébés naissants de la nourriture ou un breuvage autres que le lait maternel, sauf si ceci est nécessaire pour des raisons médicales.
7. Laisser les mères et les bébés ensemble 24 heures sur 24 (cohabitation).
8. Encourager l'allaitement maternel lorsque la mère le demande.
9. Ne pas donner de tétines aux bébés qui sont allaités.
10. Contribuer à la création de groupes de soutien consacrés à l'allaitement maternel et aider les mères à y avoir accès lorsqu'elles sortent de l'hôpital ou de la clinique.

AUTEUR : Atrih Nassima

Date de Soutenance : le 3 avril 2014

Titre de la Thèse : Etat des lieux du suivi périnatal par le médecin généraliste dans l'Audomarois et le Littoral

Thèse - Médecine - Lille 2014

Cadre de classement : doctorat en médecine

DES : médecine générale

Mots-clés : médecins généralistes, femmes enceintes, allaitement, nouveau-nés, suivi périnatal, réseau de périnatalité

Résumé :

Etat des lieux du suivi périnatal par le médecin généraliste dans l'Audomarois et le Littoral

Contexte : Le suivi des femmes enceintes à faible risque est une pratique quotidienne des maternités. Or, en 2007 la Haute Autorité de Santé a estimé que le médecin généraliste était en mesure de le réaliser. L'objectif de ce travail était de réaliser un état des lieux de la prise en charge périnatale actuelle par les médecins généralistes dans l'Audomarois et sur le Littoral afin d'étudier leurs pratiques.

Méthode : Enquête épidémiologique descriptive transversale via un questionnaire adressé par voie postale aux 759 médecins généralistes de cette région inscrits à l'Union Régionale de Professionnels de Santé du Nord-Pas-de-Calais en 2012.

Résultats : Le taux de participation était de 27,4%. Parmi les répondants, 83,7% suivaient des femmes enceintes, dont 48,5% jusqu'au 2^e trimestre. 86,7% prenaient en charge l'allaitement maternel, enfin 97,5% suivaient des nouveau-nés dont 61,9% plus d'une fois par mois mais moins d'une fois par semaine. On ne retrouvait pas de différence de prise en charge selon leurs profils (âge, sexe, lieu d'exercice...). Le respect du choix de la patiente était un motif de non suivi fréquemment cité par les médecins concernant les femmes enceintes (24%) et les nouveau-nés (33%). Près d'un tiers d'entre eux (29%) avaient le sentiment d'être désavantagés au profit des maternités pour le suivi des femmes enceintes.

Conclusion : Le médecin généraliste joue un rôle non négligeable dans la périnatalité (prévention, surveillance et orientation). Cependant la collaboration ville-hôpital reste à parachever.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Raymond Glantenet

Assesseurs : Madame le Professeur Véronique Houfflin-Debarge

Monsieur le Professeur Jean-Marc Lefebvre

Madame le Docteur Martine Poher

Monsieur le Docteur Benjamin Van Cortenbosch