

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2016

THÈSE N°

**LES FREINS AU SUIVI DE LA GROSSESSE EN
MEDECINE GENERALE**

**Etude quantitative auprès des médecins généralistes
installés en Limousin**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 12 Février 2016

Par

DESHAYS Vanessa

Née le 04/01/1988, à Gruchet-le-Valasse

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Mr le Professeur Buchon.....Président

Mme le Professeur DumoitierJuge

Mme le Professeur Prevost.Juge

Mme le Docteur Da Silva..... Directrice de thèse

Mme le Docteur Zirnhelt Membre invité



Université
de Limoges

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

Faculté de Médecine

ANNÉE 2016

THÈSE N°

LES FREINS AU SUIVI DE LA GROSSESSE EN MEDECINE GENERALE

**Etude quantitative auprès des médecins généralistes
installés en Limousin**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 12 Février 2016

Par

DESHAYS Vanessa

Née le 04/01/1988, à Gruchet-le-Valasse

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Mr le Professeur Buchon Président
Mme le Professeur Dumoitier Juge
Mme le Professeur Prevost Juge
Mme le Docteur Da Silva Directrice de thèse
Mme le Docteur Zirnhelt Membre invité

Le 1^{er} septembre 2015

DOYEN DE LA FACULTE : Monsieur le Professeur Denis VALLEIX

ASSESEURS : Monsieur le Professeur Jean-Jacques MOREAU
Monsieur le Professeur Pierre-Marie PREUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS :

ABOYANS Victor (CS)	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (SUR. 31.08.2016)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise (CS)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (SUR. 31.08.2016)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S.)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe (CS)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (CS)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (CS)	O.R.L.

BORDESSOULE Dominique (CS)	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (CS)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (CS)	PSYCHIATRIE D'ADULTES
COGNE Michel (CS)	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE
COURATIER Philippe (C.S.)	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry (CS)	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S.)	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel (CS)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe (SUR. 31.08.2018) (C.S.)	UROLOGIE

DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie (CS)	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure (CS)	MEDECINE INTERNE
FEUILLARD Jean (CS)	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent (CS)	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain (SUR. 31.08.2017)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (CS)	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne (CS)	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre (CS)	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE

MELLONI Boris (CS)	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques (CS)	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques (C.S.)	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie (CS)	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François (CS)	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile (CS)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves (C.S.)	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves (C.S.)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
SAUTEREAU Denis (CS)	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck (CS)	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard (SUR. 31.08.2018)	RHUMATOLOGIE

TUBIANA-MATHIEU Nicole (SUR. 31.08.2018) (CS)	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis (CS)	ANATOMIE CHIRURGIE GENERALE
VERGNENEGRE Alain (CS)	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François (CS)	PHYSIOLOGIE
VIROT Patrice (SUR. 31.08.2016)	CARDIOLOGIE
WEINBRECK Pierre (C.S)	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine (C.S)	CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES à MI-TEMPS DES DISCIPLINES
MEDICALES**

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE et STOMATOLOGIE
------------------	--

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO- VASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G

GAUTIER Sylvie

ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

PROFESSEURS ASSOCIES À MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

DUMOITIER Nathalie

MEDECINE GENERALE

PREVOST Martine

MEDECINE GENERALE

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES À MI-TEMPS

MENARD Dominique

MEDECINE GENERALE

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

MEDECINE GENERALE

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul

du 01.09.2015 au 31.08.2017

MERLE Louis

du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique

du 01.09.2015 au 31.08.2017

VALLAT Jean-Michel

du 01.09.2014 au 31.08.2017

Remerciements

A notre Maître et Président de Jury,

Monsieur le Professeur BUCHON Daniel,

Docteur en Médecine

Professeur de Médecine Générale

Vous me faites l'honneur de présider cette thèse,

C'est avec un profond respect que je vous exprime toute ma reconnaissance pour avoir accepté de juger ce travail.

A notre Maître et Juge,

Madame le Professeur DUMOITIER Nathalie,

Docteur en Médecine

Professeur associé de Médecine Générale

Vous avez porté un intérêt à cette thèse et m'avez fait l'honneur de bien vouloir la juger,

Veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude.

A notre Maître et Juge,

Madame le Professeur PREVOST Martine,

Docteur en Médecine

Professeur associé de Médecine Générale

Vous avez honoré de votre attention ce travail en acceptant de participer à ce jury,

Je souhaite vous exprimer mon profond respect et toute ma gratitude.

A notre Directeur de Thèse et Juge,

Madame le Docteur DA SILVA Patricia,

Docteur en Médecine

Pour avoir accepté de diriger ce travail,

Reçois toute mon amitié et mes sincères remerciements pour ta gentillesse, ton écoute, ta disponibilité ainsi que tes précieux conseils.

A notre Membre Invité,

Madame le Docteur ZIRNHELT Laure,

Docteur en Médecine

Pour m'avoir fait l'honneur de participer à ce Jury de Thèse,

Je vous exprime toute ma gratitude.

A mes parents, pour leur amour, leur dévouement, et leur soutien sans faille tout au long de mes études; toutes ces heures passées au téléphone à m'encourager m'ont aidée à exercer aujourd'hui le métier que j'aime.

A mon frère, pour sa présence et ses conseils; merci pour ton réconfort lors de nos nombreux trajets "Le Havre-Rouen" en voiture...

A Chanel, mon bébé chien, pour ses câlins réconfortants.

A mes ami(e)s, pour tous ces bons moments passés ensemble, et ceux à venir.

A mes collègues de travail et amis, pour m'avoir transmis leurs connaissances et leur passion pour la médecine; merci pour votre soutien et votre gentillesse.

A tous les médecins généralistes ayant accepté de participer à ce travail; merci pour le temps que vous m'avez accordé.

A mes parents,

Table des matières

I- Introduction.....	15
I-1. La maternité.....	17
I-1.1. Les particularités de la grossesse.....	17
I-1.2. Historique du suivi de la grossesse en France.....	18
I-2. Epidémiologie du suivi de grossesse en France.....	20
I-2.1. Quelques chiffres clés en France et en Limousin.....	20
I-2.2. Les professionnels et le suivi de la grossesse.....	21
I-3. Démographie médicale du suivi de la grossesse en France.....	24
I-3.1. Les médecins généralistes.....	24
I-3.2. Les gynécologues.....	27
I-3.3. Les sages-femmes.....	30
I-3.4. La PMI.....	31
I-3.5. Scénarios à l'horizon 2030.....	32
I-4. Le suivi de la grossesse.....	34
I-4.1. La consultation pré-conceptionnelle.....	34
I-4.2. Un suivi encadré par des recommandations.....	35
I-4.2.1. La surveillance clinique de la grossesse.....	36
I-4.2.2. La surveillance biologique de la grossesse.....	40
I-4.2.3. La surveillance échographique de la grossesse.....	42
I-4.3. La prévention de la listériose et de la toxoplasmose.....	43
I-4.4. Les maux de la grossesse.....	45
I-4.5. Les critères de choix du spécialiste pour le suivi de la grossesse.....	47
I-5. Problématique.....	50
II- Matériel et méthode.....	51
II-1. Caractéristiques de l'étude.....	51
II-2. Objectif principal de l'étude.....	52
II-3. Objectif secondaire de l'étude.....	52
II-4. Recueil des données et analyse statistique.....	52

III- Résultats	53
III-1. Taux de participation.....	53
III-2. Caractéristiques de la population étudiée.....	54
III-2.1. Le sexe.....	54
III-2.2. L'âge.....	55
III-2.3. Le lieu d'exercice professionnel.....	56
III-2.4. L'ancienneté de la pratique professionnelle.....	58
III-2.5. Les stages effectués pendant l'internat.....	59
III-3. La pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes du Limousin.....	60
III-3.1. La réalisation d'actes de gynécologie.....	60
III-3.1.1. En fonction du sexe du praticien.....	61
III-3.1.2. En fonction de l'âge du praticien.....	62
III-3.1.3. En fonction du lieu d'exercice.....	63
III-3.1.4. En fonction de l'ancienneté de la pratique.....	65
III-3.1.5. En fonction des stages effectués.....	66
III-3.2. Le suivi de grossesse.....	67
III-3.2.1. En fonction du sexe du praticien.....	68
III-3.2.2. En fonction de l'âge du praticien.....	69
III-3.2.3. En fonction du lieu d'exercice.....	70
III-3.2.4. En fonction de l'ancienneté de la pratique.....	72
III-3.2.5. En fonction des stages effectués.....	73
III-3.3. Nombre de grossesses suivies en 2014 par les médecins généralistes.....	74
III-4. Les freins au suivi de la grossesse d'après les médecins généralistes.....	75
III-4.1. Différentes catégories de freins citées.....	75
III-4.2. Des freins liés à la patientèle féminine?.....	77
IV- Discussion	78
IV-1. Discussion de la méthode et de l'échantillon.....	78
IV-1.1. Taille de l'échantillon et taux de réponse.....	78
IV-1.2. Elaboration du questionnaire.....	79
IV-1.3. Type d'étude.....	80
IV-1.4. Caractéristiques de la population étudiée.....	81
IV-2. L'activité de gynécologie-obstétrique des médecins généralistes.....	83
IV-2.1. Un intérêt certain pour la gynécologie.....	83
IV-2.2. Une faible pratique de l'obstétrique.....	85
IV-3. Les freins au suivi de la grossesse d'après les généralistes du Limousin.....	88
IV-3.1. Une formation médicale insuffisante.....	88
IV-3.2. Les causes médico-économiques.....	92
IV-3.3. L'absence de demande de la patientèle féminine.....	94

V- Conclusion.....	98
Références bibliographiques.....	100
Annexes.....	106
Illustrations.....	110
Abréviations.....	113
Serment.....	114

I- Introduction

La grossesse constitue une expérience de vie unique pour les femmes, et est vécue comme un moment précieux ; elle correspond à un phénomène physiologique, et l'on estime que près de 95% des grossesses sont à « bas risque » de pathologies maternelles et/ou fœtales.

Un suivi de qualité est primordial, afin d'assurer le dépistage et la prise en charge précoce des grossesses à risque, permettant ainsi de réduire les facteurs pouvant compromettre l'issue heureuse d'une naissance réussie.(1)

Cependant, la médicalisation de la grossesse n'a cessé d'augmenter, et le suivi a de plus en plus été confié aux spécialistes, au détriment des médecins généralistes.

En effet, d'après la revue du praticien, les médecins traitants assurent le quart des déclarations de grossesse (24,5%), mais ils interviennent moins dans le suivi de son déroulement (15,5%).(2)

D'après le Panel EPPM (Enquête Permanente de la Prescription Médicale), le suivi de grossesse constitue moins d'1% de l'activité d'un médecin généraliste ; il suit donc moins de 8% des grossesses.(3)

Mais la démographie des gynécologues-obstétriciens observe un déclin important depuis quelques années, entraînant une volonté de la part des pouvoirs publics de redéfinir les rôles et missions des soins primaires, avec démedicalisation et déspecialisation des problèmes de santé courants.

D'après l'INSEE, le taux de natalité reste stable en France depuis de nombreuses années, à un niveau relativement élevé : 12,4 naissances pour 1000 habitants en 2014, ce qui correspond à plus de 800000 naissances par an en France.(4)

Nous observons donc une inadéquation entre la stabilité du nombre de grossesses et la pénurie relative et progressive des spécialistes.

C'est principalement pour cette raison que les pouvoirs publics souhaitent que les grossesses non compliquées, dites à « bas risque de pathologies », soient suivies par les médecins généralistes, et par les sages-femmes, qui possèdent les compétences pour cette activité.

De plus, le médecin traitant occupe une place privilégiée, car il constitue le premier recours ; il connaît la femme, ses antécédents, son histoire de vie. De même, il continuera à suivre la mère et son enfant après l'accouchement. Il est le meilleur observateur de l'environnement psychologique et social de la grossesse, ce qui lui confère un rôle de prévention majeur.(5)

Les médecins généralistes occupent une position privilégiée pour assurer le suivi de la grossesse de part leur disponibilité et la relation de confiance établie avec les patientes. L'enquête de Hadji-Kobiyh M.(6), réalisée auprès de 90 femmes, confirme cette idée : 94% des femmes exclusivement suivies par leur médecin traitant estiment être satisfaites de la prise en charge de la grossesse, notamment en ce qui concerne l'aspect psychologique de cet état physiologique. Cette étude révèle également que les femmes interrogées ont choisi de faire suivre leur grossesse par leur médecin généraliste grâce à la relation de confiance instaurée depuis des années.

L'enquête de Burban C.(7) objective que la disponibilité du professionnel de santé est un élément corrélé à la satisfaction des patientes.

La fonction du médecin généraliste semble donc réunir toutes les conditions nécessaires à la réalisation du suivi de la grossesse ; cependant, nous avons constaté que les médecins traitants pratiquent peu cette discipline.

C'est en partant de ces constats qu'est née l'idée de ce travail. Son but principal est de repérer les freins au suivi de la grossesse en médecine générale, d'après les médecins généralistes installés en Limousin, à l'aide d'une étude quantitative comprenant un questionnaire adressé à l'ensemble des médecins généralistes du Limousin.

I-1. La maternité

I-1.1. Les particularités de la grossesse

La grossesse constitue une expérience de vie unique ; il s'agit d'un événement naturel, mais lourd de sens, qui amène les futurs parents à réfléchir à leur nouveau statut et leurs nouvelles responsabilités.

Elle est un temps d'émotivité exacerbée, et d'angoisse ; la grossesse constitue une source d'inquiétude et de questionnement sur les bouleversements entraînés par la naissance à venir.(8)

Elle entraîne donc des modifications psychiques, mais également physiques, qui font elles-mêmes naître des réactions psychiques chez la femme enceinte.

La parturiente incarne la féminité à son paroxysme, car elle remplit la fonction pour laquelle son corps a été construit ; elle devient ainsi précieuse, et son corps sacré. En effet, dans la Rome classique, la maison d'une femme enceinte était ornée de guirlandes ; à Athènes, c'était un sanctuaire inviolable, où les criminels avaient droit d'asile. Quelques temps avant la Renaissance, la femme idéale correspondait à la femme enceinte. (8)

La grossesse est donc un moment précieux, source d'interrogations ; c'est un phénomène physiologique, mais nécessitant tout de même un suivi médical régulier.

En France, ce suivi a été marqué par une médicalisation croissante et progressive, faisant intervenir de nombreux spécialistes.

I-1.2. Historique du suivi de la grossesse en France

Jusqu'à la moitié du 18^e siècle, les matrones (sages-femmes) surveillaient la grossesse et l'accouchement, sans connaissances médicales particulières.(9)

Les hommes n'ont pas leur place lors de l'accouchement, et les chirurgiens devaient alors se déguiser en femme ou entrer dans la chambre à quatre pattes pour ne pas être identifiés par les patientes.(10)

A la fin du 18^e siècle, on note une évolution avec la formation des sages-femmes par un enseignement théorique et pratique (9); le chirurgien est admis lors de l'accouchement. Les honoraires des chirurgiens sont élevés, et leur recours est le témoin d'une certaine richesse (10)

Au 19^e siècle, la fièvre puerpérale se développe à l'hôpital, ce qui entraîne une recrudescence des accouchements à domicile; seules les femmes dans le besoin accouchent à l'hôpital et dans les maternités.

En 1848, le lavage des mains au chlorure de chaux est introduit; en 1873 se développe l'utilisation des antiseptiques par les sages-femmes.

A la fin du 19^e siècle, Pinard et Tarnier introduisent la surveillance médicale de la grossesse.

La loi de 1913 stipule que "pendant la dernière période de la grossesse, la mère doit, dans toutes les mesures du possible, être surveillée par un médecin ou une sage-femme".(9)

Lors du 20^e siècle, on observe une diminution des cas de fièvre puerpérale; les hôpitaux et maternités attirent une patientèle plus aisée.

Au lendemain de la deuxième guerre mondiale, la Protection Maternelle et Infantile (PMI) est créée; son objectif est d'organiser une réponse médicale aux conditions précaires engendrées par la guerre. La surveillance de la grossesse débute, avec trois examens médicaux obligatoires, qui conditionnent le versement des allocations.

En 1962, une quatrième visite pendant la grossesse est introduite; le suivi de la grossesse est principalement réalisé par les médecins généralistes.

En 1970, un programme de périnatalité est lancé, préconisant sept examens prénataux.

En 1972, la notion d'échographie obstétricale est introduite. (9)

Dans les années 1980, les techniques médicales prennent une place croissante dans le suivi de la grossesse, avec le développement des échographies de plus en plus performantes. Ceci entraîne une spécialisation du suivi, et les médecins généralistes sont progressivement éloignés de cette discipline.

Par la suite, de nombreux plans de périnatalité sont successivement réalisés, afin de diminuer la mortalité maternelle et infantile, et d'analyser les pratiques encadrant la grossesse et l'accouchement.

Le suivi de la grossesse en France a ainsi évolué progressivement vers une spécialisation et une médicalisation importantes, au détriment des médecins généralistes.

I-2. Epidémiologie du suivi de grossesse en France

I-2.1. Quelques chiffres clés en France et en Limousin

Au 1er janvier 2015, d'après l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques), la population française (France métropolitaine et départements d'outre-mer) est estimée à 66,3 millions d'habitants, dont 64,2 millions en métropole. Cela correspond à environ 300000 personnes de plus qu'il y a un an, soit une augmentation de 0,4%. (11)

Cette augmentation est principalement due au solde naturel, qui correspond à la différence entre le nombre de naissances et de décès.

Durant l'année 2014, la natalité en France est stable mais dynamique, avec 813000 naissances (hors Mayotte). De plus, les décès sont moins nombreux que lors des années précédentes (555000 décès); de ce fait, le solde naturel est plus élevé. (11)

La France connaît l'indicateur conjoncturel de fécondité le plus élevé d'Europe, avec 2,01 enfants par femme en 2014. (11)

Cas particulier du Limousin:

En 2014, le Limousin compte 735880 habitants, dont la moitié réside dans le département de la Haute-Vienne.(4)

6700 nouveaux bébés sont nés en 2014 en Limousin, et la Haute-Vienne concentre à elle seule 54% des naissances.(11)

En 2014, et pour la quatrième année consécutive, le solde naturel régional est négatif (6700 naissances en 2014 contre 8700 décès). Cependant, on note une diminution du nombre de décès depuis quelques années, et une stabilité du nombre de naissances, entraînant un redressement du solde naturel, qui reste malgré cela négatif.

I-2.2. Les professionnels et le suivi de la grossesse

Le suivi de la grossesse peut être effectué par les gynécologues médicaux ou obstétricaux, les médecins généralistes, et les sages-femmes ; chacune de ces professions est formée à cette discipline, selon des modalités différentes:

Les médecins généralistes:

D'après les recommandations HAS de Mai 2007 (12), le médecin généraliste possède toutes les capacités nécessaires pour suivre les grossesses non compliquées, « à bas risque », grâce aux connaissances qu'il acquiert au cours de son internat de médecine générale.

L'internat dure 3 ans, répartis en 6 semestres. Pour obtenir le DES (Diplôme d'Etudes Spécialisées), il est nécessaire de valider une maquette, comprenant 4 stages obligatoires, ainsi que 2 stages libres.

L'interne de médecine générale du Limousin doit donc effectuer obligatoirement un semestre aux urgences (ou au SAMU), un semestre dans un service de médecine adulte, un autre en médecine libérale (stage chez le praticien), et un dernier en gynécologie ou en pédiatrie. Et il complète sa formation par 2 stages libres de son choix, en sachant qu'il ne peut pas effectuer à nouveau un semestre aux urgences ou en gynécologie-pédiatrie.

Les gynécologues:

Jusqu'en 1984, un certificat d'études spécialisées (CES) était nécessaire pour prétendre à la spécialité de gynécologie médicale ou obstétricale ; l'internat permettait une formation en gynécologie obstétrique et chirurgicale.

Depuis 2004, l'examen national classant (ECN) est obligatoire, suivi d'un internat de quatre ans pour la gynécologie médicale, et de cinq ans pour la gynécologie-obstétrique

Les sages-femmes:

Jusqu'en 2002, pour accéder à la formation de sage-femme, un concours d'entrée était ouvert dès la fin de la terminale, sous réserve d'obtention du baccalauréat. Depuis 2003, les étudiants participent à la première année de Médecine, avant d'accéder ensuite à l'école de sage-femme.

La profession de sage-femme est une profession médicale, dotée d'un ordre et régie par un Code de Déontologie. La sage-femme assure, en toute autonomie, la surveillance de la grossesse normale, du travail et de l'accouchement, ainsi que les soins à la mère et à l'enfant après l'accouchement.(13)

Depuis 2004, elle peut rédiger une déclaration de grossesse, et, depuis la loi H.P.S.T du 21 juillet 2009, qui élargit considérablement son champ de compétences, elle peut désormais proposer à toute patiente en bonne santé des consultations de contraception, de suivi gynécologique et de prévention.(13)

Ces différents professionnels sont ainsi tous formés à la discipline obstétricale. Lors du séminaire de Médecine générale de 2013-2014, l'étude ENP (Enquête Nationale Périnatale) 2010 a été mentionnée: 72% des déclarations de grossesse sont effectuées par les gynécologues, contre 23% par les médecins généralistes, et 5% par les sages-femmes.(14)

L'étude DREES (Situation Périnatale en France en 2003) rapporte que les gynécologues-obstétriciens jouent un rôle central dans l'ensemble du suivi de la grossesse; ils assurent près de 75% des déclarations de grossesse, et ils sont aussi les plus souvent consultés lors du suivi prénatal (65,5% en maternité, et 46,6% en ville). (15)

Quant aux médecins généralistes, ceux-ci assurent 24,5% des déclarations de grossesse, mais interviennent peu dans le suivi du déroulement (15,5%). (13)

On peut également noter que près d'une femme sur quatre (24,5%) a consulté une sage-femme pour le suivi de sa grossesse. (13)

Selon le Panel EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale), le suivi de la grossesse correspond à moins d'1% de l'activité d'un médecin généraliste, qui suit donc seulement 8% des grossesses en France. (3)

La Revue du Praticien de Médecine Générale met en avant le fait que, lors d'une urgence ou pour les pathologies intercurrentes à la grossesse, le médecin de famille reste le premier recours. En effet, on note 44,5% de consultations pour des pathologies intercurrentes, contre 23% de consultation de déclaration de grossesse, et 12% de suivi du déroulement.(2)

I-3. Démographie médicale du suivi de la grossesse en France

I-3.1. Les médecins généralistes

Au 1^{er} janvier 2015, la France compte 58104 médecins généralistes, ce qui représente une densité d'environ 88,7 médecins généralistes pour 100000 habitants (alors qu'elle était de 100,1 au 1^{er} janvier 2007).

Il existe bien évidemment une forte disparité inter-régionale de la démographie médicale, avec notamment une faible densité de médecins généralistes dans le Nord, le Nord-Ouest et la région Centre.(16)

La densité des médecins généralistes
en exercice libéral/mixte en 2015
à l'échelle départementale

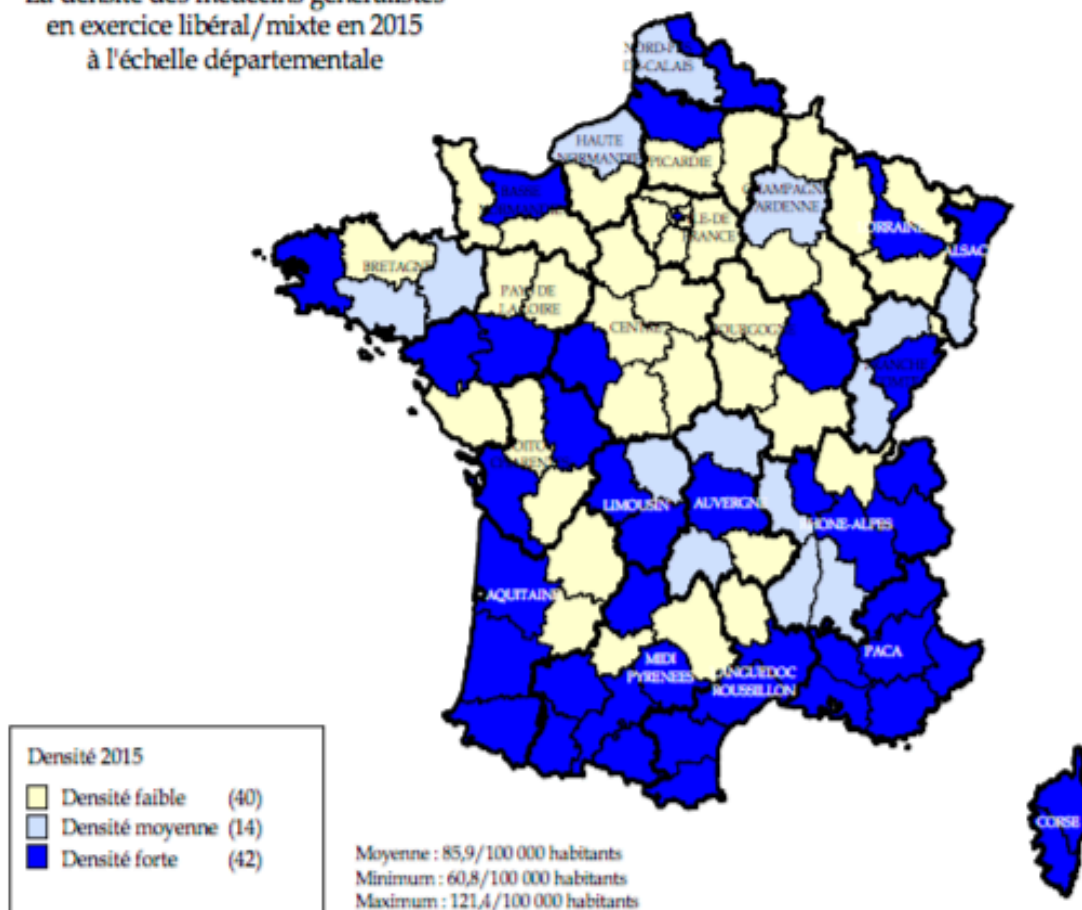


Figure 1: La densité des médecins généralistes en 2015 à l'échelle départementale (source CNOM Atlas de la démographie médicale en France) (14)

Au 1^{er} janvier 2015, le Limousin compte 782 médecins généralistes en activité, ce qui correspond à une densité médicale de 102,4 médecins pour 100000 habitants.

On constate donc contre toute attente que la région limousine présente une densité nettement supérieure à la moyenne nationale (88,7 pour 100000 habitants).

Il existe cependant une inégalité départementale avec un faible effectif de médecins généralistes en Corrèze (230 médecins généralistes), ainsi qu'en Creuse (109 médecins généralistes); la situation en Haute-Vienne est beaucoup plus favorable, avec 443 médecins généralistes.(14)

Selon certains modèles de projection à 2020 (14), l'on observerait une forte diminution des effectifs des médecins généralistes en France, qui passeraient donc de 58104 à 54179.(14)

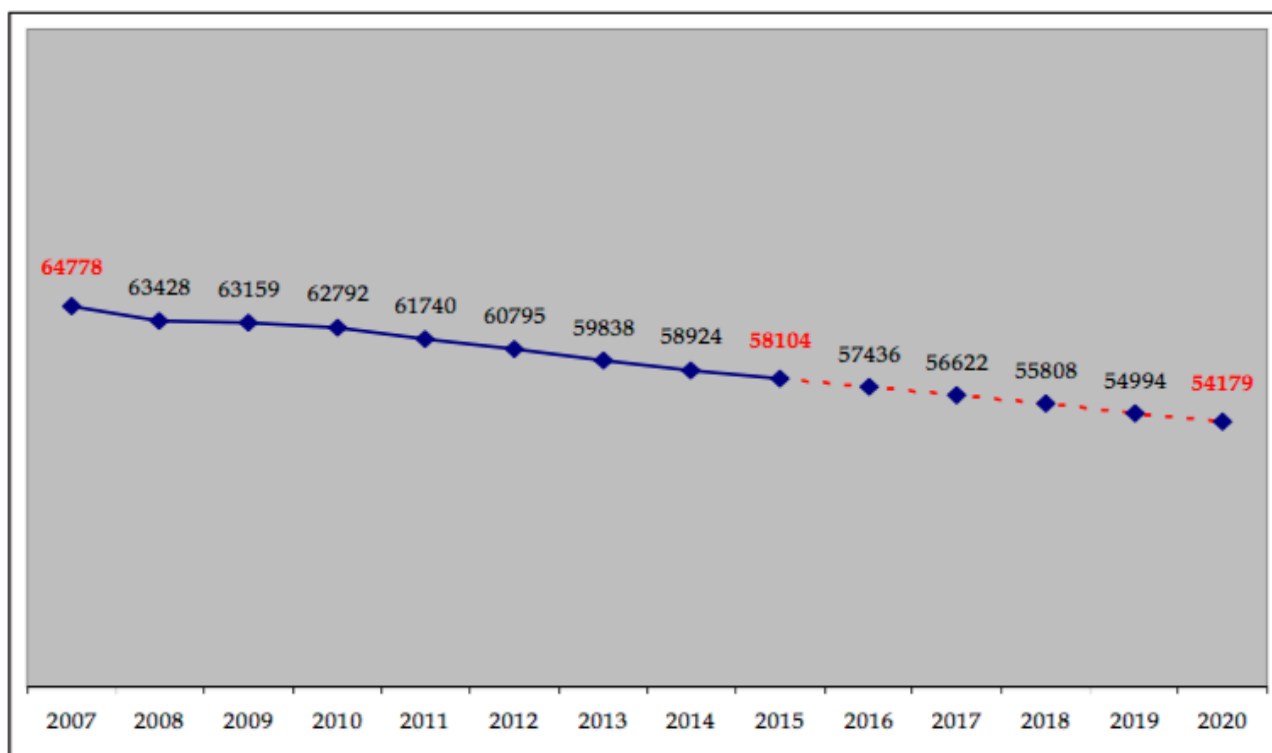


Figure 2: Effectifs des médecins généralistes en France, projection à 2020 (source CNOM Atlas de la démographie médicale en France) (14)

Pour remédier à ce déficit, les postes proposés à l'internat pour la médecine générale n'ont fait qu'augmenter : en 2015, sur 8626 postes proposés, 3894 étaient pour la médecine générale (3752 postes en 2014, 3543 postes en 2012) (17). Avec cette augmentation, le Ministère de la Santé espère inciter les étudiants à opter pour la médecine générale.

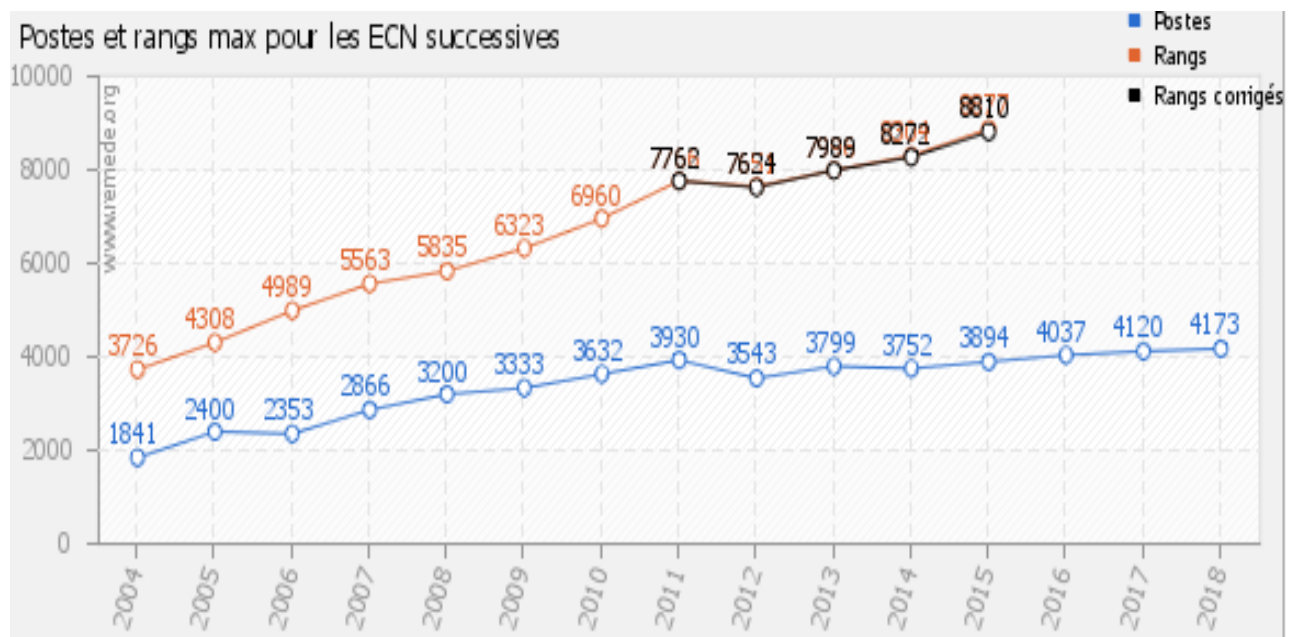


Figure 3: Postes et rangs max pour les ECN successives (source remèdes.org) (15)

Nous pouvons enfin mettre l'accent sur la féminisation croissante de la profession: en effet, en 2007, les femmes représentaient 29% des médecins généralistes, alors qu'elles constituent actuellement 36% des effectifs. (14)

I-3.2. Les gynécologues

Au 1^{er} janvier 2015, en France métropolitaine, on comptait 1287 gynécologues médicaux, et 1377 gynécologues-obstétriciens. (14)

Nous pouvons ainsi constater une nette diminution du nombre de gynécologues depuis quelques années, car on dénombrait 1766 gynécologues médicaux, et 3253 gynécologues-obstétriciens, en France métropolitaine, au 1^{er} janvier 2009.(18)

Outre une diminution franche des effectifs, on observe également une inégalité de répartition de ces spécialistes sur le territoire. (14)

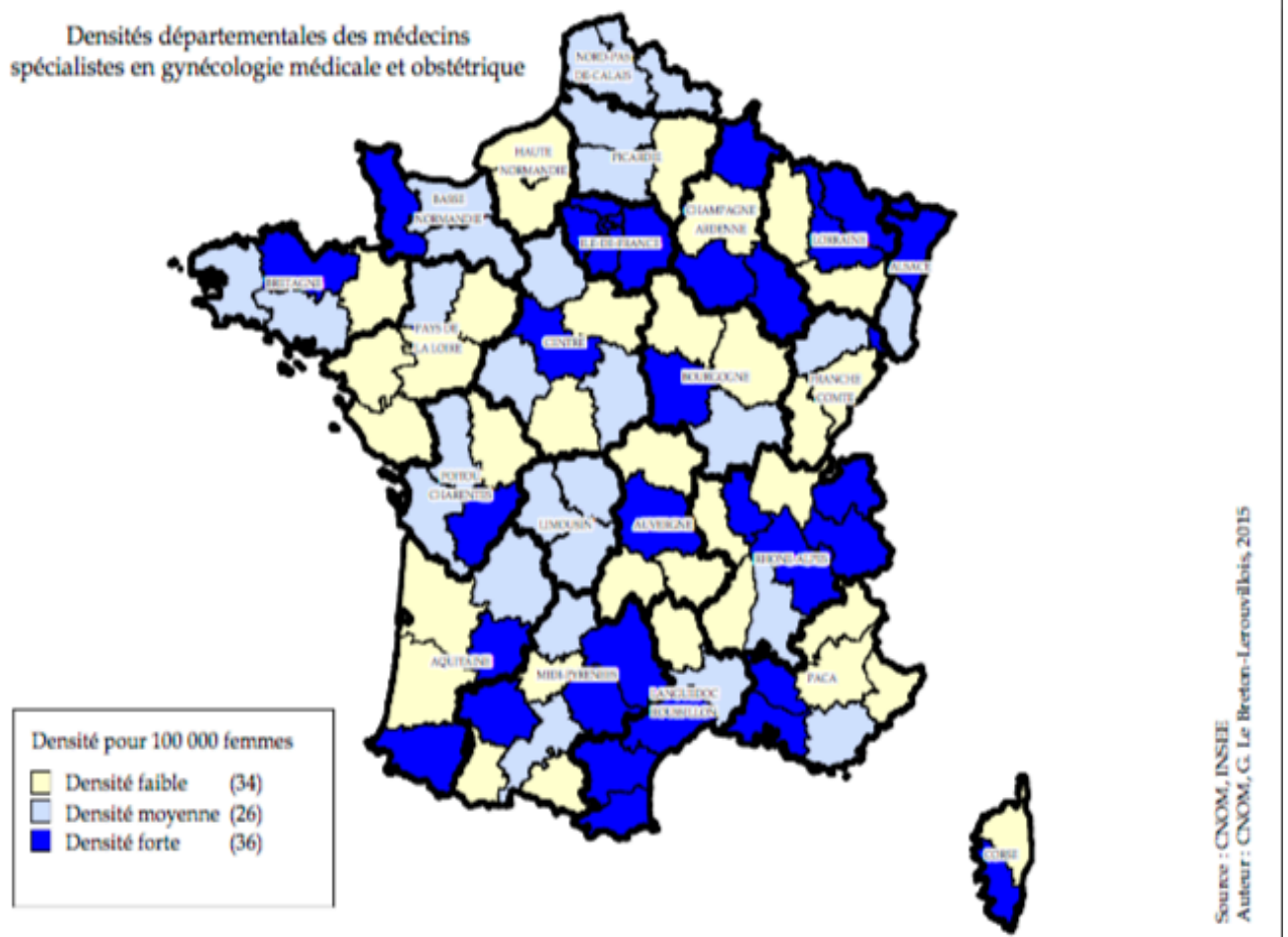


Figure 4: Effectifs des gynécologues-obstétriciens en 2015 à l'échelle départementale (source CNOM). (14)

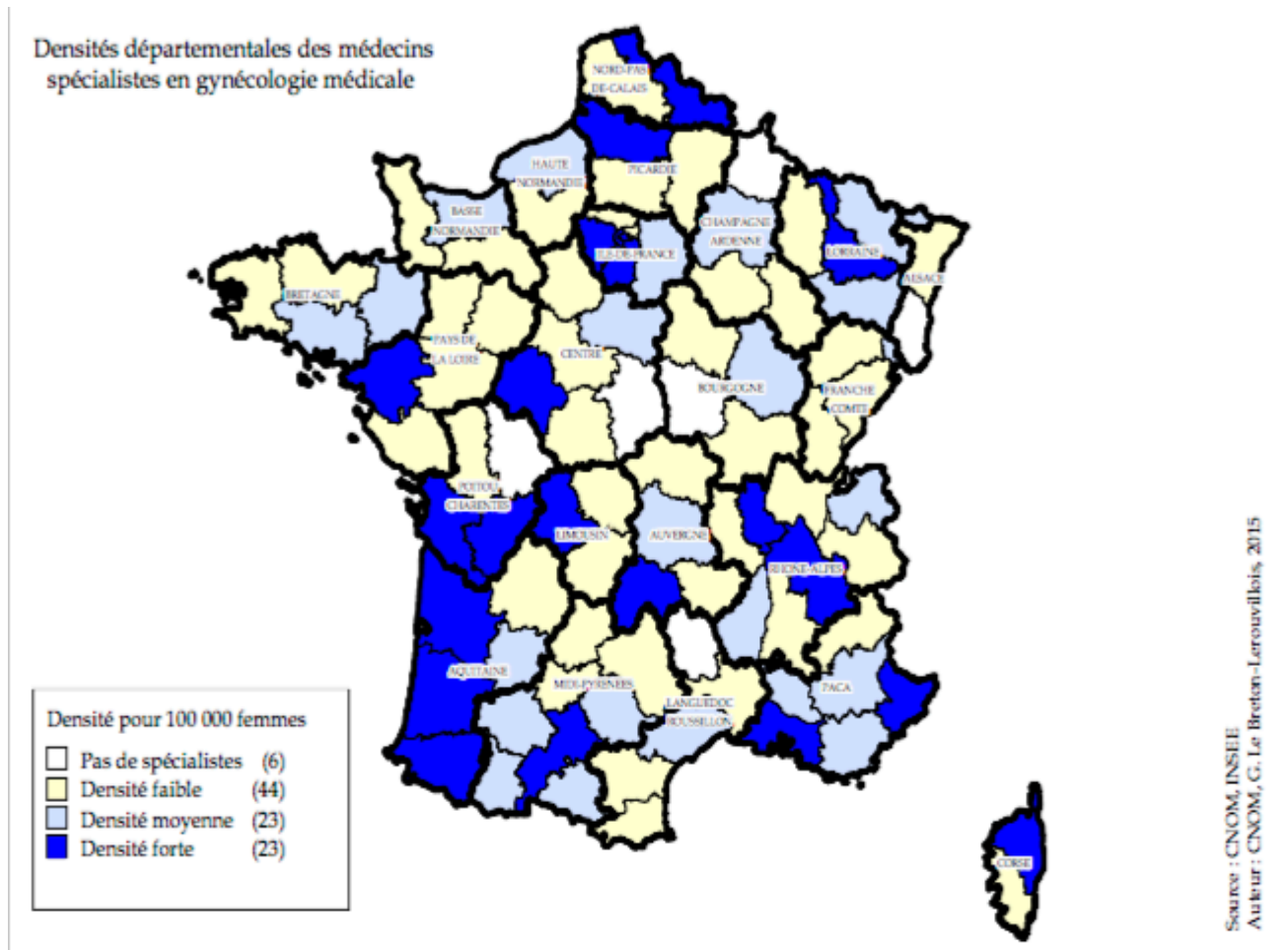


Figure 5: Effectifs des gynécologues médicaux en 2015 à l'échelle départementale (source CNOM). (14)

La grande majorité des gynécologues médicaux sont des femmes (94,4%), dont 59,2% de gynécologues-obstétriciens. Nous observons depuis quelques années une féminisation progressive de la profession, puisqu'elles étaient 88% de gynécologues médicaux, et 34% de gynécologues-obstétriciens. (14)

D'après l'ordre des Médecins, les gynécologues étaient au nombre de 28 au 1^{er} janvier 2013, dans le Limousin; les effectifs sont en diminution dans cette région depuis des années.(19)

Selon certains modèles de projection à 2018, on observera une diminution nette des effectifs de gynécologues médicaux et obstétricaux, obligeant les patientes à se tourner vers un autre professionnel, faute de disponibilité.

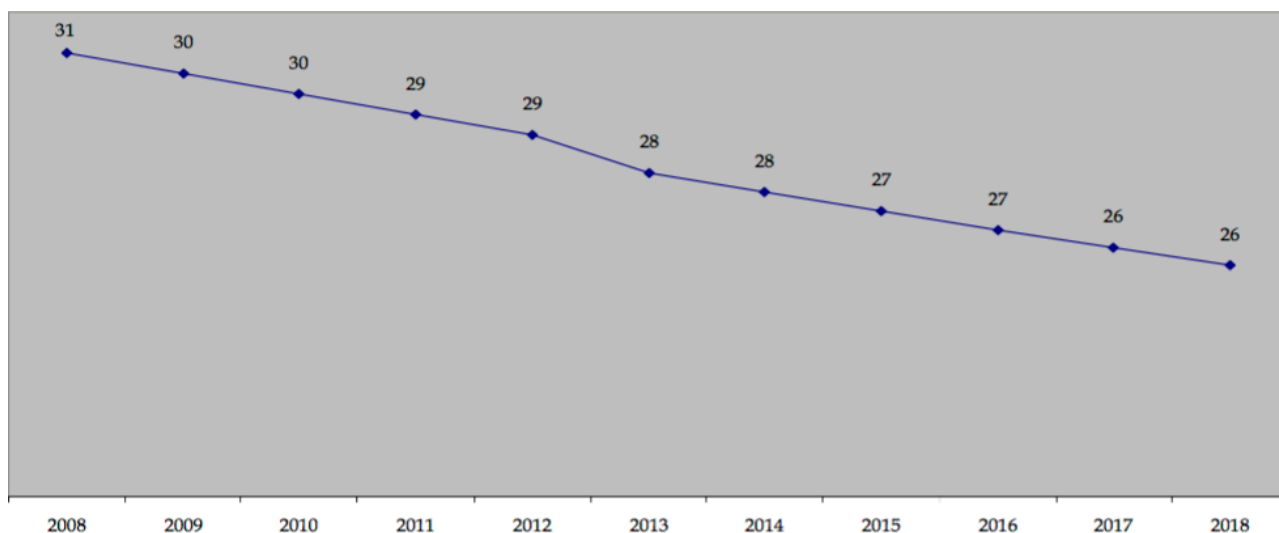


Figure 6: Diminution des effectifs des gynécologues selon des modèles de projection à 2018 en Limousin (source CNOM). (18)

Pour remédier à ce déficit, les postes proposés à l'internat pour la gynécologie médicale et la gynécologie-obstétricale sont en augmentation : 68 places proposées pour la gynécologie médicale à l'ECN 2015 (1 pour le Limousin) et 241 pour la gynécologie-obstétricale en 2015 (3 pour le Limousin) contre 30 postes pour la gynécologie médicale en 2012 (0 pour le Limousin) et 206 pour la gynécologie-obstétricale en 2012 (3 pour le Limousin). (15)

I-3.3. Les sages-femmes

Au 1^{er} janvier 2011, on comptait 18000 sages-femmes en France ; leur nombre a augmenté de manière régulière et à un rythme plus élevé que le nombre de femmes en âge de procréer. Elles sont ainsi 126 sages-femmes pour 100000 femmes de 15 à 49 ans en 2011.(20)

Au 1^{er} janvier 2015, les sages-femmes étaient au nombre de 21632 en France, correspondant à une densité de 148 sages-femmes pour 100000 femmes de 15 à 49 ans.(21)

La majorité des sages-femmes exerce à l'hôpital, mais le secteur libéral est en expansion ; en 2030, une sage-femme sur trois pourrait exercer en libéral. (19)

Selon l'ARS Limousin Santé, au 1^{er} janvier 2014, le Limousin comptait 226 sages-femmes, la plupart exerçant dans le département de la Haute-Vienne: en effet, on recense 126 sages-femmes en Haute-Vienne, contre 81 en Corrèze et 19 en Creuse.(22)

D'après l'enquête de périnatalité 2010, 11,7% des femmes se font suivre intégralement par une sage-femme, et celles-ci déclarent 5,4% des grossesses. (12)

I-3.4. La PMI

La PMI (Protection Maternelle et Infantile) est un service départemental, placé sous l'autorité du président du Conseil Général, et chargé d'assurer la protection sanitaire de la mère et de l'enfant.(23)

Créée par l'ordonnance du 2 Novembre 1945, elle constitue un service gratuit, accessible à toutes les femmes enceintes; son but est d'organiser des consultations de suivi de grossesse, ainsi que des actes de prévention médicale et sociale, destinés aux femmes enceintes ainsi qu'aux enfants de moins de 6 ans.

Un service de PMI peut regrouper des médecins, des sages-femmes, des puéricultrices, des infirmières, des auxiliaires de puériculture ainsi que des conseillers conjugaux.(23)

La PMI peut dispenser des consultations de suivi de grossesse et de préparation à la naissance, ainsi que des consultations pour les nourrissons.

Elle peut également organiser des visites à domicile avant et après la naissance de l'enfant, afin de délivrer des conseils à la future maman.

Une prise en charge psychologique est également possible.

Ainsi, la PMI joue un rôle primordial dans le suivi et la surveillance de la grossesse en France, notamment du fait de son accessibilité.

I-3.5. Scénarios à l'horizon 2030

Au 1er janvier 2007, la France comptait 208000 médecins en activité; au 1er janvier 2015, elle en recense 281087, effectif le plus élevé, jamais atteint auparavant. (14)

Selon les nouveaux modèles de projection de la DREES, du fait des décisions prises concernant le numerus clausus dans les années 1990-2000, le nombre de médecins actifs devrait baisser de près de 10% au cours des dix prochaines années.(24)

D'ici à 2030, le nombre de médecins devrait égaler le niveau actuel. Or, la population devrait croître de 10 %; le nombre de médecins par habitant devrait donc baisser.

La densité médicale serait donc plus faible en 2030. Pour l'ensemble France métropolitaine et DOM, entre 2006 et 2030, elle passerait de 327 à 292 médecins pour 100 000 habitants, diminuant ainsi de 10,6 %, pour retrouver son niveau de la fin des années 1980.

Elle atteindrait un point bas en 2020, avec une densité de 276 médecins pour 100 000 habitants, et ne repartirait à la hausse qu'en 2024.

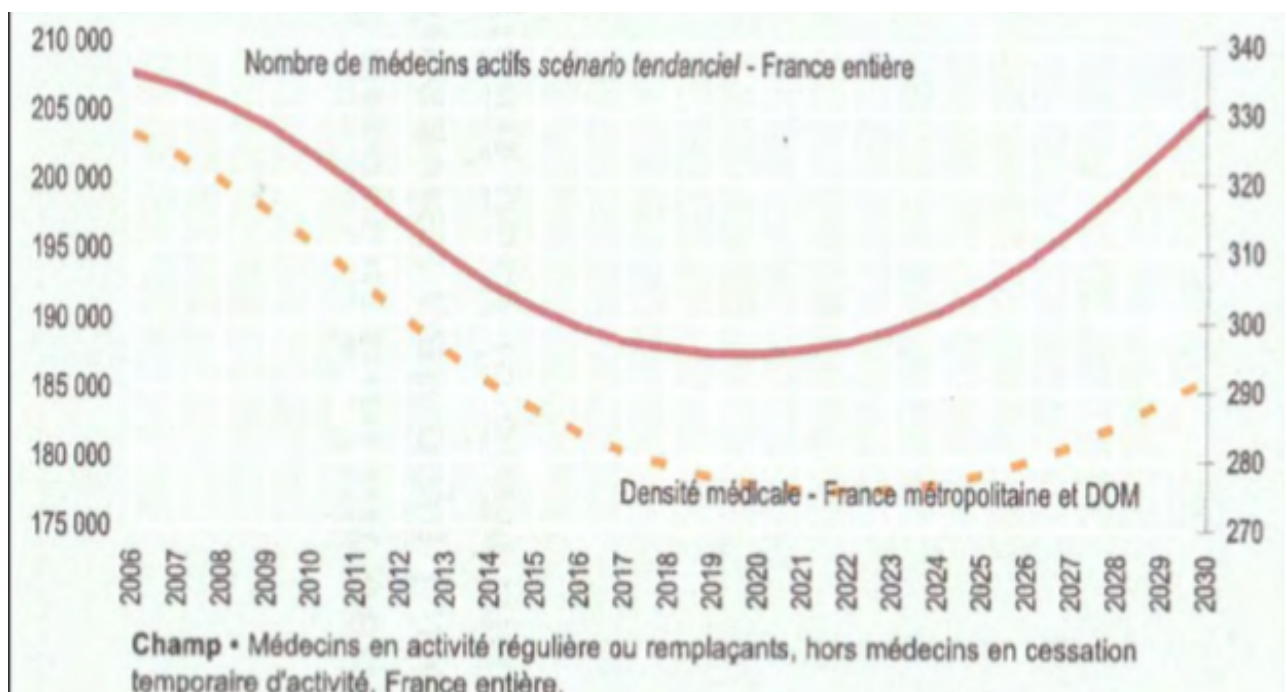


Figure 7: Nombre et densité des médecins en activité d'après le scénario tendanciel (source DREES). (24)

La population de médecins rajeunirait et se féminiserait progressivement. La part des médecins âgés de moins de 45 ans va croître pour atteindre presque 50 % en 2025; l'âge moyen des médecins en activité passerait de 51 ans en 2009 à 44,5 ans en 2030.

Avec l'hypothèse, selon laquelle la proportion de femmes parmi les jeunes médecins entrant dans la vie active reste constante, en 2022, les femmes médecins seraient aussi nombreuses que les hommes ; et en 2030, plus de 50 % des médecins seraient des femmes (56,4 % de femmes généralistes).(24)

Le scénario, selon lequel 55 % des postes ouverts aux ECN seraient des postes de médecine générale, entrainerait une chute plus forte du nombre de médecins spécialistes que celui des généralistes.

D'ici 2030, ceux-ci augmenteraient de 0,6 %, alors que le nombre de spécialistes chuterait de 2,7 %. En 2030, les effectifs de généralistes seraient de 3,4 % supérieurs à ceux des spécialistes (24)

D'autres scénarios ont été simulés en « variantes », qui ne diffèrent du scénario tendanciel que par une hypothèse.

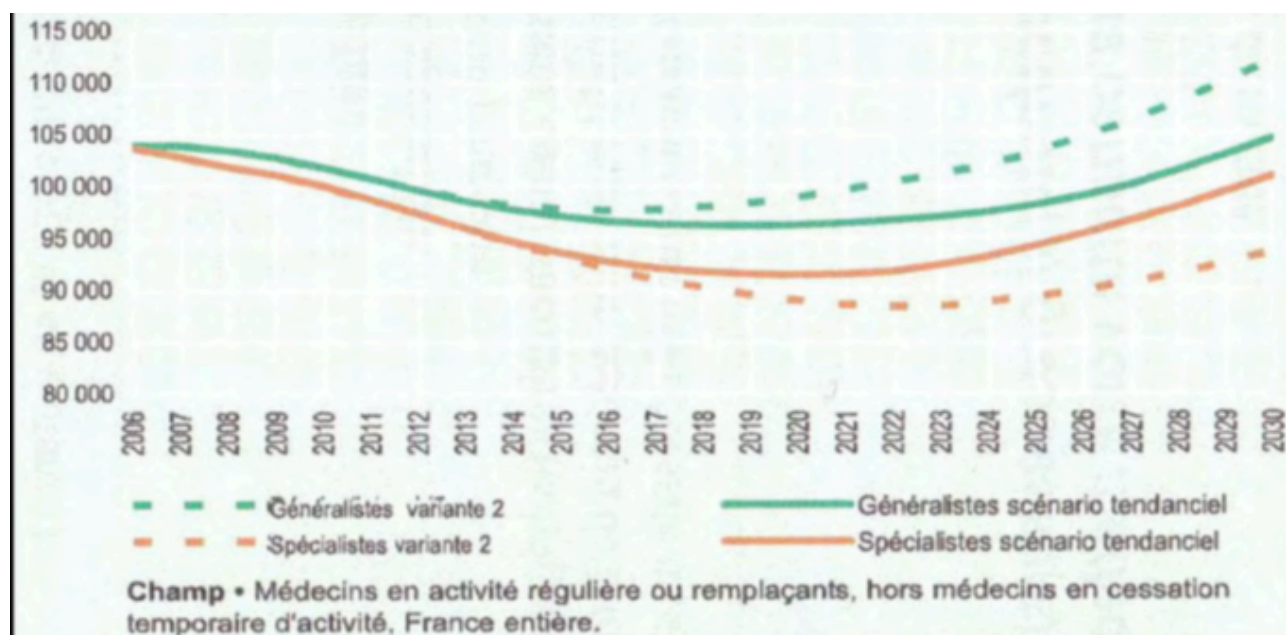


Figure 8: Nombre de médecins généralistes et spécialistes en activité d'après le scénario tendanciel et la variante 2 (60% des postes ouverts aux ECN sont des postes d'internes en médecine générale (source DREES). (24)

I-4. Le suivi de la grossesse

I-4.1. La consultation pré-conceptionnelle

A l'heure actuelle, on estime que près de 80% des grossesses pourraient être programmées.(25) La consultation pré-conceptionnelle pourrait être effectuée idéalement lors de l'arrêt de la contraception, ou bien lorsque la patiente exprime un désir de grossesse. De part ses fonctions de prévention, le médecin généraliste a un rôle primordial à ce moment important de la vie d'une femme.

Cette consultation est l'occasion de donner des conseils hygiéno-diététiques, de répondre aux interrogations du couple, de prescrire une supplémentation en acide folique (qui doit être idéalement débutée 4 semaines avant la conception, et poursuivie 8 semaines après pour être efficace contre les anomalies de fermeture du tube neural). (25)

Cette consultation permet aussi de détecter précocement les situations à risque, qui nécessitent l'intervention d'un spécialiste.

Avant 2007, l'examen prénuptial, obligatoire pour les couples se mariant, était l'occasion d'effectuer une consultation de dépistage et de prévention.

Lors de cet entretien, le médecin réalisait un examen clinique complet, et prescrivait des examens complémentaires obligatoires (groupe sanguin et rhésus pour le couple, sérologies rubéole et toxoplasmose pour la femme). Il proposait également une recherche des RAI, une sérologie VIH, des sérologies hépatites B et C, et syphilitique.(26)

Puis une deuxième consultation était réalisée, avec remise des résultats en main propre, et éducation des futurs époux avec conseils hygiéno-diététiques..., et le certificat prénuptial était rempli par le médecin thésé à l'issue de cet entretien.

Cependant, la visite prénuptiale a été abrogée par la loi du 20 décembre 2007.(27)

Il faut rappeler que cette consultation pré-conceptionnelle n'est pas obligatoire.

I-4.2. Un suivi encadré par des recommandations

Une réglementation rigoureuse s'applique au suivi de la grossesse en France, afin d'uniformiser les pratiques et d'accompagner les différents professionnels de santé dans cette discipline. Ainsi, l'HAS a publié des recommandations en 2005 et en 2007.

La loi prévoit 7 consultations prénatales obligatoires et remboursées à 100% (article L.154 du Code de la Santé publique), la première étant réalisée légalement avant 15 semaines d'aménorrhée (SA) ; le rythme sera ensuite d'une consultation par mois.(28)

La loi prévoit également 1 consultation postnatale obligatoire, remboursée elle aussi à 100%.

La surveillance prénatale sera renforcée en cas de facteurs de risque ou de survenue d'éléments anormaux.

Une échographie par trimestre est également conseillée.

Parallèlement, 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées (remboursées à 100%), avec la première consultation consacrée à l'entretien du 4^{ème} mois

I-4.2.1. La surveillance clinique de la grossesse

La première consultation prénatale doit avoir idéalement lieu entre 10 et 15 Semaines d'aménorrhée ; puis la femme enceinte se rendra en consultation une fois par mois pour le suivi de sa grossesse « à bas risque ». (28)

La première consultation et la déclaration de grossesse peuvent être réalisées par un médecin ou une sage-femme; réalisée sur un fascicule à 3 volets, elle est à remplir et à envoyer avant 16 Semaines d'aménorrhée (2 volets pour la Caisse d'Allocations Familiales, 1 pour la Sécurité Sociale).

Tableau 1: la première consultation entre 10 et 15 SA (Recommandations HAS).(28) (29)

Objectifs	Moyens
Faire le diagnostic de grossesse	<ul style="list-style-type: none"> - Anamnèse, examen clinique - β-hCG qualitatif en cas de doute
Dater la grossesse	Échographie de datation dans certains cas
<ul style="list-style-type: none"> - Évaluer l'état clinique général - Examen gynécologique - Dépister les dysplasies cervicales 	<ul style="list-style-type: none"> - PA, taille, poids - seins, vulve, vagin - FCU si > 2-3 ans³
Évaluer la filière génitale en vue de l'accouchement	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche de mutilation - Recherche d'un ATCD d'herpès génital
Recherche de FDR ciblée sur les pathologies chroniques	Anamnèse
Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales	Dépistage combiné du 1 ^{er} trimestre associant : mesure de la clarté nucale et dosage des marqueurs sériques, PAPP-A et β -hCG libre
Prévenir les malformations du tube neural	Supplémentation en folates : 0,4 mg/j jusqu'à 8 SA
Donner des informations orales sur le suivi général	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentation, risques infectieux alimentaires, mode de vie, sensibilisation aux effets du tabac, de l'alcool, des drogues et des médicaments tératogènes - Organisation des soins en réseau de périnatalité, droits et avantages liés à la maternité - Examens de dépistage
Élaboration d'un projet de naissance avec la patiente ou le couple, à compléter lors de l'entretien du 1 ^{er} trimestre (individuel ou en couple) et lors des séances de préparation à la naissance et à la parentalité ⁴	Infos sur le déroulement global de la grossesse, l'accouchement et la naissance ; le calendrier des consultations prénatales ; l'adaptation possible des conditions de travail, la durée du congé maternité ; les droits sociaux liés à la grossesse et l'allaitement maternel

A l'issue de cette première consultation, l'entretien individuel de début de grossesse, dit « entretien du 4^{ème} mois », doit être proposé. Cet entretien est le plus souvent réalisé par une sage-femme, et dure en moyenne 45 minutes. Il permet de délivrer aux futurs parents des informations sur les règles hygiéno-diététiques, le congé maternité, le déroulement du suivi de la grossesse, les précautions face à la toxoplasmose...(29)

Tableau 2: Deuxième consultation entre 16 et 20 SA (Recommandations HAS). (28) (29)

Objectifs	Moyens ou contenu
<ul style="list-style-type: none"> - Faire la déclaration de grossesse - Fixer la date présumée de l'accouchement 	
Examen clinique	PA, HU à partir du 4 ^e mois, BDC si possible
Proposer le dépistage des anomalies chromosomiques fœtales	Marqueurs du 2 ^e trimestre en l'absence de dépistage combiné au 1 ^{er} trimestre
<ul style="list-style-type: none"> - Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple - Rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité : précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille - Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité en expliquant leurs objectifs 	<ul style="list-style-type: none"> - Expression des attentes et besoins de la femme et du couple - Repérage des situations de vulnérabilité, des signes de violence domestique et orientation vers un éventuel soutien spécialisé : PMI, social psychologique ou un réseau d'écoute - Informations sur les ressources de proximité - Liens sécurisants avec le réseau périnatalité

Tableau 3: Consultations intermédiaires du 5ème au 8ème mois (28) (29)

Objectifs	Moyens ou contenu
Évaluer l'état maternel et fœtal	Poids, PA, HU, BDC et MAF
Recherche de signes fonctionnels urinaires	Anamnèse
Recherche de contractions utérines	Anamnèse
Évaluation de la présentation fœtale	Au 8 ^e mois
Consultation de pré-anesthésie	Au 8 ^e mois
Dépistage d'une infection urinaire asymptomatique	Proposer éventuellement ECBU à chaque consultation en cas d'ATCD d'infection urinaire, de diabète ou de bandelette urinaire positive

Lors de la consultation du 6^{ème} mois, il ne faut pas oublier de délivrer à la patiente des informations concernant les cours de préparation à l'accouchement, qui correspondent à 8 séances remboursées à 100%, à partir du 6^{ème} mois de grossesse, et jusqu'à l'accouchement.(28)

Lors de la consultation du 7^{ème} mois de grossesse, une prévention systématique de l'allo-immunisation foetomaternelle est réalisée chez toutes les femmes Rhésus négatif dont les RAI sont négatifs, par une injection intra-veineuse de gamma-globulines anti-D (Rhophylac 300 ug), à 28 SA +/- 1 semaine.

Il faut également penser à la prophylaxie des carences en vitamine D par une dose unique au 7^{ème} mois de grossesse d'Uvedose (1 ampoule de 100000 UI à boire). (29)

De même, une éventuelle carence martiale devra être traitée.

Lors du 8^{ème} mois de grossesse, on effectue un prélèvement vaginal pour le dépistage du portage du streptocoque B (qu'il faut traiter uniquement lors de la mise en travail ou en cas de rupture prématurée des membranes).

Le congé prénatal débute à 35 SA.

Tableau 4: Consultation du 9ème mois (28) (29)

Objectifs	Moyens ou contenu
Établir le pronostic obstétrical	<ul style="list-style-type: none"> - Recherche des MAF et des CU - Recherche de signe fonctionnel urinaire - Examen clinique général : poids, PA - Examen clinique obstétrical : HU, BDC, présentation foetale
Informar sur le déroulement de l'accouchement, la prise en charge à terme, les modalités locales de rendez-vous	Consignes claires sur la date à laquelle la femme enceinte doit se présenter dans la maternité choisie une fois le terme atteint
Vérifier l'environnement familial et les conditions de sécurité de la mère et son enfant	Informer sur les aides adaptées et proposer une éventuelle intervention coordonnée : <ul style="list-style-type: none"> - d'un travailleur social ; - d'une puéricultrice de PMI ; - du psychologue ; - du pédiatre ; - du médecin généraliste...

Pendant la grossesse, la femme enceinte prend en règle générale 1 kg par mois, pour un total de 9 à 12 kg au cours de la grossesse.

L'alimentation doit être variée, équilibrée, répartie en fonction des besoins entre 3 repas et 2 collations. Elle doit être associée à un apport en eau d'au moins 1,5 L par jour.

L'activité physique doit être poursuivie de manière douce et régulière ; il faut plutôt favoriser la marche à pied, la natation, et éviter les sports de contact ou à risque de chutes.

L'activité sexuelle n'est pas contre-indiquée.

La consommation d'alcool, de tabac, de cannabis, ou d'autres substances toxiques, est fortement déconseillée pendant la grossesse. (28)

La consultation postnatale est obligatoire et remboursée à 100% ; elle doit avoir lieu dans les 8 semaines suivant l'accouchement.

Elle comporte un examen clinique général, ainsi qu'un examen périnéal et mammaire.

Un frottis cervico-vaginal est réalisé s'il n'a pas été fait dans les 3 ans.

Lors de cet entretien sont prescrites les séances de rééducation abdominale et périnéale (10 séances).

La contraception doit être abordée avec la patiente : évaluation de la tolérance de la molécule prescrite à la sortie de la maternité, changement de contraception si besoin. (29)

I-4.2.2. La surveillance biologique de la grossesse

Lors de la première consultation de grossesse, certains examens biologiques sont obligatoires: sérologies de la rubéole et de la toxoplasmose, sérologie de la syphilis, 1^{ère} détermination du groupe sanguin, recherche des RAI, et recherche de sucre et d'albumine dans les urines par réalisation d'une bandelette urinaire.

D'autres examens, comme les sérologies hépatites C, B, VIH (après accord de la patiente), et NFS sont souvent proposés.

Tableau 5: La surveillance biologique de la grossesse (fiche récapitulative de l'assurance maladie).(30)

obligatoires*	< 10 SA	< 15 SA	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois
• Groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)	①						②	
• Recherche d'Agglutinines Irrégulières (RAI) : - si Rhésus D négatif : à toutes les femmes - si Rhésus D positif : aux femmes avec un passé transfusionnel								
• RAI, à l'exclusion de Ac dirigés contre les Ag A et B								
• Sérologie toxoplasmose		③	③	③	③	③	③	③
• Sérologie rubéole		④						
• Sérologie syphilis								
• Glycosurie et protéinurie								
• Recherche de l'Ag HBs								
• Hémogramme								
à proposer systématiquement	< 10 SA	< 15 SA	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois
• Sérologie VIH 1 et 2								
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)								
• Frottis cervical ⑦								
à proposer systématiquement	1 ^{er} trimestre	2 ^e trimestre						
• Dépistage des anomalies chromosomiques fœtales	⑤	⑥						
à proposer éventuellement en fonction de la situation clinique	< 10 SA	< 15 SA	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois
• ECBU ⑧								
• Dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque								

* Source : Article R. 2122-2 du Code de la Santé Publique.

NB : Le dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire est à proposer systématiquement lors des 7 premières semaines d'aménorrhée (non remboursé).

Précisions sur les modalités de prescription :

- ① Uniquement en cas de première grossesse, si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complet (deux déterminations).
- ② Si détermination non faite avant.
- ③ En cas de négativité du résultat précédent.
- ④ En cas de négativité du résultat précédent, il est recommandé de prescrire une sérologie jusqu'à 18 SA.
- ⑤ Dépistage combiné du 1^{er} trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1^{ère} échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre).
- ⑥ Dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2^e trimestre (15 à 18 SA) en l'absence d'un dépistage combiné au 1^{er} trimestre.
- ⑦ Si le dernier frottis cervical date de plus de deux à trois ans.
- ⑧ En cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète, ou de bandelette urinaire positive.

Taux de remboursement (dans la limite des tarifs de l'Assurance Maladie)

	100%
	70%
	60%

Lors de la consultation du 6^{ème} mois, entre 24 et 28 SA, il faut réaliser, si présence de facteurs de risque, un dépistage du diabète gestationnel.

Ces facteurs de risque sont nombreux : âge maternel supérieur à 30 ans, obésité (IMC>25), ethnie, antécédents familiaux de diabète de type 2, antécédents personnels de diabète gestationnel, antécédents d'intolérance au glucose, antécédents obstétricaux de macrosomie fœtale ou de mort fœtale in utero inexpliquée.

Dès lors, on effectue un test d'Hyperglycémie Provoquée Orale: la femme enceinte boit une solution liquide composée de 75g de glucose, puis on mesure sa glycémie à jeun, à H+1 et à H+2. Une seule valeur supérieure à la normale objective un diabète gestationnel, nécessitant dans un premier temps la mise en place d'un régime diabétique adapté à la parturiente, avant d'envisager de débiter un traitement par insuline.

Il est à noter que certaines équipes proposent le dépistage du diabète gestationnel même en l'absence de facteurs de risque.(27)

I-4.2.3. La surveillance échographique de la grossesse

Tableau 6: La surveillance échographique de la grossesse (30)

ÉCHOGRAPHIES	3 échographies sont systématiquement proposées aux femmes. En cas de pathologies fœtales ou de grossesse pathologique, des échographies supplémentaires peuvent être prises en charge avec l'accord de l'Assurance Maladie							
	< 10 SA	< 15 SA	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois
1 ^o échographie (entre 11 et 13 SA et 6 jours)								
2 ^o échographie (entre 20 et 25 SA)								
3 ^o échographie (entre 30 et 35 SA)								

Taux de remboursement
(dans la limite des tarifs de
l'Assurance Maladie)

	100%
	70%
	60%

Les échographies permettent une étude de la vitalité, de la biométrie, de la morphologie fœtale, et des annexes (placenta et liquide amniotique).

Au 1^{er} trimestre : 1^{ère} échographie « de datation », entre 11 et 13 SA (+6 jours) ; datation de la grossesse (par la mesure de la longueur cranio-caudale), recherche d'une grossesse multiple, évaluation de la vitalité foetale, du risque d'anomalie chromosomique (clarté nucale), dépistage de certaines malformations.

Au 2^{ème} trimestre : 2^{ème} échographie « morphologique », entre 21 et 23 SA ; dépistage de certaines malformations foetales, détermination du sexe de l'enfant, évaluation de la croissance foetale par la mesure des biométries, localisation placentaire, étude du cordon ombilical (2 artères et 1 veine) et du volume de liquide amniotique.

Au 3^{ème} trimestre : 3^{ème} échographie « de croissance », entre 31 et 33 SA ; présentation foetale, évaluation de la croissance du fœtus, localisation du placenta, dépistage de malformations, de certains retards de croissance intra-utérin, évaluation de la quantité de liquide amniotique. (30)

I-4.3. La prévention de la listériose et de la toxoplasmose

Lors de la première consultation de grossesse, et à chaque entretien, si la femme enceinte est séronégative, il est impératif de délivrer des conseils hygiéno-diététiques, en prévention de la listériose et de la toxoplasmose.

Tableau 7: Prévention de la listériose (recommandations InVS).(31)

Aliments à éviter	Règles d'hygiène à respecter
<ul style="list-style-type: none">- Fromages à pâte molle au lait cru, croûtes des fromages, fromages vendus râpés- Poissons fumés- Graines germées crues (soja, luzerne...)- Produits de charcuterie cuite consommés en l'état- Produits de charcuterie crue : lardons, bacon, jambon cru- Produits achetés au rayon traiteur- Coquillages crus, surimi, tarama	<ul style="list-style-type: none">- Cuire soigneusement les aliments crus d'origine animale (viandes, poissons), en particulier le steak haché- Laver soigneusement légumes crus et herbes aromatiques- Conserver les aliments crus (viande, légumes...) séparément de ceux cuits ou prêts à être consommés- Se laver les mains et nettoyer les ustensiles de cuisine qui ont été en contact avec ces aliments crus- Nettoyer le réfrigérateur fréquemment et le désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée- Réchauffer soigneusement les restes et les plats cuisinés avant consommation immédiate

Tableau 8: Prévention de la toxoplasmose (recommandations InVS). (29) (32)

Prévention primaire de la toxoplasmose chez des femmes séronégatives en début de grossesse

- **Débarrasser** de toute trace de terre les fruits, légumes et les plantes aromatiques destinés à être consommés crus ou peu cuits.
- **Laver** soigneusement les ustensiles et les surfaces ayant servi à la préparation des repas (plusieurs lavages à grande eau).
- **Éviter** la consommation de viande crue ou saignante, la préférer bien cuite ou préalablement congelée.
- **Nourrir** les chats avec de la viande bien cuite ou des préparations industrielles.
- **Faire nettoyer** tous les jours le bac à litière du chat (ou porter des gants et se laver les mains après avec du savon) ; l'eau de javel étant inefficace pour détruire les oocystes, laver les bacs à l'eau bouillante.
- **Se laver les mains** avec du savon avant de les porter à la bouche et avant tous les repas.
- **Éviter le contact** direct avec la terre, le sable, la viande crue et porter des gants pour jardiner.
- **Lors des repas** pris en dehors du domicile, éviter les crudités et préférer les légumes cuits.
- **En cas de voyage** en pays en voie de développement, se garder de consommer des eaux non traitées.

I-4.4. Les maux de la grossesse

Les « petits maux » de la grossesse sont fréquents et peu graves, et constituent très souvent un motif de consultation du médecin généraliste, professionnel du premier recours.(29)

En cas d'hyperthermie : c'est un symptôme qui doit être traité chez la femme enceinte, car il peut être abortif et tératogène ; le paracétamol en constitue le traitement.

La constipation tend à se majorer. Pour lutter, on conseille les fibres alimentaires : son, pétales de blé complet enrichis en son, avec une bonne hydratation; l'exercice physique, la consommation quotidienne de fruits et légumes sont également recommandés. Des laxatifs osmotiques, ainsi qu'une eau riche en magnésium, sont proposés si la constipation persiste.

La diarrhée est un symptôme fréquent ; il faut rechercher des signes de gravité (fièvre, présence de glaires...) ; on préconise l'hydratation et l'utilisation de smecta.

Les nausées et vomissements de début de grossesse disparaissent habituellement spontanément entre 16 et 20 SA. Au-delà, il faudra rechercher une étiologie (bilan thyroïdien, hépatique, voire fibroscopie gastrique). Leur cause est mal connue; un traitement peut être envisagé par anti-émétiques. Si les vomissements sont mal tolérés, une hospitalisation sera nécessaire pour rééquilibration hydro-électrolytique.

En cas de reflux gastro-oesophagien : il est recommandé de maintenir une posture verticale après les repas, de surélever la tête du lit, de diminuer les graisses, caféine et boissons gazeuses et de fractionner les repas. Si malgré ces mesures le RGO persiste, on peut proposer des anti-acides. Des inhibiteurs de la pompe à protons peuvent également être utilisés et sont très efficaces.

En cas de crise hémorroïdaire, une crème à base d'anesthésiques locaux, et des veinotoniques peuvent être employés.

Les varices sont fréquentes et bénignes. Elles sont soulagées par le port de bas de contention (classe II). La marche quotidienne, ne pas s'exposer à la chaleur, la surélévation des membres inférieurs la nuit, sont des conseils à donner pour améliorer le retour veineux.

En prévention des vergetures, l'efficacité des différentes crèmes cosmétologiques proposées n'a pas été prouvée. Il faut éviter leur application avant une échographie car certaines réduisent le passage des ultrasons.

La modification des sécrétions vaginales est physiologique. Si elles deviennent abondantes, prurigineuses, nauséabondes ou associées à des brûlures mictionnelles, il faudra suspecter une mycose, fréquente pendant la grossesse; un traitement par anti-mycotique adapté est préconisé.

Contre les lombalgies, des massages, des séances d'éducation individuelles ou collectives, des exercices dans l'eau, le port d'une ceinture de contention lombaire, peuvent être proposés.

Devant des migraines, il faut éviter la caféine, le jeûne, le surmenage, le tabac, le chocolat, les graisses... Il faut donc donner des règles hygiéno-diététiques, et traiter par paracétamol (traitement de la crise). Le traitement de fond n'est à envisager qu'en cas de migraines fréquentes rebelles aux antalgiques.

En cas d'infection urinaire basse, il faut traiter par amoxicilline 3g par jour pendant 8 jours, et contrôler par ECBU à 48 heures.(33)

I-4.5. Les critères de choix du spécialiste pour le suivi de la grossesse

L'HAS a publié des recommandations en mai 2007, ainsi qu'en décembre 2009, afin de permettre d'identifier les grossesses à risque, nécessitant un suivi par un gynécologue.(12)
(27)

Ces éléments sont à rechercher dès la première consultation, car ils conditionnent les modalités du suivi ultérieur.

Deux situations sont ainsi identifiées :

- une grossesse sans situation à risque, peut être suivie par une sage-femme, ou un médecin généraliste, ou bien par un gynécologue médical ou un gynécologue-obstétricien, ceci restant au choix de la femme enceinte.
- si une situation à risque est détectée (antécédents gynécologiques lourds, maladie chronique générale ou systémique...), le niveau de risque de la grossesse est élevé, et le suivi doit être effectué par un gynécologue obstétricien.

Il est recommandé qu'un médecin généraliste en charge d'un suivi de grossesse exerce dans le cadre d'une collaboration entre ville et hôpital, et selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité. (16)

Si, lors du suivi de la grossesse par un médecin généraliste, un gynécologue médical ou une sage-femme, le niveau de risque change, il est possible d'en référer auprès d'un gynécologue-obstétricien.

Il est important de mentionner l'importance de la continuité du suivi ; Il est recommandé qu'une grossesse soit suivie par un groupe restreint de professionnel afin de limiter la multiplication inutile des examens, d'où l'importance de la coordination et de la collaboration entre les professionnels de santé.(16)

Pour cela, il est proposé de confier une copie du dossier médical à la patiente en lui rappelant l'importance de le présenter à chaque consultation.

Il faut ensuite choisir la structure de soins appropriée pour l'accouchement: il est important de prévoir le lieu de naissance pendant le suivi de grossesse, pour assurer la continuité des soins et pour le projet de naissance. (16)

Le choix du lieu de naissance dépend des préférences du couple, du lieu d'habitation et du niveau de risque maternel et foetal.

Il existe 3 types de maternité:

- le niveau 1 qui comprend une unité d'obstétrique
- le niveau 2 comprenant une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie
- le niveau 3 comprenant en plus une unité de réanimation néonatalogie

Si, dans les antécédents familiaux, on note des pathologies génétiquement transmissibles, des pathologies génétiques caryotypiques: il faut demander un avis par un gynécologue-obstétricien afin de déterminer le professionnel adéquat pour le suivi de grossesse, et le choix de la structure pour l'accouchement dépendra de l'anomalie portée.

Si, dans les antécédents familiaux, on note des fausses couches répétées au premier trimestre de grossesse:

- si aucune étiologie n'est retrouvée, après avis par un gynécologue-obstétricien, accouchement en unité d'obstétrique si la grossesse évolue sans complication.
- si une étiologie type SAPL est retrouvée, un suivi par un gynécologue obstétricien est recommandé et l'accouchement pourra avoir lieu en unité d'obstétrique si la grossesse évolue sans complication.

Dans le cas d'un traitement de l'infertilité (supérieur à 1 an): un avis par un gynécologue-obstétricien est conseillé et l'accouchement pourra avoir lieu en unité d'obstétrique.

En cas de besoin d'informations supplémentaires, les professionnels ayant en charge des femmes enceintes peuvent prendre contact avec les centres référents des pathologies concernées. (16)

Le suivi de la grossesse peut donc sans aucun problème être techniquement assuré par un médecin généraliste, qui collaborera avec un échographiste.

I-5. Problématique

Nous constatons, depuis de nombreuses années, une forte médicalisation du suivi de la grossesse, au détriment des médecins généralistes ; en effet, comme nous l'avons déjà évoqué auparavant, ils assurent un quart des déclarations de grossesse, mais ils interviennent moins dans le suivi de son déroulement.(2) (3)

Cependant, en urgence, et pour les pathologies intercurrentes, le médecin généraliste reste le premier recours, du fait de sa grande disponibilité.

Nous observons ainsi un paradoxe car le médecin de famille ne suit pas les grossesses, mais doit traiter les symptômes des femmes enceintes.

De plus, les médecins généralistes occupent une position privilégiée pour assurer le suivi de la grossesse, de part leur disponibilité et la relation de confiance établie avec les patientes.(6)

Lors de nos stages en médecine ambulatoire, nous constatons que les femmes enceintes ne consultent pas, ou très peu, leur généraliste pour le suivi de leur grossesse.

Quels sont les freins au suivi de la grossesse en médecine générale ?

Nous avons donc effectué une étude auprès des médecins généralistes installés en Limousin, afin d'objectiver les freins, selon eux, au suivi de la grossesse en médecine générale.

II- Matériel et méthode

II-1. Caractéristiques de l'étude

Il s'agit d'une étude quantitative descriptive analytique, concernant la pratique professionnelle des médecins généralistes installés en Limousin, destinée à objectiver les freins au suivi de la grossesse en médecine générale dans cette région.

Cette étude a été réalisée sous forme d'un questionnaire, envoyé par mail aux différents médecins généralistes installés en Limousin.

Les questions ont été élaborées en intégrant les données de la littérature concernant la faible prévalence du suivi de la grossesse en médecine générale, notamment d'après le travail de Babinet-Boulnois C. (34), ainsi que celui de Champeaux R.(35); l'expérience clinique de l'investigateur a également contribué à la création du questionnaire.

Il s'agit d'une grille de recueil analytique, comportant 11 questions à choix fermés; les réponses étaient anonymes.

Les questionnaires ont été distribués par mail, avec l'aide de l'URPS des médecins libéraux du limousin (Union Régionale des Professionnels de Santé), aux 375 médecins généralistes installés, dont l'adresse mail figurait dans les fichiers de cette association. (236 médecins en Haute-Vienne, 88 en Corrèze et 51 en Creuse).

Ils ont été envoyés à trois reprises, afin d'améliorer le taux de participation; le premier envoi a eu lieu le 28 août 2015, le second le 14 octobre 2015, et le dernier le 19 novembre 2015. L'arrêt d'inclusion des réponses dans l'étude a été effectué le 30 novembre 2015.

Pour cette étude, nous avons décidé d'interroger uniquement les médecins généralistes installés en limousin, en excluant les médecins remplaçants de façon volontaire.

II-2. Objectif principal de l'étude

L'objectif principal de notre étude est d'identifier les freins au suivi de la grossesse en médecine générale d'après les médecins généralistes installés en Limousin.

II-3. Objectif secondaire de l'étude

Cette étude a également pour but d'objectiver l'intérêt que portent les médecins généralistes du Limousin à la gynécologie, ainsi qu'à l'obstétrique, disciplines fréquemment rencontrées lors de l'exercice de la médecine générale, du fait des délais importants des rendez-vous avec les spécialistes.

II-4. Recueil des données et analyse statistique

Les réponses aux questionnaires ont été directement intégrées dans « Google drive »; nous avons ensuite rentré manuellement les données obtenues dans un fichier Microsoft Excel.

Les données ont ensuite été analysées via le fichier Excel, et via Google drive, avec description des réponses aux différentes questions posées, sous forme de graphiques; des calculs de pourcentage ont été réalisés grâce à ce logiciel.

III- Résultats

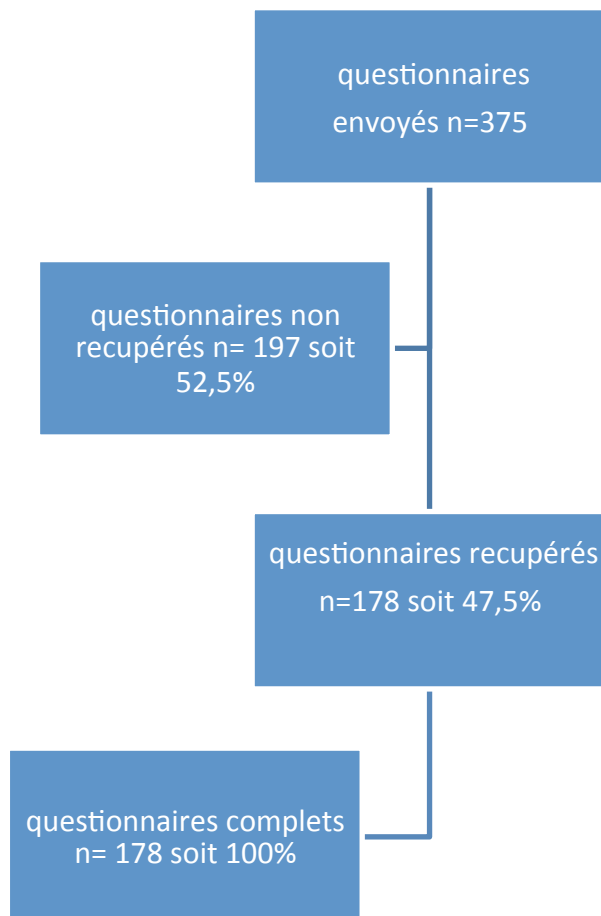
III-1. Taux de participation

L'URPS des médecins libéraux du Limousin compte 375 adresses mails de médecins généralistes installés au sein de notre région dans sa mailing-liste; nous avons donc envoyé 375 questionnaires.

Nous avons obtenus 178 réponses, et les questionnaires remplis étaient tous complets.

Le taux de participation est donc de 47,5%.

Tableau 9: Taux de réponse.



III-2. Caractéristiques de la population étudiée

III-2.1. Le sexe

Sur l'échantillon étudié n=178, 85 questionnaires furent complétés par des femmes (47,8%), et 93 par des hommes (52,2%), soit un Sex Ratio à 1,09.

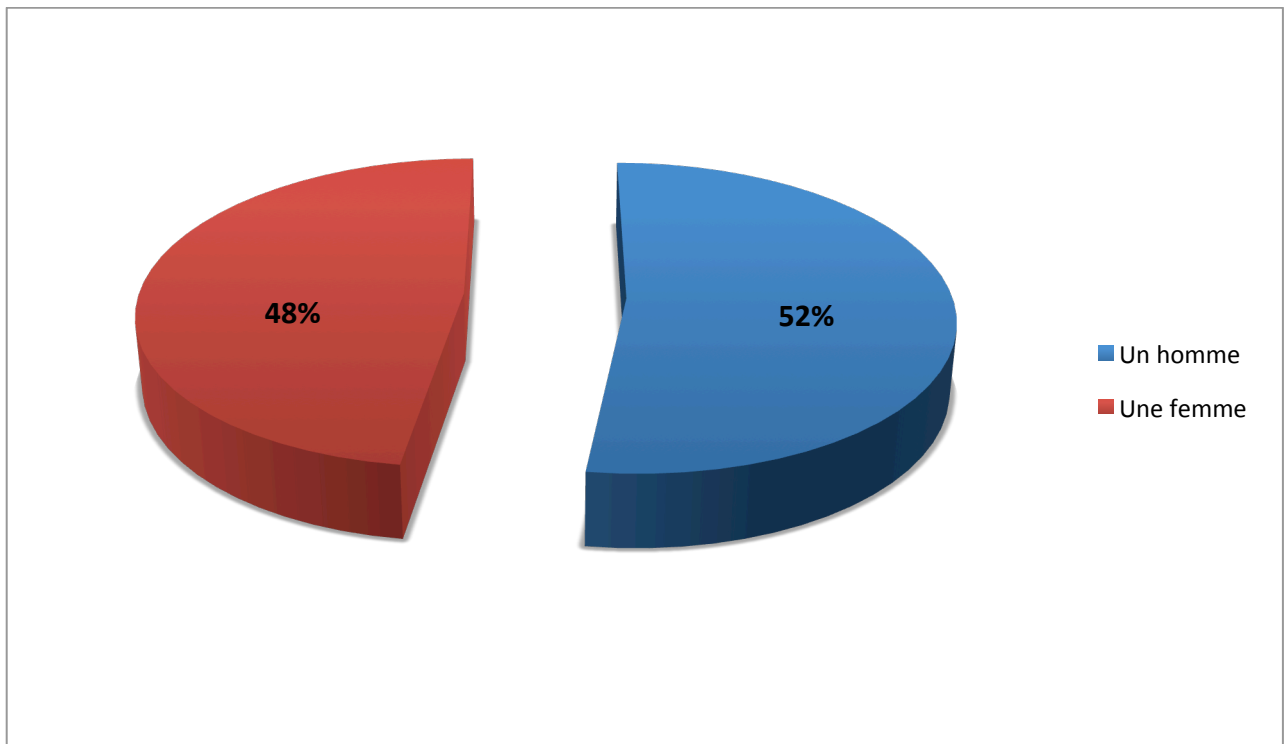


Figure 9: Le sexe de la population étudiée.

III-2.2. L'âge

La majorité des répondants a entre 50 et 60 ans; en effet, 70 questionnaires ont été remplis par des professionnels dont l'âge se situe dans cette catégorie, soit 39,3%.

Viennent ensuite les plus de 60 ans, qui représentent 33,1% des réponses (59 médecins).

15,7% des participants ont entre 40 et 50 ans (28 praticiens).

10,1% des professionnels interrogés ont entre 30 et 40 ans (18 réponses).

Enfin, les moins de 30 ans ne constituent que 1,7% de l'échantillon (3 répondants).

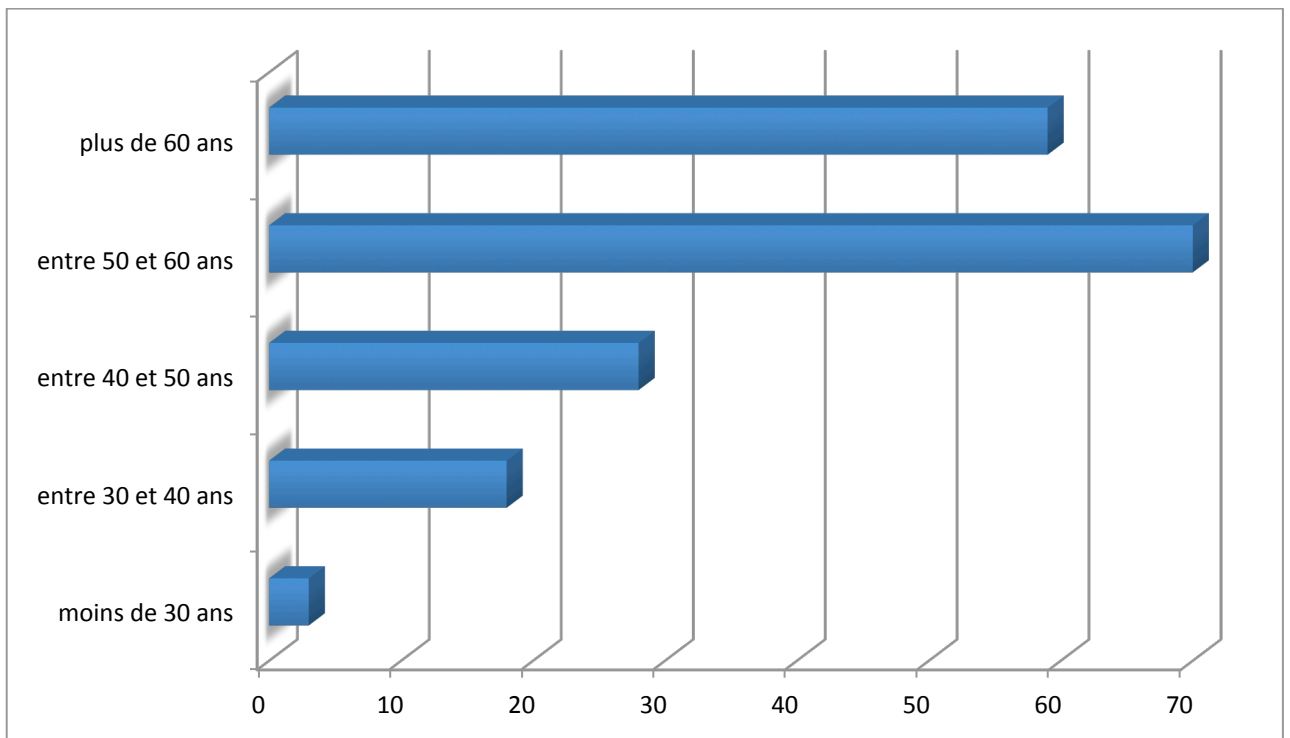


Figure 10: Répartition des médecins répondants par catégories d'âge.

III-2.3. Le lieu d'exercice professionnel

Le département d'exercice:

Nous avons reçu 116 questionnaires de médecins généralistes installés en Haute-Vienne, correspondant à 65,2% de réponses.

40 répondants sont installés en Corrèze (22,5%).

22 participants exercent en Creuse (12,4%).

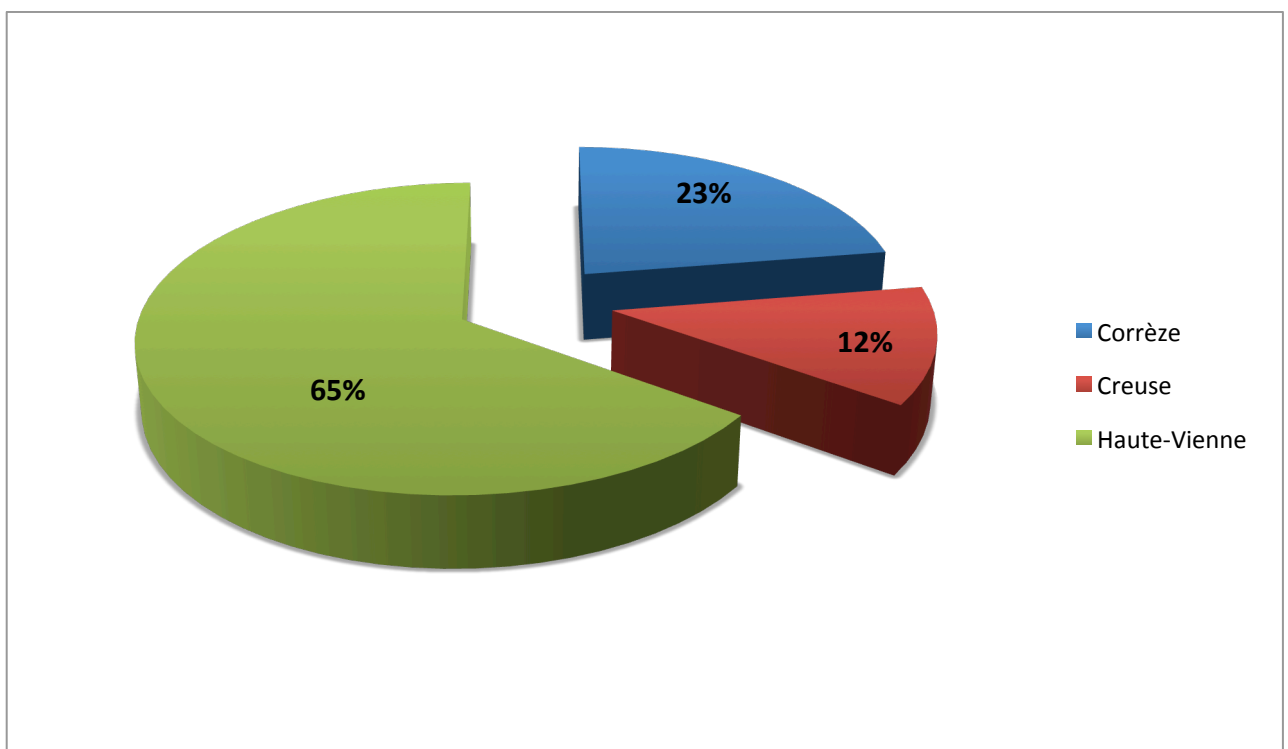


Figure 11: Répartition des répondants par département d'exercice.

Le milieu d'exercice:

73 médecins sont installés en milieu rural (défini par une commune de moins de 5000 habitants), soit 41% de la population étudiée.

Nous avons obtenu un même nombre de réponses en milieu urbain (commune de plus de 10000 habitants), soit 41% de notre échantillon.

Enfin, 32 répondants exercent en milieu semi-rural (entre 5000 et 10000 habitants), correspondant à 18% des participants.

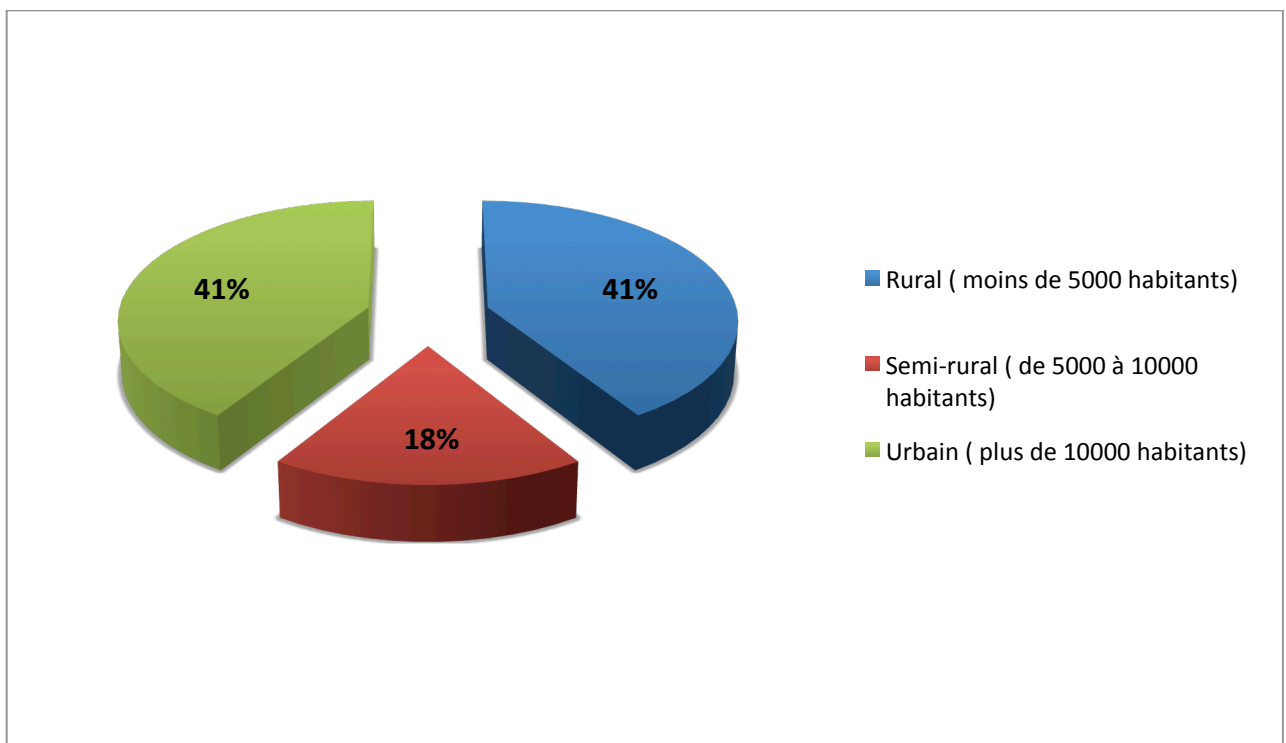


Figure 12: Répartition des répondants par milieu d'exercice.

III-2.4. L'ancienneté de la pratique professionnelle

La majorité des répondants (68 médecins) exerce la médecine depuis plus de 30 ans, constituant 38,2% de notre échantillon.

54 participants pratiquent leur métier depuis 20 à 30 ans (30,3%).

31 professionnels exercent depuis 10 à 20 ans (17,4%).

Les jeunes médecins, travaillant depuis moins de 10 ans, ne représentent que 14% de la population étudiée (25 répondants).

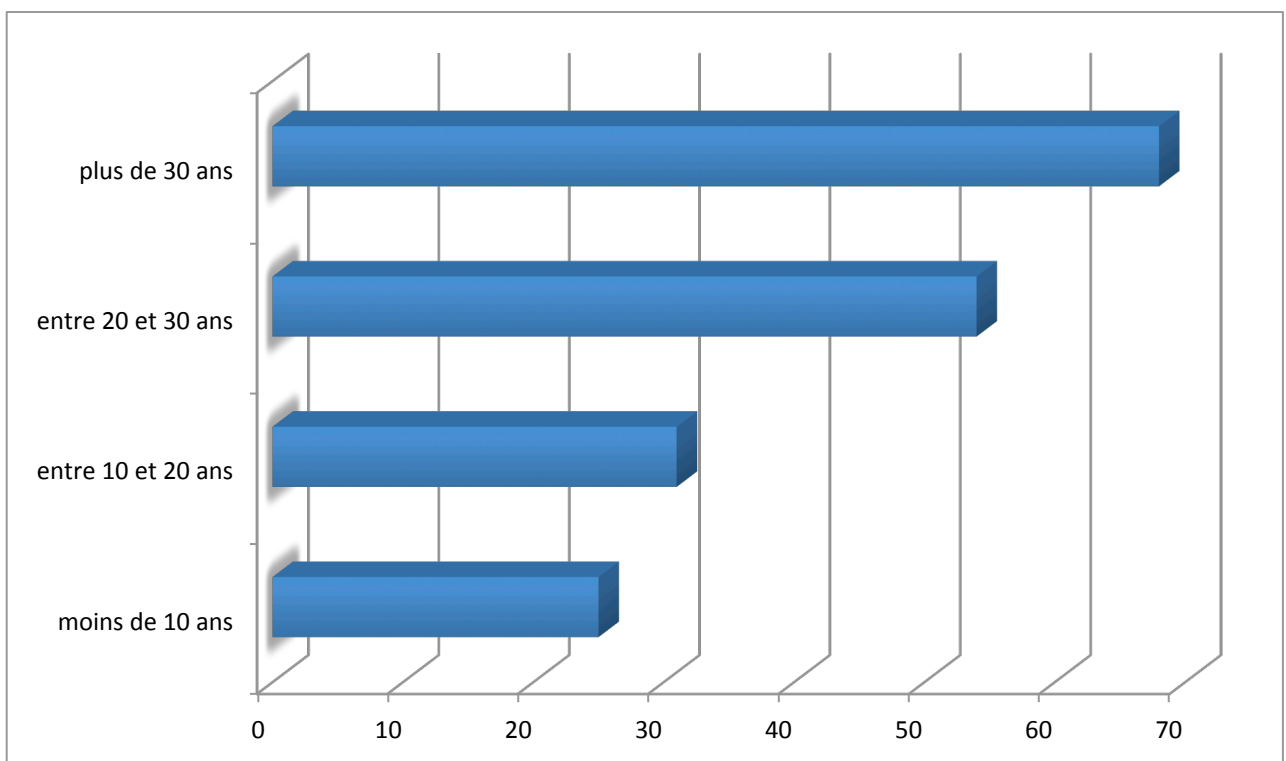


Figure 13: Répartition des médecins par l'ancienneté de la pratique professionnelle.

III-2.5. Les stages effectués pendant l'internat

Sur les 178 réponses obtenues, 80 médecins avaient réalisé un stage de gynécologie-obstétrique pendant leur internat de médecine générale, soit 44,9%.

98 participants n'avaient donc pas effectué ce stage (55,1%).

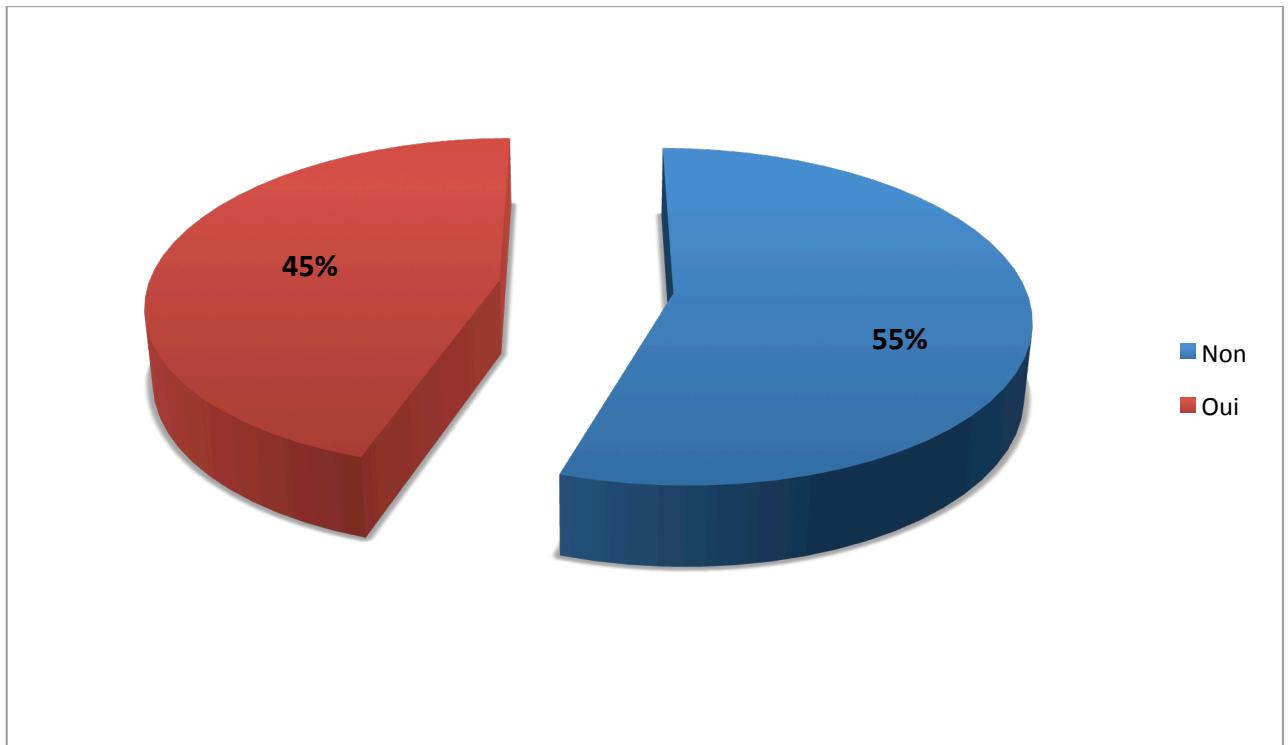


Figure 14: Médecins ayant effectué un stage de gynécologie-obstétrique.

III-3. La pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes du Limousin

III-3.1. La réalisation d'actes de gynécologie

Concernant les pratiques professionnelles, 154 des 178 médecins généralistes répondants réalisent des actes de gynécologie (frottis, pose d'implants...) dans leur cabinet, soit 86,5%.

13,5% des répondants ne pratiquent donc pas cette discipline (24 réponses).

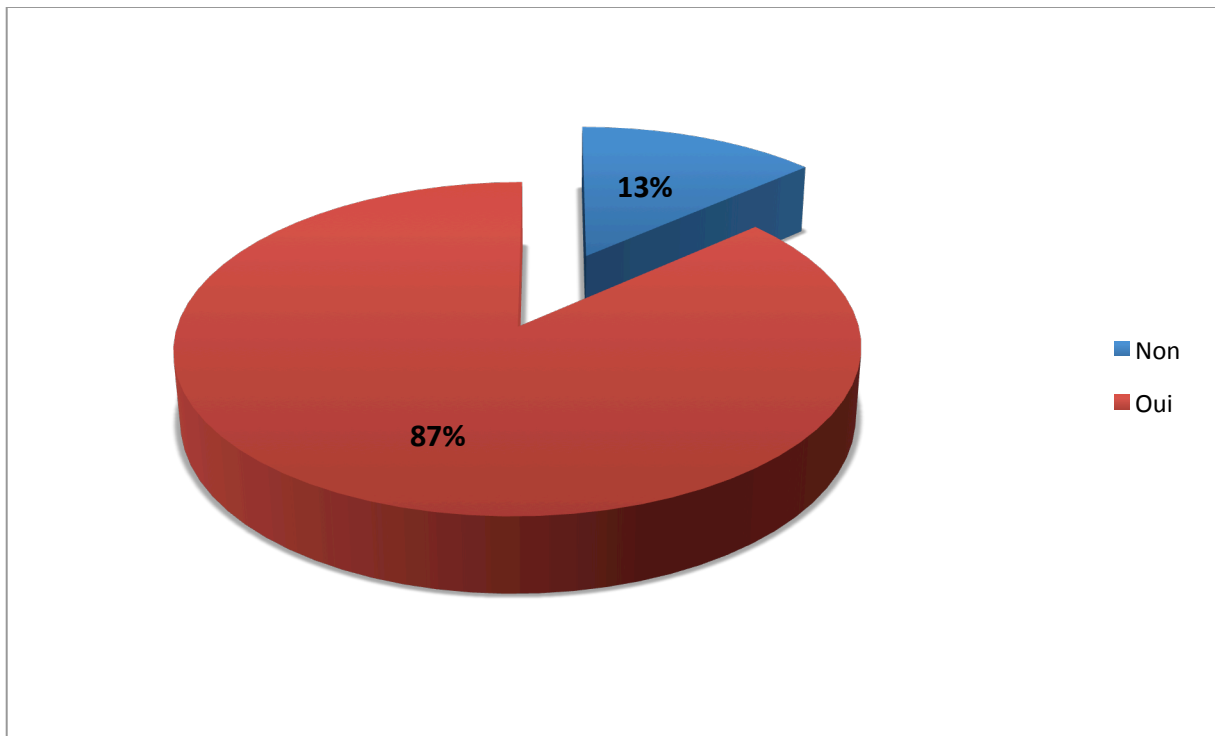


Figure 15: La pratique de la gynécologie par les médecins généralistes.

III-3.1.1. En fonction du sexe du praticien

Sur les 93 hommes interrogés, 78 effectuent des actes de gynécologie dans leur cabinet médical, correspondant à 83,9% de notre échantillon; 15 d'entre eux ne pratiquent pas cette discipline, soit 16,1%.

En ce qui concerne les femmes, 76 d'entre elles réalisent des actes, soit 89,4%; 9 n'en effectuent pas, soit 10,6%.

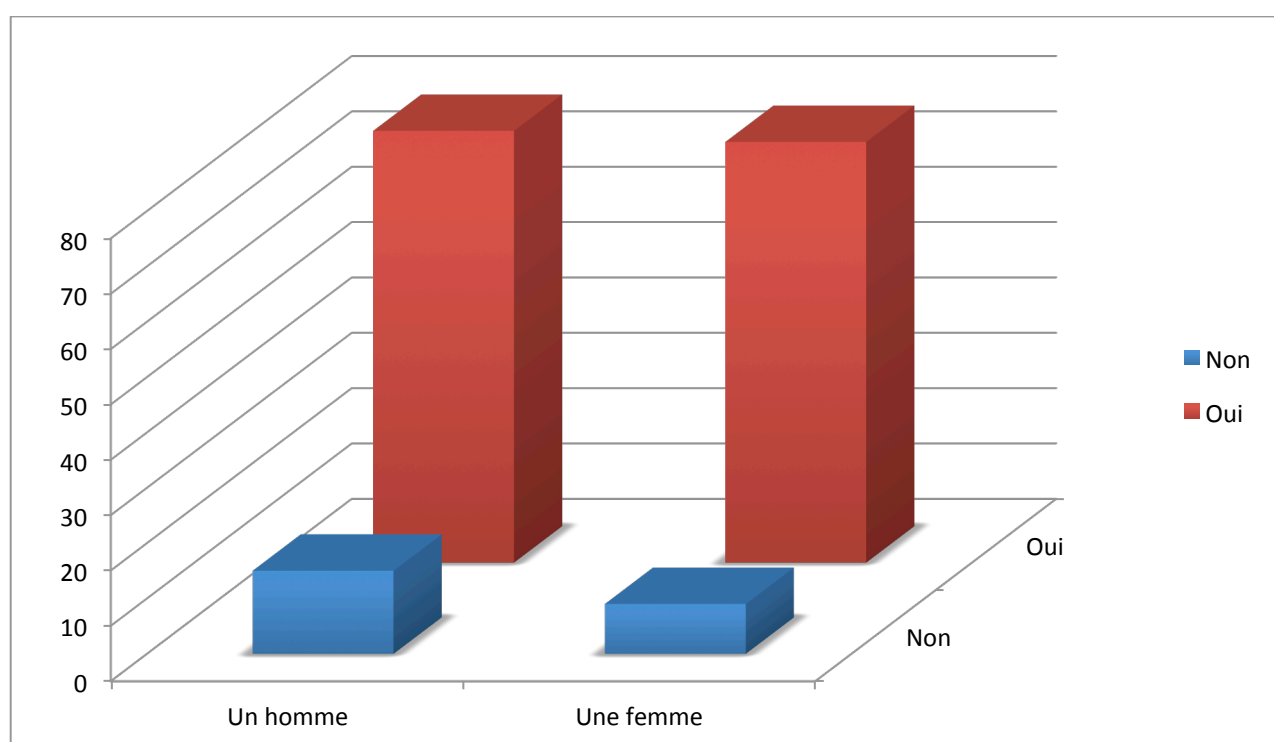


Figure 16: La gynécologie et le sexe du praticien.

III-3.1.2. En fonction de l'âge du praticien

Les répondants de plus de 60 ans pratiquent la gynécologie à 89,8%; en effet, sur les 59 médecins interrogés appartenant à cette catégorie d'âge, 53 ont donné une réponse positive à cette question.

Vient ensuite la tranche d'âge des 40 à 50 ans, avec 89,3% de réponses positives (25 des 28 interrogés).

88,9% des 30-40 ans réalisent des actes de gynécologie (16 des 18 répondants).

82,9% des 50-60 ans en effectuent (58 sur 70 médecins).

Enfin, sur les 3 médecins de moins de 30 ans, 2 pratiquent cette discipline (66,7%).

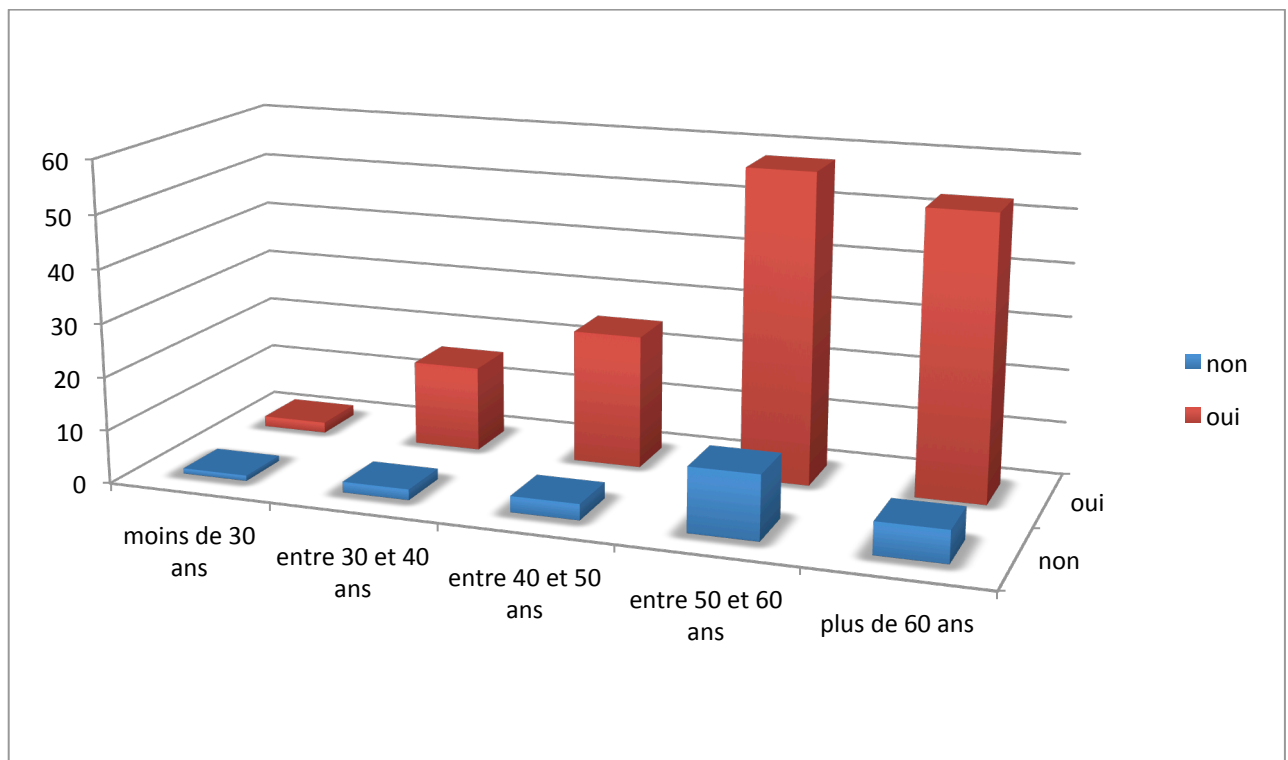


Figure 17: La gynécologie et l'âge du praticien.

III-3.1.3. En fonction du lieu d'exercice

En Creuse, 95,5% des répondants pratiquent cette discipline (21 des 22 médecins participants).

Ils sont 90% à réaliser des actes de gynécologie en Corrèze (36 sur 40 praticiens).

83,6% des médecins en effectuent en Haute-Vienne (97 sur 116 réponses).

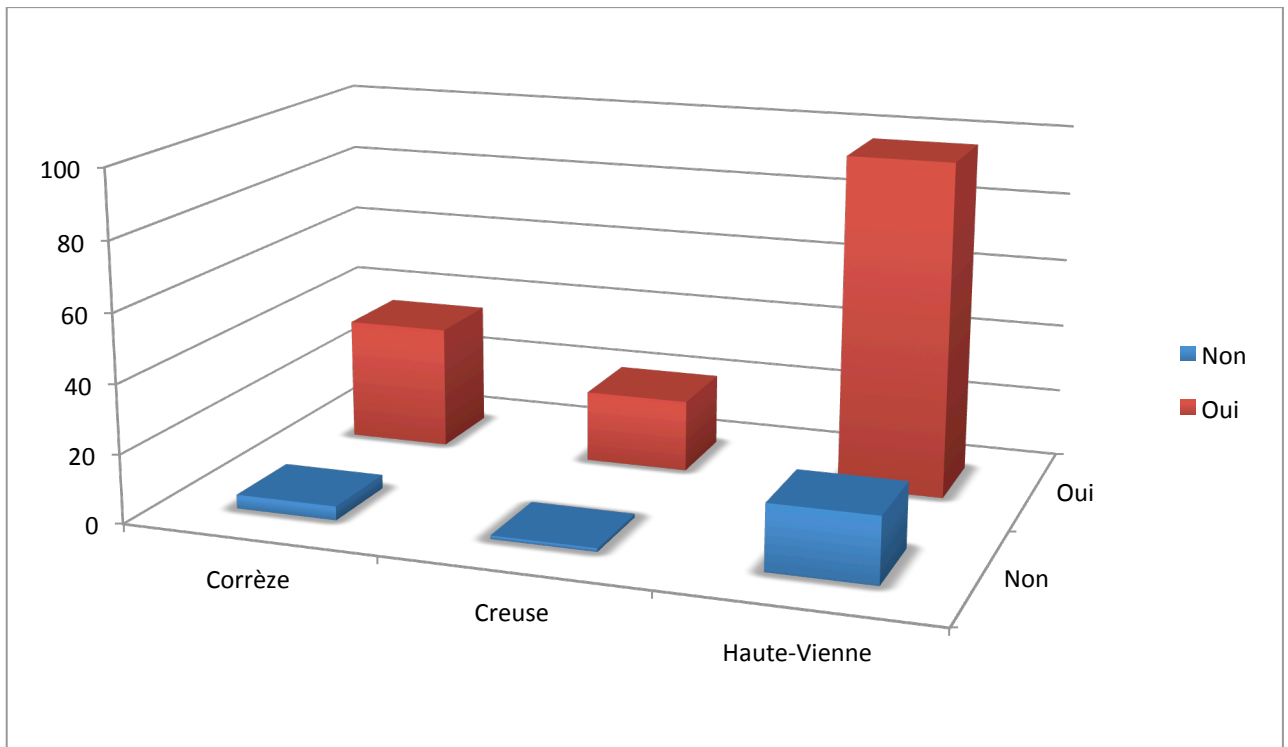


Figure 18: La gynécologie et le département d'exercice.

93, 2% des médecins généralistes installés en milieu rural exercent la gynécologie dans leur cabinet, soit 68 des 73 répondants ruraux.

En milieu semi-rural (commune entre 5000 et 10000 habitants), 90,6% des praticiens réalisent des actes (29 sur 32 médecins).

78,1% des professionnels installés en milieu urbain pratiquent cette discipline (57 des 73 réponses).

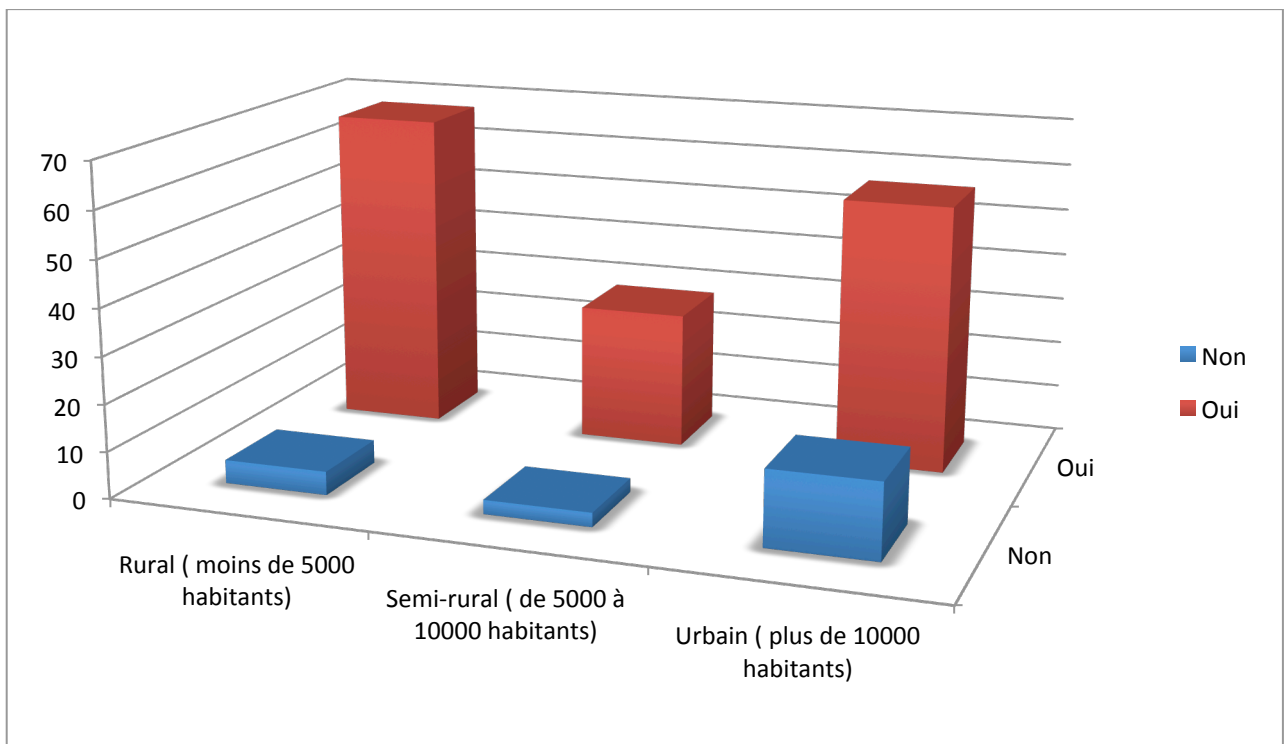


Figure 19: La gynécologie et le milieu d'exercice.

III-3.1.4. En fonction de l'ancienneté de la pratique

88,9% des médecins pratiquant la médecine depuis 20-30 ans réalisent des actes de gynécologie dans leur cabinet, soit 48 des 54 répondants.

Les professionnels travaillant depuis 10-20 ans répondent positivement à 87,1% (27 des 31 participants).

86,8% des médecins exerçant depuis plus de 30 ans pratiquent cette discipline (59 des 68 médecins).

Enfin, 80% des praticiens installés depuis moins de 10 ans effectuent des actes de gynécologie (20 des 25 interrogés).

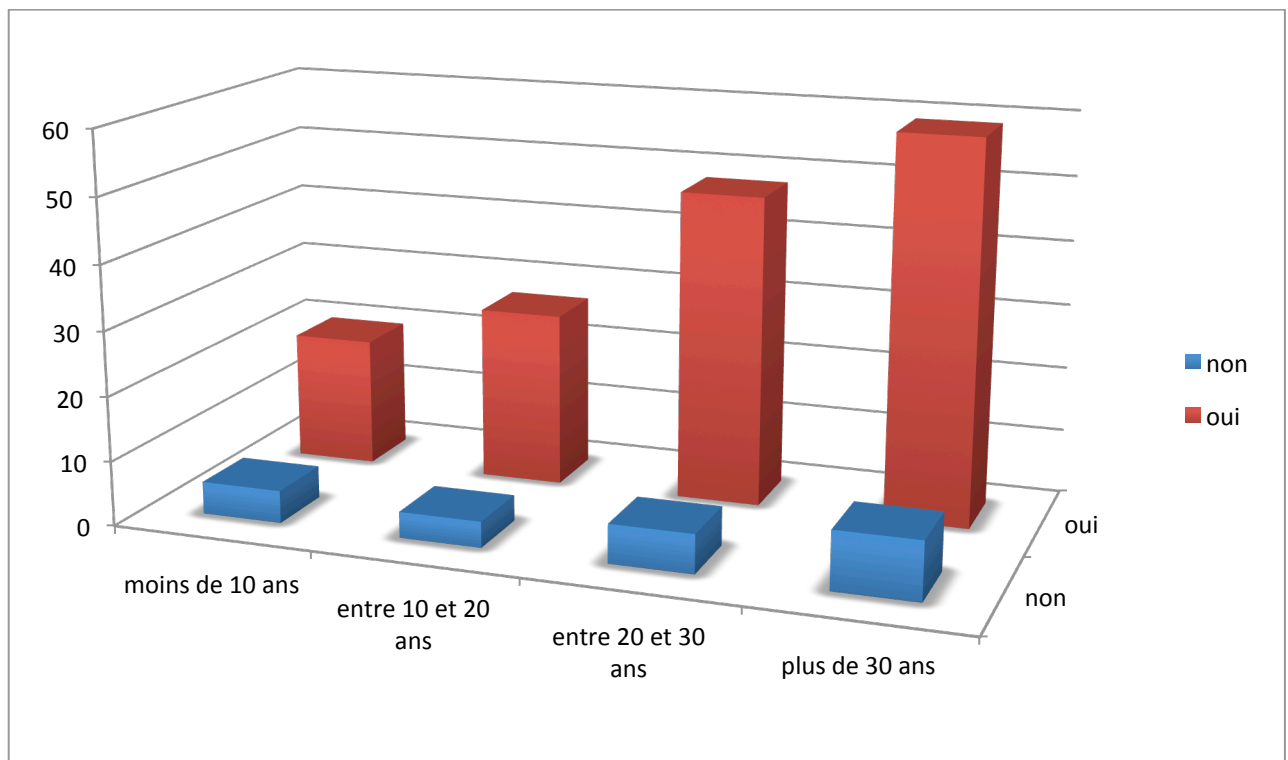


Figure 20: La gynécologie et l'ancienneté de la pratique professionnelle.

III-3.1.5. En fonction des stages effectués

83,7% des médecins n'ayant pas effectué de stage en gynécologie pendant leur internat pratiquent la gynécologie dans leur cabinet, soit 82 praticiens.

90% des professionnels ayant réalisé un stage dans cette discipline effectuent des actes de gynécologie (72 médecins).

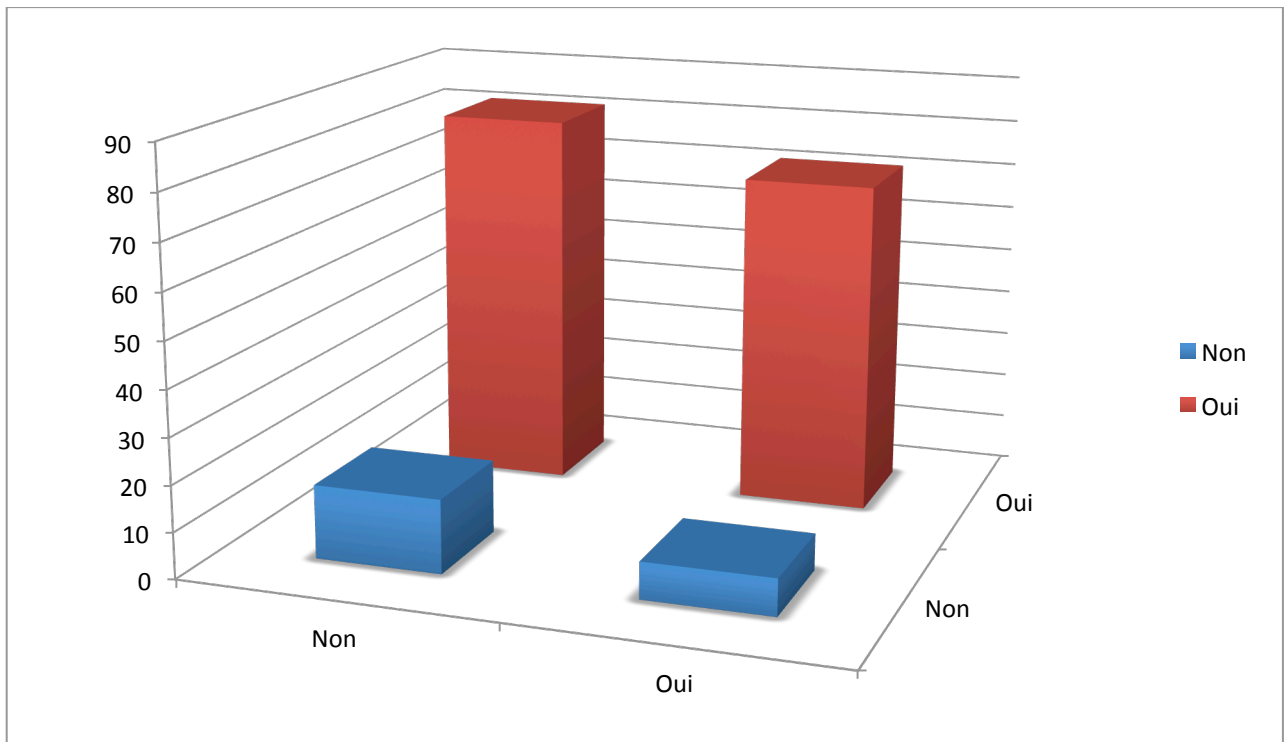


Figure 21: La gynécologie et les stages effectués.

III-3.2. Le suivi de grossesse

Concernant l'obstétrique, 88 répondants confient réaliser des suivis de grossesse dans leur cabinet médical, soit 49,4%.

90 des 178 médecins interrogés ne pratiquent pas cette discipline, soit 50,6%.

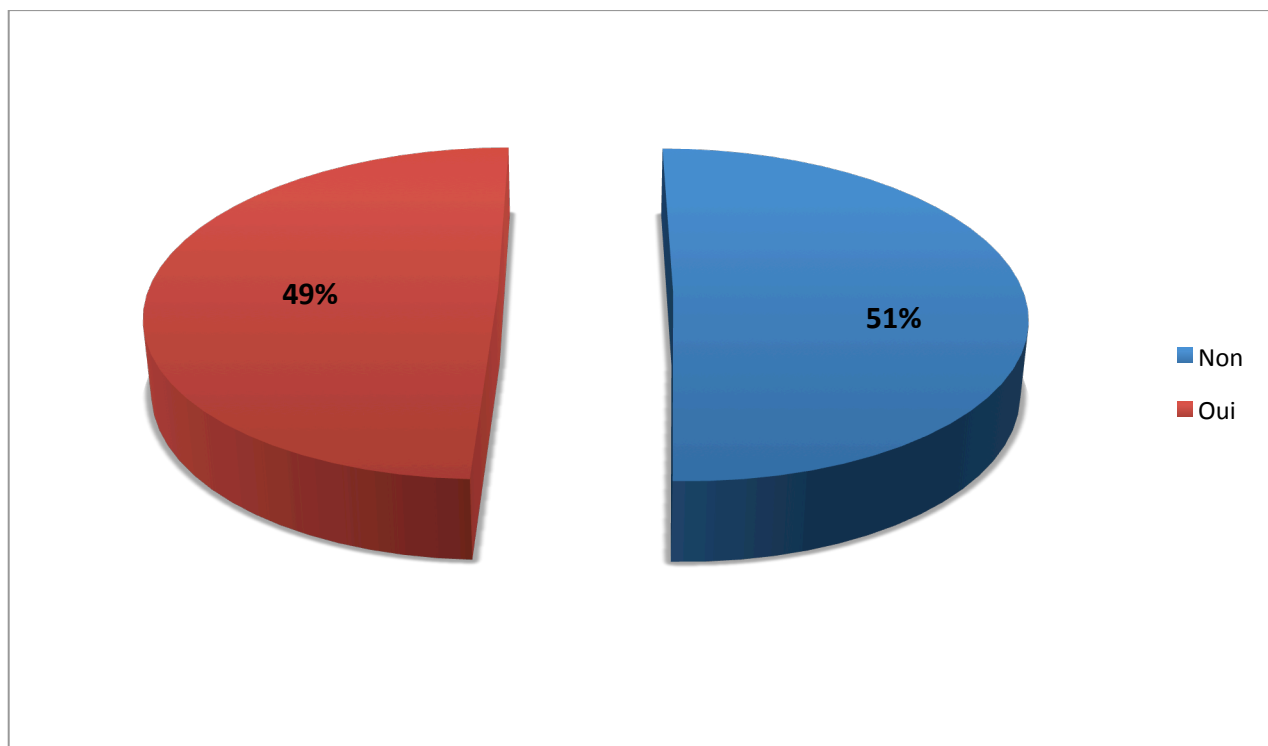


Figure 22: La pratique de l'obstétrique par les médecins généralistes.

III-3.2.1. En fonction du sexe du praticien

Sur les 93 hommes interrogés, 46 réalisent des suivis de grossesse au sein de leur cabinet, soit 49,5%; 47 d'entre eux n'en effectuent pas, soit 50,5%.

En ce qui concerne les femmes, 42 pratiquent cette discipline, soit 49,4%; 43 n'en réalisent pas, soit 50,6%.

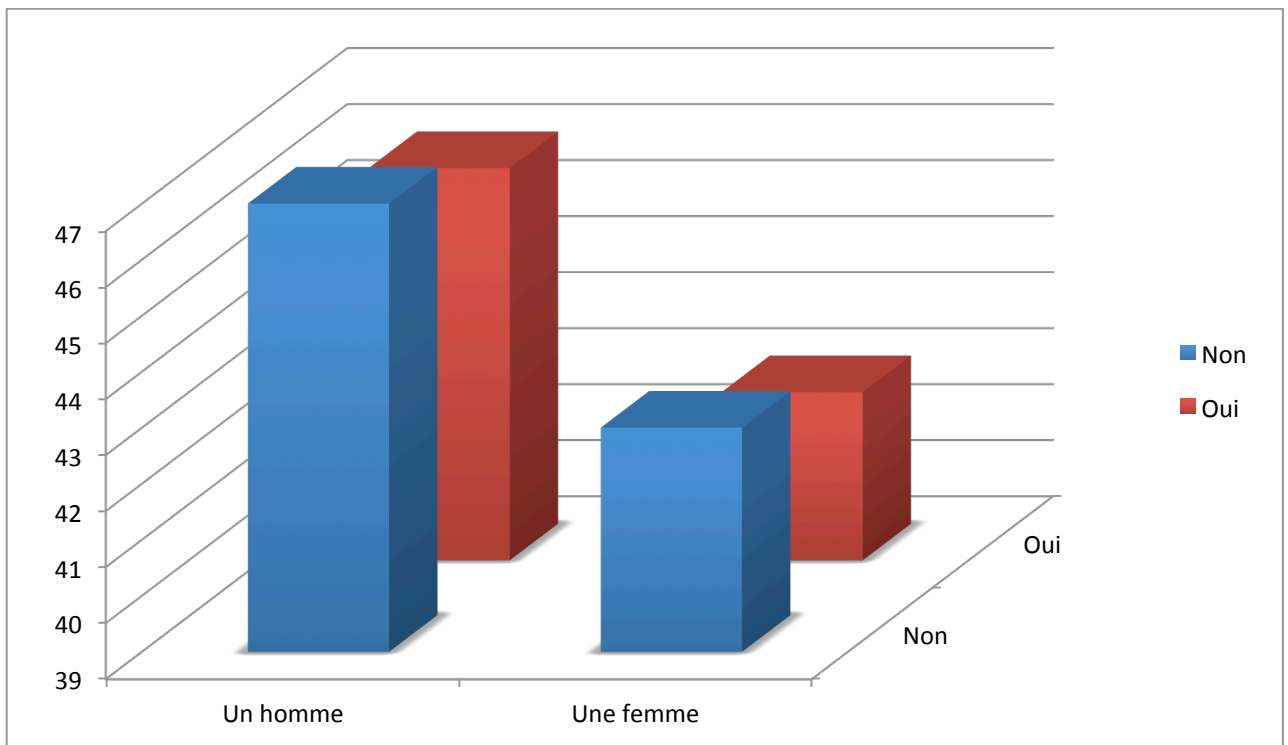


Figure 23: L'obstétrique et le sexe du praticien.

III-3.2.2. En fonction de l'âge du praticien

Les répondants de moins de 30 ans pratiquent l'obstétrique à 66,7%; en effet, sur les 3 médecins interrogés appartenant à cette catégorie d'âge, 2 ont donné une réponse positive à cette question.

Vient ensuite la tranche d'âge des plus de 60 ans, avec 55,9% de réponses positives (33 des 59 interrogés).

53,6% des 40-50 ans réalisent des suivis de grossesse (15 des 28 répondants)

47,2% des 50-60 ans en effectuent (33 sur 70 médecins).

Enfin, sur les 18 médecins de 30-40 ans, 5 pratiquent cette discipline (27,8%).

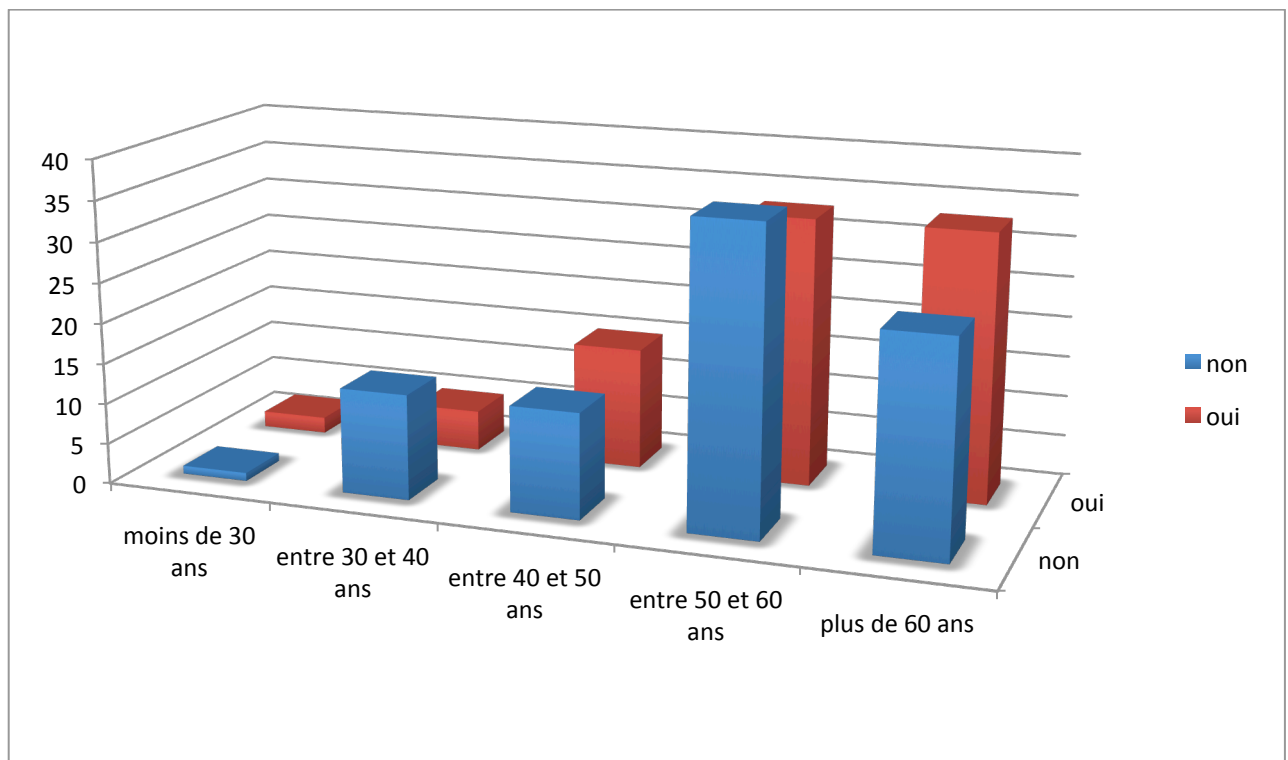


Figure 24: L'obstétrique et l'âge du praticien.

III-3.2.3. En fonction du lieu d'exercice:

En Creuse, 81,8% des répondants pratiquent cette discipline (18 des 22 médecins participants).

Ils sont 60% à réaliser des suivis de grossesse en Corrèze (24 sur 40 praticiens).

39,7% des participants en effectuent en Haute-Vienne (46 sur 116 réponses).

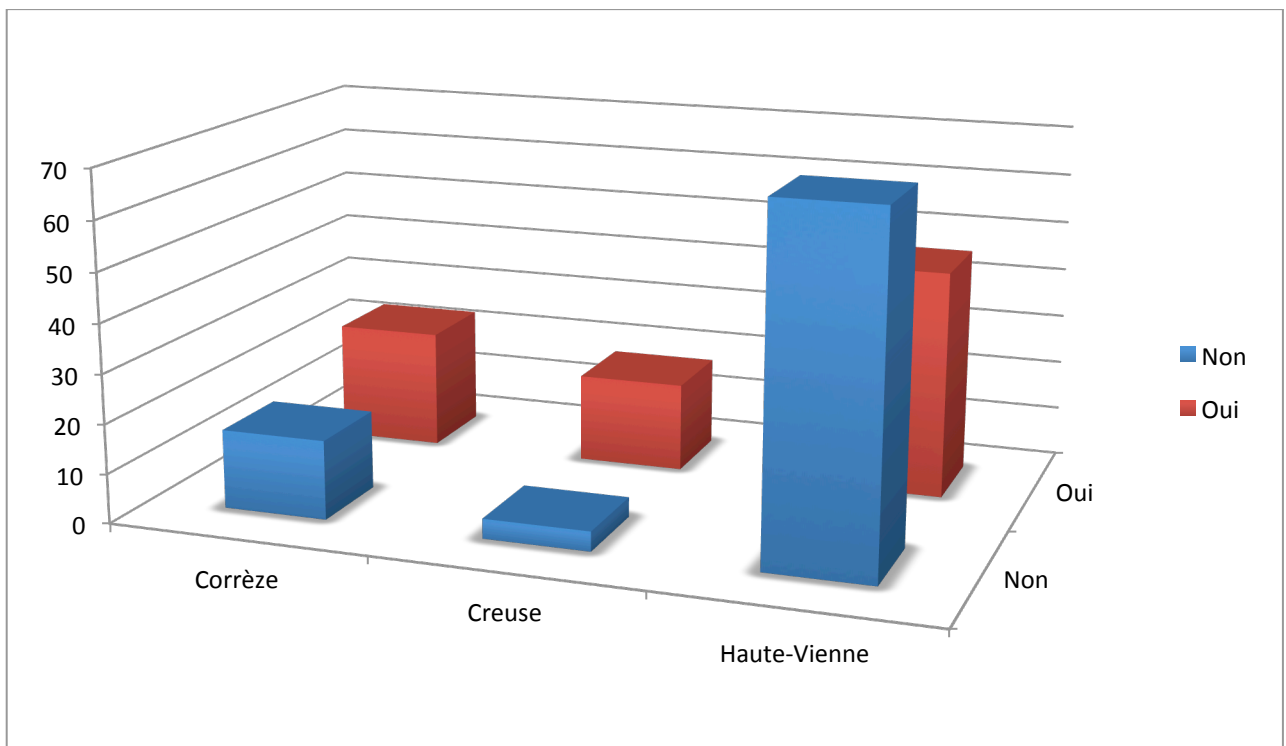


Figure 25: L'obstétrique et le département d'exercice.

64,4% des médecins généralistes installés en milieu rural exercent l'obstétrique dans leur cabinet, soit 47 des 73 répondants ruraux.

En milieu semi-rural (commune entre 5000 et 10000 habitants), 46,9% des praticiens réalisent des suivis de grossesse (15 sur 32 médecins).

35,6% des professionnels installés en milieu urbain pratiquent cette discipline (26 des 73 réponses).

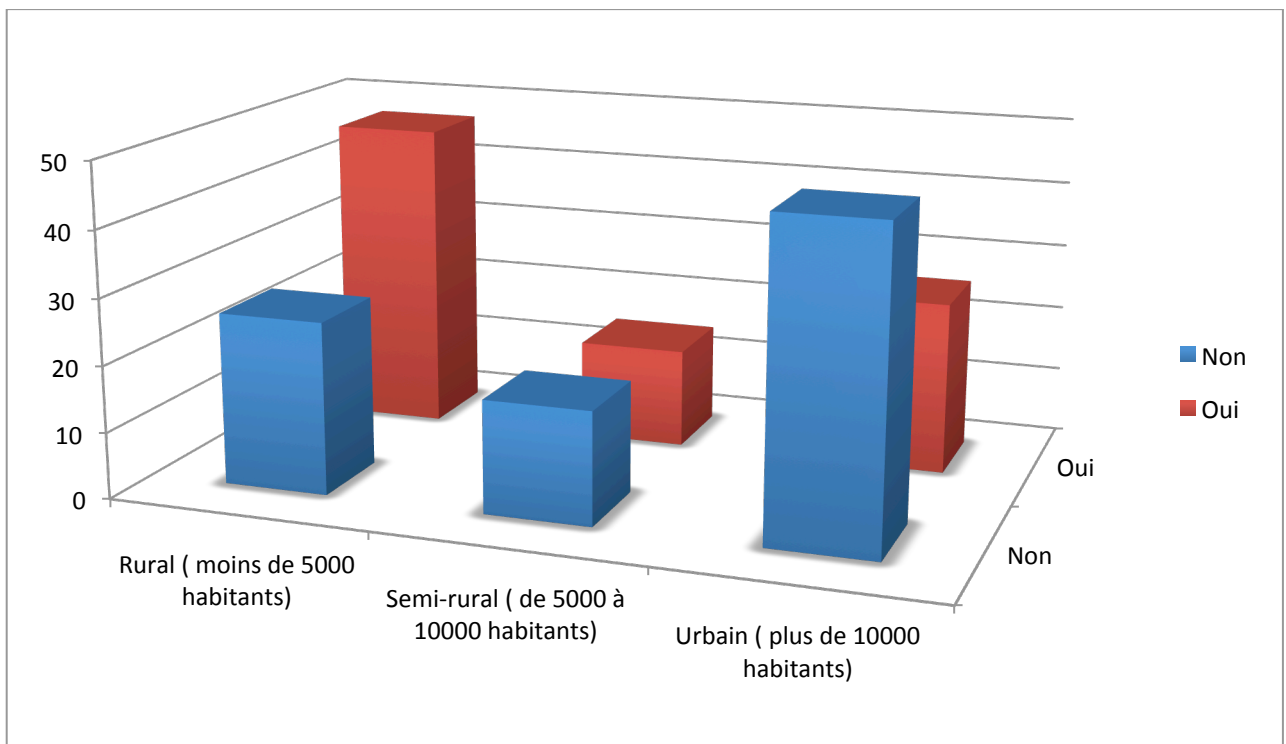


Figure 26: L'obstétrique et le milieu d'exercice.

III-3.2.4. En fonction de l'ancienneté de l'exercice

57,4% des médecins pratiquant la médecine depuis 20-30 ans réalisent des suivis de grossesse dans leur cabinet, soit 31 des 54 répondants.

Les professionnels travaillant depuis plus de 30 ans répondent positivement à 54,4% (37 des 68 participants).

38,7% des médecins exerçant depuis 10-20 ans pratiquent cette discipline (12 des 31 médecins).

Enfin, 32% des praticiens installés depuis moins de 10 ans effectuent des suivis de grossesse (8 des 25 interrogés).

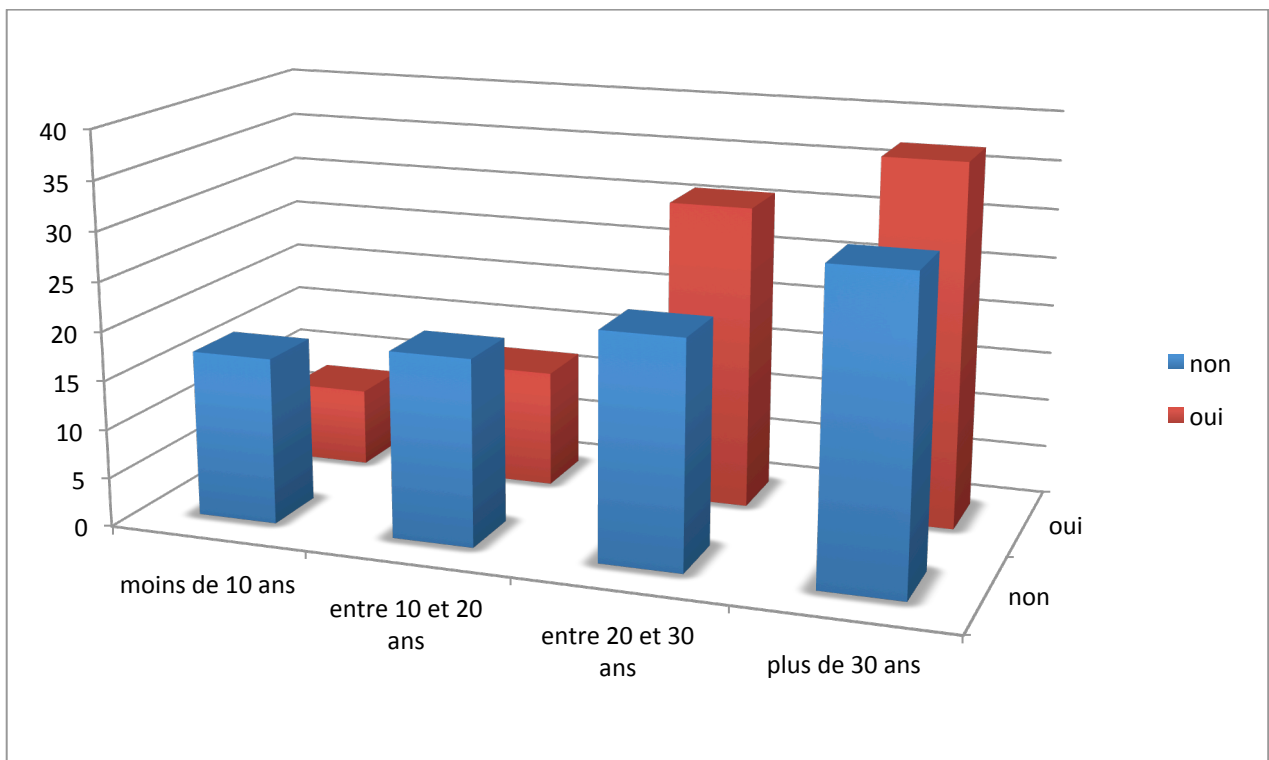


Figure 27: L'obstétrique et l'ancienneté de la pratique professionnelle.

III-3.2.5. En fonction des stages effectués

49% des médecins n'ayant pas effectué de stage en gynécologie-obstétrique pendant leur internat pratiquent le suivi de grossesse dans leur cabinet, soit 48 praticiens.

50% des professionnels ayant réalisé un stage dans cette discipline pratiquent l'obstétrique (40 médecins).

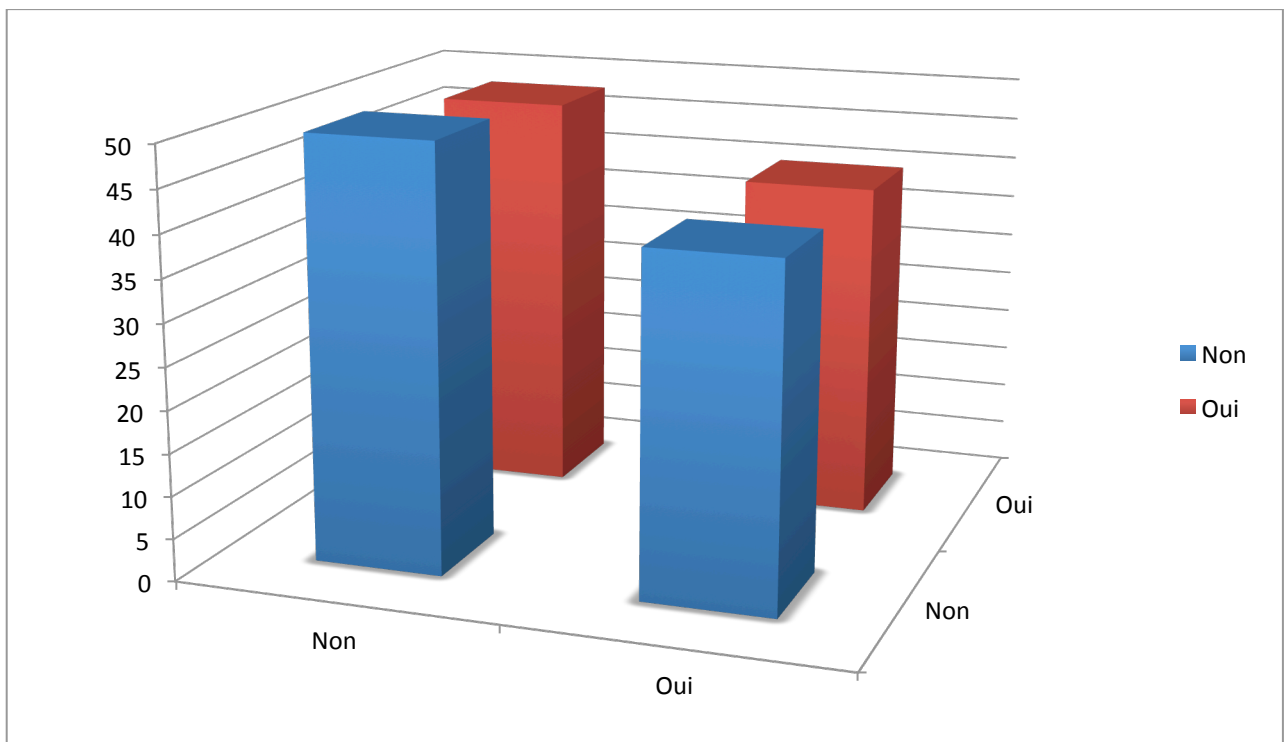


Figure 28: L'obstétrique et les stages effectués.

III-3.3. Nombre de grossesses suivies en 2014 par les médecins généralistes

A la question posée "Combien avez-vous suivi de grossesses l'an dernier (2014)", nous apprenons que:

- 12 médecins répondants ont suivi 1 grossesse l'an dernier
- 14 en ont suivi 2 en 2014
- 19 ont effectué 3 suivis de grossesse
- 16 médecins en ont réalisé 4
- 12 en ont effectué 5
- 6 médecins ont suivi 6 grossesses en 2014
- 3 ont réalisé 10 suivis de grossesse
- 1 médecin a suivi 12 femmes enceintes
- 1 en a vu 15

Nous pouvons ainsi déterminer qu'un médecin généraliste installé en Limousin a suivi en moyenne 3,7 grossesses en 2014.

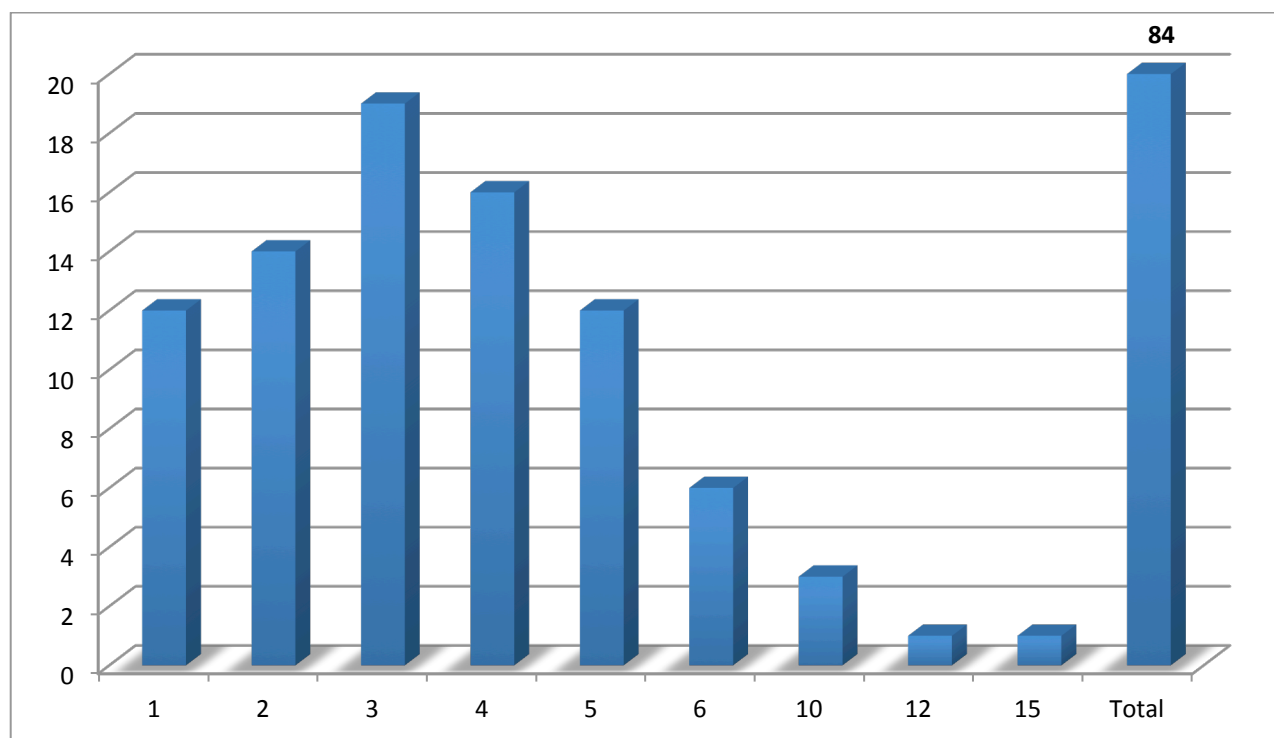


Figure 29: Nombre de grossesses suivies en 2014 par les médecins généralistes.

III-4. Les freins au suivi de la grossesse d'après les médecins généralistes

III-4.1. Différentes catégories de freins citées

Lorsque nous interrogeons les médecins généralistes concernant la pratique du suivi de la grossesse dans le cadre de l'exercice libéral de la médecine générale, le frein principal semble être le manque de formation théorique et pratique dans cette discipline.

Les médecins interrogés ont évoqué 6 catégories de freins:

- formation théorique et pratique insuffisante: évoquée 184 fois (34,3%)
- causes médico-économiques (rémunération inadéquate, coût des assurances et importance du risque médico-légal) : évoquées 122 fois (22,8%)
- manque de temps et d'intérêt pour la discipline: évoqué 56 fois (10,5%)
- absence de demande de la patientèle féminine: évoquée 117 fois (21,8%)
- sexe du praticien: évoqué 26 fois (4,8%)
- autres raisons: détournement des femmes enceintes par les maternités, les gynécologues et les sages-femmes après la première échographie ou après l'entretien du 4ème mois: évoquées 31 fois (5,8%)

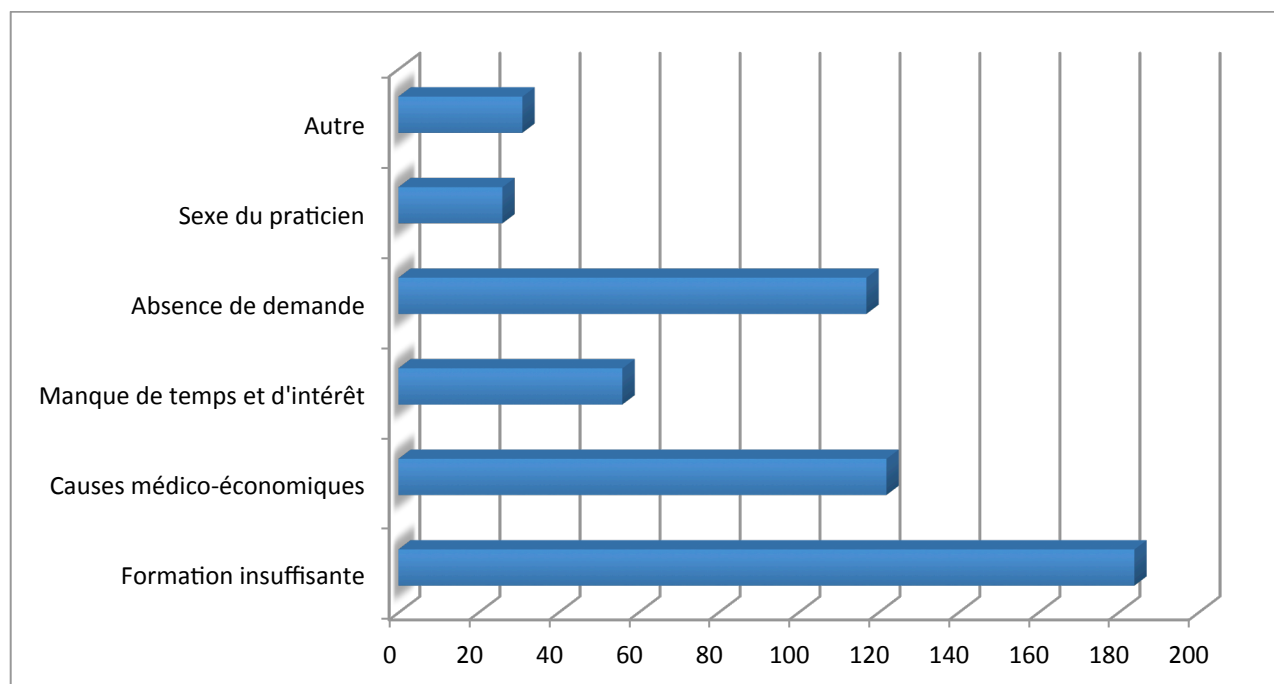


Figure 30: Les freins au suivi de la grossesse d'après les médecins généralistes.

Lors de cette question posée aux médecins généralistes, une réponse libre était possible afin d'illustrer la catégorie "autres freins"; 31 répondants ont mentionné la difficulté liée au "détournement" des femmes enceintes par les hôpitaux et les maternités.

En effet, de nombreux participants évoquent "la programmation des rendez-vous par les équipes hospitalières après la première échographie", la "captation des patientes par les spécialistes après l'échographie du premier trimestre", ou encore "l'absence de volonté des spécialistes de partager le suivi de la grossesse".

Les médecins généralistes se sentent ainsi évincés de cette discipline.

Ils mentionnent également la responsabilité de l'augmentation des effectifs des sages-femmes pour expliquer la faible prévalence du suivi de grossesse en médecine générale; celles-ci "détournent les patientes lors de l'entretien du 4ème mois, et les orientent vers les maternités et hôpitaux".

III-4.2. Des freins liés à la patientèle féminine?

Lorsque nous interrogeons les médecins généralistes sur les raisons de l'absence de demande de la patientèle féminine pour le suivi de leur grossesse, 3 catégories sont mentionnées:

- le refus de la femme enceinte d'être suivie par un médecin généraliste: évoqué 61 fois, soit 35,7%

- le défaut de communication entre le médecin et la femme enceinte (qui ignore que le suivi de sa grossesse peut être effectué par son médecin généraliste): évoqué 32 fois, soit 18,7%

- autre: évoqué 78 fois, soit 45,6%

Les autres raisons évoquées sont:

- la "main-mise" des gynécologues dans cette discipline: "la femme enceinte préfère être suivie par son gynécologue habituel" (évoquée 32 fois), d'après de nombreux médecins interrogés

- le "manque de matériel à disposition du médecin généraliste (doppler foetal, échographe)" poussant la parturiente à consulter un spécialiste (évoqué 6 fois).

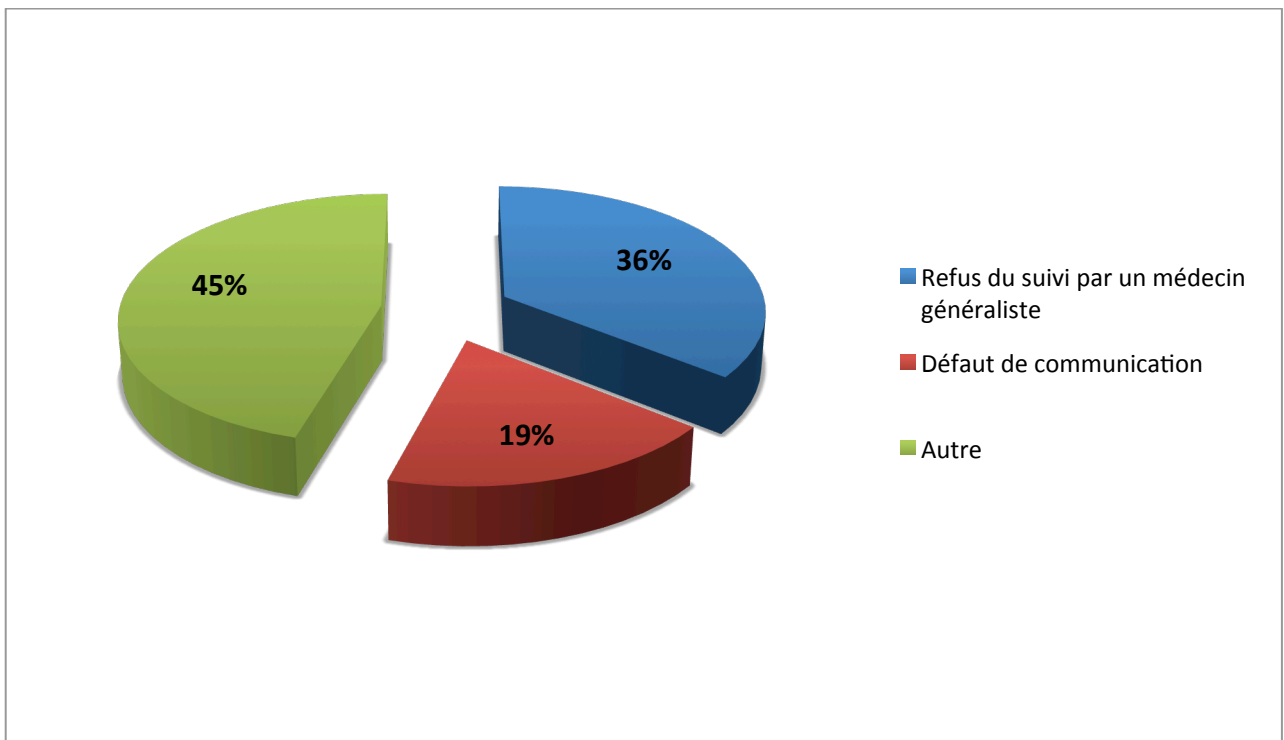


Figure 31: L'absence de demande de suivi de la patientèle féminine.

IV- Discussion

IV-1. Discussion de la méthode et de l'échantillon

IV-1.1. Taille de l'échantillon et taux de réponse

La taille de l'échantillon de notre étude est limitée.

L'obtention des adresses mails des médecins généralistes installés en Limousin a été difficile, et permise grâce à la coopération de l'URPS des médecins libéraux de la région.

En effet, cette association possède une mailing-liste comportant les coordonnées de 375 médecins généralistes du Limousin, et ses membres ont accepté de diffuser nos questionnaires, respectant ainsi la vie privée des professionnels. Nous n'avons pas eu accès aux listes existantes au Conseil de l'Ordre, qui ne peuvent être transmises, dans un souci de confidentialité.

Ceci constitue ainsi un biais de sélection, et notre population d'étude a été limitée aux 375 praticiens dont les adresses figuraient dans les fichiers de l'URPS.

A cela s'ajoute la non mise à jour de la mailing-liste, réduisant ainsi également notre échantillon.

Nous avons obtenu 178 réponses sur les 375 questionnaires envoyés, et ce malgré deux relances. Une période de recrutement plus large aurait peut-être permis de collecter un plus grand nombre de réponses.

Malgré l'émergence de résultats pertinents, compatibles avec les données de la littérature et les autres travaux réalisés, notre effectif n'est pas suffisant pour obtenir des résultats significatifs permettant une extrapolation à l'ensemble des médecins généralistes de France. En effet, notre taux de réponse est de 47,5%, ce qui n'est pas optimal; mais il est semblable à celui de l'étude de Champeaux R. (35), qui est de 48,5%, et supérieur à celui de l'enquête de Dias S. (36), qui s'élève à 42,5%.

Il est également très intéressant de constater que les 178 questionnaires ont tous été intégralement et correctement remplis, témoignant de l'intérêt des répondants pour cette enquête.

IV-1.2. Elaboration du questionnaire

L'élaboration d'un questionnaire court, comportant des questions brèves, précises, était un choix personnel, afin d'obtenir un nombre important de réponses et de maintenir l'attention des médecins interrogés; il s'agissait également d'être le moins chronophage possible pour les participants, et d'être facile d'usage et agréable à lire.

L'emploi de questions fermées était destiné à réaliser un questionnaire simple pour les médecins interrogés, ainsi qu'à faciliter la comparaison des réponses au moment de l'analyse statistique. Cependant, ce choix impose des propositions de réponses préétablies, auxquelles les participants doivent se soumettre, et qui peuvent ne pas être le reflet exact de leurs pensées, constituant en ce sens un biais.

Nous avons tout de même employé deux questions à commentaires libres, afin de permettre aux répondants d'exprimer leur opinion et leurs expériences personnelles sur le sujet.

L'anonymat des réponses a constitué un point positif dans cette étude afin d'obtenir un grand nombre de participants.

Après réflexion, nous aurions pu ajouter une question portant sur la distance entre le cabinet du médecin généraliste et celui du gynécologue ou de la maternité la plus proche, afin de déterminer si ce critère influence la pratique de la gynécologie-obstétrique des généralistes du Limousin. Nous aurions peut-être obtenu des données plus précises, complétant ainsi la question abordant le milieu d'installation.

IV-1.3. Type d'étude

L'objectif de l'étude étant d'identifier les freins au suivi de la grossesse en médecine générale, nous avons décidé d'interroger les médecins généralistes installés en Limousin; le critère d'inclusion était le fait d'être installé, car ces médecins choisissent volontairement le type d'activité qu'ils souhaitent exercer, contrairement aux médecins remplaçants, qui n'ont pas toujours le choix, et qui doivent souvent s'adapter aux modalités d'exercice et à la patientèle du médecin qu'ils remplacent.

Nous avons choisi la méthode quantitative avec élaboration d'un questionnaire, afin d'évaluer l'intérêt que portent les médecins généralistes à la gynécologie et à l'obstétrique; de plus, il s'agissait d'objectiver la prévalence de la pratique de ces disciplines, ainsi que les freins à la réalisation du suivi de grossesse en médecine générale.

Nous ne cherchions pas ici à évaluer la qualité de la pratique des médecins généralistes installés en Limousin.

Mais, si nous considérons l'hypothèse selon laquelle les professionnels ayant répondu sont les plus intéressés par la gynécologie-obstétrique, ceci crée un biais de recrutement.

Nous avons décidé d'envoyer les questionnaires aux médecins généralistes par mail, les cabinets étant presque tous informatisés, afin d'obtenir un meilleur taux de participation; en effet, les praticiens reçoivent beaucoup de courriers papiers, ce qui est chronophage en milieu libéral. Il est plus simple et plus rapide de répondre par courriel, évitant ainsi l'envoi des réponses par la poste. Cependant, ceci constitue un biais de sélection, car les praticiens ne possèdent pas tous une adresse mail.

L'envoi par mail facilite également la possibilité d'effectuer des relances en cas de non-réponses des interrogés; nous avons ainsi pu en réaliser deux, qui ont été moins fastidieuses et moins chronophages qu'en utilisant la voie postale.

Enfin, l'intégration des réponses dans "Google Drive" a permis de respecter l'anonymat des interrogés.

IV-1.4. Caractéristiques de la population étudiée

Le sexe:

Le Sex-Ratio de notre étude est estimé à 1,09; notre échantillon contient donc légèrement plus d'hommes que de femmes.

Ceci est en accord avec l'idée de la féminisation croissante de la profession médicale, abordée par le Conseil National de l'Ordre des Médecins en 2015 (14).

L'âge:

D'après nos résultats, la majorité des répondants a entre 50 et 60 ans, ou plus de 60 ans, témoin du "vieillessement de la population médicale, traité par le Conseil National de l'Ordre des Médecins dans son Atlas de la démographie médicale (14). En effet, l'âge moyen actuel des médecins généralistes en France est de 53 ans, et on observera une nette diminution des effectifs de ces professionnels d'ici à 2020.

Pour lutter contre ce phénomène, les pouvoirs publics ont décidé d'augmenter le nombre de postes d'internes au Numerus Clausus, mais les effets n'en seront visibles que dans dix ans.

Ainsi, les jeunes médecins de 30-40 ans sont peu représentés dans notre étude, et ceux de moins de 30 ans ne constituent que 1,7% de notre population.

De plus, le fait que peu de jeunes médecins aient participé à notre enquête s'explique par notre critère principal d'inclusion; en effet, nous avons volontairement ciblé les généralistes installés, écartant de ce fait les remplaçants, qui sont majoritairement de jeunes praticiens. En effet, d'après le CNOM (14), 57% des remplaçants en médecine générale ont moins de 40 ans.

Nous avons ainsi sélectionné un échantillon de professionnels plus âgés, ce qui constitue un biais.

Notre critère d'inclusion est également responsable du recrutement de praticiens expérimentés, exerçant la médecine depuis 20 ans ou plus; ainsi, les médecins installés depuis seulement quelques années ne constituent qu'une faible part de notre population, constituant un biais.

Le lieu d'exercice professionnel:

La majorité de nos participants exerce en Haute-Vienne, ce qui illustre parfaitement la densité médicale actuelle en Limousin. En effet, d'après le CNOM (14), il existe une forte disparité inter-régionale de la démographie médicale, avec une inégalité départementale marquée en Limousin; sur 782 médecins généralistes recensés dans notre région, la Haute-Vienne en concentre 443.

Notre région reflète donc les inégalités de répartition des professionnels de santé sur le territoire français; il existe une pénurie de médecins généralistes, à laquelle les pouvoirs publics tentent de remédier en augmentant le Numerus Clausus (17).

41% des praticiens ayant répondu à notre questionnaire exercent en milieu urbain; nous avons obtenu un nombre similaire de réponses des médecins travaillant en milieu rural.

L'idée selon laquelle les jeunes médecins ne souhaitent pas s'installer en milieu rural est très répandue en France, mais le CNOM (14) réfute cette hypothèse dans son atlas de la démographie médicale; en effet, chaque territoire, qu'il soit rural ou urbain, rencontre une pénurie de professionnels de santé, et les campagnes sont moins désertées qu'il y a quelques années.

Nous avons défini le milieu urbain comme une commune de plus de 10000 habitants et le milieu rural comme une zone comprenant moins de 5000 habitants; nous aurions pu employer d'autres définitions, utilisant la superficie du territoire; nous avons ainsi créé un biais au sein de notre étude.

Les stages effectués pendant l'internat:

Dans notre échantillon, 44,9% des médecins ont effectué un stage de gynécologie-obstétrique pendant leur formation, contre 55,1% n'en ayant pas réalisé.

Ceci peut s'expliquer par la rareté des terrains de stage proposés pour cette discipline (15); de plus, ce stage n'était pas obligatoire avant la réforme des ECN.

Enfin, nous pouvons supposer que les médecins n'ayant pas pratiqué cette discipline en stage l'ont fait par choix et par désintérêt pour ce domaine.

IV-2. L'activité de gynécologie-obstétrique des médecins généralistes

IV-2.1. Un intérêt certain pour la gynécologie

Dans notre échantillon, 86,5% des médecins déclarent effectuer des actes de gynécologie; nos résultats objectivent donc un fort intérêt des généralistes du Limousin pour cette discipline.

Ceci est en accord avec les données de la littérature; en effet, Champeaux R., dans son travail de thèse de 2013 au sein de la région des Deux-Sèvres, retrouve que 96,3% des médecins réalisent des consultations de gynécologie dans leur cabinet.(35)

Cet intérêt pour la discipline est primordial, car elle constitue une activité à part entière de la médecine générale. Les délais de rendez-vous avec les spécialistes sont de plus en plus longs, du fait de leur effectif en diminution (14) (18), et les femmes doivent donc, par conséquent, se tourner vers leur médecin traitant.

La forte motivation des généralistes à pratiquer cette discipline peut s'expliquer par la réalisation de gestes techniques. En effet, Champeaux R. montre que l'intérêt principal des praticiens à réaliser des consultations de gynécologie repose sur les actes pratiques; il objective également l'importance de la diversification de la patientèle, qui entraîne un rajeunissement de l'âge moyen des consultants au sein d'une population en vieillissement constant. Enfin, la pratique de ces gestes favorise la valorisation de la médecine générale, et une reconnaissance de la part des patientes. (35).

13,5% des médecins de notre échantillon n'exercent pas la gynécologie; éprouvent-ils vraiment un désintérêt pour cette discipline? Ou bien est-ce dû à une absence de demande de la patientèle féminine? Notre étude ne permet pas de répondre à ces questions. En revanche, l'enquête de Champeaux R. aborde ce sujet (35): les femmes de son échantillon expliquent qu'elles préfèrent par pudeur, du fait d'une relation médecin-malade parfois "trop proche", consulter un gynécologue, qui reste plus anonyme à leurs yeux.

Nos résultats montrent que l'intérêt des généralistes pour la gynécologie n'est pas dépendant du sexe du professionnel.

De même, dans son enquête concernant l'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne (37), Levasseur G. ne retrouve pas de différence significative entre le sexe du praticien et la pratique de cette discipline.

Ces résultats sont également corroborés par les travaux de Champeaux R. (35), ainsi que par ceux de Lauchet N. (38) en 2010, dans la région de la Haute-Vienne.

L'âge du praticien n'a également pas d'influence en ce qui concerne la réalisation d'actes de gynécologie dans notre étude, de même que l'ancienneté de la pratique.

Nos résultats sont confirmés par l'enquête de Champeaux R. (35), ainsi que par les travaux de Costes M. et Louzeau-Arnal G. (39).

En revanche, Dias S. objective que les jeunes médecins de moins de 40 ans pratiquent davantage la gynécologie (36); ces résultats ne sont pas en accord avec le travail de Lauchet N., qui montre une activité plus importante des professionnels de 50 à 59 ans dans ce domaine en Haute-Vienne (38).

Tout ceci est surprenant, car la formation médicale gynécologique a été améliorée depuis la mise en place d'un internat obligatoire, avec une maquette de stage à respecter pour valider le DES; nous aurions donc pu imaginer que les jeunes médecins exerçaient plus la gynécologie, ce qui n'est pas confirmé par notre travail. En effet, 83,7% de nos répondants pratiquent cette discipline, alors qu'ils n'ont pas effectué de stage dans ce domaine. Les professionnels se forment peut-être par d'autres méthodes.

Nos résultats montrent un exercice légèrement plus important de la gynécologie en Creuse et en Corrèze, ainsi qu'en milieu rural et semi-rural.

Ceci peut s'expliquer par une densité de gynécologues moins élevée au sein de ces départements ainsi qu'en milieu rural (14), obligeant les femmes à se tourner vers leur médecin généraliste.

Ainsi, notre étude objective un intérêt et une pratique majeure de la gynécologie par les médecins généralistes.

IV-2.2. Une faible pratique de l'obstétrique

D'après notre étude, 49,4% des médecins généralistes déclarent suivre des grossesses; on observe donc un faible exercice de cette discipline en Limousin.

Ceci est problématique si nous considérons la franche diminution des effectifs des spécialistes en gynécologie-obstétrique, observée depuis quelques années, et illustrée par certains modèles de projection à 2018. (18) (19).

De plus, les gynécologues obstétriciens ont une charge de travail importante, liée à leur diversité d'activité; les délais de rendez-vous sont en conséquence longs. En plus de leur activité chirurgicale, ils prennent en charge les grossesses pathologiques. Il serait donc judicieux que les grossesses "à bas risque" soient prises en charge par les médecins généralistes et les sages-femmes, qui disposent des compétences pour exercer cette discipline. (12).

Dias S., dans son travail de thèse, retrouve également une faible pratique de l'obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France (36). En effet, cette discipline représente moins de 10% de l'activité médicale totale de ces professionnels, et 66% des praticiens de son étude déclarent suivre des grossesses.

Ces résultats sont corroborés par l'enquête de Dominique M. en 2004 dans la région de Nice (40); 57% des médecins interrogés pratiquent l'obstétrique au sein de leur cabinet.

Babinet-Boulnois C. retrouve également un faible exercice de cette discipline dans la région de Dieppe (34), avec plus d'un quart des praticiens répondants suivant moins de cinq grossesses par an.

On peut citer la thèse de Lauchet N., qui mentionne que le suivi des "grossesses normales" constitue un motif peu fréquent de consultations en médecine générale (38).

Nos résultats n'établissent pas de lien entre la faible pratique de l'obstétrique et le sexe du professionnel. En effet, au sein de notre échantillon, le pourcentage d'hommes réalisant des suivis de grossesse est similaire à celui des femmes.

De plus, lorsque nous interrogeons les médecins installés en Limousin sur les freins à l'exercice de cette discipline, le genre n'est cité que 26 fois, soit 4,8%.

Ces résultats sont en accord avec le travail de Babinet-Boulnois C., qui retrouve que le sexe du praticien n'a pas d'influence sur le nombre de grossesses suivies à Dieppe. (34).

Cependant, d'autres données de la littérature vont à l'encontre de cette idée, et objectivent que les médecins généralistes femmes exercent plus l'obstétrique que les hommes.

Cette hypothèse est illustrée par l'étude de Costes M. et Louzeau-Arnal G. (39), ainsi que par celle de Etcheto Ader E. en Gironde (41).

Dias S. retrouve également que 71% des femmes interrogées réalisent des suivis de grossesse, contre 63% d'hommes (36).

Dans sa thèse, Volant G. parvient aux mêmes résultats à Grenoble, avec une pratique de l'obstétrique majoritairement assurée par les femmes médecins (81,1% de médecins femmes suivent des grossesses, 60,5% de médecins hommes) (42).

Les femmes médecins réalisent peut-être plus de suivis de grossesse que les hommes du fait d'un attrait plus important pour cette activité; les patientes ont probablement une plus grande facilité à consulter une femme.

Nous pouvons également nous demander si ces résultats ont un lien avec la féminisation croissante de la médecine générale.

Nos résultats ne permettent également pas d'établir un lien entre le faible exercice de l'obstétrique et l'âge du praticien. En effet, les jeunes médecins sont peu représentés dans notre échantillon, et nous ne pouvons par conséquent pas caractériser leur pratique.

Dias S., quant à elle, n'obtient pas d'influence de l'âge sur le suivi de la grossesse (36), de même que Champeaux R. (35).

En revanche, Costes M. et Louzeau-Arnal G. retrouvent que les généralistes de moins de 40 ans suivent davantage de grossesses que les autres praticiens (39).

Cette faible pratique de l'obstétrique n'est pas retrouvée sur l'ensemble du territoire français; en effet, en 2009, Delannoy Eglinger objective un exercice majeur de cette discipline à Lille, avec 85% des médecins interrogés réalisant des suivis de grossesse (43). Humeau-Aubin S. obtient des résultats équivalents, avec 87% de généralistes interrogés exerçant cette discipline à Nantes en 2004 (44).

Nous pouvons nous demander si ces différents résultats ont un lien avec les inégalités de densité des spécialistes sur le territoire français. En effet, les études retrouvant une faible pratique de l'obstétrique par les médecins généralistes ont été réalisées dans des régions à densité moyenne ou forte de gynécologues (Ile-de-France, Nice...) (14); en revanche, les régions de Lille et de Nantes, au sein desquelles les généralistes suivent majoritairement les grossesses, concentrent une faible densité de spécialistes, obligeant par conséquent les femmes à se tourner vers leur médecin traitant. (14).

Cette idée d'une faible pratique de l'obstétrique par les généralistes du Limousin est illustrée par la question concernant le nombre de grossesses suivies en 2014 par nos médecins.

En effet, sur les 84 professionnels ayant répondu, 73 déclarent avoir suivi 5 grossesses ou moins durant l'année 2014, correspondant à 87% des généralistes de notre échantillon d'étude.

D'après les réponses à cette question, nous pouvons déterminer qu'un médecin généraliste installé en Limousin a suivi en moyenne 3,7 grossesses en 2014.

Afin de proposer des solutions adaptées à cette faible pratique de l'obstétrique par les généralistes du Limousin, il est important d'en objectiver les causes; est-ce dû à un désintérêt de nos professionnels pour cette discipline, ou bien à un refus des femmes d'être suivies par leur médecin traitant? Quel est le ressenti des praticiens à ce sujet?

IV-3. Les freins au suivi de la grossesse d'après les généralistes du Limousin

IV-3.1. Une formation médicale insuffisante

Lorsque nous interrogeons les médecins généralistes du Limousin au sujet de la faible pratique de l'obstétrique, le premier frein cité concerne l'insuffisance de formation théorique et pratique dans ce domaine; cette raison est évoquée 184 fois dans notre questionnaire, soit un taux de réponse de 34,3%.

Nous retrouvons des résultats similaires dans la littérature. En effet, Duboeuf-Richerol D., dans sa thèse effectuée en 2002, objective que deux tiers des médecins généralistes de la région de Saint-Etienne suivent des grossesses jusqu'à six mois; les professionnels ne pratiquant pas cette discipline évoquent une insuffisance de formation pour 30% d'entre eux (45).

En Ile-de-France en 2010, Dias S. observe que 27,3% des médecins de son étude ont coché l'item "manque de formation" pour expliquer la faible prévalence du suivi de grossesse en médecine générale (36).

30% des professionnels de l'étude de Champeaux R. (35) déclarent un besoin de formation complémentaire afin de pratiquer la gynécologie-obstétrique au sein de leur cabinet.

D'après Dulac F. en 2004, les généralistes ne se sentent pas capable d'effectuer des suivis de grossesse, qui s'avèrent plus complexes qu'auparavant (du fait du développement de nouvelles technologies), en déplorant également une formation insuffisante (46).

Tous ces résultats sont corroborés par l'enquête de Mauran N. en 2006 à Bordeaux (47). 80% des professionnels interrogés déclarent être insatisfaits de leur apprentissage pratique; certains médecins soulèvent un manque de compétence en gynécologie-obstétrique, en accusant le défaut de formation universitaire (pas de stage obligatoire), voire même post-universitaire ("manque de FMC").

Afin d'exercer l'obstétrique, certains praticiens enrichissent eux-mêmes leur formation "sur le terrain" ou par des stages spontanés, ou bien par la lecture de revues de presse médicales, par l'inscription à un DIU (Diplôme Inter-Universitaire) (47).

Ces résultats peuvent être illustrés par notre question concernant la réalisation d'un stage pratique pendant les études médicales; en effet, cela ne semble pas influencer l'exercice de l'obstétrique par les médecins généralistes ayant participé à notre étude, puisque 49% des participants exerçant cette discipline n'ont pas effectué de stage en gynécologie-obstétrique, et 50% d'entre eux en ont réalisé un. Nous avons été surpris par ces résultats, et pensions que la formation pratique au sein d'un service spécialisé favorisait le suivi de grossesse, aux détriments des professionnels n'ayant pas eu accès à ce stage. Mais il semblerait que les professionnels se forment autrement, afin d'exercer cette discipline.

De cette insuffisance de formation théorique et pratique universitaire, mais aussi post-universitaire, dans le domaine de l'obstétrique, découlent une crainte de mal faire et une peur de l'erreur médicale, limitant l'exercice de cette discipline par les généralistes.

Ceci est problématique, puisque nous avons vu précédemment qu'une pénurie de spécialistes va s'installer progressivement, poussant les femmes à consulter davantage leur médecin traitant.

Il paraît donc nécessaire d'améliorer la formation universitaire, en rendant par exemple obligatoire le stage de gynécologie-obstétrique pendant l'internat, en ouvrant de nouveaux postes.

En effet, les terrains de stage dans cette discipline sont rares, et prioritairement occupés par des internes de spécialité; il est ainsi difficile d'accéder à une formation pratique en gynécologie-obstétrique (15).

Prenons l'exemple du Limousin: les internes de médecine générale se voient proposer seulement 5 postes dans ce domaine en milieu libéral, et 7 postes en milieu hospitalier.

De plus, ce stage n'était pas obligatoire avant la réforme des ECN; il ne l'est toujours pas, car l'étudiant doit faire un choix entre la gynécologie et la pédiatrie, afin de valider sa maquette de DES de médecine générale.

Ainsi, de nombreux étudiants n'auront effectué aucun stage en gynécologie-pédiatrie tout au long de leur cursus universitaire, ce qui est regrettable pour leur exercice libéral futur.

Il serait peut-être intéressant de développer des terrains de stage couplés gynécologie-pédiatrie, comme cela existe déjà dans certaines facultés de France (à Montpellier, Reims ainsi qu'en Ile-de-France par exemple) (48), afin de permettre à tous les étudiants d'accéder à ces deux disciplines, fréquemment rencontrées en médecine générale.

Nous pourrions également améliorer la formation en développant par exemple des stages en PMI (Protection Maternelle et Infantile), ou bien avec des sages-femmes, permettant ainsi l'accès à l'obstétrique pour tous les étudiants en médecine générale.

Afin d'illustrer l'idée d'insuffisance de formation, et la nécessité d'une formation complémentaire, nous pouvons citer notre travail de mémoire de DES de médecine générale.

Cette enquête, réalisée un jour donné auprès des internes de médecine générale du CHU de Limoges, avait pour but de repérer les freins au suivi de la grossesse d'après les futurs médecins généralistes du Limousin.

Pour ce faire, nous avons interrogé les internes de médecine générale du Limousin en dernière année d'internat.

Nous avons objectivé un intérêt des futurs généralistes du Limousin pour la gynécologie (86% des étudiants interrogés souhaitent réaliser des actes de gynécologie dans leur cabinet), ainsi que pour l'obstétrique, puisque 71% des internes désirent effectuer des suivis de grossesse lors de leur pratique future.

Lorsque nous avons interrogé les étudiants sur les freins, selon eux, à exercer l'obstétrique au sein de leur cabinet de médecine générale, la raison principalement évoquée a été l'insuffisance de formation théorique et pratique dans ce domaine.

En effet, elle a été citée 52 fois, ce qui correspond à 60% de réponses positives.

Il semblerait donc que les internes soient soucieux de la qualité de leur formation, et qu'ils n'estiment pouvoir exercer cette discipline correctement que sous couvert d'une formation complète et suffisante.

A la question concernant le besoin de formation complémentaire en gynécologie-obstétrique, 82% des étudiants interrogés ont répondu positivement.

Il serait également intéressant d'améliorer la formation post-universitaire, afin de permettre aux médecins généralistes installés d'enrichir leurs connaissances dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, puisque l'on sait que les stages dans cette discipline n'étaient pas obligatoires non plus avant la mise en place de l'internat de médecine générale, limitant l'accès des professionnels à une formation pratique.

Ainsi, l'Etat a créé en 2009 la notion de DPC (Développement Professionnel Continu), destiné à améliorer le savoir des professionnels de santé, obligatoire depuis 2013 (49). Cependant, de nombreux médecins déplorent un manque de FMC (47); il serait peut-être judicieux de rendre une FMC de gynécologie-obstétrique obligatoire par an par exemple, pour tous les médecins généralistes, afin de mettre à jour leurs connaissances, et permettre une augmentation de la prévalence du suivi de grossesse en médecine générale.

Le développement des DIU est également important afin d'améliorer le savoir et de remettre à jour les connaissances médicales; cependant, il existe probablement un défaut de transmission des informations aux médecins généralistes, puisqu'une étude réalisée en Auvergne en 2009 retrouve que seulement 27,8% des professionnels interrogés ont connaissance qu'un DIU "Formation complémentaire en gynécologie-obstétrique" est disponible (50). Nous pourrions donc peut-être mieux informer les praticiens de la possibilité d'une formation complémentaire par des DIU, des FMC...

Le frein principal au suivi de la grossesse en médecine générale semblant être l'insuffisance de la formation médicale, il apparaît nécessaire d'y apporter des améliorations.

IV-3.2. Les causes médico-économiques

Les causes médico-économiques ont été évoquées 122 fois lors de notre étude, correspondant à 22,8% de réponses; elles semblent donc constituer une seconde catégorie de freins à la pratique du suivi de la grossesse par les généralistes du Limousin.

La rémunération inadéquate des actes est citée 37 fois par les professionnels de notre étude, qui ne les encourage pas à pratiquer cette discipline.

Dias S. (36) rapporte que 30,5% de médecins évoquent les contraintes financières comme frein à l'exercice de l'obstétrique.

En effet, une consultation de médecine générale en Secteur 1 s'élève à 23 euros; seuls quelques actes de gynécologie sont cotés par l'Assurance Maladie au cabinet (51): le frottis cervico-vaginal (9,64 euros), la pose d'un dispositif intra-utérin (38,4 euros) et la pose d'un implant contraceptif (14,47 euros).

En revanche, aucune cotation n'est prévue pour les consultations d'obstétrique; celles-ci sont donc cotées comme une consultation classique, alors qu'elles nécessitent un temps plus important, dédié à l'information de la femme enceinte...

Cette idée est également mentionnée par Cases Mignot A.L. (52), à Toulouse en 2009: de nombreux praticiens dénoncent la durée plus importante des consultations de suivi de grossesse; ils ont précisé qu'au vu de la cotation de ces consultations, ils ne pouvaient se permettre de passer 45 minutes avec une patiente.

L'aspect chronophage de cette activité est abordé 56 fois lors de notre enquête, et dénoncé par 46,7% des praticiens de l'étude de Champeaux R. (35), qui jugent nécessaire une revalorisation des cotations pour cette discipline.

Ainsi, une consultation de suivi de grossesse par un généraliste s'élève à 23 euros, alors qu'elle avoisine les 50 euros chez un spécialiste (57,50 euros pour l'entretien prénatal précoce) (53).

Nous pourrions donc proposer des mesures visant à faciliter et encourager l'exercice de l'obstétrique par les généralistes, comme par exemple la revalorisation de la cotation des actes; un tarif de consultations de suivi de grossesse pourrait être créé, comme cela existe déjà pour les consultations de pédiatrie (majoration nourrisson et grand enfant) et pour les consultations approfondies pour ALD (tarifées 26 euros).

Une rémunération forfaitaire annuelle pourrait éventuellement être versée aux professionnels exerçant l'obstétrique; mais encore faudrait-il pouvoir quantifier les actes réalisés....

Le coût majeur du matériel nécessaire à la pratique de cette discipline, entraînant un défaut d'équipements à la disposition des médecins généralistes, est également évoqué, afin d'expliquer le refus des femmes enceintes d'être suivies par leur médecin traitant; en effet, six praticiens de notre étude avancent cet argument en commentaire libre, qui, selon eux, pousse les parturientes à consulter un spécialiste, et entraîne une "main-mise" des gynécologues dans le domaine de l'obstétrique.

Hureau S. mentionne que les femmes choisissent le praticien qui va suivre leur grossesse en fonction de sa capacité à réaliser des examens complémentaires (54).

Champeaux R. objective que le manque d'équipements constitue un frein à l'exercice de l'obstétrique dans 27% des cas (35); il soulève ainsi le problème financier lié au matériel. En effet, le prix minimum d'un échographe s'élève à 6000 euros, et celui d'un doppler foetal à 200 euros. Les médecins hésitent à investir dans ces équipements, qui sont peu rentabilisés, compte tenu de leur faible activité dans ce domaine.

16,3% des femmes interrogées dans son étude citent un défaut d'équipements, qui les poussent à se tourner vers les spécialistes (35).

Mauran N. soulève également cette problématique, et déclare que 66% des praticiens répondants seraient favorables à une centrale d'achat afin de réduire les dépenses (47).

Les Pouvoirs Publics pourraient peut-être apporter des facilités d'équipements pour les médecins généralistes, les aidant à investir dans le matériel nécessaire, mais coûteux, à l'exercice de l'obstétrique.

L'importance du risque médico-légal est également évoqué par les médecins de notre étude (62 fois), responsable d'une augmentation du coût des assurances professionnelles en cas de faute (23 fois).

14,1% des praticiens de l'enquête de Champeaux R. (35) confient ne pas suivre de grossesses du fait des risques importants de poursuites judiciaires.

En effet, nous sommes confrontés depuis quelques années à une évolution des "moeurs", avec des familles de plus en plus procédurières.

Il pourrait ainsi être intéressant de revoir à la baisse le coût des assurances professionnelles; cependant, ceci est indépendant des pouvoirs publics, et il paraît donc difficile d'y remédier.

Notre travail de mémoire objective également que les causes médico-économiques constituent un frein à la pratique de l'obstétrique en médecine générale; cette catégorie a été évoquée 27 fois par les internes de médecine générale du Limousin interrogés, soit 31% de réponses positives. Il serait donc intéressant de proposer des solutions adaptées.

IV-3.3. L'absence de demande de la patientèle féminine

Cette catégorie est évoquée 117 fois (21,8%) par les généralistes du Limousin, constituant donc vraisemblablement un frein au suivi de la grossesse.

Dans son étude (36), Dias S. retrouve que 16,3% des médecins interrogés dénoncent une insuffisance de demande de consultations par les femmes; est-ce dû aux patientes elles-mêmes, ou bien est-ce lié aux praticiens?

Dans notre enquête, les professionnels répondants expliquent tout d'abord l'absence de demande de la patientèle par un refus de la femme enceinte de se faire suivre par son médecin traitant; cet argument est avancé 61 fois (35,7%).

Cela ne semble pas être en lien avec le sexe du praticien. En effet, Pascal C., dans son enquête auprès de patientes de la région Dieppoise (55), objective que certaines femmes préfèrent être suivies par un médecin de sexe féminin, et d'autres par un praticien masculin; les patientes étant suivies par une femme déclarent être gênées de confier leurs problèmes intimes à un homme.

A Nancy en 2010, Yildiz H. (56) retrouve que la plupart des femmes interrogées sont suivies par un médecin de sexe masculin; les patientes de son étude déclarent ne pas choisir le professionnel par son genre.

Cette absence de demande ne semble également pas être en lien avec l'âge du praticien, puisque le travail de Pascal C. (55) conclut que l'âge n'apparaît pas comme un critère de choix du professionnel pour le suivi de la grossesse.

Hureau S. (54) objective que 86% des femmes interrogées n'accordent pas d'importance à l'âge du praticien.

Nous pouvons donc nous demander si le refus des femmes à être suivies par leur médecin traitant est en lien avec un manque de confiance des patientes envers leur généraliste, qui préfèrent être suivies par un spécialiste, qu'elles estiment plus compétent.

L'étude de l'institut BVA (57) sur le ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique objective que "seules 20% des femmes estiment que les médecins généralistes sont suffisamment formés pour assurer leur suivi".

59,8% des praticiens interrogés par Champeaux R. (35) avancent comme premier frein à l'exercice de la gynécologie-obstétrique une réticence des patientes, qui revendiquent le suivi par un spécialiste du fait d'une meilleure compétence. Cette croyance des femmes est peut-être liée aux études plus longues des spécialistes, qui entraînent selon elles une meilleure prise en charge (raison citée par neuf femmes sur dix dans cette enquête).

Ceylan Sahin D. (58) retrouve qu'une femme sur trois pensait que leur médecin traitant n'était pas assez qualifié pour suivre une grossesse; 26% des patientes de son étude croyaient même que les généralistes n'avaient pas le droit de suivre des grossesses.

Pourtant, les médecins généralistes possèdent une formation théorique les rendant aptes à exercer la gynécologie-obstétrique au sein de leur cabinet; cette idée est renforcée par les recommandations de l'HAS de 2005 et 2007 (12) (28).

Cependant, ces textes ne sont pas connus de la population générale, et sont presque exclusivement consultés par les professionnels de santé; ainsi, les femmes n'ont pas connaissance des qualifications de leur médecin traitant en terme de suivi de grossesse.

Il serait peut-être intéressant d'organiser une diffusion publique annonçant les différents rôles que peut tenir un médecin traitant, afin de garantir à tous une meilleure information, et de promouvoir la médecine générale au sein de la population française. Nous pourrions employer des campagnes de sensibilisation, déjà utilisées dans le domaine de la tabacologie...

Ce manque de confiance des femmes envers leur médecin traitant est-il seulement dû aux patientes, ou bien est-ce lié à un défaut d'information et de communication de la part du praticien?

En effet, les médecins de notre étude expliquent également l'absence de demande de la patientèle féminine par une insuffisance de communication entre les généralistes et les femmes enceintes, entraînant une ignorance de leurs compétences; cette catégorie est évoquée 32 fois (18,7%).

L'enquête de Tesse-Skaf M. (59) montre que "les femmes dont le médecin généraliste avait déclaré sa compétence en gynécologie-obstétrique se faisaient significativement plus suivre par lui"; 61% des femmes dénoncent que leur médecin traitant ne s'était pas déclaré compétent dans ces disciplines.

La méconnaissance des patientes sur les compétences de leur médecin semble être en lien avec un manque de communication et d'information de la part du praticien, car 10% des parturientes interrogées ne savaient pas si leur médecin traitant effectuait ou non des suivis de grossesse (59).

Cette étude prouve également que les femmes sont prêtes à se faire suivre par leur généraliste si celui-ci déclare pouvoir le faire; en effet, lorsqu'un médecin traitant propose un suivi jusqu'à six mois, la patiente accepte dans 59% des cas. Les femmes suivies par un spécialiste avaient dans deux tiers des cas un généraliste qui ne s'était pas déclaré compétent pour l'exercice de l'obstétrique.

Hureau S. (54) soulève aussi le problème d'information des patientes, car "seules 20% des femmes savent que leur généraliste peut effectuer des suivis de grossesse"; les femmes qui affirment que leur médecin traitant réalise des suivis sont plus nombreuses à penser que les généralistes sont compétents dans ce domaine. Elles sont nombreuses à accepter de se faire suivre par leur médecin traitant dès lors qu'elles le savent compétent.

Yildiz H. (56) objective également qu'une grande majorité des femmes méconnaît la possibilité d'un suivi par leur médecin généraliste, illustrant ainsi un problème de communication manifeste.

Gros-Lenne B.(60) retrouve que seulement 28,9% des patientes ayant consulté un généraliste en début de grossesse ont reçu une proposition pour le suivi; 10% d'entre elles savaient que leur médecin traitant pourrait les suivre.

Les médecins traitants doivent eux aussi promouvoir leur spécialité et affirmer à leurs patientes leurs compétences. Nous pourrions réfléchir à la diffusion d'affiches dans les cabinets médicaux, expliquant les rôles de ces professionnels...

A la question concernant les freins au suivi de la grossesse d'après les médecins généralistes, un commentaire libre était possible; certains professionnels ont cité un "détournement" des femmes enceintes par les maternités, les gynécologues, et les sages-femmes, après la réalisation de la première échographie, ou après l'entretien du quatrième mois. Cet argument a été évoqué 31 fois (5,8%).

Ils accusent "la programmation des rendez-vous par les équipes hospitalières après l'échographie du premier trimestre", et "l'absence de volonté des spécialistes à partager le suivi des femmes enceintes".

Nous avons été surpris par ces commentaires, car l'HAS préconise, dans ses recommandations (12) (28), un partenariat entre médecins généralistes et gynécologues pour assurer un suivi de qualité; en effet, un médecin traitant ne pouvant réaliser les échographies, il travaille en collaboration avec un spécialiste.

De plus, s'il rencontre des problèmes lors d'un suivi de grossesse, ou s'il identifie une situation à risque, il adressera la patiente à un gynécologue pour la suite de la prise en charge.

Il n'est également pas judicieux de la part des spécialistes de refuser le suivi des parturientes par les généralistes, du fait de leurs effectifs en diminution; ils sont de moins en moins nombreux, et l'intervention des médecins traitants est indispensable.

Cette idée est abordée succinctement par Champeaux R. (35), ainsi que par Dulac F. (46), qui retrouvent, dans leurs études, que de nombreux généralistes, surtout exerçant en milieu urbain, ne pratiquent que très peu l'obstétrique, du fait d'une plus grande concentration de gynécologues; ils se sentent moins compétents dans ce domaine, et laissent cette discipline aux spécialistes.

Ils ajoutent que les médecins "de campagne" réalisent plus de suivi de grossesse.

Notre travail retrouve ce thème d'inégalité de pratique de l'obstétrique, en fonction des trois départements du Limousin. 82% des répondants installés en Creuse déclarent suivre des grossesses, ainsi que 60% en Corrèze; seulement 40% des participants installés en Haute-Vienne exercent cette discipline.

Nous pouvons nous demander, comme précédemment, si ces résultats sont en lien avec la densité des spécialistes dans la région. En effet, les effectifs de gynécologues sont plus importants en Haute-Vienne qu'au sein des autres départements (19); ainsi, nous pouvons imaginer que les spécialistes suivent plus de grossesses en Haute-Vienne, aux dépens des généralistes.

Dulac F. émet une hypothèse semblable dans son étude (46); il objective que les médecins généralistes sont démotivés pour effectuer des suivis de grossesse, mais il retrouve qu'ils sont plus intéressés par la pratique de cette discipline s'ils sont éloignés des services de gynécologie, peut-être par obligation, devant l'absence de spécialistes aux alentours.

D'après cela, nous pouvons nous demander pourquoi les femmes se tournent davantage vers un spécialiste lorsque celui-ci est à sa portée. Pourquoi ne s'adressent-elles pas tout de même à leur médecin traitant?

Il semblerait que cela soit de nouveau lié à l'insuffisance de communication entre les généralistes et la patientèle féminine, qui se tourne vers les spécialistes.

La dévalorisation de la médecine générale dans la population n'est-elle pas due aux médecins généralistes eux-mêmes, qui ne communiquent pas suffisamment avec leur patientèle?

Dans l'étude de Yildiz H. (56), les femmes suivies par leur généraliste sont très satisfaites de la prise en charge, du fait principalement d'une grande disponibilité du praticien, d'une relation de confiance instaurée depuis de nombreuses années, qu'elles ne retrouvent pas lorsqu'elles consultent un spécialiste. Elles déclarent également vouloir confier leurs prochaines grossesses à leur médecin de famille.

La communication semble donc être l'une des clés pour l'augmentation de la pratique de l'obstétrique en médecine générale.

V- Conclusion

Avec la démographie médicale actuelle et à venir, le nombre de gynécologues médicaux et obstétricaux ne sera pas suffisant pour accueillir toutes les femmes. Si les patientes s'orientent uniquement vers les spécialistes, il risque de se poser un problème de santé publique conséquent: une surcharge de travail entraînant une diminution de la durée des consultations, une moindre importance accordée à l'aspect relationnel, des difficultés pour répondre aux urgences, des délais de rendez-vous allongés. L'intervention des généralistes semble donc indispensable.

Ces dernières décennies, le suivi a progressivement évolué vers une médicalisation croissante, encadrée et confiée aux spécialistes; le médecin généraliste ne parait occuper, le plus souvent, qu'une place annexe dans la surveillance de la grossesse. Il ne semble être consulté que pour les pathologies intercurrentes.

Cependant, nous avons vu que le médecin généraliste est apte à réaliser des suivis de grossesse, de part sa formation médicale diversifiée; il a en effet un rôle primordial, car il connaît la patiente, sa famille, son histoire de vie. Il est le mieux placé pour suivre la femme enceinte. Il est également plus disponible, à l'écoute, ce qui en fait un atout précieux pour la surveillance des parturientes.

Notre étude nous a permis de constater un intérêt non négligeable porté à la gynécologie-obstétrique par nos médecins généralistes, qui rencontrent cependant de nombreux obstacles à leur pratique.

Selon eux, le frein majeur à la réalisation des suivis de grossesse semble provenir d'une insuffisance de formation théorique et pratique dans cette discipline, universitaire, mais aussi post-universitaire, qui engendre de fait une crainte de mal faire, et une peur de la faute professionnelle.

Les causes médico-économiques, et notamment le coût majeur de l'équipement professionnel (doppler foetal...) et des assurances professionnelles, constituent un second frein à l'exercice de ces disciplines.

Enfin, l'absence de demande de la patientèle féminine, en lien direct avec une insuffisance de communication de la part des professionnels, constitue également un obstacle.

De ces résultats peuvent émaner plusieurs pistes d'amélioration:

- un renforcement de la formation des médecins généralistes dans le domaine de la gynécologie-obstétrique, en rendant les stages obligatoires dans cette discipline; des nouveaux terrains de stage pourraient être créés, en partenariat avec la PMI, les sages-femmes.

Les pouvoirs publics pourraient également promouvoir les FMC de gynécologie-obstétrique, et améliorer la communication des DIU disponibles pour les médecins généralistes.

- une revalorisation de la cotation des actes dans ces disciplines, et la proposition éventuelle d'une aide financière destinée à l'équipement des cabinets.

- la promotion de la collaboration entre les spécialistes et les généralistes pour un suivi conjoint des femmes enceintes.

- une meilleure information de la population générale sur les rôles du médecin généraliste; la valorisation du suivi de grossesse en médecine générale pourrait être organisée par les services publics, grâce à des campagnes d'informations et de sensibilisation (spots publicitaires....).

Il ne faut pas oublier que la communication entre le médecin et sa patiente est primordiale pour un suivi de qualité.

Références bibliographiques

1. PLAN PERINATALITE 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Novembre 2004. [document en ligne].
Disponible sur: <http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf>
2. Collectif FM, LE GOAZOU M-F. Suivez-vous les grossesses? Rev Prat Médecine Générale 2000 - 2006. 2006;(n°740/741):pp. 873–8.
3. CNGOF. La prise en charge des femmes françaises. 2000. [document en ligne].
Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm
4. INSEE-Population-Evolution du taux de natalité jusqu'en 2014 [document en ligne]. Disponible sur:
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=nattef02152
5. WONCA (World Organization of Family Doctors). Définition de la médecine générale, en 11 critères. 2002. [document en ligne]. Disponible sur:
<http://www.woncaeurope.org>
6. HADJI-KOBIYH M., LE COUTOUR X., Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse. Thèse de médecine générale, Université de Caen, UFR de médecine. [[S.l.]]: [s.n.]; 2009.
7. BURBAN C. Suivi de la grossesse, attitudes et besoins exprimés des patientes. Etude de la région Nantaise. Mémoire DU de Santé Publique. Faculté de Nancy; 2000.
8. HAVELOCK E., traduit par VAN GENNEP A. L'état psychique pendant la grossesse, 2ème édition. Paris : Mercure de France, 1926.
9. RUMEAU-ROUQUETTE C. Bien naître. La périnatalité entre espoir et désenchantement. Paris : EDK, 2001.
10. LEROY F. Histoire de naître. De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé. Bruxelles : Edition de Boeck, 2002.

11. INSEE-Naissances-Fécondité. 2015. [Document en ligne]. Disponible sur: <http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp>
12. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2007.
13. CNOSF Conseil National de l'Ordre des Sages Femmes [Document en ligne]. Disponible sur: <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>
14. VILAIN A., « La situation périnatale en France en 2010, Premiers résultats de l'enquête nationale périnatale », Études et résultats, 2011, n° 775, DREES.
15. BLONDEL B, SUPERNANT K, DU MAZAUBRUN C, et al. Enquête périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998. Paris : Unité de recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes. INSERM-U.149, 2005, tome1. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/Sommaire.htm>.
16. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins) Atlas de la démographie médicale en France Situation au 1er janvier 2015 [Document en ligne]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1607>
17. Postes et Rangs pour les ECN 2015 Remèdes.org [Document en ligne]. Disponible sur: <http://www.remede.org/internat/cartes-enc/>
18. CNOM (Conseil National de l'Ordre des Médecins)-Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1er janvier 2009 [Document en ligne]. Disponible sur: <http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2009.pdf>
19. CNOM La démographie médicale en région Limousin- Situation en 2013 [Document en ligne]. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/limousin_2013.pdf
20. CAVILLON M. La profession de sage-femme: constat démographique et projections d'effectifs. DREES, étude n°791, mars 2012.
21. INSEE-Santé. Les professions de santé en 2015 [Document en ligne]. Disponible sur: http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?ref_id=NATTEF06103

22. ARS Limousin 2014. Statistiques et indicateurs de la Santé. 2014. [Document en ligne]. Disponible sur: www.ars.limousin.sante.fr
23. La Protection Maternelle et Infantile-DREES [Document en ligne]. Disponible sur: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi,1202.html>
24. ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M. La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales. DREES, février 2009. [Document en ligne] Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er679.pdf>
25. BOOG G. Le plan périnatalité 2005-2007 a oublié la consultation pré-conceptionnelle. 2008. [Document en ligne]. Disponible sur: <http://www.em-consulte.com/en/article/115280>
26. Le COUTOUR X. Examen prénuptial. Rev Prat. 2003; 53(11):1253–4.
27. HAS. Projet de grossesse: informations, messages de prévention, examens à proposer. 2009.
28. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes. 2005.
29. LETICEE N. La Revue du praticien, Médecine générale [Document en ligne]. 2009. Disponible sur: <http://lol.univ-catholille.fr/fr/content/chamo347700>
30. L'ASSURANCE MALADIE. Suivi et orientation de la femme enceinte. Fiche d'aide à la pratique des professionnels. 2008.
31. InVS (Institut national de Veille Sanitaire). Recommandations listériose. [Document en ligne]. 1997. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/publications/listeriose/reclist.html>
32. LETICEE N. Dépistage de la toxoplasmose Rev. Prat. Med. Gen., 2006, tome 20, n°93, p.7.
33. UMFV Les motifs de consultation obstétricaux en médecine générale [Document en ligne]. Campus de médecine générale. Disponible sur: http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/motifs_consultation_obstetricaux.pdf

34. BABINET-BOULNOIS C., CINGOTTI M., Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse: intérêts et difficultés. Thèse de médecine générale. Université de Rouen. [s.l.]: [s.n.]; 2013.
35. CHAMPEAUX R. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de médecins généralistes et de patientes; enquête réalisée au sein du département des Deux-Sèvres. [Thèse d'exercice]. Poitiers; 2013.
36. DIAS S, AUBIN-AUGER I, Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France. Thèse de médecine générale. [[S.l.]]: [s.n.]; Université Paris Diderot-Paris 7, 2010
37. LEVASSEUR G. et al., « L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne », Santé Publique, 2005/1 Vol. 17, p. 109-119. DOI : 10.3917/spub.051.0109.
38. LAUCHET N. Pratique de la gynécologie médicale des médecins généralistes libéraux de la Haute-Vienne : obstacles et besoins de formation identifiés. Thèse de médecine générale, Limoges, 2010.
39. COSTES M. et LOUZEAU-ARNAL G. Analyse des pratiques et des attentes en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes de Midi-Pyrénées. Thèse de médecine générale, Toulouse 3, 2006.
40. DOMINIQUE M. Gynécologie-obstétrique par le médecin généraliste dans les Alpes Maritimes : enquête personnelle. Thèse de médecine générale, Nice, 2004, 112p.
41. ETCHETO ADER E. Facteurs influençant la surveillance d'une grossesse normale par un médecin généraliste en Gironde. Thèse de médecine générale. Faculté de Bordeaux: s.n., 2005.
42. VOLANT G. Le suivi de grossesse par les médecins généralistes: état des lieux en Savoie et Haute-Savoie. Thèse de médecine générale. Faculté de Grenoble: s.n., 2009.
43. DELANNOY EGLINGER. A propos du suivi gynécologique : médecin généraliste ou spécialiste : étude du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie. Thèse de médecine générale, Lille, 2009, 85p.

44. HUMEAU-AUBIN S. Gynécologie médicale et médecine générale. Thèse de médecine générale, Nantes, 2004, 67p.
45. DUBOEUF- RICHEROL D. Le suivi de grossesse par le médecin généraliste. Enquête dans le sud du département de la Loire. Thèse de Médecine Générale n°6234, Faculté de Saint-Etienne, 2002.
46. DULAC F, AUBIN-AUGER I, Le suivi des femmes enceintes, généraliste ou gynécologue? Enquête réalisée à la maternité des hôpitaux de Neuilly et Courbevoie. Thèse de médecine générale. Université Paris Diderot - Paris 7, site Xavier-Bichat. [S.l.]: [s.n.]; 2004.
47. MAURAN N. Place du médecin généraliste en gynécologie-obstétrique. Thèse de médecine générale, Bordeaux, 2006, 70p.
48. SRP-IMG- forum [Document en ligne]. Disponible sur: <http://www.srp-img.com/>.
49. Le DPC en pratique- Mon DPC.fr. [Document en ligne]. Disponible sur: <http://www.dpc.fr/>
50. VENDITTELLI F., BRUNEL S., VEILLARD J.-J. et al. Évaluation de l'intégration des médecins généralistes au sein d'un réseau de santé en périnatalité. J Gynecol Obstet Biol Reprod, 2009, 38 (7), pp. 559-573.
51. SNJMG. Nomenclature en médecine générale [Document en ligne]. Disponible sur: <http://www.snjmg.org/>.
52. CASES MIGNOT A.L. Suivi des grossesses à bas risque en médecine générale: proposition d'un dossier obstétrical informatique. Thèse de médecine générale. Toulouse III. 2009
53. SYNGOF-Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale [Document en ligne]. Disponible sur: http://syngof.fr/wp-content/uploads/2013/06/Tableau_cotation_01-10-131.pdf
54. HUREAU S. Le suivi des femmes enceintes: parcours de soins et raisons du non-choix du médecin généraliste pour la surveillance de la grossesse [Thèse d'exercice]. Université de Bordeaux II; 2008.

55. PASCAL C. épouse Houle. Suivi de la grossesse: critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste: enquête auprès de patientes de la région dieppoise [Thèse d'exercice]. Université de Rouen; 2013.
56. YILDIZ H. Suivi de grossesse par le médecin généraliste: expériences et vécus des femmes [Thèse d'exercice]. Nancy 1; 2010.
57. INSTITUT BVA. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Synthèse des résultats. Sondage réalisé pour la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale . Novembre 2008.
58. CEYLAN SAHIN D. "Femmes enceintes: quels sont les critères de choix du professionnel assurant leur suivi? Enquête réalisée sur la maternité de Sens". Thèse de médecine générale. Faculté de médecine Dijon; 2012.
59. TESSE-SKAF M. Déterminants conditionnant le choix du praticien pour le suivi de la grossesse [Thèse d'exercice]. [Lille 2]: Henri WAREMBOURG; 2013.
60. GROS LENNE B, SCHRAMM F. Critères de choix des femmes enceintes concernant le praticien à qui elles confient leur suivi. Thèse de médecine générale. UPEC, France: Université de Paris-Val-de-Marne; 2005. 123 p.

Annexe 1. Questionnaire de thèse de médecine générale

Le suivi de grossesse par les médecins généralistes du Limousin

Quel est votre département d'exercice professionnel?*

Haute-Vienne
Corrèze
Creuse

Vous exercez en milieu:*

Rural (moins de 5000 habitants)
Semi-rural (de 5000 à 10000 habitants)
Urbain (plus de 10000 habitants)

Depuis combien d'années êtes-vous installé en médecine générale?*

Moins de 10 ans
Entre 10 et 20 ans
Entre 20 et 30 ans
Plus de 30 ans

Vous êtes :*

Un homme
Une femme

Vous avez :*

Moins de 30 ans
Entre 30 et 40 ans
Entre 40 et 50 ans
Entre 50 et 60 ans
Plus de 60 ans

Pendant votre internat, avez-vous effectué un stage en gynécologie?*

Oui
Non

Réalisez-vous des actes de gynécologie dans votre cabinet (frottis, pose de stérilet ou d'implant, contraception...)?*

Oui
Non

Effectuez-vous des suivis de grossesse?*

Oui
Non

Si oui, combien avez-vous suivi de grossesses l'an dernier?

Selon vous, l'absence de demande de la patientèle féminine s'explique par :*

le refus de la femme enceinte d'être suivie par un médecin généraliste

le défaut de communication entre la femme et le médecin généraliste

Autre :

Quelles sont les principales raisons du médecin généraliste expliquant la faible prévalence du suivi de grossesse en médecine générale? (plusieurs réponses possibles)*

Absence de demande de la patientèle féminine

Sexe du praticien

Manque d'intérêt pour cette discipline

Activité chronophage

Rémunération inadéquate

Souhait de ne pas suivre les enfants issus de ces grossesses

Formation professionnelle insuffisante

Nombre insuffisant de cas pour conserver les compétences

Crainte de mal faire

Importance du risque professionnel et médico-légal

Coût des assurances en cas de faute professionnelle

Interruption de la routine des consultations

Autre :

Annexe 2. Questionnaire de mémoire de médecine générale

Le suivi de grossesse en médecine générale

Vous êtes :*

- Un homme
- Une femme

Avez-vous déjà réalisé votre stage de gynécologie-pédiatrie?*

- Oui
- Non

Si oui, avez-vous fait :

- La gynécologie en milieu hospitalier
- La gynécologie en ambulatoire
- La pédiatrie en milieu hospitalier
- La pédiatrie en ambulatoire

Si non, choisirez-vous :

- La gynécologie en milieu hospitalier
- La gynécologie en ambulatoire
- La pédiatrie en milieu hospitalier
- La pédiatrie en ambulatoire

Au cours de votre futur exercice professionnel, souhaitez-vous pratiquer des actes de gynécologie (frottis, pose de stérilet ou d'implant, contraception...) ?*

- Oui
- Non

Au cours de votre futur exercice professionnel, souhaitez-vous effectuer des suivis de grossesse?*

- Oui
- Non

Quels seraient, selon vous, les freins au suivi de grossesse lors de votre exercice futur? (plusieurs réponses possibles)*

- Manque d'intérêt pour cette discipline
- Activité chronophage
- Rémunération inadéquate
- Souhait de ne pas suivre les enfants issus de ces grossesses
- Formation théorique insuffisante
- Formation pratique insuffisante
- Nombre insuffisant de cas pour conserver les compétences
- Crainte de mal faire
- Importance du risque professionnel et médico-légal
- Coût des assurances en cas de faute professionnelle
- Interruption de la routine des consultations
- Autre :

Ressentez-vous le besoin d'un complément de formation pratique en gynécologie-obstétrique?*

Oui

Non

Table des figures

Figure 1: La densité des médecins généralistes en 2015 à l'échelle des départements.....	24
Figure 2: Effectif des médecins généralistes en France, projection à 2020.....	25
Figure 3: Postes et rangs max pour les ECN successives.....	26
Figure 4: Effectifs des gynécologues-obstétricaux en 2015 à l'échelle départementale.....	27
Figure 5: Effectifs des gynécologues médicaux en 2015 à l'échelle départementale.....	28
Figure 6: Diminution des effectifs des gynécologues selon des modèles de projection à 2018 en Limousin.....	29
Figure 7: Nombre et densité des médecins en activité d'après le scénario tendanciel.....	32
Figure 8: Nombre de médecins généralistes et spécialistes en activité d'après le scénario tendanciel et la variante 2.....	33
Figure 9: Le sexe de la population étudiée.....	54
Figure 10: Répartition des médecins répondants par catégories d'âge.....	55
Figure 11: Répartition des répondants par département d'exercice.....	56
Figure 12: Répartition des répondants par milieu d'exercice.....	57
Figure 13: Répartition des médecins par l'ancienneté de la pratique professionnelle.....	58
Figure 14: Médecins ayant effectué un stage de gynécologie-obstétrique.....	59
Figure 15: La pratique de la gynécologie par les médecins généralistes.....	60
Figure 16: La gynécologie et le sexe du praticien.....	61
Figure 17: La gynécologie et l'âge du praticien.....	62
Figure 18: La gynécologie et le département d'exercice.....	63
Figure 19: La gynécologie et le milieu d'exercice.....	64
Figure 20: La gynécologie et l'ancienneté de la pratique professionnelle.....	65
Figure 21: La gynécologie et les stages effectués.....	66
Figure 22: La pratique de l'obstétrique par les médecins généralistes.....	67
Figure 23: L'obstétrique et le sexe du praticien.....	68

Figure 24: L'obstétrique et l'âge du praticien.....	69
Figure 25: L'obstétrique et le département d'exercice.....	70
Figure 26: L'obstétrique et le milieu d'exercice.....	71
Figure 27: L'obstétrique et l'ancienneté de la pratique professionnelle.....	72
Figure 28: L'obstétrique et les stages effectués.....	73
Figure 29: Nombre de grossesses suivies en 2014 par les médecins généralistes.....	74
Figure 30: Les freins au suivi de la grossesse d'après les médecins généralistes.....	75
Figure 31: L'absence de demande de suivi de la patientèle féminine.....	77

Table des tableaux

Tableau 1: La première consultation entre 10 et 15 SA.....	36
Tableau 2: La deuxième consultation entre 16 et 20 SA.....	37
Tableau 3: Consultations intermédiaires du 5ème au 8ème mois.....	37
Tableau 4: Consultation du 9ème mois.....	38
Tableau 5: La surveillance biologique de la grossesse.....	40
Tableau 6: La surveillance échographique de la grossesse.....	42
Tableau 7: Prévention de la listériose.....	43
Tableau 8: Prévention de la toxoplasmose.....	44
Tableau 9: Taux de réponse.....	53

Abréviations

ALD: Affection de Longue Durée

ARS: Agence Régionale de Santé

BDC: Bruits Du Coeur

CNOM: Conseil National de l'Ordre des Médecins

DES: Diplôme d'Etudes Spécialisées

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

DIU: Diplôme Inter Universitaire

DPC: Développement Professionnel Continu

ECBU: Examen Cytobactériologique des Urines

ECN: Examen Classant National

ENP: Enquête Nationale Périnatale

EPPM: Enquête Permanente de la Prescription Médicale

FCV: Frottis Cervico-Vaginal

FMC: Formation Médicale Continue

HAS: Haute Autorité de Santé

HU: Hauteur Utérine

IMC: Indice de Masse Corporelle

INSEE: Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

INVS: Institut National de Veille Sanitaire

NFS: Numération Formule Sanguine

PA: Pression Artérielle

PMI: Protection Maternelle et Infantile

RAI: Recherche d'Agglutinines Irrégulières

RGO: Reflux Gastro-Oesophagien

SA: Semaine d'Aménorrhée

SAPL: Syndrome des Anticorps Anti-Phospholipides

URPS: Union Régionale des Professionnels de Santé

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

LES FREINS AU SUIVI DE LA GROSSESSE EN MEDECINE GENERALE

Etude quantitative auprès des médecins généralistes installés en Limousin

Résumé: La diminution progressive des effectifs des gynécologues prévue dans les prochaines années entraîne un problème de santé publique, et confère aux médecins généralistes un rôle majeur dans le suivi gynécologique et obstétrical de la patientèle féminine.

L'HAS, dans ses recommandations, prévoit et encadre le suivi de la grossesse par les différents professionnels de santé; de plus, les médecins généralistes possèdent les compétences pour la pratique de l'obstétrique. Cependant, ils n'exercent que très peu cette discipline.

Nous avons voulu identifier les réticences et les freins au suivi de la grossesse en médecine générale. Notre étude a porté sur un échantillon de 178 médecins généralistes, installés dans les trois départements du Limousin, interrogés par le biais d'un questionnaire diffusé par mail.

Notre audit a mis en évidence un intérêt certain des médecins généralistes pour l'exercice de la gynécologie (86,5%), et une faible pratique de l'obstétrique (49,4%).

Le principal frein évoqué est l'insuffisance de formation (34,3%); d'autres entraves existent, comme l'importance des coûts liés à l'exercice de cette discipline (matériel, assurances professionnelles), l'inexistence de cotations adaptées, et le risque judiciaire en cas de faute professionnelle (22,8%). L'absence de demande de la patientèle féminine, principalement liée à un défaut de communication entre le médecin généraliste et sa patientèle, constitue également un frein au suivi de la grossesse.

Une meilleure sensibilisation des patientes sur les compétences des médecins généralistes, un renforcement de la formation des praticiens, ainsi qu'une amélioration de la communication des professionnels, peuvent constituer des arguments permettant d'augmenter la prévalence du suivi de grossesse en médecine générale.

Mots-clés : Freins, suivi de grossesse, médecine générale, obstétrique.