

Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2016

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 14 décembre 2016
par

Antoine DARREYE

né(e) le 28 avril 1989, à Limoges

**Le suivi de grossesse par les médecins généralistes, freins et
appréhensions**

Etude qualitative du point de vue des femmes ayant accouché à la
maternité de Limoges

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Yves Aubard

Président

M^{me} la Professeur Martine Prévost

Juge

M^{me} la Professeur Marie Pierre Teissier-Clément

Juge

M^{me} la Professeur Catherine Yardin

Juge

M^{me} la Docteur Martine Pelaudeix

Membre invité

M. le Docteur Jean Luc Eyraud

Membre invité et Directeur de Thèse





Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2016

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement
le 14 décembre 2016
par

Antoine DARREYE

né(e) le 28 avril 1989, à Limoges

**Le suivi de grossesse par les médecins généralistes, freins et
appréhensions**

Etude qualitative du point de vue des femmes ayant accouché à la
maternité de Limoges

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Yves Aubard

Président

M^{me} la Professeur Martine Prévost

Juge

M^{me} la Professeur Marie Pierre Teissier-Clément

Juge

M^{me} la Professeur Catherine Yardin

Juge

M^{me} la Docteur Martine Pelaudeix

Membre invité

M. le Docteur Jean Luc Eyraud

Membre invité et Directeur de Thèse



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	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	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL



DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE



NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE
VERGNENEGRE Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A 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 CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
MURAT Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David	HEMATOLOGIE
TCHALLA Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan



PAUTOU-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

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

VIROT Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Le 1^{er} septembre 2016



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2015

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHUFFART Etienne	ANATOMIE
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FAYE Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE
KASPAR Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
LOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE



COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE
LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MATT Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE



PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TAÏBI Abdelkader	CANCEROLOGIE
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

LAUCHET Nadège

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

BALLOUHEY Quentin
CHIRURGIE INFANTILE
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)



A la mémoire de Benoit qui, au travers de sa longue maladie, m'a donné l'envie de soigner les autres. Sans lui je n'aurai pas eu la force de caractère pour en arriver là où je suis.

L'art de la médecine consiste à distraire le malade pendant que la nature le guérit.
Voltaire



Remerciements

A **Monsieur le Pr Yves AUBARD (Professeur de gynécologie obstétrique)** vous me faites l'honneur de présider ce jury et je vous en remercie sincèrement. Soyez assuré de mon profond respect et de ma reconnaissance.

A **Mme le Pr Martine PREVOST (Professeur de médecine générale)**, merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury, pour votre pédagogie tout au long du DES de médecine générale. Merci de votre soutien lors de vos régulez mes gardes de PDSA.

A **Mme le Pr Marie Pierre Teissier Clément (Professeur en endocrinologie)**, merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury et de m'avoir transmis votre savoir lors de mon stage en endocrinologie.

A **Mme le Pr Catherine YARDIN (Professeur en cytologie et histologie)**, merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury et de votre disponibilité lors des moments difficiles.

A **Mme la Docteur Martine PELAUDEIX**, vous avez accepté avec enthousiasme de siéger dans ce jury, et de partager votre expérience lors de mon stage.

A **M. le Docteur Jean Luc Eyraud**, merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de siéger dans ce jury. Ce fut un plaisir de travailler ensemble sur ce sujet.



Merci aux Pédiatres, les docteur Anne Constanty, Elena Piguet, et Séverine Thon, aux Sages-Femmes, et à tout le personnel de la maternité de Limoges, pour m'avoir fourni le soutien nécessaire pour réaliser ma thèse et pour tous les bons moments passés ensemble lors de ces 6 mois de stage.

Merci aux équipes paramédicales et médicales de Rhumatologie, de Pédiatrie, de CTCV, de Chirurgie digestive, de Dermatologie, des Urgences, de Neurologie, de SSRG, de MSA, de MIB, de MIA, pour votre accueil et votre pédagogie lors de mon apprentissage d'externe.

Merci aux équipes paramédicales et médicales de MSA, pour votre bienveillance lors de mon stage en tant que FFI.

Merci aux Dr Nathalie Cueille, Vincent Andreatta, Etienne Couty, Guillaume Jaouen, Charlène Percheron, Anne Romera, et Jean Say, ainsi qu'à toute l'équipe paramédicale des urgences de saint Junien, pour votre écoute, votre pédagogie, pour tous ces bons moments passés ensemble. J'ai beaucoup appris avec vous.

Merci au Dr Serge Lavaure pour m'avoir montré ton activité lors de mon stage et de mes nombreux remplacements avec lui. Merci à toi pour m'avoir permis de participer à de nombreuses gardes de PDSA.

Merci au Dr Olivier Darreye, de m'avoir montré ta vision de la médecine générale, et pour m'avoir transmis ton savoir.

Merci aux médecins des urgences pédiatriques et à tous les paramédicaux pour leur bonne humeur et leur accueil pendant ce stage très formateur.

Merci au Dr Bruno Coquillaud, pour m'avoir montré comment être vigilant face aux connaissances médicales et pour tout tes bons conseils.

Merci au Dr Liliane Chassac, pour m'avoir permis de connaître la pratique médicale en désert médicale, et pour m'avoir permis de parfaire mon Anglais.



Merci aux Dr Cristina Ciobanu et Dr Nathalie Salomé, ainsi qu'à toute l'équipe de Dyde, qui m'a permis pour mon dernier stage, de me faire toucher du doigt la psychiatrie, et pour tous ces moments de bonne humeur entre nous.

Merci à mes relecteurs Papa et Maman, Camille, et Georgie.

Merci à la dream team Flo, Franck, Lisa et Paulo, et à Max pour m'avoir donné vos conseils pendant ce travail.

Merci aux runners Jocelyn et Alexandre pour toutes ces sorties à discuter.

Merci à mes beaux-parents, pour m'avoir conseillé le champagne, et à leurs enfants pour l'avoir goûté avec moi.

Merci à toute la famille Milian, pour m'avoir inculqué la qualité d'être entêté.

Merci à mes parents, pour m'avoir soutenu et pour avoir répondu à toutes mes questions.

Merci à ma femme et à mon fils, que je chérie, de me supporter et de continuer à m'épauler,

.



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	21
I. Le suivi de grossesse	22
I.1. Un peu d'histoire	22
Rome antique : Durant cette période, les conseils de grossesse et la préparation à l'accouchement sont réalisés par l'entourage féminin de la femme enceinte. L'accouchement se passe seulement entre femmes, une sage-femme et les futures grand-mères s'occupent d'aider la parturiente. Le médecin n'est appelé qu'en cas de problème lors de l'accouchement.	22
I.2. Le suivi de grossesse actuel	26
I.2.1. Différents intervenants du suivi de grossesse	26
I.2.2. Suivi de grossesse à bas risque	27
I.2.3. Aspect social	33
I.2.4. Aspect Juridique	35
I.3. Définition d'une grossesse à risque.....	37
II. Etat des lieux en France et en Limousin :	40
II.1. En France	40
II.2. En Limousin	40
III. Matériel et Méthodes	43
III.1. Choix de la Méthodes	43
III.2. Elaboration du Questionnaire	43
III.3. Critères d'inclusion.....	44
III.4. Critères d'exclusion.....	44
III.5. Mode d'analyse des résultats	44
IV. Résultats.....	46
IV.1. Analyse de la population.....	46
IV.2. Suivi gynécologique antérieur.....	49
IV.3. Grossesse en cours.....	51
IV.4. Principaux motifs de consultation du médecin traitant.....	55
IV.5. Facteurs influençant le suivi.....	57
V. Discussion	59
V.1. Analyse des entretiens	59
V.2. Eléments non significatifs sur le suivi de grossesse.....	60
V.3. Freins au suivi par un médecin généraliste.....	60
V.4. Facteur favorisant le suivi par un médecin généraliste.....	61
Conclusion	63
Références bibliographiques	65
Annexes	69
Serment d'Hippocrate.....	77

Table des abréviations

BU : bandelette urinaire

CAF : caisse d'allocation familiale

CPAM : caisse primaire d'assurance maladie

DG : diabète gestationnel

ECBU : examen cyto bactérien urinaire

FCV : frottis cervico utérin

FIV : fécondation in vitro

GEU : grossesse extra utérine

HGPO : hyperglycémie provoquée orale

HPST : hôpital, patients, santé et territoires

IST : infection sexuellement transmissible

MAP : menace d'accouchement prématuré

NFS : numération formule sanguine

PMA : procréation médicalement assistée

RAI : recherche d'agglutinine irrégulière

Rh : rhésus

SA : semaine d'aménorrhée

VHB : virus de l'hépatite B

VHC : virus de l'hépatite C

VIH : virus de l'immunodéficience humaine



Table des tableaux

Tableau 1 : Durées des congés maternité	35
---	----



Table des figures

Figure 1 : densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants à l'échelle des bassins de vie (20).....	41
Figure 2 : variation des effectifs des gynécologues obstétriciens médicaux à l'échelle des bassins de vie (20)	42
Figure 3 : Lieu d'habitation des femmes interrogées, à partir de Limoges	46
Figure 4 : Distance de la maternité la plus proche pour les femmes interrogées	47
Figure 5 : Distance entre le médecin traitant et les femmes interrogées.....	47
Figure 6 : Principaux antécédents avant la grossesse	48
Figure 7 : Intervenants pour la réalisation des frottis	49
Figure 8 : Distance en minutes du gynécologue réalisant les frottis.....	50
Figure 9 : Distance en minutes du médecin traitant réalisant les frottis.....	50
Figure 10 : Différents prescripteurs de Spéciafoldine®.....	51
Figure 11 : Professionnel ayant fait le diagnostic de grossesse.....	52
Figure 12 : Principaux intervenants du suivi de grossesse	53
Figure 13 : Différents prescripteurs des bilans sanguins et des échographies.....	54
Figure 14 : Types de suivi des femmes interrogées (selon recommandation HAS)	55
Figure 15 : Nombre de consultations chez le médecin traitant durant la grossesse	56
Figure 16 : Principaux motifs de consultation chez le médecin traitant durant la grossesse	57



Introduction

La grossesse constitue une étape importante dans la vie d'une femme et d'un couple. La femme enceinte se retrouve dans un sentiment opposé de tendresse (vis-à-vis du fœtus) et d'hostilité (vis-à-vis des contraintes et des modifications de son physique, de son mode de vie). La grossesse peut donc être vécue différemment selon les problèmes rencontrés avant, pendant ou après, selon son histoire personnelle, selon ses croyances. Le suivi de grossesse est un moment particulier qui permet d'anticiper et d'accompagner les patientes dans cette étape, le choix des intervenants dans ce suivi paraît ainsi primordial.

Le médecin traitant, institué par la loi de réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004, est choisi par le patient et coordonne son parcours de soins. Il a une vision globale de l'état de santé du patient et centralise les informations (1). Son rôle est d'autant plus important qu'il s'occupe souvent de plusieurs membres de la famille. Ainsi il a une approche multifactorielle avec une vision globale des conditions de vie sociale et familiale, des antécédents familiaux et personnels, des traitements en cours, et de l'histoire de vie des patientes.

Malgré cela la place du médecin traitant dans le suivi de grossesse reste marginale en France, le suivi étant le plus souvent réalisé par une sage-femme ou un gynécologue obstétricien. Il nous semblait donc nécessaire de comprendre pourquoi et comment le médecin traitant pouvait reprendre une place dans le suivi de grossesse.

Ce travail de thèse présentera d'abord un état de lieu du suivi de grossesse en France au travers des différentes recommandations et de la démographie médicale française, puis dans un second temps, le travail de recherche réalisé auprès de la maternité de Limoges auprès des femmes ayant accouché, en évaluant leur ressenti quant au choix du suivi de leur grossesse.



I. Le suivi de grossesse

I.1. Un peu d'histoire

Rome antique : Durant cette période, les conseils de grossesse et la préparation à l'accouchement sont réalisés par l'entourage féminin de la femme enceinte. L'accouchement se passe seulement entre femmes, une sage-femme et les futures grand-mères s'occupent d'aider la parturiente. Le médecin n'est appelé qu'en cas de problème lors de l'accouchement.

Epoque médiévale : L'accouchement est alors encadré par les accoucheuses (ou Matrones) qui sont des femmes ayant survécu à de nombreux accouchements ; dans les cas difficiles le prêtre est appelé. Ces accoucheuses ne savent souvent ni lire ni écrire, il leur est seulement demandé de savoir réciter les formules du baptême pour les nouveau-nés mal en point (2). Elles ont aussi souvent le double rôle de s'occuper de la toilette des morts. Au moment de la naissance, les femmes du village (amies, parentes, voisines) viennent soutenir et aider à la préparation et au déroulement de l'accouchement. Les jeunes filles nullipares, les enfants et les hommes sont en général tenus à l'écart, sauf le père qui par sa force et son expérience du vélage est parfois utile lors des accouchements difficiles (2).

XVI^e siècle : Le premier manuel destiné aux sages-femmes est écrit par Eucharius Rosslin (médecin Allemand, 1470-1526). Il s'agit d'une compilation du savoir d'auteurs de l'antiquité gréco-latine, rédigé en langage vulgarisé avec de nombreuses illustrations. Sa traduction française connaît un grand succès auprès des sages-femmes.

XVII^e siècle : Le traité sur « les maladies de femmes grosses et accouchées » écrit par Francois Mauriceau, médecin français, contribue à la naissance de la spécialité obstétrique en Europe. On voit alors l'apparition de l'homme accoucheur, chirurgien, qui vient parfois délivrer des femmes dont le fœtus est mort (2). Malgré certaines réticences d'une possible séduction de leur femme, les accoucheurs savent vite se rendre indispensables lors des accouchements difficiles. Petit à petit les princesses, les dames, puis les bourgeoises préfèrent les accoucheurs aux sages-femmes.

XVIII^e siècle : C'est à cette époque que Peter Chamberlen invente le forceps, dont l'utilisation restera réservée aux médecins. Les matrones deviennent l'objet de vives critiques de la part des médecins, notamment lorsqu'elles s'essaient à l'utilisation du forceps. En 1770, Joseph Raulin écrit « *tous les jours, elles font périr en même temps la mère et l'enfant, faute des connaissances nécessaires et requises pour les conserver* » (2). Le pouvoir royal décide, pour empêcher les mères et les enfants de mourir en trop grand nombre, de donner une formation médicale aux Matrones et le premier lieu de formation des

sages-femmes à l'Hôtel Dieu de Paris est créé en 1760, des cours itinérants sont organisés dans toute la France. Les matrones classiques disparaissent alors peu à peu.

Parallèlement, en Angleterre, on découvre comment provoquer artificiellement les naissances à l'aide de fumigations, pour éviter les césariennes.

Les premières maternités apparaissent en 1751 en Allemagne. Jusque-là l'accouchement se passait à domicile, souvent dans la salle commune, ou dans l'étable pour les plus pauvres. La mortalité y est haute, avec 10% des femmes en âge de procréer qui meurent à la suite d'un accouchement.

XIXe siècle : On voit l'apparition de la notion d'hygiène afin d'éviter la fièvre puerpérale. Il est d'abord conseillé d'aérer les locaux pour éviter les « miasmes » de l'air. Puis petit à petit, on découvre les chambres individuelles, avec lavage des pièces, après chaque occupation. Ignace Philippe Semmelweis démontra l'utilité du lavage des mains après la dissection d'un cadavre avant d'effectuer un accouchement, par la diminution du nombre de fièvre puerpérale.

Les pratiques de stérilisation apparaissent à partir de 1878 avec Louis Pasteur. La mortalité dans les maternités diminue alors drastiquement.

C'est aussi les débuts de l'anesthésie et de l'analgésie (avec chloroforme, opium, morphine, éther) à partir des années 1840.

XXe siècle : Les accouchements à domicile, encore réalisés en campagnes, sont alors effectués par une sage-femme ou un médecin généraliste.

Pendant la première guerre mondiale, les femmes sont appelées à travailler à la place des hommes présents sur les champs de bataille. Une fois la guerre terminée et les hommes revenus du front, n'ayant plus d'emploi, elles retournent dans leur foyer. Ainsi, la natalité ré-augmente, d'autant qu'il faut compenser les morts de la guerre. Avec les débuts de la pédiatrie, les médecins argumentent qu'ils sont les mieux placés pour être les « spécialistes du suivi de grossesse ». Les sages-femmes perdent alors encore un peu de terrain. Cette évolution est favorisée par le versement d'indemnité accouchement et d'allocations d'allaitement. Ces indemnités sont soumises à la condition d'avoir un suivi médical précis, mis en avant par les médecins qui invoquent leur compétences pour dépister des complications.

Après la deuxième guerre mondiale, c'est le baby-boom, la grossesse se médicalise, les naissances qui se faisaient encore pour la plupart à domicile, se font de plus en plus souvent en maternité (au moins pour les grandes villes) (2). Progressivement les sages-femmes sont éclipsées par les médecins obstétriciens pour bénéficier d'analgésie adaptée.

Parallèlement, les femmes obtiennent de la sécurité sociale, le remboursement de six séances de préparation à l'accouchement, qui passent à huit dans les années 60 (2).

En 1970, A. Minkowski fait une campagne de presse montrant les lésions cérébrales causées par des accouchements non conformes aux connaissances de l'époque ; celle-ci a un très grand impact sur le public et le ministre de la Santé. Elle est à l'origine de l'action périnatalogie et dès 1972 des normes concernant les locaux et plateaux techniques sont mises en place. A la suite de cette meilleure prise en charge, on assiste progressivement à la quasi disparition des accouchements à domicile réalisés par les médecins généralistes. La mortalité périnatale tombe alors à 13/1000 dès 1980 (3).

Suite à un manque croissant de gynécologue obstétricien, le rôle des sages-femmes dans les accouchements dit eutociques devient prépondérant et elles assurent alors près de 2/3 des accouchements, seules. Leur rôle est aussi important dans la préparation à l'accouchement et la surveillance des grossesses à domicile, en PMI et en maternité.

Dans les années 1980, on observe l'essor de l'échographie fœtale, qui devient systématique, avec une prise en charge par la collectivité (4). Cependant, du fait du manque d'encadrement de la formation des échographistes, cette pratique est source de vives polémiques sur la validité de l'échographie. Ce n'est qu'en 1994 que le « Collège Français d'Echographie Fœtale » est créé pour tenter d'améliorer la démarche qualité de l'échographie et donc sa fiabilité.

Le plan périnatalité 1994-2000 : Son objectif est de diminuer de 30% la mortalité maternelle et de 20% la mortalité périnatale. Pour cela, il préconise que les 7 examens prénataux obligatoires soient réalisés « soit par l'équipe de la maternité soit de façon conjointe par le médecin généraliste et l'équipe de la maternité voire la PMI » (5). Il rend aussi obligatoire la consultation du 7eme mois dans le cadre d'un établissement d'accouchement. Il met en place un service de garde sur place d'un gynécologue obstétricien dans les maternités de plus de 1500 accouchements annuels. Il oblige la présence 24h sur 24 d'une sage-femme en salle de naissance dans toutes les maternités. Il introduit la notion de « suivi de proximité réservé [aux grossesses à bas risque] et un suivi conjoint « proximité – spécialisé » pour les hauts risques » (5). Les maternités sont alors classées en 3 niveaux selon leur capacité à prendre en charge les grossesses à risque.

A cette période, il est mis en évidence une pénurie de gynécologues obstétriciens, d'anesthésistes et de pédiatres. On propose alors l'augmentation du nombre d'internes dans ces spécialités. L'analgésie obstétricale est reconnue comme acte thérapeutique par l'assurance maladie et les gynécologues obstétriciens commencent à s'interroger sur l'augmentation croissante du nombre de césariennes.



A cette époque, les généralistes sont « victimes de la technicisation de la médecine qui conduit à confier nombre d'actes médicaux élaborés à des personnels dument formés pour les accomplir » et d'une « croyance que l'utilité sociale d'un professionnel se mesure au degré de spécialisation qu'il a atteint » (5). Il est alors peu fait pour favoriser la bonne connaissance de la grossesse et de la naissance des futurs généralistes : le stage d'obstétrique n'est pas obligatoire, et la compétition entre les internes de spécialité, les sages-femmes et les élèves sages-femmes avec les internes généralistes réduit leur formation. Malgré cela, le diagnostic de grossesse est le plus souvent réalisé par les médecins généralistes. On constate alors encore 10% de grossesses suivies exclusivement par le généraliste (accouchement exclu) (5). Pourtant dès cette époque leur rôle est mis en avant : comme un « mode d'entrée dans le système de soins privilégié », où « il est à même de voir les femmes, non seulement pour leur suivi de grossesse, mais pour des évènements pathologiques intercurrents » (5). En effet, il a une place privilégiée pour dépister les facteurs de risques de trouble de l'attachement et facteurs environnementaux à modifier, il sera à même de suivre la santé du nouveau-né et de la femme dans le post-partum. Il peut donc jouer un rôle préventif majeur lorsqu'il est utilisé.

Le plan périnatalité 2005-2007 : Son objectif est de réduire la mortalité périnatale au taux de 5,5/1000 et la mortalité maternelle à 5/100 000 (6). Il met alors en place un entretien individuel et/ou en couple au cours du 4ème mois. Il permet d'évoquer les questions autour de la grossesse et de la natalité avec les futurs parents, il doit être réalisé « sous la responsabilité d'une sage-femme ou d'un autre professionnel de la naissance disposant d'une expertise reconnue par le réseau de périnatalité auquel ils appartiennent » (6). Il budgétise le recrutement et la mise en place de psychologues en maternité. Il modifie le carnet de santé remis lors du 1^{er} examen prénatal, afin qu'il y figure des messages de prévention contre l'alcool, le tabac et les drogues. Enfin, il facilite l'ouverture des droits sociaux pour les grossesses à risque.

Enquête nationale périnatale 2010 : Chaque région (ou presque) dispose alors d'une maternité de chacun des types, avec une proportion de maternité de niveau III augmentant par rapport au niveau I. Le temps d'accès à l'établissement s'est peu modifié avec la moitié des accouchements voie basse réalisés à moins de 17 minutes du domicile, et un quart à plus de 29 minutes. Les sages-femmes prennent désormais en charge 80% des accouchements par voie basse (7) avec une proportion plus importante en établissement public que dans le privé (92% en hôpital public et 55% en établissement privé). Cependant, encore 40% des maternités de niveau I et le quart des établissements de type II ne disposent toujours pas d'un bloc de chirurgie contigu à la salle de naissance.

On note un report des naissances vers un âge maternel plus élevé, 19,2% de naissances à 35 ans ou plus et un âge moyen pour les mères, parmi les naissances vivantes, à 29,9 ans. Ceci s'explique en partie par le fait que les femmes font plus de longues études.

Au niveau des déclarations de grossesse 74,1% ont été réalisées par un gynécologue obstétricien, 22,4% par un médecin généraliste (8). Cependant, pour le suivi de grossesse : 66,8% des femmes ont consulté principalement un gynécologue obstétricien, 11,7% une sage-femme et seulement 4,7% un médecin généraliste (8).

La prise d'acide folique au moment de la conception en prévention des anomalies congénitales n'a été réalisée que pour 40,3% des femmes (8) et seulement la moitié l'avait débutée avant la grossesse.

Seulement 21% des femmes déclarent avoir bénéficié d'un entretien du 4ème mois (7). Alors que 90% des maternités proposent les cours de préparation à la naissance, 73% des primipares ont suivi une préparation à la naissance en 2010.

La consommation de tabac au cours du 3ème trimestre a diminuée (8). Cependant le nombre de consultations et d'échographies au cours de la grossesse ne cesse d'augmenter (moyenne à 9,9+/-3,7 consultations et 5,0 échographies).

Le taux de césarienne reste stable à 21% (8) et 82% des femmes bénéficient d'une prise en charge de la douleur par une péridurale ou une rachianesthésie.

Au final après une longue période sans réel progrès sur le suivi de grossesse et l'accouchement, les 2 derniers siècles ont permis de complètement modifier les pratiques et le suivi de grossesse tel qu'il est aujourd'hui est encadré, règlementé, pour répondre aux normes de la science.

I.2. Le suivi de grossesse actuel

I.2.1. Différents intervenants du suivi de grossesse

Durant la grossesse, la future parturiente est encadrée par de nombreux professionnels de santé.

Pour le suivi de grossesse physiologique : il peut être réalisé par une sage-femme, ou un médecin généraliste, gynécologue obstétricien médical ou gynécologue obstétricien (9), selon le choix de la femme.

L'assurance maladie déclare que le « médecin traitant est [l'] interlocuteur privilégié pour coordonner [les] soins » (10). Il est dit aussi que l'on peut consulter une sage-femme ou

un gynécologue obstétricien sans passer par le médecin traitant, et que la grossesse peut être suivie en ville, à l'hôpital ou dans un centre de PMI (10).

Mais durant la grossesse, la parturiente peut aussi être amenée à rencontrer de façon +/- systématique et à plusieurs reprises :

- Un ambulancier,
- Un anesthésiste-réanimateur,
- Une assistante sociale,
- Un biologiste,
- Un dentiste,
- Un diététicien ou un nutritionniste,
- Un infirmier ou autre préleveur,
- Un kinésithérapeute,
- Un radiologue échographiste,
- Un pharmacien ou un préparateur en pharmacie,
- Un psychologue ou un psychiatre,
- Un tabacologue,

Ces différents intervenants doivent donc être formés en conséquence afin d'avoir un discours et une démarche en concordance les uns avec les autres.

La réglementation française (article D. 6124-35 du Code de la santé publique) stipule que « l'établissement de santé autorisé à pratiquer l'obstétrique met en place une organisation permettant d'assurer au début du dernier trimestre de la grossesse une consultation par un gynécologue obstétricien ou une sage-femme de l'unité qui effectuera l'accouchement et de faire réaliser la consultation pré-anesthésique, prévue à l'article D. 6124-92, par un anesthésiste-réanimateur de l'établissement » (9).

I.2.2. Suivi de grossesse à bas risque

L'étape pré-conceptionnelle : la visite prénuptiale a été supprimée par la Loi du 20 décembre 2007. Cependant, cette étape est cruciale pour préparer la future grossesse et anticiper des complications obstétricales.

C'est le temps qui permet de mettre à jour les vaccinations, notamment le ROR et la varicelle (contre-indiqués pendant la grossesse).



Il permet aussi de délivrer des messages d'information, de prévention et d'éducation, notamment concernant l'alimentation et l'hygiène :

- Ne pas se mettre en contact avec les personnes présentant une éruption cutanée,
- Ne pas embrasser ou partager le linge de toilette d'enfants suspect d'une infection à CMV,
- En cas de sérologie toxoplasmose négative, bien nettoyer les fruits et légumes en contact avec la terre et les crustacés, bien cuire la viande, faire changer la litière des chats à l'eau chaude toute les 24h, bien se laver les mains,
- Eviter les fromages au lait cru et la charcuterie non cuite, afin de réduire le risque de Listeria.

Les données à recueillir sont principalement : les antécédents familiaux et personnels, les facteurs de risques tels que l'IMC > 30 ou < 17.5 , les conduites addictives, les prises médicamenteuses, un examen gynécologue obstétricien avec mise à jour du FCV, recherche d'anomalie de l'appareil génital, et examen des seins (11). Il permet de faire un bilan biologique avec glycémie à jeun, sérologies toxoplasmose et rubéole, sérologie varicelle en l'absence d'antécédent clinique, et de proposer les sérologies VIH, VHB, VHC et syphilis (11). Il permet d'adapter les traitements pris par la patiente avant le début de grossesse. C'est aussi une étape importante pour délivrer des messages de prévention sur l'alcool, le tabac et les drogues, ainsi que sur une alimentation adaptée (12).

Enfin il est important de débiter la prévention des malformations du tube neural, à l'aide d'une supplémentation en folates à 0.4mg/j (5mg /j en prévention secondaire ou pour les femmes à risques) qui est à débiter idéalement au moins 4 semaines avant la conception et à poursuivre jusqu'à 12SA (11) (12).

La première consultation :

Elle est recommandée avant 10SA. Elle permet de confirmer la grossesse, et d'estimer la date de son début (elle sera corrigée au besoin lors de l'échographie de 12SA). La datation précise du début de grossesse est primordiale pour la suite de la surveillance. Elle permet de définir le terme, donc ainsi de définir une prématurité ou un terme échu, et de définir les dates pour les différentes échographies et le suivi.

Une échographie précoce (avant 12SA et après 6SA) n'est indiquée que si présence d'un antécédent de chirurgie gynécologue obstétricien, d'infection tubaire, de FIV, de GEU, ou s'il existe un doute clinique sur la normalité de cette grossesse (13).

Il faut réaliser un examen clinique : on note alors la tension artérielle, le poids et la taille de la patiente (avec son IMC), l'examen gynécologique s'assure de la normalité de l'appareil génital et des seins, et de la réalisation du FCV si le dernier date de plus de 2 ans (obligatoire selon la loi HPST 2010).

Il faut rechercher les antécédents familiaux, médico-chirurgicaux et obstétricaux, adapter les traitements médicamenteux en cours et informer sur les risques de l'automédication.

C'est le moment de prévenir les malformations du tube neural en prescrivant une supplémentation en folates (au moins jusqu'à 10-12SA selon le CNGOF, en pratique souvent jusqu'à 17 SA) si non réalisée auparavant (12).

Il faut informer et proposer systématiquement le dépistage de la trisomie 21.

On prescrit l'échographie du 1^{er} trimestre à réaliser entre 11SA et 13SA+6j.

On prescrit ensuite les examens biologiques obligatoires :

- Sérologie toxoplasmose
- Sérologie syphilis
- Sérologie rubéole, en l'absence de trace écrite d'une immunité ancienne ou de 2 doses vaccinales, on dose les IgG sauf si notion de voyage en pays endémique ou contact avec une personne présentant une éruption ou une rubéole avérée
- RAI
- Albuminurie, glycosurie
- Groupe sanguin (ABO, phénotypes rhésus complet et Kell)

On prescrit les examens recommandés :

- Marqueurs sériques pour dépistage trisomie 21 selon accord de la patiente
- Sérologie VIH avec l'accord de la patiente
- Sérologie VHC
- Glycémie à jeun si facteur de risque de diabète gestationnel (14),
- NFS
- TSH si antécédent de dysthyroïdie
- Electrophorèse de l'hémoglobine si origine d'Afrique, Antilles, ou du pourtour méditerranéen,

- BU +/- ECBU

Il est important d'informer sur l'alimentation et les risques infectieux alimentaires (si non fait auparavant), l'adaptation possible du poste de travail, les droits sociaux liés à la grossesse et l'entretien prénatal précoce.

Enfin, on programme avant la fin du 3eme mois de grossesse, la déclaration légale de la grossesse. Il est recommandé d'attendre les résultats de l'échographie de 12SA.

La surveillance clinique de la grossesse :

Les principaux éléments à surveiller sont :

- Le poids avant la grossesse et à chaque consultation.
- La taille
- La tension artérielle
- Les signes fonctionnels (métrorragies, leucorrhées, signes urinaires, douleurs)

L'examen gynéco comprend :

- L'examen des seins,
- La mesure de la hauteur utérine (à partir de 16SA)
- La recherche de mouvements fœtaux (à partir de la 20SA)
- La recherche des bruits du cœur fœtal

A chaque consultation on recherche l'apparition de nouveaux facteurs de risques :

- Excès de poids
- Evolution anormale de la hauteur utérine
- Infections récidivantes
- Fièvre inexplicée,
- Œdème
- TA > 140/90mmHg
- Contractions utérines,
- Menace de fausse couche ou d'accouchement prématuré



2ème consultation (avant 15 SA révolues) :

Elle est recommandée par l'HAS mais non prévue par la CPAM dans les examens obligatoires.

Elle permet de faire la déclaration de grossesse avec le résultat de l'échographie.

Elle permet de réaliser un nouvel examen clinique.

On peut alors proposer un dépistage des anomalies chromosomiques fœtales pour le 2ème trimestre (si non réalisé au 1^{er} trimestre).

On prescrira une sérologie toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent.

Enfin cette consultation permet de rechercher « d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille) » (9) et de conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

Examen du 4ème mois :

On réalise un examen clinique et gynécologique.

On prescrit une sérologie toxoplasmose (si négative), une albuminurie et glycosurie, ainsi qu'une BU+/- ECBU.

On prescrit une sérologie rubéole à 20SA si la première était négative.

On prescrit des RAI pour les femmes ayant eu précédemment des RAI positives, pour les femmes Rh D négatifs, et pour les Rh D positif avec un passé transfusionnel.

Examen du 5ème mois :

On réalise un examen clinique et gynécologique.

On prescrit une sérologie toxoplasmose (si négative), une albuminurie et glycosurie, ainsi qu'une BU+/- ECBU.

On prescrit des RAI pour les femmes ayant eu précédemment des RAI positives, pour les femmes Rh D négatifs, et pour les Rh D positif avec un passé transfusionnel.

On prescrit l'échographie du 2eme trimestre (entre 20 et 25 SA).



Examen du 6ème mois :

On réalise un examen clinique et gynécologique.

On prescrit une sérologie toxoplasmose (si négative), une sérologie VHB (Ag HbS) parfois proposée dès le début de grossesse, une recherche de RAI, une albuminurie et glycosurie, ainsi qu'une BU+/- ECBU.

Si la patiente est Rhésus négatif avec un conjoint Rh positif, on propose une injection de Rophylac® 300mg à 28SA (+/- 1 semaine) si la RAI est négatif. En pratique le rhésus du conjoint est rarement pris en compte.

On prescrit une NFS.

On prescrit une HGPO 75g sur 2h entre 24 et 28 SA, chez les femmes ayant un facteur de risque de DG ou en cas de biométries fœtales supérieures au 97^e percentile ou d'un hydramnios (14). Dans certains centres, comme à Limoges, elle est prescrite de façon quasi systématique.

Examen du 7ème mois :

On réalise un examen clinique et gynécologique.

On prescrit une sérologie toxoplasmose (si négative), une albuminurie et glycosurie, une BU +/- ECBU.

On prescrit des RAI pour les femmes ayant eu précédemment une RAI positive, pour les femmes Rh D négatifs, et pour les Rh D positif avec un passé transfusionnel.

On prescrit la 3eme échographie (à réaliser entre 30 et 35 SA)

On prescrit une dose unique de vitamine D 100 000 UI (12).

Examen du 8ème mois :

On réalise un examen clinique et gynécologique. On cherche alors à évaluer la présentation fœtale. Si le bébé semble ne pas avoir une présentation céphalique, une consultation avec un gynécologue obstétricien est nécessaire.

On prescrit des RAI pour toutes les femmes (sauf si injection de Rophylac®), à réaliser entre 34 et 36SA dans le cadre d'un bilan de fin de grossesse.



On prescrit une sérologie toxoplasmose (si négative), une albuminurie et glycosurie, une BU, un ECBU si BU positive ou si antécédents d'infections urinaires, d'uropathie ou de diabète.

On prescrit aussi une NFS, plaquette et fibrinogène (pour la consultation d'anesthésiste). On réalise aussi la 2ème détermination du groupe sanguin (si non faite avant).

On prescrit un prélèvement vaginal à la recherche de streptocoque B (entre 35 et 38SA).

On programme la consultation d'anesthésie.

Examen du 9ème mois :

On réalise un examen clinique et gynécologique.

On rappelle les informations pratiques sur « les modalités locales de rendez-vous et consignes claires quant à la date à laquelle la femme enceinte doit se présenter dans la maternité choisie après que le terme est atteint » (9).

On prescrit une sérologie toxoplasmose (si négative) qui sera à reconstrôler 1 mois après l'accouchement si négative, une albuminurie et glycosurie, une BU, un ECBU si BU positive ou si antécédents d'infection urinaires, d'uropathie ou de diabète.

On prescrit des RAI pour les femmes ayant eu précédemment des RAI positives, pour les femmes Rh D négatifs, et pour les Rh D positif avec un passé transfusionnel.

I.2.3. Aspect social

La déclaration de grossesse est faite dès que la grossesse est confirmée, par un médecin généraliste ou gynécologue obstétricien ou une sage-femme avant la fin de la 16ème SA. Elle comporte 3 volets ; un volet rose à transmettre à la caisse d'Assurance Maladie, et 2 volets bleus à transmettre à la Caisse d'Allocations Familiales (CAF) et ce avant la fin du 3ème mois pour bénéficier au plus vite de la prise en charge de la grossesse au titre de l'assurance maternité. Elle ouvre la prise en charge à 100% des 7 consultations prénatales et des examens complémentaires comme la recherche du groupe sanguin, les sérologies toxoplasmose, VHB, rubéole, syphilis, HIV, ainsi que pour les 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité.

A partir du 6ème mois et jusqu'au 12ème jour après l'accouchement, tous les frais médicaux sont pris en charge à 100% avec une exonération de la participation forfaitaire de 1 euro et de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports (10).



Une femme enceinte, sans revenu, Française ou ressortissante de l'espace économique européen avec un droit de séjour, a le droit au RSA quels que soient son âge et sa situation : la demande se fait auprès de la CAF.

Une Allocation Mensuelle d'Aide Sociale à l'Enfance peut aussi être attribuée sous condition de ressource, dès le début de la grossesse.

Pendant la grossesse, on peut bénéficier d'autorisation d'absence sans diminution de salaire pour se rendre aux examens médicaux obligatoires. Le licenciement n'est alors possible que pour : faute grave non liée à la grossesse, licenciement économique avant le début du congé maternité ou pendant les 4 semaines suivant l'expiration du congé maternité. Durant la durée légale du congé maternité (qu'il soit utilisé ou non), la salariée bénéficie d'une protection absolue (15).

La durée des congés maternité est de 6 semaines prénatales et 10 semaines en post natal pour un premier enfant.



Type de grossesse		Durée totale du congé maternité (en semaines)	Congé prénatal	Congé post-natal
Grossesse simple	Moins de 2 enfants à charge ou nés viable,	16	6	10
	2 ou plus enfants à charge ou nés viables.	26	8	18
Grossesse gémellaire		34	12	22
Grossesse triple (ou +)		46	24	22

Tableau 1 : Durées des congés maternité.

La durée des congés paternité est de 11 jours consécutifs pour un enfant auxquels s'ajoute les 3 jours accordés par l'employeur.

Il est possible de reporter une partie du congé prénatal (3 semaines maximum) sur le congé postnatal. Cela nécessite de faire une demande à la caisse d'assurance maladie avec un certificat médical attestant que l'état de santé de la patiente permet de prolonger l'activité professionnelle.

Une Allocation versées par la CAF comporte une prime à la naissance, une allocation de base mensuelle jusqu'aux 3 ans de l'enfant, et un complément de libre choix du mode de garde.

I.2.4. Aspect Juridique

« Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. [...] Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le

consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. » (*Article L1111-4 du Code de la santé publique*)

L'affaire Perruche s'est déroulée en 1989 en France et a mis en avant la notion de « préjudice d'être né » et la responsabilité médicale. Elle tire son nom de Nicolas Perruche, né après une contamination fœtale rubéolique. Dans les faits, les analyses rubéoliques de Mme Perruche sont mal interprétées par le laboratoire et le médecin de Madame Perruche, qui la rassure à tort. Nicolas Perruche né gravement handicapé en janvier 1983 (troubles neurologiques graves, surdité bilatérale, rétinopathie, cardiopathie). En juillet 1989, le couple Perruche porte plainte contre le médecin, le laboratoire, et leurs assureurs. En 1992, le tribunal de grande instance d'Evry juge le laboratoire et le médecin responsables, ils doivent payer des indemnités pour le préjudice des parents et de Nicolas. En 1993, la Cour d'appel de Paris refuse d'admettre l'indemnisation réparatrice pour Nicolas. Puis en 1996, la première chambre civile de la Cour de cassation remet en cause la décision de la Cour d'appel de Paris. En 1999, la Cour d'appel d'Orléans statue en faveur du médecin et du laboratoire, en déclarant que les dommages subis par Nicolas sont en rapport avec une infection rubéolique intra-utérine. Cet arrêt est cassé en novembre 2000, par la Cour de cassation, en Assemblée plénière.

La loi du 4 mars 2002 (loi Kouchner, dite loi « anti-Perruche ») limite l'indemnisation au seul préjudice moral des parents. Ainsi, lorsqu'un enfant naît handicapé, on ne peut engager la responsabilité du professionnel que si sa faute a directement provoqué le handicap, l'a aggravé ou n'a pas permis de l'atténuer (16).

Malgré cela, en moyenne, chaque année, pour l'ensemble des gynécologues obstétriciens libéraux, on constate 2 à 3 sinistres de plus de 3 millions d'euros et 5 à 6 de plus de 1 million (16). Sur l'ensemble des médecins libéraux, on constate environ 2.5% de sinistres par an, soit en moyenne un sinistre par carrière médicale.

Aussi, la cotisation annuelle d'assurance responsabilité civile et professionnelle d'un gynécologue obstétricien est d'environ 20 à 30000€ (16). Cependant, depuis la loi du 13 août 2004, l'assurance maladie peut financer entre 35 et 50% de ces cotisations (sous condition d'engagement sur l'amélioration des pratiques) (16) (17). A contrario, celle d'un médecin généraliste n'est que de 100 à 500€/an, et ce quelle que soit son activité (hors pratique d'échographie obstétricale).



I.3. Définition d'une grossesse à risque

Le risque d'une grossesse est à évaluer idéalement avant le début de la grossesse, sinon avant 10 semaines d'aménorrhée. Il est à réévaluer tout au long de la grossesse. Ceci est primordial pour orienter le suivi de grossesse.

Il faut rechercher les antécédents familiaux et les facteurs de risque individuels :

- Pathologies génétiquement transmissibles,
- Recherche d'une hémoglobinopathie pour les femmes originaires d'Afrique et des Antilles.

Dans les antécédents médico-chirurgicaux, on recherche :

- Une HTA,
- Un poids extrême (IMC < 17,5 ou > 30)
- Un diabète de type 1 ou 2
- Une maladie thromboembolique
- Une épilepsie,
- Une maladie psychiatrique sévère
- Une néphropathie
- Une uropathie
- Une pathologie rétinienne
- Une affection thyroïdienne
- Une cardiopathie
- Un asthme
- Une maladie de système
- Une affection hépatique
- Une maladie infectieuse (VIH, VHB, VHC, Syphilis)
- Une chirurgie de l'obésité

Au niveau gynécologique, on recherche :

- Une IST



- Un antécédent de salpingite (risque GEU)
- Une exposition in utéro au Distilbène®,
- Une malformation utérovaginale
- Une chirurgie tubaire et cervico-utérine

Enfin au niveau obstétrical, on recherche :

- Des infections urinaires récidivantes,
- Des fausses couches répétées du 1^{er} trimestre
- Des fausses couches tardives
- Une mort foetale in utéro
- Un accouchement prématuré ou une MAP
- Une béance cervicale
- Une hypertension gravidique, pré-éclampsie ou un HELLP syndrome
- Un diabète gestationnel, une macrosomie
- Un RCIU sévère
- Une malformation congénitale, des anomalies caryolytiques ou une maladie héréditaire génétique
- Une incompatibilité foeto-maternelle
- Un accouchement dystocique
- Une césarienne,
- Un antécédent lié à l'enfant à la naissance



Une fois ces facteurs de risques recherchés, l'HAS (4) définit 4 types de suivi selon ces facteurs de risque (cf annexe 2.) :

- Le **suivi A** : faible niveau de risque, suivi de grossesse par sage-femme ou un médecin
- Le **suivi A1** : nécessite l'avis d'un gynécologue obstétricien ou d'un spécialiste
- Le **suivi A2** : l'avis d'un gynécologue obstétricien est nécessaire avec ou sans l'avis d'un autre spécialiste
- Le **suivi B** : le suivi régulier doit être fait par un gynécologue obstétricien

« A l'issue de l'avis de la demande d'avis A1 ou bien A2, si le risque est infirmé ou si le pronostic est favorable, la grossesse est maintenue dans le suivi d'origine » (9). Dans le cas contraire, le suivi devient un suivi B.



II. Etat des lieux en France et en Limousin :

II.1. En France

En 2014, on compte 781 167 naissances en France métropolitaine, pour près de 66,3 millions d'habitant. On atteint le taux de fécondité de 2,08 enfants par femme, ce qui place la France en tête des pays Européens (18).

Parallèlement, on dénombre en 2015, 4577 gynécologues obstétriciens dont 2753 ayant une activité libérale ou mixte soit 16 gynécologues obstétriciens pour 100 000 femmes de 15 ans ou plus (19).

Au niveau de la médecine générale, en 2015, on compte environ 100 000 médecins généralistes en activité, soit près de 43,5 médecins généralistes pour 100 000 habitants (19).

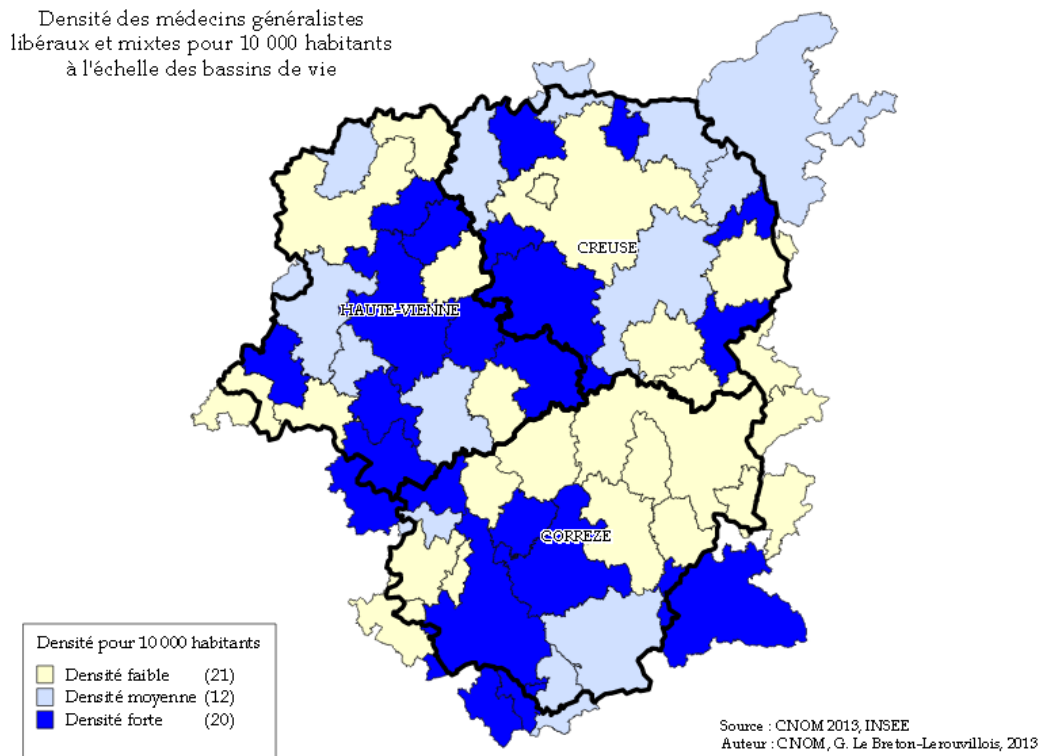
II.2. En Limousin

Le Limousin compte 741 072 habitants en 2011. En 2014, le Limousin recense 7358 nouveau-nés, (dont environ 32% en Corrèze, 10% en Creuse et 58% en Haute Vienne) (9). Il atteint ainsi un taux de fécondité de 1,78 (18).

On y trouve 1156 généralistes soit 1,56 pour 1000 habitants ou encore 6,36 grossesses annuelles par généraliste. Leur répartition bien qu'assez inégale couvre tout de même l'ensemble du territoire limousin.



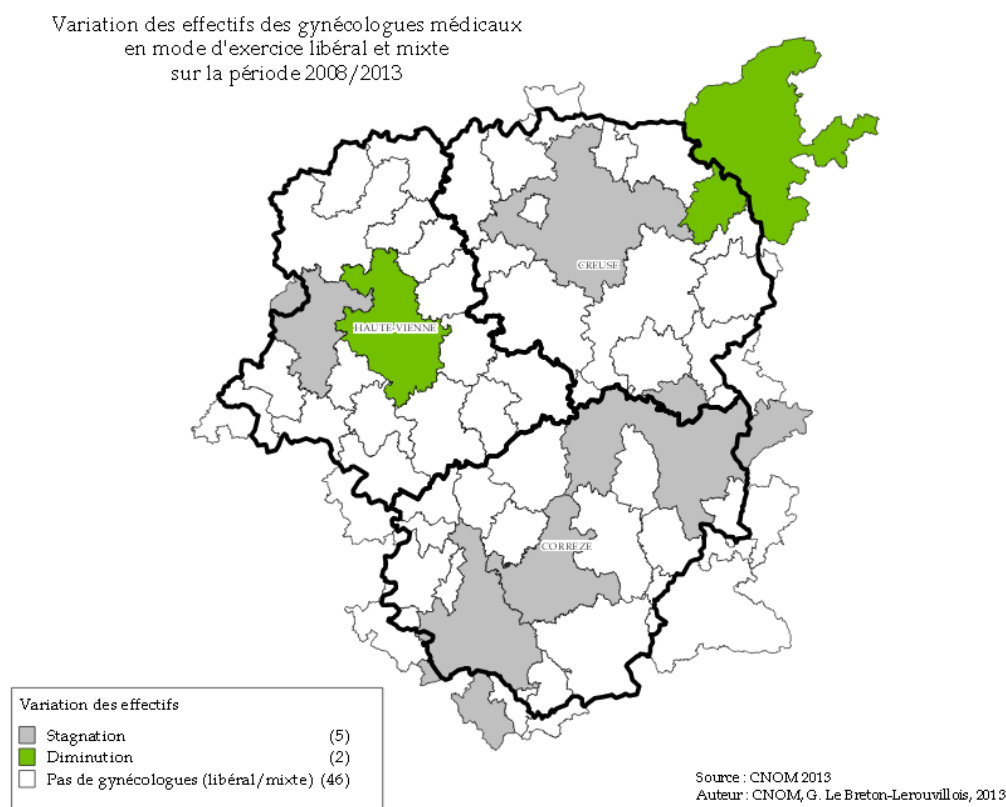
Figure 1 : densité des médecins généralistes libéraux et mixtes pour 10 000 habitants à l'échelle des bassins de vie (20).



A contrario on trouve seulement 61 gynécologues obstétriciens soit 109 grossesse annuelle par gynécologue obstétricien. Avec une répartition principalement urbaine, il apparaît alors de nombreuses zones où le premier gynécologue obstétricien se trouve à plus de 30km.



Figure 2 : variation des effectifs des gynécologues obstétriciens médicaux à l'échelle des bassins de vie (20)



Ceci est contrebalancé par les 236 sages-femmes, soit 28 grossesses annuelles par sage-femme (18).

Au niveau infrastructure en Limousin, on retrouve

- 1 maternité de niveau 3 sur Limoges,
- 3 maternités de niveau 2 sur l'hôpital de Brive, l'hôpital de Guéret et l'hôpital de Tulle,
- 4 maternités de niveau 1 sur l'hôpital de St Junien, la Clinique des Emailleurs de Limoges, la clinique St Germain de Brive, l'hôpital d'Ussel.

L'âge moyen des parturientes est de 29,5 ans, dont 0,68% de mineures.

III. Matériel et Méthodes

III.1. Choix de la Méthodes

L'objectif principal de l'enquête était d'étudier le point de vue des femmes sur le type de suivi de leur grossesse. Pour cela le questionnaire permettait à la fois des questions fermées pour étudier leur situation avant et pendant leur grossesse, et à la fois une question ouverte pour qu'elles puissent exprimer leurs raisons. Nous avons aussi évoqué un groupe de parole qui aurait pu être très intéressant, car plus ouvert encore, mais cela semblait plus difficile à organiser avec des femmes enceintes ou venant d'accoucher.

Ensuite, se posait aussi la question d'un questionnaire rempli seul par les patientes, avec l'aide d'un personnel paramédical ou médical multiple, ou encore avec l'aide d'une seule personne constante. L'objectif étant de disposer de réponses les plus fiables et complètes possibles, nous avons préféré qu'une seule personne se charge de diriger les questionnaires. Ainsi l'entretien directif permettait d'avoir des réponses plus standardisées afin de pouvoir en tirer des statistiques plus stables, et diminuait le risque de hors-sujet ou de mauvaise compréhension des questions.

Le choix du centre unique s'est fait de façon à avoir un échantillon stable et comparable sur le plan des données géographiques ou culturelles.

Au final, le type d'étude choisi était observationnel, descriptif, rétrospectif et monocentrique.

III.2. Elaboration du Questionnaire

Le questionnaire a été réalisé avec plusieurs objectifs :

- Décrire la population incluse,
- Rechercher des facteurs de risques limitant le suivi par un médecin traitant,
- Rechercher tous les facteurs qui ont pu influencer le type de suivi,
- Finir avec une question ouverte sur ce qui a pu ou aurait pu les aider à être suivi par leur médecin traitant.



Après réalisation d'un premier questionnaire, nous l'avons soumis à relecture à plusieurs personnes pour le compléter afin qu'il soit le plus exhaustif possible concernant les freins possibles au suivi de grossesse par un médecin traitant.

Le questionnaire final comportait au total 35 questions (cf Annexe 1.).

III.3. Critères d'inclusion

Le critère principal d'inclusion était les femmes enceintes ayant accouché à la maternité de l'HME Limoges entre juillet et octobre 2015. L'entretien devait être réalisé durant l'hospitalisation en maternité, suite à l'accouchement.

Pour les femmes interrogées, le thème du questionnaire était le suivi de grossesse. Elles avaient libre choix de participer ou non au questionnaire.

Le questionnaire recherchait les informations par ordre chronologique d'avant la grossesse jusqu'à l'accouchement. Il se terminait par une question ouverte sur les facteurs ayant influencé leur suivi de grossesse.

Le recueil du questionnaire devait se faire en une fois.

III.4. Critères d'exclusion

Etaient exclues, les femmes ne possédant pas un niveau de compréhension du français suffisant pour répondre de façon satisfaisante aux questions.

De plus, ont été exclues les quelques femmes ayant fait un séjour en néonatalogie avant la maternité car nous ne les rencontrons pas toutes, l'examen du nouveau-né ayant déjà été fait, et leur passage en maternité étant parfois très bref.

III.5. Mode d'analyse des résultats

Le nombre de personnes interrogées a été volontairement réduit à 100, afin de privilégier la qualité du recueil des données. Au-delà nous avons un phénomène de saturation théorique, avec une redondance des réponses à la question ouverte que l'on retrouvait dès la moitié des questionnaires recueillis.



Il nous fallait cependant avoir un nombre de données suffisantes pour pouvoir analyser en sous-groupe, d'où le chiffre de 100.

Les résultats étaient ensuite analysés soit par moyenne soit par pourcentages.



IV. Résultats

IV.1. Analyse de la population

L'étude a permis d'inclure 100 femmes enceintes ; aucune des personnes interrogées n'a refusé de répondre. Plus de 40 femmes, qui auraient pu être interrogées, ont été exclues du fait de leur mauvaise compréhension du français.

La moyenne d'âge des parturientes était de 30,03 ans, les extrêmes étant de 20 et 40 ans. Celle de leur médecin traitant était de 48,27 ans, les extrêmes étant 30 et 65 ans.

Les patientes habitaient Limoges pour 35%, la 1ère couronne autour de Limoges pour 20%, à plus de 15 minutes de route pour les 45% restant (dont 5 étaient hors département).

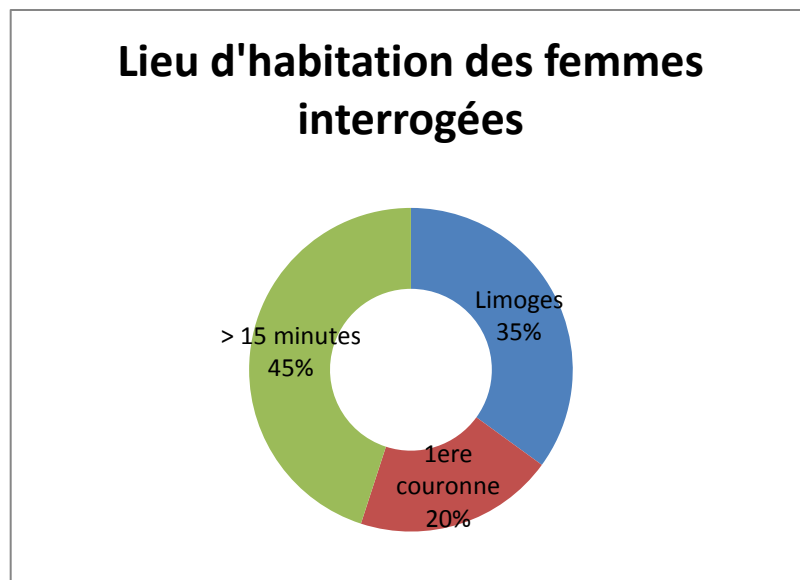


Figure 3 : Lieu d'habitation des femmes interrogées, à partir de Limoges

Ainsi les patientes habitaient pour 38% à moins de 5 minutes de route d'une maternité, pour 16% à moins de 15 minutes, pour 28% à moins de 25 minutes, et pour 16% à plus de 25 minutes (4 d'entre elles étaient à plus de 40 minutes de route d'une maternité).



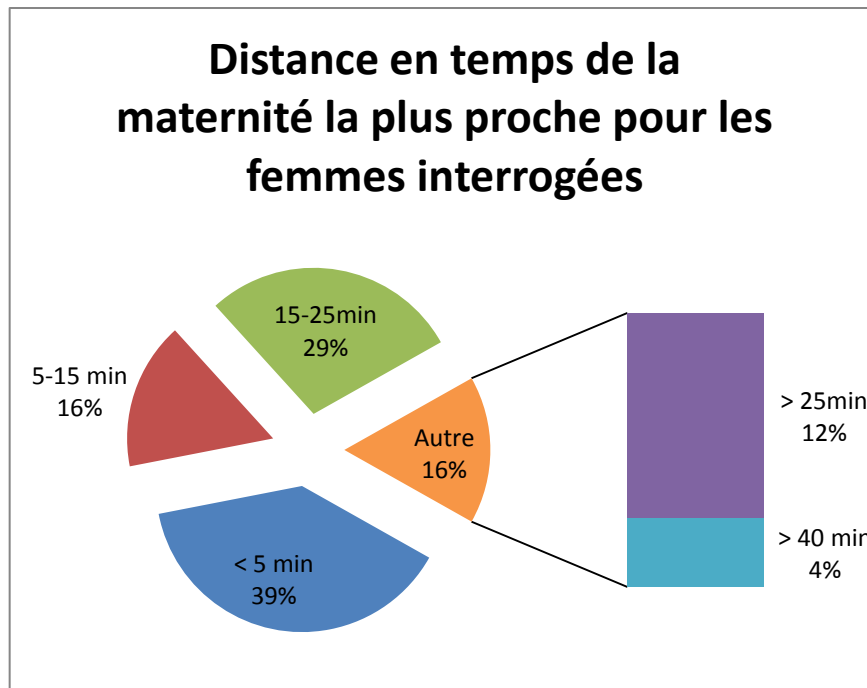


Figure 4 : Distance de la maternité la plus proche pour les femmes interrogées

Elles étaient suivies en moyenne depuis 8,7 ans par leur médecin traitant actuel, avec une proportion homme femme d'environ 1,2. Elles étaient pour 56% à moins de 5 minutes de route de leur médecin, pour 12% à moins de 10 minutes, et pour 31% à plus de 10 minutes.

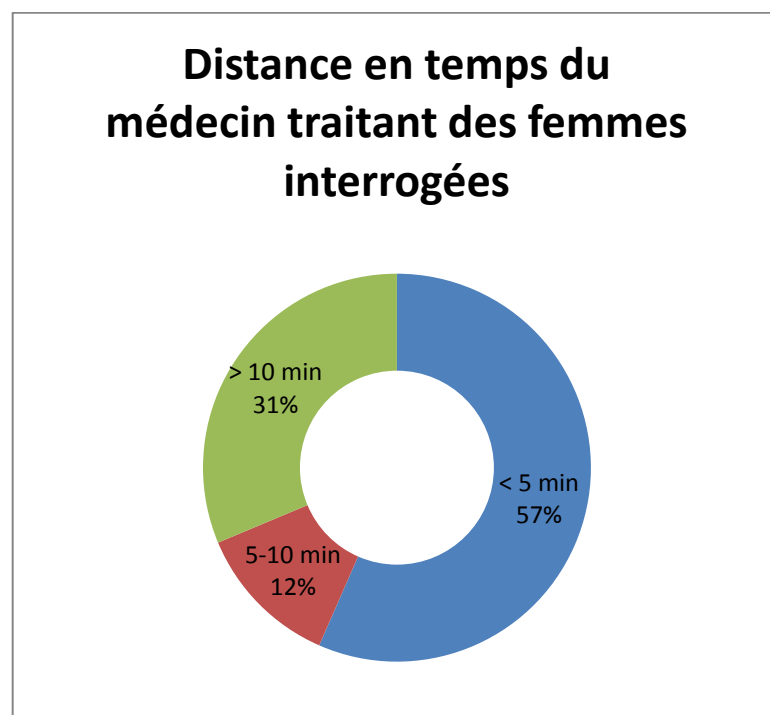


Figure 5 : Distance entre le médecin traitant et les femmes interrogées

Le nombre moyen de grossesses et de parités était respectivement de 2,5 et de 1,87.

Les femmes interrogées avaient comme principaux antécédents :

- Un tabagisme pour 23%
- Des fausses couches spontanées (moins de 3) pour 10%
- Un asthme pour 6%
- Au moins un antécédent d'IVG pour 5%
- Des migraines pour 5%
- Un antécédent de grossesse extra utérine pour 4%
- Un antécédent de pyélonéphrite pour 4%
- Un IMC < 17,5 pour 4%

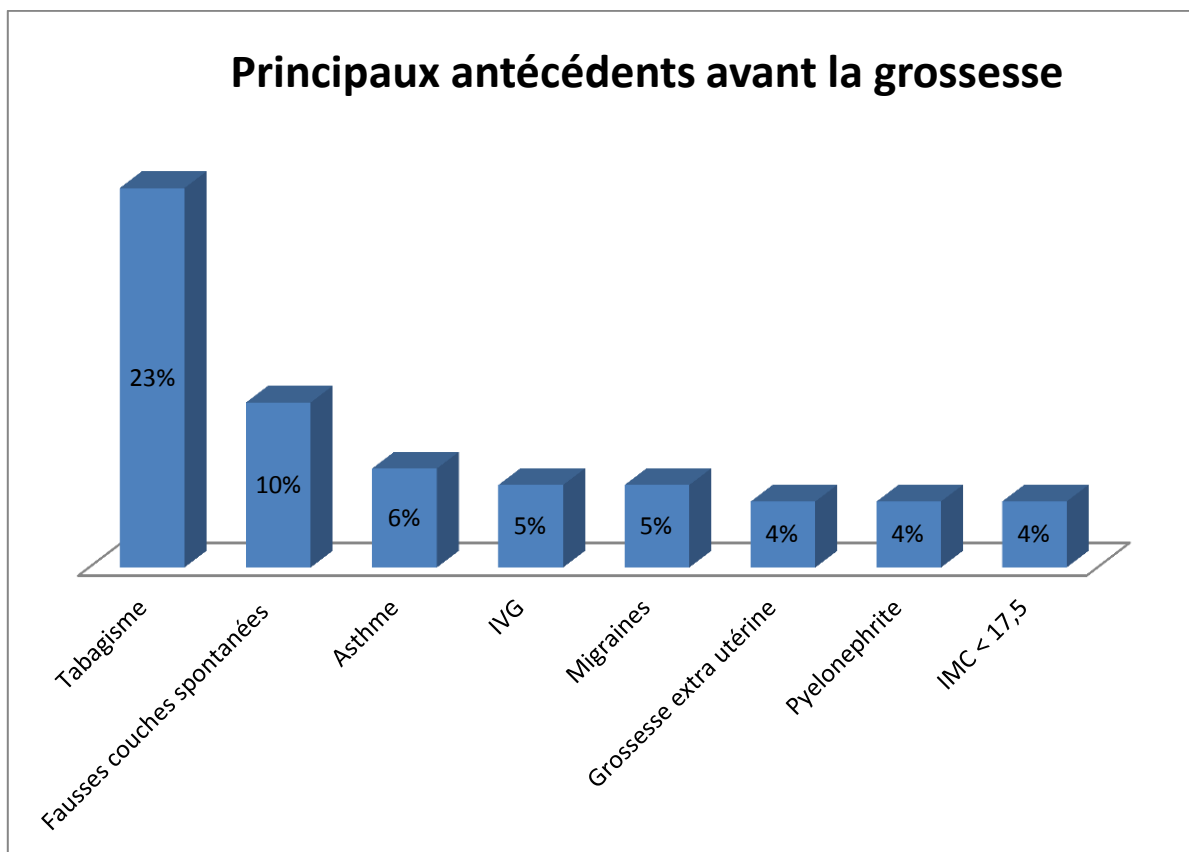


Figure 6 : Principaux antécédents avant la grossesse



IV.2. Suivi gynécologique antérieur

Elles étaient suivies par un gynécologue avant la grossesse dans 71% des cas.

81% des femmes interrogées avouaient faire régulièrement des frottis cervico utérins. Ils étaient réalisés par des gynécologues obstétriciens (69/81), des médecins traitants (6/81), des sages-femmes (2/81), des biologistes (1/81) et par des médecins traitants ou gynécologues obstétriciens en alternance (3/81).

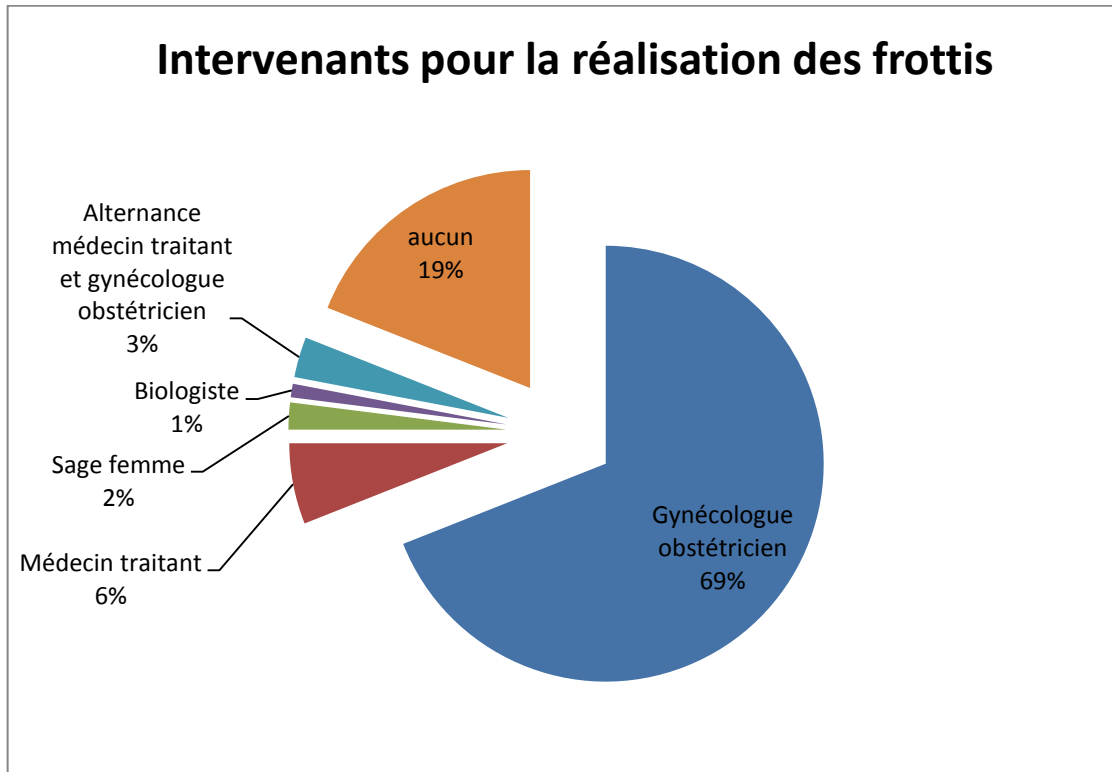


Figure 7 : Intervenants pour la réalisation des frottis

Parmi les 69 femmes suivies par un gynécologue obstétricien pour leurs frottis, 25 étaient à moins de 5 minutes de route de leur gynécologue, 8 étaient à moins de 10 minutes, 20 étaient à moins de 20 minutes, 14 étaient à plus de 20 minutes de leur gynécologue.

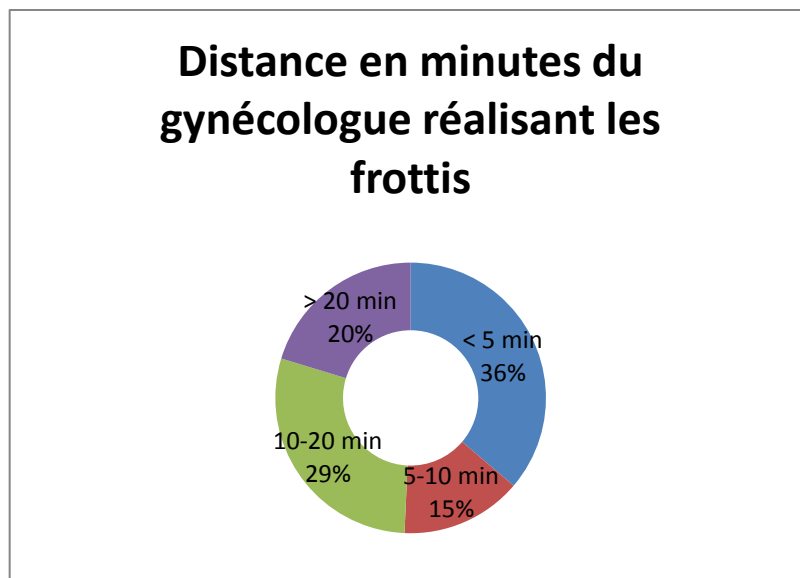


Figure 8 : Distance en minutes du gynécologue réalisant les frottis

Parmi les 9 suivis au moins en partie par leur médecin traitant pour leurs frottis, 3 étaient à moins de 5 minutes de route d'un gynécologue, 3 à moins de 20 minutes, et 3 à plus de 20 minutes.

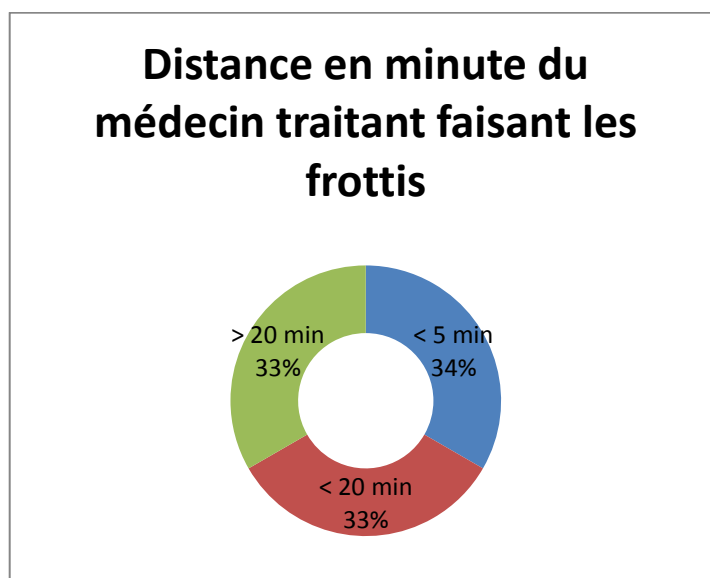


Figure 9 : Distance en minutes du médecin traitant réalisant les frottis

IV.3. Grossesse en cours

Parmi ces grossesses, 6 ont été obtenues après un suivi en AMP. 90% des femmes interrogées déclarent avoir programmé leur grossesse.

Durant la grossesse, 56% des femmes interrogées ne pensent pas avoir pris de supplémentation en vitamine B9 pendant la grossesse. Sur les 44% ayant pris de la Spéciafoldine®, elle a alors été prescrite par le gynécologue obstétricien (63,1%), le médecin traitant (22,7%), une sage-femme (9%), un chirurgien digestif (2%), ou encore par la patiente elle-même (2%).

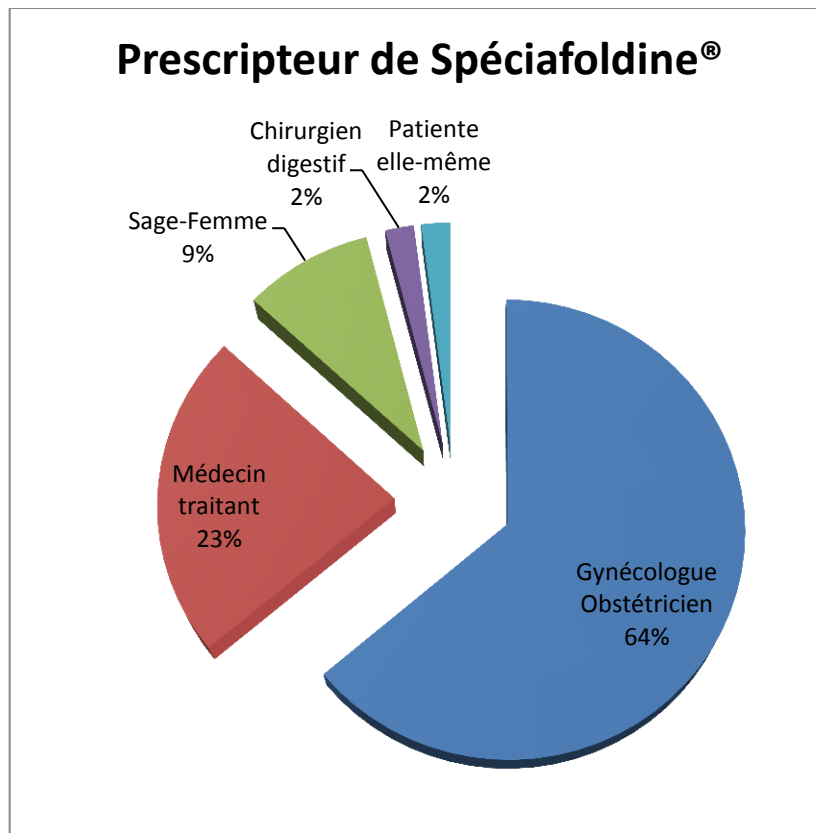


Figure 10 : Différents prescripteurs de Spéciafoldine®

Le diagnostic de grossesse a été fait par le médecin traitant dans 52% des cas, le gynécologue obstétricien 40%, une sage-femme 3%, un pédiatre 1%, la patiente elle-même 2%.



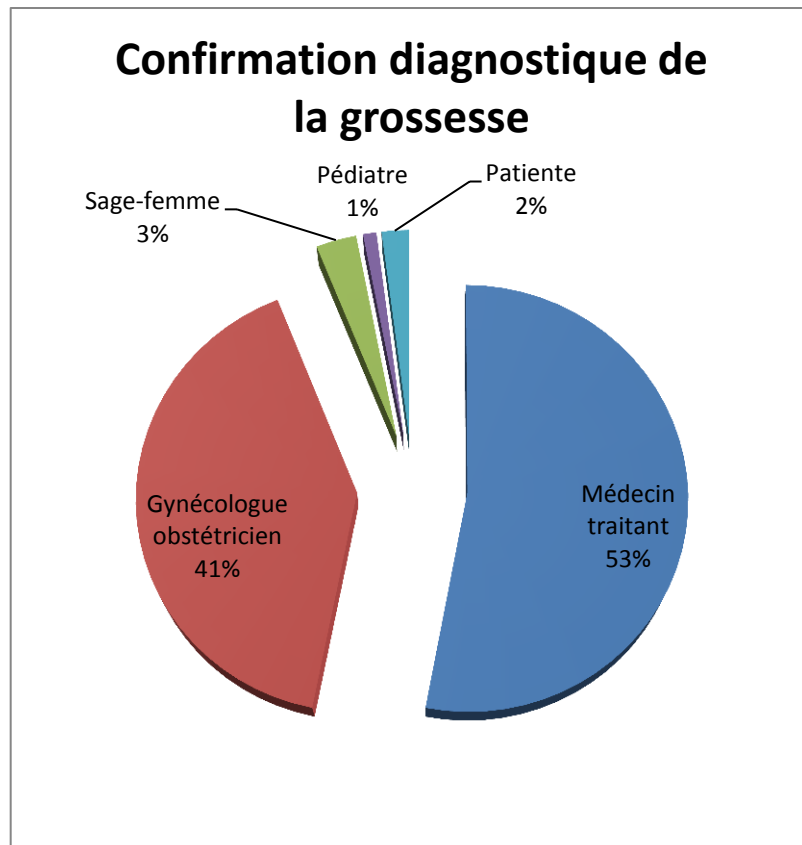


Figure 11 : Professionnel ayant fait le diagnostic de grossesse

Au début de grossesse, le médecin traitant a explicitement proposé de faire leur suivi de grossesse pour 16 des femmes interrogées soit 20,5% des femmes ayant consulté leur médecin traitant pendant leur grossesse. Parmi les 8 femmes ayant été suivies par le médecin traitant, le suivi en médecine générale a été proposé pour 7 d'entre elles.

Parmi les femmes interrogées, 12 ont été adressées par leur médecin traitant vers un gynécologue obstétricien ou une sage-femme dès la découverte de la grossesse.

Enfin 31% des femmes interrogées ne savaient pas qu'un médecin généraliste pouvait faire le suivi de grossesse.

Au final, le suivi de grossesse a été réalisé par :

- Un gynécologue obstétricien pour 50%,
- Une sage-femme pour 30%,
- En alternance un gynécologue obstétricien et une sage-femme pour 11%,
- Un médecin traitant pour 3%,
- En alternance une sage-femme et le médecin traitant pour 3%,

- En alternance un gynécologue obstétricien et un médecin traitant pour 2%,
- En alternance un gynécologue obstétricien, un médecin traitant et une sage-femme pour 1%.

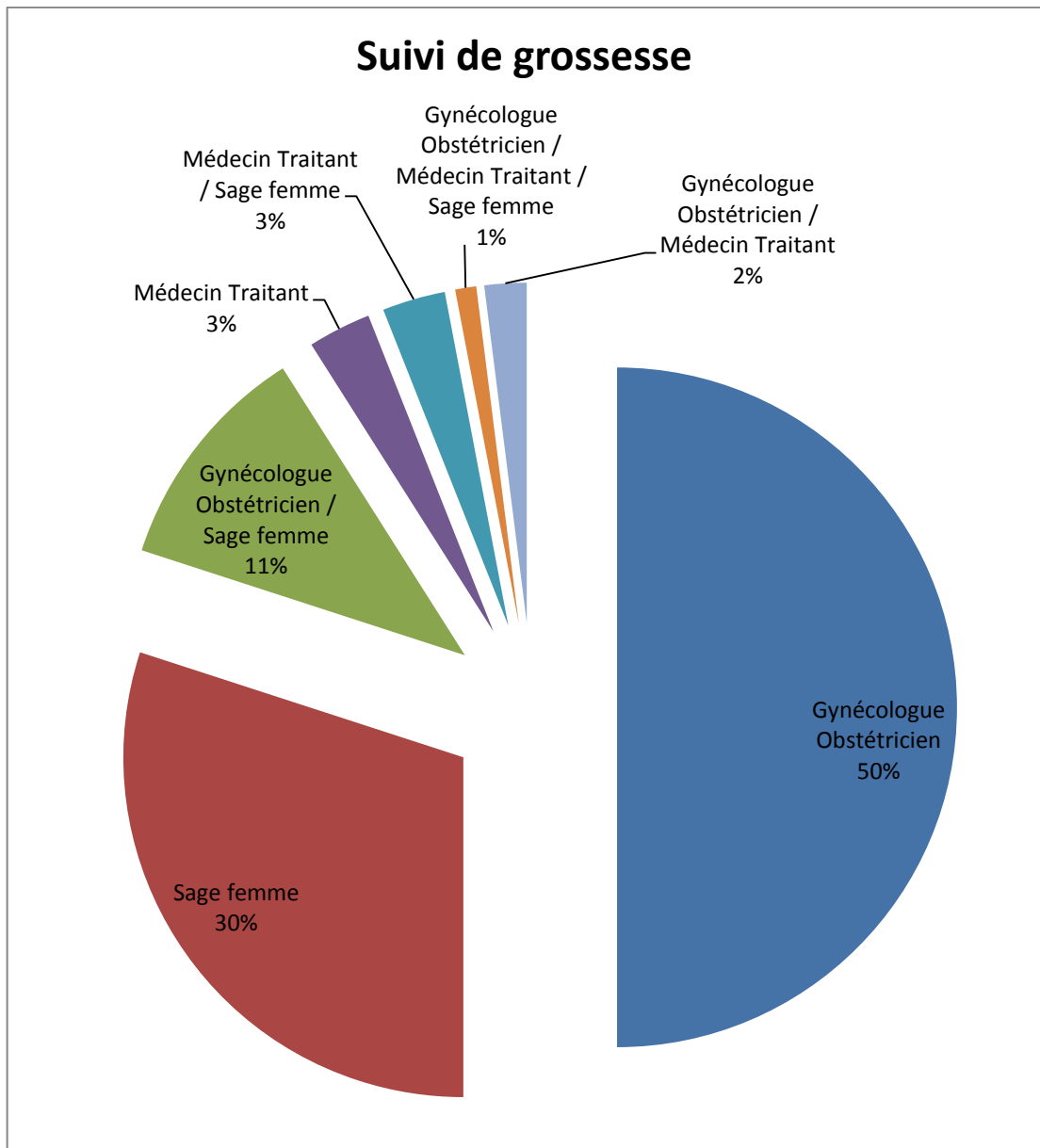


Figure 12 : Principaux intervenants du suivi de grossesse

Pour leur suivi de grossesse, 91% déclarent ne pas avoir eu de difficulté pour prendre leur rendez-vous, 5% avouent avoir eu quelques difficultés pour prendre leur rendez-vous avec leur gynécologue obstétricien, 4% avec leur sage-femme. Ces difficultés étaient retrouvées pour les rendez-vous au 1^{er} trimestre, ainsi que pour les rendez-vous non prévus au départ de la grossesse.

98% des femmes interrogées déclarent avoir eu un suivi régulier.

Les bilans sanguins et échographies ont été prescrits à 54% par le gynécologue obstétricien, à 40% par une sage-femme, à 3% par le médecin traitant, pour les 3 % restant par le médecin traitant, le gynécologue obstétricien ou la sage-femme en alternance.

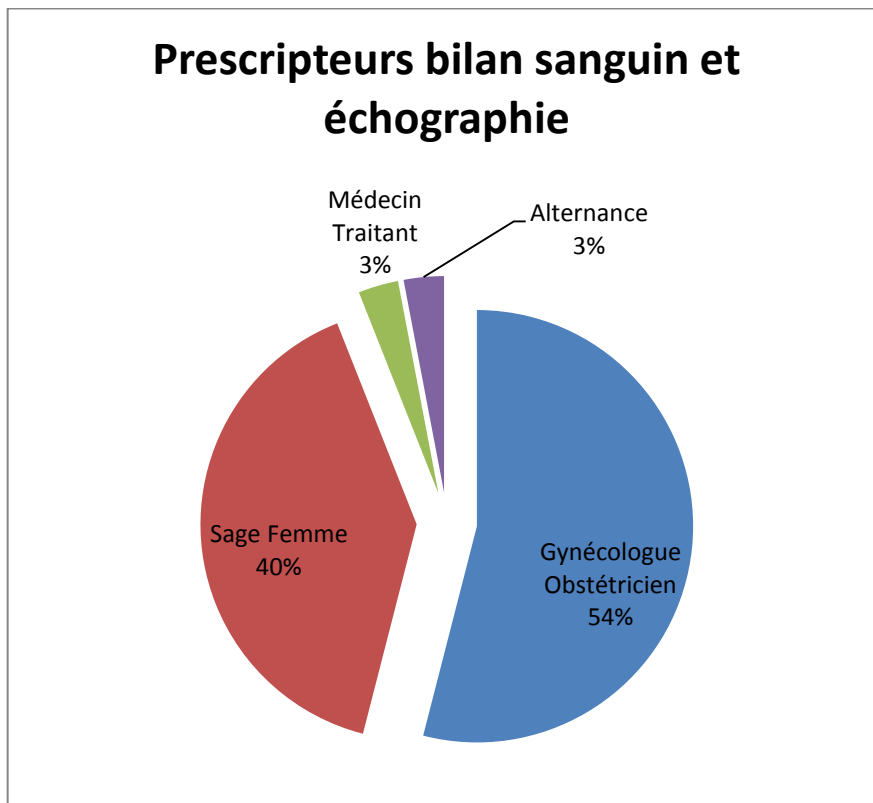


Figure 13 : Différents prescripteurs des bilans sanguins et des échographies

77 ont été des grossesses dites « normales », 23 ont été des grossesses pathologiques, principalement pour diabète gestationnel, hypertension artérielle, et hydramnios.

Les femmes suivies par leur médecin traitant ont été adressées à un gynécologue obstétricien au 3ème trimestre pour les 3 suivies par leur médecin traitant seul, au 2ème trimestre pour 3 autres suivies partiellement par leur médecin traitant, dès le 1^{er} trimestre pour l'une d'entre elles, enfin une autre a fait tout son suivi de grossesse avec le médecin traitant et une sage-femme.

En début de grossesse, 55 patientes étaient classées selon l'HAS en suivi A, 14 en suivi A1, 18 en suivi A2, et 13 en suivi B.

En fin de grossesse, 35 étaient en suivi A, 20 en suivi A1, 15 en suivi A2 et 30 en suivi B. Les motifs de changement de type de suivi étaient le tabagisme pendant la grossesse, un

diabète gestationnel, une menace d'accouchement prématuré, un retard de croissance intra utérin, une macrosomie, un hydramnios, une séroconversion toxoplasmose, une anémie, ou encore une suspicion de cardiopathie fœtale.

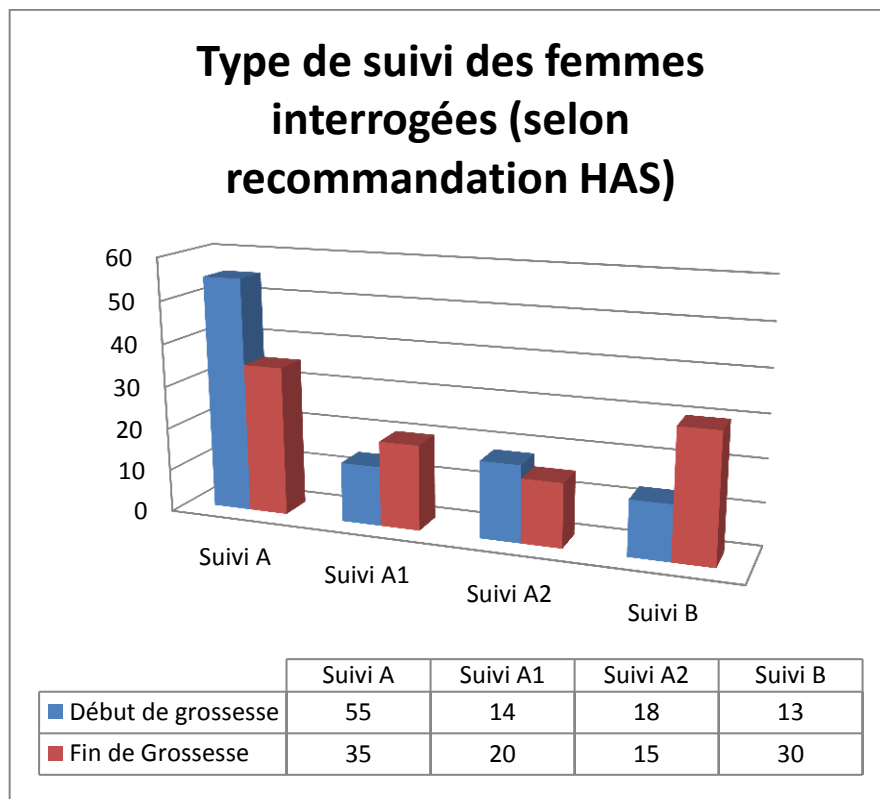


Figure 14 : Types de suivi des femmes interrogées (selon recommandation HAS)

Parmi les femmes suivies par leur médecin traitant, 3 étaient classées en suivi A, 3 en suivi A2 et 2 en suivi B dès le début de la grossesse. 2 sont passées en suivi B pour un diabète gestationnel pendant la grossesse. Les suivis classés B ont été adressés à une gynécologue obstétricien au 2ème trimestre.

IV.4. Principaux motifs de consultation du médecin traitant

Le médecin traitant n'a pas été consulté dans 22 cas, dans les autres grossesses il a été consulté entre 1 et dix fois.



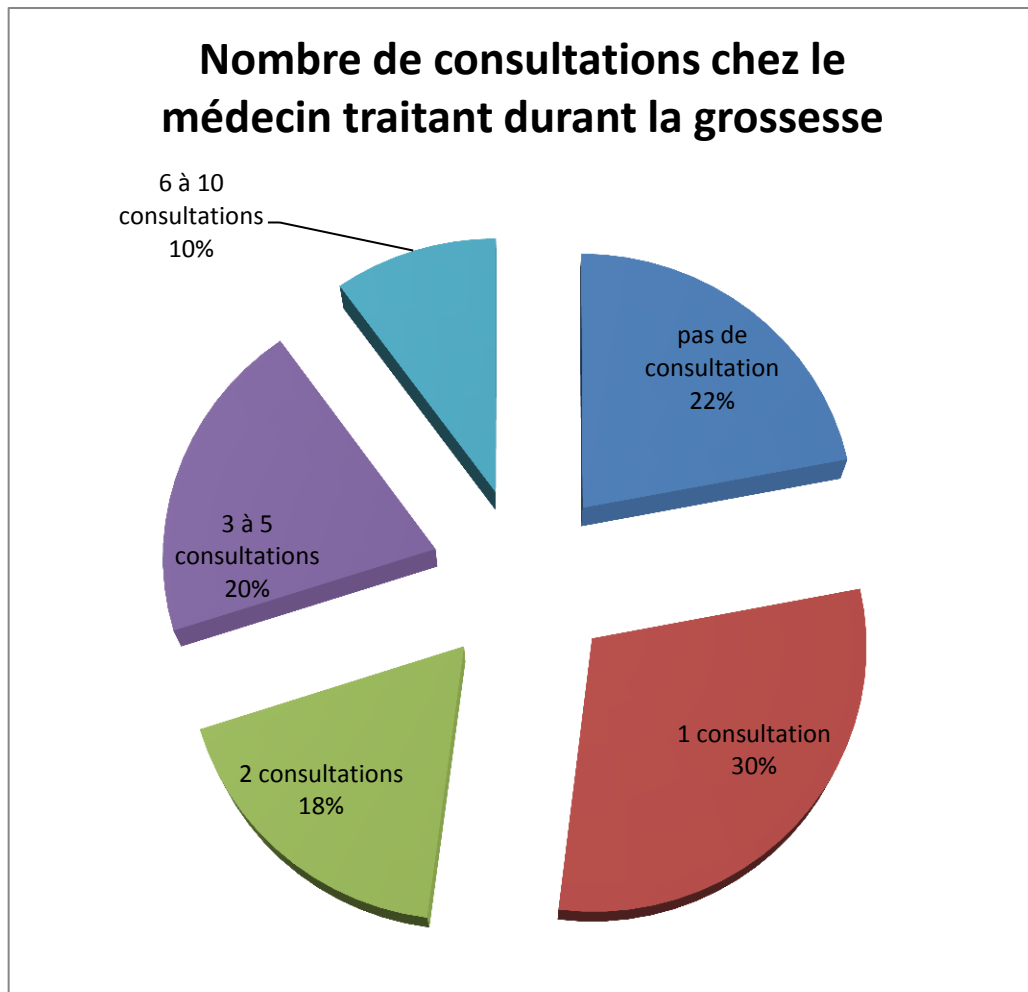


Figure 15 : Nombre de consultations chez le médecin traitant durant la grossesse

Les principaux motifs de consultation du médecin traitant étaient :

- la confirmation de la grossesse,
- le traitement de pathologies virales,
- la prescription d'arrêt de travail,
- le suivi de grossesse,
- des douleurs en lien avec leur grossesse
- une asthénie.

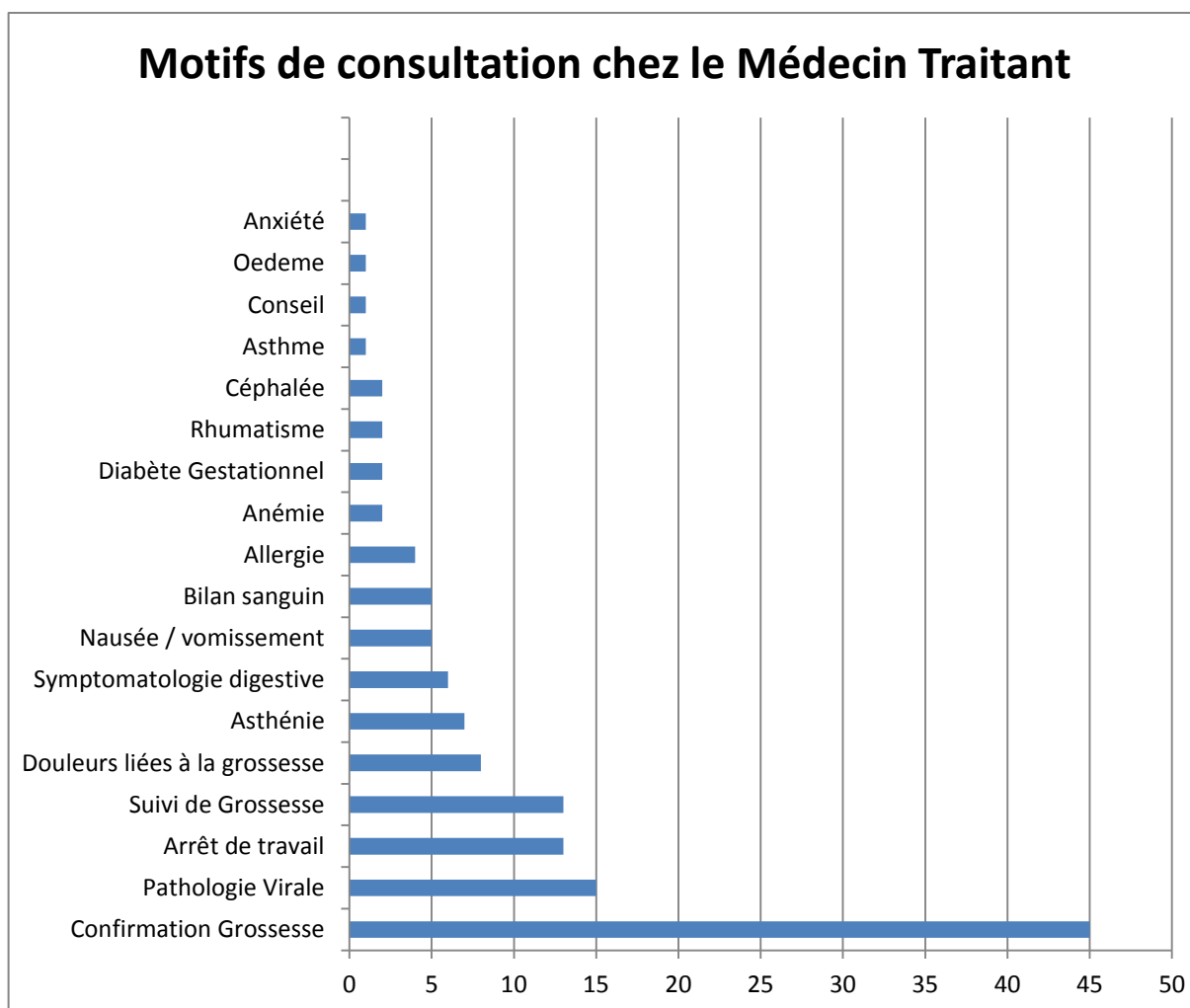


Figure 16 : Principaux motifs de consultation chez le médecin traitant durant la grossesse

IV.5. Facteurs influençant le suivi

Les réponses à la question ouverte ont été multiples. En les regroupant par thèmes on obtient :

- Ayant déjà un suivi avec un gynécologue obstétricien, il est plus simple de poursuivre avec lui (15% des personnes interrogées) ou ayant été suivie par un gynécologue obstétricien ou une sage-femme pour les grossesses précédentes, il était naturel de refaire le même choix (11%),
- La grossesse étant issue d'une AMP, il est logique de se faire suivre par les mêmes personnes (5%),
- Le gynécologue obstétricien est plus spécialisé (12%), plus près (2%), plus compétent (1%), plus apte (1%), a meilleure réputation (2%), est bien disponible

(2%), est plus rassurant (3%), on se sent plus en confiance (3%), c'est plus spontané (1%), il y a moins d'attente avec lui (1%), on a un bon contact (1%), on a un meilleur ressenti (2%), il peut faire les échographies si besoin (5%), il a plus d'expérience (1%)

- Les sages-femmes sont plus spécialisées (4%), c'est plus naturel (2%), plus rassurant (5%), plus simple (2%), plus spontané (1%), elles font tout (1%), c'est plus près (1%), ont un suivi différent (1%), on a un meilleur ressenti (1%)
- Il est plus simple de se faire suivre dans le centre où l'on va accoucher (10%)
- Pour le suivi j'ai été adressée à un gynécologue-obstétricien par mon médecin traitant (7%) ou par la secrétaire de mon médecin traitant (1%), par ma sage-femme (1%), par mon gynécologue de ville (1%)
- Le médecin traitant est plus disponible (5%), me suivait déjà pour ma première grossesse (2%), est plus près (4%), il me connaît mieux (1%), c'est plus agréable (1%), on se sent en confiance (1%), on a un bon contact (1%)

A contrario, certaines femmes avouent :

- Se sentir gênées par le fait que leur médecin traitant soit un homme (2%), ou d'avoir un suivi gynéco avec leur médecin traitant (2%)
- Avoir peu confiance en leur médecin traitant (1%) ou encore avoir une mauvaise relation avec leur médecin traitant (1%)
- Trouver que leur médecin traitant est trop souvent en congés (1%)
- Avoir une mauvaise relation avec leur gynécologue-obstétricien (1%)
- Simplement préférer être suivies par un gynécologue-obstétricien (2%) ou une sage-femme (4%)
- Préférer un suivi par un gynécologue-obstétricien du fait d'une grossesse à risque (8%)

Enfin parmi les femmes interrogées, une n'avait pas de médecin traitant déclaré, et l'autre venait d'en choisir un après un déménagement sans l'avoir encore rencontré.



V. Discussion

V.1. Analyse des entretiens

Aucun des entretiens proposés n'a été refusé par les patientes, ce qui a permis d'éviter un biais de non inclusion. Le questionnaire était plutôt bien perçu par les patientes, qui semblaient répondre de façon assez naturelle aux questions. Le questionnaire étant court, il n'a pas été ressenti de lassitude en fin de questionnaire. Les réponses se sont révélées assez précises mais plutôt courtes, les entretiens étant parfois accélérés par la présence du nouveau-né dans la chambre.

L'étude uni centrique a apporté un biais de sélection, du fait de la qualification du centre en maternité de niveau 3. Il était cependant nécessaire afin de collecter plus facilement certaines données grâce au logiciel médical en place. L'emplacement urbain de la maternité n'a pas semblé jouer de rôle particulier sur la sélection car les patientes habitaient pour la plupart à plus de 15 minutes de route de la maternité.

La barrière de la langue qui était un critère d'exclusion, a aussi apporté un biais de sélection du fait d'une forte population étrangère sur la maternité de Limoges. Ce biais était cependant nécessaire pour avoir des réponses plus spontanées et plus fiables aux questions.

La faible proportion de femmes ayant été suivies, au moins partiellement, par un médecin traitant, parmi les femmes interrogées (8%), ne permet pas de tirer de conclusion réellement significative. Elle ouvre seulement des pistes quant aux facteurs ayant pu influencer le suivi.

Parmi les femmes ayant été suivies par leur médecin traitant en partie pendant leur grossesse, la plupart a été adressée à un gynécologue au 2ème ou 3ème trimestre de leur grossesse comme le préconise l'HAS.

Durant leur grossesse, les femmes ont assez peu consulté leur médecin traitant et lorsqu'elles l'ont fait, c'était principalement pour des symptômes courants ne demandant pas de compétence dépassant le cadre de la médecine générale.



V.2. Eléments non significatifs sur le suivi de grossesse

L'âge des patientes ne semble pas jouer un rôle significatif. En effet parmi les femmes ayant été suivies au moins partiellement par leur médecin traitant, la moyenne d'âge est de 32 ans, contre 30,03 pour l'ensemble des femmes interrogées.

Le sexe et l'âge du médecin généraliste n'a pas semblé jouer un rôle dans le suivi car la plupart des tranches d'âge et la répartition des sexes étaient assez équilibrées. Parmi les 8 femmes ayant été suivies au moins partiellement par leur médecin traitant, l'âge et le sexe du médecin traitant n'a pas semblé être un élément significatif car la moyenne d'âge et le ratio homme / femme reste semblable au reste des femmes interrogées.

La durée depuis laquelle elles étaient suivies par leur médecin traitant n'a pas semblé être un élément significatif. Nous avons constaté une moyenne de suivi de 7,6 ans par leur médecin généraliste pour les femmes suivies par leur médecin traitant pendant la grossesse contre 8,8 ans pour l'ensemble des femmes interrogées.

Malgré ce que l'on pourrait penser, le type de suivi recommandé par l'HAS ne semble pas avoir eu de rôle sur le choix de la surveillance ; en effet, parmi les femmes suivies au moins partiellement par leur médecin traitant, 2 sont classées B et 3 A2 dès le diagnostic de grossesse. En fin de grossesse, 4 sont classées B, 2 A2, 1 A1 et 1 A sur les 8 femmes. Leur suivi n'a pas eu d'incidence sur le nouveau-né à la naissance en terme de malformation ou d'adaptation en maternité.

La disponibilité pour la prise des rendez-vous ne semble pas être significative sur le choix de suivi, car très peu de femmes déclarent avoir eu des difficultés pour prendre leur rendez-vous chez leur gynécologue obstétricien. Ce résultat est à pondérer, la question pouvant être comprise par : avez-vous eu des difficultés pour prendre vos rendez-vous dans le cadre de votre suivi, et non dans le cadre d'une urgence.

V.3. Freins au suivi par un médecin généraliste

Grâce à l'analyse des résultats, certains freins au suivi de grossesse en médecine générale ont été mis en évidence.

Tout d'abord, un des éléments récurrents retrouvé est le fait que près d'un tiers des femmes interrogées n'étaient tout simplement pas au courant qu'un médecin généraliste pouvait faire le suivi de la grossesse. Cela implique donc une meilleure éducation des patients, avant même leur diagnostic de grossesse ou dès l'hypothèse d'une grossesse en

cours, car près d'un quart des femmes n'ont pas vu leur médecin traitant pendant la grossesse, et près d'un tiers de celles ayant consulté leur médecin ne l'ont fait que pour le diagnostic de grossesse.

Un second frein était le fait d'avoir déjà un suivi par un gynécologue obstétricien ou une sage-femme pour une précédente grossesse ou pour leur surveillance gynécologique. Il apparaît donc nécessaire pour le médecin généraliste voulant participer au suivi de grossesse, de faire aussi du suivi gynécologique en dehors de la grossesse afin de rassurer la patiente quant à ses connaissances en gynécologie et à sa capacité à réaliser par la suite une surveillance de grossesse.

Le fait d'avoir été suivi en PMA par le passé ou pour la grossesse actuelle apparaît comme un frein probable ; aucune des femmes ayant été suivies par leur médecin traitant n'a été prise en charge en PMA et inversement aucune des femmes suivies en PMA n'a consulté le médecin traitant pendant sa grossesse. Devant le caractère « précieux » et très médicalisé des grossesses suivies en PMA, il paraît peu évident pour le médecin généraliste de prendre part à ce type de suivi.

Un frein majeur retrouvé par l'interrogatoire est le fait qu'un gynécologue obstétricien ou une sage-femme est perçu comme plus rassurant, plus spécialisé. Cette croyance reste un biais majeur pour le médecin généraliste qui peine alors à retrouver une légitimité dans le suivi de grossesse. De plus, le gynécologue obstétricien, ou la sage-femme, peut parfois effectuer des échographies supplémentaires ou simplifier le suivi lorsqu'il exerce sur la maternité. Cela induit une forme de clientélisme contre laquelle le médecin généraliste ne peut lutter du fait, entre autre, de l'absence d'échographe en cabinet.

V.4. Facteur favorisant le suivi par un médecin généraliste

Le fait que la parturiente ne soit pas une primigeste ou une primipare semble être un des facteurs favorisant le suivi par un médecin généraliste. En effet parmi les femmes ayant effectué une partie de leur suivi avec leur médecin traitant, la gestation moyenne est de 3 (versus 2,54 au total) et la parité moyenne est de 2.5 (versus 1,89 au total). Ceci peut s'expliquer par une moindre sacralisation de la grossesse lors d'une nouvelle gestation.

Parmi les facteurs qui ont très probablement influencé le type de suivi, on retrouve le fait que le médecin traitant effectue déjà le suivi gynécologique à travers les frottis (5 femmes parmi les 8). De ce fait, l'intimité de l'examen gynécologique n'est plus un frein et permet plus le suivi de grossesse.

Le lieu d'habitation a semblé jouer un rôle, car parmi les 8 femmes ayant été suivies par un médecin traitant, 5 d'entre elles habitent à plus de 20 minutes d'un gynécologue obstétricien et à moins de 10 minutes de leur médecin traitant. Cela s'avère d'autant plus important que les longs trajets peuvent être vécus comme difficiles pour une femme enceinte. L'exercice de la médecine en milieu rural semble donc plus en faveur de la réalisation du suivi de grossesse par le médecin traitant. Il est cependant à noter que l'offre en milieu rurale s'élargit avec l'implantation de nombreuses sage-femmes.

Enfin, le fait que le médecin traitant propose de faire le suivi de grossesse a été un facteur important dans le choix de la patiente : en effet 7 femmes sur les 8 ayant été suivies par leur médecin traitant déclarent que cela leur a été proposé par ce dernier (versus 9/92). Ceci permet de pallier au fait que près d'un tiers des femmes interrogées déclaraient ne pas savoir qu'un médecin généraliste pouvait effectuer leur suivi de grossesse.

Au total, le médecin généraliste sera plus sollicité pour faire le suivi de la grossesse d'une femme multipare, habitant à plus de 20 minutes d'un gynécologue obstétricien, et pour laquelle il réalise déjà son suivi gynécologique.



Conclusion

Ce travail a permis, à une échelle locale, de montrer la défection du suivi de grossesse avec le médecin traitant, au profit du gynécologue obstétricien et / ou des sages-femmes.

A la suite de cette enquête, il apparaît clairement que le médecin traitant entre dans un cercle vicieux où, moins il fait de suivi gynécologique, moins les patientes viennent de façon naturelle pour leur suivi de grossesse et donc moins le médecin traitant est apte à faire le suivi de grossesse. Il est donc nécessaire de modifier nos pratiques, et d'expliquer quel rôle, le médecin généraliste peut avoir, et quels atouts il peut apporter (suivi personnalisé, disponibilité, approche globale, etc...).

Cette étude a mis en évidence plusieurs freins, parfois non modifiables à notre échelle, parfois facilement améliorables.

Un des freins majeurs au suivi de la grossesse par le médecin traitant est l'image culturelle qui fait qu'aller consulter un gynécologue obstétricien ou une sage-femme est plus naturel et plus rassurant pour les patiente.

L'information de la patientèle féminine avant le début de grossesse, reste un point essentiel à réaliser si l'on désire intégrer le suivi de grossesse dans l'activité du médecin généraliste. Il apparaît nécessaire de proposer le suivi gynécologique en dehors de la grossesse et pendant la grossesse si l'on souhaite faire du suivi de grossesse en médecine générale.

Il serait intéressant de reproduire cette étude dans des maternités plus petites et moins urbaines afin d'en confronter les résultats et de confirmer ou d'infirmer que le médecin exerçant en rural sera plus facilement sollicité pour effectuer le suivi de grossesse.

Le point de vue des médecins traitants sur leur rôle dans le suivi de grossesse serait aussi intéressant à étudier. Devant l'absence d'information des patientes, on peut supposer une certaine réticence des médecins généralistes à faire du suivi de grossesse.

Le suivi de grossesse reste une consultation accessible au médecin traitant qui souhaite le faire. C'est une consultation très codifiée par les recommandations de l'HAS. Elle repose sur des bases simples : l'interrogatoire, l'examen, et la prescription des examens complémentaires, le dépistage des facteurs de risques et d'une grossesse pathologique restant les principales difficultés.

Cependant, devant la pression juridique qui s'est amorcée ces dernières années, il est possible que le suivi de grossesse ne soit progressivement plus autorisé aux médecins généralistes. Il restera alors à définir quel rôle il peut tenir auprès de la femme enceinte, avec peut-être une consultation dédiée dans le suivi afin qu'il puisse intégrer au dossier de

grossesse, ses connaissances approfondies de l'histoire médicale de la patiente et de son entourage socio familial.



Références bibliographiques

(1) Le médecin traitant, 5 juin 2015

[Document en ligne]

www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/le-medecin-traitant/le-dispositif-du-medecin-traitant_calvados.php > (consulté le 20.08.2016)

(2) Histoire de la naissance en France (XVIIe – XXe siècle), par Marie France Morel

[Document en ligne]

www.hscsp.fr/explore.cgi/ad612228.fr > (consulté le 3.12.2015)

(3) La politique de périnatalité, cours des comptes

[Document en ligne]

www.ccomptes.fr/content/download/2338/23386/version/1/file/Perinatalite.pdf > (consulté le 3.12.2015)

(4) Historique, collège français d'échographie fœtale,

[Document en ligne]

<http://cfef.org/historique.php> > (consulté le 10.01.2016)

(5) Plan périnatalité 1994 : La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance : pour un nouveau plan périnatalité, par le Ministère des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville Haut Comité de la Santé Publique.

[Document en ligne]

www.hcsp.fr/Explore.cgi/Telecharger?NomFichier=hc001041.pdf > (consulté le 20.12.2015)

(6) Plan périnatalité 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité

[Document en ligne]



www.social-sante.gouv.fr/img/pdf/Plan_perinatalite_2005-2007.pdf > (consulté le 20.12.2015)

(7) Les maternités en 2010 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale, études et résultats n°776, octobre 2011

[Document en ligne]

<http://www.drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er776-2.pdf> > (consulté le 21.12.2015)

(8) Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, enquête nationale périnatale 2010, rédigé par Béatrice BLONDEL et Morgane KERMARREC en Mai 2011

[Document en ligne]

http://www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf > (consulté le 23.12.2015)

(9) Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées, HAS Mai 2007,

[Document en ligne]

http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf > (consulté le 28.12.2015)

(10) Mon parcours d'assuré, ma maternité, guide de l'assurance maladie,

[Document en ligne]

http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/guide-maternite.pdf > (consulté le 15.01.2016)

(11) Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer, HAS Septembre 2009,

[Document en ligne]



http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_argumentaire.pdf >(consulté le 30.12.2015)

(12) Supplémentation au cours de la grossesse, recommandations pour la pratique clinique, Paris, 5 décembre 1997, CNGOF

[Document en ligne]

http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_suppl_97.pdf > (consulté le 1.01.2016)

(13) Guide pratique pour la surveillance d'une grossesse à bas risque, URPS Pays de la Loire, Mai 2011,

[Document en ligne]

<http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/uploads/Publications/Rapports%20et%20recommandations/Suivi%20grossesse%20bas%20risque-%20version%20finale-mai%202011.pdf>, > (consulté le 15.01.2016)

(14) Recommandations pour la pratique clinique : le diabète gestationnel, Extrait des mises à jour en Gynécologue-Obstétricien, publié le 10 décembre 2010 CNGOF

[Document en ligne]

http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_DIABETE_2010.pdf > (consulté le 15.01.2015)

(15) Service Public, licenciement d'une salariée enceinte, (fiche pratique de la Direction de l'information légale et administrative, vérifiée le 10.08.2016)

[Document en ligne]

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F2873> > (consulté le 15.01.2016)

(16) Le point sur l'assurance de responsabilité civile des Gynécologue-Obstétriciens, Dossier de presse 27 juin 2006, Direction des affaires publiques,

[Document en ligne]



<http://www.ffsa.fr/sites/upload/reprise/docs/application/pdf/2010-03/f4mconfpresse27uin2006.pdf>, > (consulté le 18.01.2016)

- (17) L'aide à la souscription d'une assurance en responsabilité civile professionnelle, site de l'assurance maladie,

[Document en ligne]

<http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/gerer-votre-activite/l-aide-a-la-souscription-d-une-assurance-en-rcp/conditions-pour-beneficier-de-l-aide.php>, > (consulté le 18.01.2015)

- (18) Réseau périnatlim, le réseau de santé en périnatalité du Limousin

[Document en ligne]

<http://www.perinatlim.com>, > (consulté le 18.01.2015)

- (19) Médecins suivant le statut et la spécialité en 2015, INSEE,

[Document en ligne]

http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=0&ref_id=NATTEF06102 > (consulté le 18.01.2015)

- (20) La démographie médicale en région limousin, situation en 2013, conseil national de l'ordre des médecins,

[Document en ligne]

https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/limousin_2013.pdf > (consulté le 24/01/2016)



Annexes

Annexe 1. Questionnaire Suivi de Grossesse	70
Annexe 2. Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (HAS, recommandations professionnelles, mai 2007)	72



Annexe 1. Questionnaire Suivi de Grossesse

Date de recueil des données : /2015

Information patiente :

Age =

Commune d'habitation =

Information médecin traitant :

Age =

Sexe =

Lieu d'exercice =

Durée depuis qu'il est médecin traitant =

Distance en km et en minutes de premier Gynécologue-Obstétricien =

Distance en km et en minutes de la première maternité =

Atcd et histoire de la grossesse :

Nombre de grossesse et de parité = G P

Aviez-vous un suivi Gynécologue-Obstétricien avant la grossesse ? Oui / non

Réalisez-vous régulièrement vos frottis ? Oui / non

 si oui qui les fait ? Médecin traitant / Gynécologue-Obstétricien / Sage-Femme

Grossesse réalisée dans le cadre d'une PMA ? Oui / non

Atcd médicaux :

Grossesse actuelle pathologique ou normale =

Anomalie à la naissance = Oui / non

Grossesse prévue = Oui / non

 si oui => prescription de Speciafoldine® ? = oui / non

 si oui => par qui ? Médecin traitant / Gynécologue-Obstétricien / Sage-Femme

Découverte de la grossesse par qui : Médecin traitant / Gynécologue-Obstétricien / Sage-Femme / autre =

Nb de cs chez le médecin traitant durant la grossesse =

 et leurs principaux motifs =

Suivi de grossesse réalisé par : Médecin traitant / Gynécologue-Obstétricien / Sage-Femme

 de façon régulière (mensuel) ? Oui / non

Avez-vous eu des difficultés à avoir vos rendez-vous de consultations ?

- Médecin traitant : oui / non
- Gynécologue-Obstétricien : oui / non
- Sage-Femme : oui / non



Le médecin traitant vous a-t-il proposé de vous voir pendant la grossesse ?

Oui / non

Vous a-t-il adressée vers un Gynécologue-Obstétricien ou une Sage-Femme ?

Oui / non

si oui à quel moment ?

Qui vous a prescrit les bilans sanguins au cours de la grossesse ?

Médecin traitant / Gynécologue-Obstétricien / Sage-Femme

Qui vous a prescrit les échographies pendant la grossesse ?

Médecin traitant / Gynécologue-Obstétricien / Sage-Femme

Saviez-vous qu'un médecin traitant peut suivre une grossesse ? Oui / non

Question ouverte : Qu'est-ce qui vous a influencé dans le choix de votre suivi par votre médecin traitant, votre Gynécologue-Obstétricien ou votre Sage-Femme ?

Qu'est-ce qui vous aiderait à être suivie par votre médecin traitant ?



Annexe 2. Types de suivi et structure recommandée pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (HAS, recommandations professionnelles, mai 2007)

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

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

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mai 2007

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

Drépanocytose et autres hémoglobinopathies : - mère homozygote - mère hétérozygote	B A2	À adapter Unité d'obstétrique
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B	À adapter
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	À adapter
- Néphropathie - Uropathie	B A2	À adapter Unité d'obstétrique si sans retentissement
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce	À adapter
Chimiothérapie et radiothérapie	A2	Unité d'obstétrique
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 précoce	À adapter
Maladies infectieuses		
Séropositivité VIH	B	À adapter
Portage antigène HBs	A1	Unité d'obstétrique
Hépatite C ou B active	A2	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES		
Pathologies utéro-vaginales		
Malformation utéro-vaginales	B	À adapter
Mutilations sexuelles	A1	À adapter
Chirurgie cervico-utérine		
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2	À adapter
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2	À adapter
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2	À adapter
Distylbène syndrome	B	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE		
Antécédents médicaux		
Infections urinaires récurrentes (plus de 2) hors uropathie	A1	Unité d'obstétrique
Diabète gestationnel	A	À adapter en fonction d'une récurrence au cours de la grossesse
Antécédents obstétricaux		
Césarienne	A2	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B	À adapter en fonction du terme
Hypertension gravidique Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	A2 B	À adapter en fonction de la récurrence
Fausse couches répétées au cours du 1^{er} trimestre : - sans étiologie - avec étiologie SAPL	A2 B	Unité d'obstétrique si évolution de la grossesse sans complications
Fausse couches tardives au cours du 2^e trimestre	B	À adapter en fonction de la récurrence

Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde	B	À adapter
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B	À adapter
Anémie gravidique	A	À adapter en fonction de la sévérité et de l'étiologie
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2	À adapter
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...) - au 1 ^{er} trimestre de grossesse - au 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse	A2 B	Unité d'obstétrique À adapter
Cholestases gravidiques	B	À adapter
MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES		
Toxoplasmose	B	À adapter si pathologie fœtale
Rubéole	B	À adapter si pathologie fœtale
Infection à cytomégalovirus	B	À adapter si pathologie fœtale
Herpès génital primo-infection ou récurrence	B	À adapter si survenue durant 3 ^e trimestre de grossesse
Accouchement prématuré	A2 précoce B	À adapter en fonction de la récurrence
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2	À adapter en fonction du motif de l'IMG et de la situation actuelle
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter en fonction du déroulement de la grossesse
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3 ^e percentile) - Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B B	À adapter À adapter
Antécédents liés à l'enfant à la naissance		
Asphyxie périnatale avec séquelles	B	À adapter
Mort périnatale inexplicée	B	À adapter
Anomalie congénitale ou génétique	A2	À adapter
Antécédents liés à l'accouchement précédent		
Hémorragies <i>post-partum</i> sévères	A1	À adapter
Déchirure du sphincter anal	A2	Unité d'obstétrique
Dépression du <i>post-partum</i> , stress post-traumatique	A	Unité d'obstétrique
Psychose puerpérale	A2	À adapter
Dystocie des épaules	A1	À adapter

Durant la grossesse (de la 2 ^e à la 7 ^e consultation - du 4 ^e au 8 ^e mois)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
TOXIQUES		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2	À adapter
Cannabis	A1	À adapter
Alcool	A2	À adapter selon degré d'alcoolémie
Tabac	A1	Unité d'obstétrique
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	À adapter
Intoxication au plomb	B	Unité d'obstétrique
Oxyde de carbone	B	À adapter
Irradiation	A2	Unité d'obstétrique si aucune répercussion
FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX		
Diabète gestationnel	A2	À adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	À adapter
Infection à parvovirus B19	B	À adapter si pathologie fœtale
Varicelle/ zona	B	À adapter si pathologie fœtale
Hépatite B aiguë	B	À adapter
Hépatite virale A, C, D ou E	B	À adapter
Tuberculose	B	À adapter
Infection VIH	B	À adapter
Syphilis	B	À adapter
Grippe	A1	À adapter en fonction du terme et des répercussions materno-fœtales
Listériose	B	À adapter
Paludisme	B	À adapter
Chikungunya	B	À adapter
Maladie périodontale	A	Unité d'obstétrique
FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX		
Laparotomie en cours de grossesse	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES		
Cancer du col	A2	À adapter
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2	À adapter
Kyste ovarien	A2	Unité d'obstétrique
Cancer du sein	B	À adapter

Infections vaginales	A1	Unité d'obstétrique
Vaginoses bactériennes	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	Unité d'obstétrique
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	Unité d'obstétrique
Oligoamnios (< 37 SA)	B	À adapter
Hydramnios	B	À adapter
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B	À adapter
Amniocentèse/ponction des villosités chorales	A2	À adapter en fonction de la pathologie concernée et du résultat du prélèvement
Réduction embryonnaire	B	À adapter
Pertes de sang persistantes		
- avant 16 SA	A2	Unité d'obstétrique
- après 16 SA	A2	À adapter
Hémorragies fœto-maternelles	B	À adapter
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter
Béance cervicale	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Menace d'accouchement prématuré	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Grossesse gémellaire		
- bichoriale	A2	Unité d'obstétrique
- monochoriale	B	À adapter
Grossesse triple	B	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2	À adapter en fonction de la pathologie et du résultat
Retard de croissance fœtale	B	À adapter
Mort fœtale <i>in utero</i>	B	À adapter
Anomalies de localisation du placenta	B	À adapter
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prævia après 32 SA	B	À adapter en fonction du terme atteint
Grande multipare (supérieur à 5)	A1	Unité d'obstétrique
Consultation du 9^e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Grossesse non suivie	B	Unité d'obstétrique
Dépassement de terme	B	À adapter
Macrosomie	A2	À adapter
Présentation non céphalique à terme	B	À adapter
Suspicion de dystocie	B	À adapter



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.



Le suivi de grossesse par les médecins généralistes, freins et appréhensions

L'objectif de cette étude était d'étudier les facteurs influençant le choix du type de suivi de grossesse au travers du point de vue des femmes ayant accouché à la maternité de Limoges.

Nous avons réalisé une étude de type observationnelle, descriptive, rétrospective et monocentrique. 100 femmes ont été interrogées alors qu'elles venaient d'accoucher. Parmi ces femmes, 22 n'ont jamais vu le médecin traitant pendant la grossesse, et seulement 8 ont été suivies au moins partiellement par leur médecin traitant.

Les freins au suivi par le médecin généraliste évoqués par les patientes étaient leur non connaissance de cette possibilité, et l'image perçue des gynécologues obstétriciens et des sage-femmes, comme plus rassurante et plus spécialisée. Parmi les facteurs favorisant le suivi par le médecin généraliste, les plus déterminants semblent être la proposition explicite par le médecin généraliste, et le suivi gynécologique préalable à la grossesse.

Le médecin généraliste peut donc avoir une place importante dans le suivi de grossesse s'il en informe sa patientelle, reste à savoir si les médecins généralistes le souhaitent réellement .

Mots-clés : suivi de grossesse, médecin généraliste, Limoges

Follow-up of pregnancy by general practitioner, obstacles and apprehension

The objective of this study was to find witch factors influence the choice of the type of follow-up of pregnancy through the point of view of the women having given birth in the maternity ward in Limoges.

We realized observational, descriptive, retrospective and monocentrique study. 100 women were questioned just after delivering. Among these women, 22 have never seen the regular doctor during the pregnancy, and only 8 were partially followed at least by their regular doctor.

Brakes in the follow-up by the general practitioner evoked by the patients were due to tha fact that they didn't know this was a possibility, and they found that the image given by gynecologists obstetrician and midwives was more reassuring and more specialized. Among factors favoring the follow-up by the general practitioner, the most determining seem to be the explicit proposal by the general practitioner, and the preliminary gynecological follow-up in the pregnancy.

The general practitioner can thus have an important place in the follow-up of pregnancy if he informs his patients about it, it remains to be seen whether the general practitioners would really want to, or not.

Keywords : pregnancy follow-up, general practitioner, Limoges

