



BU bibliothèque Lyon 1

<http://portaildoc.univ-lyon1.fr>

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale -
Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr>

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

**FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE
LYON-SUD CHARLES MERIEUX**

Année 2015

N°

**Etat des lieux de la place du médecin généraliste dans le suivi et la
coordination des soins pendant la grossesse :**

*Enquête auprès des médecins généralistes du
bassin valentinois.*

Thèse

Présentée à l'Université Claude Bernard -Lyon 1
et soutenue publiquement

le mardi 2 juin 2015

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

Madame Fanny CHOBERT

Née le 17/03/1986
à Paris

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

2014-2015

. Président de l'Université	François-Noël GILLY
. Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales	François-Noël GILLY
. Directeur Général des Services	Alain HELLEU

SECTEUR SANTE

UFR DE MEDECINE LYON EST	Doyen : Jérôme ETIENNE
UFR DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE LYON SUD - CHARLES MERIEUX	Doyen : Carole BURILLON
INSTITUT DES SCIENCES PHARMACEUTIQUES ET BIOLOGIQUES (ISPB)	Directeur : Christine VINCIGUERRA
UFR D'ODONTOLOGIE	Doyen : Denis BOURGEOIS
INSTITUT DES SCIENCES ET TECHNIQUES DE READAPTATION (ISTR)	Directeur : Yves MATILLON
DEPARTEMENT DE FORMATION ET CENTRE DE RECHERCHE EN BIOLOGIE HUMAINE	Directeur : Anne-Marie SCHOTT

SECTEUR SCIENCES ET TECHNOLOGIES

UFR DE SCIENCES ET TECHNOLOGIES	Directeur : Fabien DE MARCHI
UFR DE SCIENCES ET TECHNIQUES DES ACTIVITES PHYSIQUES ET SPORTIVES (STAPS)	Directeur : Yannick VANPOULLE
POLYTECH LYON	Directeur : Pascal FOURNIER
I.U.T. LYON 1	Directeur : Christophe VITON
INSTITUT DES SCIENCES FINANCIERES ET ASSURANCES (ISFA)	Directeur : Nicolas LEBOISNE
OBSERVATOIRE DE LYON	Directeur : Bruno GUIDERDONI

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE
LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BELLON Gabriel	Pédiatrie
BERGERET Alain	Médecine et Santé du Travail
BROUSSOLLE Emmanuel	Neurologie
CHIDIAC Christian	Maladies infectieuses ; Tropicales
COIFFIER Bertrand	Hématologie ; Transfusion
DEVONEC Marian	Urologie
DUBREUIL Christian	O.R.L.
FLOURIE Bernard	Gastroentérologie ; Hépatologie
FOUQUE Denis	Néphrologie
GILLY François-Noël	Chirurgie générale
GOLFIER François	Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale
GUEUGNIAUD Pierre-Yves	Anesthésiologie et Réanimation urgence
LAVILLE Martine	Nutrition
LAVILLE Maurice	Thérapeutique
MALICIER Daniel	Médecine Légale et Droit de la santé
MATILLON Yves	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
MORNEX Françoise	Cancérologie ; Radiothérapie
MOURIQUAND Pierre	Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François	Immunologie
PACHECO Yves	Pneumologie
PEIX Jean-Louis	Chirurgie Générale
SALLES Gilles	Hématologie ; Transfusion
SAMARUT Jacques	Biochimie et Biologie moléculaire
SIMON Chantal	Nutrition
VALETTE Pierre Jean	Radiologie et imagerie médicale
VIGHETTO Alain	Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha	Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice	Bactériologie – Virologie
BONNEFOY Marc	Médecine Interne, option Gériatrie
BONNEFOY- CUDRAZ Eric	Cardiologie
BROUSSOLLE Christiane	Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement
BURILLON-LEYNAUD Carole	Ophthalmologie
CAILLOT Jean Louis	Chirurgie générale
DES PORTES DE LA FOSSE Vincent	Pédiatrie
ECOCHARD René	Bio-statistiques
FESSY Michel-Henri	Anatomie
FLANDROIS Jean-Pierre	Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière
FREYER Gilles	Cancérologie ; Radiothérapie
GEORGIEFF Nicolas	Pédopsychiatrie
GIAMMARILE Francesco	Biophysique et Médecine nucléaire
GLEHEN Olivier	Chirurgie Générale
KIRKORIAN Gilbert	Cardiologie
LEBECQUE Serge	Biologie Cellulaire
LLORCA Guy	Thérapeutique
LONG Anne	Chirurgie vasculaire
LUAUTE Jacques	Médecine physique et Réadaptation
MAGAUD Jean-Pierre	Hématologie ; Transfusion
PEYRON François	Parasitologie et Mycologie
PICAUD Jean-Charles	Pédiatrie
PIRIOU Vincent	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

POUTEIL-NOBLE Claire
PRACROS J. Pierre
RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire
SAURIN Jean-Christophe
TEBIB Jacques
THIVOLET Charles
THOMAS Luc
TRILLET-LENOIR Véronique

Néphrologie
Radiologie et Imagerie médicale
Biochimie et Biologie moléculaire
Hépatogastroentérologie
Rhumatologie
Endocrinologie et Maladies métaboliques
Dermato-Vénérologie
Cancérologie ; Radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric
BERARD Frédéric
BOHE Julien
BOULETREAU Pierre
CERUSE Philippe
CHAPET Olivier
CHOTEL Franck
COTTE Eddy
DAVID Jean Stéphane
DEVOUASSOUX Gilles
DORET Muriel
DUPUIS Olivier
FARHAT Fadi
FEUGIER Patrick
FRANCK Nicolas
FRANCO Patricia
JOUANNEAU Emmanuel
KASSAI KOUPI Berhouz
LANTELME Pierre
LASSET Christine
LEGER FALANDRY Claire
LIFANTE Jean-Christophe
LUSTIG Sébastien
MOJALLAL Alain-Ali
NANCEY Stéphane
PAPAREL Philippe
PIALAT Jean-Baptiste
POULET Emmanuel
REIX Philippe
RIOUFFOL Gilles
SALLE Bruno
SANLAVILLE Damien
SERVIEN Elvire
SEVE Pascal
TAZAROURTE Karim
THAI-VAN Hung
THOBOIS Stéphane
TRAVERSE-GLEHEN Alexandra
TRINGALI Stéphane
TRONC François

Neurochirurgie
Immunologie
Réanimation urgence
Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
O.R.L.
Cancérologie, radiothérapie
Chirurgie Infantile
Chirurgie générale
Anesthésiologie et Réanimation urgence
Pneumologie
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Chirurgie Vasculaire
Psychiatrie Adultes
Physiologie
Neurochirurgie
Pharmacologie Fondamentale, Clinique
Cardiologie
Epidémiologie., éco. santé
Médecine interne, gériatrie
Chirurgie Générale
Chirurgie. Orthopédique,
Chirurgie. Plastique.,
Gastro Entérologie
Urologie
Radiologie et Imagerie médicale
Psychiatrie Adultes
Pédiatrie
Cardiologie
Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
Génétique
Chirurgie Orthopédique
Médecine Interne, Gériatrique
Thérapeutique
Physiologie
Neurologie
Anatomie et cytologie pathologiques
O.R.L.
Chirurgie thoracique et cardio.

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène
SOUQUET Pierre-Jean

Thérapeutique
Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique	Biochimie et Biologie moléculaire
BONMARTIN Alain	Biophysique et Médecine nucléaire
BOUVAGNET Patrice	Génétique
CHARRIE Anne	Biophysique et Médecine nucléaire
DELAUNAY-HOUZARD Claire	Biophysique et Médecine nucléaire
LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
MASSIGNON Denis	Hématologie – Transfusion
RABODONIRINA Méja	Parasitologie et Mycologie
VAN GANSE Eric	Pharmacologie Fondamentale, Clinique
VIART-FERBER Chantal	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

CALLET-BAUCHU Evelyne	Hématologie ; Transfusion
DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam	Anatomie et cytologie pathologiques
DIJOURD Frédérique	Anatomie et Cytologie pathologiques
DUMITRESCU BORNE Oana	Bactériologie Virologie
GISCARD D'ESTAING Sandrine	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction
KOCHER Laurence	Physiologie
METZGER Marie-Hélène	Epidémiologie, Economie de la santé, Prévention
MILLAT Gilles	Biochimie et Biologie moléculaire
PERRAUD Michel	Epidémiologie, Economie Santé et Prévention
PERROT Xavier	Physiologie
PONCET Delphine	Biochimie, Biologie moléculaire

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BELOT Alexandre	Pédiatrie
BREVET Marie	Anatomie et Cytologie pathologiques
BRUNEL SCHOLTES Caroline	Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.
COURAUD Sébastien	Pneumologie
COURY LUCAS Fabienne	Rhumatologie
DESESTRET Virginie	Cytologie – Histologie
LEGA Jean-Christophe	Thérapeutique
LOPEZ Jonathan	Biochimie Biologie Moléculaire

MAUDUIT Claire
MEWTON Nathan
RASIGADE Jean-Philippe

Cytologie – Histologie
Cardiologie
Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc
DUPRAZ Christian
PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

*Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation.
Ils ne peuvent pas être président du jury.*

ANNAT Guy
BERLAND Michel
CARRET Jean-Paul
DALERY Jean
GRANGE Jean-Daniel
GUERIN Jean-Claude
MOYEN Bernard
PERRIN Paul
PLAUCHU Henry
TRAN-MINH Van-André

Physiologie
Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
Anatomie - Chirurgie orthopédique
Psychiatrie Adultes
Ophtalmologie
Pneumologie
Chirurgie Orthopédique
Urologie
Génétique
Radiologie et Imagerie médicale

LE SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

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

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

REMERCIEMENTS

A nos membres du Jury

Monsieur le Professeur René-Charles RUDIGOZ

Notre Président de thèse

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Chef de service

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous faites en acceptant de présider ce jury de Thèse.

C'est avec un profond respect que nous vous exprimons nos remerciements.

Monsieur le Professeur Pascal GAUCHERAND

Professeur des Universités

Praticien Hospitalier

Chef de service

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger notre travail.

Nous vous exprimons toute notre gratitude et notre respect.

Madame le Docteur Marie-Françoise FLORI

Professeur associé de médecine générale

C'est avec un profond respect que nous vous exprimons nos remerciements pour avoir accepté de participer à notre jury de thèse.

A Madame le Docteur Marie-Pierre FERNANDEZ

Ma directrice de thèse

Docteur en médecine

Chef de service en gynécologie-obstétrique au Centre Hospitalier de Valence

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail.

Vous m'avez fait aimer cette si belle discipline qu'est la gynécologie-obstétrique.

Soyez assurée de ma sincère reconnaissance et de ma profonde estime.

A Madame Corinne DUPONT,

Sage-femme coordonnatrice du réseau Aurore

Je vous remercie pour votre disponibilité et vos précieux conseils.

Je vous suis infiniment reconnaissante du temps que vous avez pris pour m'aider dans l'élaboration de ce long travail, « ce bel arbre tortueux ».

Aux médecins généralistes

Les Docteurs Lucie Tavel, Claude Leicher, Sylvain Bouquet et Christelle Rousset.

Mais également à tous les autres médecins ayant accepté de participer à notre étude

Je vous remercie d'avoir accordé du temps pour la réalisation de ce travail.

Sans vous, ce projet n'aurait pas été possible.

A mes parents,

Vous qui m'avez soutenue corps et âme dans cette vertigineuse aventure.

Merci pour votre amour sans relâche et votre dévouement.

Vous m'avez tout donné.

A toi, mon bel Amour

Tu es ma bonne étoile.

Que notre bonheur dure toujours...

A mon tout-petit-tout

Mon cadeau venu du ciel.

Tu me fais grandir de jour en jour.

Je remercie également

Mon frère

Merci pour nos querelles enfantines qui me font tant rire aujourd'hui.

Ma sœur

Merci pour ta douce présence. Que frappent à présent les trois coups de ta célébrité.

Jade

Tu es notre rayon de soleil.

Mes beaux-parents, Chantal et Guy.

Beau-papa, merci pour votre aide logistique à toute épreuve, même dans les moments de doute et de désespoir...

Sans vous, ce travail aurait été bien compliqué à réaliser

Mes trois amies fidèles, Lucile, Lisa et Véronique

Merci pour nos incalculables heures thés-papotages-canapé.

Amélie

Ma « petite maman » et précieuse amie...

Merci pour ton aide et ton soutien.

Hâte de te voir en terres ardéchoises ou burgiennes.

Mes autres co-internes et amies de choc, Alexandra, Claire, Léa, Marine, Pauline

Quelle aventure ! Et ce n'est que le début...

Mon parrain

Merci pour cette richesse d'échanges partagés.

Au docteur Laure Maurin

Merci pour tes relectures et ton aide.

A Sébastien Aulagner

Merci pour ton aide statistique indispensable.

Aux femmes de l'ombre qui pourtant font un travail remarquable, je pense notamment à Madame Catherine Rimoux, Madame Renée Rosier et bien d'autres encore...

SOMMAIRE

SOMMAIRE	13
GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS	15
INTRODUCTION.....	17
CONTEXTE ET JUSTIFICATION.....	20
I. Evolution de la place du MG dans le suivi de grossesse en France et cadre règlementaire..	20
II. Les réseaux de santé en périnatalité	22
1) Généralités.....	22
2) Le réseau périnatal Aurore.....	22
III. Démographie médicale du suivi de grossesse en France.....	24
1) Quelques chiffres clés.....	24
2) Démographie des principaux acteurs de la périnatalité	25
• Les médecins généralistes	25
• Les gynécologues-obstétriciens	25
• Les gynécologues médicaux.....	26
• Les sages-femmes	26
IV. Situation dans le bassin valentinois.....	27
METHODOLOGIE	28
I. Type d'étude.....	28
II. Population étudiée	28
III. Le questionnaire [Annexe 3]	29
1) Elaboration du questionnaire.....	29
2) Contenu du questionnaire	29
3) Envoi du questionnaire	30
IV. Analyse statistique	31
V. Recherche bibliographique	32
RESULTATS.....	33
I. Données socio-démographiques des médecins	34
1) Répartition des médecins par sexe.....	34
2) Répartition des médecins par âge	34
3) Répartition des médecins selon leur année d'installation	35
4) Répartition des médecins selon leur mode d'exercice	35
1. Lieu d'exercice : rural, semi-rural, citadin	35
2. Mode d'exercice : seul, en association.....	36
5) Temps moyen pour rejoindre un lieu d'accouchement.....	37
II. Evaluation globale du suivi de grossesse	38
1) Nombre de déclarations de grossesse en moyenne par an	38
2) Nombre de suivis de grossesse en moyenne par an.....	38
3) Mois de grossesse.....	42
III. Formation en gynécologie-obstétrique.....	43
1) Formation en gynécologie-obstétrique suivie.....	43

2) Formation en gynécologie-obstétrique souhaitée	45
3) Compétences en suivi de grossesse.....	47
IV. Coordination des soins et réseaux de soins	49
1) Supports utilisés	49
2) Difficultés rencontrées.....	50
3) Retour d'information.....	50
4) Collaboration avec d'autres professionnels de la périnatalité	51
5) Référent coordinateur	52
6) Réseau périnatal Aurore	53
7) Situations à risque de la Haute Autorité de Santé (HAS)	55
1. Connaissance des situations à risque identifiées.....	55
2. Applicabilité des situations à risque identifiées.....	57
DISCUSSION	58
I. Forces et limites de l'étude.....	58
1) Forces de l'étude	58
1. Le recrutement des médecins généralistes	58
2. Le taux de réponse.....	58
3. Les modes d'envoi du questionnaire.....	58
2) Limites de l'étude et biais	59
1. Biais de recrutement des médecins	59
2. Biais lié au système déclaratif.....	60
3. Le questionnaire	61
4. Recueil de données et analyse.....	62
5. Biais lié au choix du nombre de suivis de grossesse.....	62
II. Discussion des résultats.....	63
1) Des MG correspondant aux profils national et régional	63
1. Du point de vue de l'âge.....	63
2. Du point de vue du sexe.....	63
3. Du point de vue du mode d'exercice	64
2) Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse.....	64
1. Les déclarations de grossesse	64
2. Le suivi de grossesse : une faible activité chez les MG du bassin valentinois.	65
3. Motifs de non suivis de grossesse.....	66
3) Implication des MG pour le suivi de grossesse.....	71
1. Formation complémentaire en gynécologie-obstétrique.....	71
2. Compétences ressenties dans le suivi de grossesse.....	75
3. Des profils de MG pour suivre les grossesses ?	77
4) Place du MG dans la coordination des soins en périnatalité.....	80
1. Terme pour l'orientation des patientes	80
2. La communication des MG envers les gynécologues-obstétriciens : un axe à améliorer ?.....	81
3. Médecins généralistes et autres acteurs de la périnatalité	86
4. Le réseau périnatal Aurore	91
5. Les situations à risque de la Haute Autorité de Santé (HAS)	95
6. Une coordination différente en fonction du suivi de grossesse ?.....	98
CONCLUSION.....	101
ANNEXES.....	103
BIBLIOGRAPHIE	132

GLOSSAIRE DES ABREVIATIONS

ANAP : Agence Nationale d'Aide à la Performance
ANESF : Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes
AURORE : Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrical Régional
CHU : Centre Hospitalier Universitaire
CHV : Centre Hospitalier de Valence
CLGE : Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants
CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
CRAT : Centre de Renseignements sur les Agents Tératogènes
DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées
DIU : Diplôme Inter Universitaire
DIU : Diplôme Inter-Universitaire
DPC : Développement Professionnel Continu
DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
DU : Diplôme Universitaire
ECN : Examen Classant National
FMC : Formation Médicale Continue
FNCGM : Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale
FPC : Formation Professionnelle Continue
HAD : Hospitalisation A Domicile
HAS : Haute Autorité de Santé
HCL : Hôpitaux Civils de Lyon
INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé
MG : Médecin Généraliste
NICE : National Institute for Clinical Excellence
ORS : Observatoire Régional de la Santé
PMA : Procréation Médicalement Assistée
PMI : Protection Maternelle et Infantile
RMM : Revues de Morbi-Mortalité
RSP : Réseau de Santé en Périnatalité

SASPAS : Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé

SFMG : Société Française de Médecine Générale

SSMG : Société Scientifique de Médecine Générale

UE : Union Européenne

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

WONCA : World Organization of Family Doctors

ZEPRAL : Zéro Echange de Papier en Rhône-Alpes

Sigles :

< : inférieur strict

> : supérieur strict

≥ : supérieur ou égal

km : kilomètres

INTRODUCTION

D'une façon générale, le médecin généraliste (MG) est le médecin de famille que les patients consultent en première intention quels que soient leur âge et leurs pathologies. Sa prise en charge du patient est globale et son champ d'action est large et pluridisciplinaire. Il est celui qui permet l'entrée dans le système de soins et a donc un rôle de prévention majeur. (1), (2)

Médecin de premier recours, il a pour mission d'orienter ses patients dans le système de soins et de s'assurer de la continuité et la coordination des soins nécessaires à ses patients. (3), (4)

Il est l'interlocuteur privilégié des femmes au cours de leur(s) grossesse(s) de par sa proximité géographique et relationnelle (relation de confiance, connaissance du milieu familial), et de par ses délais de rendez-vous qui sont moins longs que ceux des gynécologues-obstétriciens (meilleure disponibilité). Il est de ce fait souvent consulté en premier au début de la grossesse ou en cas de pathologies intercurrentes. (5), (6), (7), (8)

Plusieurs acteurs de la périnatalité sont habilités à suivre les grossesses : les acteurs de soins primaires (MG, sages-femmes, gynécologues médicaux), qui peuvent assurer le suivi des grossesses à bas risque selon le choix de la patiente ; et les acteurs de soins secondaires (gynécologues-obstétriciens), qui doivent intervenir en cas de grossesses à risque. Concernant ces différents professionnels, il n'y a pas de différence en terme de pronostic materno-fœtal pour le suivi des grossesses à bas risque. (9), (10), (11), (12), (13)

Pour un suivi de grossesse optimal et afin de garantir la qualité et la sécurité des soins, l'ensemble de ces professionnels doit exercer en collaboration ; et si possible dans le cadre d'un réseau de soins. (14)

Ces dernières années, l'avènement de la surmédicalisation de la grossesse a progressivement éloigné les MG des suivis de grossesse. La surveillance de la grossesse a essentiellement été confiée aux gynécologues-obstétriciens. Néanmoins, le suivi des grossesses non compliquées réintègre lentement le terrain de la médecine générale pour de

multiples raisons : redéfinition des rôles et missions des soins primaires, volonté de «démédicalisation» et de «désécialisation» des problèmes de santé courants, etc. (8)

Alors que le suivi des grossesses physiologiques reste encore très médicalisé, la France présente de forts taux de morbi-mortalité maternelle et infantile. (12) ; (15)

Ces dernières années, le nombre de gynécologues-obstétriciens et de MG est en nette diminution en France (16) (17) ; conséquence directe de l'instauration du numérus clausus visant à limiter l'entrée des étudiants en 2^{ème} année des études médicales. (18)

Le nombre de sages-femmes a parallèlement augmenté et leur rôle de premier recours s'est renforcé afin de pallier cette crise démographique. (19)

Face à ces problématiques, les MG sont également confrontés à l'augmentation de la demande de soins primaires : vieillissement de la population, augmentation de l'incidence et de la prévalence des maladies chroniques, etc. (20)

Les consultations se doivent ainsi d'être minutées afin de répondre au mieux aux besoins de la population. Un autre problème est alors soulevé, celui du temps requis pour assurer les consultations de suivis de grossesse qui est plus long que celui d'une consultation de médecine générale « classique ». (21), (22)

Un travail sur le parcours de soin en périnatalité a été mis en place par un groupe animé par le Dr Marie-Pierre Fernandez, avec l'aide de l'Agence Nationale d'Aide à la Performance (ANAP), sur le bassin valentinois, en 2012-2013. En effet, lors des revues de morbi-mortalités locales ou régionales, plusieurs cas de mortalités maternelles ou néonatales pouvaient être évitables par une prise en charge plus adaptée en amont.

Des défauts de dépistage, d'orientation, d'anticipation, de coordination, de communication étaient retrouvés dans 5 dossiers sur 19 cas de mortalité périnatale du Centre Hospitalier de Valence (CHV) en 2012.

Lors de la journée inter-réseau Rhône-Alpes à Chambéry datant du 23/11/12, Madame Corinne Dupont, dans une étude sur la mortalité maternelle en région Rhône-Alpes entre 2003 et 2011, retrouvait que sur 30 décès maternels, 8 étaient évitables et 6 sur 8 avaient des trajectoires de soins imparfaites.

Le MG, acteur de soin primaire, joue un rôle essentiel dans l'orientation des patientes présentant des pathologies soit au début soit en cours de grossesse. Leur implication en périnatalité apparaît être variable et hétérogène. Il nous a de ce fait paru nécessaire de réaliser un état des lieux sur la place du MG dans le suivi et la coordination des soins pendant la grossesse dans le bassin valentinois.

Nous pensions en effet qu'à l'heure actuelle les hypothèses soulevées étaient les suivantes :

- peu de MG assurent le suivi de grossesse dans le bassin valentinois et la principale cause est le manque de temps ;
- le profil des MG influence leur implication dans le suivi de grossesse (âge, sexe, année d'installation, lieu et mode d'exercice, temps moyen pour rejoindre un lieu d'accouchement, formation complémentaire, compétences) ;
- les MG ont des difficultés de coordination dans le cadre du suivi de grossesse : difficultés pour orienter une patiente, peu de retour d'information, pas de connaissance du réseau Aurore ou des situations à risque identifiées de la Haute Autorité de Santé (HAS).

En fonction des problèmes ou des dysfonctionnements soulevés nous souhaitons proposer des axes d'amélioration.

CONTEXTE ET JUSTIFICATION

I. Evolution de la place du MG dans le suivi de grossesse en France et cadre réglementaire

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, le MG occupait en France le rôle central dans la prise en charge des femmes enceintes et des accouchements. (8)

Le suivi de grossesse s'est médicalisé depuis la mise en place de la Protection Maternelle et Infantile (PMI) en 1945. L'enjeu était de réduire la morbi-mortalité périnatale. Depuis ces dernières années, le domaine de la naissance a été soumis à une technicisation croissante afin de garantir une santé parfaite de l'enfant à venir. Les techniques de surveillance de la grossesse ont de ce fait pris une place importante (perfectionnement des échographies obstétricales, inflation des amniocentèses, développement des techniques de procréation médicalement assistée, etc.). (23)

Les gynécologues-obstétriciens sont devenus les principaux acteurs du suivi des grossesses, éloignant progressivement les MG de cette activité. La surveillance obligatoire des grossesses a contribué à réduire la morbi-mortalité mais le rythme d'amélioration des principaux indicateurs liés à la naissance a été moins rapide que dans les autres pays industrialisés. (8)

Après l'instauration de plusieurs programmes en périnatalité, un nouveau plan axé sur l'humanité, la proximité, la sécurité et la qualité, a été décidé pour la période 2005-2007. Ce plan proposait en effet un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en permettant une offre plus humaine et plus sociale. Il cherchait également à améliorer la connaissance du domaine de la périnatalité et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent. (24)

Faisant suite à ce plan périnatalité, la HAS a publié en 2007 des recommandations [Annexe 1] permettant de mieux redéfinir le rôle des professionnels impliqués en périnatalité. Les objectifs étaient d'améliorer l'identification des situations à risque pouvant potentiellement compliquer la grossesse et d'adapter le suivi en conséquence (en termes de professionnels de santé et de lieu d'accouchement). Deux types de suivis ont donc été établis en fonction des situations à risque identifiées :

- Le suivi A : lorsque la grossesse se déroule sans situation à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.
 - o Avis A1 : avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste conseillé.
 - o Avis A2 : avis d'un gynécologue-obstétricien nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
- Le suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

La HAS a également souligné l'avantage du suivi assuré par un groupe restreint de professionnels (grade A), l'idéal étant le suivi par une seule et même personne. Si le suivi est réalisé par un groupe de professionnels de santé, une personne « référente » dans ce groupe facilite la coordination et l'organisation des soins. Un accompagnement personnalisé qui privilégie la complémentarité des divers acteurs dans la continuité est indispensable pour améliorer la sécurité de la mère et de l'enfant (10), (14).

II. Les réseaux de santé en périnatalité

1) Généralités

Les Réseaux de Santé en Périnatalité (RSP) se sont développés au cours de ces dernières années. Historiquement, ils étaient plus particulièrement centrés sur la coordination inter établissements pour les transferts in utero, visant à orienter les femmes enceintes avant l'accouchement vers la structure adaptée aux facteurs de risque identifiés. Les différents types de maternité ont ainsi été définis (niveau 1, 2, 3).

Le Plan périnatalité 2005-2007 a donné lieu à l'élaboration d'un cahier des charges national des RSP, afin de renforcer la volonté politique dite de régionalisation des soins avec « l'obligation de couvrir tout le territoire par ces réseaux de périnatalité ». Les RSP doivent ainsi proposer, en amont et en aval de la naissance, à l'hôpital et en ville, une prise en charge globale et continue de la femme enceinte et de son enfant. Une telle organisation doit permettre d'assurer un suivi médical adapté au niveau de risque en définissant le parcours de soins (gradation des soins). L'objectif est d'améliorer la sécurité et la qualité de la prise en charge en périnatalité, de diminuer la morbi-mortalité maternelle et infantile, l'incidence de la prématurité et l'incidence du handicap chez les enfants. (24)

Parallèlement, les RSP se sont fixés des actions plus transversales dont celle de favoriser les collaborations interprofessionnelles et la coordination des interventions entre les professionnels de santé de ville, les services de PMI et les établissements de santé. (24), (25), (26)

2) Le réseau périnatal Aurore

Le sigle AURORE signifie : Association des Utilisateurs du Réseau Obstétrical REgional. Il est l'un des quatre réseaux périnatals de la région Rhône-Alpes et a été formalisé en février 2003. Ces objectifs nécessitent une implication et une participation active des professionnels sans lesquelles un réel bénéfice en termes de santé du couple mère-enfant ne peut être attendu ou atteint (27), (70).

Il s'étend autour des Hôpitaux Civils de Lyon (HCL) et d'Oyonnax à Montélimar. Il regroupe un ensemble d'établissements publics et privés en Rhône-Alpes (maternités et services de néonatalogie), des professionnels de santé libéraux et de PMI ainsi que des associations de parents ou de professionnels.

En 2013, 45 271 bébés sont nés dans les maternités de ce réseau.

Ce réseau est fondé sur une charte officielle axée sur 3 objectifs principaux qui sont :

- des prestations de qualité ;
- le bien-être pendant la grossesse, la naissance et la période post-natale ;
- la sécurité des mères et des nouveau-nés.

Il concourt à :

- une harmonisation des pratiques médicales (protocoles communs de soins, traitements régulièrement discutés et remis à jour) ;
- une concertation et une communication entre les professionnels ;
- une amélioration des pratiques (Revue de Morbi-Mortalités (RMM)) ;
- des soins adaptés à la mère et au nouveau-né ;
- au maintien du lien mère enfant. (28)

III. Démographie médicale du suivi de grossesse en France

1) Quelques chiffres clés

- **Au niveau national**

En 2013, 811 510 bébés sont nés en France, soit une baisse de 1,2% par rapport à 2012. Le nombre de naissances reste néanmoins important. Depuis 2005, il dépasse 800 000 chaque année. (29)

Au sein de l'Union Européenne (UE), la France est avec l'Irlande, l'un des pays les plus féconds (2,01 enfants par femme en 2012 pour les deux pays). (30)

Même si des progrès ont été observés dans le domaine de la périnatalité, la France a le taux de mortinatalité (naissances d'enfants sans vie) le plus élevé d'Europe (9,2 pour 1000 naissances totales). La mortalité néonatale (décès dans les 27 premiers jours après la naissance) est en légère baisse : 2,3 pour 1000 naissances vivantes en France (2,6 en 2003). La prématurité (naissance avant 37 semaines d'âge gestationnel) est en légère hausse par rapport à 2003 : elle passe de 6,3 à 6,6 % des naissances vivantes. Le ratio de mortalité maternelle est de 8,4 pour 100 000 naissances (pour la période 2006-2010). (15)

- **Au niveau départemental**

La Drôme, département de la région Rhône-Alpes, est caractérisée par son attractivité médicale très faible (31) et par le vieillissement de sa population : en 2008 la part de personnes âgées de plus de 65 ans (18%) était supérieure à la région (15,9%) et à la France (16,7%). Depuis 1975, cette population a d'ailleurs augmenté de 68% et devrait pratiquement doubler sur le département à l'horizon 2040 alors qu'il s'agit des populations qui présentent le plus de perte d'autonomie. Le taux de fécondité (nombre de naissances rapporté au nombre de femmes en âge de procréer) plaçait la Drôme au 4^{ème} rang des départements de la région en 2010. (32)

2) Démographie des principaux acteurs de la périnatalité

- **Les médecins généralistes**

En France, au 1er janvier 2013, le tableau de l'Ordre recensait 91 539 MG inscrits en activité régulière (baisse de 1% en un an). En moyenne, la densité régionale était de 138,6 MG, en activité régulière, pour 100 000 habitants et la densité départementale de 136,5. (33)

D'après les projections, cette tendance à la baisse aurait une forte probabilité à se confirmer pour atteindre 86 203 MG en activité régulière en 2020. (16)

En 2013, la région Rhône-Alpes recensait 6 018 MG ; soit une diminution des effectifs de 3,2% ces six dernières années. Âgés en moyenne de 52 ans, les hommes représentent 64% des effectifs. 24,8% des MG sont âgés de 60 ans et plus et 13,6% sont âgés de moins de 40 ans. Parmi ces jeunes générations, les femmes représentent 60% des effectifs. (3)

- **Les gynécologues-obstétriciens**

Il existe une désaffectation de la spécialité de gynécologie-obstétrique liée au manque relatif d'attractivité de la profession (pénibilité des conditions d'exercice, féminisation de la profession, augmentation des problèmes juridiques et médico-légaux, faible valorisation financière des actes dispensés). Les cessations d'activité ne seront donc pas compensées par l'arrivée de jeunes générations. La pérennité de la situation actuelle conduirait à une réduction de leur effectif de 57% en 2020 sur l'ensemble de l'hexagone. (17)

Au 31 décembre 2013, la densité des gynécologues-obstétriciens était de 30,6 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en France, de 29,9 en Rhône-Alpes et de 30,3 dans la Drôme. Entre le 31 décembre 2011 et le 31 décembre 2013, on observe une augmentation de leurs effectifs de 10% sur la région (7% au niveau national). Cette augmentation s'accompagne cependant d'une féminisation de la profession qui ne sera probablement pas suffisante pour pallier les difficultés qui vont s'amplifier dans les années à venir. La moyenne d'âge des gynécologues-obstétriciens dans la région est légèrement inférieure à la moyenne

d'âge nationale (respectivement 45,8 et 47,4 ans). La Drôme est le département de la région où la moyenne d'âge est la plus élevée (48 ans). (34)

D'après les projections, le nombre de gynécologues-obstétriciens deviendra insuffisant pour les prochaines années et ils seront dans l'incapacité d'assumer toutes leurs fonctions. (2), (21), (35), (36)

- **Les gynécologues médicaux**

La gynécologie médicale est aujourd'hui une spécialité en grande difficulté. En France, au 31 décembre 2013, on dénombrait 3435 gynécologues médicaux. Entre le 31 décembre 2011 et le 31 décembre 2013, leur nombre a diminué de 6% au niveau national et de 4% au niveau de la région Rhône-Alpes. (34)

Au 31 décembre 2013, la densité en France était de 23,9 gynécologues médicaux pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans, 22,3 en région Rhône-Alpes et 17,1 dans le département de la Drôme. La moyenne d'âge des gynécologues médicaux rhônalpins est de 59,3 ans (59,5 ans au niveau national). La Drôme enregistre la moyenne d'âge la plus élevée (61,3 ans) des départements de la région. En Rhône-Alpes, 90% des gynécologues médicaux en activité sont susceptibles de partir à la retraite d'ici 10 ans et le nombre d'internes formés est loin de compenser le nombre de départs à la retraite. (34)

- **Les sages-femmes**

Au cours de ces vingt dernières années, le nombre de sages-femmes en activité a augmenté de manière régulière et à un rythme plus élevé que le nombre de femmes en âge de procréer. Début 2011, on comptait 18 800 sages-femmes en France. En 2012, on en comptait 21 000 (37). Leur nombre devrait d'ailleurs continuer d'augmenter jusqu'en 2030 et même si le taux de natalité reste stable depuis plusieurs années, leur activité pourrait évoluer du fait de la diminution du nombre de gynécologues-obstétriciens et du renforcement de leur rôle de premier recours auprès des femmes. (19)

La région Rhône-Alpes est une région attractive pour les sages-femmes. Elle fait partie des régions les plus pourvues. La densité de cette profession est bien supérieure à la moyenne

nationale. En 2013, on comptait 139 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans au niveau national, 162,26 en Rhône-Alpes et 171,63 dans la Drôme (2^{ème} département le plus dense après le département du Rhône au niveau de la région), tout type d'exercice confondu. (38)

IV. Situation dans le bassin valentinois

La ville de Valence comprend non seulement le CHV (niveau 2B) mais également à proximité (liste non exhaustive) :

- des maternités de niveau 1 : à Guilhaud-Granges (située à environ 5 km de Valence), à Privas (située à environ 40 km) et à Die (située à environ 60 km) ;
- des maternités de niveau 2A : à Romans-sur-Isère (située à environ 25 km) et à Montélimar (située à environ 45 km).

En 2012, dans le bassin valentinois (Valence et Guilhaud-Granges), on retrouvait 25 gynécologues-obstétriciens ou médicaux (5 gynécologues-obstétriciens exclusivement chirurgicaux ont été exclus car ne suivent pas de grossesse), 20 sages-femmes libérales (Valence, Guilhaud-Granges et périphérie) et 4 sages-femmes de PMI (les sages-femmes hospitalières n'ont pas été comptabilisées car seules 4 d'entre elles suivent des grossesses) (*données Pages Jaunes 2012*).

L'Ardèche et la Drôme sont les départements enregistrant les taux de précarité les plus forts de la région Rhône-Alpes (autour de 14% en 2008 contre 11% pour la région). Or, il se trouve que la précarité s'accompagne d'un mauvais suivi de grossesse et d'une augmentation des risques maternels et néonataux avec risque de séquelles importantes. (39)

En 2012, au CHV, le taux de prématurité était élevé (9,5%) et le taux de mortalité périnatale était de 0,6% (*statistiques 2012 du réseau Aurore*).

METHODOLOGIE

I. Type d'étude

Il s'agissait d'une enquête descriptive observationnelle prospective, se déroulant entre le 25 juin et le 25 octobre 2013, dans le bassin valentinois (défini par la ville de Valence étendue à un périmètre de 40 kilomètres autour de la ville).

II. Population étudiée

342 MG ont été sélectionnés à partir d'une base de données numériques (« Les Pages Jaunes »), au sein du bassin valentinois mais également au sein de zones géographiques de désert médical situées à plus de 40 kilomètres de Valence [**Annexe 2**].

Nous avons choisi ces zones éloignées car elles représentent un bassin de recrutement du CHV. Elles incluent Le Cheylard (5 médecins), Saint-Martin-de-Valamas (2 médecins), Mariac (2 médecins) et la Vallée du Diois (Die : 8 médecins, Luc-en-Diois : 2 médecins, Saillans : 2 médecins).

Les médecins inclus étaient tous les MG en activité au moment de l'étude, exerçant la médecine générale en libéral et ayant leur cabinet situé dans les zones géographiques précédemment décrites.

Les MG exclus étaient tous les médecins retraités inactifs au moment de l'étude, les médecins pratiquant une activité d'homéopathie et/ou d'acupuncture et/ou d'ostéopathie et/ou d'allergologie et/ou de médecine du sport exclusive et les MG ayant changé de spécialité.

Nous n'avons pas jugé nécessaire de faire préciser aux MG quelle était la forme de regroupement en cas d'association (cabinets exclusivement médicaux avec MG et/ou spécialistes, association aux paramédicaux, etc.).

III. Le questionnaire [Annexe 3]

1) Elaboration du questionnaire

En mars 2013, le questionnaire a été rédigé avec l'aide de praticiens hospitaliers et d'assistants en obstétrique, ainsi que de sages-femmes exerçant au service de gynécologie-obstétrique du CHV.

En avril 2013, le questionnaire a été testé par un groupe de 4 MG travaillant sur le parcours de soins. Ces MG exerçaient dans le périmètre d'inclusion de notre étude mais sur des sites différents (deux en médecine rurale et deux en médecine citadine). L'ensemble de ces MG exerçaient en groupe.

2) Contenu du questionnaire

Le questionnaire était composé de 25 questions réparties selon quatre items permettant de faire un état des lieux du suivi et de la coordination des soins pendant la grossesse chez les MG du bassin valentinois.

1. Données socio-démographiques des MG : âge, sexe, année d'installation, mode d'exercice, temps entre le lieu d'exercice et un lieu d'accouchement.
2. Evaluation globale de l'activité en obstétrique des MG : nombre de déclarations et de suivis de grossesse par an, mois de grossesse à partir duquel les médecins décident d'adresser leurs patientes à un gynécologue-obstétricien.
3. Formation en gynécologie-obstétrique : formation suivie et souhaitée, compétences ressenties.

4. Coordination des soins en périnatalité : supports utilisés, difficultés rencontrées, retour d'information, professionnels de la périnatalité, référent coordinateur de la grossesse, connaissance du réseau Aurore, connaissance des situations à risque de la HAS.

3) Envoi du questionnaire

Une fois le questionnaire relu et testé collégalement, nous l'avons envoyé en majorité par mail aux MG, après appel téléphonique préalable afin de les prévenir de l'envoi du questionnaire, d'exposer notre projet et d'obtenir leurs coordonnées e-mail. Certaines adresses mails avaient été cependant obtenues grâce aux listes fournies par le service d'Hospitalisation A Domicile (HAD) du CHV et de ce fait aucun appel préalable n'avait été passé pour prévenir ces quelques médecins.

Une réponse par mail, courrier postal ou fax était attendue. Les médecins auprès desquels la voie e-mail n'a pas pu être réalisée (pas d'accès internet, préférence du médecin), ont reçu leur questionnaire par courrier postal ou par fax. Pour les questionnaires envoyés par voie postale, une enveloppe timbrée pré-remplie était fournie.

Le questionnaire était anonyme pour l'analyse des résultats mais pour des raisons techniques, l'identité de chaque médecin était demandée lors de son remplissage.

Une lettre était envoyée avec chaque questionnaire afin d'expliquer notre projet [Annexe 4]. Elle permettait de présenter l'auteur, le sujet de thèse et les objectifs définis.

L'envoi de la totalité des questionnaires a été réalisé le 25 juin 2013. Une période de trois mois a été arbitrairement fixée pour l'obtention des réponses, du fait de la période estivale et du risque plus élevé de non réponses attendues (vacances, remplaçants). La première date limite de réponse était donc fixée au 25 septembre 2013. A partir de cette date, nous avons effectué des rappels téléphoniques auprès des MG n'ayant pas retourné leurs questionnaires. Nous nous sommes alors fixés une période d'un mois pour obtenir les questionnaires manquants. La date limite maximale de réponse était donc fixée au 25 octobre 2013. Au-delà de cette date, plus aucun questionnaire reçu n'a été analysé.

Les MG pouvaient nous contacter par téléphone, courrier postal, mail ou par fax si besoin.

IV. Analyse statistique

Une base de données a été réalisée à l'aide du logiciel EXCEL et du serveur GOOGLE DRIVE afin de saisir et d'analyser les données obtenues.

La description des variables a reposé sur des paramètres classiques tels que la moyenne et les pourcentages.

L'analyse statistique a utilisé le test du χ^2 pour les comparaisons de variables qualitatives et indépendantes. Pour les tableaux à 2 X 2 cases, la correction de Yates a été appliquée. Le test exact de Fisher a été utilisé lorsque les échantillons étaient trop petits pour réaliser le test du Chi-deux (effectifs attendus < 5).

Le critère de jugement était $p < 0,05$ (risque alpha choisi égal à 5%) :

- Si $p < 0,05$: on pouvait conclure que nos résultats étaient significatifs et non seulement liés au hasard ;
- Si $p > 0,05$, nous ne pouvions pas conclure à la significativité de nos résultats.

Les médecins des zones géographiques éloignées ont été classés sous le terme « sous-groupe ».

Aucune analyse statistique n'a pu être réalisée par nombre de suivis de grossesse ou nombre de déclarations de grossesse compte tenu de la faiblesse des effectifs pour chacune des catégories.

De ce fait, pour faciliter l'analyse des résultats, nous avons réparti les médecins en trois catégories :

- « aucun suivi » ;
- « < 10 suivis » ;
- « ≥ 10 suivis ».

V. Recherche bibliographique

La recherche bibliographique a été majoritairement réalisée par le biais d'internet :

- les principaux moteurs de recherche ont été :
 - google,
 - google scholar,
 - pubmed...

- les principaux sites internet consultés ont été :
 - HAS,
 - Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF),
 - Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE),
 - Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)...

- les principaux mots clés utilisés ont été :
 - suivi de grossesse,
 - médecin généraliste,
 - réseau de soins en périnatalité,
 - healthy pregnant women,
 - antenatal care...

La période de recherche s'est étendue de mars 2013 à mai 2015.

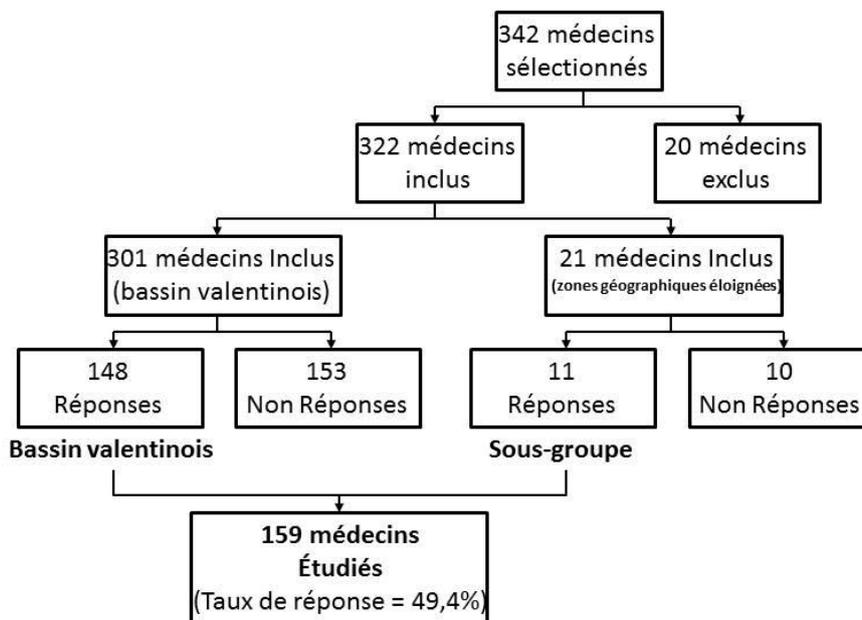
RESULTATS

Au total, 322 MG correspondaient aux critères d'inclusion de l'étude (20 médecins ont été exclus), et ont donc reçu chacun un questionnaire. Parmi eux, 253 ont reçu leur questionnaire par mail, 41 par courrier postal et 28 par fax.

Sur ces 322 médecins, 159 ont répondu au questionnaire dans les délais, soit un taux de réponse de 49,4%. Parmi ces 159 médecins, 11 correspondaient au sous-groupe des zones géographiques éloignées précédemment décrites.

3 questionnaires sont arrivés après la date limite d'envoi et n'ont donc pas été pris en compte dans l'analyse des résultats.

Les réponses aux cinq thèmes n'ont pas toujours été données. Pour l'analyse croisée de différentes variables, seules les réponses complètes ont été prises en compte (par exemple, si la réponse du médecin indiquait bien le sexe mais pas l'âge, elle n'était pas retenue dans le cas où ces deux critères étaient analysés simultanément).



I. Données socio-démographiques des médecins

1) Répartition des médecins par sexe

Tous les médecins de l'échantillon ont répondu à cet item (n = 159).

64% des médecins étudiés étaient des hommes.

La répartition des médecins du sous-groupe (n = 11) était totalement identique à celle de l'échantillon total puisque le pourcentage d'hommes était aussi de 64%.

2) Répartition des médecins par âge

Globalement :

155 médecins ont répondu à cet item.

La moyenne d'âge des médecins était de 51 ans.

17% des médecins avaient moins de 40 ans et 27% avaient 60 ans ou plus.

En fonction du sexe :

65% des médecins âgés de moins de 40 ans étaient des femmes alors que 88% des médecins âgés de 60 ans ou plus étaient des hommes.

Cette différence était significative (p < 0,001).

Il n'y avait pas de différence observée avec les médecins du sous-groupe (n = 11).

Tableau 1 : Répartition des médecins étudiés en fonction des tranches d'âge et du sexe.

TRANCHES D'AGE	Global		Sexe			
			Femmes		Hommes	
	n	%	n	%	n	%
< 40 ans	26	17	17	30	9	9
40-49 ans	30	20	15	27	15	15
50-59 ans	56	36	19	34	37	37
≥ 60 ans	43	27	5	9	38	38
TOTAL MEDECINS	155	100	56	100	99	100

3) Répartition des médecins selon leur année d'installation

Globalement :

150 médecins ont répondu à cet item.

48% des médecins s'étaient installés avant 1990 (installation il y a plus de 25 ans).

En fonction du sexe :

63% des hommes s'étaient installés avant 1990 versus 22% des femmes.

Cette différence était significative (p < 0,001).

Tableau 2 : Date d'installation des médecins, globalement et en fonction du sexe.

DATE D'INSTALLATION	Global		Sexe			
			Femmes		Hommes	
	n	%	n	%	n	%
< 1990	72	48	12	22	60	63
1990- 2009	59	39	28	52	31	32
≥ 2010	19	13	14	26	5	5
TOTAL MEDECINS	150	100	54	100	96	100

Il n'y avait pas de différence observée avec les médecins du sous-groupe (n = 11).

4) Répartition des médecins selon leur mode d'exercice

1. Lieu d'exercice : rural, semi-rural, citadin

Globalement et en fonction du sous-groupe :

157 médecins ont répondu à cet item.

Dans notre échantillon, 14% des médecins exerçaient en milieu rural.

Dans le sous-groupe, ce pourcentage était de 60%.

Cette différence était significative (p = 0,02).

Tableau 3 : Lieu d'exercice des médecins, globalement et en fonction du sous-groupe.

LIEU D'EXERCICE	Global		Sous-groupe	
	n	%	n	%
Rural	22	14	6	60
Semi-rural	76	48	4	40
Citadin	59	38	0	0
TOTAL MEDECINS	157	100	10	100

Il n'y avait pas de différence observée en fonction du sexe ou de l'âge des médecins.

2. Mode d'exercice : seul, en association

Globalement :

150 médecins ont répondu à cet item.

63% des médecins exerçaient en association.

En fonction des tranches d'âges :

80% des médecins de moins de 40 ans exerçaient en association versus 55% des médecins de 60 ans ou plus.

Cette différence n'était pas significative ($p = 0,1$).

Tableau 4 : Mode d'exercice des médecins en fonction des tranches d'âges.

MODE D'EXERCICE	Tranches d'âges					
	< 40 ans		40-59 ans		≥ 60 ans	
	n	%	n	%	n	%
Seul	5	20	32	39	19	45
En association	20	80	51	61	23	55
TOTAL MEDECINS	25	100	83	100	42	100

Il n'y avait pas de différence observée en fonction du sexe, des autres variables étudiées et du sous-groupe ($n = 10$).

5) Temps moyen pour rejoindre un lieu d'accouchement

Globalement et en fonction du sous-groupe :

156 médecins ont répondu à cet item.

Parmi eux, 93% étaient situés à moins de 45 minutes d'un lieu d'accouchement.

Dans le sous-groupe, ce pourcentage était de 45%.

Cette différence était significative (p = 0,0002).

Tableau 5 : Temps moyen pour rejoindre un lieu d'accouchement, globalement et en fonction du sous-groupe.

TEMPS MOYEN	Global		Sous-groupe	
	n	%	n	%
< 45 minutes	145	93	5	45
≥ 45 minutes	11	7	6	55
TOTAL MEDECINS	156	100	11	100

Il n'y avait pas de différence en fonction des autres variables étudiées.

II. Evaluation globale du suivi de grossesse

1) Nombre de déclarations de grossesse en moyenne par an

Globalement :

157 médecins ont répondu à cet item.

93% des médecins faisaient des déclarations de grossesse.

Parmi eux, 65% en faisaient moins de 10 par an.

Tableau 6 : Nombre de déclarations de grossesse réalisées par les médecins généralistes en moyenne sur une année.

NOMBRE DE DECLARATIONS DE GROSSESSE	Global	
	n	%
Aucune déclaration	11	7
Déclarations de grossesse :	146	93
< 10	102	65
10 – 20	34	22
≥ 20	10	6
TOTAL MEDECINS	157	100

Il n'y avait pas de différence observée avec les autres variables et le sous-groupe (n = 11).

2) Nombre de suivis de grossesse en moyenne par an

Globalement et en fonction du sous-groupe :

156 médecins ont répondu à cet item. Parmi eux, 63% des médecins faisaient des suivis.

Dans le sous-groupe, ce pourcentage s'élève à 100%.

Cette différence était significative (p = 0,009).

En fonction du sexe :

77% des femmes suivaient des grossesses versus 55% des hommes.

Cette différence était significative (p = 0,01).

Tableau 7 : Nombre de suivis de grossesse, globalement, en fonction du sexe et en fonction du sous-groupe.

NOMBRE DE SUIVIS DE GROSSESSE	Global		Sexe				Sous-groupe	
			Femmes		Hommes			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Aucun suivi	58	37	13	23	45	45	0	0
Suivis :	98	63	43	77	55	55	11	100
<10	82	53	33	59	49	49	10	90
≥ 10	16	10	10	18	6	6	1	10
TOTAL MEDECINS	156	100	56	100	100	100	11	100

En fonction de l'âge :

Les médecins âgés de moins de 40 ans étaient moins nombreux à suivre des grossesses que les médecins âgés de 40-59 ans ou que les médecins âgés de 60 ans ou plus (respectivement 46%, 68% et 64%).

Cette différence n'était pas significative ($p = 0,1$).

Tableau 8 : Nombre de suivis de grossesse en fonction des tranches d'âges des médecins.

NOMBRE DE SUIVIS DE GROSSESSE	Tranches d'âges					
	< 40 ans		40-59 ans		≥ 60 ans	
	n	%	n	%	n	%
Aucun suivi	14	54	28	32	15	36
Suivis :	12	46	59	68	27	64
< 10	10	38	48	55	24	57
≥ 10	2	8	11	13	3	7
TOTAL MEDECINS	26	100	87	100	42	100

En fonction de l'année d'installation :

45% des médecins installés en 2010 ou après faisaient des suivis de grossesses versus 66% des médecins installés avant 1990.

Cette différence n'était pas significative ($p = 0,1$).

Tableau 9 : Nombre de suivis de grossesse en fonction de l'année d'installation des médecins.

NOMBRE DE SUIVIS DE GROSSESSE	Année d'installation					
	< 1990		1990-2009		≥ 2010	
	n	%	n	%	n	%
Aucun suivi	25	34	18	31	11	55
Suivis :	49	66	40	69	9	45
<10	43	58	35	60	6	30
≥ 10	6	8	5	9	3	15
TOTAL MEDECINS	74	100	58	100	20	100

En fonction du temps avec un lieu d'accouchement :

73% des médecins exerçant à 45 minutes ou plus d'un lieu d'accouchement faisaient des suivis de grossesse versus 63% des médecins exerçant à moins de 45 minutes.

Cette différence n'était pas significative ($p = 0,7$).

Tableau 10 : Nombre de suivis de grossesse en fonction du temps pour rejoindre un lieu d'accouchement.

NOMBRE DE SUIVIS DE GROSSESSE	Temps moyen pour rejoindre un lieu d'accouchement			
	≥ 45 minutes		< 45 minutes	
	n	%	n	%
Aucun suivi	3	27	55	37
Suivis :	8	73	92	63
<10	6	55	78	53
≥ 10	2	18	14	10
TOTAL MEDECINS	11	100	147	100

En fonction du lieu d'exercice :

68% des médecins exerçant en milieu rural faisaient des suivis versus 59% des médecins exerçant en milieu citadin.

Cette différence n'était pas significative ($p = 0,6$).

Tableau 11 : Nombre de suivis de grossesse en fonction du lieu d'exercice des médecins généralistes.

NOMBRE DE SUIVIS DE GROSSESSE	Lieu d'exercice					
	Rural		Semi-rural		Citadin	
	n	%	n	%	n	%
Aucun suivi	7	32	25	30	24	41
Suivis :	15	68	58	70	35	59
<10	12	54	50	60	28	47
≥ 10	3	14	8	10	7	12
TOTAL MEDECINS	22	100	83	100	59	100

Les motifs de non suivis de grossesse :

59 médecins ont répondu à cet item.

Plusieurs réponses étaient possibles.

Le manque de demande était cité par 66% des médecins ne suivant pas de grossesse.

Tableau 12 : Motifs de non suivi de grossesse par les médecins généralistes.

MOTIFS DE NON SUIVI DE GROSSESSE	Global (n = 59)	
	n	%
Manque de demande	39	66
Manque de formation	17	29
Manque de temps	10	17
Manque d'intérêt	9	15
Autres motifs	12	20

12 médecins ont évoqué d'autres motifs :

- la présence de sages-femmes à proximité (1 femme, 3 hommes) ;
- l'association avec des consœurs (3 hommes) ;
- les raisons médico-légales (2 hommes) ;
- l'installation récente (1 femme) ;
- les difficultés par rapport à l'histoire personnelle (1 femme) ;
- la peur de mal faire (1 femme).

Il n'y avait pas de différence observée en fonction des autres variables ou du sous-groupe (n = 11).

3) Mois de grossesse

Nous souhaitons connaître le mois de grossesse à partir duquel les MG décident d'adresser leurs patientes à un gynécologue-obstétricien dans le cadre du suivi de grossesse.

147 médecins ont répondu à cet item.

31% des médecins adressaient leurs patientes à partir de 6^{ème} mois.

Tableau 13 : Mois de grossesse à partir duquel les médecins généralistes adressent leurs patientes.

MOIS DE GROSSESSE	Global	
	n	%
3 ^{ème} mois révolu	25	17
4 ^{ème} mois révolu	15	10
5 ^{ème} mois révolu	13	9
6 ^{ème} mois révolu	45	31
7 ^{ème} mois révolu	37	25
8 ^{ème} mois révolu	11	8
9 ^{ème} mois révolu	1	1
TOTAL MEDECINS	147	100

Il n'y avait pas de différence observée en fonction des autres variables ou du sous-groupe (n = 11).

III. Formation en gynécologie-obstétrique

1) Formation en gynécologie-obstétrique suivie

Globalement et en fonction du sous-groupe :

149 médecins ont répondu à cet item. Parmi eux, 63% avaient suivi une formation.

Dans le sous-groupe, ce taux était de 40%.

Cette différence n'était pas significative ($p = 0,2$).

En fonction du sexe :

Les femmes étaient plus nombreuses à avoir suivi une formation que les hommes (80% versus 53%).

Cette différence était significative ($p = 0,001$).

Tableau 14 : La formation suivie par les médecins, globalement, en fonction du sous-groupe et en fonction du sexe.

FORMATION SUIVIE	Global		Sous- groupe		Sexe			
					Femmes		Hommes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	94	63	4	40	45	80	49	53
Non	55	37	6	60	11	20	44	47
TOTAL MEDECINS	149	100	10	100	56	100	93	100

En fonction du suivi de grossesse :

73% des médecins faisant des suivis de grossesse avaient reçu une formation versus 44% des médecins ne faisant aucun suivi.

Cette différence était significative ($p = 0,001$).

Tableau 15 : Formation suivie en fonction du suivi de grossesse réalisé.

FORMATION SUIVIE	NOMBRE DE SUIVIS DE GROSSESSE							
	Aucun suivi		Suivis					
			Global		< 10		≥ 10	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	23	44	70	73	58	72	12	80
Non	29	56	26	27	23	28	3	20
TOTAL MEDECINS	52	100	96	100	81	100	15	100

La totalité des médecins ayant suivi une formation ont précisé de laquelle il s'agissait :
Plusieurs réponses étaient possibles.

Globalement :

151 médecins ont répondu à cet item.

La Formation Médicale Continue (FMC) était la formation la plus citée par l'ensemble des médecins (76%).

En fonction du sexe :

Les hommes étaient plus nombreux à avoir cité la FMC que les femmes (86% versus 64%).

Les femmes étaient plus nombreuses à avoir cité les Diplômes Universitaires (DU) et Inter-universitaires (DIU) respectivement 29% et 6%.

Cette différence était significative (p = 0,01).

Tableau 16 : Type de formation suivie par les médecins, globalement et en fonction du sexe.

TYPE DE FORMATION SUIVIE	Global (n = 151)		Sexe			
			Femmes (n = 45)		Hommes (n = 49)	
	n	%	n	%	n	%
FMC	115	76	29	64	42	86
DU et DIU	26	17	13	29	3	6
Autres formations	24	16	7	16	8	16

Dans la catégorie « Autres formations » étaient cités :

- littérature et internet (2 hommes – 43 et 51 ans) ;
- pratiques des suivis et des accouchements en milieu montagne (homme – 64 ans) ;
- remplacements en tant que gynécologue (femme – 30 ans) ;
- suivi de consultations spécialisées en gynécologie (femme – 40 ans) ;
- travail un an en centre de planification (femme – 52 ans).

Il n'y avait pas de différence observée en fonction des autres variables et du sous-groupe (n = 10).

2) Formation en gynécologie-obstétrique souhaitée

Globalement et en fonction du sous-groupe :

143 médecins ont répondu à cet item. Parmi eux, 57% des médecins ne souhaitaient pas avoir de formation complémentaire.

Dans le sous-groupe, ce pourcentage était à 80%.

Cette différence n'était pas significative (p = 0,2).

En fonction du sexe :

Les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à souhaiter une formation (58% versus 35%).

Cette différence était significative (p = 0,02).

Tableau 17 : La formation souhaitée par les médecins, globalement, en fonction du sous-groupe et en fonction du sexe.

FORMATION SOUHAITEE	Global		Sous- groupe		Sexe			
					Femmes		Hommes	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	62	43	2	20	29	58	33	35
Non	81	57	8	80	21	42	60	65
TOTAL MEDECINS	143	100	10	100	50	100	93	100

En fonction du suivi de grossesse :

48% des médecins faisant des suivis de grossesse souhaitaient une formation complémentaire versus 33% des médecins ne faisant aucun suivi.

Cette différence n'était pas significative ($p = 0,1$)

Tableau 18: Formation souhaitée en fonction du nombre de suivis de grossesse.

FORMATION SOUHAITEE	NOMBRE DE SUIVIS DE GROSSESSE							
	Aucun suivi		Suivis					
			Global		< 10		≥ 10	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	17	33	43	48	40	53	3	23
Non	34	67	46	52	36	47	10	77
TOTAL MEDECINS	51	100	89	100	76	100	13	100

En fonction de la formation suivie :

54% des médecins ayant suivi une formation souhaitaient en avoir une versus 27% des médecins n'ayant pas suivi de formation.

Cette différence était significative ($p = 0,003$).

Tableau 19 : La formation souhaitée en fonction de la formation suivie.

FORMATION SOUHAITEE	Formation suivie			
	Oui		Non	
	n	%	n	%
Oui	45	54	15	27
Non	39	46	41	73
TOTAL MEDECINS	84	100	56	100

Il n'y avait pas de différence observée avec les autres variables étudiées.

3) Compétences en suivi de grossesse

Globalement :

148 médecins ont répondu à cet item.

65% des médecins se sentaient compétents.

En fonction du sexe :

78% des femmes se sentaient compétentes versus 57% des hommes.

Cette différence était significative ($p = 0,02$).

Tableau 20 : Les compétences ressenties en fonction du sexe.

COMPETENCES RESSENTIES	Sexe			
	Femmes		Hommes	
	n	%	n	%
Oui	43	78	53	57
Non	12	22	40	43
TOTAL MEDECINS	55	100	93	100

En fonction du suivi de grossesse :

81% des médecins faisant des suivis de grossesse se sentaient compétents versus 36% des médecins ne faisant pas de suivi.

Cette différence était significative ($p < 0,001$).

Tableau 21 : Compétences ressenties en fonction du nombre de suivis de grossesse.

COMPETENCES RESSENTIES	NOMBRE DE SUIVIS DE GROSSESSE							
	Aucun suivi		Suivis					
			Global		< 10		≥ 10	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	19	36	76	81	63	78	13	100
Non	34	64	18	19	18	22	0	0
TOTAL MEDECINS	53	100	94	100	81	100	13	100

En fonction de la formation suivie :

80% des médecins ayant suivi une formation complémentaire se sentaient compétents pour suivre des grossesses versus 41% des médecins n'ayant pas suivi de formation.

Cette différence était significative (p < 0,0001).

En fonction de la formation souhaitée :

70% des médecins souhaitant une formation complémentaire se sentaient compétents pour suivre des grossesses versus 59% des médecins ne souhaitant pas de formation.

Cette différence n'était pas significative (p = 0,2).

Tableau 22 : Les compétences ressenties en fonction de la formation suivie et de la formation souhaitée.

COMPETENCES RESSENTIES	Formation suivie				Formation souhaitée			
	Oui		Non		Oui		Non	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	72	80	23	41	43	70	47	59
Non	18	20	33	59	18	30	32	41
TOTAL MEDECINS	90	100	56	100	61	100	79	100

Il n'y avait pas de différence observée en fonction des autres variables et du sous-groupe (n = 10).

IV. Coordination des soins et réseaux de soins

1) Supports utilisés

Nous souhaitons connaître les supports utilisés par les médecins généralistes pour orienter les patientes vers un gynécologue-obstétricien dans le cadre du suivi de grossesse.

Plusieurs réponses étaient possibles.

Globalement :

149 médecins ont répondu à cet item.

Les deux principaux supports les plus fréquemment cités par les médecins étaient le courrier et le téléphone (respectivement 67% et 54%).

Tableau 23 : Supports utilisés par les médecins généralistes.

SUPPORTS UTILISES	Globalement (n = 149)	
	n	%
Courrier	100	67
Téléphone	80	54
Internet et Mail	5	3
Carnet de maternité	2	1
Aucun	10	7

Un médecin évoquait un accès direct sur place (homme – 62 ans – mode d'exercice citadin – en association – temps moyen avec un lieu d'accouchement < 45 minutes).

Il n'y avait pas de différence observée en fonction des autres variables et du sous-groupe (n = 10).

2) Difficultés rencontrées

Nous voulions savoir si les médecins généralistes rencontraient des difficultés lorsqu'ils demandaient un avis à un gynécologue-obstétricien dans le cadre du suivi de grossesse.

Plusieurs réponses étaient possibles.

151 médecins ont répondu à cet item.

66% des médecins n'avaient pas de difficulté.

La totalité des médecins ayant des difficultés ont précisé lesquelles (n = 51):

- délais de rendez-vous trop longs (63%) ;
- manque de disponibilité et pénurie des gynécologues-obstétriciens (24%) ;
- barrage des secrétariats des gynécologues-obstétriciens (20%) ;
- autres difficultés (9%) :
 - o absence de réponse des gynécologues-obstétriciens (1 homme) ;
 - o manque de confraternité des gynécologues-obstétriciens (1 homme) ;
 - o éloignement géographique (1 femme) ;
 - o savoir à qui s'adresser (1 femme).

Il n'y avait pas de différence observée en fonction des autres variables et du sous-groupe (n = 10).

3) Retour d'information

148 médecins ont répondu à cet item.

70% des médecins avaient un retour d'information.

Parmi les médecins ayant un retour d'information, 46% avaient « toujours » ce retour et 58% l'avaient « dans le mois ».

Tableau 24 : Le retour d'information lorsque les médecins généralistes ont adressé une patiente.

RETOUR D'INFORMATION		Global	
		n	%
Fréquence	Toujours	48	46
	Souvent	44	42
	Rarement	13	12
TOTAL MEDECINS		105	100
Délai	Dans la semaine	19	24
	Dans le mois	46	58
	Au-delà d'un mois	14	18
TOTAL MEDECINS		79	100

Il n'y avait pas de différence observée en fonction des autres variables et du sous-groupe (n = 10).

4) Collaboration avec d'autres professionnels de la périnatalité

149 médecins ont répondu à cet item.

Plusieurs réponses étaient possibles.

74,5% des médecins collaboraient avec des sages-femmes et 70,5% avec des gynécologues-obstétriciens.

Tableau 25 : Autres professionnels de la périnatalité avec lesquels les médecins généralistes travaillent.

AUTRES PROFESSIONNELS DE LA PERINATALITE	Globalement (n = 149)	
	n	%
Sage-femme	111	74,5
Gynécologue-obstétricien	105	70,5
PMI du secteur	42	28
Assistante sociale	22	15
Psychologue	18	12
Aucun	15	10

2 médecins collaboraient également avec :

- les psychiatres (homme – 58 ans) ;
- les radiologues (homme – 45 ans).

Il n'y avait pas de différence observée en fonction des autres variables et du sous-groupe (n = 10).

5) Référent coordinateur

Globalement :

Pour une grossesse physiologique :

- 136 médecins ont répondu.
- Parmi eux, 57% ont cité le médecin généraliste comme référent coordinateur.

Pour une grossesse à risque :

- 147 médecins ont répondu.
- Parmi eux, 97% ont cité le gynécologue-obstétricien.

Tableau 26 : Référent coordinateur pour une grossesse physiologique et pour une grossesse à risque.

REFERENT COORDINATEUR	Globalement			
	Grossesse physiologique		Grossesse à risque	
	n	%	n	%
Médecin généraliste	77	57	2	1
Sage-femme	40	29	3	2
Gynécologue-obstétricien	18	13	142	97
La patiente elle-même	1	1	0	0
TOTAL MEDECINS	136	100	147	100

Il n'y avait pas de différence observée en fonction des autres variables et du sous-groupe (n = 10).

6) Réseau périnatal Aurore

Globalement :

150 médecins ont répondu à cet item.

37% des médecins connaissaient le réseau Aurore.

En fonction du sexe :

64% des femmes connaissaient le réseau versus 20% des hommes.

Cette différence était significative (p < 0,0001).

En fonction du mode d'exercice :

75% des médecins exerçant seuls ne connaissaient pas le réseau versus 55% des médecins exerçant en association.

Cette différence était significative (p = 0,03).

Tableau 27 : Connaissance du réseau Aurore en fonction du sexe et du mode d'exercice.

CONNAISSANCE DU RESEAU AURORE	Sexe				Mode d'exercice			
	Femmes		Hommes		Seul		En association	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	36	64	19	20	14	25	40	45
Non	20	36	75	80	41	75	48	55
TOTAL MEDECINS	56	100	94	100	55	100	88	100

En fonction de l'âge :

62% des médecins < 40 ans connaissaient le réseau versus 9% des médecins ≥ 60 ans.

Cette différence était significative (p = 0,0002).

Tableau 28 : Connaissance du réseau Aurore en fonction des tranches d'âges.

CONNAISSANCE DU RESEAU AURORE	Age					
	< 40 ans		40 – 60 ans		≥ 60 ans	
	n	%	n	%	n	%
Oui	16	62	36	40	3	9
Non	10	38	53	60	29	91
TOTAL MEDECINS	26	100	89	100	32	100

En fonction du suivi de grossesse :

43% des médecins faisant des suivis connaissaient le réseau Aurore versus 26% des médecins ne faisant aucun suivi.

Cette différence n'était pas significative ($p = 0,07$).

Tableau 29 : Connaissance du réseau Aurore en fonction du nombre de suivis de grossesse.

CONNAISSANCE RESEAU AURORE	NOMBRE DE SUIVIS DE GROSSESSE							
	Aucun suivi		Suivis					
			Global		< 10		≥ 10	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	14	26	41	43	32	40	9	60
Non	39	74	54	57	48	60	6	40
TOTAL MEDECINS	53	100	95	100	80	100	15	100

En fonction de la formation suivie :

82% des médecins n'ayant pas suivi de formation ne connaissaient pas le réseau versus 51% des médecins ayant suivi une formation.

Cette différence était significative ($p = 0,0004$).

En fonction des compétences ressenties :

75% des médecins ne se sentant pas compétents pour suivre des grossesses ne connaissaient pas le réseau Aurore versus 57% des médecins se sentant compétents.

Cette différence n'était pas significative ($p = 0,05$).

Tableau 30 : Connaissance du réseau Aurore en fonction de la formation suivie et des compétences ressenties.

CONNAISSANCE DU RESEAU AURORE	Formation suivie				Compétences ressenties			
	Oui		Non		Oui		Non	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	45	49	10	18	41	43	13	25
Non	47	51	45	82	54	57	38	75
TOTAL MEDECINS	92	100	55	100	95	100	51	100

Il n'y avait pas de différence observée en fonction des autres variables et du sous-groupe (n = 10).

7) Situations à risque de la Haute Autorité de Santé (HAS)

1. Connaissance des situations à risque identifiées

Globalement :

152 médecins ont répondu à cet item.

37,5% des médecins étudiés connaissaient les situations à risque identifiées.

En fonction du sexe :

44% des femmes connaissaient les situations à risque versus 34% des hommes.

Cette différence n'était pas significative (p = 0,3).

Tableau 31 : Connaissance des situations à risque en fonction du sexe.

CONNAISSANCE DES SITUATIONS A RISQUE	Sexe			
	Femmes		Hommes	
	n	%	n	%
Oui	25	44	32	34
Non	32	56	63	66
TOTAL MEDECINS	57	100	95	100

En fonction du suivi de grossesse :

43% des médecins faisant des suivis connaissaient les situations à risque versus 25% des médecins ne faisant aucun suivi.

Cette différence était significative (p = 0,04).

Tableau 32 : Connaissance des situations à risque en fonction du nombre de suivis de grossesse.

CONNAISSANCE SITUATIONS A RISQUE IDENTIFIEES	NOMBRE DE SUIVIS DE GROSSESSE							
	Aucun suivi		Suivis					
			Global		< 10		≥ 10	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	13	25	43	43	36	43	7	44
Non	39	75	57	57	48	57	9	56
TOTAL MEDECINS	52	100	100	100	84	100	16	100

En fonction de la formation suivie :

79% des médecins ayant suivi une formation connaissaient les situations à risque versus 48% des médecins n'ayant pas suivi de formation.

Cette différence était significative (p = 0,0004).

En fonction de la connaissance du réseau Aurore :

74% des médecins ne connaissant pas le réseau ne connaissaient pas les situations à risque versus 44% des médecins connaissant le réseau.

Cette différence était significative (p = 0,0004).

Tableau 33 : Connaissance des situations à risque en fonction de la formation suivie et de la connaissance du réseau.

CONNAISSANCE DES SITUATIONS A RISQUE	Formation suivie				Connaissance du réseau Aurore			
	Oui		Non		Oui		Non	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Oui	44	79	44	48	31	56	24	26
Non	12	21	48	52	24	44	69	74
TOTAL MEDECINS	56	100	92	100	55	100	93	100

En fonction des compétences ressenties :

82% des médecins ne se sentant pas compétents pour le suivi de grossesse ne connaissaient pas les situations à risque versus 53% des médecins se sentant compétents.

Cette différence était significative (p = 0,001).

Tableau 34 : Connaissance des situations à risque en fonction des compétences ressenties.

CONNAISSANCE DES SITUATIONS A RISQUE	Compétences ressenties			
	Oui		Non	
	n	%	n	%
Oui	45	47	9	18
Non	51	53	42	82
TOTAL MEDECINS	96	100	51	100

Il n'y avait pas de différence observée en fonction des autres variables et du sous-groupe (n = 10).

2. Applicabilité des situations à risque identifiées

La totalité des médecins connaissant les facteurs de la HAS ont répondu (n = 57). Parmi eux, 18% disaient ne pas les appliquer. Plusieurs réponses étaient possibles concernant les causes de non applicabilité des facteurs. Le manque de temps et le manque de faisabilité en pratique courante étaient les deux motifs cités majoritairement par les MG (30%).

Tableau 35 : Causes de non applicabilité des situations à risque.

CAUSES DE NON APPLICABILITE DES SITUATIONS A RISQUE	Globalement (n = 10)	
	n	%
Manque de temps	3	30
Manque de faisabilité en pratique courante	3	30
Pas de suivi de grossesse	2	20
Manque d'habitude	1	10
N'apportent rien de plus	1	10
Difficiles à mémoriser	1	10

DISCUSSION

I. Forces et limites de l'étude

1) Forces de l'étude

1. Le recrutement des médecins généralistes

Les médecins étudiés ont été trouvés sur la base de données numériques des pages jaunes. Nous n'avons pas procédé à un tirage au sort et par conséquent la totalité des médecins inclus dans la zone géographique préalablement définie a été incluse. La représentativité des médecins pour cette zone était donc garantie et un nombre important de réponses était envisageable.

2. Le taux de réponse

Le taux de réponse obtenu était de 49,4% après une relance téléphonique. Ce taux était considéré comme satisfaisant pour l'analyse de notre enquête.

A titre d'exemple, DIAS S., dans sa thèse de 2010 sur « l'Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France », avait obtenu un taux de réponse de 42,5% (il s'agissait du même type d'étude). (2)

3. Les modes d'envoi du questionnaire

La plupart des questionnaires ont été diffusés via des adresses électroniques obtenues en partie par la liste de l'HAD du service de gynécologie-obstétrique du CHV. Cette liste a été complétée par l'appel téléphonique des médecins dont le numéro de téléphone avait été au préalable trouvé sur les pages jaunes. Pour les MG n'ayant pas répondu lors du premier délai

de réponse accordé, une relance téléphonique a été effectuée, permettant ainsi de cibler les médecins n'étant pas informatisés et/ou préférant recevoir leur questionnaire par fax ou par courrier postal. Nous avons inclus dans notre étude les MG non informatisés afin de ne pas induire de biais. Ils étaient cependant peu nombreux (4 médecins seulement).

2) Limites de l'étude et biais

1. Biais de recrutement des médecins

1.1. Le choix de la zone géographique

Cette étude a été menée à Valence et dans sa périphérie proche (40 km). Cette zone géographique a été choisie par commodités (lieu de stage en gynécologie-obstétrique au CHV) et parce que ce service est impliqué dans le réseau périnatal Aurore et dans l'amélioration des liens entre les professionnels concernés.

Le CHV se trouve être également le seul niveau 2B de Drôme-Ardèche drainant une part importante des accouchements du secteur (2293 accouchements en 2012, 2306 en 2013, 2407 en 2014) (*statistiques du réseau Aurore*).

Un périmètre de 40 km a été défini arbitrairement afin d'inclure un nombre plus important de médecins et d'avoir un panel plus large des lieux d'exercice et de ne pas inclure uniquement des médecins exerçant en milieu citadin.

En délimitant cette zone géographique, nous avons cependant induit un biais de sélection. En effet, seulement 14% des médecins exerçaient en milieu rural (**tableau n°3**) et 93% étaient situés à moins de 45 minutes d'un lieu d'accouchement (**tableau n°5**).

De ce fait, nous voulions connaître à la question 5, le temps entre le lieu d'exercice des MG et le lieu d'accouchement le plus proche, afin de voir si ce temps influait sur leur pratique des suivis de grossesse. Les réponses obtenues ont donc été difficilement exploitables du fait de la surreprésentation de MG exerçant à moins de 45 minutes d'un lieu d'accouchement.

A noter que nous avons choisi un temps plutôt qu'une distance vu que certaines zones géographiques peuvent induire plus de temps dans l'accès aux soins.

De plus, notre étude a commencé dans le service de gynécologie-obstétrique du CHV. Les débuts de notre réflexion ont donc été muris avec l'aide de praticiens hospitaliers et d'assistants en obstétrique, ainsi que de sages-femmes exerçant dans ce service. Ce choix aurait pu également constituer un biais en orientant les questions d'un point de vue obstétrical essentiellement, plus que de la pratique réelle des MG. Afin de pallier ce problème, nous avons contacté quatre MG de notre zone d'inclusion ayant participé au groupe de travail du parcours de soin, afin de réajuster nos objectifs et de nous approcher au mieux des attentes des MG en pratique courante.

1.2. Base de données des pages jaunes

Les médecins de notre étude ont été trouvés sur la base de données numériques des pages jaunes. Bien que répertoriant tous les MG, cet annuaire ne précise pas toujours l'orientation du cabinet du médecin. C'est ainsi que 21 d'entre eux ont été exclus car étaient retraités inactifs ou spécialisés en médecine du sport, gériatrie, homéopathie et/ou acupuncture exclusivement. Il se peut que d'autres MG dans la même situation ne nous aient pas répondu.

2. Biais lié au système déclaratif

Il s'agissait d'une enquête d'opinion limitée par le système déclaratif et la subjectivité des MG. De ce fait, il existe très probablement un biais dans nos résultats, le sentiment des médecins ne représentant pas toujours la réalité. Par exemple, les médecins les plus compétents dans le suivi de grossesse peuvent avoir un niveau d'exigence supérieur et peuvent paradoxalement penser manquer de compétences. Inversement, certains médecins moins impliqués dans cette prise en charge ne se rendent peut-être pas toujours compte de la complexité de certaines situations et peuvent sous-estimer les compétences requises. Nous le reverrons d'ailleurs plus tard dans l'analyse de nos résultats.

Le système déclaratif a peut-être également entraîné un sentiment de jugement vis-à-vis des pratiques pouvant expliquer que certains médecins n'aient pas répondu au questionnaire.

3. Le questionnaire

Afin de répondre à nos objectifs de recherche, nous avons établi un questionnaire de 6 pages en format numérique pour l'envoi par mail et au format A4 papier recto-verso pour l'envoi par courrier ou par fax. La méthode par questionnaire nous paraissait la plus adaptée : multiplier les entretiens nous semblait difficile à réaliser (requiert beaucoup plus de temps).

Nous avons choisi de réaliser un questionnaire avec davantage de questions fermées que de questions ouvertes. Ce choix était fondé sur la nécessité d'utiliser un formulaire simple et rapide à remplir afin d'obtenir un taux de participation maximal et de faciliter l'analyse des réponses.

Malgré nos efforts, notre questionnaire était relativement long, ce qui a pu engendrer des non réponses par manque de temps et/ou désintérêt des médecins interrogés.

Nous nous sommes intéressés à un état des lieux global des MG concernant la place du MG dans le suivi et la coordination des soins pendant la grossesse. Nous ne cherchions pas à faire une étude détaillée des pratiques qui sont tout à fait propres à chaque praticien.

Les questions ouvertes permettaient aux médecins de s'exprimer librement et de nuancer leurs idées voire d'en apporter de nouvelles.

Concernant les questions fermées, certains d'entre eux ont pu ressentir une frustration face à des réponses proposées parfois trop binaires. Et ce, d'autant plus que nous n'avons pas laissé de champs libre à la fin de notre questionnaire pour qu'ils puissent s'exprimer d'une manière générale sur le sujet. Ceci a pu expliquer que certains MG se soient abstenus de répondre au questionnaire ou à certains items. Par exemple, à la question 14.1 interrogeant les MG sur le retour d'information lorsqu'ils adressent une patiente à un gynécologue-obstétricien, nous n'avons obtenu que 148 réponses (11 non réponses). Les médecins n'avaient pas la possibilité de dire si ce retour leur semblait satisfaisant ou si au contraire ils souhaitaient des améliorations. Or, on peut imaginer que certains d'entre eux avaient des requêtes à faire voire des idées à proposer.

Un médecin avait d'ailleurs précisé lors de la relance téléphonique qu'il n'avait pas voulu répondre au questionnaire car il estimait que celui-ci était trop fermé et incitait les réponses attendues.

Même si les résultats du questionnaire étaient annoncés comme anonymes, il était cependant précisé aux MG de noter leur nom à la fin de celui-ci afin de faciliter l'analyse des données et d'éviter les relances téléphoniques itératives chez ceux ayant déjà répondu. L'identification des médecins a donc permis d'éviter tout double remplissage du questionnaire par un même médecin.

Là aussi, ce choix a pu en freiner certains qui ont peut-être eu peur de se sentir juger vis-à-vis de leur pratique.

4. Recueil de données et analyse

Certaines questions quantitatives ont pu poser un problème dans leur quantification et ont probablement entraîné des non-réponses. C'est le cas par exemple du temps séparant le lieu d'exercice des médecins avec un lieu d'accouchement (question 5), du nombre de déclarations de grossesse en moyenne par an (question 6) et du nombre de suivis de grossesse en moyenne par an (question 7.1).

La question 7.2 interrogeait les médecins sur les raisons faisant que certains d'entre eux ne pratiquaient pas de suivi de grossesse. Nous avons proposé des idées de réponses (manque de temps, d'intérêt, de formation, de demande...), et nous leur avons également laissé le champ libre pour proposer d'autres raisons à leur refus. Cette question entraînant un jugement personnel du médecin sur son activité, nous pensons que les réponses ont pu être à tort surévaluées ou dans le sens inverse, ont entraîné des non-réponses.

5. Biais lié au choix du nombre de suivis de grossesse

A la question 7.1. demandant aux MG quel était le nombre moyen de suivis de grossesse réalisé par an, nous avons arbitrairement fixé les tranches « aucun suivi », « < 5 », « entre 5 et 10 » et « ≥ 10 ». Ces tranches avaient été choisies initialement en accord avec les quatre MG nous ayant aidé à réaliser notre questionnaire, afin de s'adapter au mieux à la pratique réelle des MG de notre zone d'inclusion. Ces médecins ont en quelque sorte autoévalué leur activité concernant le suivi de grossesse. Nous étions tout à fait conscients que quelle que soit la tranche choisie par les médecins, il s'agissait en réalité d'une très faible

activité concernant le nombre de suivis de grossesse réalisés. Nous n'avions en effet pas proposé des tranches plus élevées comme dans d'autres études.

A titre d'exemple, MONLEON C., dans son mémoire sur « Le suivi de grossesse en ville par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales », avait fixé des tranches bien supérieures aux nôtres « < 10 suivis par an », « entre 10 et 25 », « entre 25 et 50 » et « > 50 ».

Notre choix a été conforté par le peu de MG étudiés réalisant ≥ 10 suivis par an (seulement 10%) ; **(tableau n°7)**.

II. Discussion des résultats

1) Des MG correspondant aux profils national et régional

1. Du point de vue de l'âge

Les MG de notre étude ont en moyenne 51 ans (versus 52 ans au niveau régional). (3)

La proportion des moins de 40 ans est de 17% (versus 13,6% au niveau national) et de 27% pour les 60 ans ou plus (versus 24,8% au niveau national). (33)

2. Du point de vue du sexe

64% des MG de notre étude sont des hommes (versus 64% en Rhône-Alpes). (3)

En région Rhône-Alpes, la part des MG femmes parmi les moins de 40 ans est quasiment de 60%. (3) Dans notre étude, cette proportion est légèrement plus élevée que la moyenne régionale (65%) ; **(tableau n°1)**. Cette surreprésentation est expliquée par le fait que les femmes sont sans doute plus intéressées par notre sujet que leurs homologues masculins et qu'elles ont donc été plus nombreuses à répondre à notre questionnaire.

Nous retrouvons également que les femmes se sont installées statistiquement plus récemment que les hommes **(tableau n°2)**, confirmant la féminisation progressive de la profession. (33)

3. Du point de vue du mode d'exercice

Les MG de notre étude exercent en majorité en association (63%) et nous constatons que cette proportion est plus importante chez les médecins âgés de moins de 40 ans que chez les médecins âgés de 60 en ou plus (respectivement 80% et 55%) (**tableau n°4**).

Ces données sont compatibles avec celles de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES). L'exercice en groupe est en effet devenu majoritaire en médecine générale. Les MG de moins de 40 ans sont aujourd'hui près de 80% à travailler en groupe. (40)

2) Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse

1. Les déclarations de grossesse

En 2010, l'enquête périnatale a mis en évidence l'intervention de plus en plus importante des MG au début de la grossesse. Ils effectuent 22,4 % des déclarations de grossesse. (41)

Selon les données plus récentes du Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants (CLGE), les MG réalisent 24,5% des déclarations de grossesse. (42)

Dans le cadre de notre travail, 93% des MG faisaient des déclarations de grossesse mais parmi eux, 65% faisaient moins de 10 déclarations par an (**tableau n°6**), ce qui représente une proportion relativement faible de déclarations réalisées.

Nous n'avons pas mis en évidence de lien statistique en fonction du sexe des médecins ou du suivi de grossesse alors que la Société Française de Médecine Générale (SFMG) retrouvait de façon significative que les femmes étaient plus souvent le déclarant des grossesses que leurs homologues masculins. Elle avait également montré qu'être le déclarant de la grossesse constituait un avantage pour en assurer le suivi ultérieur. Il en était ressorti le sentiment de parcours « d'accroche » vers le suivi de la grossesse : en faire le diagnostic

augmenterait les chances d'en faire la déclaration et en faire la déclaration augmenterait les chances d'en assurer le suivi. (43)

Nous n'avons pas trouvé de donnée bibliographique précisant le pourcentage de déclarations de grossesse réalisées par les MG, les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens afin de faire une comparaison plus détaillée. Une étude ponctuelle faite au CHV en avril 2013 montrait que les déclarations étaient faites à 28% par les MG, 33 % par les gynécologues-obstétriciens libéraux, 10% par les gynécologues-obstétriciens hospitaliers, 16% par les sages-femmes hospitalières, 9% par les sages-femmes libérales et 3% par les sages-femmes de PMI.

2. Le suivi de grossesse : une faible activité chez les MG du bassin valentinois.

Dans son mémoire de 2015 sur le parcours de soin pendant la grossesse, ANDRE C. retrouvait que le taux de parcours A (A1 et A2) était d'environ 60 à 80% au CHV (variation entre le début et fin de grossesse). (44)

D'après le CLGE, 15,5% des suivis de grossesse sont réalisés par le MG. (42)

Au CHV en avril 2013, on retrouvait 8% de suivis par les MG, 29% par les gynécologues-obstétriciens libéraux, 20% par les gynécologues-obstétriciens hospitaliers, 26% par les sages-femmes hospitalières, 13% par les sages-femmes libérales et 2% par les sages-femmes de PMI.

D'une façon générale, les médecins de notre étude réalisent peu de suivis de grossesse.

Certes, une majorité déclare suivre des grossesses (63%) ; (**tableau n°7**). Ces résultats sont d'ailleurs tout à fait compatibles avec les données de la littérature :

- DIAS S., retrouvait que 66,3% des MG d'Ile-de-France suivaient des grossesses ; (2)

- ARNAUD A. et LE GOAZIOU M.F., dans une étude de 2006 portant sur « Les motifs de consultation obstétricaux en médecine générale », retrouvaient que les MG décidaient de suivre des grossesses dans 67% des cas. (6)

Dans notre étude cependant, les MG réalisant des suivis de grossesse sont une minorité à en réaliser 10 ou plus par an (10%) ; (**tableau n°7**). Ces résultats sont également concordants avec les données de la littérature :

- BABINET BOULNOIS C., dans sa thèse de 2013 sur « Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse », avait mis en évidence que 24% des médecins faisaient moins de 5 suivis par an, 27% en faisaient entre 10 et 15 et seulement 10% suivaient plus de 15 grossesses par an ; (22)
- MONLEON C. avait obtenu un nombre plus important de suivis annuels que le nôtre. Elle retrouvait en effet que 29% des MG lyonnais estimaient faire moins de 10 suivis de grossesse par an, 52% estimaient en faire entre 10 et 25 et 19% estimaient en suivre plus de 25 par an. Elle considérait que faire moins de 25 suivis par an était une faible activité. (45)

3. Motifs de non suivis de grossesse

Seuls les médecins ne pratiquant aucun suivi de grossesse étaient invités à répondre à la question : « *Si vous ne faites aucun suivi, pourquoi ?* ».

Ces médecins représentent 37% de la totalité des médecins étudiés (**tableau n°7**).

3.1. Le manque de demande

66% des médecins ont cité ce motif (**tableau n°12**). La faible activité des médecins concernant le suivi des grossesses semblerait donc relever essentiellement du choix des patientes plus que du choix des médecins eux-mêmes.

Précisons qu'il y a trois points d'offre de soins sur le bassin valentinois concernant le suivi des grossesses à bas risque : les gynécologues-obstétriciens ou médicaux de ville, les sages-femmes libérales et les MG.

Plusieurs raisons peuvent ainsi expliquer ce manque de demande auprès des MG du bassin valentinois :

- Tout d'abord, la région Rhône-Alpes est une région attractive pour les sages-femmes (38). Les patientes peuvent de ce fait les consulter plus facilement pour leur suivi de grossesse que dans d'autres endroits, l'offre de soins étant satisfaisante. Sur le bassin valentinois, le suivi des grossesses à bas risque est d'ailleurs essentiellement assuré par les sages-femmes libérales (plutôt que les gynécologues-obstétriciens). Le CHV étant en pleine réorientation afin de permettre aux gynécologues-obstétriciens de s'orienter essentiellement sur les suivis de grossesse type parcours B, la PMA, la chirurgie, le diagnostic anténatal, etc. Cette surspécialisation a pour but de mieux répartir les rôles en fonction des compétences de chacun et de ce fait, de laisser les grossesses à bas risque obstétrical aux acteurs de soins primaires.
- Comme vu précédemment, 93% des médecins de notre étude sont situés à moins de 45 minutes d'un lieu d'accouchement (**tableau n°5**). On suppose donc que les femmes s'orientent également facilement vers les maternités (de niveau 1 par exemple) pour le suivi de leur(s) grossesse(s), expliquant le manque de sollicitation auprès des MG gravitant sur Valence ou aux alentours.
- Le manque de demande auprès des MG était aussi expliqué dans la littérature par le fait que les patientes ignorent le plus souvent les compétences de leur MG pour un tel suivi. (8) (21), (22)

3.2. Le manque de formation

- *Dans notre étude :*

Le manque de formation est cité par 29% des médecins ne faisant aucun suivi (**tableau n°12**).

Pour appuyer notre idée, nous retrouvons que quasiment la moitié des médecins faisant des suivis de grossesse souhaitent avoir une formation complémentaire (**tableau n°18**).

Parmi les médecins étudiés, 48% se sont installés il y a plus de 25 ans (**tableau n°2**). A cette époque, les études de médecine générale étaient beaucoup moins enrichies qu'aujourd'hui, expliquant très probablement ce sentiment de manque de formation ressenti par certains de nos médecins.

Alors que le manque de formation est le 2^{ème} motif le plus fréquemment cité par les médecins pour expliquer qu'ils ne réalisent pas de suivi de grossesse, nous retrouvons cependant que 57% des médecins étudiés ne souhaitent pas avoir de formation complémentaire sur le suivi de grossesse (**tableau n°17**).

La législation n'impose pas le thème des formations continues aux MG mais précise bien que ces derniers sont libres pour l'organisation de leur formation continue. (46)

Pour quelles raisons ces médecins ne souhaitent-ils pas avoir de formation complémentaire ? Est-ce du fait du manque de demande, de temps ou d'intérêt ?

- *D'après les données de la littérature :*

Les références retrouvées sont contradictoires.

Depuis la réforme de l'internat de 2004, l'étudiant en médecine générale peut se former en gynécologie-obstétrique : (2), (22), (47)

- durant l'externat (enseignement à la faculté et stage hospitalier de 2 mois minimum dans la mesure des places disponibles) ;
- durant l'internat :
 - deux journées obligatoires de formation théorique ;
 - un semestre de stage de gynécologie-obstétrique et/ou de pédiatrie (obligatoire). Compte tenu des effectifs importants d'étudiants par rapport aux nombres de stages disponibles, il n'est cependant pas possible d'effectuer plus d'un stage dans l'un de ces services. Un étudiant choisissant un stage de pédiatrie ne fera donc pas de stage en gynécologie-obstétrique, sauf quelques rares stages mixtes ;
 - un stage de médecine de ville (obligatoire) où l'interne pourra être confronté à la gynécologie-obstétrique selon l'activité de son maître de stage ;

- un Stage Autonome en Soins Primaires Ambulatoires Supervisé (SASPAS) dont une partie peut être réalisée dans un Centre de PMI par exemple (peu de places disponibles).

D'un côté, les MG ressentent un manque de formation en gynécologie-obstétrique :

- MONLEON C. retrouvait des résultats similaires aux nôtres puisque que 48% des MG de son étude étaient installés depuis plus de 21 ans et considéraient que leur formation initiale était un frein à la réalisation du suivi de grossesse ; (45)
- PASCAL HOULE C., dans sa thèse de 2013 sur « Le suivi de la grossesse : critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste », citait une étude où 60% des MG estimaient avoir reçu une formation insuffisante ou très insuffisante en gynécologie-obstétrique ; (21)
- BABINET BOULNOIS C. retrouvait que 12% des MG ne faisaient pas de suivi de grossesse car ils ne se sentaient pas capables techniquement. (22)

D'un autre côté, l'évolution de la formation des MG en gynécologie-obstétrique les rendrait compétents pour un tel suivi :

- En effet, CASALS C., dans sa thèse de 2006 portant sur « Le carnet de maternité : un outil indispensable pour le suivi des grossesses », montrait que la formation initiale du MG lui permettait de suivre les grossesses à bas risque et de reconnaître celles nécessitant un recours au spécialiste ; (4)
- BINET C., dans sa thèse de 2013 sur « L'auto-évaluation des internes de médecine générale de Paris Est-Créteil portant sur les situations de soins types en gynécologie-obstétrique », retrouvait que les internes de médecine générale en fin de cursus se sentaient majoritairement « tout à fait compétents » dans la prise en charge de la grossesse en termes de « capacité à gérer la continuité des soins et la coordination des problèmes de santé de la patiente engagée dans une relation de suivi et d'accompagnement » ; (48)
- Selon une autre étude de 2006 portant sur « Les motifs de consultation obstétricaux en médecine générale », le MG était considéré comme compétent pour suivre les grossesses normales vu que l'enseignement à la faculté et les stages hospitaliers doivent permettre à tout MG de suivre une grossesse normale. (6)

Une autre donnée de la littérature considère cependant que la nouvelle formation des MG en gynécologie-obstétrique est encore insuffisante :

- SOUFACHE D'HOSE E., dans sa thèse de 2011 sur « L'opinion des internes de médecine générale à propos de leurs formation et compétences en gynécologie » avait montré qu'il y a bien une réelle amélioration de la formation de gynécologie-obstétrique des MG depuis l'instauration du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de médecine générale en 2004. Elle précise cependant qu'à l'heure où le MG doit devenir un acteur important de la prise en charge des femmes sur le plan gynéco-obstétrical, la formation initiale semble être toujours insuffisante en particulier sur le plan pratique. Trop peu d'étudiants ont en réalité accès au stage de gynécologie-obstétrique. (49)

3.3. Le manque de temps

- *Dans notre étude :*

Le manque de temps est cité par 17% des médecins ne faisant aucun suivi (**tableau n°12**).

- *Dans une autre étude :*

- BABINET-BOULNOIS C. avait également mis en évidence que le manque de temps expliquait la réticence de certains MG à suivre des grossesses. (22)

La demande de soins primaires est accrue et les MG ont non seulement une activité de soins auprès de leurs patients (consultations au cabinet et visites à domicile), mais ils ont également une part importante d'activités variées (comptabilité, formation, secrétariat, permanence des soins, exercice en établissement de santé...). (50)

Afin de répondre au mieux à cette demande de soins, leur planning se doit d'être minuté. La durée moyenne d'une consultation de médecine générale est de 16 minutes. (51)

Or, il se trouve que les consultations de suivi de grossesse sont longues (examen clinique, prescriptions, informations, réassurance, écoute, etc.). (21), (22), expliquant de ce fait que certains MG ne réalisent pas de suivi.

Dans notre étude, seuls quelques médecins ont cité d'autres motifs pour expliquer qu'ils ne réalisent pas de suivi : le manque d'intérêt, la présence de sages-femmes à proximité,

l'association avec des consœurs, les raisons médico-légales, l'installation récente, les difficultés par rapport à l'histoire personnelle, la peur de mal faire.

3) Implication des MG pour le suivi de grossesse

1. Formation complémentaire en gynécologie-obstétrique

Dans le cadre de notre travail, nous nous sommes intéressés à la formation post-universitaire en gynécologie-obstétrique des MG.

En France, la formation universitaire des MG dure 9 ans. On estime qu'à 7 ans, 50% des connaissances acquises durant cette formation sont obsolètes. (46)

Concernant la prise en charge des grossesses, il est indispensable que le MG se forme au suivi des grossesses à bas risque et qu'il puisse également intervenir en cas de survenue de pathologies intercurrentes. (36)

1.1. Formation suivie

- *Dans notre étude :*

63% des médecins ont suivi une formation complémentaire en gynécologie-obstétrique (**tableau n°14**).

- *Dans la littérature :*

Dans son mémoire de 2008 sur « La collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes de la région Midi-Pyrénées », BERTRAND L. retrouvait une proportion plus importante que la nôtre (73%). Cette différence s'expliquait par le fait que son mémoire portait sur les MG ayant déjà suivi une formation en gynécologie ou en obstétrique. Elle avait d'ailleurs précisé que son échantillon n'était en aucun cas représentatif des MG des départements sélectionnés. (52)

1.2. Types de formations suivies

1.2.1 Les Formations Médicales Continues (FMC)

- *Généralités :*

L'évolution rapide et constante des connaissances médicales impose donc aux MG une réactualisation continue de leurs savoirs tout au long de leur carrière. Les FMC permettent cette actualisation des connaissances et un échange entre pairs. Elles s'organisent en soirées ou en journées sur un thème précis et nécessitent au médecin de se rendre disponible en plus de son activité. Elles peuvent être organisées par un petit groupe de médecins, par l'hôpital local, ou par une société savante et font intervenir le plus souvent des experts (spécialistes exerçant dans l'hôpital local, Professeurs de Centres Hospitaliers Universitaires (CHU)...).

(53)

L'une des missions du plan périnatalité 2005-2007 était d'ailleurs de renforcer les formations des MG par la FMC en matière de prise en charge des femmes enceintes, afin de valoriser leurs compétences. Une formation intitulée « Suivi d'une femme enceinte par un médecin généraliste » avait été proposée comme thème prioritaire. (24)

D'après la législation (article 59 de la loi portant sur la réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et au territoire du 21 juillet 2009), la FMC a pour objectif l'entretien et le perfectionnement des connaissances et constitue désormais une obligation pour tout médecin.

(54), (55)

- *Dans notre étude :*

La formation complémentaire en gynécologie-obstétrique des MG est avant tout basée sur la FMC (76% des médecins). Les hommes sont statistiquement plus nombreux que les femmes à avoir suivi une telle formation (respectivement 86% versus 64%) ; **(tableau n°16)**.

- *Dans d'autres études :*

- DIAS S., retrouvait que 46,8% des MG suivaient ces formations. Il s'agissait d'ailleurs du premier mode de complément d'apprentissage post-universitaire choisi par les médecins. Elle n'avait cependant pas trouvé de différence significative en fonction du sexe du médecin étudié ; (2)

- CASALS C. montrait que 73% des MG suivaient des FMC sur le suivi de grossesse. Pourtant, seulement 42,6% d'entre eux étaient satisfaits de leur formation ; (4)
- Dans sa thèse de 2007 portant sur la « Mesure de l'impact d'une action de FMC sur la pratique des MG dans le cadre du suivi de grossesse », PHELIPPEAU BINET E. montrait que 85,24% des MG se déclaraient comme étant plus à l'aise pour effectuer le suivi de la grossesse après une FMC et 27,87% d'entre eux disaient suivre plus de femmes enceintes depuis la FMC. (53)

1.2.2. Les Diplômes Universitaires (DU) et Inter-universitaires (DIU)

- *Généralités :*

Les MG peuvent acquérir une compétence particulière en gynécologie-obstétrique par le biais d'un DU ou d'un DIU. Ces formations se déroulent pour la plupart sur 1 an et ont pour objectif de compléter la formation des MG installés. L'ensemble des diagnostics et des pathologies gynéco-obstétricales est revu avec l'optique d'une implication directe à la pratique de la médecine générale. (56)

Ils nécessitent de se rendre disponible pour des modules obligatoires à la faculté, des stages pratiques, et la soutenance d'un mémoire portant sur un travail personnel pour la validation du diplôme. Cette démarche est contraignante et basée sur le volontariat. Elle est guidée par les besoins des MG et leur appétence en gynécologie-obstétrique. Un DIU de gynécologie-obstétrique est proposé à la faculté de Lyon 1 (Université Claude Bernard) garantissant un accès égal à ce type de formation aux médecins de notre enquête.

- *Dans notre étude :*

Malgré l'existence de ce DIU sur Lyon, seuls 26 médecins ont suivi cette formation, soit 17% des médecins ayant reçu une formation. Il s'agit significativement plus des femmes que des hommes (29% versus 6%) ; **(tableau n°16)**.

- *Dans d'autres études :*

Les données de la littérature allaient dans notre sens.

- DIAS S. montrait que peu de MG avaient suivi cette formation. Il s'agissait uniquement des femmes ; (2)

- SOUFACHE D'HOSE E. retrouvait que seulement 20% des internes de médecine générale envisageaient de faire ou faisaient déjà un DIU en gynécologie-obstétrique. (49)

Ces résultats semblent témoigner d'une implication plus forte des médecins femmes pour la prise en charge des grossesses au vue des contraintes imposées par ce type de formation.

1.2.3. Littérature et Internet

- *Généralités :*

Il existe de nombreuses revues permettant aux médecins d'approfondir leurs connaissances en gynécologie-obstétrique (*Le Journal de gynécologie, obstétrique et biologie de la reproduction, l'American Journal of Obstetrics and Gynecology, l'European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology...*), et de nombreux sites internet (le site de la HAS, du CNGOF, de la Fédération Nationale des Collèges de Gynécologie Médicale (FNCGM), du Centre de Renseignements sur les Agents Tératogènes (CRAT))... (48)

- *Dans notre étude :*

Pourtant, malgré la diversité des sources internet, seulement deux médecins ont évoqué le recours à la littérature et à Internet.

- *Dans la littérature :*

- DIAS S. retrouvait des résultats allant dans notre sens : la majorité des MG étudiés n'utilisaient pas Internet ou la littérature pour parfaire leurs connaissances en gynécologie-obstétrique (58,7%). Son pourcentage de médecins s'informant par le biais de la littérature ou de l'Internet était plus important que le nôtre mais elle avait proposé ces types de formations en réponse dans son questionnaire, incitant de ce fait très probablement les médecins à répondre à cet item ; (2)
- MONLEON C. retrouvait que 72% des MG lyonnais ne consultaient jamais Internet ; (45)
- PHELIPPEAU BINET E. montrait pourtant que la presse médicale était le moyen le plus simple et l'un des plus utilisés par les MG pour s'informer et se perfectionner. Les MG la jugeaient comme étant l'un des moyens les plus efficaces pour leur formation au même titre que les FPC (Formations Professionnelles Continues). (53)

2. Compétences ressenties dans le suivi de grossesse

Par cet item, nous ne cherchions pas à avoir une auto-évaluation des compétences des médecins en matière de suivi de grossesse. Nous recherchions plus à connaître leur ressenti face à un tel suivi. Il s'agissait donc là d'une réponse purement empirique.

Depuis la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, le terme de « compétence » pour l'exercice de la médecine a été inséré dans le code de santé publique. (54)

2.1. Des MG se sentant compétents pour suivre les grossesses

- *Dans notre étude :*

La plupart des médecins s'estiment compétents pour suivre des grossesses (65% d'entre eux) et 80% des médecins ayant suivi une formation complémentaire s'estiment compétents dans ce domaine (**tableau n°22**). Cette question pose le problème entre les compétences ressenties par le médecin et les compétences réelles. En effet, si un médecin n'a suivi que sa formation universitaire couplée à des FMC (formation complémentaire la plus suivie par les médecins (**tableau n°16**)) ; sans formation pratique (stage d'interne par exemple), peut-on considérer qu'il soit suffisamment « compétent » pour suivre des grossesses ? Est-ce que ces médecins considèrent que leur formation universitaire a été suffisante alors que la plupart n'ont pas bénéficié de la réforme de l'internat (médecins installés depuis plus de 25 ans) ; (**tableau n°2**) ?

Les médecins faisant des suivis de grossesse se sentent statistiquement plus compétents que ceux ne faisant aucun suivi (81% versus 36%) ; (**tableau n°21**). Est-ce parce qu'un médecin se sent compétent qu'il accepte de suivre des grossesses ? Ou est-ce parce qu'il suit des grossesses qu'il se sent compétent (expérience de terrain) ?

- *Dans une autre étude :*

- D'après SOUFACHE D'HOSE E., environ 1/4 des étudiants de médecine générale ne se pensent pas compétents pour mener des consultations types de gynécologie obstétrique. (49)

2.2. Discordance entre compétences ressenties et demande de formation complémentaire.

- *Dans notre étude :*

Constats surprenants, nous retrouvons que parmi les MG ayant suivi une formation complémentaire plus de la moitié souhaite en refaire une (**tableau n°19**) ; et 70% des MG souhaitant une formation se sentent pourtant compétents pour prendre en charge les grossesses (**tableau n°22**).

- *D'après d'autres études :*

Les données de la littérature sont concordantes avec les nôtres.

- La SFMG, dans son étude de 2003 sur « Le suivi des femmes par le MG dans les Vosges », retrouvait en effet cette discordance entre le peu de problèmes ressentis par les MG (9%) et la grande majorité d'entre eux pourtant intéressés par une formation complémentaire (82,9%) ; (43)
- PHELIPPEAU BINET E. avait également soulevé ce problème. De ses résultats était ressortie la question de savoir si les MG qui se sont formés avaient réellement un besoin de formation sur le suivi de grossesse. Les MG s'étant inscrits à la formation « Suivi de la grossesse en médecine générale » étaient des médecins motivés pour réaliser le suivi de femmes enceintes. (53)

Il semblerait que les MG se forment préférentiellement sur des sujets qu'ils affectionnent mais pour lesquels ils n'ont pas nécessairement besoin de se former. Les MG qui n'ont pas eu de formation complémentaire mesurent-ils l'importance d'une formation dans ce domaine ? A l'inverse, les MG formés se rendent-ils peut-être plus compte de leurs besoins de formation ?

2.3. Des compétences devant être communiquées aux patientes ?

Nous n'avons pas demandé aux MG s'ils informent leurs patientes de leurs compétences en matière de suivi de grossesse mais il est important de préciser que d'après plusieurs études, si le MG informe ses patientes de ses compétences, ce dernier a plus de chance de suivre des grossesses ultérieurement. La communication des compétences conditionne donc la réalisation ou non du suivi de grossesse par le MG. (2), (36), (57)

3. Des profils de MG pour suivre les grossesses ?

Le profil des médecins (données socio-démographiques) n'est pas un facteur sur lequel nous pouvons agir afin d'améliorer leur implication pour le suivi de grossesse.

En revanche, il nous semblait important de déterminer le(s) profil(s) de MG davantage impliqué(s) pour un tel suivi, afin de savoir à quels MG s'adresser pour mieux cibler les actions de coordination, les formations complémentaires, l'intégration au réseau périnatal, etc.

3.1. Le suivi de grossesse en médecine générale : une activité dévouée aux femmes ?

- *Dans notre étude :*

Les femmes sont statistiquement plus nombreuses que les hommes à faire des suivis de grossesse (77% versus 55%) ; (**tableau n°7**).

Elles sont également statistiquement plus nombreuses que les hommes à avoir suivi une formation en gynécologie-obstétrique (80% versus 53%) ; (**tableau n°14**), à souhaiter une formation complémentaire (58% versus 35%) ; (**tableau n°17**) et à se sentir compétentes pour suivre des grossesses (78% versus 57%) ; (**tableau n°20**).

Nous comprenons aisément que les femmes soient plus nombreuses à se sentir compétentes. Avec une formation théorique et pratique (expérience de terrain) solide, le suivi de grossesse paraît plus aisé, entraînant de ce fait une augmentation du nombre de ce suivi (en découle ainsi le sentiment de compétence ressenti par le médecin).

L'ensemble de nos résultats confirme bien la notion d'implication plus forte des médecins femmes pour le suivi de grossesse.

- *D'après la littérature :*

L'ensemble des données bibliographiques vont dans notre sens.

- DIAS S. retrouvait que les MG femmes étaient 71% à suivre des grossesses contre 63% des hommes ; (2)
- La SFMG avait mis en évidence cet avantage du sexe féminin pour le MG qui souhaitait suivre des grossesses ; (43)

- SOUFACHE D'HOSE E. retrouvait que les étudiantes en médecine générale se sentaient plus compétentes que les étudiants vis-à-vis du suivi gynéco-obstétrical ; (49)
- PREVOT STIMEC I., dans sa thèse de 2004 sur « Les attentes des femmes enceintes envers leur MG dans le cadre du suivi de grossesse », avait tenté d'apporter une explication à cette féminisation du suivi de grossesse : les MG femmes s'estimaient être dans une relation de proximité, de compagnonnage maternel, du fait de l'existence d'un vécu commun. Les MG hommes confirmaient avoir un recrutement plus faible que les femmes, mais ils se sentaient cependant à capacité égale pour ce suivi. Ils évoquaient comme explication la notion de l'intime, poussant les femmes à consulter un MG du même sexe ; (58)
- PASCAL HOULE C. avait également mis en évidence que les MG femmes suivaient davantage de grossesses. Elle avait discuté le fait que la féminisation de la profession serait un facteur favorisant le suivi par le MG, ce résultat étant plus lié à une différence d'investissement des MG femmes par rapport à leurs confrères hommes étant donné que les femmes suivies ne déclaraient pas accorder plus d'importance au genre du MG ; (21)
- YILDIZ H., dans sa thèse de 2010 sur « Le suivi de grossesse par le médecin généraliste : expériences et vécus des femmes », retrouvait également que du point de vue des patientes, le genre masculin ou féminin du MG n'avait pas d'importance dans le choix du MG pour le suivi de leur grossesse. (8)

3.2. Le suivi de grossesse : une activité « imposée » aux MG éloignés?

L'analyse des résultats du sous-groupe est à interpréter avec prudence compte tenu des faibles effectifs obtenus (n = 11).

Le profil des médecins du sous-groupe est sensiblement le même que celui de l'ensemble des médecins en termes de sexe, d'âge, d'année d'installation, de mode d'exercice. Seul le lieu d'exercice est significativement différent étant donné que 60% de ces médecins exercent en milieu rural versus 14% des médecins de l'étude (**tableau n°3**). Cette différence est tout à fait logique étant donné qu'il s'agit de l'un des critères d'inclusion de ces

médecins. Pour les mêmes raisons, ces derniers sont significativement plus nombreux que les autres à exercer à 45 minutes ou plus d'un lieu d'accouchement (respectivement 55% et 7%) ; **(tableau n°5)**.

Alors que nous ne mettons en évidence aucune différence au niveau du nombre de déclarations de grossesse réalisées, nous retrouvons cependant que les médecins du sous-groupe sont plus nombreux à réaliser des suivis de grossesse que les autres (respectivement 100% et 63%) ; **(tableau n°7)**.

Concernant la formation complémentaire suivie, les médecins du sous-groupe sont moins nombreux que les autres à en avoir reçu une (40% versus 63%) ; **(tableau n°14)** et sont plus nombreux à ne pas en souhaiter une (80% versus 57%) ; **(tableau n°17)**. Pourtant, ils se sentent compétents dans les mêmes proportions que les autres médecins.

De par leur éloignement géographique, ces médecins suivent donc plus de grossesses. Etant éloignés des gynécologues-obstétriciens et des maternités, ces médecins sont davantage confrontés aux suivis de grossesse que les autres. Ils se sentent de ce fait à compétences égales malgré le manque de formation suivie (expérience de terrain).

3.3. Les jeunes générations de MG moins impliquées dans le suivi de grossesse ?

Au cours des dernières décennies, le nombre de MG assurant les suivis de grossesse a fortement diminué. (11)

Nous retrouvons bien cette notion. En effet, les médecins âgés de 60 ou plus sont plus nombreux à suivre des grossesses que les médecins âgés de moins de 40 ans (64% versus 46%) ; **(tableau n°8)**, et les médecins installés en 2010 ou après sont moins nombreux à suivre des grossesses que les médecins plus âgés (45% versus 66%) ; **(tableau n°9)**. Cette différence n'est cependant pas significative mais mérite tout de même d'être soulignée.

N'y aurait-il pas un lien avec l'augmentation de l'accès aux soins auprès des sages-femmes depuis ces dernières années?

4) Place du MG dans la coordination des soins en périnatalité

Le MG ne peut assurer à lui seul toutes les dimensions du suivi de grossesse. (14), (57)

La coordination est un processus conjoint d'analyse de la situation et de prise de décision qui permet à des professionnels de mettre en commun, de partager leurs connaissances, leur expertise et leurs compétences à chaque étape de la préparation à la naissance et à la parentalité pour les mettre au service des familles. Les professionnels de santé doivent, dans l'exercice de leurs pratiques respectives et collectives, promouvoir un accompagnement à la naissance le mieux adapté aux besoins des femmes et des futurs parents. (59)

La bonne communication entre les professionnels de santé est le gage de la qualité des soins de la patiente pris en charge conjointement. (60), (61)

Les recommandations émises par la conférence de consensus du CNGOF pour l'année 1998 favorisaient une meilleure coordination des acteurs du système (sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues-obstétriciens et médicaux, PMI, travailleurs sociaux) afin de permettre un suivi de la grossesse adapté à son niveau de risque. (62)

1. Terme pour l'orientation des patientes

- *Dans notre étude :*

Les MG orientent en majorité leurs patientes vers un gynécologue-obstétricien au 6^{ème} mois révolu (31% des médecins) ; (**Tableau n°13**).

- *Dans d'autres études :*

Les données de la littérature vont dans notre sens :

- ARNAUD A. et LE GOAZIOU M.F. retrouvaient que la plupart des MG orientaient leurs patientes au 6^{ème} mois ; (6)
- CASALS C. mettait en évidence que 34% des MG assuraient le suivi de grossesse jusqu'au 2^{ème} trimestre inclus ; (4)

- MONLEON C. montrait que 59% des MG passaient le relais avec la maternité à la fin du deuxième trimestre (6^{ème} mois). (45)

En réalité, il n'existe pas de consensus établi imposant au MG d'arrêter de suivre une femme enceinte si la grossesse est à bas risque. Il s'agit plus d'une pratique médicale sur accord professionnel.

Dans tous les cas, le MG doit pouvoir assurer le suivi des grossesses normales jusqu'au 6^{ème} mois inclus. Il est cependant recommandé que la femme soit connue de l'équipe obstétricale où elle accouchera 2 à 3 mois avant le terme présumé, afin de créer une relation de confiance et de faire un pronostic obstétrical précis. (63)

Le code de santé publique (décret du 9 octobre 1998) prévoit en effet que chaque patiente doit avoir une consultation au début du dernier trimestre de la grossesse avec un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme de l'unité qui effectuera l'accouchement et de faire réaliser la consultation pré-anesthésique. (64)

2. La communication des MG envers les gynécologues-obstétriciens : un axe à améliorer ?

2.1. Supports utilisés par les MG pour orienter leurs patientes

Quel que soit le moyen de communication utilisé, il est recommandé de toujours informer la femme enceinte des échanges d'informations réalisés entre les professionnels de la périnatalité et c'est la patiente elle-même qui autorise ou non l'accès à ces informations. (65)

2.1.1. Le courrier et le téléphone comme principaux moyens de communication

- *Dans notre étude :*

Le courrier et le téléphone sont utilisés par les MG comme principaux moyens de communication pour adresser une patiente à un gynécologue-obstétricien. (respectivement 67% et 54%) ; **(tableau n°23)**.

- *Dans d'autres études :*

Les données de la littérature sont concordantes avec les nôtres :

- Lorsqu'un MG adresse un patient à un confrère, un courrier est rédigé dans 95% des cas et le téléphone n'est utilisé que dans un tiers des cas ; (66), (67)
- MONLEON C. (45) et BINART ECALE H. dans sa thèse de 2012 sur « Les difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre MG et autres professionnels de santé du secteur libéral » (60), retrouvaient également que le courrier et le téléphone étaient les principaux moyens de communication utilisés par les MG dans l'adressage d'un patient à un confrère.

2.1.2. Vers une utilisation timide des nouvelles technologies de communication

- *Dans notre étude :*

Alors que la tendance actuelle est à une utilisation de plus en plus large de l'informatique et de l'Internet dans le domaine de la santé (60), nous pensons que les médecins de notre étude les évoqueraient plus largement (3% des médecins seulement) ; **(tableau n°23)**. D'autant plus que nos questionnaires ont été envoyés par voie e-mail essentiellement et que très peu de médecins étaient non informatisés lorsque nous avons effectué la relance téléphonique (4 médecins seulement).

- *Une autre étude va dans notre sens :*

- MONLEON C. retrouvait que seulement 1 MG se servait des e-mails comme moyen d'échange dans le cadre du suivi de grossesse. (45)

- *Axe d'amélioration :*

L'informatisation des cabinets médicaux ouvre pourtant des perspectives nouvelles dans la communication interprofessionnelle et s'annonce déjà depuis plusieurs années comme étant une solution permettant d'améliorer la communication interprofessionnelle en favorisant les échanges entre les différents acteurs de soins. (60)

De plus, le CHV fait partie du projet ZEPRA « Zéro Echange de Papier en Rhône-Alpes ». Lancé en 2010, il s'agit d'un applicatif informatique permettant aux établissements de santé et aux MG de partager des données via Internet en toute sécurité en vue d'améliorer la communication hôpital-ville et la coordination des soins. L'objectif est de tendre vers le zéro papier et d'accélérer la communication entre les professionnels. Par exemple, un hôpital peut notifier au MG d'un patient, via une alerte mail, de la disponibilité d'un document qu'il vient de produire. Si ce MG est équipé d'un logiciel compatible, le document s'intègre automatiquement dans son dossier informatique. Après signature d'une charte avec le service informatique et l'autorisation de la patiente, le MG peut avoir accès au dossier obstétrical « Cristal-Net » utilisé au CHV. (68)

Les MG du bassin valentinois ont-ils connaissance de cet applicatif pour le suivi des grossesses ?

2.1.3. Le carnet de maternité : un outil trop peu utilisé

Le carnet de maternité a pour but d'améliorer le suivi de grossesse et la communication entre les professionnels de santé et sociaux. (69)

- *Dans notre étude :*

Ce carnet est très peu utilisé par les médecins (seulement 1% des médecins) ; (**tableau n°23**).

- *Dans d'autres études :*

- CASALS C. avait des résultats similaires puisque 95,5% des MG recevant des femmes enceintes en consultation n'utilisaient jamais le carnet de maternité. Pourtant, 92% estimaient qu'il favorisait la communication et la continuité des soins ; (4)

- BABINET BOULNOIS C. retrouvait que 56% des MG disaient ne pas trouver le carnet de maternité satisfaisant. Les médecins pensaient qu'il serait utile de recevoir un dossier de suivi de grossesse unique ; (22)
- MONLEON C. montrait que le carnet de maternité était utilisé par 1 MG sur 5. (45)

2.2. Peu de difficultés dans la coordination des soins en périnatalité

- *Dans notre étude :*

66% des médecins disent ne pas présenter de difficulté pour adresser leur patiente à un gynécologue-obstétricien.

Les principales difficultés rencontrées sont les délais de rendez-vous trop longs (63%), le manque de disponibilité et la pénurie des gynécologues-obstétriciens (24%), le barrage de leurs secrétariats (20%).

Nous pouvons expliquer l'ensemble de ces difficultés par les problèmes démographiques touchant les gynécologues-obstétriciens du bassin valentinois. (17), (34)

Cette pénurie est accentuée par le fait que ces derniers sont surchargés de travail, notamment lorsqu'ils doivent prendre en charge des grossesses qui requièrent un suivi A, d'où l'importance d'une bonne orientation des soins.

- *D'après les données de la littérature :*

Les données sont discordantes avec les nôtres :

- Les premiers états généraux de la naissance en Juin 2003 ont mis en exergue la difficulté majeure de communication entre les différents professionnels de la naissance ; (26)
- CASALS C. mettait en évidence le manque de communication et de coordination entre les différents acteurs du suivi de grossesse ; (4)
- PHELIPPEAU BINET E. montrait que les professionnels de santé amenés à suivre des femmes enceintes rencontraient quotidiennement des difficultés, notamment pour se concerter et travailler ensemble ; (53)

- Dans une étude de 2007 portant sur « L'intégration des professionnels de santé au sein du réseau Aurore », 91,9% des professionnels enquêtés estimaient que la communication vers les acteurs de la périnatalité devait être améliorée. (70)

Dans notre intitulé de question, nous voulions savoir si les MG présentaient des difficultés pour adresser une patiente à un gynécologue-obstétricien et non connaître leurs difficultés en périnatalité dans un sens plus large, expliquant de ce fait probablement que les données obtenues soient différentes des nôtres.

- *Axe d'amélioration :*

En 2012, lors de son travail sur le parcours de soin, le CHV a mis en place des rendez-vous bloqués sur l'agenda des gynécologues-obstétriciens afin de répondre en moins de 8 jours à une demande de rendez-vous pour les grossesses type parcours B, permettant ainsi une amélioration du délai de rendez-vous pour les grossesses à risque.

2.3. Le retour d'information

- *Généralités :*

En 2006, une étude de l'Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'Ile de France avait souligné le manque de transmission d'informations médicales entre les établissements de santé et la médecine de ville. Cette information et cette coordination des soins étaient pourtant considérées comme étant des facteurs influençant la qualité et la continuité des soins. Le compte rendu d'hospitalisation (ou la lettre de sortie) devait ainsi être parvenu au médecin traitant dans un délai inférieur ou égal à 8 jours. Cependant, ce délai était rarement respecté alors qu'il représentait un véritable indicateur de santé. (71)

- *Dans notre étude :*

70% des médecins ont un retour d'information lorsqu'ils adressent une patiente à un gynécologue-obstétricien. Parmi eux, 46% ont « toujours un retour d'information » et 58% obtiennent ce retour « dans le mois ». Seulement 24% obtiennent un retour dans la semaine (**tableau n°24**).

La plupart du temps, le délai réglementaire des 8 jours n'est pas respecté. Les médecins renvoient donc leurs patientes sans disposer des informations nécessaires à la poursuite de la prise en charge (examens complémentaires réalisés, thérapeutiques instaurées, etc.).

Nous n'avons pas demandé aux MG s'ils considéraient la fréquence ou le délai d'échanges comme étant satisfaisants ce qui aurait été intéressant pour évaluer la qualité de la coordination.

- *Dans d'autres études :*

- MONLEON C. retrouvait des résultats similaires puisque 86% des MG avaient un retour d'information lorsqu'ils orientaient leurs patientes vers un gynécologue-obstétricien. La majorité des retours s'effectuait dans un délai moyen situé entre 15 jours et 1 mois ; (45)
- BINART ECALE H. retrouvait qu'une réponse du praticien sollicité (quel que soit sa spécialité), était obtenue par plus de la moitié des MG. Ce retour d'information permettait de renforcer le lien entre les deux intervenants (notion de mise en réseau). Son délai d'obtention, véritable critère de qualité des soins, était important pour les MG afin de suivre leurs patients, mais à peine la moitié d'entre eux en disposait avant de revoir le patient. (60)

3. Médecins généralistes et autres acteurs de la périnatalité

D'une manière générale, le MG est au cœur du nouveau dispositif de notre système de santé depuis 2004. Il est devenu un véritable coordinateur du « parcours de soin ». Personne référente pour le patient, il oriente donc celui-ci au sein du parcours de soins afin d'assurer un lien de qualité entre les différents professionnels de santé. Cette orientation nécessite donc que le MG se mette en relation avec les autres professionnels de santé. (60)

Il est primordial que la collaboration entre les différents intervenants impliqués soit harmonieuse afin de garantir la sécurité maternelle et infantile par la bonne organisation et la continuité des soins. (72)

3.1. La collaboration avec les sages-femmes

- *Généralités :*

Tout comme le MG, les sages-femmes sont habilitées à suivre de façon autonome les grossesses à bas risque en tant qu'acteur de soin primaire en périnatalité. Les relations entre les MG et les sages-femmes en termes de premier recours sont actuellement assez floues et non lisibles. (73)

Le lien entre ces deux acteurs de soins primaires devient primordial à l'heure où ils vont être amenés à collaborer davantage dans les années à venir pour assurer le suivi de la femme enceinte. (52)

- *Dans notre étude :*

Les sages-femmes sont le principal professionnel avec lequel les médecins collaborent (74,5%) ; (**tableau n°25**), ce qui est tout à fait positif lorsque l'on regarde les données de la littérature.

- *Dans d'autres études :*

- BERTRAND L. retrouvait que seulement 52% des MG orientaient leurs patientes vers une sage-femme au cours du suivi de grossesse (que ça soit pour les cours de préparation à la naissance, la rééducation du périnée, les consultations de suivi ou l'entretien du 4^{ème} mois). La plupart des MG considérait la collaboration avec les sages-femmes comme étant mauvaise, les principaux freins à cette collaboration étant la méconnaissance de leur rôle et de leurs compétences ; (52)
- Dans le mémoire de MONLEON C. 70% des MG lyonnais indiquaient orienter certaines femmes enceintes vers des sages-femmes libérales. Elle retrouvait également que les principaux freins à cette collaboration étaient dûs à la méconnaissance du rôle des sages-femmes et de leurs compétences. (45)

3.2. La collaboration avec les gynécologues-obstétriciens

- *Généralités :*

Acteurs de soins secondaires, les MG et les sages-femmes doivent avoir recours aux gynécologues-obstétriciens en cas de situation à risque identifiée (avis A1-A2 et suivi B). (10), (14)

- *Dans notre étude :*

Les gynécologues-obstétriciens sont le deuxième professionnel cité majoritairement par nos médecins (70,5%) ; (**tableau n°25**).

- *D'après les données de la littérature :*

- Dans son mémoire de 2013 portant sur « Le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », DUMONT D., retrouvait que les gynécologues-obstétriciens étaient majoritairement consultés durant toute la grossesse, et ce, même pour des patientes requérant un suivi strictement A. Elle précisait de ce fait qu'il est important d'insister et de mettre en avant les compétences des acteurs de soins primaires dans le suivi de grossesse et de ne pas perdre de vue que les gynécologues-obstétriciens ont des activités très diverses et variées, dont certaines d'entre elles ne peuvent être pratiquées que par ces professionnels. De ce fait, une prise en charge majoritairement menée par eux peut comporter des effets négatifs comme notamment l'accentuation du manque de leur disponibilité pour d'autres patientes nécessitant réellement leur intervention ; (74)
- MONLEON C. retrouvait que les MG étaient 69% à demander un avis à un spécialiste au cours du suivi de grossesse en cas de dépassement de leurs compétences. (45)

- *Axe d'amélioration :*

Le travail en cours au CHV tend à organiser ce type de prise en charge mais il n'est pas encore très bien connu des MG (MG peu présents à la réunion d'information de 2012).

3.3. Collaboration avec la PMI et les services sociaux

Dans notre étude, le service de PMI du secteur a été évoqué par 28% des médecins et les assistantes sociales par 15% d'entre eux (**tableau n°25**). Leurs rôles respectifs sont essentiels en périnatalité en particulier pour le suivi des patientes et pour les nouveau-nés les plus vulnérables. (75)

D'autant plus si l'on considère que la région valentinoise est une zone de haute précarité. (39) (76)

3.4. Axes d'amélioration

Il paraît nécessaire de protocoliser les prises en charge sur chaque territoire. Les grossesses physiologiques doivent être suivies par les MG ou les sages-femmes et les grossesses à risque doivent faire l'objet d'un suivi mixte ou d'un suivi en milieu obstétrical par les gynécologues-obstétriciens. De cette nouvelle organisation des soins doit découler secondairement une information cohérente et harmonieuse aux patientes par l'ensemble des acteurs impliqués. C'est pourquoi il est nécessaire qu'un travail en vraie concertation se fasse entre MG, sages-femmes, gynécologues-obstétriciens pour savoir ce que les uns et les autres attendent de chacun. Les gynécologues-obstétriciens ont besoin de connaître l'orientation, les liens au cours de la grossesse avec les pathologies chroniques et intercurrentes. De leur côté, les MG ont besoin de connaître les perspectives du suivi à long terme des pathologies dépistées pendant la grossesse (HTA, diabète, dépression).

Comment pourrait-on réfléchir pour que chaque professionnel trouve sa place ?

Afin que les MG réintègrent le suivi de grossesse, ne pourrait-on pas envisager que chacun d'entre eux déclare son souhait et ses capacités à suivre des grossesses sur le système d'information à disposition des futurs parents dans le territoire concerné ? Ne pourrait-on pas penser à un « contrat de territoire pour le suivi des grossesses » : nous pourrions considérer une entité populationnelle, le « territoire de soins primaires » (à définir par consensus) et proposer un modèle d'organisation collective sur ce sujet (quel grade de risque pour quels professionnels et dans quelle structure). Une fois cela fait, nous pourrions interroger tous les professionnels concernés et proposer de faire connaître leur disponibilité de façon concertée et

conjointe sur les supports destinés au public. Les revues de dossiers seront alors ouvertes à tous et portées à la connaissance de tous les professionnels qui le souhaitent.

Afin d'améliorer la coordination en médecine générale dans le domaine du suivi de grossesse, les MG du bassin valentinois ne pourraient-ils pas participer aux RMM du CHV ayant lieu tous les deux mois ? Ne pourrait-il pas y avoir des groupes de travail entre les MG et les gynécologues-obstétriciens afin de rediscuter sur les dossiers qui ont posé des problèmes d'orientation dans le parcours de soin, à des horaires adaptés aux MG (en soirée ou en fin de journée), afin de maximiser les chances de participation ?

3.5. Le MG : référent coordinateur des grossesses ?

Les recommandations professionnelles de la HAS sont claires. Le suivi de grossesse doit être assuré par un groupe restreint de professionnels (MG, sage-femme, gynécologue-obstétriciens), avec qui la femme enceinte se sent en confiance (grade A). Dans ce groupe de professionnels, une personne « référente » doit faciliter la coordination entre les professionnels et l'organisation des soins. Cette personne coordinatrice peut à ce titre, être le MG. (10), (14)

Il semble de ce fait fondamental d'intégrer le suivi de grossesse dans un réseau où le MG doit valoriser sa position de coordinateur, en collaboration avec les autres professionnels concernés. (36)

Dans sa thèse, PASCAL HOULE C. avait relevé le fait que les patientes changeaient souvent de professionnels au cours de leur suivi de grossesse. Elle avait de ce fait introduit la notion de « référent » grossesse, qu'il soit MG, gynécologue ou sage-femme afin de réaliser la coordination du suivi. (21)

Le MG peut donc être le coordinateur du suivi de grossesse afin d'assurer le lien entre les différents professionnels impliqués (secteur libéral, secteur hospitalier et PMI), et ce, quel que soit le type de suivi préconisé par la HAS (A ou B) et quel que soit le nombre de suivis de grossesse qu'il réalise. Cette notion de référent coordinateur n'implique en effet pas que l'intégralité ou la majeure partie du suivi soient effectuées par cette personne. Il reste

primordial que les différents types de suivis soient préservés afin de garantir la qualité de la prise en charge et la sécurité du suivi.

Il est recommandé que cette personne « coordinatrice » facilite l'organisation et la continuité des soins ainsi que les articulations avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien. Le « maître d'œuvre » du suivi régulier, déterminé en fonction du choix de la femme et du niveau de risque évalué peut tenir ce rôle de coordonnateur. (14)

Dans notre étude, les médecins avaient cité en majorité le MG comme référent coordinateur dans le cas d'une grossesse physiologique (57%) ; (**tableau n°26**). Pour les grossesses à risque cependant, l'écrasante majorité (97%) avait cité le gynécologue-obstétricien comme référent coordinateur (**tableau n°26**).

Avaient-ils considéré que nous entendions par la notion de « référent coordinateur » la personne devant suivre la grossesse ?

4. Le réseau périnatal Aurore

4.1. Un réseau méconnu par la plupart des MG du secteur

- *Dans notre étude :*

Une minorité de médecins connaissent le réseau Aurore (37%).

Comme nous l'avons vu précédemment, les MG de notre étude réalisent globalement peu de suivis, ce qui peut en partie expliquer cette méconnaissance du réseau. Etant peu confrontés aux suivis de grossesse, il paraît en effet compréhensible que les médecins ignorent l'existence de ce réseau spécialisé en périnatalité.

- *Dans d'autres études :*

Les données de la littérature sont en accord avec les nôtres :

- MONLEON C. retrouvait également que seulement 38% des MG lyonnais connaissaient l'existence du réseau Aurore ; (45)

- PHELIPPEAU BINET E. montrait que les professionnels de santé amenés à suivre des femmes enceintes méconnaissaient pour la plupart le réseau Aurore. (53)

4.2. La connaissance du réseau dépend de plusieurs facteurs

- *Du sexe du médecin, du suivi de grossesse et de la formation complémentaire :*

Dans notre étude, les femmes sont statistiquement plus nombreuses à connaître le réseau que les hommes (64% versus 20%) ; **(tableau n°27)**.

La connaissance du réseau dépend du suivi de grossesse. En effet, 43% des médecins faisant des suivis connaissent le réseau versus 26% des médecins ne faisant aucun suivi **(tableau n°29)**.

Enfin, la connaissance du réseau dépend statistiquement de la réalisation ou non d'une formation complémentaire en gynécologie-obstétrique puisque 82% des médecins n'ayant pas suivi de formation ne connaissent pas le réseau versus 51% des médecins en ayant suivi une **(tableau n°30)**.

Les femmes étant plus nombreuses que leurs homologues masculins à suivre des grossesses (77% versus 55%) ; **(tableau n°7)** ; et à avoir reçu une formation complémentaire en gynécologie-obstétrique (80% versus 53%) ; **(tableau n°14)**, il paraît de ce fait logique que ces dernières aient davantage connaissance de l'existence du réseau que leurs confrères.

- *Du mode d'exercice :*

Dans notre étude, la connaissance du réseau dépend statistiquement du mode d'exercice des MG étudiés. En effet, les médecins exerçant seuls ne connaissent pas le réseau pour 75% d'entre eux versus 55% des médecins exerçant en association **(tableau n°27)**.

Cette notion montre le rôle important de la communication par les pairs dans la diffusion de l'information et dans la connaissance du réseau.

Cet aspect semble être positif si l'on considère que la plupart des jeunes MG s'installent en groupe dorénavant. (40)

A noter que les compétences ressenties sont directement liées avec la connaissance du réseau Aurore. En effet, 75% des MG ne se sentant pas compétents pour suivre des grossesses ne connaissent pas le réseau Aurore versus 57% des MG se sentant compétents **(tableau n°30)**.

4.3. N'y a-t-il pas une carence dans la diffusion de l'information du réseau ?

Nous retrouvons en effet que la connaissance du réseau dépend significativement de l'âge des médecins étudiés. Cette connaissance est inversement proportionnelle à l'âge des médecins. Les MG âgés de moins de 40 ans sont significativement plus nombreux à connaître le réseau que les médecins âgés de plus de 60 ans (respectivement 62% et 9%) ; (**tableau n°28**).

Nous nous devons alors de préciser que la mise en place du réseau est récente (2003) et que par conséquent les médecins de plus de 40 ans ont débuté leur pratique en gynécologie-obstétrique sans son aide pouvant expliquer en partie cette différence. De plus, rappelons que quasiment la moitié des médecins de notre étude sont des « anciens médecins » installés il y a plus de 25 ans (**tableau n°2**).

Cependant, à plus de 10 ans de sa mise en place, n'y a-t-il pas une carence dans la diffusion de l'information du réseau auprès des MG ? Nous pourrions en effet imaginer qu'en présence d'une diffusion adaptée de l'information, le réseau devrait être connu par la plupart des MG exerçant à Valence ou à proximité, et ce, quel que soit leur âge.

Dans l'étude menée en 2007 sur l'intégration des professionnels au sein du réseau Aurore (70), 97% des professionnels enquêtés avaient déclaré connaître l'existence de ce réseau. Cette connaissance était liée essentiellement à la communication par les pairs, aux autres professionnels exerçant au sein du réseau, lors des congrès ou lors des visites de maternités par les coordinateurs et par l'affiche présente dans les maternités. Parmi les professionnels enquêtés 56% trouvaient que le réseau avait un impact positif sur le suivi de grossesse.

Comme attendu, nous avons retrouvé un taux plus faible de médecins ayant connaissance du réseau (37% versus 97%), s'expliquant par le fait que l'étude précédente avait été menée auprès de professionnels travaillant dans des établissements du réseau et étant aussi bien des professionnels médicaux que non médicaux. Dans notre étude, l'intégralité des médecins exercent en secteur libéral (critère d'inclusion) et à ses débuts, le réseau était un réseau inter-hospitalier, expliquant le fait que les médecins du secteur hospitalier soient davantage informés que ceux exerçant en ville (médecins libéraux moins confrontés aux affiches dans les maternités, aux colloques organisés et aux réunions de réseau).

4.4. Vers le développement des réseaux de proximité en périnatalité ?

- *Proposition d'un réseau de proximité sur le bassin valentinois :*

Le réseau Aurore est un réseau régional davantage impliqué dans la prise en charge des grossesses pathologiques, ce qui explique également que peu de MG le connaissent. Les réseaux de proximité en périnatalité ne seraient-ils pas plus adaptés à la prise en charge des grossesses à bas risque ?

Nous pourrions en effet penser à un réseau de proximité formalisé, en lien avec le réseau Aurore, qui s'étendrait sur l'ensemble du bassin valentinois. La grossesse étant la plupart du temps exempt de complication (4), (14), c'est dans le cadre d'un réseau de soins primaires que la périnatalité pourrait trouver sa place. Pourquoi ne pas mettre en place un réseau de périnatalité de proximité déspecialisé réunissant les compétences de chaque professionnel ? Ce réseau de soins primaires pourrait être une solution aux difficultés de coordination en créant une relation pluridisciplinaire entre les différents professionnels de la périnatalité (qu'ils soient libéraux ou de la fonction publique) et en apportant des outils de travail (Revue de Morbi-Mortalité (RMM), formations pratiques, reprise de cas, etc.).

Ce réseau pourrait également faire un travail centré sur l'entretien prénatal précoce qui serait un lien entre les MG et les sages-femmes et qui favoriserait ainsi l'échange entre ces deux acteurs. Ce réseau pourrait ainsi favoriser le développement du travail de proximité entre les cabinets de groupe des MG et les sages-femmes libérales exerçant à proximité. Cette collaboration et cette structuration permettraient sans doute d'améliorer la compétence d'ensemble du système de santé.

Le réseau Aurore, réseau de soins spécialisé, pourrait alors venir en appui à ce réseau de proximité pour compléter le travail instauré en soins primaires ou pour prendre le relais en cas de nécessité.

Lors de la conférence de consensus de 1998, le CNGOF recommandait d'ailleurs de privilégier l'offre de proximité. (62)

- *Exemples de réseau de proximité :*
 - Le réseau de proximité en périnatalité Novanat (Haut-Vaucluse/Sud-Drôme). Lors d'une étude de faisabilité sur la période octobre 2004-octobre 2005, il fut décidé que tout professionnel déclarant une grossesse s'engageait à proposer l'entretien du 4^{ème} mois et à demander à la femme de prendre rendez-vous dès la fin du 1^{er} trimestre à la maternité. La maternité s'engageait à ne pas capter les grossesses mais, en l'absence de facteur de risque, à les renvoyer au MG jusqu'à la 34^{ème} semaine si celui-ci le souhaitait. Ce partage des suivis de grossesse constituait le point d'équilibre entre les libéraux et les hospitaliers. Il garantissait à la maternité que les femmes étaient vues au moins une fois si elles se présentaient en urgence pendant le 2^{ème} et le 3^{ème} trimestre. Il permettait aux généralistes qui le souhaitaient de suivre les grossesses en pouvant à chaque instant s'adresser, pour avis, à la maternité. (77)
 - A Carpentras s'est créé en 2009 un réseau de proximité périnatal mettant en place un annuaire pour que les professionnels se connaissent mieux, des formations et des staffs de périnatalité, pluri-professionnels et pluri-institutionnels réguliers. (78)

5. Les situations à risque de la Haute Autorité de Santé (HAS)

5.1. Généralités

En 2007, la HAS a publié des recommandations professionnelles sur « Le suivi et l'orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » [**Annexe 1**]. Ces recommandations s'inscrivent dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007 et précisent pour chacune des situations à risque identifiées, le type de suivi approprié en termes de professionnels de santé et de lieu d'accouchement. Le professionnel qui voit la patiente en première ligne (MG ou sages-femmes) a donc la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer auprès des gynécologues-obstétriciens si besoin. (14)

Le niveau de risque peut évoluer au cours de la grossesse. Certains risques restent imprévisibles et vont nécessiter une adaptation de l'orientation prévue initialement. (65)

Il paraît donc essentiel que les MG connaissent précisément les situations à risque identifiées de la HAS. (21)

5.2. Des situations à risque peu connues par les MG

- *Dans notre étude :*
37,5% des médecins étudiés connaissent les situations à risque identifiées de la HAS.
- *Dans la littérature :*
Peu de données sont disponibles sur ce point dans la littérature.

BABINET BOULNOIS C. retrouvait que 13% des médecins généralistes ne faisaient pas de suivi de grossesse car ils ne se sentaient pas à jour des nouvelles recommandations. (22)

5.3. La connaissance des situations à risque dépend de plusieurs facteurs

- *Du sexe du médecin, du suivi de grossesse et de la formation complémentaire :*
Dans notre étude, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à connaître les situations à risque (44% versus 34%) ; (**tableau n°31**). Cette différence n'est cependant pas significative.

La connaissance des situations à risque dépend significativement de la réalisation ou non de suivis de grossesse. En effet, 43% des médecins faisant des suivis connaissent les situations à risque versus 25% des médecins ne faisant aucun suivi (**tableau n°32**). Tout comme pour le réseau Aurore, les médecins réalisant peu ou pas de suivis sont moins informés des recommandations puisque moins confrontés au suivi de grossesse en pratique courante.

Enfin, la connaissance des situations à risque dépend également significativement de la réalisation ou non d'une formation complémentaire en gynécologie-obstétrique. En effet, 79% des médecins ayant suivi une formation connaissent les situations à risque versus 48% des médecins n'ayant pas suivi de formation (**tableau n°33**).

- *De la connaissance du réseau Aurore :*

Fait important, la grande majorité des médecins ne connaissant pas le réseau Aurore ne connaissent pas non plus les situations à risque de la HAS (74%) ; (**tableau n°33**). Même si la HAS précise que la plupart des recommandations ne s'appuient pas sur des niveaux de preuves, peut-on considérer qu'un médecin généraliste soit compétent pour suivre des grossesses s'il ignore les recommandations de bonnes pratiques instaurées par les collèges nationaux et les sociétés savantes ? La formation universitaire ne permet-elle pas la connaissance de ces critères ? Les médecins appliquent-ils les recommandations sans savoir qu'il s'agit des facteurs de suivi attendus dans notre question ? S'agissait-il de médecins ne faisant aucun suivi de grossesse ?

Tout comme pour le réseau Aurore, les compétences ressenties par le médecin sont directement liées à la connaissance de ces situations à risque. En effet, 82% des médecins ne se sentant pas compétents pour le suivi de grossesse ne connaissent pas les situations à risque versus 53% des médecins se sentant compétents (**tableau n°34**). D'où l'importance d'une bonne connaissance de ces situations pour le suivi de grossesse.

5.4. Des recommandations peu exploitables en pratique courante

Dans le cadre de notre travail, la majorité des médecins connaissant les facteurs disent les appliquer (82% d'entre eux). Le manque de temps et le manque de faisabilité en pratique courante sont les deux motifs de non applicabilité des facteurs les plus retrouvés (**tableau n°35**).

Les recommandations de la HAS sont en effet longues et compliquées. Afin de pallier ce problème, les quatre MG ayant travaillé pour l'élaboration du questionnaire de thèse ont donc demandé une simplification de ces facteurs de suivi afin de mieux repérer les patientes type parcours B (patientes à adresser précocement aux gynécologues-obstétriciens).

Martine Vossey (sage-femme au CHV) et Magalie Roux (gynécologue-obstétricienne au CHV) ont donc réalisé une plaquette synthétique [**Annexe 5**] au format A4, simplifiant les principales situations à risque et permettant ainsi d'aider les MG à mieux orienter leurs patientes dans le cadre du parcours de soin obstétrical. Ces plaquettes ont fait l'objet d'une

diffusion auprès des sages-femmes et des MG du secteur lors d'une réunion d'information et ont été secondairement simplifiées à la demande conjointe des MG.

A présent, il est nécessaire que ces plaquettes soient diffusées en proximité auprès de petits groupes de médecins. Il serait judicieux que les MG intéressés par le suivi de grossesse s'emparent de ces plaquettes. Il reste encore à trouver le meilleur moyen de diffusion des plaquettes auprès des MG.

6. Une coordination différente en fonction du suivi de grossesse ?

Deux profils de médecins se distinguent donc clairement dans notre étude avec d'une part les médecins réalisant des suivis de grossesse et d'autre part, ceux n'en réalisant pas. Il nous semble de ce fait nécessaire de mieux intégrer les médecins suivant des grossesses au sein de la coordination en périnatalité. Ces médecins sont des partenaires plus présents dans la prise en charge des grossesses et il est nécessaire de renforcer leurs rôles.

Les médecins ne réalisant pas de suivi de grossesse restent quoi qu'il en soit le médecin traitant de la patiente, notamment pour les problèmes intercurrents qu'ils sont amenés à prendre en charge au cours de la grossesse ou pour le suivi médical de certaines pathologies (surveillance de la tension artérielle et bilan vasculo-rénal après une pré-éclampsie, surveillance d'une dépression du post-partum, surveillance de l'apparition d'un diabète de type 2 en cas de diabète gestationnel, etc.). Il est de ce fait primordial que ces médecins ne soient pas exclus du réseau de soin et qu'ils restent informés du suivi instauré pour leurs patientes. Leur rôle de coordonnateur et d'interlocuteur privilégié doit être maintenu.

Quelle place gardent donc ces médecins qui ne réalisent pas de suivis de grossesse mais qui restent cependant le médecin généraliste de la patiente ? Comment mettre en place une coordination entre les médecins réalisant des suivis de grossesse et ceux n'en réalisant pas ou très peu ? Les MG ne suivant aucune grossesse doivent en effet garder un lien avec les équipes obstétricales. Ne pourrions-nous pas nous interroger sur une coordination différente en fonction de l'implication des médecins pour un tel suivi ?

Ne serait-il pas judicieux de proposer des formations en gynécologie-obstétrique graduées aux MG avec d'un côté des formations de base pour l'ensemble des médecins et d'un autre côté des formations plus approfondies pour ceux intéressés par le sujet ?

Ne pourrions-nous pas penser à des formations communes entre les différents acteurs de la périnatalité afin de favoriser le travail pluridisciplinaire ?

CONCLUSIONS

Véritable partenaire du parcours de soin en périnatalité, il est primordial que le médecin généraliste réintègre sa place au côté des sages-femmes et des gynécologues-obstétriciens dans le suivi des grossesses à bas risque. En effet, jusqu'à ces dernières années, la prise en charge des grossesses a essentiellement été confiée aux gynécologues-obstétriciens, et ce, quelque soit le niveau de risque. Les problèmes de démographie médicale et l'augmentation de la demande de soins primaires ont également contribué à ce que les médecins généralistes suivent de moins en moins de grossesses.

Il nous a paru nécessaire de réaliser un état des lieux sur la place du médecin généraliste dans le suivi et la coordination des soins pendant la grossesse, dans le bassin valentinois et dans un sous-groupe de médecins exerçant dans des zones éloignées mais représentant un bassin de recrutement important du Centre Hospitalier de Valence. A travers une enquête descriptive et prospective se déroulant de juin à octobre 2013, nous avons interrogé 322 médecins du bassin valentinois (159 réponses) et 21 médecins des zones éloignées (11 réponses). En fonction des problèmes ou des dysfonctionnements soulevés nous souhaitons proposer des axes d'amélioration.

Nous avons confirmé notre première hypothèse, à savoir que les médecins généralistes réalisent peu de suivis de grossesse (37% ne font aucun suivi et seulement 10% en suivent 10 ou plus par an). Alors que nous pensions que le principal frein à cette activité était le manque de temps, nous retrouvons en réalité que c'est par manque de demande que ces médecins pratiquent pour la plupart peu de suivis, l'offre en soins primaires locale étant satisfaisante.

Notre deuxième hypothèse s'est également vérifiée. Deux groupes de médecins se distinguent clairement dans notre étude : d'une part les médecins faisant des suivis de grossesses et d'autre part les médecins ne réalisant aucun suivi. Les médecins faisant des suivis de grossesses sont essentiellement les femmes (75% versus 55% des hommes) et les médecins exerçant dans les zones de désert médical éloignées (100% versus 63% des autres médecins). Les médecins âgés de 40 ans ou plus semblent suivre plus de grossesses mais cette différence n'est pas significative.

Parmi les médecins interrogés, 63% ont suivi une formation complémentaire en gynécologie-obstétrique, 57% ne souhaitent pas avoir de formation complémentaire et 65% se sentent compétents pour suivre des grossesses. La Formation Médicale Continue (FMC) est la formation la plus suivie par l'ensemble des médecins (76% d'entre eux). Les hommes sont plus nombreux à avoir cité la FMC (86% versus 64% des

femmes) et les femmes sont plus nombreuses à avoir cité les Diplômes Universitaires et Inter-Universitaires (29% versus 6% des hommes).

Nous retrouvons que les femmes sont davantage impliquées que les hommes dans la prise en charge des grossesses puisqu'elles sont plus nombreuses à avoir suivi une formation (80% versus 53%), à souhaiter en avoir une (58% versus 35%) et à se sentir compétentes (78% versus 57%). Les médecins des zones de désert médical sont moins nombreux à avoir suivi une formation complémentaire (40% versus 63%), à souhaiter en suivre une (20% versus 43%), mais ils sont aussi nombreux à se sentir compétents. L'implication des médecins pour le suivi de grossesse en termes de formations complémentaires et de compétences ressenties ne dépend cependant pas de l'âge des médecins, de leur année d'installation, de leur mode ou lieu d'exercice et du temps les séparant avec un lieu d'accouchement.

Notre troisième hypothèse concernant les difficultés de coordination se vérifie en partie. Seulement 34% des médecins rencontrent des difficultés lorsqu'ils adressent une patiente à un gynécologue-obstétricien ; la principale difficulté étant les délais de rendez-vous trop éloignés. Même si 70% des médecins ont un retour d'information lorsqu'ils adressent une patiente à un gynécologue-obstétricien, ce retour est encore trop long (de l'ordre d'un mois). Les généralistes revoient donc souvent leurs patientes sans disposer des informations nécessaires à la bonne continuité du suivi. De plus, alors que l'informatisation des cabinets médicaux ouvre des perspectives nouvelles dans la communication interprofessionnelle, très peu de médecins l'utilisent pour orienter leurs patientes (courrier pour 67% des médecins et téléphone pour 54%).

Pour une grossesse physiologique, 57% des médecins ont cité le médecin généraliste comme pouvant être le référent coordinateur de la grossesse et 97% ont cité le gynécologue-obstétricien pour une grossesse à risque. Pourtant, afin d'assurer le lien entre les différents acteurs concernés, le médecin généraliste a toute sa place en tant que référent coordinateur au sein d'un suivi pluridisciplinaire et ce, quel que soit le niveau de risque de la grossesse.

Le réseau périnatal Aurore, véritable maillage entre les professionnels de la périnatalité de la région Rhône-Alpes est encore peu connu par les médecins généralistes à plus de dix ans de sa mise en place (seulement 37% des médecins). Le développement d'un réseau de proximité en périnatalité centré sur les soins primaires semble être une solution d'avenir pour améliorer la coordination des soins en périnatalité. Au sein de ce réseau, les généralistes et les sages-femmes pourraient mutualiser leurs compétences et travailler en concertation, appuyés par les gynécologues-obstétriciens du réseau Aurore. Cette idée est renforcée par le fait que le principal professionnel de la périnatalité avec lequel les médecins généralistes du bassin valentinois travaillent est la sage-femme pour 74.5% d'entre eux.

Difficiles à exploiter en pratique courante, les recommandations de la Haute Autorité de Santé pour identifier les situations à risque sont également méconnues des généralistes alors qu'elles représentent le point d'ancrage de l'orientation des patientes dans le parcours de soin périnatal (seulement 37.5% des médecins les connaissent et 59% de ce qui ne les connaissent pas suivent pourtant des grossesses). Afin de pallier ce problème, une plaquette synthétique reprenant toutes les situations à risque nécessitant une

orientation vers un gynécologue-obstétricien (parcours B) a été créée au Centre Hospitalier de Valence en 2013. Sa diffusion auprès des médecins généralistes du secteur et sa répercussion sur une orientation plus précoce des patientes à risque reste encore à étudier.

Le médecin généraliste a donc toute sa place dans le suivi des grossesses. Le travail en concertation pourrait se faire au sein d'un réseau de soin primaire de proximité appuyé par les gynécologues-obstétriciens du réseau périnatal Aurore. Il existe beaucoup de perspectives d'amélioration de la coordination entre ces différents acteurs pouvant ainsi permettre à terme d'améliorer la sécurité maternelle et infantile.

Vu, Le Doyen de la Faculté
de Médecine et de Maïeutique
Lyon-Saint-Charles Mérieux



Carole BURILLON

Le Président de la Thèse
(Nom et signature)



Vu et Permis d'imprimer
Lyon, le 28/04/2015

Vu, le Président de l'Université
Le Président du Comité de Coordination
des Etudes Médicales



Professeur François-Noël GILLY

ANNEXES

ANNEXE 1

« Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées »

Extraits des recommandations professionnelles : mai 2007

Recommandations

1. Introduction

1.1 Thème des recommandations

Ces recommandations professionnelles ont été élaborées par la HAS à la demande conjointe du Collège national des gynécologues-obstétriciens français, de la Société française de médecine périnatale, du Collectif interassociatif autour de la naissance et du Collège national des sages-femmes.

Elles s'inscrivent dans le cadre du plan périnatalité 2005-2007, ensemble de mesures visant à améliorer la qualité des soins et à développer une offre de soins plus humaine et plus proche autour de la naissance.

1.2 Objectifs des recommandations

Les objectifs des recommandations sont :

- d'améliorer l'identification des situations à risque pouvant potentiellement compliquer la grossesse ;
- d'adapter le suivi en conséquence.

Ces recommandations précisent pour chacune des situations à risque identifiées (avant, au début ou en cours de grossesse) le type de suivi approprié en termes de professionnels de santé et de lieu d'accouchement requis *a minima*. Elles décrivent également les modalités de suivi des femmes enceintes ne présentant pas de complications, ce qui correspond à la majorité des grossesses.

Cette démarche vise à améliorer la qualité de l'accompagnement global et à mieux intégrer les souhaits des femmes et des couples.

Ces recommandations n'abordent pas :

- les conduites thérapeutiques à mettre en place en cas de situation à risque ;
- les modalités du suivi, le choix des structures et lieux d'accouchement à adapter aux cas de grossesses à haut niveau de risque ;

- les situations à risque pouvant survenir durant l'accouchement et imprévisibles avant le début du travail.

1.3 Professionnels de santé concernés

Ces recommandations sont destinées à l'ensemble des professionnels impliqués en périnatalité qui exercent, selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité ou dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital. Elles concernent notamment les sages-femmes, les médecins généralistes, les gynécologues médicaux, les gynécologues-obstétriciens, les anesthésistes-réanimateurs, les pédiatres néonatalogistes et les échographistes qui pratiquent des échographies obstétricales.

1.4 Gradation des recommandations

L'analyse de la littérature ne fournissant que peu d'études de haut niveau de preuve, la plupart des recommandations s'appuient sur les résultats des études épidémiologiques (portant sur les situations à risque en termes de fréquence, de morbi-mortalité maternelle et fœtale) et elles sont fondées sur un accord professionnel au sein du groupe de travail réuni par la HAS, après consultation du groupe de lecture. L'absence de niveau de preuve ne signifie pas que ces recommandations ne sont pas pertinentes et utiles. Elle doit en revanche inciter à engager des études complémentaires lorsque cela est possible.

2. Identification des situations à risque pour l'orientation des femmes enceintes

2.1 Données disponibles en France sur les situations à risque

Les caractéristiques et le déroulement habituel de la grossesse sont connus. Elle est la plupart du temps exempte de complications.

En France, les données de la littérature ne permettent pas d'avancer de chiffres concernant le nombre de femmes enceintes dont la grossesse s'est déroulée sans complications ou avec un faible niveau

de risque, et ayant accouché sans complications d'un enfant en bonne santé.

La grossesse doit se dérouler sous une surveillance médicale attentive. Les risques relatifs de survenue de complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement sont élevés en présence de certaines pathologies ou de certains antécédents. En fonction de la fréquence et de la nature du risque, certaines grossesses doivent faire l'objet d'investigations complémentaires afin d'orienter si besoin la femme vers un suivi adapté.

Les résultats d'une enquête organisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Dress) en novembre 2006 auprès des usagères des services de maternité permettront d'appréhender, en regard de l'offre locale, leurs trajectoires de grossesse et de mettre en évidence les éléments qui ont déterminé leurs choix (maternité et type de suivi) ainsi que la satisfaction perçue (échantillon de 3 500 femmes ayant accouché sur deux semaines dans 169 maternités du territoire français métropolitain).

2.2 Quelles sont les situations à risque ?

L'analyse et la synthèse de la littérature portant sur les données épidémiologiques disponibles ont permis d'identifier :

- les facteurs de risque et les causes obstétricales (directes et indirectes) de mortalité et morbidité maternelles ;
- les facteurs de risque et les causes fœtales, maternelles et obstétricales de mortalité et morbidité périnatales ;
- les anomalies ou pathologies génétiques reconnues, les facteurs environnementaux, y compris infectieux, et les autres facteurs de risque impliqués dans les anomalies congénitales.

Sur la base de ce travail, une liste indicative non exhaustive des situations à risque a été établie (cf. *tableau 1*). Elle comprend notamment :

- les facteurs de risque généraux, dont les antécédents familiaux, les facteurs sociaux et environnementaux ;
- les toxiques ;
- les antécédents personnels préexistants, gynécologiques ou non ;
- les antécédents personnels liés à une grossesse précédente ;
- les facteurs de risque médicaux ;
- les maladies infectieuses ;

- les facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux.

Ces situations à risque ont été considérées indépendamment les unes des autres. En cas d'association de plusieurs situations à risque, le niveau de risque cumulé doit être envisagé au cas par cas. Pour chacune d'elles, le niveau de risque correspondant a été défini afin d'attribuer un type de suivi (cf. 2.3) et un lieu d'accouchement adapté (cf. 2.5).

2.3 Quel suivi pour quelle grossesse ?

Deux types de suivi (suivi A et suivi B) et deux procédures d'orientation (demande d'avis A1 et demande d'avis A2) sont définis par accord professionnel, en fonction des professionnels de santé impliqués ou à solliciter (cf. *encadré 1* et *tableau 1*).

Encadré 1. Différents suivis et demandes d'avis possibles pour les grossesses.

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

Avis A1 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé.

Avis A2 : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

Suivi B : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

En fonction de la situation à risque, à l'issue 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 (suivi A). Dans le cas

contraire, si le risque est confirmé ou si l'évolution est défavorable, la grossesse est considérée à haut risque et le suivi devient un suivi B. Cet état peut être transitoire et un retour à une situation de bas risque et à un suivi A est possible.

Il est recommandé que les médecins généralistes comme tous les professionnels impliqués dans le suivi des grossesses bénéficient d'une formation théorique et pratique adaptées et qu'ils exercent dans la cadre d'une collaboration ville-hôpital et, selon les possibilités locales, dans un réseau de périnatalité.

Les médecins généralistes et les gynécologues médicaux ou les sages-femmes (acteurs de soins de santé primaires) ont la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer, en cas de présence ou d'apparition de facteurs de risque, auprès des gynécologues-obstétriciens (acteurs de soins de santé secondaires).

La femme est libre du choix du professionnel de santé qui la suit. Elle doit être informée des différentes modalités de suivi, notamment du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués.

Afin de pallier le manque actuel de données, il est recommandé de mener des études comparant simultanément ces différents types de suivi sur des critères cliniques et économiques.

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* ».

2.4 Comment assurer la continuité du suivi ?

Il est recommandé que le suivi des femmes soit assuré autant que possible par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne. Il est nécessaire de souligner l'importance de la coordination et de la collaboration entre les professionnels afin de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens.

Il est recommandé qu'une personne « coordinatrice » dans ce groupe restreint de professionnels facilite l'organisation et la continuité des

soins ainsi que les articulations avec le secteur social et les réseaux d'aide et de soutien. Le « maître d'œuvre » du suivi régulier, déterminé en fonction du choix de la femme et du niveau de risque évalué (cf. 3), peut tenir ce rôle de coordonnateur.

Afin d'améliorer la centralisation des informations relatives au suivi de la grossesse dans un dossier médical personnel ou un carnet de suivi unique et partagé, les propositions suivantes sont formulées :

- détention du dossier médical par les femmes elles-mêmes (en leur expliquant son importance afin qu'elles le présentent elles-mêmes aux professionnels) ;
- informatisation du dossier médical.

2.5 Comment choisir la structure de soins pour l'accouchement ?

Il est nécessaire de prévoir le lieu de naissance au cours du suivi de la grossesse, afin d'assurer la continuité des soins. La femme ou le couple intègre ainsi le choix du lieu d'accouchement dans le projet de naissance (cf. 2.6). Mais certaines situations à risque peuvent amener à le réviser.

Le choix du lieu de naissance est fonction essentiellement :

- des préférences de la femme ou du couple ;
- du lieu d'habitation et des structures en place ;
- du niveau de risque (risque maternel et risque fœtal).

Selon l'article D. 6124-35 du Code de la santé publique, toutes les maternités doivent pouvoir assurer la prise en charge (en termes de consultation à partir du 7^e mois, d'examen d'échographie et de préparation à la naissance) des femmes résidant à leur proximité, y compris les femmes ayant un faible niveau de risque.

L'offre de soins existant actuellement en France réunit 3 types d'organisation, qui correspondent à un « type » de maternité (respectivement I, II et III). L'article R. 6123-39 du Code de la santé publique stipule que « *les établissements assurant la prise en charge des femmes enceintes et des nouveau-nés comprennent, sur le même site :*

- *soit une unité d'obstétrique¹;*

¹ Telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique : « *une unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risque durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les*

- *soit une unité d'obstétrique et une unité de néonatalogie ;*
- *soit une unité d'obstétrique, une unité de néonatalogie et une unité de réanimation néonatale. »*

Pour chacune de ces unités, la réglementation (articles D6124-35 à D. 6124-63 du Code de la santé publique) fixe le minimum requis en termes de locaux, nombre de lits, matériels et personnels (qualité, effectif et astreinte) nécessaires.

Cette classification des maternités ne prend en compte que le risque pour l'enfant à naître et ne peut être utilisée seule.

Il est recommandé que le choix du lieu de naissance soit adapté en fonction des risques maternels et fœtaux prévisibles pour les femmes relevant d'un suivi B ou ayant recours à une demande d'avis A1 ou A2 au cours de leur suivi. Ce sujet fera l'objet de recommandations spécifiques complémentaires visant à adapter le choix de la structure de soins avec les niveaux de risque de la mère et de son enfant².

Les femmes relevant d'un suivi de type A ou présentant certaines situations à risque relevant d'une demande d'avis A1 ou A2 (cf. *tableau 1*) peuvent accoucher dans tout établissement autorisé qui comporte une unité d'obstétrique.

D'autres lieux d'accouchement peuvent être actuellement choisis par les femmes présentant un faible niveau de risque, notamment les espaces dits « physiologiques » (internes à une maternité) ou le domicile. Ces questions sont en dehors du champ des recommandations.

Le plan périnatalité 2005-2007 prévoit l'expérimentation de maisons de naissance, définies comme un « *lieu d'accueil de femmes enceintes, du début de leur grossesse jusqu'à l'accouchement, sous la responsabilité exclusive des sages-femmes, dès lors que celui-ci se présente comme a priori normal* ». Il n'existe à ce jour aucun texte législatif relatif à ce type de structure en France. La Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS) élabore actuellement un cahier des charges délimitant le cadre de cette expérimentation prévue sur 3 ans. Ce mode de prise en charge global, destiné par définition aux femmes présentant une grossesse

soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés. »

² Thème de recommandations professionnelles inscrit au programme de travail 2007-2008 de la HAS.

sans complications ou à faible niveau de risque, devrait permettre de diversifier l'offre de soins avec une moindre technicisation, tout en garantissant la sécurité de la mère et de l'enfant par la proximité d'un plateau technique (bloc opératoire) attendant.

2.6 Qu'est-ce qu'un projet de naissance ?

Un projet de naissance est l'énoncé des souhaits des parents quant au déroulement de la grossesse et à la naissance de leur enfant. Il inclut l'organisation des soins, le suivi médical, la préparation à la naissance et à la parentalité, les modalités d'accouchement, les possibilités de suivi pendant la période postnatale, y compris les conditions d'un retour précoce au domicile et les recours en cas de difficultés. Il peut être formalisé par un document écrit rédigé par les parents³.

Le projet de naissance nécessite un bon échange d'informations et s'élabore dans le dialogue avec la sage-femme ou le médecin qui suit régulièrement la femme enceinte. Il vise une meilleure compréhension et une satisfaction partagée entre soignants et parents. Les destinataires sont essentiellement les sages-femmes et les médecins du lieu d'accouchement choisi.

3. Quand et comment apprécier le niveau de risque ?

La surveillance de la grossesse est une démarche continue et évolutive au fur et à mesure de la grossesse, et ce jusqu'à la consultation du 9^e mois ou l'accouchement (cf. *schéma 1*).

Il est recommandé que le niveau de risque soit apprécié le plus précocement possible, autant que possible avant la grossesse dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (principe d'une consultation préconceptionnelle) ou lors de la 1^{re} consultation de suivi de grossesse avant 10 semaines d'aménorrhée (SA) (cf. 4.1). Cette anticipation vise à recommander précocement des changements dans les comportements à risque, à prévenir certains risques, notamment

³ Définition issue du carnet de maternité révisé par la DGS (juillet 2007), disponible sur le site www.sante.gouv.fr

infectieux, et éventuellement des troubles métaboliques au cours de la grossesse.

En cas de consultation préconceptionnelle, celle-ci peut être réalisée, selon le choix de la femme, par le médecin traitant, le gynécologue médical ou le gynécologue-obstétricien. Il est recommandé que tout autre spécialiste qui suit éventuellement la femme pour une pathologie chronique préexistante adopte la même démarche afin d'équilibrer cette pathologie ou d'adapter les traitements en cours.

Le contenu de la consultation préconceptionnelle est détaillé dans l'*encadré 2*. Le déroulement et le contenu de la première consultation de suivi de grossesse sont détaillés dans les *encadrés 3* et *4*.

Schéma 1. Arbre décisionnel pour l'orientation des grossesses en termes de suivi et de structure.

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

Unité d'obstétrique : telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique ; **structures adaptées** au risque de la mère et de l'enfant à naître.

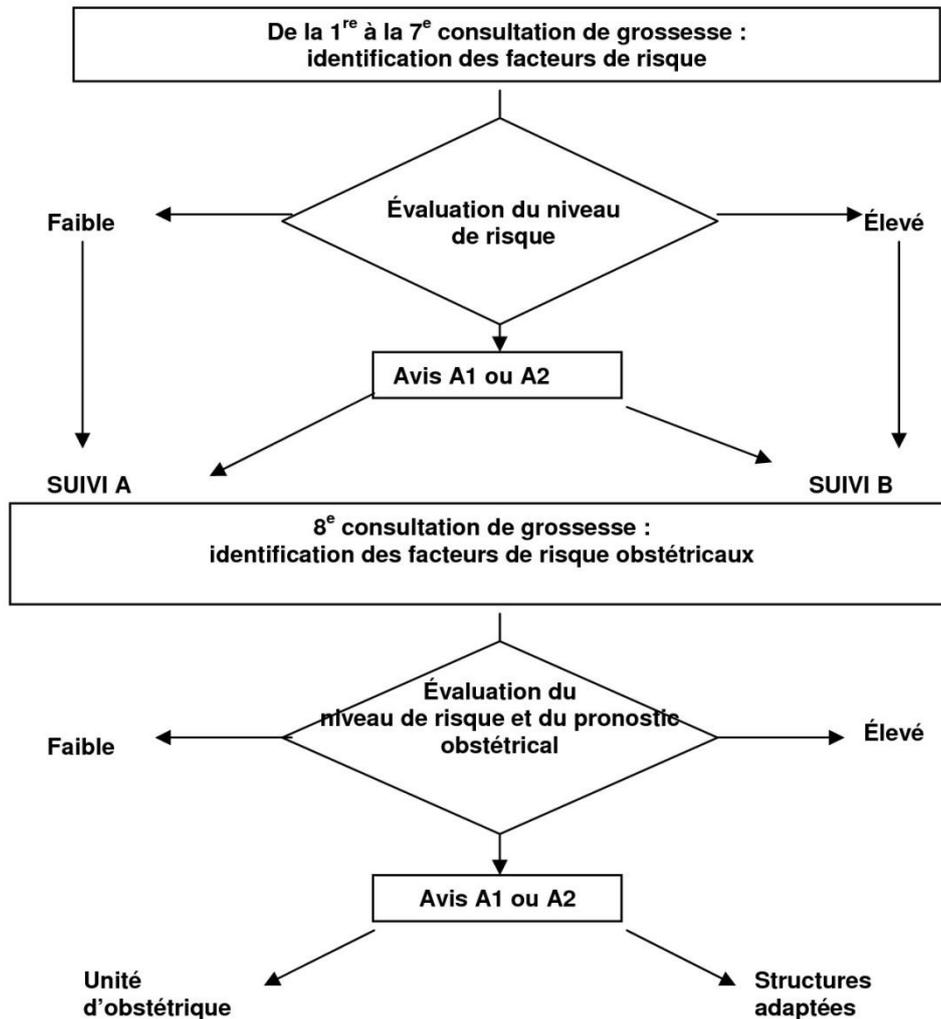


Tableau 1. Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative).**Types de suivi recommandés**

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

Types de structure requises

- **Unité d'obstétrique** : telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique « *une unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nouveau-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.* »
- **À adapter** en fonction du risque pour la mère et l'enfant à naître.

Abréviations et acronymes : indice de masse corporelle (IMC), hypertension artérielle (HTA), interruption volontaire de grossesse (IVG) et interruption médicale de grossesse (IMG), retard de croissance intra-utérin (RCIU), mort fœtale intra-utérine (MFIU), *hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet* (HELLP), syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL), lupus érythémateux disséminé (LED), virus d'immunodéficience humaine (VIH), fécondation *in vitro* (FIV)

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mai 2007

24

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

25

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

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

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

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mai 2007

28

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

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mai 2007

29

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

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

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

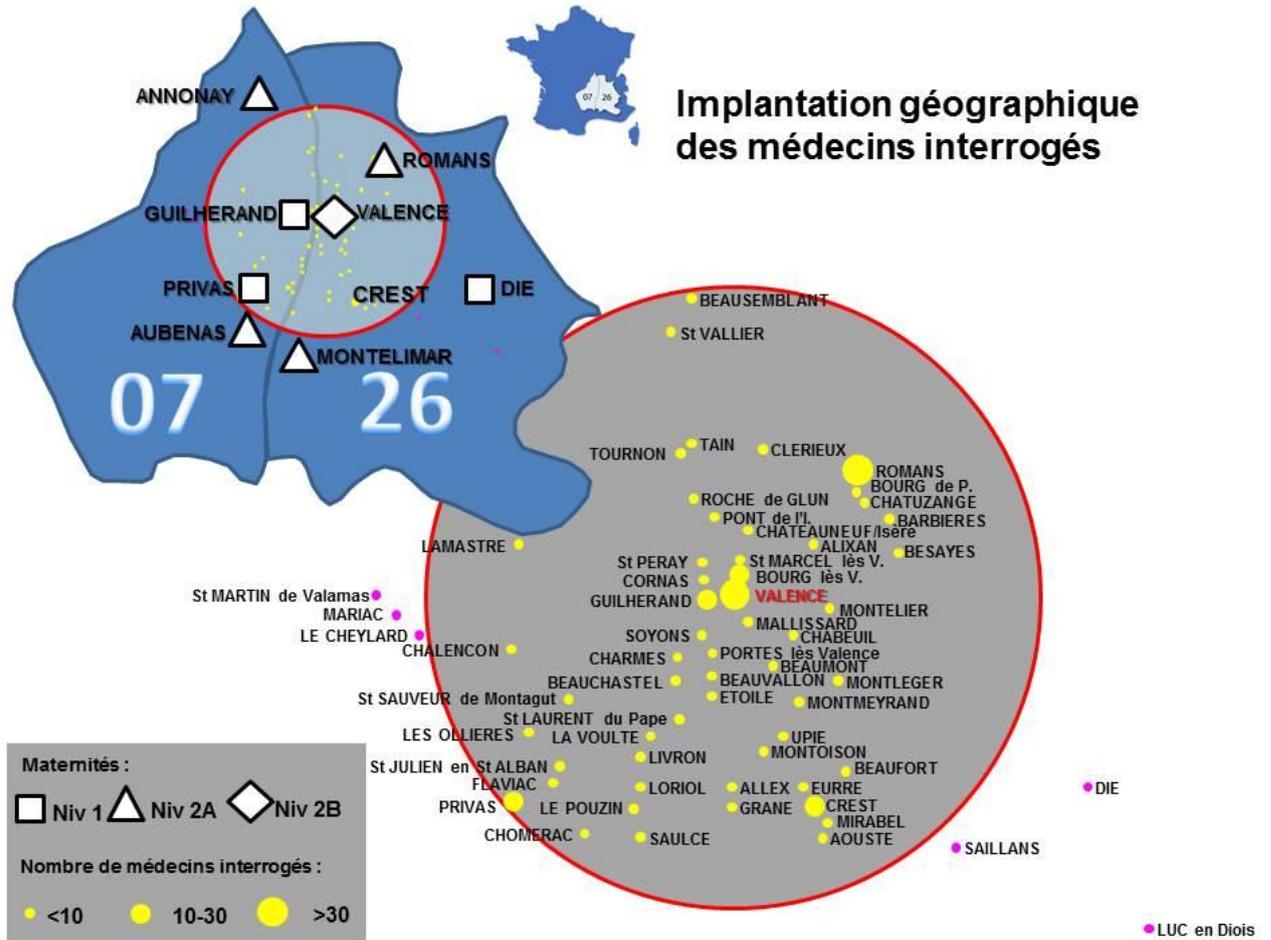
Infections vaginales	A1	Unité d'obstétrique
Vaginoses bactériennes	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	Unité d'obstétrique
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	Unité d'obstétrique
Oligoamnios (< 37 SA)	B	À adapter
Hydramnios	B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

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

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

ANNEXE 2

POPULATION D'ETUDE



Communes concernées par l'étude	Nombre d'habitants par commune - Recensement 2012	Nombre de médecins généralistes Totaux	Nombre de médecins inclus	Médecins généralistes exclus
Communes de la Drôme				
ALEX	2551	3	2	1
AOUSTE/SUR/SYE	2493	6	6	
ALIXAN	2508	1	1	
BARBIERES	973	1	1	
BEAUFORT/GERVANNE	451	1	1	
BEAUMONT-LES-VALENCE	3896	4	4	
BEAUSEMBLANT	1377	1	1	
BEAUVALLON	1620	1	1	
BESAYES	1166	3	3	
BOURG DE PEAGE	10436	9	9	
BOURG-LES-VALENCE	19799	15	14	1
CHABEUIL	7002	8	8	
CHATEAUNEUF/ISERE	3937	2	2	
CHATUZANGE-LE-GOUBET	5104	2	2	
CLERIEUX	2072	1	1	
CREST	8398	12	11	1
ETOILE-SUR-RHONE	5146	4	4	
EURRE	1205	1	1	
GRANE	1856	2	2	
LIVRON/DROME	9101	7	7	
LORIOLE/DROME	6106	5	5	
MALISSARD	3391	6	5	1
MARCHES	817	0	0	
MIRABEL ET BLACONS	948	1	1	
MONTMEYRAN	2970	2	2	
MONTELEGER	1936	1	1	
MONTELIER	3915	4	4	
MONTOISON	1896	2	2	
PONT DE L'ISERE	3087	2	2	
PORTES-LES-VALENCE	9791	8	8	
ROCHE DE GLUN	3224	3	3	
ROMANS-SUR-ISERE	34598	37	32	5
SAINT-MARCEL-LES-VALENCE	5871	5	5	
SAINT-VALLIER	4148	4	4	
SAULCE/DROME	1866	2	2	
TAIN L'HERMITAGE	6045	8	7	1

UPIE	1579	1	1	
VALENCE	64127	63	59	4
Communes de l'Ardèche				
BEAUCHASTEL	1788	1	1	
CHALENCON	316	1	1	
CHARMES-SUR-RHONE	2600	2	2	
CHOMERAC	3126	3	3	
CORNAS	2286	2	2	
FLAVIAC	1186	1	1	
GUILHERAND-GRANGES	11228	10	9	
LAMASTRE	2512	5	5	
LA VOULTE-SUR-RHONE	5179	8	8	
LE POUZIN	2826	6	5	1
OLLIERES-SUR-EYRIEUX	970	1	1	
PRIVAS	8695	14	11	3
SAINT-JULIEN-EN-SAINT-ALBAN	1381	1	1	
SAINT-LAURENT-DU-PAPE	1628	1	1	
SAINT-PERAY	7533	10	10	
SAINT-SAUVEUR-DE-MONTAGUT	1155	2	2	
SOYONS	2080	3	2	1
TOURNON-SUR-RHONE	11423	10	9	1
VERNOUX-EN-VIVARAIS	1994	4	3	1
Communes à plus de 45 mn d'un lieu d'accouchement				
CHATILLON-EN-DIOIS	570	0	0	
DIE	4667	8	8	
LE CHEYLARD	3252	5	5	
LUC-EN-DIOIS	436	2	2	
MARIAC	641	2	2	
SAILLANS	1239	2	2	
SAINT-MARTIN-DE-VALAMAS	1240	2	2	
TOTAL	329357	344	322	21

Insee - recensement 2012 - Les populations légales millésimées 2012 entrent en vigueur le 1er janvier 2015. Elles ont été calculées conformément aux concepts définis dans le décret n° 2003-485 du 5 juin 2003. Ces populations sont disponibles pour les différentes circonscriptions administratives existant au 1er janvier 2014 dans leurs limites territoriales à cette date, ainsi que pour les cantons définis par le nouveau découpage cantonal qui entre en vigueur en 2015.

QUESTIONNAIRE

Etat des lieux de la place du médecin généraliste dans le suivi et la coordination des soins pendant la grossesse :

Enquête auprès des médecins généralistes du bassin valentinois.

I. Données socio-démographiques des médecins généralistes

1. AGE :

2. SEXE : F M

3. ANNEE D'INSTALLATION :

4. MODE D'EXERCICE :

- 4.1 : rural semi- rural citadin
- 4.2 : seul en association

5. TEMPS séparant votre lieu d'exercice avec un lieu d'accouchement :

- < 45 minutes
- ≥ 45 minutes

II. Evaluation globale de votre activité en obstétrique

6. Combien de DECLARATIONS DE GROSSESSE faites-vous en moyenne sur une année (une réponse souhaitée) ?

- aucune
- < 10
- entre 10 et 20
- ≥ 20

7. SUIVIS DE GROSSESSE :

7.1. Combien de SUIVIS DE GROSSESSE faites-vous en moyenne sur une année hors déclaration de grossesse (une réponse souhaitée) ?

- aucun
- < 5
- entre 5 et 10
- ≥ 10

7.2. Si vous ne faites aucun suivi de grossesse : pourquoi ? (plusieurs réponses possibles) :

- manque de temps
- manque d'intérêt
- manque de formation
- manque de demande
- autre (Précisez) :

8. Pour une grossesse physiologique habituelle, à quel MOIS DE GROSSESSE décidez-vous d'adresser votre patiente à un gynécologue-obstétricien ? (une réponse souhaitée)

- 3^{ème} mois révolu
- 4^{ème} mois révolu
- 5^{ème} mois révolu
- 6^{ème} mois révolu
- 7^{ème} mois révolu
- 8^{ème} mois révolu
- 9^{ème} mois révolu

III. Formation en gynécologie-obstétrique

9. FORMATION SUIVIE : Avez-vous eu une formation complémentaire en gynécologie-obstétrique (plusieurs réponses possibles) ?

- Diplôme universitaire (DU) : oui non
- Diplôme inter- universitaire (DIU) : oui non
- Formation Médicale Continue (FMC) : oui non
- autre (Précisez) :

10. FORMATION SOUHAITEE : Souhaiteriez-vous une formation complémentaire en gynécologie-obstétrique ?

- oui
- non

11. COMPETENCES : Pensez-vous avoir assez de compétences concernant le suivi de grossesse ?

- oui
- non

IV. Coordination des soins et réseau de soins

Ces questions s'adressent dans le cadre du suivi régulier de la grossesse.

12. Quel(s) SUPPORT(s) préférentiel(s) utilisez-vous pour donner des renseignements sur vos patientes en cas de demande d'avis à un gynécologue-obstétricien ? (plusieurs réponses possibles)

- aucun
- téléphone
- courrier
- autre (Précisez) :

13. DIFFICULTES :

13.1 Rencontrez-vous des difficultés pour adresser vos patientes à un gynécologue-obstétricien ?

- oui
- non

13.2 Si vous rencontrez des difficultés, quelles sont-elles ?

.....

.....

.....

.....

14. RETOUR D'INFORMATION :

14.1 Avez-vous un retour d'information lorsque vous avez adressé une patiente à un gynécologue-obstétricien ?

- oui
- non

14.2 Si vous avez un retour d'information : selon quelle FREQUENCE (une seule réponse souhaitée) ?

- toujours
- souvent
- rarement

14.3 Si vous avez un retour d'information : selon quel DELAI (une seule réponse souhaitée) ?

- dans la semaine
- dans le mois
- au-delà d'un mois

15. Avec quel(s) AUTRE(s) PROFESSIONNEL(s) de la périnatalité travaillez-vous (plusieurs réponses possibles) ?

- aucun
- gynécologue- obstétricien
- sage- femme
- PMI du secteur
- psychologue
- assistante sociale
- autre (Précisez) :

16. REFERENT COORDINATEUR :

16.1 Qui peut être pour vous le référent coordinateur pour une grossesse PHYSIOLOGIQUE (une seule réponse possible) ?

- médecin généraliste
- gynécologue- obstétricien
- sage- femme
- autre (Précisez) :

16.2 Qui peut être pour vous le référent coordinateur pour une grossesse A RISQUE (une seule réponse possible) ?

- médecin généraliste
- gynécologue- obstétricien
- sage- femme
- autre (Précisez) :

17. Connaissez-vous le RESEAU PERINATAL AURORE ?

- oui
- non

18. FACTEURS DE SUIVI ET D'ORIENTATION de la HAS

18.1 Connaissez-vous les facteurs de suivi et d'orientation de la HAS ?

- oui
- non

18.2 Si vous les connaissez, les appliquez-vous ?

- oui
- non

18.3 Si vous les connaissez et que vous ne les appliquez pas : pourquoi (plusieurs réponses possibles) ?

- manque de temps
- manque d'intérêt
- manque de faisabilité en pratique courante
- autre (Précisez) :

Auteur des réponses

Pour l'analyse des résultats, il est indispensable pour nous de connaître l'auteur des réponses. Cependant, nous nous engageons à respecter tout anonymat dans la publication des résultats. Merci d'indiquer votre nom et votre prénom ci-dessous :

.....

INTÉRÊT porté au projet

Si vous êtes intéressé(e) par notre projet et que vous souhaitez en connaître les aboutissants, merci de nous transmettre votre mail :

.....

ANNEXE 4

LETTRE EXPLICATIVE

Cher(s) confrère(s), chère(s) consœur(s),

Interne en 4^{ème} semestre de DES de médecine générale, j'ai pour projet de venir m'installer en Ardèche à la fin de mes études.

Je prépare actuellement ma thèse sur la « **Place du médecin généraliste dans le suivi et la coordination des soins pendant la grossesse : Enquête auprès des médecins généralistes du bassin valentinois** ».

L'étude porte sur l'ensemble des médecins généralistes du bassin valentinois. C'est pourquoi votre réponse est précieuse **MEME SI VOUS NE SUIVEZ PAS OU PEU DE GROSSESSES !**

Il s'agit d'un projet mené sous la responsabilité du Dr FERNANDEZ Marie- Pierre, chef de service de gynécologie du CH de Valence.

Dans le cadre de ce travail, nous souhaiterions faire un état des lieux de votre implication et de vos difficultés dans le parcours de soin en périnatalité.

La problématique étant d'améliorer la morbi- mortalité maternelle et infantile par un parcours de soin plus adapté.

Votre expérience de terrain est **INDISPENSABLE** et nous comptons sur vous pour nous aider à mettre en œuvre ce projet.

Nous vous remercions par avance de l'intérêt que vous porterez à notre étude.

Confraternellement.

CHOBERT Fanny. IMG 4^{ème} semestre
06.26.41.13.90
fannychobert@hotmail.fr
Fax endocrinologie CH Montélimar : 04.75.53.42.57

ANNEXE 5

Plaquette “Le Parcours de soin en obstétrique”

Parcours de soin

A	A2 (avis obstétricien)	A2 (avis gastrologue)
B	A2 (avis échographiste)	A2 (avis endocrinologue)
C	A2 (avis addictologue)	A2 (avis psychopérimat)
D	A2 (avis cytogénétique)	A2 (avis autre spécialité)



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

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

**QUEL SUIVI
 POUR QUELLE PATIENTE ?**



crédit photo © istockphoto - Fotolia.com

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

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

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

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

Abréviations

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

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

BIBLIOGRAPHIE

1. World Organization of Family Doctors (WONCA EUROPE). La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002. [Document en ligne]. (Consulté le 25/03/15). Disponible sur le site <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>.
2. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France. [Thèse de médecine générale]. Paris 7: Université Paris Diderot; 2010. [Document en ligne]. (Consulté le 15/03/13). Disponible sur le site http://www.bichat-larib.com/publications.documents/3432_THESE-DIAS.pdf.
3. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale en région Rhône-Alpes-Situation en 2013. [Document en ligne]. (Consulté le 01/10/14). Disponible sur le site http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/rhone_alpes_2013.pdf.
4. Casals C. Le Carnet de Maternité : un outil indispensable pour le suivi des grossesses. [Thèse pour le Doctorat de Médecine]. Paris 6: Université Pierre et Marie Curie; 2006. (Consulté le 06/05/15). [Document en ligne]. Disponible sur le site http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/casals_these_carnet_materniteV2.pdf.
5. Doret M. Place du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse. Hôpital Mère Enfant, Bron. [Document en ligne]. (Consulté le 11/10/14). Disponible sur le site http://spiral.univ-lyon1.fr/files_m/M5982/Files/604534_1651.pdf.
6. Arnaud A, Le Goaziou MF. Les motifs de consultation obstétricaux en médecine générale. UFR Lyon, La Revue Excercer. 2006. [Document en ligne]. (Consulté le 17/11/14). Disponible sur le site http://www.campus-umvf.cnge.fr/materiel/motifs_consultation_obstetricaux.pdf. n°78-90.
7. Gaucherand P, Audra Ph. Suivi de la grossesse par le médecin généraliste. Conférence thématique, ACB-2006, Lyon. [Document en ligne]. (Consulté le 13/05/13). Disponible sur le site http://spiral.univ-lyon1.fr/files_m/M5982/Files/320259_1651.pdf.
8. Yildiz H. Suivi de grossesse par le médecin généraliste : expériences et vécus des femmes. Etude qualitative auprès des femmes ayant confié le suivi de leur grossesse à leur médecin traitant. [Thèse de médecine générale]. Nancy 1: Université Henri Poincaré; 2010. [Document en ligne]. (Consulté le 06/06/14). Disponible sur le site http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_YILDIZ_HABIBE.pdf.
9. The Cochrane Collaboration. Patterns of routine antenatal care for low-risk pregnancy. 2009. [Document en ligne]. (Consulté le 23/03/15). Disponible sur le site <http://apps.who.int/rhl/reviews/langs/CD000934ru.pdf>.
10. Haute Autorité de Santé (HAS). Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé. Avril 2005. [Document en ligne]. (Consulté le 05/05/13). Disponible sur le site http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf.

11. Société Scientifique de Médecine Générale (SSMG). Le suivi de grossesse. Recommandations de Bonne Pratique. 2008. [Document en ligne]. (Consulté le 22/03/15). Disponible sur le site http://www.ssmg.be/images/ssmg/files/Recommandations_de_bonne_pratique/rbp_suivigrossesse.pdf.
12. Marie-Jeanne J. Une grossesse physiologique : des suivis européens... Etude comparative des suivis de grossesse physiologique dans différents pays d'Europe (Allemagne, France, Italie, Royaume-Uni, Suède). [Mémoire pour le Diplôme d'Etat de Sage-Femme]. Nancy I: Université Henri Poincaré; 2009. [Document en ligne]. (Consulté le 10/01/15). Disponible sur le site http://www.scd.uhp-nancy.fr/docnum/SCDMED_MESF_2009_MARIE_JEANNE_JULIE.pdf.
13. Tucker JS, Hall MH, Howie PW, Reid ME, Barbour RS, Florey CD, McIlwaine GM. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. *BMJ*. 1996 Mar 2; 312(7030): 554-559. (Consulté le 07/05/15). [Document en ligne]. Disponible sur le site <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2350348/?page=5>.
14. Haute Autorité de Santé (HAS). Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandations pour les professionnels de santé. Mai 2007. [Document en ligne]. Disponible sur le site http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf.
15. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM). Rapport européen sur la santé périnatale 2010. Dossier de presse. 27 mai 2013. [Document en ligne]. (Consulté le 10/01/15). Disponible sur le site <http://www.perinat-france.org/portail-professionnel/plansrapports/etudes/euro-peristat/rapport-europeen-sur-la-sante-perinatale-742-2211.html>.
16. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France : situation au 1er janvier 2014. [Document en ligne]. (Consulté le 03/04/14). Disponible sur le site http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf.
17. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Gynécologie et santé des femmes. L'offre de soins-Les acteurs. 2000. [Document en ligne]. (Consulté le 11/06/14). Disponible sur le site http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_02B.htm.
18. Département de Médecine Générale. Historique de la Formation des Médecins Généralistes. Lille 2: Faculté de Médecine; 2008. [Document en ligne]. Disponible sur le site <http://www.hep.fr/DES/page3/page3.html>.
19. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. Etudes et résultats n°791, Mars 2012. [Document en ligne]. (Consulté le 12/01/15). Disponible sur le site <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-profession-de-sage-femme-constat-demographique-et,10809.html>.

20. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES). Les transformations de l'offre de soins correspondent-elles aux préoccupations des usagers de médecine générale? Questions d'économie de la santé n°163, Mars 2011. [Document en ligne]. (Consulté le 29/01/15). Disponible sur le site <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes163.pdf>.
21. Pascal Houle C. Suivi de la grossesse : critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste : enquête auprès de patientes de la région dieppoise. [Thèse de médecine générale]. Rouen: Faculté mixte de médecine et de pharmacie; 2013 [Document en ligne]. (Consulté le 30/01/15). Disponible sur le site <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00845751/document>.
22. Babinet-Boulnois C. Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse : intérêts et difficultés. [Thèse de médecine générale]. Rouen: Faculté mixte de médecine et de pharmacie; 2013 [Document en ligne]. (Consulté le 15/02/15). Disponible sur le site <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00845720/document>.
23. Déchamp-Le Roux C. Les conséquences de la technicisation de la grossesse. Recherches et Prévisions n°72. Juin 2003. [Document en ligne]. (Consulté le 31/03/15). Disponible sur le site http://www.persee.fr/web/revues/home/prescript/article/caf_1149-1590_2003_num_72_1_1997.
24. Plan périnatalité 2005-2007. Humanité, proximité, sécurité, qualité. Novembre 2004. [Document en ligne]. (Consulté le 11/01/14). Disponible sur le site <http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf>.
25. Peltier S, Granier M. Réseau de périnatalité. [Document en ligne]. (Consulté le 15/01/15). Disponible sur le site http://sofia.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/Reseau_de_perinatalite.pdf.
26. Circulaire DHOS/01/03/CNAMTS n° 2006-151 du 30 mars 2006 relative au cahier des charges national des réseaux de santé en périnatalité. [Document en ligne]. (Consulté le 10/09/14). Disponible sur le site <http://www.sante.gouv.fr/fichiers/bo/2006/06-04/a0040022.htm>.
27. Dupont C, Gonnaud F, Kalis V, Touzet S, Evrard A, Martinella C, Rudigoz RC. Connaissance et satisfaction des femmes au sein du réseau de santé Périnatal AURORE. (Consulté le 12/04/14).
28. Réseau Aurore. [Document en ligne]. (Consulté le 14/11/14). Disponible sur le site <http://www.aurore-perinat.org/>.
29. Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). En 2013, 811 510 bébés sont nés en France-Plus de 800 000 bébés par an depuis 2005. [Document en ligne]. (Consulté le 29/01/15). Disponible sur le site http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=if9.
30. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Bilan démographique 2013. [Document en ligne]. (Consulté le 01/04/15). Disponible sur le site http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1482.

31. Géoconfluences. La démographie médicale en France, le risque des déserts médicaux. L'exemple de la Montagne ardéchoise. DGESCO. ENS Lyon. 2002. [Document en ligne]. (Consulté le 20/02/15). Disponible sur le site <http://geoconfluences.ens-lyon.fr/doc/transv/sante/SanteDoc4.html>.
32. Observatoire Régional de la Santé (ORS) Rhône-Alpes. Tableau de bord sur la santé de la Drôme et de l'Ardèche. Mars 2012. [Document en ligne]. (Consulté le 20/02/15). Disponible sur le site <http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/TB2607.pdf>.
33. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la démographie médicale en France-Situation au 1er janvier 2013. [Document en ligne]. (Consulté le 07/06/13).
34. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes. Etat des lieux démographique des gynécologues médicaux et des gynécologues-obstétriciens en région Rhône-Alpes. Juin 2014. [Document en ligne]. (Consulté le 31/03/15). Disponible sur le site http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/Prof_sante_qualite_perf/Acrobat/ORDPS/Etudes/20141015_DEOS_PRPS_Rap_gyneco.pdf.
35. Parant O, Simon C, Monrozies X. Surveillance de la grossesse par le médecin généraliste : le premier trimestre. Toulouse: Services de gynécologie obstétrique, Hôpital Paule de Viguier. [Document en ligne]. (Consulté le 26/03/13). Disponible sur le site http://www.dufmcepp.ups-tlse.fr/app_scom/scom_fichier/repertoire/090709120326.pdf.
36. Brillac Th, Leissler Th, Poutrain JC, et al. Analyse des pratiques professionnelles du suivi de grossesse par le médecin généraliste. Enquête en Midi-Pyrénées. 2010. [Document en ligne]. (Consulté le 22/03/13). Disponible sur le site <http://ecatoulouse.xooit.fr/t20-Analyse-des-pratiques-professionnelles-du-suivi-de-grossesse-par-le-Medecin-Generaliste-Enquete-en-Midi-Pyrenees.htm>.
37. Cercle d'études des gynécologues-obstétriciens de la région d'Ile-de-France (CEGORIF). Démographie des sages-femmes. 2013. (Consulté le 09/05/15). [Document en ligne]. Disponible sur le site http://www.cegorif.fr/congres/cegorif_2013/PDF/teurnier_demographie_SF.pdf.
38. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes. Etat des lieux de la profession de sages-femmes en région Rhône-Alpes. Avril 2013. [Document en ligne]. (Consulté le 16/02/15). Disponible sur le site http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/fileadmin/RHONE-ALPES/RA/Direc_effic_offre_soins/Prof_sante_qualite_perf/Acrobat/ORDPS/Etudes/20130911_DEOS_PRPS_Etude_sage-femme_2013.pdf.
39. Dufour V. Grossesse et précarité : repérage des vulnérabilités sur le bassin valentinois. [Mémoire DIU périnatalité et addictions]. Universités Diderot Paris - Strasbourg - Nantes - Montpellier. Septembre 2013. (Consulté le 13/05/15).
40. Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES). La dynamique de regroupement des médecins généralistes libéraux de 1998 à 2009. Septembre 2010. [Document en ligne]. (Consulté le 01/10/14). Disponible sur le site <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>. n° 157.

41. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Unité de recherche épidémiologique en santé périnatale et santé des femmes et des enfants, INSERM-U.953. Mai 2011. [Document en ligne]. (Disponible sur le site http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf).
42. Duvic G, Flori M, Combourieu D, Goffette J, Dupont C. Suivi d'une grossesse à bas risque en soins primaires. Collège Lyonnais des Généralistes Enseignants (CLGE). Mai 2011. [Document en ligne]. (Consulté le 06/05/13). Disponible sur le site http://clge.fr/IMG/pdf/Suivi_d_une_grossesse_normale_en_soins_primaires_Mode_de_compatibilite_.pdf.
43. Société Française de Médecine Générale. Enquête sur le suivi des femmes par le médecin généraliste dans les Vosges en 1997. eDocument de Recherches en Médecine Générale n°3. 2003. [Document en ligne]. (Consulté le 26/03/14). Disponible sur le site http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/459/fichier_fichier_suivi_grossesses247524f5ec.pdf.
44. André C. Parcours de soins et grossesse : étude de la morbi-mortalité au Centre Hospitalier de Valence depuis la mise en place des recommandations de l'HAS. [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme]. Lyon 1: Université Claude Bernard; 2015. (Consulté le 10/05/15).
45. Monléon C. Le suivi de grossesse en ville par les Médecins Généralistes et les Sages-Femmes Libérales. [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme]. Lyon 1: Université Claude Bernard; 2012 [Document en ligne]. (Consulté le 04/02/15). Disponible sur le site file:///C:/Users/Maurice/Documents/Msfb_2012_MONLEON.pdf.
46. Conseil national de la FMC des praticiens hospitaliers (CN FMCH). L'obligation de formation médicale continue (FMC) : historique, état des lieux et perspectives. Juin 2005. [Document en ligne]. (Consulté le 14/02/15). Disponible sur le site http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/diapos_fmch.pdf.
47. Département de médecine générale. Cours du DES de médecine générale. Université de Bordeaux. [Document en ligne]. (Consulté le 23/09/14). Disponible sur le site http://www.dmg.u-bordeaux2.fr/des_mg/cursus.html.
48. Binet C. Auto-évaluation des internes de médecine générale de l'Université Paris Est-Créteil en fin de cursus dans des situations de soins types en gynécologie-obstétrique. [Thèse de médecine générale]. Paris: Université Paris Est Créteil; 2013. [Document en ligne]. (Consulté le 28/07/14). Disponible sur le site <http://doxa.u-pec.fr/theses/th0637330.pdf>.
49. Soufache-d'Hose E. Opinion des internes du DES de médecine générale de l'Université Paris Descartes à propos de leurs formation et compétences en gynécologie. [Thèse de médecine générale]. Paris 5: Université Paris Descartes; 2011. (Consulté le 08/05/15). [Document en ligne]. Disponible sur le site <http://multimedia.medecine.parisdescartes.fr/STOCK/theses/Soufache2011.pdf>.
50. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Les emplois du temps des médecins généralistes. Mars 2012. [Document en ligne]. (Consulté le

29/01/15). Disponible sur le site http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelMG/2012panel2_V2_ER797.pdf. N°797.

51. Direction de la recherche, de l'évaluation, des études et des statistiques (DREES). La durée des séances des médecins généralistes. Avril 2006. [Document en ligne]. (Consulté le 29/01/15). Disponible sur le site <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes,4409.html>. Etudes et résultats N°481.

52. Bertrand L. Collaboration entre les sages-femmes libérales et les médecins généralistes : état des lieux et attentes. [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme]. Toulouse-Rangueil: Université Paul Sabatier; 2008. [Document en ligne]. (Consulté le 29/10/14). Disponible sur le site <http://www.memoireonline.com/06/08/1149/collaboration-sages-femmes-liberales-medecins-generalistes.html>.

53. Phelippeau Binet E. Mesure de l'impact d'une action de formation médicale continue sur la pratique des médecins généralistes. Exemple d'une formation sur le suivi de grossesse. [Thèse de médecine générale]. Lyon: Université Lyon I-Claude Bernard; 2007. [Document en ligne]. (Consulté le 29/05/13). Disponible sur le site http://www.urps-med-ra.fr/upload/editor/These_PHELIPPEAU_2007_1217326001032.pdf.

54. JORF du 5 mars 2002 page 4118 texte n°1. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Article 59. [Document en ligne]. (Consulté le 23/03/15). Disponible sur le site <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>.

55. JORF n°0167 du 22 juillet 2009. LOI n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. [Document en ligne]. (Consulté le 11/11/14). Disponible sur le site <http://legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000020879475&categorieLien=id>.

56. Université Angers. DIU de gynécologie destiné aux médecins généralistes. [Document en ligne]. (Consulté le 23/09/14). Disponible sur le site <http://www.univ-angers.fr/fr/formation/offre-de-formation/DUC3/0004/mdugy-1.html>.

57. Tesse-Skaf M. Déterminants conditionnant le choix du praticien pour le suivi de grossesse. [Thèse de médecine générale]. Lille 2: Université du droit et de la santé faculté de médecine Henri Warembourg; 2013. [Document en ligne]. (Consulté le 05/04/14). Disponible sur le site <http://pepite-depot.univ-lille2.fr/nuxeo/site/esupversions/8b80519d-de73-4444-ae98-53c347d05916>.

58. Prévot Stimec I. Les attentes des femmes enceintes envers leur médecin généraliste dans le cadre du suivi de grossesse. [Thèse de médecine générale]. Nantes: faculté de médecine; 2005. [Document en ligne]. (Consulté le 08/07/13). Disponible sur le site <file:///D:/FromC-12fev2014/Downloads/pdfNatif.pdf>.

59. Haute Autorité de Santé (HAS). Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP). Recommandations professionnelles. Novembre 2005. [Document en ligne]. (Consulté le

22/02/14). Disponible sur le site http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf.

60. Binart Ecale H. Recensement des difficultés et possibilités d'amélioration de la communication d'informations médicales entre médecins généralistes et autres professionnels de santé du secteur libéral. [Thèse de médecine générale]. Paris: Université Paris Nord-faculté de médecine de Bobigny "Léonard de Vinci"; 2012. [Document en ligne]. (Consulté le 26/10/14). Disponible sur le site http://www.sfm.org/data/generateur/generateur_fiche/767/fichier_hbinard_these109be.pdf.

61. National Institute for Clinical Excellence (NICE). Antenatal care : routine care for the healthy pregnant woman. Antenatal Care Update NICE guideline DRAFT. September 2007. [Document en ligne]. (Consulté le 25/03/15). Disponible sur le site <file:///D:/Documents/THESE/NICE.pdf>.

62. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Un acte primordial: L'accouchement. (Consulté le 05/05/15). [Document en ligne]. Disponible sur le site http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_07.htm.

63. Flori M, Goaziou MF. Savoir suivre une grossesse normale. La revue du praticien. 12 septembre 2006. Médecine générale. Tome 20. N°740/741. [Document en ligne]. (Consulté le 18/05/14). Disponible sur le site <http://www.mediclickstudio.net/site/Iconographie/GYNECO/Savoir%20suivre%20une%20grossesse%20normale.pdf>.

64. Décret n°98-900 du 9 octobre 1998. Relatif aux conditions techniques de fonctionnement auxquelles doivent satisfaire les établissements de santé pour être autorisés à pratiquer les activités d'obstétrique, de néonatalogie ou de réanimation néonatale. JORF n°235 du 10 octobre 1998: Page 15344. [Document en ligne]. (Consulté le 28/05/14). Disponible sur le site <http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000756322&dateTexte=&categorieLien=id>.

65. Haute Autorité de Santé (HAS). Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Recommandations de bonne pratique. Décembre 2009. [Document en ligne]. (Consulté le 27/03/15). Disponible sur le site http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf.

66. Bournot MC, Goupil MC, Tuffreau F. Les médecins généralistes : un réseau professionnel étendu et varié. Etudes et Résultats. 2008;649. [Document en ligne]. (Consulté le 05/10/14). Disponible sur le site http://www.santepaysdelaloire.com/fileadmin/documents/ORS/ORS_pdf/panelMG/2008panel1_V2_ER649.pdf.

67. Cartier T. Les lettres d'adressage des généralistes vers les spécialistes : analyse de la littérature internationale. [Thèse de médecine générale]. Paris 7: Université Paris Diderot; 2010. [Document en ligne]. (Consulté le 05/10/14). Disponible sur le site file:///D:/Documents/THESE/Bibliographie/Documents/Coordination/3531_CARTIER-THESE.pdf.

68. Agence Régionale de Santé Rhône-Alpes. Zéro échange de papier en Rhône-Alpes (ZEPRA). [Document en ligne]. (Consulté le 30/03/15). Disponible sur le site <http://www.ars.rhonealpes.sante.fr/Zero-echange-de-papier-en-Rhon.170391.0.html>.
69. Ministère de la Santé. Carnet de santé maternité. [Document en ligne]. (Consulté le 27/03/15). Disponible sur le site http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Carnet_maternite.pdf.
70. Dupont C, Touzet S, Ploin D, Croidieu C, Balsan M, Mazas AS, Rudigoz RC. Evaluation de l'intégration des professionnels au sein d'un réseau de périnatalité : enquête auprès de 653 professionnels du réseau AURORE. Elsevier Masson, J Gynécol Obst et Biol de la Reprod 36 (2007) 375-383.
71. Union Régionale des Médecins Libéraux (URML) d'Ile de France. Enquête sortie établissement de santé : la continuité des soins en ville après une hospitalisation. Commission Evaluation. 2006. [Document en ligne]. (Consulté le 09/09/14). Disponible sur le site http://www.urml-idf.org/upload/etudes/etude_070115.pdf.
72. Moonens A, Roland M. Suivi de la grossesse par le médecin généraliste. Rev Med Brux 2008;29:327-39.
73. Association Nationale des Etudiants Sages-Femmes (ANESF). La sage-femme : un allié capital dans l'organisation des soins de premier recours. Mars 2008. [Document en ligne]. (Consulté le 11/10/14). Disponible sur le site http://anesf.com/wp/wp-content/uploads/Contrib-ANESF-2008-03-La-sage-femme_un-allié-capital-dans-l'organisation-des-soins-de-premier-recours.pdf.
74. Dumont D. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Etude descriptive au sein du RPAI. [Mémoire pour le diplôme d'état de sage-femme]. Grenoble: Université Joseph Fourier; 2013. [Document en ligne]. (Consulté le 14/09/14). Disponible sur le site <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00858466/document>.
75. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La Protection Maternelle et Infantile (PMI). Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes. Publié le 31 janvier 2014. [Document en ligne]. (Consulté le 25/03/15). Disponible sur le site <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-protection-maternelle-et-infantile-pmi,1202.html>.
76. Observatoire Régional de la Santé (ORS) Rhône-Alpes. Diagnostic local de santé : ville de Valence. Juillet 2013. [Document en ligne]. (Consulté le 25/03/15). Disponible sur le site http://www.ors-rhone-alpes.org/pdf/Diagnostic_Valence.pdf.
77. Capgras Baberon D, Dugnat M. Construire un réseau de périnatalité de proximité : Quelle(s) méthode(s)? Mai 2006; N°42. [Document en ligne]. (Consulté le 26/03/15). Disponible sur le site http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Capgrasdossier_construire_un_reseau_NOVANAT.pdf.
78. Bénédicte M. Une petite histoire du réseau de proximité périnatal du Comtat Venaissin (84). Spirale, 2012/1 n°61, p. 87-89. DOI : 10.3917/spi.061.0087.

Nom : CHOBERT **Prénom :** Fanny
Titre : Etat des lieux de la place du médecin généraliste dans le suivi et la coordination des soins pendant la grossesse.
Nombre feuilles : 139

Enquête descriptive et prospective ayant pour but de préciser la place du médecin généraliste (MG) dans le suivi et la coordination des soins pendant la grossesse, auprès des MG du bassin valentinois et de quelques zones géographiques éloignées. Nous avons obtenu 159 réponses (taux de réponse : 49,4%). Les MG réalisent peu de suivis de grossesse (37% ne font aucun suivi et 10% en suivent 10 ou plus par an). Les MG suivant des grossesses sont essentiellement les femmes qui sont plus impliquées que les hommes ; et les médecins exerçant dans les zones de désert médical éloignées. Peu de médecins ont des difficultés lorsqu'ils adressent une patiente à un gynécologue-obstétricien mais le réseau périnatal Aurore et les critères d'orientation des patientes à risque de la Haute Autorité de Santé restent encore peu connus par les MG (respectivement 37% et 37,5%). Le MG a toute sa place dans le suivi des grossesses à bas risque et son rôle de référent coordinateur pourrait être optimisé au sein d'un réseau périnatal de proximité.

MOTS CLES

- médecin généraliste
- orientation des femmes enceintes
- suivi de grossesse
- coordination des soins en périnatalité
- réseaux de périnatalité

JURY

Président : Monsieur le Professeur René-Charles RUDIGOZ

Membres :

Monsieur le Professeur Pascal GAUCHERAND

Madame le Docteur Marie FLORI

Directrice de thèse :

Madame le Docteur Marie-Pierre FERNANDEZ

DATE DE SOUTENANCE

Mardi 02 juin 2015

ADRESSE DE L'AUTEUR

Fanny CHOBERT

584 rue du Fort

07200 VESSEAUX

06.26.41.13.90

fannychobert@hotmail.fr