

**THESE**

**POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement par

**Madame Eve-Lise FERNANDEZ**

Le 27 juin 2017 à Toulouse

**Suivi et orientation des femmes enceintes en consultation de médecine générale**

Enquête auprès des médecins généralistes en France

Directeur de thèse :

**Madame le Docteur Leila LATROUS**

JURY

<b>Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC</b>	<b>Président</b>
<b>Monsieur le Docteur Thierry BRILLAC</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Anne FREYENS</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Leila LATROUS</b>	<b>Assesseur</b>
<b>Madame le Docteur Caroline SIMON-TOULZA</b>	<b>Assesseur</b>

**TABLEAU du PERSONNEL HU**

**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**

au 1<sup>er</sup> septembre 2016

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSÉ Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. FORTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHES Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-PURPAN**

37 allées Jules Guesde - 31062 TOULOUSE Cedex

**Doyen : D. CARRIE**

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIE Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biochimie et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		<b>P.U. Médecine générale</b>	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

Professeur Associé de Médecine Générale  
POUTRAIN Jean-Christophe

**FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL**

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

**Doyen : E. SERRANO**

<b>P.U. - P.H.</b>		<b>P.U. - P.H.</b>	
Classe Exceptionnelle et 1ère classe		2ème classe	
M. ACAR Philippe	Pédiatrie	M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne	M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie	M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne	M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. ARNAL Jean-François	Physiologie	M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie	M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. CHAYNES Patrick	Anatomie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire	M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. BUSCAIL Louis	Hépatogastro-Entérologie	M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie	M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie	M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. COURBON Frédéric	Biophysique	Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie	M. HUYGHE Eric	Urologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire	M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie	M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie	M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme MAZEREUEW Juliette	Dermatologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie	M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie	M. OTAL Philippe	Radiologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	M. TACK Ivan	Physiologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie	M. YSEBAERT Loic	Hématologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie		
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie		
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie		
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie		
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation		
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène		
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses		
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation		
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile		
M. RITZ Patrick	Nutrition		
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie		
M. ROLLAND Yves	Gériatrie		
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale		
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie		
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne		
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie		
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie		
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie		
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail		
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie		
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive		
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie		
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique		
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique		
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie		

Professeur Associé de Médecine Générale  
Pr STILLMUNKES André

Professeur Associé en O.R.L.  
Pr WOISARD Virginie



## REMERCIEMENTS

---

Aux membres du jury,

**A Monsieur le Professeur Stéphane OUSTRIC, Président du Jury**

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse. Je mesure la chance que j'ai eu d'apprendre à vos côtés. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements et de ma profonde estime.

**A Monsieur Thierry BRILLAC, Membre du Jury**

Je vous remercie d'avoir accepté de siéger à ce jury. Veuillez trouver ici l'expression de mes sincères remerciements.

**A Madame le Docteur Anne FREYENS, Membre du Jury**

Je vous remercie d'avoir accepté de participer au jury de cette thèse, et d'évaluer notre travail. Veuillez recevoir ma sincère gratitude.

**A Madame le Docteur Leïla LATROUS, Directrice de thèse**

Je vous remercie pour votre soutien, pour votre aide et votre compétence tout au long de ce travail. Soyez assurée de mon immense reconnaissance.

**A Madame le Docteur Caroline SIMON-TOULZA, Membre du Jury**

Je vous remercie d'avoir accepté de juger notre travail, et de l'intérêt que vous portez à l'ensemble des professionnels de santé en périnatalité. Soyez assurée de ma sincère reconnaissance.

Remerciements personnels,

### **A ceux qui ont participé à ce travail**

Aux Unions Régionales des Professionnels de Santé de toutes les régions de France. En particulier celles d'Occitanie et de Corse, qui nous ont écoutés et qui nous ont suivis dans ce projet. A celle du Centre-Val-de-Loire pour son intérêt et son écoute.

A Madame le Docteur Caroline SIMON-TOULZA, Praticien Hospitalier du Centre Hospitalier Universitaire Paule de Viguié, pour votre intérêt dans notre travail, votre relecture et vos conseils avisés pour la rédaction du questionnaire.

A Madame Maria DENIS, sage-femme, pour votre accueil chaleureux à l'hôpital Paule de Viguié et votre envie de partager vos compétences.

A Monsieur Laurent GAUCHER, sage-femme, pour l'échange constructif que nous avons eu à propos des réseaux de périnatalité.

A Madame Marie Pierre FERNANDEZ, Chef de pôle de gynécologie obstétrique du Centre Hospitalier de Valence, pour ton avis éclairé sur le sujet, ta relecture et tes remarques pertinentes.

A Monsieur Damien DRIOT, ton aide a été précieuse, merci pour le temps que tu accordes à l'enseignement des statistiques aux internes du département de médecine générale.

Aux médecins généralistes ayant participé à la rédaction et ayant répondu au questionnaire. Nous vous remercions pour votre implication, votre intérêt, votre envie de faire avancer la médecine générale.

## **A mes maîtres de stage**

A mes maîtres de stages d'urgence à Saint Girons, de gériatrie à Casselardit, de gynécologie obstétrique à Sarrus-Teinturier, de pédiatrie à Fronton. Merci pour votre excellent accueil. J'ai eu la chance de bénéficier de votre enseignement, riche et diversifié, qui aura été un point de départ à ce travail. Un remerciement particulier au Docteur Bruno CHICOULAA, maître de stage et tuteur pour la fin de mes études, tu as été un guide et un soutien au travers de ce parcours tortueux.

A mes maîtres de stage de médecine générale, Professeur Stéphane OUSTRIC, Docteur Françoise LOUP, Docteur Pierre RAZONGLES, Docteur Jean-Paul CARME, Docteur Séraphin COLLE, Docteur Jacques FINKEL, Docteur Jean-Philippe BECQ. Vous m'avez accueillie avec bienveillance et vous m'avez enseigné la médecine générale dans toutes ses nuances. J'ai été confortée dans mon choix qu'est cette belle discipline. Je me rappellerai toujours de ces excellents moments passés.

## **A ma famille et mes amis**

A mon mari et à ma fille, David et Anna, vous m'avez apporté toute l'énergie dont j'avais besoin pour ce long travail. Je suis si fière de vous avoir à mes côtés. Merci mon cher David pour ton aide en statistique et en informatique, on a aussi bien rigolé.

A mes parents, vous m'avez toujours soutenue au cours de mes longues et belles années d'études. Merci pour tout.

A mes sœurs, Anne-Claire et Marie-Liane, je suis aussi médecin grâce à vous.

A ma belle-famille, pour votre présence et vos encouragements. Merci Marie-Pierre pour tes relectures, conseils, dont j'ai pu bénéficier à tout moment. J'ai la chance de pouvoir compter sur vous. Merci d'être là pour moi.

A mes amies, Elsa, Clémence, Audrey, Laura, Fanny, Marion. C'est toujours une joie de vous retrouver !

## GLOSSAIRE

---

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CNIL : Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés

CREDES : Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé

DES : Diplôme d'Etudes Spécialisées

DIU : Diplôme Inter Universitaire

DPC : Développement Professionnel Continu

Drees : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

DU : Diplôme Universitaire

EBM : Evidence Based Medicine

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension artérielle

ICF : Indice Conjoncturel de Fécondité

Insee : Institut national de la statistique et des études économiques

Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale

IRDES : Institut de recherche et de documentation en économie de la santé

MEG : Majoration enfant généraliste

Mesh : Medical subject heading

RCIU : Retard de croissance in utero

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

## TABLE DES MATIERES

---

INTRODUCTION .....	1
CONTEXTE ET MOTIFS DE LA RECHERCHE .....	3
I. Contexte.....	3
1. Démographie médicale.....	3
2. Natalité et morbi-mortalité maternelle et infantile .....	4
3. Plan périnatalité et médecin généraliste .....	5
4. Suivi de grossesse : recommandations de la HAS .....	5
II. Motifs de la recherche .....	6
MATERIELS ET METHODES .....	7
I. Type d'étude .....	7
II. Objectif de l'étude .....	7
III. Méthode de recherche bibliographique.....	7
IV. Population étudiée.....	8
V. Elaboration du questionnaire .....	8
VI. Contenu du questionnaire .....	9
VII. Diffusion du questionnaire.....	9
VIII. Analyse statistique .....	10
RESULTATS .....	11
I. Description de l'échantillon.....	11
1. Participation à l'étude.....	11
2. Répartition en fonction du sexe.....	12
3. Répartition en fonction des conditions d'exercice .....	12
4. Répartition en fonction de l'âge .....	13
5. Répartition en fonction de l'année d'installation .....	13
6. Répartition en fonction de l'éloignement à un lieu d'accouchement.....	14
7. Répartition en fonction du département d'exercice .....	14
II. Formation complémentaire en gynécologie obstétrique.....	15

III.	Médecins généralistes et suivi de grossesse .....	15
1.	Freins au suivi de grossesse en médecine générale.....	15
2.	Nombre de suivis de grossesse par an.....	15
3.	Durée du suivi des femmes enceintes par le médecin généraliste.....	15
4.	Connaissance de l'existence des recommandations de la HAS de 2007 sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes.....	16
5.	Aide au suivi des femmes enceintes pour les médecins généralistes.....	16
IV.	Analyse appariée pour le suivi de grossesse.....	17
1.	En fonction du sexe.....	17
2.	En fonction de l'âge.....	17
3.	En fonction de l'année d'installation.....	17
4.	En fonction du mode d'exercice.....	17
5.	En fonction du département.....	17
6.	En fonction de l'éloignement d'un lieu d'accouchement.....	18
7.	En fonction de la formation initiale et continue.....	18
V.	Orientation des femmes enceintes en fonction des facteurs de risque.....	19
1.	Devant un antécédent de césarienne non programmée.....	19
2.	Devant un antécédent de retard de croissance in utero (RCIU).....	19
3.	Devant un antécédent de diabète gestationnel.....	19
4.	Devant un antécédent d'hypertension artérielle gravidique (HTA gravidique).....	19
5.	Devant un antécédent de fausse couche du 2 <sup>ème</sup> trimestre.....	19
6.	Devant un antécédent de néphropathie chronique.....	19
7.	Devant un asthme traité par corticostéroïdes inhalés.....	20
8.	Devant une hypertension artérielle.....	20
9.	Devant un trouble dépressif sévère.....	20
10.	Devant une vulnérabilité psychosociale.....	20
11.	Devant un utérus bicorne.....	20
12.	Devant un utérus cicatriciel.....	20
	DISCUSSION.....	21

I. Forces et limites de l'étude.....	21
1. Forces de l'étude .....	21
2. Limites et biais .....	22
II. Discussion des résultats .....	22
1. Un échantillon de grande taille, mais peu représentatif .....	22
2. Les médecins généralistes sont et doivent être impliqués dans le suivi de grossesse. ....	24
3. Un suivi proposé majoritairement jusqu'au 6 <sup>ème</sup> mois .....	25
4. Facteurs et freins influençant le suivi de grossesse.....	25
5. Recommandations 2007 de la HAS et médecins généralistes.....	30
6. Une orientation dans le parcours de soins globalement bien réalisée .....	31
7. Les antécédents de césarienne et d'asthme non équilibré moins bien orientés. ....	32
8. Vers un suivi pluridisciplinaire de la femme enceinte .....	33
CONCLUSION .....	35
BIBLIOGRAPHIE .....	37
ANNEXES .....	43

# INTRODUCTION

---

En 2007, la Haute Autorité de Santé (HAS) a publié des recommandations pour le suivi et l'orientation des femmes enceintes en soins primaires. Les soins primaires incluaient médecins généralistes, gynécologues médicaux et sages-femmes, les soins dits secondaires étaient représentés par les gynécologues obstétriciens. Pour le suivi des grossesses à bas risque, la HAS a édité un guide des examens cliniques et paracliniques à réaliser en fonction du terme (1). Pour les situations à risque de complication, la HAS a proposé leur repérage et une prise en charge adaptée, avant et tout au long de la grossesse, en publiant une liste non exhaustive des facteurs de risque, basée sur l'analyse de la littérature (Annexe 1).

L'objectif était d'une part de « démedicaliser » le suivi des grossesses à bas risque pour plus de proximité, d'humanité et de qualité des soins, et d'autre part de sécuriser les grossesses à risque en les dépistant et en les réorientant dans un parcours de soins adapté, vers un avis collégial voire un suivi pluridisciplinaire. « Faire plus et mieux dans les situations à haut risque, faire moins et mieux dans les situations à bas risque » (2).

En définissant les grossesses à bas risque, et en codifiant leur suivi, la HAS propose une réorganisation des soins anténataux. Les médecins généralistes sont compétents dans le suivi des grossesses, comme le montrent différentes études notamment celle de J.S. Tucker and all en 1996 (3), ou M.D. Pozo-Cano and all en 2014 (4). Par ailleurs, on observe une raréfaction des gynécologues obstétriciens en ville (5), et la saturation des maternités de type 3. Les changements de démographie médicale ont entraîné une augmentation du nombre des suivis des grossesses à bas risque par les médecins généralistes et les sages-femmes, comme retrouvé dans l'Enquête nationale périnatale de 2010 (6).

Au cours des stages en médecine générale ambulatoire, nous avons constaté que de nombreuses patientes s'adressaient à leurs médecins généralistes pour confirmer ou déclarer leurs grossesses. Mais nous avons également observé que peu de médecins généralistes assuraient le suivi des grossesses à bas risque par la suite, et le cas échéant généralement jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois de grossesse (5). Nous avons également observé que lors de la consultation préconceptionnelle, au moment du diagnostic de grossesse, ou au cours de la grossesse, les facteurs de risque de complication étaient recherchés de manière hétérogène et non systématique.

Les hypothèses que nous avons donc formulées étaient :

- Les médecins généralistes sont confrontés à de nombreuses consultations d'obstétrique, mais peu assurent les suivis de grossesse, et généralement jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois.
- Les recommandations de la HAS pour l'orientation des patientes à risque restent peu connues par les médecins généralistes.
- L'analyse des déterminants du suivi de grossesse en médecine générale d'une part, et de la bonne orientation des femmes enceintes dans le parcours de soins d'autre part, nous permettra d'améliorer notre pratique.

Notre travail s'articulera autour de deux axes :

- D'une part décrire, puis déterminer et analyser les facteurs influençant le suivi de grossesse par le médecin généraliste.
- D'autre part repérer les difficultés d'orientation des femmes enceintes dans le parcours de soin selon les facteurs de risque.

# CONTEXTE ET MOTIFS DE LA RECHERCHE

---

## I. Contexte

### 1. Démographie médicale

#### Les médecins généralistes en France

Au 1<sup>er</sup> janvier 2016, le tableau de l'Ordre recensait 88 886 spécialistes en médecine générale exerçant une activité régulière, tous modes d'exercices confondus. Sur la période 2007/2016, les effectifs ont diminué de 8,4% (7). Cette tendance pourrait s'observer jusqu'en 2025 avec un nombre estimé de médecins généralistes de 81 455 soit une baisse estimée de 8,3% pour la période 2016/2025 (7).

La densité des médecins généralistes pour 100 000 habitants en France est passée de 155,5 en 2013 à 154,1 en 2016, soit une baisse modérée selon la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation des statistiques (Drees) (7).

#### Les gynécologues médicaux en France

Le nombre de gynécologues médicaux est en baisse constante : au 1<sup>er</sup> janvier 2016 la Drees recensait 3146 spécialistes en gynécologie médicale. Au 1<sup>er</sup> janvier 2013 leur nombre était de 3600 soit une baisse de leur effectif de 12,1% en 3 ans (8).

La densité des gynécologues médicaux pour 100 000 femmes de plus de 15 ans a diminué de 12,9 à 11,2 au cours de cette période.

#### Les gynécologues obstétricaux en France

Le nombre de gynécologues obstétriciens est en augmentation : au 1<sup>er</sup> janvier 2016 la Drees recensait 4724 spécialistes en gynécologie obstétrique, tandis qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2013 leur nombre était de 4253 (8). Leur densité pour 100 000 femmes de plus de 15 ans est passé de 15,3 en 2013 à 16,8 en 2016.

#### Les sages-femmes en France

En France, le nombre de sages-femmes augmente : au 1<sup>er</sup> janvier 2016, la Drees recensait 22312 sages-femmes, elles étaient 20991 en 2014, soit une augmentation de 3% par an (9). Le secteur libéral est davantage en expansion avec une hausse de 7% par an entre 2000 et 2010, malgré un exercice toujours majoritaire à l'hôpital. En 2030, une sur trois exercerait en libéral (10).

Leur augmentation constante traduit une volonté politique de renforcer leur action en soins de premier recours, exprimée dans la loi Hôpital, patients, territoires du 21 juillet 2009 (11), (10). L'élargissement de leurs compétences répondra aux besoins de consultations et de suivis en gynécologie médicale et obstétrique, dans un contexte de diminution du nombre des médecins généralistes et des gynécologues médicaux en ville.

**Tableau 1 :** Evolution démographique des professionnels de santé selon la Drees en France entre 2013 et 2016.

Année	Nombre de professionnels de santé				Densité des professionnels de santé*			
	MG**	GM**	GO**	SF**	MG	GM	GO	SF
<b>2013</b>	101 803	3 600	4 253		155,5	12,9	15,3	
<b>2014</b>	102 324	3 481	4 392	20 991	155,6	12,5	15,7	142,6
<b>2015</b>	102 485	3 311	4 577	21 632	155,2	11,8	16,3	147,7
<b>2016</b>	102 299	3 146	4 724	22 312	154,1	11,2	16,8	152,9

\*Densité des professionnels de santé exprimée pour 100 000 habitants pour les médecins généralistes, pour 100 000 femmes de plus de 15 ans pour les gynécologues obstétriciens et médicaux, pour 100 000 femmes de 15 à 49 ans pour les sages-femmes.

\*\* MG : Médecins généralistes, GM : Gynécologues médicaux, GO : Gynécologues obstétriciens, SF : Sages-femmes.

## 2. Natalité et morbi-mortalité maternelle et infantile

La France dispose des meilleurs indicateurs de natalité, malgré une légère diminution du nombre de naissances en 2015 : en 2015 le nombre de naissances était de 800 000 naissances (-19 000 naissances par rapport à 2020), tandis que l'Indice Conjoncturel de Fécondité (ICF) s'établissait à 1,96 enfants par femme. L'ICF se maintient tout de même à un haut niveau en Europe : en comparaison, l'ICF en 2013 en Irlande était de 1,96, de 1,89 en Suède et de 1,83 au Royaume Uni (12).

Le projet EuroPeristat, créé en 1999, permet une comparaison au niveau européen de différents indicateurs de la santé périnatale, incluant la morbi-mortalité maternelle et fœtale. En France, cet indicateur est parmi les moins bons d'Europe. Ainsi, la mortalité maternelle

en France, nombre de morts maternelles pour 100 000 naissances survenues entre le début de la grossesse jusqu'à 42 jours après l'accouchement, était de 7,6, derrière la moyenne européenne évaluée à 6,3. Dans ce même rapport, la mortalité périnatale se situait au dernier rang du classement européen (13). Ces indicateurs qui semblent préoccupants, sont tout de même à interpréter avec prudence. En effet, les conditions de recueil d'information varient d'un pays à l'autre, et pénalisent fortement les pays les plus rigoureux dans leurs statistiques (14).

### 3. Plan périnatalité et médecin généraliste

Le plan « périnatalité » 2005-2007 a réorganisé les soins périnataux. Son objectif « plus d'humanité, plus de proximité, plus de sécurité, plus de qualité » allait en partie à l'encontre des politiques antérieures en périnatalités, qui médicalisaient toutes les grossesses, y compris celles à bas risque. Le nouveau plan périnatalité 2005-2007 avait pour objectif de diminuer la mortalité maternelle de 40% et la mortalité infantile de 15% entre 2007 et 2010. Les soins devaient être plus proches de l'attente des couples, plus humains, et s'intégrer dans un réseau de santé en périnatalité. La formation initiale et continue des médecins généralistes pour la prise en charge des femmes enceintes devait être renforcée. Une formation intitulée « suivi d'une femme enceinte par un médecin généraliste » a ainsi été proposée comme thème prioritaire (15). Malgré ce plan périnatalité, la mortalité maternelle stagne entre 2000 et 2011 (16). Cette non-diminution peut s'expliquer par des soins sous optimaux qui restent donc à améliorer, mais également par l'élévation continue de l'âge maternel à la naissance (17).

### 4. Suivi de grossesse : recommandations de la HAS

En 2007, la HAS a publié des recommandations à l'attention des professionnels de santé (médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues médicaux) pour aider au suivi des grossesses à bas risque, et améliorer l'identification des situations à risque pour en adapter le suivi.

Les suivis ont été classés en fonction du niveau de risque :

- Suivi A : la grossesse se déroule sans risque ou avec un faible niveau de risque : le suivi peut être assuré par la sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical, gynécologue obstétricien) selon le choix de la patiente.
- Avis A1 : l'avis d'un gynécologue obstétricien ou d'un autre spécialiste est conseillé.
- Avis A2 : l'avis d'un gynécologue obstétricien et éventuellement d'un autre spécialiste est nécessaire.

- Suivi B : le risque obstétrical est élevé, le suivi doit être assuré par un gynécologue obstétricien.

Un extrait des recommandations de la HAS 2007 pour le suivi de grossesse est présenté en annexe 1.

## **II. Motifs de la recherche**

La morbi-mortalité maternelle et infantile élevée en France, et témoin de la qualité de la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement, a fait du suivi des femmes enceintes une priorité de santé publique (18).

Le plan périnatalité 2005-2007 stratifiait les niveaux de risque de la grossesse, pour en adapter le suivi au sein du Réseau de Santé en Périnatalité (15). Il plaçait les soins primaires et de proximité comme pilier du suivi des grossesses physiologiques. Une meilleure formation initiale et continue des acteurs des soins primaires sur le suivi de grossesse, dont celle des médecins généralistes, devait conduire à une meilleure prise en charge des femmes enceintes. Les recommandations de la HAS en 2007 font suite à ce plan périnatalité, en proposant un guide de recommandations à l'intention des professionnels de santé.

Les médecins généralistes, médecins de famille, ont une très bonne connaissance de l'environnement psycho sociale et des antécédents de leurs patiente (19). De plus, en tant que médecin de premier recours, ils sont davantage sollicités par les patientes au début de leur grossesse, et sont donc particulièrement concernés par le dépistage des facteurs de risques de complication de la grossesse (5).

Notre étude devait donc permettre de mieux connaître les profils de ces médecins généralistes qui suivent des grossesses, et de décrire les freins au suivi de grossesse en soins primaires. Enfin, l'étude devait donner une idée de l'impact des recommandations de la HAS à propos de l'orientation des femmes enceintes dans le parcours de soins, en cas de situation à risque identifiée.

# MATERIELS ET METHODES

---

## **I. Type d'étude**

Il s'agissait d'une étude descriptive épidémiologique. Les médecins généralistes inscrits aux Unions Régionales des Professionnels de Santé (URPS) des régions participantes, d'Occitanie et de Corse, ont été questionnés, du 20 septembre 2016 au 18 octobre 2016.

## **II. Objectif de l'étude**

L'objectif principal de l'étude était de décrire le suivi des femmes enceintes par les médecins généralistes et d'en rechercher les déterminants. L'objectif secondaire de l'étude était de décrire l'orientation des femmes enceintes dans le parcours de soins, en fonction de facteurs de risque identifiés.

## **III. Méthode de recherche bibliographique**

Les différentes sources ont été :

- Bases de données bibliographiques interrogées : PubMed, Elsevier Masson Premium, Banque de données en Santé Publique, Système Universitaire de Documentation, Google scholar
- Sites Internet des organismes, institutions et sociétés savantes consultés : HAS, Drees, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF), Institut national des sciences et études recherche médicale (INSERM), Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), Legifrance, EuroPeristat
- Bibliographies des articles et des documents retenus

Les mots clés choisis ont été :

- En français : suivi grossesse, surveillance grossesse, grossesse à risque
- En anglais, issus du thesaurus Medical Subject Heading (MeSH) : pregnancy, prenatal care, antenatal care, primary care, pregnancy complications

Une veille bibliographique a été mise en place.

#### **IV. Population étudiée**

L'ensemble des URPS des 13 régions de France et des 4 Départements d'Outre-Mer a été sollicité par mail pour diffuser le questionnaire aux médecins généralistes inscrits sur leurs listes. Au moins une relance par e-mail ou par appel téléphonique a été effectuée. Au total, 2 régions ont participé à l'étude : Occitanie et Corse.

La non-participation des régions s'expliquait soit :

- Par l'absence de réponse au terme de la relance pour 5 régions (Ile de France et les 4 Départements d'Outre-Mer),
- Par sollicitation déjà importante des médecins généralistes par les étudiants de leur région pour 9 régions (Nord-Pas-De-Calais-Picardie, Normandie, Bretagne, Alsace-Lorraine-Champagne, Pays-de-la-Loire, Centre, Bourgogne-Franche-Comté, Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, Auvergne-Rhône-Alpes),
- Par arrêt total et temporaire des études auprès des médecins généralistes via questionnaire, en raison de leur non-participation pour une région (Provence-Alpes-Côte d'Azur).

#### **V. Elaboration du questionnaire**

Le questionnaire a été rédigé en janvier 2016, et mis en ligne avec le logiciel Google Forms. Il a été relu et corrigé par deux gynécologues obstétriciens, une sage-femme, et un médecin généraliste.

Il a été testé sur un échantillon de trois médecins généralistes et le temps de remplissage a été estimé à deux minutes pour la première partie, deux minutes supplémentaires pour la seconde partie.

Les résultats étaient anonymes, aucune déclaration à la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) était donc nécessaire.

## **VI. Contenu du questionnaire**

Le questionnaire était divisé en 4 catégories de question (Annexe 2) :

- Caractéristiques sociodémographiques du médecin : sexe, âge, mode d'exercice (rural ou urbain, seul ou en association), temps le séparant d'un lieu d'accouchement, installé ou non.
- Formation complémentaire en gynécologie obstétrique : en a-t-il bénéficié ou non ? Si oui laquelle ?
- Activité en gynécologie obstétrique au cabinet : propose-t-il un suivi des grossesses ? Jusqu'à quel terme ? Combien de suivis réalise-t-il par an ? Une limite de plus ou moins 10 suivis de grossesse a été proposée dans le questionnaire en comparant les résultats de différents travaux sur le sujet (20), (21). Les freins au suivi de grossesse ont été évalués.
- Orientation des femmes enceintes en fonction de facteurs de risque définis : 12 situations à risque de complication étaient proposées, le médecin devait choisir l'orientation dans le réseau de soin selon les 3 suivis A, A2 ou B de la HAS. Les situations à risque ont été choisies après analyse des enquêtes préexistantes, et discussion auprès des gynécologues obstétriciens du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Toulouse et du Centre Hospitalier (CH) de Valence (2), (5).

Les questions étaient à choix multiples pour diminuer le temps de remplissage. Pour favoriser l'adhésion des participants, toute réponse ouverte comportait la mention « Autre », l'absence de possibilité d'expression ayant été reproché dans une étude similaire (20).

Afin d'améliorer le taux de réponses, la plupart des réponses étaient obligatoires.

Une section « Commentaires libres » était proposée avant envoi du questionnaire.

## **VII. Diffusion du questionnaire**

Le questionnaire a été envoyé par mail aux médecins généralistes d'Occitanie et de Corse inscrits dans les URPS de ces deux régions, qui avaient autorisé la diffusion du questionnaire. Il a été envoyé le mardi 27 septembre 2016, avec une relance 14 jours plus tard.

Le questionnaire était accompagné d'un mot d'introduction qui expliquait l'objectif de notre travail (Annexe 3).

Les réponses ont été recueillies jusqu'au 27 novembre 2016, date à laquelle les données ont été analysées.

### **VIII. Analyse statistique**

Les données ont été extraites de Google Forms, importées et répertoriées dans un tableur Excel 2016. La méthode du one hot encoding a été utilisée pour les variables qualitatives pour faciliter l'analyse statistique des données.

Le test du Chi<sup>2</sup> a été utilisé 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<sup>2</sup> (effectifs attendus inférieurs à 5).

Le critère de jugement était  $p < 0,05$  (risque alpha choisi égal à 5%) : si  $p$  était inférieur à 0,05 nous pouvions conclure à des résultats statistiquement significatifs et non liés au hasard, dans le cas contraire, nous ne pouvions pas conclure à la significativité de nos résultats.

# RESULTATS

---

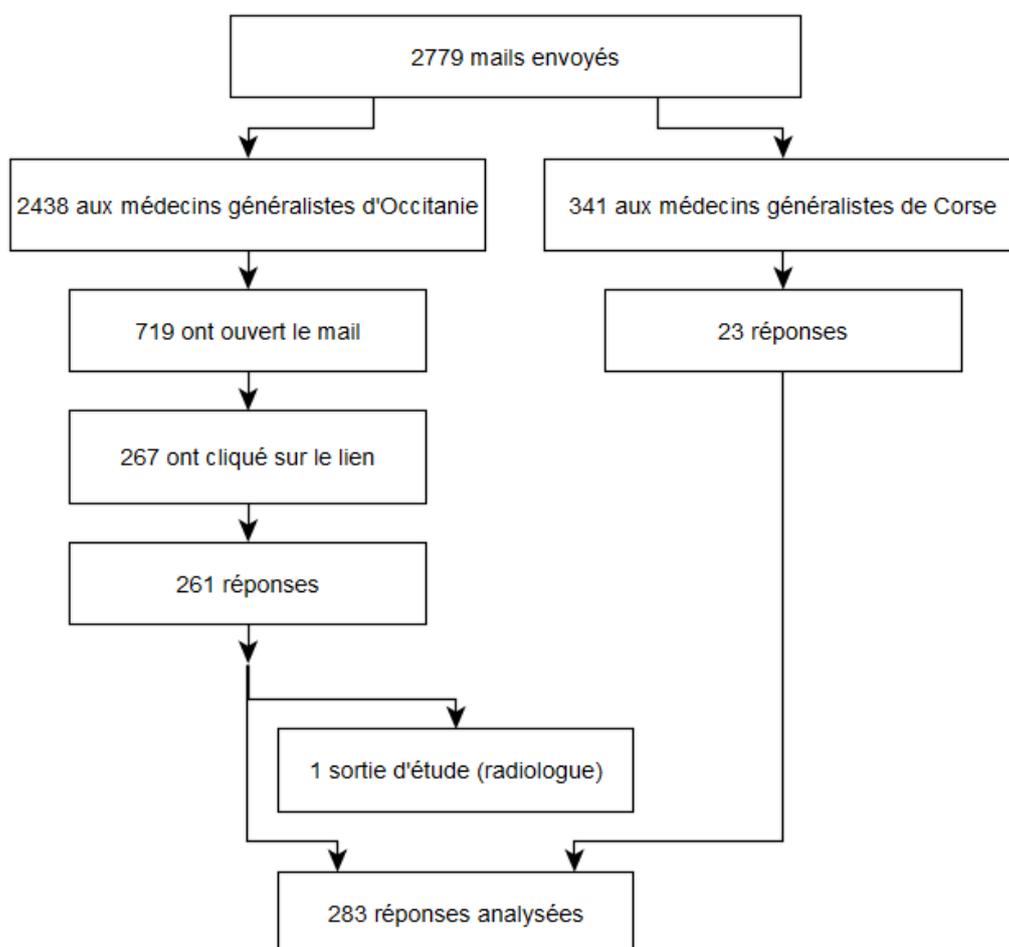
## I. Description de l'échantillon

### 1. Participation à l'étude

Le questionnaire a été envoyé par mail à 2438 médecins généralistes inscrits sur la liste de l'URPS Occitanie, 719 médecins ont ouvert le mail. 267 médecins ont cliqué sur le lien ouvrant le questionnaire, 261 ont répondu, soit une participation de 11%. Un participant a été exclu (radiologue). 260 réponses ont été retenues.

Le questionnaire a été envoyé par mail à 341 médecins généralistes inscrits sur la liste de l'URPS de Corse, 23 réponses ont été obtenues soit un taux de réponse de 6%.

Diagramme de flux 1 : Participation à l'étude.



### 2. Répartition en fonction du sexe

Parmi les 283 médecins ayant répondu au questionnaire, 52,5% étaient des femmes, 47,5% des hommes.

75% des hommes étaient âgés de plus de 45 ans, tandis que 57% des femmes avaient moins de 45 ans.

### 3. Répartition en fonction des conditions d'exercice

Les médecins généralistes des milieux urbain et semi rural étaient davantage représentés : 38% étaient en milieu urbain, 38% en milieu semi-rural, 24% en milieu rural.

Ils exerçaient majoritairement en association (40%), seulement 11,3% déclaraient exercer seuls. 48,7% n'ont pas répondu à cet item.

Tableau 2 : Répartition des médecins par sexe, lieu d'installation et condition d'exercice.

	Nombre de médecins	Pourcentage exprimé
<b>Sexe</b>		
Féminin	149	52,5%
Masculin	134	47,5%
Total	283	100%
<b>Lieu d'exercice</b>		
Urbain	107	37,8%
Semi-rural	107	37,8%
Rural	68	24%
Absence de réponse	1	0,4%
Total	283	100%
<b>Mode d'exercice</b>		
Seul	32	11,3%
En association	113	40%
Absence de réponse	138	48,7%
Total	283	100%

#### 4. Répartition en fonction de l'âge

La moyenne d'âge de notre échantillon était de 49 ans. Pour l'analyse en sous-groupe, l'âge de 45 ans était retenu : 41,7% des participants avaient moins de 45 ans, 58,3% des participants avaient plus de 45 ans.

Les hommes étaient globalement plus âgés que les femmes : 74,6% hommes avaient plus de 45 ans, tandis que 59,1% des femmes avaient moins de 45 ans.

#### 5. Répartition en fonction de l'année d'installation

Les médecins étaient installés majoritairement depuis plus de 20 ans : 43,1% de l'échantillon. Ils étaient installés depuis moins de 5 ans pour 25,3% d'entre eux, tandis que 31,6% étaient installés depuis 5 à 20 ans.

Les médecins de sexe féminin étaient installés plus souvent depuis moins de 20 ans, les médecins de sexe masculin plus souvent depuis plus de 20 ans, comme indiqué dans le tableau ci-dessous.

Tableau 3 : Répartition en fonction de la durée d'installation et du sexe du médecin.

<b>Durée d'installation</b>	<b>Médecin de sexe masculin</b>		<b>Médecin de sexe féminin</b>	
	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Effectif</b>	<b>Pourcentage</b>
Moins de 5 ans	16	11,9%	55	36,9%
5 à 20 ans	41	30,6%	55	36,9%
Plus de 20 ans	75	56%	38	25,5%
Absence de réponse	2	1,5%	1	0,7%
<b>Total</b>	<b>134</b>	<b>100%</b>	<b>149</b>	<b>100%</b>

6. Répartition en fonction de l'éloignement à un lieu d'accouchement

93,6% des médecins participant exerçaient à moins de 45 minutes d'un lieu d'accouchement, seulement 6,3% des médecins exerçaient à plus de 45 minutes d'un lieu d'accouchement.

7. Répartition en fonction du département d'exercice

La majorité des médecins participant exerçait en Haute Garonne : 115 médecins soit 40,5% de l'échantillon. L'ensemble des résultats pour chaque département est présenté dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Répartition des médecins par département par nombre décroissant.

<b>Département</b>	<b>Nombre de médecins</b>	<b>Pourcentage exprimé</b>
Haute Garonne	114	40,5%
Hérault	26	9,2%
Tarn	21	7,4%
Ariège	16	5,6%
Tarn et Garonne	14	4,9%
Corse du Nord	13	4,5%
Aveyron	13	4,5%
Hautes Pyrénées	12	4,2%
Gers	12	4,2%
Gard	11	3,9%
Lot	11	3,9%
Corse du Sud	10	3,6%
Pyrénées Orientales	5	1,8%
Aude	4	1,4%
Lozère	1	0,4%
<b>Total</b>	<b>283</b>	<b>100%</b>

## **II. Formation complémentaire en gynécologie obstétrique**

Un peu plus d'un tiers des médecins généralistes interrogés avait suivi une formation complémentaire en gynécologie ou gynécologie obstétrique (39,2%). Il s'agissait dans la plupart des cas d'une formation dans le cadre du Développement Personnel Continu (DPC) : 28,3%. Peu de médecins avaient suivi un Diplôme Universitaire (DU) : 3,9%, ou un Diplôme Inter Universitaire (DIU) : 6,1%. Les stages de gynécologie obstétrique pendant l'internat ou l'externat étaient cités comme formation complémentaire par 3,5% des médecins. 1,1% citaient l'expérience, les lectures, ou encore un séminaire. Enfin, 2 médecins généralistes (0,07%) avaient suivi la première année d'internat de gynécologie obstétrique.

## **III. Médecins généralistes et suivi de grossesse**

### **1. Freins au suivi de grossesse en médecine générale**

Le principal frein au suivi de grossesse était le manque de formation, pour 40,9% des médecins généralistes. On retrouvait ensuite la peur des responsabilités pour 34,6% d'entre eux et le manque de temps pour 31,1% des médecins interrogés. 20,2% des médecins évoquaient les difficultés d'accès à l'obstétricien en cas de nécessité. Seulement 9,2% citaient un manque d'intérêt. 6% ne voyaient aucun frein au suivi des femmes enceintes. 16,6% évoquaient d'autres freins : la préférence de la patiente, le fait de se sentir exclu de la prise en charge du suivi gynécologique de leurs patientes, la difficulté d'accès à l'échographie.

### **2. Nombre de suivis de grossesse par an**

67,1% des médecins déclaraient suivre des grossesses, parmi eux, 82,1% en suivaient moins de 10 par an contre 17,9% plus de 10 par an. 32,8% ne suivaient pas de grossesse.

Jusqu'à 77,4% des médecins proposaient des consultations d'obstétrique pour les femmes enceintes : consultations réalisées entre le 1<sup>er</sup> et le 9<sup>ème</sup> mois de grossesse.

### **3. Durée du suivi des femmes enceintes par le médecin généraliste**

A cette question, nous voulions savoir jusqu'à la fin de quel mois de la grossesse les médecins généralistes pouvaient suivre leurs patientes. La plupart des médecins généralistes proposaient un suivi de grossesse jusqu'à la fin du 6<sup>ème</sup> mois. L'ensemble des résultats est présenté dans le tableau 5.

Tableau 5 : Terme des consultations proposé par les médecins généralistes pour les femmes enceintes.

Terme du suivi	Aucun suivi	1 <sup>er</sup> mois	2 <sup>ème</sup> mois	3 <sup>ème</sup> mois	4 <sup>ème</sup> mois	5 <sup>ème</sup> mois	6 <sup>ème</sup> mois	7 <sup>ème</sup> mois	8 <sup>ème</sup> mois	9 <sup>ème</sup> mois	Total
Pourcentage de médecins	22,6%	3,2%	3,5%	13,1%	5,3%	10,2%	24,4%	11,3%	2,5%	3,9%	100%
Trimestre	Aucun suivi	Fin 1 <sup>er</sup> trimestre			Fin 2 <sup>ème</sup> trimestre			Fin 3 <sup>ème</sup> trimestre			Total
Pourcentage de médecins	22,6%	19,8%			39,9%			17,7%			100%

4. Connaissance de l'existence des recommandations de la HAS de 2007 sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes

Seulement 41,1% des médecins généralistes suivant des femmes enceintes connaissaient l'existence des recommandations de la HAS, contre 58,9% qui ignoraient son existence.

La proportion était de 45,3% parmi ceux qui avaient suivi une formation complémentaire, et de 36,6% parmi ceux n'ayant pas de formation complémentaire. Cette différence n'était pas statistiquement significative (p=0,27).

5. Aide au suivi des femmes enceintes pour les médecins généralistes

La majorité des médecins généralistes qui suivaient des femmes enceintes souhaitait une aide pour leur orientation : 78,9%. Cette aide devait être pour 73,3% d'entre eux sous forme de site internet, pour 44% sous forme de plaquette papier, tandis que 42,7% souhaitaient une formation complémentaire.

Parmi les médecins généralistes ayant déjà suivi une formation continue, 32% souhaitaient pourtant de nouveau y participer.

#### **IV. Analyse appariée pour le suivi de grossesse**

##### 1. En fonction du sexe

57,4% des hommes déclaraient effectuer des suivis de grossesse, contre 80% des femmes. Il existait un lien statistique significatif entre sexe féminin et suivi de grossesse ( $p=0,0016$ ).

##### 2. En fonction de l'âge

77% des médecins de moins de 45 ans suivaient les grossesses, contre 60% des plus de 45 ans. Cette différence était statistiquement significative ( $p=0,0031$ ).

##### 3. En fonction de l'année d'installation

80,3% des médecins installés depuis moins de 5 ans suivaient des grossesses ( $p=0,001$ ). Ceux installés depuis 5 à 20 ans proposaient moins de suivi de grossesses (65,6% ( $p=0,06$ )), et les médecins installés depuis plus de 20 ans encore moins (60% d'entre eux ( $p=0,06$ )). Cette différence était statistiquement significative seulement pour les médecins installés depuis moins de 5 ans.

##### 4. En fonction du mode d'exercice

Le suivi de grossesse était réalisé par 69,1% des médecins généralistes en milieu urbain ( $p=0,71$ ), 71% en milieu semi-rural ( $p=0,37$ ), 58,8% en milieu rural ( $p=0,11$ ). Ces différences n'étaient pas significatives.

70,8% des médecins en association suivaient des grossesses contre 62,5% des médecins installés seuls. Cette différence n'était pas significative ( $p=0,5$ ).

##### 5. En fonction du département

En fonction du département, le pourcentage de médecins réalisant des suivis de grossesse se situait entre 43,75% pour les médecins de Corse ( $p=0,0002$ ) et 100% pour les médecins de l'Aude ( $p=0,31$ ) et de la Lozère ( $p=1$ ). L'ensemble des résultats est présenté dans le tableau 6. Les résultats n'étaient significatifs que pour les médecins de Corse qui suivaient moins les femmes enceintes que dans les autres départements ( $p=0,0002$ ).

Tableau 6 : Suivi de grossesse en fonction du département d'exercice du médecin généraliste.

<b>Département</b>	<b>Suivi de grossesse</b>	<b>Valeur de p</b>
Corse (2A et 2B)	43,8%	0,0002
Lot	54,6%	0,35
Tarn et Garonne	57,1%	0,4
Hautes Pyrénées	58,3%	0,54
Pyrénées Orientales	58,3%	0,34
Hérault	61,5%	0,68
Tarn	61,9%	0,63
Gard	63,4%	0,75
Aveyron	69,2%	1
Haute Garonne	76,3%	0,01
Ariège	81%	0,34
Gers	83,3%	1
Aude	100%	0,31
Lozère	100%	1

6. En fonction de l'éloignement d'un lieu d'accouchement

72,2% des médecins installés à plus de 45 minutes d'un lieu d'accouchement suivaient des grossesses, contre 66,8% des médecins installés à moins de 45 minutes d'un lieu d'accouchement.

Cette différence n'était pas statistiquement significative (p=0,83)

7. En fonction de la formation initiale et continue

Toutes formations incluses

54,1% des médecins n'ayant pas suivi de formation complémentaire en gynécologie obstétrique suivaient des grossesses, contre 87,4% des médecins ayant reçu une formation complémentaire. Cette différence n'était pas significative (p=1,22).

Formation par Diplôme Universitaire

100% des médecins ayant un DU en gynécologie obstétrique suivaient des grossesses, contre 65,8% des médecins n'ayant pas de DU en gynécologie obstétrique. Cette différence était statistiquement significative (p=0,018).

### Formation par Diplôme Inter Universitaire

94,1% des médecins ayant un DIU en gynécologie obstétrique déclaraient suivre des grossesses, contre 65,4% des médecins n'ayant pas obtenu de DIU. Cette différence était statistiquement significative ( $p=0,030$ )

### Formation par Développement Personnel Continu

86,3% des médecins ayant un DPC suivaient des grossesses, contre 59,6% des médecins n'ayant pas de suivi de DPC en gynécologie obstétrique. Cette différence n'était cependant pas statistiquement significative ( $p=3,23$ ).

## **V. Orientation des femmes enceintes en fonction des facteurs de risque**

### 1. Devant un antécédent de césarienne non programmée

Les médecins généralistes orientaient bien les patientes vers un avis A2 dans 47,9% des cas. Ils orientaient vers un suivi B dans 22,1% des cas, et vers un suivi A dans 30% des cas.

### 2. Devant un antécédent de retard de croissance in utero (RCIU)

Les médecins généralistes orientaient bien les patientes vers un suivi B dans 57,4% des cas. Ils demandaient un avis A2 dans 35,8% des cas et proposaient un suivi A dans 6,8% des cas.

### 3. Devant un antécédent de diabète gestationnel

Les médecins orientaient bien les patientes vers un suivi A dans 13,2% des cas. Ils orientaient vers un avis A2 dans 56,8% des cas, vers un suivi B dans 30% des cas.

### 4. Devant un antécédent d'hypertension artérielle gravidique (HTA gravidique)

Les médecins généralistes orientaient bien les patientes vers un avis A2 dans 35,3% des cas. Ils demandaient un suivi B dans 57,5% des cas. Ils demandaient un suivi A dans 6,8% des cas.

### 5. Devant un antécédent de fausse couche du 2<sup>ème</sup> trimestre

Les médecins orientaient bien les patientes vers un suivi B dans 58,9% des cas. Ils demandaient un avis A2 dans 35,3% des cas, et un suivi A dans 5,8% des cas.

### 6. Devant un antécédent de néphropathie chronique

Les médecins généralistes orientaient bien les patientes vers un suivi B dans 81,6% des cas. Ils orientaient vers un suivi A2 dans 16,8% des cas. Seulement 1,6% des médecins proposaient un suivi A.

7. Devant un asthme traité par corticostéroïdes inhalés

Les médecins généralistes orientaient bien les patientes vers un suivi B dans seulement 12,6% des cas. Ils demandaient un avis A2 dans 57,4% des cas, et un suivi A dans 30% des cas.

8. Devant une hypertension artérielle

Les médecins généralistes orientaient bien les patientes vers un suivi B dans 39,5% des cas. Ils demandaient un avis A2 dans 52,6% des cas, un suivi A dans 7,9% des cas.

9. Devant un trouble dépressif sévère

Les médecins généralistes orientaient bien les patientes vers un avis A2 dans 42,1% des cas. Ils proposaient un suivi A dans 7,9% des cas et un suivi B dans 50% des cas.

10. Devant une vulnérabilité psychosociale

Les médecins généralistes orientaient bien les patientes vers un suivi A dans 15,8% des cas. Ils orientaient vers un avis A2 dans 44,7% des cas, vers un suivi B dans 39,5% des cas.

11. Devant un utérus bicorne

Les médecins généralistes orientaient bien les patientes vers un suivi B dans 72,1% des cas. Ils demandaient un avis A2 dans 22,6% des cas, et proposaient un suivi A dans 5,3% des cas.

12. Devant un utérus cicatriciel

Les médecins généralistes orientaient bien les patientes vers un avis A2 dans 41,6% des cas. Ils demandaient un suivi B dans 47,4% des cas, un suivi A dans 11,1% des cas.

# DISCUSSION

---

## **I. Forces et limites de l'étude**

### **1. Forces de l'étude**

Il s'agissait d'un travail de santé publique, la qualité du suivi de la grossesse conditionnant un meilleur lien mère enfant à la naissance et pour les années futures (22), (23), (24).

L'objectif de l'étude était de décrire le suivi des femmes enceintes par les médecins généralistes en France. Il s'agissait à notre connaissance du premier travail sur ce sujet qui s'intéressait à l'ensemble des médecins généralistes exerçant en France.

Toutes les URPS des anciennes régions et départements d'outre-mer ont été sollicitées par mail pour participer à notre étude. Cela devait garantir un échantillon représentatif de la population de médecins généralistes en France. Une relance systématique a été effectuée par mail, et par téléphone en cas de non réponse pour toutes les URPS.

L'envoi du questionnaire par internet a facilité sa diffusion. Ce sont 2779 médecins qui ont été sollicités, ce qui constituait un échantillon de grande taille en comparaison à d'autres études similaires qui avaient privilégiés le mode d'envoi par courrier (20), (25).

Le questionnaire a été correctement rempli grâce à un choix de questions simples et fermées, à réponses obligatoires. Le taux de participation à chaque question était de plus de 98% sauf pour l'item « installation seul ou en association ». Toutes les réponses ont été facilement recueillies et analysées par système informatique. Le questionnaire était anonyme, ce qui a amélioré le taux de participation.

La discussion conjointe et continue avec des médecins généralistes impliqués dans le suivi de grossesse, et avec des gynécologues obstétriciens et sages-femmes des hôpitaux de Toulouse, de Valence et de Lyon, a permis d'orienter notre travail de recherche. Le questionnaire a été revu et corrigé de manière pluridisciplinaire, les résultats et leur discussion ont été enrichis par un travail collectif.

## 2. Limites et biais

Il s'agissait d'une étude descriptive par questionnaire, le système déclaratif entraînant donc un biais de mesure. Les réponses obtenues étaient en effet soumises à la subjectivité des participants. Ce type d'étude était malgré tout le plus adapté pour répondre à notre question de recherche, et était également le plus adapté pour solliciter le plus grand nombre de médecins généralistes.

Un biais de sélection était retrouvé, lié à la non-participation de 11 régions et des 4 départements d'outre-mer. Nous ne pouvions donc pas conclure à une représentativité des pratiques de l'ensemble des médecins généralistes de France. Pour améliorer le taux de participation des autres régions, une solution aurait été de travailler avec un interne de médecine générale de chacune d'entre elles, pour ne pas se heurter au refus quasi systématique des URPS dont nous ne dépendions pas. D'autres travaux collaboratifs pourraient être fait en ce sens.

La participation à notre étude était faible, en comparaison à d'autres travaux de thèse sur le sujet (20), (25). Cependant, les modes d'envoi étaient différents, le nombre de médecins sollicités était plus important, le nombre de réponses obtenues également. La diffusion par internet a permis d'obtenir un échantillon de grande taille. Par contre, le mode d'envoi par mail a pu être perçue comme impersonnel par les participants. Moins d'un médecin sur trois en Occitanie a ouvert le mail, témoignant d'une sursollicitation de la part des URPS.

Un biais de mesure et d'analyse lié à un fort taux de non réponse était à souligner pour la question de l'installation seul ou en association. Cette question comportait 5 items, les trois premiers sur le lieu d'installation, (rural, semi rural ou urbain), qui a obtenu un taux de réponse de 100%, les deux derniers items portaient sur l'installation seul ou en association, qui n'ont pas été remplis par 48,8% des participants. Les résultats obtenus n'étaient pas significatifs entre suivi de grossesse et exercice en milieu rural ou urbain, peut-être du fait d'effectifs limités.

## **II. Discussion des résultats**

### 1. Un échantillon de grande taille, mais peu représentatif

L'échantillon était constitué de 283 médecins généralistes inscrits sur les listes URPS d'Occitanie et de Corse, donc de grande taille par rapport à d'autres études similaires (20), (25).

En comparant notre échantillon à la démographie médicale nationale, il était constitué d'un peu plus de femmes et de médecins plus jeunes. Il y avait ainsi en 2016, 44,4% de femmes au niveau national, contre 52,8% de femmes dans notre échantillon. Cette participation féminine peut témoigner d'un intérêt accru des femmes pour un sujet de gynécologie obstétrique. Dans la littérature, l'implication des femmes dans les consultations de gynécologie est très fréquemment retrouvée, en obstétrique ou gynécologie médicale (26), (27), (28).

28% des médecins en 2016 étaient âgés de moins de 44 ans, cette tranche d'âge était un peu plus représentée avec un taux de 41,7% dans notre étude. Une problématique soulevée par de nombreuses URPS au cours de nos différentes sollicitations était la lassitude des médecins pour répondre aux nombreux questionnaires de thèse envoyés par internet. Cette lassitude pourrait expliquer une représentation plus importante des médecins plus jeunes dans notre échantillon, sollicités depuis moins longtemps que les plus âgés. Un chiffre évocateur est la non ouverture du mail par plus de deux tiers des médecins d'Occitanie. Enfin, un intérêt accru des médecins plus jeunes pour le suivi de grossesse est possible, du fait d'une formation davantage axée sur la santé de la femme et de l'enfant (29).

Notre échantillon était par contre assez proche de la dynamique actuelle d'exercice en association. Parmi les réponses obtenues, 77,9% travaillaient en association. En 2009, ils étaient 54% à exercer en association (30). Dans notre étude et par tranche d'âge, 68,4% des plus de 45 ans et 89,4% des moins de 45 ans exerçaient en groupe. L'augmentation progressive du nombre de cabinets de groupe est confirmée par l'Institut de recherche de documentation en économie de la santé (Irdes), avec un exercice en association qui était minoritaire en 1998, devenu majoritaire en 2009 (30). Cette augmentation est particulièrement marquée chez les médecins de moins de 40 ans, qui exerçaient en association à 80% en 2009.

La répartition dans notre échantillon entre l'exercice en zone urbaine, semi-rurale ou rurale n'a pas pu être comparée à l'exercice réel en France. La complexité de la définition de ces zones, comme en témoignent les documents de l'Insee et de l'Université Diderot Paris 12 (31), (32), rendaient impossible toute comparaison avec notre échantillon. On peut retenir selon la Drees que les zones urbaines de plus de 100 000 habitants concentraient la majorité des médecins généralistes, puisque 56,1% y étaient installés en 2016 (8). Nous retrouvons dans notre étude une installation plus marquée en zone urbaine ou semi-rurale de 76%, qu'en zone rurale (moins d'un quart des médecins généralistes).

## 2. Les médecins généralistes sont et doivent être impliqués dans le suivi de grossesse

Les médecins généralistes étaient impliqués dans le suivi de grossesse : à la question « combien de grossesses suivez-vous par an ? », 67,7% des médecins déclaraient en suivre une ou plus. Jusqu'à 78,8% des médecins proposaient des consultations d'obstétrique, lorsque nous les interrogeons sur un éventuel suivi mois par mois. De nombreuses consultations de médecine générale semblent avoir trait à la gynécologie obstétrique, comme en témoigne un travail effectué par le Centre de recherche d'étude et de documentation en économie de la santé en 1992. Il rapportait en France 2,4 millions de recours pour motifs obstétricaux auprès du généraliste (33). Ainsi, le manque d'intérêt comme frein au suivi de grossesse n'était cité que par 9,2% des médecins généralistes de notre étude.

Dans la littérature, des résultats concordants ont été retrouvés :

- ARNAUD A. et LE GOAZIOU M.F. montraient dans une étude prospective de 2006, analysant les motifs de consultation des femmes enceintes chez le généraliste, que 67% des médecins proposaient un suivi jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois lors des consultations du premier trimestre (34).
- Dans la thèse de LEBAS D. en 2005, « 76% des [médecins généralistes] suivent des femmes enceintes au premier trimestre (...) mais surtout (...) 89% souhaitent éventuellement suivre leurs patientes enceintes » (35).
- Dans leurs thèses, ATRIH N. en 2014 retrouvait un suivi des grossesses pour 83,7% des médecins généralistes (25). CHOBERT F. en 2015 retrouvait que 63% des médecins généralistes déclaraient les grossesses dans le bassin valentinois (20), DIAS F. retrouvait en 2006 que 66,3% des médecins généralistes suivaient des grossesses en Ile de France (36).

Les médecins généralistes doivent être impliqués dans le suivi de grossesse : dans la Revue du Praticien, Médecine générale en 1995, MAGNIN G. soulignait à propos du suivi des grossesses normales, que « sa connaissance du milieu familial, la proximité géographique, en font un interlocuteur privilégié » (37). Pendant le premier trimestre de grossesse, les gynécologues sont parfois moins sollicités, compte tenu des délais de consultation qui s'allongent, les patientes sollicitant de fait leur médecin traitant (38). Les médecins généralistes sont aussi davantage consultés dans des situations de précarité, facteur d'inégalité d'accès aux soins, inégalité particulièrement observée dans l'accès aux spécialistes et notamment aux gynécologues, comme le souligne une étude européenne de l'IRDES en 2010 (39). En tant que pilier des soins primaires (40), le médecin généraliste

conseille sa patiente et coordonne les soins, dès le projet de grossesse (consultation préconceptionnelle) et au cours des premiers mois de grossesse. Sa responsabilité en tant qu'acteur de la santé publique, dans la prévention et la coordination des soins, est ainsi valorisée dans la loi du 9 août 2004 relative à la santé publique, et celle du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie (41). LE GOAZIOU M.F. l'affirmait en 2006, le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie (42).

### 3. Un suivi proposé majoritairement jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois

Un suivi était proposé du 1<sup>er</sup> au 9<sup>ème</sup> mois, mais la plupart des médecins proposaient un suivi jusqu'à la fin du 6<sup>ème</sup> mois de grossesse (31%). Ce résultat était retrouvé dans les travaux d'ARNAUD A. et LE GOAZIOU M.F. (34), ainsi que dans des travaux de thèse (20), (34).

Aucune recommandation validée n'a été publiée sur le terme du suivi de grossesse par le médecin généraliste. Par contre, la réglementation française 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 » (43). Ceci montre également la nécessité d'une prise en charge obstétricale au cours du dernier trimestre de grossesse, y compris pour les grossesses à bas risque. Un suivi de grossesse proposé par les médecins généralistes jusqu'au 9<sup>ème</sup> mois ne peut être réalisé seul. L'équipe obstétricale doit en effet créer une relation de confiance, préparer un dossier, et poser un diagnostic et un pronostic obstétrical précis (44).

La coordination et la continuité des soins sont essentielles dans le parcours de soins de la femme enceinte, ce qui doit être réalisé par un professionnel de santé compétent et référent du suivi de grossesse. En soins primaires, LE GOAZIOU M.F stipulait que « tous les intervenants ont à apprendre à travailler ensemble, en soins coordonnés, chacun connaissant ses limites (...). Les expériences de suivi conjoint ou de soins coordonnés montrent que la mortalité et la morbidité périnatale diminuent » (45).

### 4. Facteurs et freins influençant le suivi de grossesse

#### *Un suivi de grossesse davantage réalisé par les médecins de sexe féminin*

Le suivi de grossesse était plus souvent réalisé par des médecins généralistes de sexe féminin (p=0,0016). D'autres études avaient évoqué cette hypothèse, sans obtenir de résultats significatifs du fait probablement d'un échantillon de plus petite taille (CHOBERT F. (20), ATRIH N.(25)). Ceci confirme l'intérêt des femmes pour le champ médical de la

gynécologie et de l'obstétrique. CHOBERT F. évoquait l'« expérience de terrain », PREVOT STIMEC I. parlait de « l'existence d'un vécu commun », HOULE C. d'une différence d'investissement des médecins généralistes femmes (46). Si l'intérêt marqué des femmes pouvait être souligné, FAYOLLE E. évoquait dans une étude qualitative d'une activité de gynécologie « par défaut » dévouée aux femmes. Dans son étude, les médecins généralistes étaient convaincus qu'il était plus facile pour un médecin femme de pratiquer la gynécologie, certains médecins évoquant un malaise ou une réticence de la part de leurs patientes (28).

Compte tenu de la féminisation progressive de la profession (7), de l'intérêt marqué des médecins dans le suivi de grossesse, davantage de suivis pourraient être réalisés en médecine générale dans les années à venir.

#### *Un suivi variable selon les départements*

Le suivi de grossesse était moins réalisé par les médecins généralistes de Corse ( $p=0,002$ ). A ce jour, aucune donnée dans la littérature n'a été retrouvée à ce sujet. Ce constat pourrait être en partie expliqué par la démographie médicale locale. D'une part, les médecins généralistes en Corse de notre échantillon sont plus souvent de sexe masculin et ont une moyenne d'âge supérieure au reste de notre échantillon. D'autre part, la densité de gynécologues médicaux et de gynécologues obstétriciens est plus importante en Corse qu'en Occitanie (respectivement de 19,9 et de 20,6 pour 100 000 habitants en Corse, contre 10 et 14,4 pour 100 000 habitants en Occitanie) tandis que la densité de médecins généralistes est plus faible en Corse qu'en Occitanie (155,4 contre 168 pour 100 000 habitants) (9). L'offre de soins locale pourrait donc favoriser un suivi de la grossesse même à bas risque d'emblée réalisé par les gynécologues (offre de soins importante), ou au contraire favoriser un suivi des grossesses à bas risque en soins primaires (nombre d'obstétriciens faible ou centres médicaux éloignés).

#### *Plus de suivis de grossesse parmi les médecins de moins de 45 ans et récemment installés*

Il existait un lien statistiquement significatif entre médecins installés depuis moins de 5 ans ( $p=0,001$ ) et plus grand nombre de suivis de grossesse. Le même constat pouvait être fait entre médecins de moins de 45 ans ( $p=0,0031$ ) et plus grand nombre de suivis de grossesse. A l'inverse, l'investissement des médecins généralistes semblait décroître avec le temps d'installation (non significatif,  $p=0,06$ ). CHOBERT F. dans sa thèse de 2015 a trouvé des résultats contraires aux nôtres, mais ces résultats n'étaient pas significatifs (20). Les

médecins généralistes sont mieux formés en gynécologie obstétrique, avec des stages obligatoires en gynécologie et pédiatrie, pendant l'externat et l'internat. La réforme de l'internat de 2004 a structuré le Diplôme d'Etudes Spécialisées de médecine générale en 6 semestres, dont un en gynécologie et/ou pédiatrie (29), (47). Le plan périnatalité de 2010 a proposé comme thème prioritaire une formation intitulée « suivi et orientation d'une femme enceinte par le médecin généraliste » (6). Les moyens récents mis en œuvre par les politiques de santé publique et les réformes portées dans les études médicales, en renforçant la compétence des jeunes médecins généralistes, pourraient expliquer en partie un suivi réalisé plus souvent par des médecins plus jeunes et récemment installés.

#### *Formation des médecins généralistes en gynécologie obstétrique*

Le manque de formation était évoqué comme frein principal, pour 40,9% des médecins généralistes, frein également évoqué dans de nombreux travaux de thèse (20), (25), (48). Pour conforter cette idée, les médecins de notre étude ayant un DU, ou un DIU étaient plus impliqués dans le suivi de grossesse ( $p=0,02$  et  $p=0,03$ ). Le DPC, formation la plus répandue dans notre étude, n'était pas associé de manière significative à une plus grande implication dans le suivi de grossesse. Presque la moitié des médecins généralistes réalisant des suivis de grossesse souhaitait une formation complémentaire (42,7%) et environ un tiers d'entre eux avait déjà suivi de telles formations (32%). Le type de formation réalisée avait donc un impact sur l'investissement des médecins généralistes pour le suivi de grossesse. On observait également que les médecins réalisant des suivis de grossesses s'impliquaient fortement dans leur formation continue.

Des recommandations de la HAS et des études sur l'activité et la formation des médecins généralistes ont été retrouvés :

- La HAS rappelle que tout médecin généraliste est compétent pour le suivi des grossesses à bas risque, et publie des recommandations bien codifiées pour l'aider dans sa pratique (1).
- Dans une thèse qualitative de 2014, les médecins généralistes qui étaient acteurs du suivi gynécologique de leurs patientes, s'impliquaient activement dans leurs formations initiales et continues (49).
- Dans une thèse de 2015 sur le suivi des femmes enceintes, plus le médecin s'impliquait dans le suivi de grossesse, plus il se formait dans ce domaine, plus il se sentait compétent (20).

- CHAMBONET et al ont publié deux articles en 1999 et 2000 sur les compétences du médecin généraliste qui étaient conformes aux bonnes pratiques pour le suivi de grossesse (50), (51).
- PARANT O. et al ont publié des recommandations pour le suivi de grossesse par le médecin généraliste et les sages-femmes, suite à une réflexion sur le partage des compétences entre obstétriciens et généralistes. Il existait une volonté de renforcer le rôle du médecin généraliste en Midi-Pyrénées pour le suivi des grossesses à bas risque (52).

Il faut donc axer la formation des médecins généralistes sur les recommandations de la HAS, et ainsi renforcer le sentiment de compétence. Le travail en réseau pour répondre aux difficultés rencontrées, proposer des formations, des protocoles et des parcours de soins communs, pourrait être une solution efficace.

#### La peur des responsabilités

La peur de responsabilités était évoquée par 34,6% des participants. Cette peur des responsabilités était retrouvée également, mais dans une moindre mesure, par le travail de CHOBERT F. (20). La HAS affirme pourtant que les grossesses à bas risque sont le plus souvent exemptes de complication. Une étude rétrospective portant sur l'ensemble des accouchements survenus entre 2001 et 2005 en Bourgogne, retrouvait une prévalence importante de suivis A de 40,9%, contre 10,3% d'avis A1, 15,5% d'avis A2, et 33,4% de suivis B (53). Le suivi des grossesses à bas risque jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois de grossesse, moyennant une surveillance médicale attentive sur l'apparition ou l'existence de facteurs de risque de complication, est peu technique et bien codifié (1). Une formation sur la prévalence des pathologies à risque, sur la nécessité d'un suivi conjoint pluridisciplinaire le cas échéant, rassurerait le corps médical sur leur capacité à suivre et orienter les grossesses. Le suivi pluridisciplinaire au sein d'un réseau de périnatalité qui facilite les échanges entre professionnels de santé, serait aussi l'assurance d'un suivi adapté et sécurisé, et d'un partage des responsabilités.

#### Le temps dédié aux consultations de gynécologie en médecine générale : une valorisation nécessaire ?

Le manque de temps était un frein pour 31,1% des médecins de notre étude. De nombreux autres travaux avaient évoqué eux aussi le manque de temps, le manque de disponibilité, comme facteur limitant le suivi de grossesse (20), (48), (54). Les champs que couvre la médecine générale sont multiples, et la durée de consultation a été estimée à 16 minutes (55).

Ce temps nécessaire a été estimé dans l'étude prospective ECOGEN par un dépassement du temps moyen de consultation de 15,4% (56). Ce temps supplémentaire, consacré aux 7 consultations obligatoires de grossesse, pourrait peut-être être valorisé par une cotation additionnelle au G (G, consultation Généraliste actuellement de 25 euros), à l'instar des consultations de pédiatrie en médecine générale (G + MEG, consultation Majoration Enfant Généraliste, de 30 euros) ? Ceci valoriserait entre autres le temps nécessaire au remplissage du carnet de maternité encore très peu utilisé par les praticiens, et le temps nécessaire pour une prise en charge dans un réseau de soins périnataux, parfois jugée chronophage (20).

#### *L'accès aux gynécologues obstétriciens, un travail en réseau nécessaire*

Les difficultés d'accès au gynécologue obstétricien étaient évoquées par 20% des médecins généralistes. Un « problème de communication » était souligné par CHABROLLE et ROBATEL BUSI dans leur thèse en 2012 (57). Il s'agit pourtant d'une compétence essentielle du médecin généraliste, celle de travailler en harmonie avec les spécialistes dans un réseau de soins coordonnés autour de la patiente (58). La création de filières pour un suivi conjoint et coordonné des femmes enceintes pourrait apporter une solution concrète à ce problème, malgré la réticence des médecins généralistes retrouvée dans certaines études questionnés à propos des réseaux de soins et en particulier de périnatalité (20).

Plusieurs travaux ont déjà été appliqués, comme la création d'une filière de soins au CHU Paule de Viguier de Toulouse, où les patientes souhaitant y accoucher bénéficient d'une consultation entièrement dédiée au repérage des facteurs de risque (psycho-sociaux, médicaux, gynécologiques et obstétricaux). Cette consultation en début de grossesse permet une orientation de la patiente vers un suivi A, un avis A1, A2 ou un suivi B, de manière conjointe avec les professionnels libéraux. Ces professionnels libéraux sont pour l'instant en grande majorité des sages-femmes, mais peut-être dans l'avenir seront également intégrés à ce réseau les médecins généralistes, grâce à leur intérêt et leur implication croissants. A Lyon, une étude multicentrique randomisée, nommée PROSPERO (Programme de Recherche sur l'Optimisation du Suivi des Patientes à Risque en Obstétrique), propose d'évaluer l'impact du repérage systématique des facteurs de risque dès le début du parcours de soins de la femme enceinte (59), grâce à un dossier commun et informatisé entre la ville et l'hôpital.

D'autres facteurs, non statistiquement significatifs, ne semblaient pas influencer le suivi de grossesse. C'était le cas du lieu d'installation, de l'éloignement d'un lieu d'accouchement, de l'exercice seul ou en association.

## 5. Recommandations 2007 de la HAS et médecins généralistes

### Des recommandations peu connues

Seulement 41,1% des participants déclaraient connaître l'existence des recommandations de la HAS de 2007 sur l'orientation des femmes enceintes selon leurs facteurs de risque. Une autre étude venait corroborer ces résultats, 43% des médecins généralistes faisant du suivi de grossesse connaissaient ces recommandations en 2015 dans le bassin valentinois (20). Ces résultats sont à interpréter avec prudence : un participant nous faisait remarquer qu'il « ne connaissait pas par cœur le tableau de la HAS et s'y refusait ». La question a pu être mal interprétée (connaissance de l'existence des recommandations, contre connaissance de l'ensemble des critères de la HAS) et générer un biais dans nos résultats. La méconnaissance des critères HAS pourrait expliquer en partie les erreurs d'orientation retrouvées dans notre travail, comme nous le verrons plus tard. La HAS propose des recommandations de bonne pratique, fondées sur l'analyse de la littérature portant sur l'analyse des facteurs de risque en obstétrique (fréquence des pathologies, morbi-mortalité maternelle et fœtale). Il ne s'agit pas de recommandations de haut niveau de preuve, elles n'en restent pas moins pertinentes et utiles. Les résultats de notre étude permettent de souligner l'importance de la formation initiale et continue des médecins, qui doit s'appuyer sur des recommandations validées.

### Des recommandations à diffuser

Les situations à risque chez la femme enceinte mériteraient une meilleure diffusion, comme souhaité par une grande majorité des médecins généralistes de notre étude (78,9% des médecins généralistes suivant les femmes enceintes disaient vouloir une aide). La plupart des médecins réalisant des suivis de grossesses souhaitaient un site internet (73,3%), même s'ils connaissaient déjà l'existence des recommandations de la HAS (60,3%). On peut effectivement reprocher aux recommandations de la HAS d'être difficilement lisibles en consultation, bien que facilement accessibles sur le site de la HAS. Au CH de Valence dans la Drôme, une plaquette simplifiée des recommandations de la HAS a été élaborée. Elle facilite le repérage des facteurs de risque et l'orientation des femmes enceintes, par les sages-femmes et les médecins généralistes libéraux. Concernant les risques psycho-sociaux notamment, une filière de coordination des soins a ainsi pu être créée (60).

Une vigilance particulière en soins primaires permettra un repérage précoce des vulnérabilités psycho-sociales des femmes enceintes, de leurs facteurs de risques médicaux et obstétricaux, énumérés et analysés par la HAS. Une aide pourrait être apportée pour faciliter leur repérage en soins primaires. Un réseau entre la ville et l'hôpital optimiserait et

sécuriserait le parcours de soins de la femme enceinte, précocement pour les grossesses à haut risque, et plus tardivement pour les grossesses à bas risque. Des discussions et des prises de décisions collégiales concernant les risques dépistés et le suivi à proposer pour la femme enceinte (suivi A, avis A1 ou A2, suivi B) permettraient de meilleures interprétations et applications des recommandations de la HAS.

#### 6. Une orientation dans le parcours de soins globalement bien réalisée

Sur les 12 situations à risque proposées dans notre questionnaire :

- Les médecins orientaient bien leurs patientes dans 8 situations à risque nécessitant un avis A2 ou suivi de type B. Les situations à risque les mieux orientées étaient les utérus bicornes (72,1% de suivis B), et les antécédents de néphropathie chronique (81,6% de suivis B).
- Seulement deux situations à risque étaient moins bien orientées par les médecins généralistes qui proposaient un suivi A dans 30% des cas, alors qu'un avis A2 voire un suivi B étaient recommandés : les antécédents de césarienne non programmée (avis A2 recommandé : 47,9%, suivi A proposé par 30%) et d'asthme sous corticostéroïdes inhalés (suivi B recommandé : 12,6%, suivi A proposé par 30%).
- Deux situations à risque ne nécessitant pas de suivi B étaient pourtant facilement orientées d'emblée vers un gynécologue obstétricien : les antécédents de diabète gestationnel lors d'une grossesse antérieure (suivi A recommandé, 30% demandaient un suivi B), et les troubles dépressifs sévères (avis A2 recommandé, 50% demandaient un suivi B).

Une enquête rétrospective menée à la maternité Paule de Viguier de Toulouse en 2010 retrouvait également une bonne orientation dans plus de 80% des situations à risque (5). Les différences relevées dans l'orientation des femmes enceintes, sont-elles liées à un manque de connaissance des recommandations actuelles, ou volontaires, liées à l'expérience personnelle du médecin généraliste ? Le suivi doit être adapté à chaque patiente (1). La décision du suivi doit intégrer non seulement les données de la littérature, mais aussi l'histoire de la patiente, ses préférences, l'expérience personnelle du professionnel de santé, selon le principe de l'Evidence Based Medicine (EBM). Une étude qualitative pourrait venir étayer ces résultats pour mieux connaître les habitudes des généralistes concernant l'orientation des femmes enceintes dans le parcours de soins.

## 7. Les antécédents de césarienne et d'asthme non équilibré moins bien orientés

### Des recommandations sur l'asthme peu précises

Les antécédents d'asthme sous corticostéroïdes inhalés étaient orientés vers un suivi A dans 30% des cas, vers un suivi A2 dans 57,4% des cas, vers un suivi B pourtant recommandé dans seulement 12,6% des cas.

L'asthme en France concernait 6% des femmes enceintes selon une étude du Centre de Recherche, d'Etudes et de Documentation en Economie de la Santé (CREDES) en 1998 (61). Concernant le risque maternel, une revue systématique de la littérature en 2004 rapportait une aggravation de l'asthme maternel par rapport à la période préconceptionnelle dans 31% des cas, au cours des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres de la grossesse (62). Une étude de cohorte prospective réalisée en 1995 ne retrouvait pas d'augmentation de la morbi-mortalité, sauf pour les asthmes sévères ou sous corticostéroïdes où l'on observait une augmentation du risque de prééclampsie ou de faible poids à la naissance (63). La HAS propose pour les asthmes sévères mal équilibrés un suivi de type B c'est-à-dire une grossesse d'emblée surveillée par le gynécologue obstétricien.

Nous pouvons ici regretter de la part de la HAS de ne pas proposer des recommandations plus claires concernant le type d'asthme à orienter. Malgré tout, il semble légitime d'orienter ces patientes vers une prise en charge pluridisciplinaire dès le début de la grossesse (surveillance de la fonction respiratoire, surveillance du bien-être fœtal). Une réintégration à un suivi A de proximité par le médecin généraliste pourrait être effectué en accord avec l'équipe obstétricale, moyennant une surveillance adaptée des risques spécifiques (tension artérielle, analyse urinaire, échographie fœtale). Là encore, l'importance d'un réseau de périnatalité est soulignée, pour proposer un suivi coordonné, sécurisé et de proximité.

### Des recommandations sur les antécédents de césarienne incomplètes

Les antécédents de césarienne non programmée étaient bien orientés vers un suivi type A2 avec avis complémentaire dans 47,9% des cas, 30% des médecins ne demandaient pas d'avis complémentaire (suivi A). Une étude de cohorte rétrospective menée entre 2005 et 2013 montrait une augmentation du nombre de césariennes avec l'âge, et dans les cas de grossesse à risque (64). La HAS reprend les facteurs de risque majeurs identifiés en 2004 au niveau international par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé, dont l'antécédent de césarienne fait partie (65). Pourtant, la HAS ne reprend pas explicitement les risques liés à un antécédent de césarienne. Dans la littérature, une étude rétrospective publiée en 2017, analysait les risques de complication grave pour une deuxième grossesse, en fonction du

mode du premier accouchement (césarienne en urgence, césarienne programmée, ou accouchement voie basse). Un antécédent de césarienne lors de la première grossesse entraînait jusqu'à 97% des complications de la seconde grossesse, et augmentait le risque de complications sévères lors du second accouchement (66). Une consultation avec un gynécologue obstétricien est donc nécessaire pour discuter des modalités d'accouchement et informer la patiente des complications et du risque de rupture utérine.

Comme le précise la HAS, la liste des risques qu'elle propose n'est pas exhaustive, les raisons spécifiques d'un suivi A ou B ne sont pas clairement exposées. Les recommandations faites n'en restent pas moins pertinentes : orienter une patiente en fonction de ses facteurs de risque permettra de poser un diagnostic obstétrical précis, et de définir son parcours de soins de manière collégiale et pluridisciplinaire.

#### 8. Vers un suivi pluridisciplinaire de la femme enceinte

Sur les 12 situations à risque proposées de notre étude, les médecins généralistes demandaient la plupart du temps un avis complémentaire : hormis les deux antécédents de césarienne non programmé et d'asthme sous corticostéroïdes inhalés, tous les autres antécédents étaient quasi systématiquement assortis d'un avis A2 voire réorientés vers un suivi B (suivi A proposé dans moins de 15% à chaque situation).

L'orientation quasi systématique de leurs patientes en cas de facteur de risque identifié, y compris pour ceux ne nécessitant pas d'avis complémentaire (diabète gestationnel), montre l'attention et la prudence des généralistes face à n'importe quel antécédent gynécologique, obstétrique, psycho-social. Elle montre également l'importance des réseaux de périnatalité entre la ville et l'hôpital. Les médecins généralistes qui choisissent d'être acteurs du suivi de grossesse doivent se positionner en référant de la femme enceinte, l'informant et l'orientant dans le système de santé (67). Les réseaux de périnatalité ont été créés au départ pour améliorer la collaboration inter établissements (décrets de périnatalité (68)). La majorité des réseaux ne s'ouvrait pas à la ville (1), mais le plan périnatalité de 2004 a montré une volonté d'élargir leur mission, pour couvrir l'amont et l'aval de la prise en charge hospitalière (69). De tels réseaux faciliteraient l'orientation des femmes enceintes vers des professionnels adaptés à leur niveau de risque (70). Ainsi, les antécédents de diabète gestationnel seraient réorientés vers un suivi A, et les patientes présentant un trouble dépressif sévère pourraient être suivies à la fois par le médecin généraliste compétent pour le suivi obstétrical au premier et deuxième trimestre, et par des équipes pluridisciplinaires compétentes pour les troubles

psycho-sociaux. Actuellement, les sages-femmes de la Protection Maternelle Infantile de Toulouse peuvent à la demande des médecins généralistes organiser des consultations auprès des femmes enceintes en difficultés, en plus des consultations obligatoires de la grossesse, à but psycho-social pour un accompagnement de proximité. Le bénéfice serait double : pour les patientes qui bénéficieraient de plus de proximité, d'humanité et de qualité de soins, pour les services hospitaliers qui auraient davantage de temps pour le dernier trimestre des grossesses à bas risque de proximité, et pour le suivi des grossesses à haut risque.

## CONCLUSION

---

La prise en charge des grossesses à bas risque en soins primaires et le repérage des grossesses à risque sont un enjeu majeur de santé publique. Les recommandations de la HAS de 2007 encadrent le suivi et l'orientation de la femme enceinte en soins primaires. La formation actuelle des médecins généralistes répond aux exigences de qualité, d'humanité et de proximité pour le suivi des femmes enceintes.

Notre étude a montré un intérêt important des médecins généralistes pour le suivi de grossesse (78,8% des médecins généralistes réalisaient des consultations d'obstétrique, 67,7% proposaient des suivis de grossesse). Il s'agissait le plus souvent de médecins de sexe féminin (80% proposaient des suivis de grossesse,  $p=0,0016$ ), de médecins de moins de 45 ans (77%,  $p=0,0031$ ), de médecins installés depuis moins de 5 ans (80,3%,  $p=0,001$ ). La politique menée en périnatalité depuis le début des années 2000 pour renforcer la formation initiale et continue des médecins généralistes sur la santé de la femme et de l'enfant, ainsi que l'évolution de la démographie médicale (féminisation de la profession, raréfaction des gynécologues obstétriciens en ville, saturation des maternités) peuvent expliquer les déterminants du suivi de grossesse que nous avons dégagés.

Les freins au suivi de grossesse étaient principalement le manque de formation et le manque de temps, venaient ensuite la peur des responsabilités et les difficultés d'accès à l'obstétricien.

L'orientation dans le parcours de soins en fonction des facteurs de risque était globalement bien réalisée, et un suivi pluridisciplinaire était très souvent demandé. Deux situations à risque étaient insuffisamment orientées vers l'obstétricien (antécédent de césarienne non programmée et d'asthme sous corticostéroïdes inhalés). Deux autres situations étaient au contraire trop souvent orientées vers un obstétricien alors qu'un suivi de proximité par le médecin généraliste après avis d'autres professionnels de la santé était suffisant (antécédent de diabète gestationnel, trouble dépressif sévère).

Une meilleure diffusion des recommandations de la HAS et un travail au sein d'un réseau, partageant ses compétences obstétricales et assurant une continuité dans le suivi des femmes enceintes, sont des réponses aux difficultés soulevées par notre étude.

Le médecin généraliste, pilier des soins primaires, a un rôle majeur dans la prévention, le dépistage, l'orientation des femmes enceintes dans le parcours de soins. Son rôle commence dès la consultation préconceptionnelle et continue pendant la grossesse avec un accompagnement de proximité et une coordination du suivi médical avec la prise en charge obstétricale.

Le travail en réseau entre médecins généralistes, sages-femmes et gynécologues obstétriciens, en créant une « communauté périnatale » permettra un suivi adapté et sécurisé, au plus proche de l'histoire et des préférences de chaque patiente.

## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA, Collège National des Gynécologues Obstétriciens Français. (C.N.G.O.F.). Paris. FRA / com., Société Française de Médecine Périnatale. (S.F.M.P.). Paris. FRA / com., Collectif Autour de la Naissance. (C.I.A.N.E.). FRA / com., Collège National des Sages-Femmes. (C.N.S.F.). Fontenay-sous-Bois. FRA / com. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2007 Mai p. 42p.
2. Delobel M, Cayla F, Grandjean H, Observatoire Régional de la Santé de Midi Pyrénées. (O.R.S.M.I.P.). Toulouse. FRA, Réseau Maternip. Toulouse. FRA, Agence Régionale de l'Hospitalisation Midi-Pyrénées. (A.R.H.). Toulouse. FRA / com., et al. Le suivi et l'orientation des femmes enceintes. Enquête auprès de 1 650 femmes ayant accouché en Midi-Pyrénées en 2005. 2006 p. 85p.
3. Tucker JS, Hall MH, Howie PW, Reid ME, Barbour RS, Florey CD, et al. Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre randomised controlled trial of routine antenatal care by general practitioners and midwives compared with shared care led by obstetricians. *BMJ*. 2 mars 1996;312(7030):554-9.
4. Pozo-Cano MD, Castillo RF, Francisco-Guillen J, Florido J, Garcia-Garcia I. Satisfaction Level of New Mothers with Prenatal Care and the Healthcare Professionals Who Provide It. *West Indian Med J*. déc 2014;63(7):732-8.
5. Brillac T, Leissler T, Poutrain J-C, Escourrou B, Abitteboul Y, Bismuth M, et al. Analyse des pratiques professionnelles du suivi de grossesse par le Médecin Généraliste : Enquête en Midi-Pyrénées [Internet]. 2010 [cité 11 nov 2015]. Disponible sur: <http://ecatoulouse.xooit.fr/t20-Analyse-des-pratiques-professionnelles-du-suivi-de-grossesse-par-le-Medecin-Generaliste-Enquete-en-Midi-Pyrenees.htm>
6. Enquête nationale périnatale 2010 - Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes - [www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr) [Internet]. [cité 12 nov 2015]. Disponible sur: <http://www.sante.gouv.fr/enquete-nationale-perinatale-2010.html>
7. Conseil national de l'ordre des médecins. Atlas de la démographie médicale en France - Situation au 1er janvier 2016 [Internet]. 2016. Disponible sur: <https://www-em--premium-com.docadis.ups-tlse.fr/article/10142/resultatrecherche/8>
8. La démographie des médecins (RPPS) - La démographie des médecins (RPPS) - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 18 nov 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps>
9. La démographie des professionnels de santé - La démographie des professionnels de santé - Ministère des Affaires sociales et de la Santé [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open->

data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/article/la-demographie-des-professionnels-de-sante

10. Cavillon M. La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs. DREES; 2012.
11. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. 2009-879 juillet, 2009.
12. Insee - Population - Bilan démographique 2015 - Le nombre de décès au plus haut depuis l'après-guerre [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg\\_id=0&ref\\_id=IP1581](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?reg_id=0&ref_id=IP1581)
13. Indicators of Perinatal health - Euro-Peristat [Internet]. [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.europeristat.com/our-indicators/indicators-of-perinatal-health.html>
14. Crépin G, Bréart G. Mortalité maternelle et mortalité périnatale des enfants nés à terme en France Académie nationale de médecine [Internet]. 2010 [cité 21 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/publication100036230/>
15. Ministère de la Solidarité de la Santé et de la Protection Sociale. Paris. FRA. Plan « Périnatalité » 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. Paris: Ministère chargé de la santé; 2004.
16. L'état de santé de la population en France Edition 2015 [Internet]. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques; 2015. Disponible sur: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/154000124.pdf>
17. Saucedo M, Deneux-Tharaux C, Bouvier-Colle M-H. Épidémiologie de la mortalité maternelle en France, 2007–2009. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. nov 2013;42(7):613-27.
18. Rapport européen sur la santé périnatale [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: <http://www.inserm.fr/espace-journalistes/rapport-europeen-sur-la-sante-perinatale>
19. La définition européenne de la médecine générale - Médecine de famille [Internet]. World family doctors WONCA EUROPE; 2002. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
20. Chobert F. 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 d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard; 2015.
21. Monleon C. Le suivi de grossesse en ville: par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales. Lyon, France: Université Claude Bernard Lyon 1; 2013.

22. Hermange M-T. Périnatalité et parentalité. Bull Académie Natl Médecine. 2006;190(8):1761-73.
23. Brulet C, Chanal C, Ravel P, Mazurier E, Boulot P, Faucherre V. Un suivi multidisciplinaire et un soutien psychosocial diminuent les complications de la dépendance aux opiacés chez les femmes enceintes. Presse Médicale. nov 2007;36(11):1571-80.
24. Aidane É, Wendland J, Rabain D, Marie P. Un suivi thérapeutique atypique : co-constructions thérapeutiques de la relation précoce d'une mère borderline et son bébé. Psychiatr Enfant. 27 juill 2009;Vol. 52(1):131-66.
25. Atrih N. Etat des lieux du suivi périnatal par le médecin généraliste dans l'Audomarois et le Littoral [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2014.
26. Delannoy-Eglinger A. A propos du suivi gynécologique: médecin généraliste ou spécialiste ? : étude du parcours de soins et de l'activité des médecins généralistes en gynécologie [Thèse d'exercice]. [Lille, France]: Université du droit et de la santé; 2005.
27. Perrissin-Pirasset M, Capdepon L. Pratique de la gynécologie en médecine générale: états des lieux et perspectives, attentes et ressentis des médecins généralistes. France; 2010. 90 p.
28. Fayolle E., Vallée J. Déterminants de la pratique gynécologique des médecins généralistes. Exercer. 2013;107:114-20.
29. Bulletin officiel n°39 du 28 octobre 2004 - Liste et réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine - Ministère de l'éducation nationale [Internet]. 2004 [cité 28 avr 2017]. Disponible sur: <http://www.education.gouv.fr/bo/2004/39/MENS0402086A.htm>
30. Questions d'économie de la santé : 2010 (état de santé, protection sociale, enquête, analyses économiques, comparaisons internationales) - IRDES [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: <http://www.irdes.fr/Publications/2010/Qes157.pdf>
31. Nicot BH. Urbain-rural : de quoi parle-t-on ? [Internet]. Service Informatique de Recherche Interdisciplinaire Urbaine et Spatiale de l'Université Paris 12; 2005. Disponible sur: <http://www.sirius-upvm.net/doc/geo/urbain-rural.pdf>
32. Brutel C. Le nouveau zonage en aires urbaines de 2010 | Insee [Internet]. [cité 5 mai 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1281191>
33. Aguzzoli F, Le Fur P, Semet C. Clientèle et motifs de consultations en médecine libérale en 1992. Paris Credes. mars 1994;
34. Le Goaziou M-F, Arnaud A. Les motifs de consultation obstétricaux en médecine générale Etude descriptive réalisée dans le département du Rhône. Exercer. Mai/Juin 2006;(78):97.

35. Lebas D. Suivi de la femme enceinte au premier trimestre de grossesse par le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine. Site Xavier-Bichat; 2005.
36. Dias S. Etat des lieux de la pratique de la gynécologie-obstétrique par les médecins généralistes d'Ile-de-France [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2010.
37. Magnin G. Surveillance d'une grossesse normale. Le généraliste est-il le mieux placé ? Rev Prat-Médecine Générale. 1995;301(9):15-8.
38. Observatoire jalma de l'accès aux soins Edition 2014. Jalma Health and ageing survey [Internet]. 2014; Disponible sur: [http://www.jalma.com/wp-content/uploads/2014/01/Observatoire-de-lacces-aux-soins\\_Edition-2014.pdf](http://www.jalma.com/wp-content/uploads/2014/01/Observatoire-de-lacces-aux-soins_Edition-2014.pdf)
39. Sirven N, Or Z, Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé. (IRDES). Paris. FRA. Disparities in Regular Health Care Utilisation in Europe. Paris: Irdes; 2010. (Document de travail Irdes ; 37.).
40. Paraponaris A, Ecole Nationale de la Santé Publique. (E.N.S.P.). Rennes. FRA / com. La médecine générale face à ses nouvelles missions de santé publique. 2007.
41. LOI n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. 2004-806 août, 2004.
42. Le Goaziou M-F, Gilberg S. Le médecin généraliste peut et doit faire de la gynécologie. Rev Prat Médecine Générale. 25 oct 1999;(474):1645-6.
43. Code de la santé publique - Article D6124-35. Code de la santé publique.
44. Flori M, Le Goaziou M-F. Suivez vous les grossesses ? La revue du Praticien Médecine Générale. 12 sept 2006;873-8.
45. Le Goaziou MF. Prendre en charge la grossesse avant le centre obstétrical. Comment articuler le réseau praticien/spécialiste ? Ou qu'est-ce que le médecin généraliste attend de son confrère gynécologue obstétricien ? Contracept Fertil Sex. 1998;26(3):221-4.
46. Houlé C, Cingotti M. 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. France; 2013.
47. Lancry P-J, Mutualité Sociale Agricole. Les conséquences de la réforme de janvier 2004 sur la médecine générale [Internet]. 2007. Disponible sur: [http://www.apima.org/img\\_bronner/Rapport\\_Lancry\\_definitif.pdf](http://www.apima.org/img_bronner/Rapport_Lancry_definitif.pdf)
48. Babinet-Boulnois C. Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse: intérêts et difficultés [Reproduction de]. [France]: Université de Rouen; 2013.

49. Lageyre K. Déterminants subjectifs et objectifs de la pratique gynécologique en médecine générale [Internet] [Thèse d'exercice]. [2014-...., France]: Université de Bordeaux; Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01089378/document>
50. Chambonet JY, Le Monnier E, Nivault F. Suivi en médecine générale des patientes enceintes. *CONCOURS Med.* 2000;122(20):1363-7.
51. Chambonet J-Y, Senand R, Collet N. Surveillance de la grossesse : que font les médecins généralistes ? *Rev Prat Med Gen.* février 1999;13(447):169-72.
52. Parant O, Simon C, Monrozies X. Surveillance de la grossesse par le médecin généraliste : le premier trimestre [Internet]. Services de gynécologie obstétrique, Hôpital Paule de Viguier (Toulouse); Disponible sur: [http://www.dufmcepp.ups-tlse.fr/app\\_scom/scom\\_fichier/repertoire/090709120326.pdf](http://www.dufmcepp.ups-tlse.fr/app_scom/scom_fichier/repertoire/090709120326.pdf)
53. Sagot P. Suivi des grossesses selon la Haute autorité de santé (HAS) : estimation de son impact. *J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod.* févr 2008;37(1):3-4.
54. Etcheto Ader E. Facteurs influençant la surveillance d'une grossesse normale par un médecin généraliste en Gironde [Thèse d'exercice]. [1970-2013, France]: Université de Bordeaux II; 2005.
55. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. *Dir Rech Études Lévaluation Stat.* avril 2006;(481):8p.
56. Alexanian C, Boulet P. Quelle est l'activité du médecin généraliste au cours de la grossesse et du post-partum? (à partir de l'étude ECOGEN). France; 2013.
57. Chabrolle A, Robatel-Busi M-L. Quels sont les freins et les facilitateurs au suivi de grossesse normale par le médecin généraliste en Auvergne, du point de vue des femmes et des médecins généralistes [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand, France]: Université de Clermont I; 2012.
58. Goaziou M-FL. Médecin généraliste et suivi de la grossesse. *EMC-AKOS Traité Médecine.* 2002;(Article 3-1375):1-5.
59. Gaucher L, Rudigoz R-C, Gaucherand P, Doret M, Dubernard G, Flori M, et al. PROSPERO : Programme de Recherche sur l'Optimisation du Suivi des Patientes à Risque en Obstétrique [Internet]. Collège National des Sages-Femmes de France; 2015 [cité 4 mai 2017]. Disponible sur: <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01166092>
60. Fernandez M-P, Vossey M, Roux M, Bottet S, Dufour V. Prise en charge multidisciplinaire en réseau personnalisé de soins des patientes présentant des vulnérabilités psychiques : expérience du centre hospitalier de Valence. *Rev Médecine Périnatale.* 1 déc 2015;7(4):234-41.
61. Com-Ruelle L, Crestin B, Dumesnil S, Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé. (C.R.E.D.E.S.). Paris. FRA. L'asthme en France selon les stades de sévérité. *Quest Econ SANTE.* février 2000;(25):4p.

62. Kwon HL, Belanger K, Bracken MB. Effect of pregnancy and stage of pregnancy on asthma severity: a systematic review. *Am J Obstet Gynecol.* mai 2004;190(5):1201-10.
63. Schatz M, Zeiger RS, Hoffman CP, Harden K, Forsythe A, Chilingar L, et al. Perinatal outcomes in the pregnancies of asthmatic women: a prospective controlled analysis. *Am J Respir Crit Care Med.* avril 1995;151(4):1170-4.
64. McClelland S, Gorfinkle N, Arslan AA, Benedetto-Anzai MT, Cheon T, Anzai Y. Factors associated with cesarean delivery rates: a single-institution experience. *Matern Health Neonatol Perinatol.* 2017;3:8.
65. Lodewyckx K, Peeters G, Spitz B, Blot S, Temmerman M, Zhang WH, et al. Recommandation nationale relative aux soins prénatals: Une base pour un itinéraire clinique de suivi de grossesses. 2004;
66. Colmorn LB, Krebs L, Klungsøyr K, Jakobsson M, Tapper A-M, Gissler M, et al. Mode of first delivery and severe maternal complications in the subsequent pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand.* 3 mai 2017;
67. Pauchet-Traversat A-F, Dosquet P, Haute Autorité de Santé. (H.A.S.). Saint-Denis. FRA, Syndicat National des Gynécologues et Obstétriciens de France. (S.N.G.O.F.). Paris. FRA / com. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandations pour les professionnels de santé. Paris: HAS; 2005 avril p. 134p.
68. Décret no 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 et modifiant le code de la santé publique (troisième partie : Décrets). 98-900 oct 9, 1998.
69. Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, médicale I national de la santé et de la recherche, Breart G. Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998 [Internet]. 2003 [cité 12 nov 2015]. Disponible sur: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1299>
70. Naiditch M, Bremond M, Groupe Image-Ensp. FRA. Réseaux et filières en Périnatalogie : Définitions, typologie et enjeux. *J Gynecol Obstet Biol Reprod.* 1998;27:52-61.

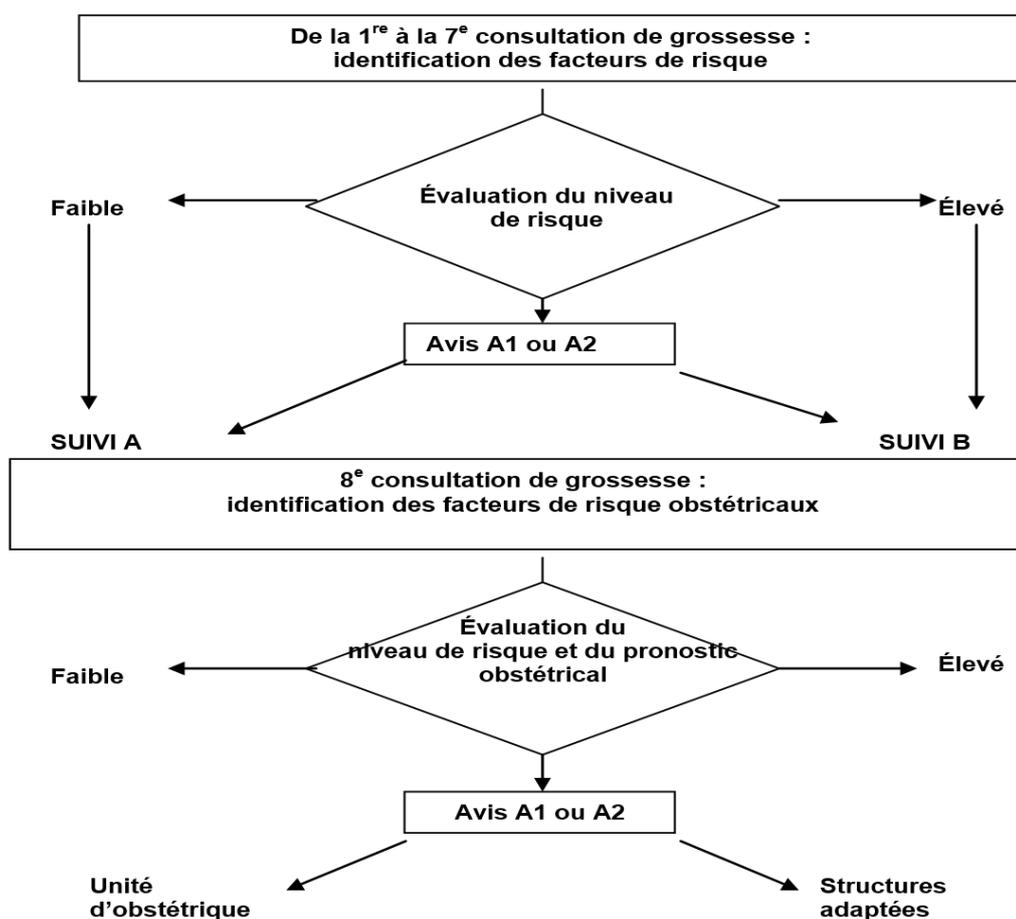
## Annexe 1 : HAS 2007 : suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Extrait des recommandations.

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

### 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/Mise à jour Mai 2016

24

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

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

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mise à jour Mai 2016

25

<b>ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES</b>		
<b>Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux</b>		
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
<b>Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques</b>		
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	A1	Unité d'obstétrique si antécédent ancien
Hypertension artérielle	B	À adapter
Diabète	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B	À adapter
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow	A1	Unité d'obstétrique
- Maladie de Basedow	B	À adapter
Épilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce	À adapter
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B	À adapter
- Asthme modéré, ancien, contrôlé	A	Unité d'obstétrique
Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce	À adapter

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

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

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mise à jour Mai 2016  
28

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

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mise à jour Mai 2016  
29

<b>Durant la grossesse (de la 2<sup>e</sup> à la 7<sup>e</sup> consultation - du 4<sup>e</sup> au 8<sup>e</sup> mois)</b>		
<b>Situations à risque</b>	<b>Suivi</b>	<b>Structure</b>
<b>FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX</b>		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
<b>TOXIQUES</b>		
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
<b>FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX</b>		
Diabète gestationnel	A2	À adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	À adapter

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mise à jour Mai 2016

30

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

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 <sup>er</sup> trimestre de grossesse	A2	Unité d'obstétrique
- au 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> trimestre de grossesse	B	À adapter
Cholestases gravidiques	B	À adapter
<b>MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES</b>		
Toxoplasmose	B	À adapter si pathologie fœtale
Rubéole	B	À adapter si pathologie fœtale
Infection à cytomégalovirus	B	À adapter si pathologie fœtale
Herpès génital primo-infection ou récursive	B	À adapter si survenue durant 3 <sup>e</sup> trimestre de grossesse

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mise à jour Mai 2016

31

Durant la grossesse (de la 2 <sup>e</sup> à la 7 <sup>e</sup> consultation - du 4 <sup>e</sup> au 8 <sup>e</sup> mois)		
Situations à risque	Suivi	Structure
<b>FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX</b>		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
<b>TOXIQUES</b>		
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
<b>FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX</b>		
Diabète gestationnel	A2	À adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	À adapter

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mise à jour Mai 2016  
30

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

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 <sup>er</sup> trimestre de grossesse	A2	Unité d'obstétrique
- au 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> trimestre de grossesse	B	À adapter
Cholestases gravidiques	B	À adapter
<b>MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES</b>		
Toxoplasmose	B	À adapter si pathologie fœtale
Rubéole	B	À adapter si pathologie fœtale
Infection à cytomégalovirus	B	À adapter si pathologie fœtale
Herpès génital primo-infection ou récursive	B	À adapter si survenue durant 3 <sup>e</sup> trimestre de grossesse

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mise à jour Mai 2016  
31

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
<b>FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX</b>		
Laparotomie en cours de grossesse	A2	À adapter
<b>FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES</b>		
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

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mise à jour Mai 2016

32

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
<b>FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX</b>		
Laparotomie en cours de grossesse	A2	À adapter
<b>FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES</b>		
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

HAS/Service des recommandations professionnelles/Mise à jour Mai 2016

32

Annexe 2 : Mail d'introduction accompagnant le questionnaire

Objet : Suivi des femmes enceintes

Chers confrères,

Je vous adresse un questionnaire dans le cadre de ma thèse pour le Diplôme d'Etude Spécialisé en médecine générale intitulé « Suivi et orientation des femmes enceintes en consultation de médecine générale en France », dirigée par le Dr Latrous.

Le questionnaire vous prendra 2 minutes.

Si vous suivez des femmes enceintes, 2 minutes supplémentaires seront nécessaires pour définir les difficultés que vous rencontrez pour leur suivi et leur orientation.

La thèse a pour objectif de définir les aides nécessaires pour les médecins généralistes qui suivent, ou souhaitent suivre les grossesses.

Ce questionnaire est totalement anonyme.

Les résultats de l'étude peuvent vous être envoyés. Pour cela, merci de m'en informer par retour de mail.

Merci par avance de votre participation à l'étude.

Sincères salutations.

Eve-Lise Fernandez

Interne de médecine générale à Toulouse

Annexe 3 : Questionnaire « Suivi et orientation des femmes enceintes en médecine générale » adressé aux médecins généralistes

\*Required

Vous êtes : \*

- Un homme
- Une femme

Quelle est votre année de naissance ? \*

Your answer

Quel est votre mode d'exercice ? \*

- Rural
- Semi rural
- Urbain
- Seul
- En association

Dans quel département exercez vous ? \*

Your answer

Quel est le temps séparant votre lieu d'exercice d'un lieu d'accouchement ? \*

- Moins de 45 minutes
- Plus de 45 minutes

Etes-vous installés ? \*

- Oui
- Non

Si oui, en quelle année vous êtes vous installés ?

Your answer

## Votre formation en gynécologie obstétrique

Avez vous suivi une formation complémentaire en gynécologie et/ou en obstétrique ? \*

- Non
- Diplôme Universitaire
- Diplôme Inter-Universitaire
- Développement Professionnel Continu (DPC)
- Other: \_\_\_\_\_

## Votre activité en gynécologie obstétrique

Vous diagnostiquez un début de grossesse : \*

- Vous orientez la patiente vers un autre professionnel de santé
- Vous pouvez proposer un suivi des grossesses à bas risque

Devant une grossesse à bas risque, vous pouvez proposer un suivi jusqu'à la fin : \*

- Pas de suivi
- Du premier mois
- Du deuxième mois
- Du troisième mois
- Du quatrième mois
- Du cinquième mois
- Du sixième mois
- Du septième mois
- Du huit mois
- Jusqu'à l'accouchement

Quels sont pour vous les freins au suivi des femmes enceintes ?

\*

- Manque d'intérêt
- Manque de temps
- Manque de formation
- Peur des responsabilités
- Difficulté d'accès à l'obstétricien en cas de problème dans notre suivi
- Other: \_\_\_\_\_

Combien de grossesses suivez vous par an ? \*

- Aucune
- Moins de dix
- Plus de dix

## Concernant le suivi et l'orientation des femmes enceintes

Chaque cas présenté correspond à une première consultation, vous devez orienter votre patiente en fonction de ses facteurs de risque : \*

	Suivi sans avis	Suivi avec avis complémentaire	Suivi spécialisé d'emblée
Antécédent de césarienne non programmée	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédent de grossesse avec retard de croissance in utero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédent de diabète gestationnel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédent d'hypertension gravidique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Antécédent de fausse couche du 2ème trimestre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Néphropathie chronique	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asthme traité par corticoïdes inhalés	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hypertension artérielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Troubles dépressifs sévères	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vulnérabilité psycho sociale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utérus bicorne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utérus cicatriciel	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Souhaitez vous une aide pour dépister les facteurs de risque des femmes enceintes en soins primaires ? \*

- Oui
- Non

Si oui, sous quelle forme ? \*

- Des formations complémentaires (DU, DIU, DPC)
- Un support papier (plaquette d'information)
- Un site internet dédié
- Other: \_\_\_\_\_

Connaissez vous l'existence de recommandations de la Haute Autorité de Santé sur l'orientation des femmes enceintes en fonction de leurs facteurs de risque ? \*

- Oui
- Non

## Commentaires

### Commentaires libres

Your answer

---

**Toulouse, the 27th of october, 2017**

**Title :** Antenatal care and orientation of pregnant women – A study of general practioners in France

**Abstract :** General practitioners are more involved in prenatal care for low-risk pregnancy since the medical demography and the perinatal policy have changed in the early 2000s. The aim of this study was to determine the characteristics of general practioners who proposed antenatal care, and to describe the orientation of pregnant women in the care system according to their risk factors. It was a descriptive study led between september and october 2016. A survey was sent by email to general practitioners in France. 283 general practitioners from Occitania and Corsica answered the survey. The general practioners showed interest in providing antenatal care (67,7%) even more if they were women ( $p=0,0016$ ), under 45 years old ( $p=0,0031$ ) and if they had been installed for less than 5 years ( $p=0,001$ ). The orientation of pregnant women according to their risk factors was generally well done, but progress could still be made in practices. HAS recommandations should be better broadcasted at a larger scale and the orientation of pregnant women in the care system should be facilitated thanks to the perinatal networks between the city and the hospital. Efforts should be continued for a more secure, closer and more human perinatal care system.

**Keywords :** antenatal care, general practioner, primary care, high-risk pregnancy

Toulouse, le 27 juin 2017

**Titre :** Suivi et orientation des femmes enceintes en consultation de médecine générale - Enquête auprès des médecins généralistes en France

**Résumé :** L'évolution de la démographie médicale et la politique en périnatalité menée depuis les années 2000 replacent le médecin généraliste en tant qu'acteur du suivi des grossesses à bas risque. L'objectif de notre étude était de rechercher les déterminants du suivi de grossesse en médecine générale, et de décrire l'orientation des femmes enceintes en fonction de leurs facteurs de risque. Il s'agissait d'une enquête descriptive réalisée entre septembre et octobre 2016. Un questionnaire a été adressé par mail aux médecins généralistes en France. 283 médecins généralistes d'Occitanie et de Corse ont participé à notre étude. Les médecins généralistes étaient investis dans le suivi de grossesse (67,7%), d'autant plus s'il s'agissait de médecins de sexe féminin ( $p=0,0016$ ), de moins de 45 ans ( $p=0,0031$ ) et installés depuis moins de 5 ans ( $p=0,001$ ). L'orientation des femmes enceintes en fonction de leur niveau de risque était globalement bien réalisée, mais les pratiques restaient à améliorer. Il paraît nécessaire de mieux diffuser les recommandations de la HAS et de faciliter le parcours de soins des patientes au sein de réseaux de périnatalité entre la ville et l'hôpital. Les efforts menés et à venir en périnatalité devraient conduire à un suivi de grossesse sécurisé, de proximité, avec plus d'humanité.

**Mots clés :** suivi grossesse, médecin généraliste, soins primaires, grossesse à risque

**Directeur de thèse :** Docteur LATROUS Leila

**Discipline administrative :** Médecine générale

Faculté de médecine Rangueil- 133 Route de Narbonne – 31062 Toulouse Cedex 04 - France