

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE

ECOLE DE SAGES-FEMMES

ANNEE 2012

MEMOIRE N°

**LE SUIVI DE GROSSESSE :
QUEL PROFESSIONNEL CHOISSENT LES PATIENTES ?**

MEMOIRE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE SAGE-FEMME

Présenté et soutenu publiquement

le 24 mai 2012

par

Marlène Humbert

née le 24 juin 1989, à Limoges

Mme VILLARS Marie-Laure..... Directrice du mémoire

Mme BARAILLE Agnès..... Guidante du mémoire

REMERCIEMENTS

A M.L. VILLARS pour ses idées et ses conseils avisés.

A A. BARAILLE pour sa présence, son soutien et sa disponibilité.

A Romain et mes parents, pour tout...

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS

SOMMAIRE

INTRODUCTION

PREMIÈRE PARTIE : LES PROFESSIONNELS DU SUIVI DE GROSSESSE

1. Les compétences des différents praticiens

1.1 Les sages-femmes

1.2 Les médecins

2. La démographie médicale

2.1 Les sages-femmes

2.2 Les médecins

3. L'organisation du suivi de grossesse

3.1 Généralités sur le suivi de grossesse

3.2 Le suivi des gestantes à l'Hôpital Mère Enfant de Limoges (HME)

4. La place des différents praticiens dans le suivi de grossesse

4.1 L'enquête de 2003...

4.2 ...complétée par l'enquête de 2007

4.3 L'enquête de 2006

4.4 L'enquête de 2009

DEUXIÈME PARTIE : ETUDES ET RESULTATS

1. Protocole de recherche

1.1 Constat

1.2 Problématique

1.3 Objectifs

1.4 Hypothèses

1.5 Protocole de recherche

2. Résultats

- 2.1 Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon
- 2.2 Le choix initial des patientes
- 2.3 Le choix final des patientes
- 2.4 La raison du changement de professionnel pour le suivi
- 2.5 La satisfaction globale des patientes à l'égard de leur suivi de grossesse

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION

1. Confrontation aux hypothèses

- 1.1 Hypothèse principale : La majorité des patientes a été suivie par le professionnel qu'elles souhaitaient en début de grossesse
- 1.2 Le choix initial du professionnel est influencé par l'âge de la patiente
- 1.3 L'indisponibilité du professionnel motive un changement de choix de ce dernier
- 1.4 Les femmes sont satisfaites de ce suivi quel que soit le professionnel

2. Les solutions envisagées

- 2.1 Le suivi des directives de la HAS
- 2.2 La diminution des dépenses de santé
- 2.3 Les moyens utilisés

3. Points forts et points faibles de l'étude

- 3.1 Les points forts
- 3.2 Les points faibles

CONCLUSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES MATIÈRES

TABLE DES TABLEAUX

INTRODUCTION

Lorsqu'une femme est enceinte, plusieurs possibilités s'offrent à elle pour son suivi. Il peut être réalisé par un gynécologue-obstétricien, une sage-femme ou un médecin généraliste.

Chacun de ces professionnels occupe une place particulière dans le suivi de grossesse. En effet, les premiers gèrent plus le côté pathologique et les derniers le versant physiologique. Mais quel professionnel les patientes vont-elles choisir pour le suivi de leur grossesse ? Se dirigent-elles pour la majorité vers le gynécologue-obstétricien ou choisissent-elles initialement un autre professionnel ?

Après avoir décrit la formation et les compétences de chaque praticien en matière de suivi de grossesse, nous nous intéresserons à la démographie de ces professionnels de santé. A travers différentes enquêtes, nous décrirons la place de chacun dans le suivi des gestantes.

Le protocole de recherche exposera ensuite la méthode utilisée pour l'étude. Dans une troisième partie, nous présenterons les résultats obtenus que nous analyserons enfin au regard des hypothèses.

PREMIÈRE PARTIE : LES PROFESSIONNELS DU SUIVI DE GROSSESSE

1. Les compétences des différents praticiens

Nous allons nous intéresser aux différents professionnels assurant le suivi de grossesse ainsi qu'aux paramètres qui vont influencer son choix par la patiente.

Pour comprendre la place que peuvent occuper les sages-femmes, les médecins généralistes et les gynécologues-obstétriciens dans le suivi de grossesse, il est important de connaître leur cursus de formation et les compétences qui en découlent. Ces dernières sont dictées par différentes lois et se retrouvent dans des publications de la Haute Autorité de Santé.

1.1 Les sages-femmes

1.1.1 Leurs études

Pour être sage-femme, les étudiants suivent les cours de première année de médecine (PCEM1) commune à ceux qui souhaitent devenir médecins ou dentistes.

Depuis 2010, la Première Année des Etudes de Santé (PAES) regroupe les mêmes filières que le PCEM (médecine, dentaire et sage-femme) mais aussi pharmacie avec un concours spécifique pour chacune. Les étudiants choisissent le ou les concours qu'ils souhaitent préparer.

A l'issue du concours, ils peuvent entrer à l'école de sages-femmes. A Limoges, un stage d'observation de deux jours est organisé dans le service de gynécologie-obstétrique afin de découvrir diverses facettes du métier et de voir, pour la plupart, leur premier accouchement.

La formation est composée de quatre années d'études divisées en deux phases de deux ans (1), à l'issue desquelles les étudiants passent le Diplôme d'Etat de sage-femme.

Bien que constituées de cinq années, ce sont des études dites « courtes » (comparées aux filières citées précédemment) avec une alternance théorie/clinique dès la première année : l'approche du patient est donc immédiate. Le programme de la première phase met l'accent sur la connaissance de la physiologie. Les connaissances acquises dans la deuxième phase leur permettent de connaître la pathologie et d'agir en conséquence.

Lors de la première année à l'école, les stages se déroulent principalement dans les services de soins en médecine ou en chirurgie à l'hôpital afin d'apprendre les soins infirmiers. Des stages sont aussi réalisés en suites de couches, suites de naissance, salles de naissance et service de pédiatrie (1).

A partir de la deuxième année et jusqu'à la fin des études, les stages se déroulent principalement en salle de naissance, en suite de couches, en grossesses à haut risque, en consultations, avec une sage-femme libérale et en pédiatrie (néonatalogie, réanimation).

Globalement, les cours sont regroupés en deux groupes : le premier rassemble l'obstétrique, l'embryologie, la gynécologie, la pédiatrie, les sciences humaines et sociales, le droit et législation. Le deuxième groupe est composé de cours permettant l'acquisition de connaissances médicales plus générales (pharmacologie, santé publique, pathologie générale, etc.).

Après cinq ans d'études et l'obtention du Diplôme d'Etat, les étudiants deviennent des professionnels. Quelles sont leurs compétences ?

1.1.2 Les compétences des sages-femmes

Elles regroupent, d'une façon générale, la prise en charge globale de la mère, de l'enfant et de la famille, dans les périodes pré, per et postnatales.

De façon plus spécifique, l'article L4151-1 (2) du code de la Santé Publique stipule que l'exercice de la profession de sage-femme comporte la « pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant ».

L'article R4127-318 (2) indique que les sages-femmes sont habilitées à effectuer des consultations prénatales, des prescriptions de dispositifs médicaux et médicaments dont la liste est fixée par décret, des examens complémentaires comme les échographies obstétricales, des actes d'acupuncture, sous réserve qu'elles possèdent un Diplôme Inter-Universitaire (DIU).

La loi du 9 août 2004 (3) permet aux sages-femmes de réaliser le premier examen prénatal, donc d'attester l'état de grossesse et de signer la déclaration de grossesse. Elles peuvent aussi réaliser les frottis cervico-vaginaux au cours de la grossesse.

Concernant la pratique des échographies par les sages-femmes, un travail de l'Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes (ONSSF) explique qu'à partir du décret du 8 août 1991, elles ont eu la possibilité de se former pour pratiquer l'échographie dans le cadre de la surveillance des grossesses physiologiques (4). Elles ont pu réaliser l'examen morphologique à partir d'une réponse ministérielle notifiée dans le Journal Officiel du 3 juin 1999.

Le Plan Périnatal 2005-2007 (5) évoque la mise en place de l'entretien individuel du 4ème mois « il sera réalisé sous la responsabilité principalement des sages-femmes ».

D'après les recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé (HAS) concernant le suivi des femmes enceintes (6), les sages-femmes sont formées pour effectuer des suivis de grossesses physiologiques et se doivent de déceler toute situation pathologique le plus tôt possible afin d'en avertir l'obstétricien ; la grossesse sera alors considérée à haut risque et suivie régulièrement par ce dernier. La sage-femme pourra en assurer la surveillance

(en collaboration avec le médecin) en cabinet ou à domicile sur prescription médicale pour réduire ou éviter l'hospitalisation des femmes enceintes.

Cet état peut être transitoire, il peut donc y avoir un retour à une situation de bas risque avec un suivi « classique » par une sage-femme.

De plus, de nouvelles compétences leur ont été attribuées ces dernières années. En effet, les sages-femmes sont autorisées à prescrire aux femmes enceintes les médicaments listés dans l'arrêté du 23 février 2004 paru au Journal Officiel du 19 mars 2004 (7). Ce dernier a été modifié par l'arrêté du 12 octobre 2011 ; les avancées majeures concernent cinq familles thérapeutiques : les antibiotiques, les contraceptifs, l'homéopathie, les anti-inflammatoires non stéroïdiens et les anti-sécrétoires gastriques.

Dans l'article L5134-1 (8), il est aussi stipulé que les sages-femmes ont la possibilité d'effectuer la consultation post-natale des patientes si la grossesse et l'accouchement étaient physiologiques ainsi que la rééducation périnéo-sphinctérienne en cas de troubles consécutifs à un accouchement.

Elles sont habilitées à prescrire une contraception hormonale dans les suites de couches, lors de l'examen post-natal et après une interruption volontaire de grossesse.

La loi « Hôpital, Patients, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009 (9) indique dans son article 86 que l'exercice de la profession de sage-femme permet à ces dernières d'effectuer un suivi gynécologique et des consultations de contraception sous réserve qu'elles adressent la patiente à un médecin en cas de pathologie.

Enfin, la loi n°2011-814 du 7 juillet 2011 (10), sur la réforme de la bioéthique, renforce la place des sages-femmes dans le Diagnostic Prénatal (DPN) et l'Assistance Médicale à la Procréation (AMP).

Les compétences des sages-femmes s'élargissent donc au fur et à mesure des années dans le domaine de l'obstétrique et de la gynécologie. De

ce fait, elles peuvent assurer de façon autonome et sécurisée le suivi complet des grossesses physiologiques.

Parallèlement, voyons quelle est la formation des médecins.

1.2 Les médecins

Les étudiants en médecine suivent tous un cursus commun qui est divisé en trois cycles : un premier cycle de deux ans (PCEM) et un deuxième cycle de quatre ans (DCEM). En revanche, la durée du Diplôme d'Études Spécialisées (DES) débutant en septième année varie selon la spécialité choisie à l'Examen National Classant (ENC).

D'une façon plus spécifique, à l'issue de la première année de médecine, selon leur classement et leur choix, les étudiants sont acceptés en deuxième année à la faculté de médecine.

Les deuxième et troisième années sont principalement axées sur un enseignement théorique. Un stage d'un mois dans un service de médecine ou chirurgie est réalisé afin de s'exercer aux soins infirmiers. De plus, il permet une immersion dans le quotidien d'un médecin en structure hospitalière.

En troisième année les étudiants font un stage de trois mois dans différents services.

A Limoges, les étudiants en médecine débutent leur formation en gynécologie-obstétrique en cinquième année. Un module de trois mois est consacré à cette matière qui sera revue en sixième année afin de préparer l'ENC. D'un point de vue pratique, ils font environ trois gardes en gynécologie-obstétrique pendant la cinquième année. Seulement 1/3 de la promotion effectue un stage de trois mois en gynécologie-obstétrique (salles de naissances, grossesses pathologiques, etc).

On constate donc qu'au terme des six années, si l'enseignement théorique est identique pour tous les étudiants, il existe une inégalité de la formation d'un point de vue pratique en gynécologie-obstétrique

Le parcours commun aux étudiants en médecine s'arrête à la fin de la sixième année, lors de l'ENC. En effet, selon leur classement, certains deviendront internes en médecine générale, et d'autres internes en gynécologie-obstétrique ou dans d'autres spécialités.

1.2.1 Les médecins généralistes

Le DES de médecine générale dure trois ans (11). Il repose sur des enseignements théoriques et pratiques.

Le premier représente 200 heures. Quant à l'enseignement pratique, il est composé de deux semestres dans des lieux de stages hospitaliers : un en médecine adulte et l'autre en médecine d'urgence. De plus, deux autres semestres sont prévus : un en pédiatrie ou en gynécologie et l'autre qui est libre. Enfin, un semestre est consacré à un stage chez un médecin généraliste et l'autre dépend du projet professionnel de l'interne de médecine générale.

Cependant, étant de plus en plus amenés à suivre des grossesses (modifications de démographie médicale et raréfaction des gynécologues-obstétriciens), les médecins généralistes doivent se former au suivi de grossesse à bas risque.

Selon les recommandations de la HAS éditées en mai 2007, ils doivent eux aussi être à même d'évaluer le risque de chaque grossesse et d'orienter la patiente de façon pertinente (6).

Pour renforcer les connaissances en gynécologie-obstétrique des médecins généralistes, il a été mis en place un DIU de gynécologie obstétrique qui est proposé par les universités de médecine (12). Il est placé sous la responsabilité d'un Professeur des Universités-Praticien Hospitalier (PUPH).

Il s'agit d'un enseignement théorique et pratique de la gynécologie et de l'obstétrique. Il permet aux médecins généralistes de pratiquer dans de meilleures conditions des consultations de prévention, d'information, de suivi des grossesses physiologiques et de dépistage des grossesses pathologiques (qui seront ensuite adressées au gynécologue-obstétricien).

Globalement, la plupart des DIU proposés sont semblables à celui de Limoges. Celui-ci s'étend sur deux semestres (quatre dans certaines villes) et

est composé d'environ soixante heures de cours, quarante heures de travaux pratiques et de travaux dirigés, et enfin de quarante heures de stages, gardes, salle de travail et bloc opératoire. Il est ouvert aux médecins généralistes, aux internes de médecine générale et aux étudiants en médecine ayant validé le Deuxième Cycle des Etudes Médicales 4 (DCEM4).

Sa validation repose sur un examen écrit de trois heures (6 cas cliniques), une partie pratique et la rédaction d'un mémoire.

Cette formation rencontre un franc succès sur le plan national.

1.2.2 Les gynécologues-obstétriciens

Le gynécologue-obstétricien est un médecin titulaire du diplôme d'Etat de docteur en médecine spécialisée (bac + 11). Comme nous l'avons vu précédemment, il suit trois cycles à la faculté de médecine : PCEM, DCEM et le DES qui est accessible à l'issue des épreuves de l'ENC (selon le classement de l'étudiant).

L'internat de spécialité dure 5 ans. Il comprend un enseignement théorique sous forme de modules et dix stages hospitaliers semestriels, dont six sont obligatoires : quatre semestres en service de gynécologie-obstétrique agréés et deux semestres en services agréés pour la chirurgie générale.

La gynécologie-obstétrique est une spécialité médico-chirurgicale indivisible qui combine :

- la chirurgie (césariennes, fibromes, kystes, hystérectomie, ablation du sein...)

- des actes médicaux : gynécologie médicale (contraception, ménopause...), activité diagnostique (échographie du système génital, suivi d'une grossesse et découverte d'éventuelles malformations), obstétrique (prise en charge des grossesses, accouchements) et procréation médicalement assistée.

Les médecins généralistes et les sages-femmes ont la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer, en cas de présence

ou d'apparition de facteurs de risque, sans délai aux gynécologues-obstétriciens qui assureront ensuite le suivi de la grossesse.

Après avoir exposé les compétences des différents praticiens qui peuvent suivre les grossesses, il est important d'étudier leur démographie médicale de ces derniers ainsi que son évolution. En effet, la pénurie d'une catégorie ou une mauvaise répartition sur le territoire peut entraîner un remaniement dans l'organisation du suivi de grossesse.

De ce fait, les femmes peuvent parfois ne pas pouvoir choisir le praticien qu'elles souhaitent pour suivre leur grossesse.

2. La démographie médicale

2.1 Les sages-femmes

2.1.1 Au niveau national

Dans une analyse de l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) concernant la démographie des sages-femmes (13), le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF) recensait en France (hors TOM) 16054 sages-femmes en décembre 2003.

L'IRDES souligne une croissance de 3% par an de celles-ci depuis 1990. Cette croissance a été possible grâce à l'augmentation du numerus clausus et à l'allongement de la durée de vie professionnelle qui est passée de 28 ans en 1990 à 34 ans en 1999.

En décembre 2005, le CNOSF dénombre 17203 sages-femmes actives et 22359 (+ 3391 inscrites sans activité) au 1er janvier 2010. L'âge moyen est de 41 ans et la majeure partie de ces professionnels ont entre 31 et 35 ans.

En juillet 2011, le CNOSF dénombre 23808 sages-femmes (dont 3355 sans activité).

Concernant la répartition des sages-femmes dans les différents secteurs d'activité, le CNOSF en dénombre 11 198 dans le domaine hospitalier, 2750 en libéral, 935 en PMI et 2634 en privé en 2011. Ces chiffres ont été multipliés par 1,5 par rapport à 2005 sauf celui du secteur libéral qui a été multiplié par 2,1.

Nous pouvons en conclure que le nombre de sages-femmes augmente depuis 1990, et ce de façon homogène dans les différents secteurs d'activités. Le secteur libéral connaît quant à lui un essor plus important, ce qui pourrait favoriser le suivi des grossesses par les sages-femmes.

1107 sages-femmes ont été diplômées en 2011.

2.1.2 Au niveau du Limousin

Le CNOSF recense 244 sages-femmes en Limousin.

2.1.3 Au niveau de la Haute-Vienne

D'après des statistiques sur les professions de santé, la DREES a noté une augmentation du nombre de sages-femmes en Haute-Vienne qui est passé de 104 en 2001 (14) à 120 en 2005 (15). Cette augmentation est confirmée par le CNOSF qui dénombre 144 sages-femmes en juillet 2011.

Ces données permettent donc de mettre en évidence l'augmentation sensible du nombre de sages-femmes sur tout le territoire sans zones totalement dépourvues. De plus, cette population est jeune et s'oriente préférentiellement vers l'activité libérale.

Si la place des sages-femmes en salles de naissances et suites de couches n'est plus à prouver, leur rôle dans le suivi des grossesses physiologiques pourrait donc largement être optimisé. En effet, leur expérience dans le suivi des grossesses pathologiques, que ce soit en établissement de santé ou en cabinet libéral leur permet de suivre en toute sécurité et avec compétence des grossesses physiologiques.

Voyons comment se répartissent les médecins sur le territoire.

2.2 Les médecins

2.2.1 Au niveau national

Le nombre de médecins a plus que triplé entre 1972 et 1989 (+4,4 %/an), puis l'augmentation a été moins rapide jusqu'en 2000 (+1,3 % /an). Ce nombre diminue légèrement depuis 2004 : d'après les atlas de la démographie médicale publiés par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) (16), les médecins en activité régulière sont passés de 204 000 en 2006 à 199 987 en 2011.

Le plus inquiétant est la densité médicale qui chute. En effet, elle est passée de 327 médecins/100 000 habitants en 2006 à 306,7/100 000 habitants en 2011. Ce phénomène s'explique par la diminution du *numerus clausus* dans les années 1990 (17), le vieillissement de la population médicale (51,4 ans) et l'accroissement de la population générale (la natalité est stable d'après l'INSEE mais la durée de vie augmente fortement).

Du fait du nombre important de départs à la retraite dans les prochaines années et des nombreux paramètres cités, la tendance, d'après la DREES, serait une diminution de 10 % du nombre de médecins d'ici 2025 (17) avec une densité médicale qui tomberait à 283 médecins/100 000 habitants (18).

Le nombre de postes offerts dans les différentes spécialités à l'ECN augmente :

- 4 803 en 2005-2006 (2 400 généralistes et 150 gynécologues-obstétriciens)
- 6 839 en 2010-2011 (3 632 généralistes et 177 gynécologues-obstétriciens).

On constate donc une part importante des postes attribués à la médecine générale (55 %) par rapport à ceux attribués aux autres spécialités (18). La diminution envisagée du nombre de médecins en 2025 serait donc d'autant plus importante chez les spécialistes, notamment en gynécologie-obstétrique où on enregistrerait une baisse de 15 %.

Le nombre de médecins devrait augmenter à partir de 2025 en raison de l'effet du *numerus clausus* et de la diminution des départs en retraite.

2.2.2 Au niveau du Limousin

On enregistre une baisse de la densité médicale pour toutes les régions.

Le Limousin se situe dans la densité moyenne nationale avec 306 médecins/100 000 habitants. Cependant, une baisse du nombre de généralistes et de gynécologues-obstétriciens est constatée entre 2009 et 2011 (19).

2.2.3 Au niveau de la Haute-Vienne

Le CNOM dénombrait 672 généralistes en Haute-Vienne en 2009 et 655 en 2011. Le nombre de spécialistes était de 691 en 2009 (le nombre de gynécologues-obstétriciens n'est pas disponible).

En 2011, la Haute-Vienne compte 655 médecins généralistes et 22 gynécologues-obstétriciens. Ces chiffres sont donc en légère baisse mais le nombre de médecins dans ce département reste supérieur à la moyenne nationale.

Ainsi, face à la baisse du nombre de généralistes et surtout du nombre de gynécologues-obstétriciens d'ici 2025, l'organisation du suivi de grossesse doit être modifiée en rapport avec les directives de l'HAS. En effet, les patientes présentant une grossesse physiologique devraient être orientées vers les sages-femmes (libérales ou hospitalières) et les médecins généralistes. En cas de pathologie, elles devraient être orientées vers un gynécologue-obstétricien.

Après avoir vu les compétences et la démographie des praticiens, nous allons développer des généralités du suivi de grossesse, son organisation à Limoges et surtout à l'Hôpital Mère Enfant (HME) afin de connaître ses spécificités.

3. L'organisation du suivi de grossesse

3.1 Généralités sur le suivi de grossesse

D'une façon générale, pour la surveillance d'une grossesse, sept consultations sont obligatoires, dont une pour la déclaration de grossesse avant quinze semaines d'aménorrhée (SA) puis une par mois. En effet, cette régularité permet un suivi de grossesse de qualité.

Trois échographies (une par trimestre) sont recommandées. Dans certains cas, une ou plusieurs échographies supplémentaires peuvent être prescrites.

Les consultations peuvent être réalisées par :

- un gynécologue-obstétricien en privé (en clinique ou en libéral) ou à l'hôpital
- une sage-femme libérale ou à l'hôpital
- un médecin généraliste.

3.1.1 L'Entretien Prénatal Précoce (EPP)

Un Entretien Prénatal Précoce (EPP) est proposé aux patientes lors du 4ème mois de grossesse (20).

Il s'agit d'un entretien, individuel ou en couple, avec une sage-femme ou un médecin, pris en charge à 100% par l'Assurance Maladie. Il est théoriquement indépendant des autres consultations et n'est pas obligatoire. Il constitue un temps d'échange et d'écoute pendant lequel les patientes expriment leurs attentes, leurs craintes par rapport à la grossesse et à l'accouchement. C'est aussi un moment qui permet à la future maman d'évoquer ses difficultés médicales, psychologiques ou sociales.

A l'Hôpital Mère Enfant de Limoges, il est réalisé exclusivement par des sages-femmes. Un rapport de l'Observatoire Régional de la Santé en Limousin (ORS) (21) indique que les sages-femmes des maternités en Limousin réalisent 84% des EPP. De plus de nombreux EPP sont réalisés tardivement par des

sages-femmes libérales. On en déduit que cet entretien n'occupe qu'une faible part de l'activité des médecins généralistes.

3.1.2 Les consultations

Les consultations se déroulent de la même façon avec tous les professionnels. Leur objectif est de vérifier le déroulement normal de la grossesse, de prévenir et dépister les complications.

Elles débutent par l'interrogatoire de la patiente à la recherche de signes généraux et de signes obstétricaux. Elles doivent comporter aussi une prise de tension artérielle, de pouls et éventuellement de température, la surveillance du poids maternel et la réalisation d'une bandelette urinaire.

Vient ensuite l'examen clinique avec :

- une mesure de la hauteur utérine qui doit être concordante avec le terme,
- un palper utérin pour avoir des renseignements sur la présentation et la quantité de liquide amniotique,
- l'écoute du rythme cardiaque fœtal,
- un toucher vaginal pour apprécier le col utérin, la hauteur de la présentation et les parties molles,
- et le professionnel prescrit éventuellement des thérapeutiques et des examens complémentaires, répond aux questions du couple et l'informe.

3.1.3 Les échographies

Pour les échographies, les patientes peuvent consulter un échographiste, un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme pratiquant des échographies.

Les échographies permettent de surveiller différents paramètres :

- échographie du 1er trimestre : nombre de fœtus, vitalité du contenu utérin, datation de la grossesse, mesure de la clarté nucale, de la longueur cranio-caudale et examen morphologique

- échographie du 2ème trimestre : biométries et vitalité fœtale, examen morphologique, étude des annexes et dopplers
- échographie du 3ème trimestre : biométries et vitalité fœtale, examen morphologique, diagnostic de présentation, étude des annexes et dopplers.

3.1.4 Les autres éléments du suivi

Les patientes ont aussi accès à des cours de préparation à la naissance et à la parentalité qui sont variés et dirigés par une sage-femme. Ils débutent le plus souvent à partir du sixième mois.

Enfin, une consultation avec un anesthésiste est proposée en fin de grossesse (environ 8 mois) afin de dépister les difficultés ou les contre-indications aux différents types d'anesthésie.

3.2 Le suivi des gestantes à l'Hôpital Mère Enfant de Limoges (HME)

Comme nous l'avons dit page 18, cinq possibilités de professionnels de santé sont envisageables pour le suivi des gestantes à Limoges.

Il faut cependant noter que le recours à une sage-femme libérale pour effectuer le suivi d'une grossesse physiologique est peu développé. Certaines n'en effectuent pas du tout, d'autres n'en réalisent qu'une ou deux par mois et le déplorent. De ce fait, leurs pratiques sont plutôt ciblées sur les surveillances de grossesses pathologiques, la rééducation périnéale et la préparation à la naissance.

Pour les échographies, les patientes peuvent consulter dans un cabinet en libéral ou à l'hôpital avec un gynécologue-obstétricien.

Deux possibilités s'offrent aux gestantes souhaitant accoucher à l'HME de Limoges (type III, 2800 accouchements par an).

Elles peuvent :

- dès la première consultation, se faire suivre par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme et continuer ainsi jusqu'à la fin de la grossesse
- ou bien, elles se font suivre par leur médecin généraliste ou un gynécologue-obstétricien en ville les premiers mois ; elles débutent leur suivi à l'HME avec un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme en fin de grossesse (vers 33-34 SA).

A l'HME, on recense six sages-femmes effectuant des consultations prénatales régulièrement dont deux spécialisées dans l'EPP ; une d'entre elles est aussi tabacologue.

Dix gynécologues-obstétriciens effectuent des suivis de grossesse, dont quatre dans le service d'Aide Médicale à la Procréation. Ils ne réalisent pas d'EPP.

Lorsque l'on interroge les secrétaires chargées de recevoir les appels pour les prises de rendez-vous, elles rapportent que généralement, les patientes ont une idée du professionnel de santé qu'elles souhaitent pour leur suivi ; pour celles qui n'en ont pas, les secrétaires expliquent alors le fonctionnement : les sages-femmes prennent en charge des grossesses physiologiques, et les médecins les grossesses pathologiques, les échographies et plus rarement des grossesses physiologiques.

En 2010, il a été effectué 11 106 consultations de suivi de grossesse en externe par les sages-femmes et 12 399 consultations de gynécologie et d'obstétrique par les gynécologues obstétriciens cette même année (le nombre de consultations d'obstétrique seule n'étant pas disponible).

Le prix des consultations des sages-femmes est de 19 euros et celui des gynécologues-obstétriciens de 28 euros (23 euros pour un médecin généraliste).

Quelle place occupent les différents praticiens dans le suivi de grossesse ? Des études ont été réalisées depuis 2003 dans lesquelles sont retrouvés les avis des patientes et leurs choix.

4. La place des différents praticiens dans le suivi de grossesse

4.1 L'enquête de 2003...

La DREES a réalisé une enquête sur la situation périnatale en France en 2003 (22). Elle détaille les conditions et la prise en charge des grossesses en France métropolitaine.

Les premiers résultats en 2005 montrent que la surveillance prénatale continue de s'améliorer. En effet, en 2003, plus de neuf femmes sur dix ont bénéficié de sept visites ou plus et seulement 2,6% des femmes ont eu moins de trois échographies.

L'enquête montre aussi que les gynécologues-obstétriciens jouent un rôle central dans le suivi de grossesse. Ils assurent près des trois quarts des déclarations de naissances (74,5%), ce sont aussi les plus souvent consultés lors du suivi prénatal (65,5% des femmes en ont déjà consulté un en maternité et 46,6% en ville).

Si les généralistes assurent un quart des déclarations de grossesse, ils interviennent moins dans son déroulement (15,5%). En revanche, près d'une femme sur quatre (24,5%) a consulté une sage-femme pour le suivi de sa grossesse.

4.2 ...complétée par l'enquête de 2007

L'étude de 2003 a été complétée par une autre enquête de la DREES en 2007 (23) sur les disparités sociales et la surveillance de la grossesse.

Concernant la déclaration de grossesse, il apparaît que le type de professionnel l'ayant effectuée est le plus souvent celui qui va réaliser la première consultation. Or, il s'agit à 46% d'un obstétricien en ville, à 28% d'un obstétricien en maternité. 23% des grossesses sont déclarées par un médecin généraliste, 1% par un médecin de PMI et 2% par une sage-femme, alors que depuis 2004, elles peuvent la rédiger.

Nous remarquons aussi dans cette étude que les facteurs socio-économiques influencent de façon importante le choix du professionnel de santé pour le suivi de grossesse : il s'agit de la profession, la situation sociale, l'âge et la nationalité.

Par exemple, les cadres ou femmes sans profession dont le conjoint est cadre recourent beaucoup plus souvent à un gynécologue-obstétricien libéral (64 %) contre 21% pour les femmes sans profession et dont le conjoint est sans profession (21%) et que les ouvrières non qualifiées ou femmes sans profession dont le conjoint est ouvrier non qualifié (29%).

Le recours à un médecin généraliste pour déclarer la grossesse concerne :

- les femmes sans profession et dont le conjoint est sans profession (38%)
- les ouvrières non qualifiées ou femmes d'ouvriers « non qualifiés » (37%)
- les femmes vivant seules (30%)
- les femmes ou couples recevant des aides publiques (31%)

Les femmes de moins de vingt ans ont recours au médecin généraliste pour la déclaration de leur grossesse (37%) ainsi que 35% des 20-24 ans. Environ 35% des femmes entre 20 et 24 ans consultent un gynécologue-obstétricien en ville.

La plupart des femmes de 25 ans et plus consultent plutôt un gynécologue-obstétricien en ville. Le nombre de déclarations de grossesse par un spécialiste en maternité est stable à 30% pour toutes les tranches d'âge.

Cependant, les femmes de plus de quarante ans s'adressent davantage à un spécialiste en maternité (34%).

Quelque soit leur nationalité, les femmes se dirigent préférentiellement vers un spécialiste en maternité ou un gynécologue-obstétricien en ville pour la déclaration de grossesse.

Le profil des femmes dont la grossesse est déclarée par une sage-femme n'est pas indiqué.

Par ailleurs, en ce qui concerne les professionnels ayant effectué le suivi de la grossesse, les résultats de l'enquête sont plus difficiles à interpréter, les visites prénatales étant réalisées auprès de plusieurs professionnels.

Globalement, les spécialistes en maternité voient au moins une fois les deux tiers des femmes dans le cadre de leur suivi prénatal, les spécialistes libéraux rencontrent au moins une fois la moitié (47 %) d'entre elles, les médecins généralistes effectuent une ou plusieurs visites prénatales pour seulement 15 % d'entre elles.

Par ailleurs, les sages-femmes de maternité voient au moins une fois plus d'un quart des femmes dans le cadre de leur suivi prénatal alors que les sages-femmes hors maternité ne s'occupent que d'à peine 5% d'entre elles.

Les sages-femmes ne semblent donc pas être les professionnels incontournables des femmes pour le suivi de leur grossesse. Cela peut s'expliquer par un manque d'information de celles-ci.

En effet, dans le mémoire de Camille LEBOURGEOIS « Perception du métier de sage-femme par les femmes enceintes et les accouchées » présenté en mai 2006 (24), il est démontré que plusieurs femmes n'imaginaient pas la sage-femme présente pendant la grossesse. Nombreuses sont celles qui « la cantonnent uniquement à la salle d'accouchement ». Elles sont perçues le plus souvent comme « les assistantes du médecin » et « une présence rassurante au moment de l'accouchement ».

4.3 L'enquête de 2006

En effet, l'enquête menée par la DRESS (25) fin 2006 permet d'établir un état des lieux de la satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement.

Il s'avère que 95% des patientes dont les grossesses sont suivies indifféremment par une sage-femme ou un médecin se déclarent très ou plutôt satisfaites pour les critères suivants :

- la durée des consultations : seulement 6% des patientes sont mécontentes,
- leur fréquence : seulement 3% sont insatisfaites,

- les informations données : les patientes mettent en avant d'abord les qualités humaines des professionnels de santé (écoute et accompagnement à 30%) et cela avant leurs qualités techniques (sécurité de la prise en charge à 19% et qualité des prestations techniques à 13%).

On peut donc penser que ces différents critères (durée des consultations, leur fréquence, les qualités humaines du soignant et les qualités techniques) peuvent influencer le choix du professionnel de santé par les patientes pour le suivi de leur grossesse.

4.4 L'enquête de 2009

Enfin, l'Ipsos a réalisé une étude fin 2009 (26) sur le vécu de la grossesse en France. Il est question des relations entre les professionnels du suivi de grossesse et les patientes.

Pour 71% d'entre elles, c'est au gynécologue-obstétricien qu'elles poseront toutes les questions sans tabou, 47% à la sage-femme et 37% au médecin traitant. Au contraire 12% n'osent pas déranger l'obstétricien et lui posent le moins de questions possibles, 4% la sage-femme et 5% le médecin traitant.

A la question « qui vous conseille le mieux pour les mois qui viennent ? », 33% des patientes répondent « en priorité la sage-femme » contre 25% à l'obstétricien et 6% au médecin traitant.

Nous remarquons donc que le médecin généraliste n'est pas le professionnel de santé que les patientes choisiront préférentiellement dans cette étude.

Entre obstétricien et sage-femme, la question est plus partagée : par exemple les questions sur l'analgésie péridurale seront posées à 36% à l'obstétricien, celles sur le suivi après l'accouchement se répartissent à 25% contre 23% aux sages-femmes et les questions sur l'accueil du futur enfant concernent davantage les sages-femmes (36%) que les obstétriciens (13%).

Au vu de ces différentes études, il paraît légitime de se demander par quel professionnel les femmes souhaitent être suivies pendant leur grossesse.

DEUXIÈME PARTIE : ETUDES ET RESULTATS

1. Protocole de recherche

1.1 Constat

Lors de mes différents stages à l'HME, j'ai constaté que les patientes avaient un choix prédéterminé du professionnel de santé qui suivrait leur grossesse, certaines s'orientant vers une sage-femme (libérale ou hospitalière), d'autres vers un gynécologue-obstétricien (libéral ou hospitalier), et les dernières vers leur médecin traitant.

Mais la disponibilité de chaque professionnel ne permet pas toujours de satisfaire leur demande.

1.2 Problématique

A l'HME de Limoges, les patientes sont-elles suivies par le professionnel de santé qu'elles souhaitent en début de grossesse ? Si non, pourquoi ?

Sont-elles finalement satisfaites de ce suivi ?

1.3 Objectifs

1.3.1 Objectif principal

Vérifier si les patientes sont finalement suivies par le professionnel qu'elles souhaitaient en début de grossesse.

1.3.2 Objectifs secondaires

- Identifier les critères sociodémographiques qui influent sur le choix initial du professionnel
- Mettre en évidence les raisons pour lesquelles certaines patientes ne sont pas suivies par le professionnel qu'elles souhaitent en début de grossesse.
- Evaluer finalement leur satisfaction sur le suivi de la grossesse.

1.4 Hypothèses

1.4.1 Hypothèse principale

La majorité des patientes a été suivie par le professionnel qu'elles souhaitent en début de grossesse.

1.4.2 Hypothèses secondaires

- Le choix initial du professionnel est influencé par l'âge de la patiente
- L'indisponibilité du professionnel motive un changement de choix de ce dernier.
- Les femmes sont satisfaites de ce suivi quel que soit le professionnel.

1.5 Protocole de recherche

1.5.1 La population

1.5.1.1 La population cible

Elle regroupe les femmes enceintes souhaitant accoucher à l'HME.

1.5.1.2 La population source

Elle est déterminée par les critères d'inclusion.

Les critères d'inclusion sont toutes les femmes enceintes qui souhaitent accoucher à l'HME et ayant leur consultation d'anesthésie entre juin et décembre 2011.

Les critères d'exclusion sont les patientes ne maîtrisant pas la langue française, les consultations en urgence.

1.5.2 Les variables étudiées

Variables quantitatives :

- âge,
- gestité, parité,
- lieu d'habitation,
- revenus,
- coût de la consultation.

Les quatre premières variables permettront de décrire la population et de déterminer ensuite si elles influencent de façon significative le choix initial du professionnel.

Le coût de la consultation peut être un critère de changement de professionnel.

Variables qualitatives :

- critères socio-économiques (situation familiale, nationalité, niveau d'études),
- couverture sociale : Couverture Maladie Universelle, Sécurité Sociale seule, Sécurité Sociale et mutuelle, Autres (Mutualité Sociale Agricole MSA, Caisse de Prévoyance et de Retraite SNCF)

Ces deux critères permettent de décrire la population interrogée et de déterminer si ceux-ci influencent le choix initial du professionnel.

- choix initial du professionnel de santé pour le suivi de la grossesse,
- professionnel ayant majoritairement suivi la grossesse,
- éloignement géographique trop important du professionnel,
- survenue d'une pathologie pendant la grossesse,
- disponibilités pour obtenir un rendez-vous,
- présence d'une pathologie avant la grossesse,
- déroulement de la 1ère consultation,
- ré-orientation à la prise de rendez-vous (par les secrétaires),
- pratiques du professionnel (effectue ou n'effectue pas de suivi de grossesse),
- qualité des informations données.

Le fait d'interroger les femmes sur ces dix critères permettent de répondre aux hypothèses énoncées précédemment. Il s'agit notamment de connaître le choix initial et final des patientes ainsi que la raison d'un éventuel changement.

- satisfaction des patientes

Elle est évaluée par une échelle graduée de 0 à 10 avec des nombres entiers. 0 représente une insatisfaction totale et 10 l'extrême opposé. Elle permet de répondre à la dernière hypothèse de l'étude.

1.5.3 La méthode

1.5.3.1 Le type d'étude

Une étude descriptive, prospective, transversale a été effectuée.

Nombre de sujets nécessaires :

$$NSN = ((0,51 \times 0,49) \times (1,96)^2) / (0,05)^2 = 384 \text{ sujets}$$

Avec une précision de 5%

1.5.3.2 Le recueil de données

Le recueil de données est basé sur un questionnaire anonyme. Celui-ci a été distribué par les secrétaires d'anesthésie de l'HME aux patientes lors de leur consultation de fin de grossesse. Les questionnaires vierges ont été placés dans une boîte sur leur bureau. Ils étaient composés de 14 questions à choix multiples (4, 5 ou 9) pour lesquelles les patientes ont dû choisir une seule réponse par question. Elles ont rempli les questionnaires en salle d'attente, puis les ont rendus aux secrétaires qui les ont placés dans une boîte recueil.

J'ai informé, au préalable, les secrétaires des modalités de distribution des questionnaires. Toutes les deux semaines, je suis allée les récupérer et en ai apporté des nouveaux.

1.5.3.3 L'exploitation des données

Les données du questionnaire ont été exploitées dans Excel (sous forme de tableur pour collecter l'ensemble des données).

Les variables ont ensuite été comparées par le test statistique de Chi 2 en cas d'effectif supérieur ou égal à 5, Chi 2 corrigé de Yates si l'effectif est compris entre 3 et 4 ou un test exact de Fisher entre 0 et 2.

Il a été établi une différence significative en cas de $p < 0,05$ ou une tendance si $0,05 < p < 0,1$.

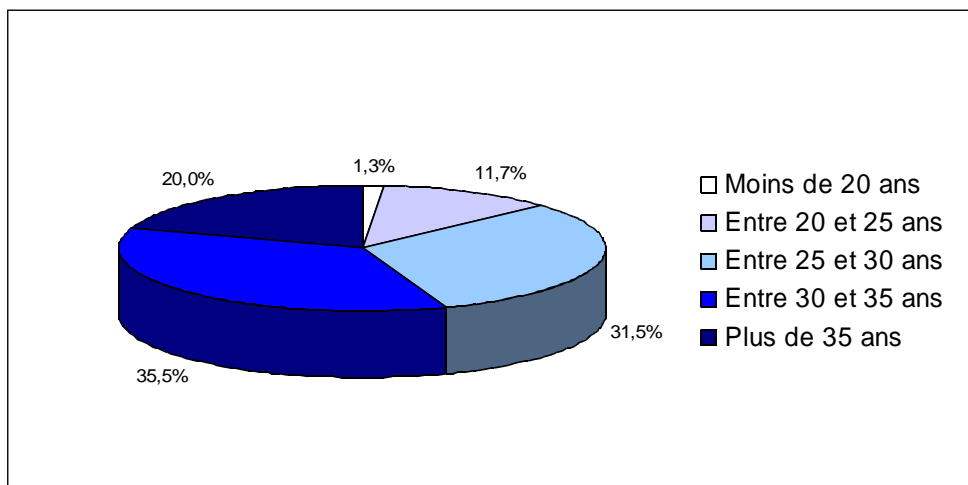
2. Résultats

2.1 Caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon

L'échantillon de l'étude est constitué de 594 patientes. Elles ont rempli les questionnaires entre le 10 juin 2011 et le 31 décembre 2011 lors de leur consultation d'anesthésie en fin de grossesse. 64 questionnaires n'ont pas été remplis correctement ; leur exploitation a donc été impossible. Les résultats annoncés concernent donc 530 patientes.

2.1.1 Age

Tableau 1 : L'âge de l'échantillon

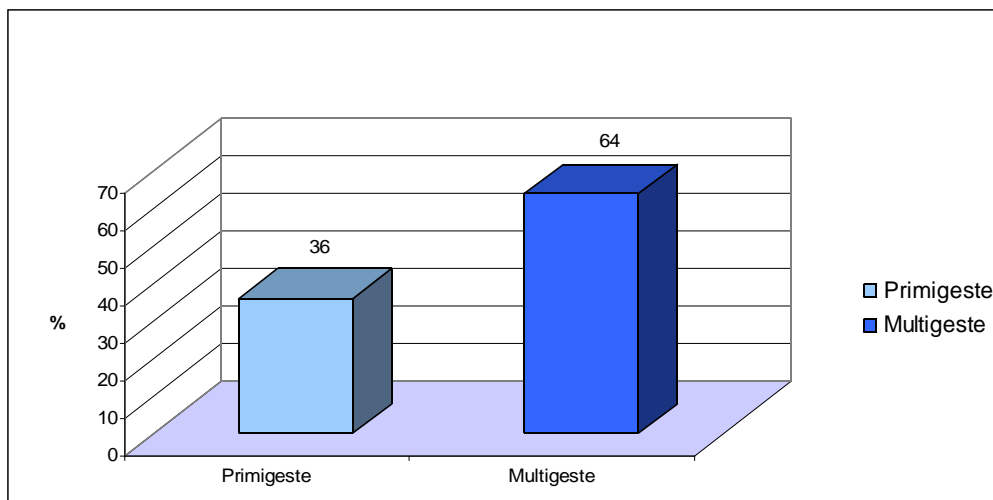


L'âge des patientes est compris entre 18 et 43 ans, avec un âge moyen de 30 ans.

La majorité des patientes a un âge compris entre 30 et 35 ans.

2.1.2 Gestité

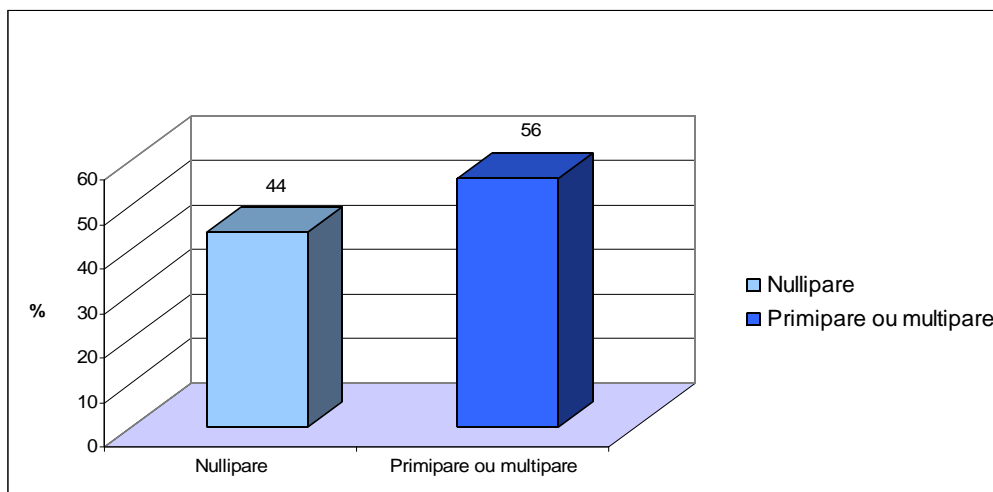
Tableau 2 : La gestité de l'échantillon



36% des patientes sont primigestes et 64 % sont multigestes. La plupart des patientes interrogées a donc déjà eu au moins une grossesse.

2.1.3 Parité

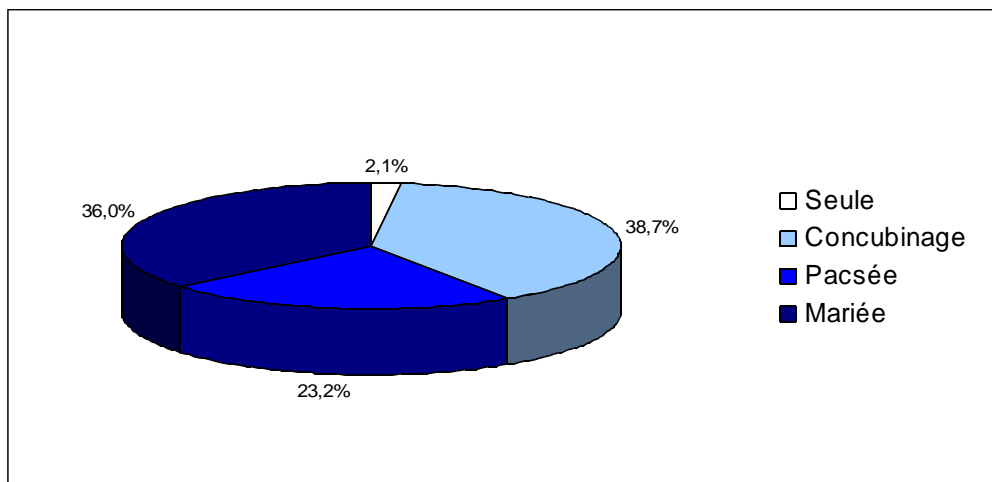
Tableau 3 : La parité de l'échantillon



44% des patientes sont nullipares et 56% sont primipares ou multipares. La majorité des patientes a donc déjà un ou plusieurs enfants.

2.1.4 Situation familiale

Tableau 4 : La situation familiale de l'échantillon

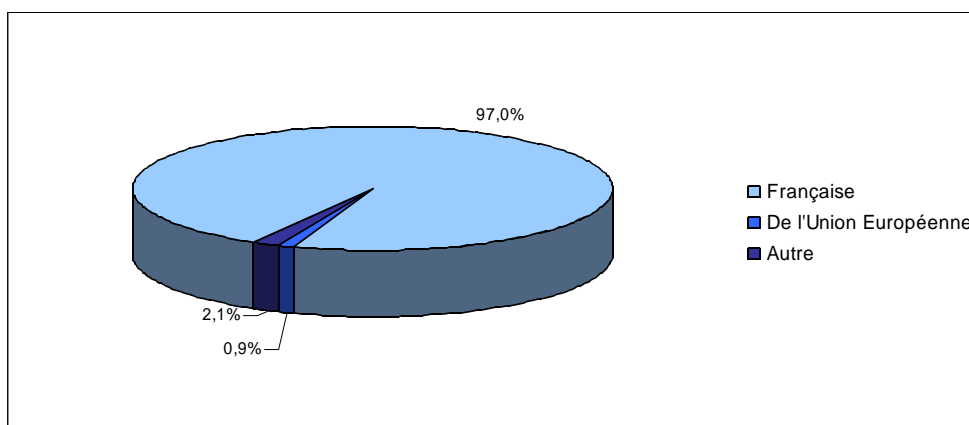


2,1% des patientes interrogées sont seules, 38,7% sont en concubinage sans lien formalisé, 23,2% sont pacsées et 36% sont mariées.

La majeure partie des patientes est donc en couple sans lien formalisé.

2.1.5 Nationalité

Tableau 5 : La nationalité de l'échantillon

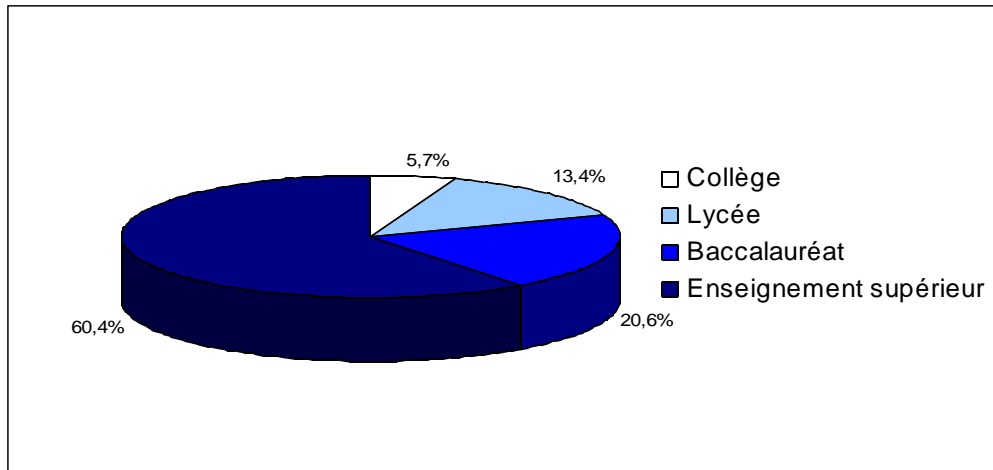


97% des patientes sont de nationalité française, 0,9% sont issues de l'Union Européenne et enfin 2,1% sont extérieures à l'Union Européenne.

Les patientes ne parlant pas français ont été exclues de l'étude ; ceci explique la forte proportion de femmes françaises.

2.1.6 Niveau d'études

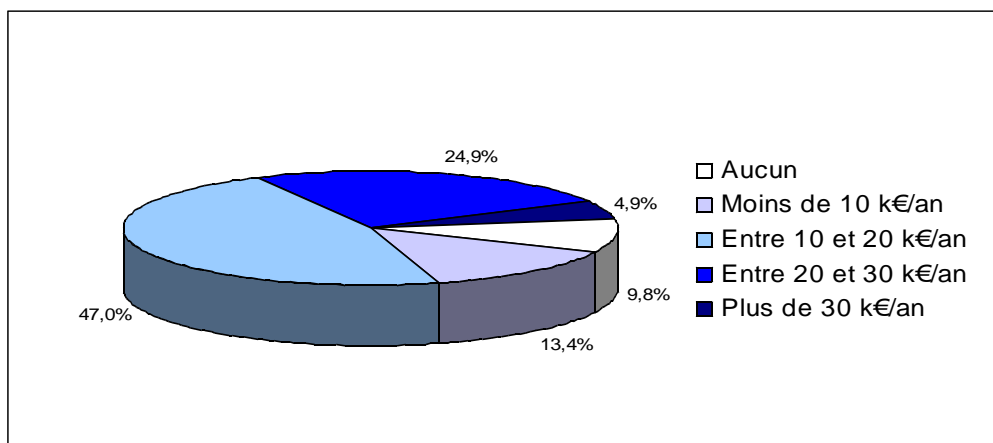
Tableau 6 : Le niveau d'études de l'échantillon



5,7% des patientes ont un niveau scolaire équivalent au collège, 13,4% au lycée, 20,6% au baccalauréat et 60,4% à l'enseignement supérieur (la majorité).

2.1.7 Salaire annuel net de la patiente

Tableau 7 : Le salaire annuel net de l'échantillon

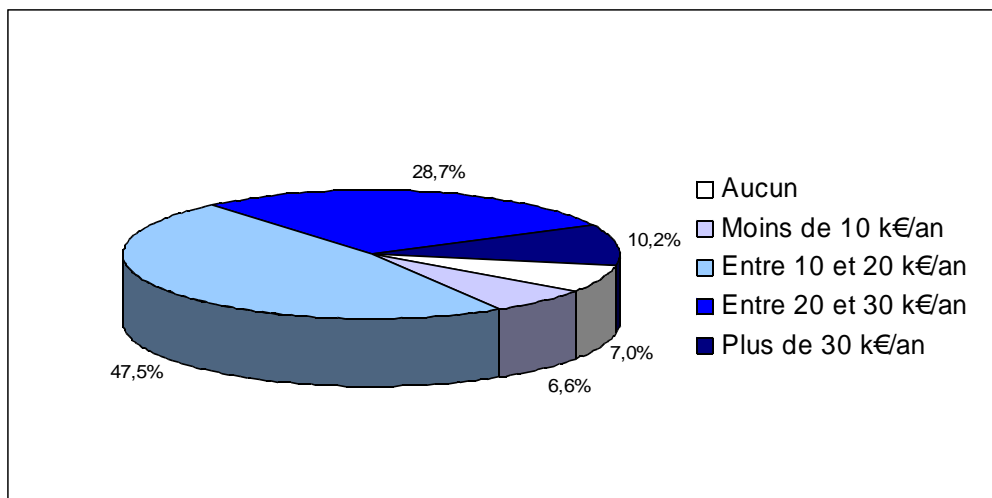


9,8% n'ont aucun salaire, 13,4% ont moins de 10 000€ par an, 47% ont entre 10 000 et 20 000€ par an, 24,9% ont entre 20 000 et 30 000€ par an et 4,9% ont plus de 30 000€ par an.

La majorité des patientes perçoit entre 10 000 et 20 000€ par an.

2.1.8 Salaire annuel net du conjoint

Tableau 8 : Le salaire annuel net du conjoint

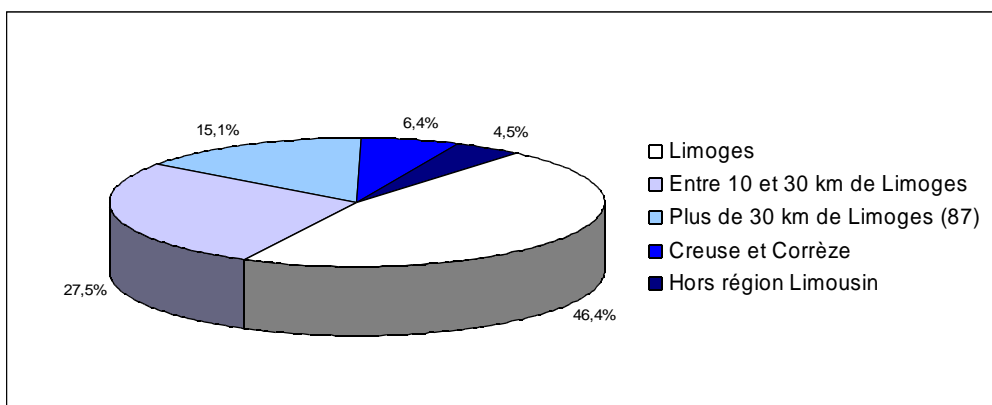


7% des conjoints n'ont aucun salaire, 6,6% ont moins de 10 000€ par an, 47,5% ont entre 10 000 et 20 000€ par an, 28,7% ont entre 20 000 et 30 000€ par an et 10,2% ont plus de 30 000€ par an.

La majorité des conjoints perçoit entre 10 000 et 20 000€ par an.

2.1.9 Lieu d'habitation

Tableau 9 : Le lieu d'abitation de l'échantillon

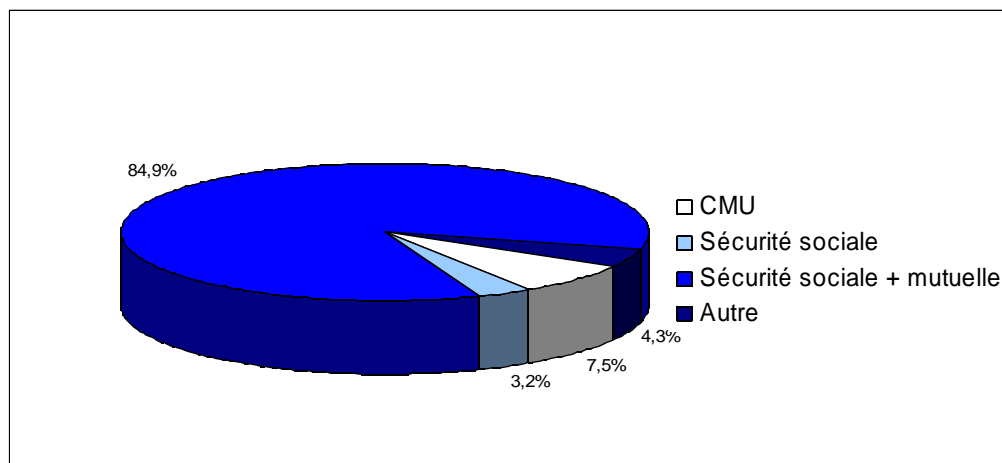


46,4% des patientes interrogées habitent Limoges, 27,5% habitent entre 10 et 30 kilomètres (km) de Limoges, 15,1% habitent à plus de 30 km de Limoges mais dans la région Limousin, 6,4% habitent en Creuse ou en Corrèze et 4,5% habitent hors région Limousin.

La majorité des patientes habite donc Limoges.

2.1.10 Couverture sociale

Tableau 10 : La couverture sociale de l'échantillon



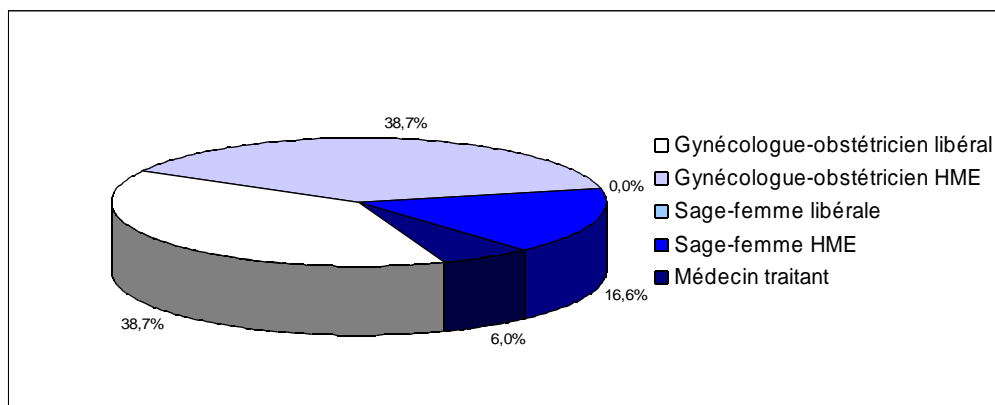
7,5% des patientes bénéficient de la Couverture Maladie Universelle (CMU), 3,2% bénéficient simplement de la Sécurité Sociale, 84,9% ont une Sécurité Sociale et une mutuelle et 4,3% ont un autre type de couverture sociale (exemple : MSA).

La majorité des patientes a donc une Sécurité Sociale et une mutuelle.

2.2 Le choix initial des patientes

2.2.1 Le choix initial des patientes

Tableau 11 : Le choix initial du professionnel par les patientes pour le suivi de leur grossesse



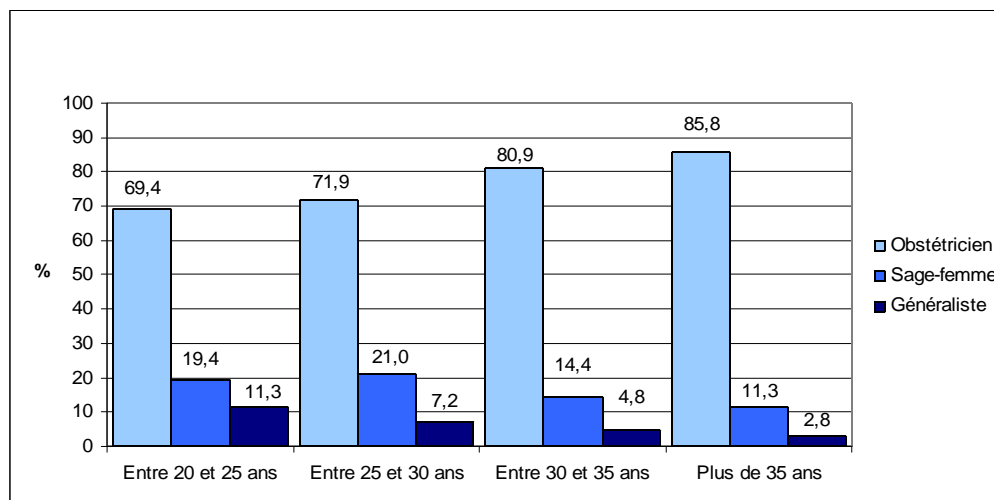
77,4% des patientes interrogées souhaitaient un gynécologue-obstétricien pour le suivi de leur grossesse, dont 38,7% en libéral et 38,7% à l'HME. 16,6% souhaitaient une sage-femme à l'HME et 6% leur médecin traitant.

Aucune ne souhaitait une sage-femme libérale en première intention.

2.2.2 Le choix initial des patientes en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques

2.2.2.1 En fonction de l'âge

Tableau 12 : Le choix initial des patientes en fonction de leur âge



69,4% des 20-25 ans souhaitent un gynécologue-obstétricien, 71,9% des 25-30 ans, 80,9% des 30-35 ans et 85,8% des plus de 35 ans. La majorité des patientes souhaitant un gynécologue-obstétricien a plus de 35 ans et leur nombre augmente avec l'âge.

Il y a une différence significative entre le nombre de patientes de 20-25 ans et celles qui ont plus de 35 ans avec un calcul de $p=0,01$.

La différence est aussi marquée entre les femmes de 25-30 ans et celles de 30-35 ans avec un calcul de $p=0,045$.

11,3% des 20-25 ans choisissent un médecin généraliste, 7,2% des 25-30 ans, 4,8% des 30-35 ans et 2,8% des plus de 35 ans. La majorité a entre 20 et 25 ans. Plus leur âge diminue et plus les patientes souhaitent un généraliste.

Il existe une différence significative entre les deux tranches d'âge extrêmes avec un calcul de $p=0,025$.

19,4% des 20-25 ans désirent une sage-femme, 21 % des 25-30 ans, 14,4% des 30-35 ans et 11,3% des plus de 35 ans. La majorité des femmes

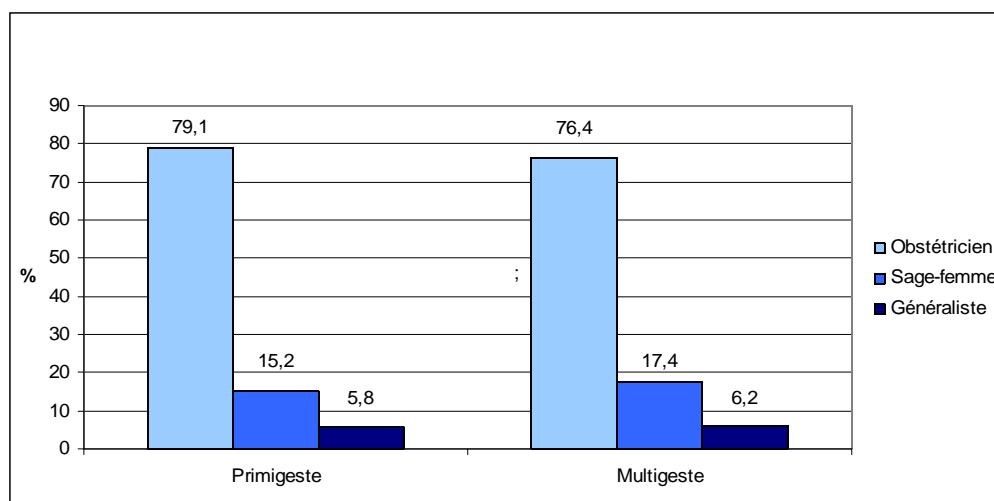
qui souhaitent une sage-femme a entre 20 et 30 ans, ensuite leur nombre diminue.

Cependant, il n'existe pas de différence significative entre ces populations avec un calcul de $p=0,15$.

La classe d'âge « moins de 20 ans » n'a pas été exploitée car l'échantillon est de sept personnes, donc non représentatif.

2.2.2.2 En fonction de la gestité

Tableau 13 : Le choix initial des patientes en fonction de leur gestité



Les primigestes souhaitent à 79,1% un gynécologue-obstétricien, 15,2% une sage-femme et 5,8% un médecin généraliste.

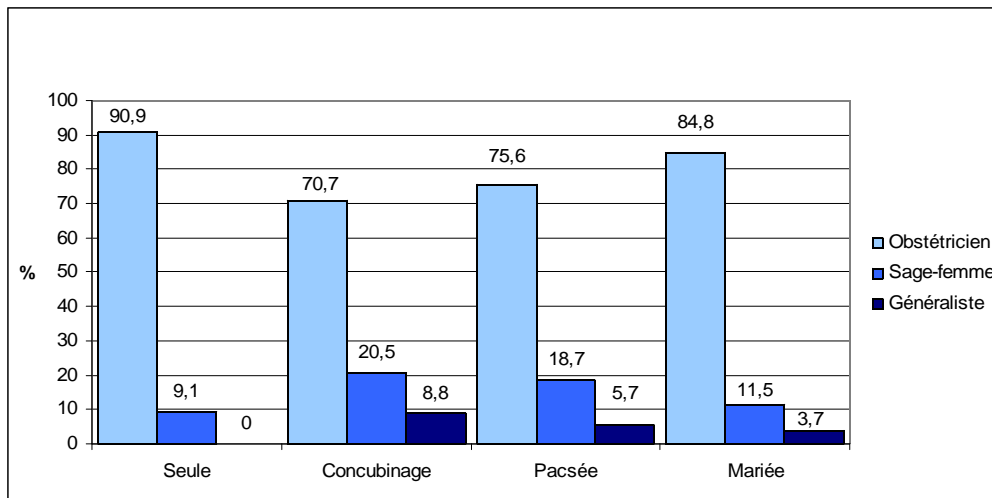
76,4% des multigestes choisissent un gynécologue-obstétricien, 17,4% une sage-femme et 6,2% un médecin généraliste.

Cependant, il n'existe pas de différence significative entre les différents résultats avec $p>0,1$.

L'étude de la parité apporte les mêmes résultats.

2.2.2.3 En fonction de la situation familiale

Tableau 14 : Le choix initial des patientes en fonction de leur situation familiale



La plupart des femmes seules (90,9%) se dirigent vers un gynécologue-obstétricien, contre 9,1% vers une sage-femme. Aucune ne souhaite un médecin généraliste.

Cependant, il n'existe pas de différence significative entre les femmes seules et les autres catégories puisque $p > 0,1$.

70,7% des femmes en concubinage souhaitent un gynécologue-obstétricien, 75,6% des femmes pacsées et 84,8% des femmes mariées.

Il existe une différence significative entre les femmes en concubinage et celles qui sont mariées. Ces dernières souhaitent plus ce professionnel avec un calcul du $\text{Chi}^2 = 11,26$.

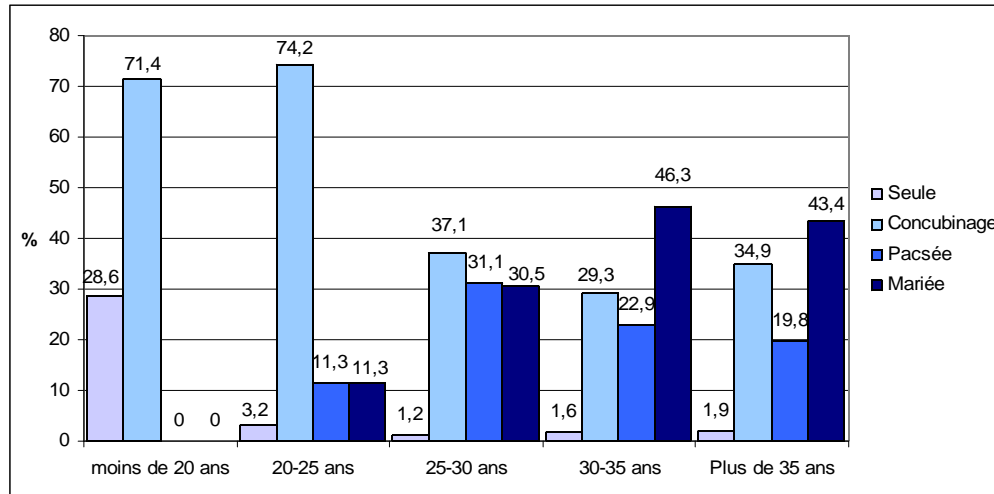
20,5% des femmes en concubinage désirent une sage-femme, 18,7% des pacsées et 11,5% des mariées. Les premières souhaitent plus ce professionnel que les dernières.

En effet, il existe une différence significative avec un calcul du $\text{Chi}^2 = 4,37$.

8,8% des femmes en concubinage choisissent un médecin généraliste, 5,7% des pacsées et 3,7% des mariées.

Ces dernières souhaitent moins ce professionnel que les premières. Il existe une différence significative entre les deux avec un calcul du $\chi^2=5,87$.

Tableau 15 : La situation familiale des patientes en fonction de leur âge



Rappelons que nous avons exclu les femmes de moins de 20 ans car leur effectif était trop faible.

3,2% des patientes de 20-25 ans sont seules, 74,2% en concubinage, 11,3% pacsées et 11,3% mariées.

1,2% des 25-30 ans sont seules, 37,1% en concubinage, 31,1% pacsées et 30,5% mariées.

1,6% des 30-35 ans sont seules, 29,3% en concubinage, 22,9% pacsées, 46,3% mariées.

Enfin, 1,9% des plus de 35 ans sont seules, 34,9% en concubinage, 19,8% pacsées et 43,4% mariées.

D'après le graphique 15, on remarque que la proportion de concubins est plus importante dans les tranches d'âge jeune (20-30 ans). A contrario, les tranches d'âge 30 ans et plus sont majoritairement mariées.

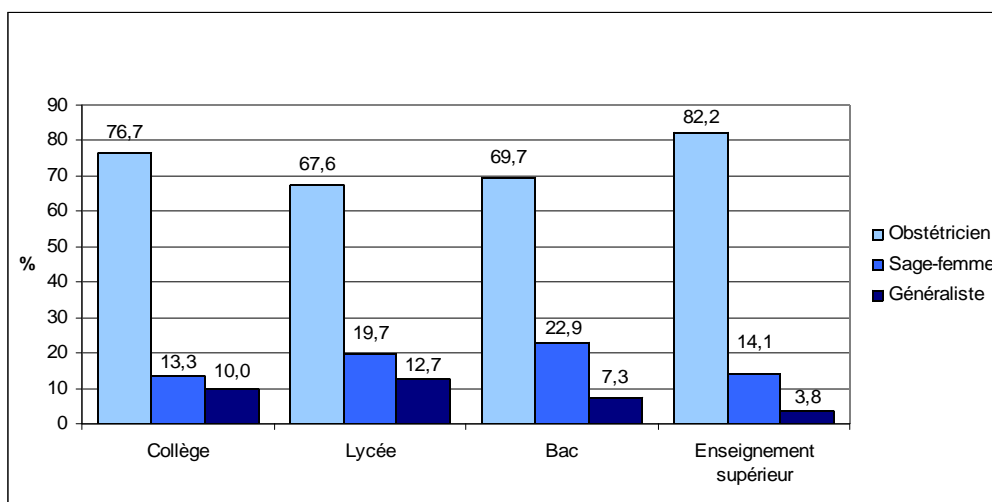
Le calcul du χ^2 confirme cette observation. Dans le premier cas, le χ^2 est égal à 13,73 et dans le second cas, il est égal à 22,01. Une différence significative réelle existe entre ces deux populations.

La situation familiale varie donc en fonction de l'âge.

La nationalité n'a pas été étudiée car 97% des patientes interrogées sont françaises. Seulement 3% sont étrangères, l'échantillon n'est pas assez important pour être représentatif.

2.2.2.4 En fonction du niveau d'études

Tableau 16 : Le choix initial des patientes en fonction de leur niveau d'études



76,7% des femmes ayant un niveau d'études équivalent au collège souhaitent un gynécologue-obstétricien, 67,6% un niveau lycée, 69,7% un niveau baccalauréat et 82,2% un niveau enseignement supérieur.

Il existe une différence significative entre les patientes ayant un niveau baccalauréat et enseignement supérieur : les dernières souhaitent plus ce professionnel que les premières avec un calcul de $p=0,0058$.

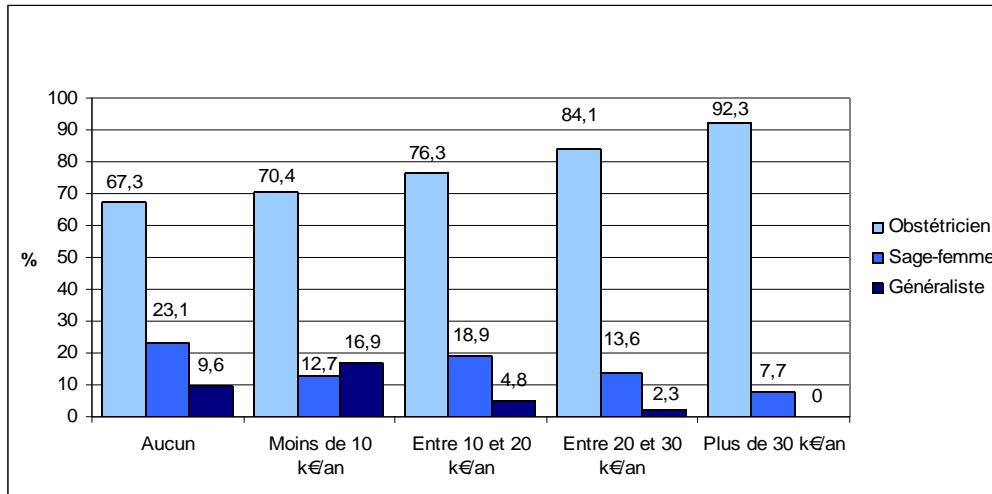
13,3% des femmes avec un niveau collège désirent une sage-femme (10% un généraliste), 19,7% un niveau lycée (12,7% un généraliste), 22,9% un niveau baccalauréat (7,3% un généraliste) et 14,1% un niveau enseignement supérieur (3,8% un généraliste).

Il existe une différence significative entre les patientes ayant un niveau équivalent au baccalauréat et enseignement supérieur qui souhaitent une sage-femme : les premières veulent plus ce professionnel que les dernières avec un calcul de $p=0,03$.

Il n'existe pas de différence significative entre les différentes catégories qui souhaitent un médecin généraliste.

2.2.2.5 En fonction du salaire annuel net de la patiente

Tableau 17 : Le choix initial des patientes en fonction de leur salaire annuel net



67,3% des patientes n'ayant aucun revenu souhaitent un gynécologue-obstétricien (23,1% une sage-femme et 9,6% un médecin généraliste).

70,4% ayant moins de 10 000€ par an souhaitent un gynécologue-obstétricien (12,7% une sage-femme, 16,9% un généraliste).

76,3% ayant entre 10 000 et 20 000€ par an désirent un gynécologue-obstétricien (18,9% une sage-femme, 4,8% un généraliste).

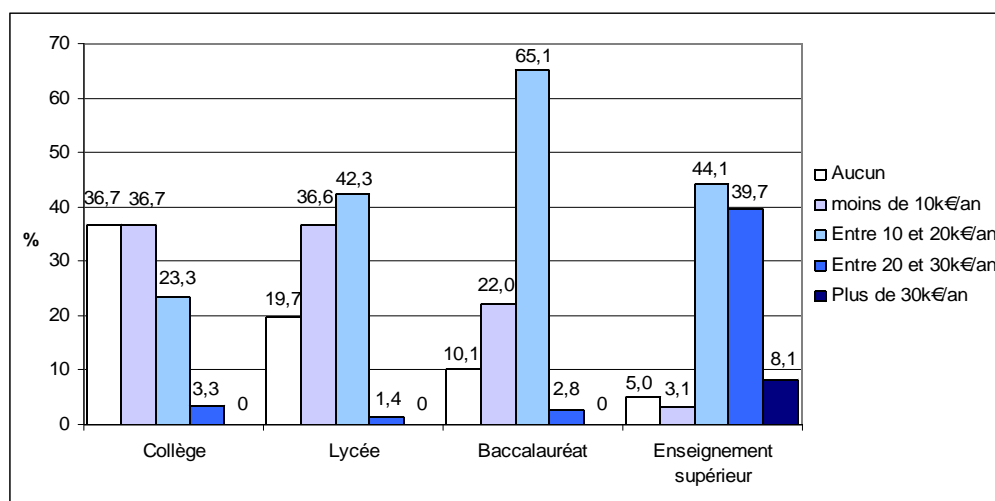
84,1% des patientes ayant entre 20 000 et 30 000€ par an voudraient un gynécologue-obstétricien (13,6% une sage-femme, 2,3% un généraliste).

92,3% des patientes ayant plus de 30 000€ par an souhaitent un gynécologue-obstétricien (7,7% une sage-femme et aucune un généraliste).

Il existe une différence significative entre les patientes n'ayant aucun revenu et celles qui ont plus de 30 000€ par an et qui souhaitent un gynécologue-obstétricien. Ces dernières souhaitent plus ce professionnel que les premières avec un calcul de $p=0,015$.

Il n'existe pas de différence significative entre les autres catégories.

Tableau 18 : Le salaire annuel net des patientes en fonction de leur niveau d'études



36,7% des patientes qui ont un niveau collège n'ont aucun revenu, 36,7% ont moins de 10 000€/an, 23,3% entre 10 000 et 20 000€/an, 3,3% entre 20 000 et 30 000€/an et aucune a plus de 30 000€/an.

19,7% des patientes avec un niveau lycée n'ont aucun revenu, 36,6% ont moins de 10 000€/an, 42,3% entre 10 000 et 20 000€/an, 1,4% entre 20 000 et 30 000€/an et aucune a plus de 30 000€/an.

10,1% des femmes avec un niveau baccalauréat n'ont aucun revenu, 22% ont moins de 10 000€/an, 65,1% entre 10 000 et 20 000€/an, 2,8% entre 20 000 et 30 000€/an et aucune a plus de 30 000€/an.

Enfin, 5% des femmes avec un niveau d'études équivalent à l'enseignement supérieur n'ont aucun revenu, 3,1% ont moins de 10 000€/an, 44,1% entre 10 000 et 20 000€/an, 39,7% entre 20 000 et 30 000€/an et 8,1% ont plus de 30 000€/an.

D'après le graphique 18, on remarque que les salaires sont, en général, plus élevés chez les femmes ayant un niveau d'études équivalent à l'enseignement supérieur que chez celles ayant un niveau baccalauréat et inférieur.

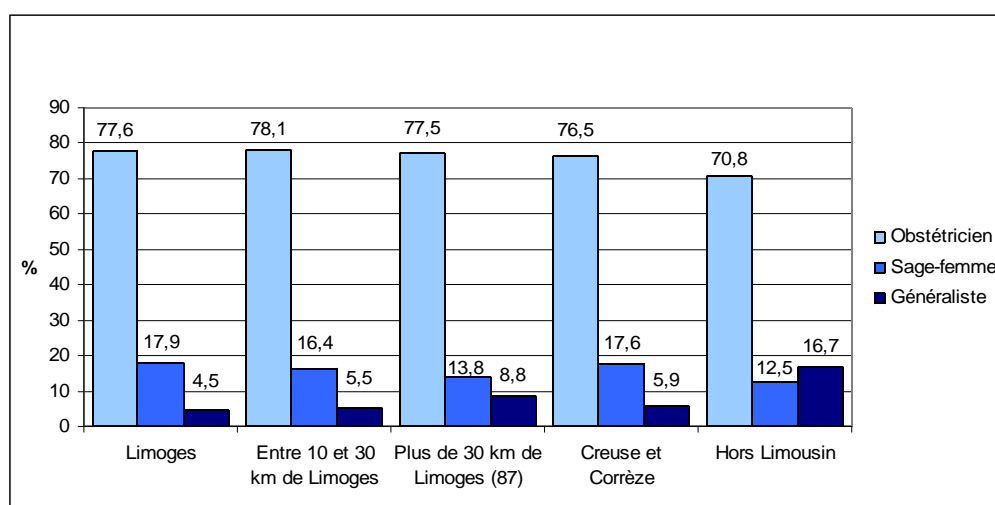
Le calcul du Chi2 confirme cette observation. Pour un salaire de moins de 10 000€/an, le Chi2 est de 39,77 et pour plus de 30 000€/an, il est de 9,43. Une différence significative réelle existe entre ces deux populations.

Le salaire annuel net varie donc en fonction du niveau d'études.

Le salaire annuel net du conjoint n'est pas révélateur d'une quelconque tendance.

2.2.2.6 En fonction du lieu d'habitation

Tableau 19 : Le choix initial des patientes en fonction de leur lieu d'habitation



77,6% des patientes habitant Limoges souhaitent un gynécologue-obstétricien (17,9% une sage-femme et 4,5% un médecin généraliste).

78,1% entre 10 et 30km de Limoges veulent un gynécologue-obstétricien (16,4% une sage-femme et 5,5% un généraliste).

77,5% habitant a plus de 30km de Limoges mais en Haute-Vienne désirent un gynécologue-obstétricien (13,8% une sage-femme, 8,8% un généraliste).

76,5% des patientes habitant en Creuse ou Corrèze souhaitent un gynécologue-obstétricien (17,6% une sage-femme et 5,9% un généraliste).

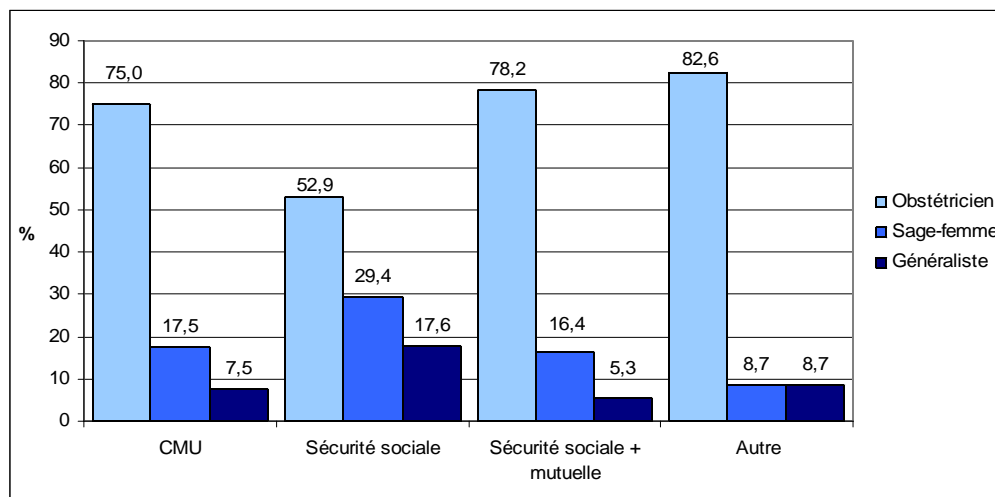
70,8% des patientes habitant hors Limousin voudraient un gynécologue-obstétricien (12,5% une sage-femme et 16,7% un généraliste).

Il existe une différence significative entre les patientes qui habitent à Limoges et celles qui sont hors Limousin et qui souhaitent un médecin

généraliste. En effet les dernières veulent plus ce professionnel que les premières avec un calcul de $p=0,01$.

2.2.2.7 En fonction de la couverture sociale

Tableau 20 : Le choix initial des patientes en fonction de leur couverture sociale



Les femmes bénéficiant de la CMU souhaitent à 75% un gynécologue-obstétricien, 17,5% une sage-femme et 7,5% un généraliste.

52,9% des patientes ayant seulement une Sécurité sociale désirent un gynécologue-obstétricien, 29,4% une sage-femme et 17,6% un généraliste.

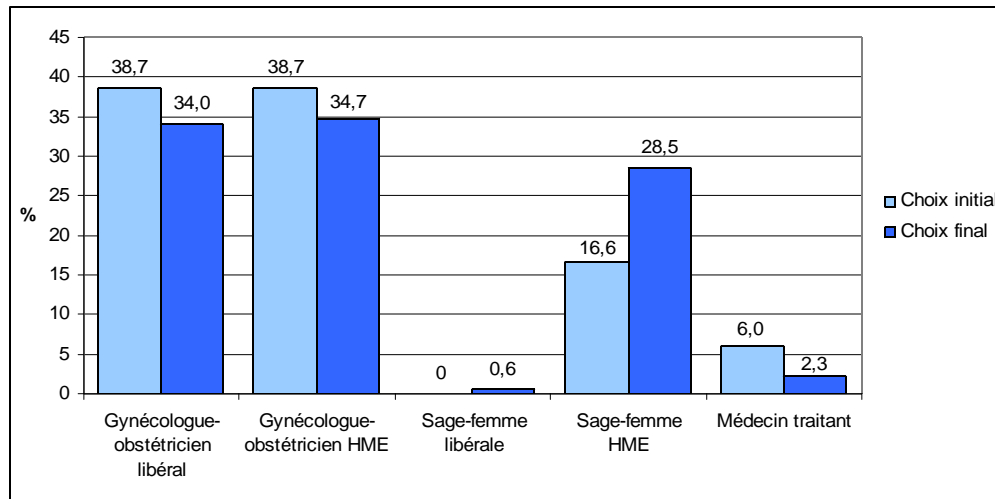
78,2% des femmes ayant une sécurité sociale et une mutuelle voudraient un gynécologue-obstétricien, 16,4% une sage-femme et 5,3% un généraliste.

Les patientes qui bénéficient d'une couverture sociale autre (MSA, etc.) choisissent plutôt un gynécologue-obstétricien (82,6%) contre 8,7% une sage-femme et 8,7% un généraliste.

Ce graphique est difficile d'interprétation car les patientes bénéficiant de la Sécurité Sociale et d'une mutuelle représente 85% de l'échantillon. Les autres patientes représentent donc une part trop faible de l'échantillon pour émettre des conclusions et voir une différence significative entre elles.

2.3 Le choix final des patientes

Tableau 21 : Le choix final du professionnel par les patientes pour le suivi de leur grossesse



68,7% des patientes interrogées ont finalement été suivies par un gynécologue-obstétricien contre 77,4% initialement, dont 34% en libéral (38,7% au départ) et 34,7% à l'HME (38,7%).

Il y a une différence très significative entre le choix initial et le choix final avec un calcul de $p=0,001$.

0,6% ont été suivies par une sage-femme libérale (aucune initialement), 28,5% par une sage-femme à l'HME contre 16,6% au départ.

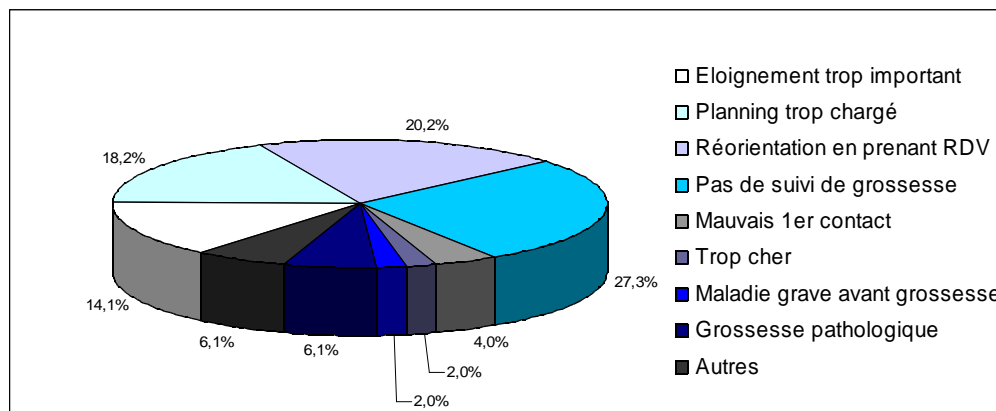
La différence est très significative entre le choix initial et final avec un calcul de $p=1,368.10^{-6}$.

2,3% sont finalement suivies par leur médecin traitant contre 6% initialement.

Cette différence est aussi statistiquement très significative avec un calcul de $p=0,002$.

2.4 La raison du changement de professionnel pour le suivi

Tableau 22 : La raison du changement de professionnel par les patientes pour le suivi de leur grossesse



99 patientes n'ont pas eu le professionnel qu'elles souhaitaient pour le suivi de leur grossesse, soit 18,7% de la population interrogée.

Parmi elles, 27,3% des femmes ont changé de professionnel car il n'effectuait pas de suivi de grossesse, 20,2% ont été réorientées lors de la prise de rendez-vous, 18,2% en raison d'un planning trop chargé du professionnel qui ne pouvait donc leur donner rendez-vous, 14,1% ont changé en raison d'un éloignement trop important du professionnel.

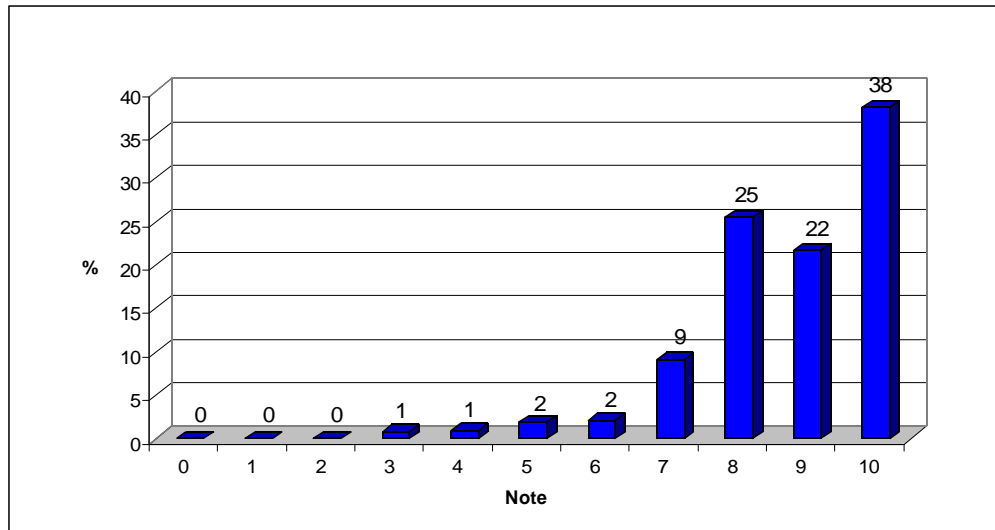
6,1% ont changé de professionnel en raison d'une grossesse pathologique, 6,1% pour une autre clause (exemple : déménagement), 4% pour un premier contact non satisfaisant.

Enfin, pour 2% des femmes, la consultation était trop onéreuse et 2% avaient une pathologie grave avant la grossesse.

Les quatre premières raisons citées représentent 79,8% des changements.

2.5 La satisfaction globale des patientes à l'égard de leur suivi de grossesse

Tableau 23 : La satisfaction des patientes à l'égard de leur suivi de grossesse

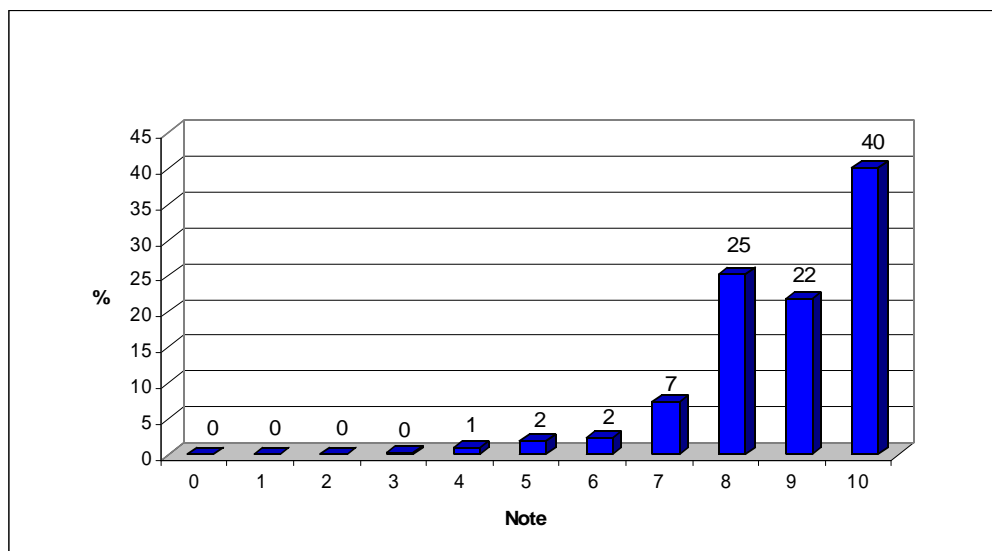


1% des patientes a donné la note 3 ou 4, 2% la note 5 ou 6, 9% la note 7, 25% la note 8, 22% la note 9 et 38% la note 10.

Donc 60% des patientes sont très satisfaites de leur suivi et 34% sont satisfaites. 6% sont peu ou pas satisfaites.

2.5.1 La satisfaction des patientes qui ont finalement eu le professionnel qu'elles souhaitaient

Tableau 24 : La satisfaction des patientes qui ont finalement eu le professionnel qu'elles souhaitaient



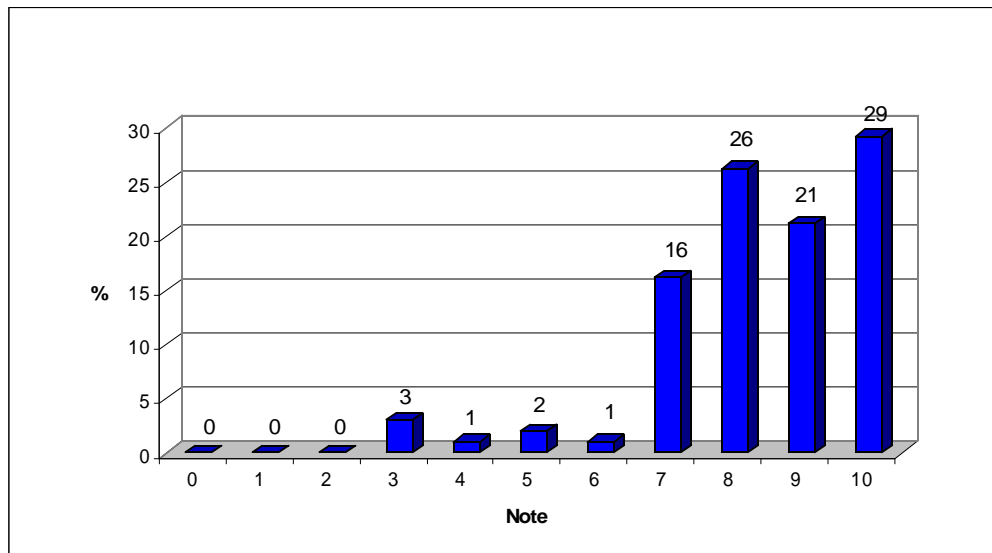
Les patientes ayant finalement eu le professionnel qu'elles désiraient pour le suivi de leur grossesse représentent 81,3% des patientes interrogées.

1% des patientes a donné la note 4, 2% ont donné la note 5 ou 6, 7% la note 7, 25% la note 8, 22% la note 9 et 40% la note 10.

Donc 62% des patientes sont très satisfaites et 32% sont satisfaites. 5% sont peu ou pas satisfaites.

2.5.2 La satisfaction des patientes qui n'ont finalement pas eu le professionnel qu'elles souhaitaient

Tableau 25 : La satisfaction des patientes qui n'ont finalement pas eu le professionnel qu'elles souhaitaient



Les patientes n'ayant finalement pas eu le professionnel qu'elles désiraient en début de grossesse représentent 18,7% de la population interrogée.

Parmi elles, 3% ont donné la note 3, 1% la note 4 ou 6, 2% la note 5, 16% la note 7, 26% la note 8, 21% la note 9 et 29% la note 10.

Donc 50% des patientes sont très satisfaites, 42% sont satisfaites.

7% sont peu ou pas satisfaites.

Si on compare les graphiques 22 et 23, on remarque qu'il n'y a pas de différence significative entre les deux populations qui ont donné une note entre 3 et 6 d'après le calcul de $p=0,5$.

Les résultats tendent à ce qu'il y ait une différence significative entre les deux populations satisfaites qui ont donné la note 7 ou 8 d'après le calcul de $p=0,067$.

Cependant, il y a une différence significative entre les deux populations très satisfaites qui ont donné la note 9 ou 10 d'après le calcul de $p=0,036$.

TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION

1. Confrontation aux hypothèses

Il s'agit à présent de comparer les résultats détaillés dans la deuxième partie et de les comparer aux hypothèses du protocole de recherche.

1.1 Hypothèse principale : La majorité des patientes a été suivie par le professionnel qu'elles souhaitaient en début de grossesse

Pour vérifier cette hypothèse, il fallait que la population qui a finalement été suivie par le professionnel souhaité en début de grossesse représente au moins 51% de l'échantillon.

Or, comme nous l'avons vu dans l'analyse, cette population représente 81,3%, ce qui est supérieur à 51%. L'hypothèse est donc confirmée.

Rappelons que les patientes souhaitent à 77,4% un gynécologue-obstétricien en début de grossesse et 68,7% les consultent au final, soit une diminution de 8,7%.

16,6% désirent une sage-femme au départ et 29,1% les choisissent finalement, soit une augmentation de 12,5%.

Enfin, 6% souhaitent un médecin généraliste et 2,3% les consultent finalement, soit une diminution de 3,7%.

On remarque qu'il y a une redistribution des effectifs entre le choix initial et final : on assiste à un rapprochement entre gynécologue-obstétricien et sage-femme mais le fossé se creuse par rapport aux médecins généralistes.

Une faible part des patientes choisissent ce professionnel pour le suivi de leur grossesse. Cela s'explique car les gestantes ne les considèrent pas comme les spécialistes de l'obstétrique comme le précise l'enquête de l'IPSOS en 2009 sur le vécu de la grossesse en France (26).

En effet, à la question « Qui vous conseille le mieux pour les mois qui viennent ? », 6% répondent « le médecin traitant » contre 33% la sage-femme et 25% l'obstétricien.

Au vu des deux derniers pourcentages, on peut donc se demander pourquoi les femmes choisissent un gynécologue-obstétricien plutôt qu'une sage-femme pour leur suivi.

En effet, les premiers semblent être « les acteurs principaux » des consultations prénatales et les sages-femmes, « les parents pauvres ».

Deux raisons peuvent expliquer ce choix :

- Les femmes assimilent le professionnel de l'obstétrique à celui qui les suit sur le plan gynécologique. Les sages-femmes peuvent effectuer ce suivi mais cela est encore peu développé.

- Les femmes sont insuffisamment informées sur le suivi de grossesse et les compétences des sages-femmes dans ce domaine. Le mémoire de Camille LEBOURGEOIS (24) montre que les femmes « cantonnent » en général « les sages-femmes uniquement à la salle d'accouchement ».

L'enquête de la DREES sur la situation périnatale en France en 2003 (22) confirme les résultats obtenus dans cette étude.

Il était décrit que 65,5% des femmes consultaient un obstétricien pour leur suivi (68,7% dans notre étude), 24,5% une sage-femme (29,1% ici) et 15,5% un médecin généraliste (2,3% ici).

La situation n'a donc pas évolué depuis 2003 malgré l'élargissement des compétences des sages-femmes qui leur permet d'assurer de manière sécurisée le suivi des grossesses physiologiques.

D'autant plus qu'elles sont polyvalentes (EPP, échographie, consultations et préparation à la naissance et à la parentalité) et leurs consultations sont

moins onéreuses pour l'Assurance Maladie. De plus, d'après l'étude de la démographie médicale, leur nombre augmente depuis plusieurs années (13), notamment dans le secteur libéral alors que le nombre de gynécologue-obstétricien va diminuer jusqu'en 2025 (17).

Vérifions à présent les hypothèses secondaires.

1.2 Le choix initial du professionnel est influencé par l'âge de la patiente

1.2.1 L'âge de la patiente

Pour vérifier cette hypothèse, il fallait mettre en évidence des différences significatives entre les tranches d'âge et les choix initiaux de professionnel.

Or, l'hypothèse est vérifiée. Nous avons effectivement montré que plus les femmes vieillissaient et plus elles se dirigeaient vers un gynécologue-obstétricien. Des différences significatives ont été montrées entre les tranches d'âge 20-25 ans et plus de 35 ans ainsi qu'entre les 25-30 ans et 30-35 ans.

A l'inverse, les femmes jeunes choisissent plutôt un médecin généraliste ; une différence significative a été mise en évidence entre les tranches d'âge 20-25 ans et plus de 35 ans.

Il n'a pas été mis en relief de profil type pour les patientes qui souhaitent une sage-femme.

Les chiffres obtenus sont différents de ceux présentés dans l'enquête de la DREES en 2007 (23), sur les disparités sociales et la surveillance de grossesse, mais ils révèlent la même tendance que dans cette étude.

En effet, 37% des moins de 20 ans choisissent un généraliste (nous les avons exclues ici du fait de leur faible nombre) et 35% des 20-24 ans (11,3% ici). A l'inverse, 35% des 20-24 ans consultent un gynécologue-obstétricien ainsi que la plupart des 25 ans et plus.

On retrouve donc la même tendance que dans l'étude de la DREES.

Ce choix peut s'expliquer car, pour leur suivi de grossesse, les femmes consultent souvent et spontanément le professionnel qui effectue leur suivi gynécologique.

Or, les jeunes femmes n'ont pas forcément de gynécologue-obstétricien pour ce suivi, elles se tournent alors volontiers vers celui qui les suit habituellement : leur médecin traitant.

A l'inverse, en vieillissant, les femmes vont vers un gynécologue-obstétricien pour ce suivi.

On pourrait penser qu'il y a un lien entre l'augmentation de l'âge, la survenue plus fréquente de pathologie et le choix d'un gynécologue-obstétricien. Or, ce n'est pas le cas puisque nous avons étudié le choix initial et pour diagnostiquer une pathologie, une première consultation doit avoir été faite.

A travers les réponses du questionnaire, nous nous sommes rendus compte que, comme dans l'enquête de la DREES en 2007 (23), d'autres critères entraînent en ligne de compte dans le choix initial du professionnel.

1.2.2 Les autres résultats de l'étude

La situation familiale, le salaire annuel net et le niveau d'études influencent le choix initial du professionnel.

- La situation familiale

Les femmes en concubinage choisissent plus une sage-femme ou un médecin généraliste et les femmes mariées, un gynécologue-obstétricien, et ce de manière significative.

Nous ne pouvons comparer ces résultats à ceux de l'enquête de la DREES car il n'était question que du lien entre les femmes seules et les médecins généralistes. Or nous n'avons pu conclure sur ce sujet.

De plus, nous avons montré dans la deuxième partie, paragraphe 2.2.2.3, tableau 15, que l'âge et la situation familiale étaient liés.

L'explication est donc ici la même que pour l'âge. En effet, les patientes jeunes sont majoritairement en concubinage et les plus âgées sont mariées.

Elles se tournent, pour le suivi de leur grossesse, vers le même professionnel que pour leur suivi gynécologique.

- Le salaire annuel net et le niveau d'études

Plus le salaire annuel net des patientes est élevé et plus elles souhaitent un gynécologue-obstétricien pour le suivi de leur grossesse. Il y a une différence significative entre celles qui n'ont aucun salaire et celles qui ont plus de 30 000 € par an.

Il n'a pas été montré d'autres différences.

Cela est confirmé par l'enquête de la DREES où les femmes cadres recourent à 64% à un gynécologue-obstétricien, contre 21% pour les femmes sans profession ou les ouvrières non qualifiées.

Or, ces dernières ont un revenu annuel net beaucoup moins important que les premières. Donc, les chiffres des deux études sont différents mais la tendance démontrée est la même.

Cela peut s'expliquer car les consultations pratiquées par les gynécologues-obstétriciens sont plus onéreuses que celles des sages-femmes ou médecins généralistes. Il est donc logique que les femmes les mieux payées se dirigent vers les obstétriciens.

Enfin, les femmes titulaires du baccalauréat choisissent une sage-femme plutôt que les deux autres types de professionnels. A l'inverse, les femmes issues de l'enseignement supérieur souhaitent plutôt un gynécologue-obstétricien, et ce de manière significative.

Or, nous avons vu dans la deuxième partie, paragraphe 2.2.2.5, tableau 18 que les critères « salaire annuel net » et « niveau d'études » étaient liés ; les explications aussi.

En effet, le salaire annuel net des femmes est proportionnel à leur niveau d'études. Donc ce sont les mieux payées et les plus avancées en terme de scolarité qui souhaitent les consultations les plus onéreuses.

- La gestité/parité

Contrairement à ce que nous aurions pu penser, ces deux critères n'influencent pas le choix initial du professionnel.

En effet, les multipares connaissent mieux les différents suivis de grossesse par rapport aux primipares.

Elles auraient donc pu se diriger en priorité vers une sage-femme ou un médecin généraliste mais cette hypothèse ne s'est pas vérifiée. En effet, il n'y avait pas de différences significatives entre ces deux populations.

1.3 L'indisponibilité du professionnel motive un changement de choix de ce dernier

L'indisponibilité du professionnel représente 18,2% des raisons pour lesquelles les femmes ne peuvent avoir le professionnel souhaité. Dans l'ordre d'importance, il s'agit du troisième critère.

Cette hypothèse est donc vérifiée puisque cette raison contribue à motiver un changement de choix de professionnel par les patientes, mais elle n'est pas la seule.

En effet, les professionnels n'effectuant pas de suivi de grossesse (27,3%) et les réorientations des femmes à la prise de rendez-vous (20,2%) constituent les deux premiers critères.

D'après les directives de la HAS (6), le premier critère qui motive un changement de professionnel doit être la survenue de pathologie.

Dans notre étude, il n'occupe que la cinquième place (12%, en additionnant « présence de pathologie grave avant la grossesse » et « grossesse pathologique »), et ce parce que la majorité des patientes réorientées souhaitaient un gynécologue-obstétricien et sont dirigées vers une sage-femme.

Le critère « la réorientation des femmes à la prise de rendez-vous » devrait primer, le deuxième étant « les grossesses pathologique ou à risque ».

1.4 Les femmes sont satisfaites de ce suivi quel que soit le professionnel

D'après l'étude de la DREES sur la satisfaction des patientes vis-à-vis de leur suivi de grossesse (25), nous pouvons en conclure qu'il n'y a pas de différence significative entre les femmes peu ou pas satisfaites, qu'elles aient eu ou non le professionnel souhaité.

Cependant, il faut noter qu'il y a une différence significative entre les femmes très satisfaites. En effet, celles qui ont eu le professionnel souhaité représentent une part plus importante que les autres. Ces dernières ont une tendance à être « simplement satisfaites ».

Nous pouvons donc en conclure que leur satisfaction est indépendante du professionnel qui a réalisé le suivi de la grossesse.

2. Les solutions envisagées

2.1 Le suivi des directives de la HAS

Afin de respecter les directives de la HAS (6), les femmes dont la grossesse est physiologique devraient être suivies par une sage-femme ou un médecin généraliste. Dans le cas d'une pathologie initiale ou de sa survenue, les femmes seraient réorientées vers un gynécologue-obstétricien.

Le nombre de femmes n'étant pas suivies par le professionnel souhaité devrait alors être beaucoup plus important que 18,7%. De plus, la première raison de changement devrait être la réorientation des femmes à la prise de rendez-vous, afin qu'elles soient suivies par le professionnel adapté. Cette raison devrait être loin devant les autres. La deuxième serait les grossesses pathologiques.

Cette modification est importante à réaliser car nous avons constaté que les femmes n'étaient pas plus insatisfaites dans le cas d'un changement de professionnel.

De plus, elle est possible et doit avoir lieu car le nombre de gynécologues-obstétriciens va diminuer jusqu'en 2025 (17).

Ces professionnels doivent pouvoir se concentrer sur le suivi gynécologique et les suivis de grossesses pathologiques car les sages-femmes ont développé leurs compétences et peuvent assurer de manière sécurisée les suivis de grossesses physiologiques. Grâce au DIU de gynécologie-obstétrique (12), les médecins généralistes sont tout aussi capables de réaliser des suivis de grossesses physiologiques.

2.2 La diminution des dépenses de santé

Cette réorganisation influencerait en termes d'économie de dépenses de santé pour la sécurité sociale puisque les actes des sages-femmes et des généralistes sont moins coûteux que ceux des obstétriciens.

2.3 Les moyens utilisés

Tout d'abord, les gynécologues-obstétriciens devraient réorienter leurs patientes dont la grossesse est physiologique vers les sages-femmes et les médecins généralistes.

De plus, le suivi de grossesse par les sages-femmes libérales devrait être développé afin d'optimiser leurs compétences et leur rôle.

Enfin, il faut développer l'information des femmes en distribuant des plaquettes d'information avant ou en début de grossesse. Elles seraient constituées d'information simple sur les différents types de suivi de grossesse.

Ces dépliants pourraient être placés dans les cabinets libéraux des gynécologues-obstétriciens, au planning familial ou dans les services de Protection Maternelle et Infantile (PMI).

Les critères influençant le choix initial du professionnel permettent de cibler en priorité la population à informer.

3. Points forts et points faibles de l'étude

3.1 Les points forts

Il s'agit d'un questionnaire à choix multiples concernant 530 patientes sur une durée d'environ sept mois. L'échantillon est donc représentatif de la population générale.

De plus, cette étude permet de répondre à plusieurs questions que l'on peut se poser dans notre pratique quotidienne, notamment lors du passage dans le service des consultations prénatales.

Par exemple, pourquoi les femmes ne sont pas suivies intégralement par une sage-femme, un médecin généraliste, quels sont les critères qui influencent le choix initial du professionnel, etc.

Enfin, elle permet l'évaluation de la satisfaction des femmes vis-à-vis de leur suivi de grossesse.

3.2 Les points faibles

Tout d'abord, le questionnaire était constitué de questions à choix multiples ; les patientes devaient donc se soumettre à des questions fermées. Il s'agit d'un biais car elles ont pu choisir des réponses par défaut.

De plus, les patientes ne sachant pas lire ou parler français ont été exclues de l'étude. Il n'y avait que 3% de femmes étrangères, cela n'a pas permis d'exploiter la nationalité et a créé un autre biais à l'étude.

Il n'a pas été demandé la catégorie socioprofessionnelle des patientes alors que celle-ci influence le choix initial du professionnel, comme nous l'avons vu dans l'étude de la DREES en 2007. En effet, le niveau scolaire ne reflète pas toujours l'appartenance à une catégorie socioprofessionnelle ; certaines peuvent avoir coché un niveau « enseignement supérieur » alors

qu'elles n'ont pas de diplôme autre que le bac, elles ont seulement fait un an de faculté.

Le salaire annuel net ne reflète pas toujours directement la catégorie socioprofessionnelle.

De plus, seuls les critères socio démographiques ont été recherchés alors que d'autres critères pourraient influencer le choix initial du professionnel, comme par exemple les informations reçues par la patiente.

Enfin, certaines femmes ont été suivies par plusieurs praticiens. Par exemple, certaines ont été suivies par un gynécologue-obstétricien en ville pendant les six premiers mois puis par une sage-femme à l'HME en fin de grossesse. Pour définir le choix final dans cette étude, nous avons pris en compte seulement le professionnel qui avait réalisé la majorité des consultations. Cela peut donc fausser les résultats du choix final des patientes.

CONCLUSION

Cette étude a montré qu'à l'HME de Limoges, la majorité des femmes étaient suivies par le professionnel qu'elles souhaitaient en début de grossesse.

En effet, pour la plupart, elles choisissent un gynécologue-obstétricien ; celui-ci semble être l'acteur principal des consultations prénatales.

Loin derrière se situent les sages-femmes et les médecins généralistes qui ne réalisent qu'une faible part des consultations prénatales, et ce, contrairement aux directives de la HAS qui les place en première ligne pour la réalisation de ces consultations.

Cependant, une faible proportion des patientes interrogées (18,7%) ne sont pas suivies par le professionnel qu'elles souhaitaient, et ce, pour différentes raisons.

L'existence d'une pathologie n'est pas le critère principal de réorientation des gestantes contrairement aux recommandations de la HAS.

Aussi, puisque les femmes sont satisfaites du suivi réalisé, on peut se demander s'il ne serait pas pertinent de les informer en début de grossesse, voire avant, afin de les orienter vers le professionnel adapté.

ANNEXES

QUESTIONNAIRE

Je suis Marlène Humbert, étudiante sage-femme. J'effectue une étude en vue de la réalisation de mon mémoire de fin d'études. Cela concerne le choix du professionnel de santé par les patientes pour le suivi de leur grossesse. Pour faire cette étude, j'ai constitué un questionnaire anonyme auquel je souhaiterais que vous répondiez. Après cela, déposez-le au secrétariat des consultations d'anesthésie. Merci par avance.

1) Quel âge avez-vous ? _____ans

2) Combien de grossesses avez-vous eu ? (hors grossesse actuelle)
(entourez la bonne réponse)

- 0

- 1

- 2 ou plus

3) Combien d'enfants avez-vous eu ? (hors grossesse actuelle)
(entourez la bonne réponse)

- 0

- 1

- 2 ou plus

4) Etes-vous : (entourez la bonne réponse)

- mariée
- pacsée
- en couple
- seule

5) Quelle est votre nationalité ? (entourez la bonne réponse)

- française
- de l'Union Européenne
- autre : précisez : _____

6) Jusqu'où êtes-vous allée dans vos études ? (entourez la bonne réponse)

- collègue
- lycée
- niveau bac
- enseignement supérieur (> bac)

7) Votre salaire annuel net ? (entourez la bonne réponse)

- aucun
- moins de 10 000 €/an
- entre 10 000 et 20 000 €/an
- entre 20 000 et 30 000 €/an
- plus de 30 000 €/an

8) Le salaire annuel net de votre conjoint ? (entourez la bonne réponse)

- aucun
- moins de 10 000€/an
- entre 10 000 et 20 000€/an
- entre 20 000 et 30 000€/an
- plus de 30 000€/an

9) Vous habitez à : lieu + département : _____

10) Votre couverture sociale ? (entourez la bonne réponse)

- CMU
- Sécurité Sociale
- Sécurité Sociale + mutuelle
- autre : précisez : _____

11) Quand vous avez su que vous étiez enceinte, par quel professionnel vouliez-vous être suivie en première intention ? (entourez LA bonne réponse)

- un gynécologue-obstétricien en ville
- un gynécologue-obstétricien à l'Hôpital Mère Enfant (HME)
- une sage-femme en ville
- une sage-femme à l'HME
- votre médecin traitant

12) Finalement, quel professionnel a réalisé la plupart des consultations de votre suivi de grossesse (les consultations 1 fois par mois, pas les échographies) ? (entourez LA bonne réponse)

- un gynécologue-obstétricien en ville
- un gynécologue-obstétricien à l'Hôpital Mère Enfant (HME)

- une sage-femme en ville
- une sage-femme à l'HME
- votre médecin traitant

13) Si les réponses aux questions 11 et 12 sont complètement identiques, passez directement à la question 14.

Si vous n'avez pas été suivie par le professionnel que vous souhaitiez au départ, quelle en était la raison ? (entourez UNE seule réponse)

- un éloignement trop important entre votre lieu d'habitation et le professionnel
- un délai d'attente trop long pour avoir un rendez-vous ou une impossibilité d'avoir un rendez-vous (planning trop chargé)
- une ré-orientation vers un autre professionnel lorsque vous avez voulu prendre rendez-vous (explication des secrétaires)
- le professionnel que vous souhaitiez n'effectuait pas de suivi de grossesse
- le mauvais déroulement de la 1ère consultation ou la mauvaise qualité des informations données
- le coût trop élevé de la consultation
- la présence d'une maladie grave avant la grossesse
- la survenue d'une pathologie (=événement anormal) pendant la grossesse
- autre : précisez : _____

14) Que vous ayez été suivie par le professionnel que vous souhaitiez ou pas, en avez-vous été satisfaite ?

Entourez la note que vous mettriez pour la satisfaction de votre suivi (0 étant très mauvais et 10 excellent)

0 → 1 → 2 → 3 → 4 → 5 → 6 → 7 → 8 → 9 → 10

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Centre Hospitalier Universitaire de Limoges, « L'école de sages-femmes », consulté le 10 novembre 2011, disponible sur :
≤<http://www.chu-limoges.fr/l-ecole-de-sage-femme.html>≥
- (2) Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, « Code de déontologie », consulté le 8 septembre 2010, disponible sur :
≤[http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice de la profession/les compétences/index.htm](http://www.ordre-sages-femmes.fr/NET/fr/document//2/exercice_de_la_profession/les_compétences/index.htm)≥
- (3) Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes, « Loi de Santé Publique du 9 août 2004 », consulté le 8 septembre 2010, disponible sur :
≤[http://sagesfemmes.activsoft.com/NET/fr/document//2/partie_extranet/news_data/grossesse accouchement et suites de couches/la sagefemme peut_elle_etablir_les_declarations_de_grossesse_/index.htm](http://sagesfemmes.activsoft.com/NET/fr/document//2/partie_extranet/news_data/grossesse_accouchement_et_suites_de_couches/la_sagefemme_peut_elle_etablir_les_declarations_de_grossesse_/index.htm)≥
- (4) P. VIOSSAT, « Les actes d'échographie réalisés par les sages-femmes », Organisation Nationale des Syndicats de Sages-Femmes, octobre 2008, consulté le 18 octobre 2011, disponible sur :
≤http://onssf.free.fr/Actes_echo_realises_SF_V5.pdf≥
- (5) P. DOUSTE-BLAZY, « Plan Périnatalité 2005-2007 », 10 novembre 2004, consulté le 9 septembre 2010, disponible sur :
≤http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/33_041110pdb.htm≥
- (6) Haute Autorité de Santé, « Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées », mai 2007, consulté le 9 septembre 2010, disponible sur :
≤http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf≥
- (7) Ministère des affaires sociales du travail et de la solidarité et le ministère de l'économie, des finances et de l'industrie, Journal Officiel de la République Française, 19 mars 2004, consulté le 14 septembre 2010, disponible sur :
≤<http://www.guadeloupe.sante.gouv.fr/sante/pdf/irp11asa.pdf>≥

(8) Syndicat National des Gynécologues Obstétriciens de France (SYNGOF), « Extrait du Code de la Santé Publique en vigueur avant la parution de la loi HPST au J.O. du 22 juillet 2009 », 9 août 2004, consulté le 2 octobre 2010, disponible sur :

≤http://www.syngof.fr/site/pages/?id_page=1176&idl=21&page=405≥

(9) SYNGOF, « Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires », 21 juillet 2009, consulté le 2 octobre 2010, disponible sur :

≤http://www.syngof.fr/site/pages/?id_page=1176&idl=21&page=405≥

(10) « Loi n°2011-814 relative à la bioéthique » (titre III article 20, titre VI article 38 et 39), Journal Officiel de la République Française, 8 juillet 2011, consulté le 18 octobre 2011, disponible sur :

≤http://www.ccne-ethique.fr/upload/joe_20110708_0157_0001.pdf≥

(11) KININE, « DES de médecine générale », Remede, le 22 avril 2006, consulté le 2 novembre 2011, disponible sur :

≤<http://www.remede.org/documents/article849.html>≥

(12) Université de Limoges, « Diplôme Inter-Universitaire de formation complémentaire à la pratique de la Gynécologie et de l'Obstétrique destiné aux médecins généralistes », Unilim, consulté le 30 juin 2011, disponible sur :

≤http://www.medecine.unilim.fr/IMG/pdf/du_diu/GYNECOLOGIE.pdf≥

(13) F. MIDY, R. LEGAL, F. TISSERAND, *La profession de sage-femme : bilan démographique et méthodes d'estimation des besoins*, Questions d'économie de la santé, 2005 ; n°101 ; p.1 à 4.

(14) DREES, Les professions de santé au 1^{er} janvier 2001, Série Statistiques, 2001 ; n°21 ; p.15.

(15) DREES, Les professions de santé au 1^{er} janvier 2005, Série Statistiques, 2005 ; n°82 ; p.21.

(16) Dr P. ROMESTAING et G. LE BRETON-LEROUVILLOIS, « Atlas national de la démographie médicale », Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2006-2011, consulté le 10 août 2011, disponible sur :

≤<http://www.conseil-national.medecin.fr/demographie/atlas-national-873>≥

(17) DREES, « Une baisse annoncée du nombre de médecins touchant particulièrement l'Ile-de-France », Atlas de la santé en Ile-de-France, 2004, consulté le 24 septembre 2010, disponible sur :

≤<http://ile-de-france.sante.gouv.fr/sante/atlas-baisse-annoncee.pdf>≥

(18) DREES, « La démographie médicale à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales », Etudes et Résultats, 2009 ; n°679 ; p.1 à 8.

- (19) G. LE BRETON-LEROUVILLOIS, « Atlas de la démographie médicale en région Limousin », Conseil National de l'Ordre des Médecins, janvier 2009, consulté le 26 septembre 2010, disponible sur :
≤<http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/Limousin.pdf>≥
- (20) L'assurance Maladie, « Avez-vous bénéficié de l'Entretien Prénatal Précoce ? », Ameli, 3 avril 2012, consulté le 5 avril 2012, disponible sur :
≤<http://www.ameli-sante.fr/grossesse/entretien-prenatal-precoce.html>≥
- (21) A. ROUCHAUD, Dr JP. FERLEY, Dr E. MILOR, B. ROCHE-BIGAS, E. LEPINE, O. DA SILVA, « Rapport sur l'évaluation de la mise en place de l'Entretien Prénatal Précoce », ORS du Limousin, septembre 2011, consulté le 11 octobre 2011, disponible sur :
≤http://www.ors-limousin.org/publications/synthese/2011/EPP_final_synth48b.pdf≥
- (22) DREES, « La situation périnatale en France en 2003-Premiers résultats de l'Enquête nationale Périnatale », Etudes et Résultats, 2005 ; n°383 ; p.1 à 8.
- (23) DREES, « Disparités sociales et surveillance de grossesse », Etudes et Résultats, 2007 ; n°552 ; p.1 à 8.
- (24) C. LEBOURGEOIS, *Perception du métier de sage-femme par les femmes enceintes et les accouchées*, Mémoire de fin d'études, 2006 ; p.31.
- (25) DREES, « Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement », Etudes et Résultats, septembre 2008 ; n°660 ; p.1 à 6.
- (26) Y. BARDON, « Le vécu de la grossesse en France – Etudes IPSOS [menées à l'initiative du CNGOF, du CNSF et du CNOSE](#) », Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, décembre 2009, consulté le 2 octobre 2010, disponible sur :
≤http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/conf_direct.htm≥

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	3
SOMMAIRE.....	4
INTRODUCTION.....	6
PREMIÈRE PARTIE : LES PROFESSIONNELS DU SUIVI DE GROSSESSE ..	7
1. Les compétences des différents praticiens.....	7
1.1 Les sages-femmes	7
1.1.1 Leurs études.....	7
1.1.2 Les compétences des sages-femmes.....	8
1.2 Les médecins.....	11
1.2.1 Les médecins généralistes.....	12
1.2.2 Les gynécologues-obstétriciens.....	13
2. La démographie médicale.....	15
2.1 Les sages-femmes.....	15
2.1.1 Au niveau national.....	15
2.1.2 Au niveau du Limousin.....	16
2.1.3 Au niveau de la Haute-Vienne.....	16
2.2 Les médecins.....	16
2.2.1 Au niveau national.....	16
2.2.2 Au niveau du Limousin.....	18
2.2.3 Au niveau de la Haute-Vienne.....	18
3. L'organisation du suivi de grossesse.....	19
3.1 Généralités sur le suivi de grossesse.....	19
3.1.1 L'Entretien Prénatal Précoce (EPP).....	19
3.1.2 Les consultations.....	20
3.1.3 Les échographies.....	20
3.1.4 Les autres éléments du suivi.....	21

3.2 Le suivi des gestantes à l’Hôpital Mère Enfant de Limoges (HME).....	21
4.La place des différents praticiens dans le suivi de grossesse.....	23
4.1 L’enquête de 2003.....	23
4.2 ...complétée par l’enquête de 2007.....	23
4.3 L’enquête de 2006.....	25
4.4 L’enquête de 2009.....	26
DEUXIÈME PARTIE : ETUDES ET RESULTATS.....	27
1.Protocole de recherche.....	27
1.1 Constat.....	27
1.2 Problématique.....	27
1.3 Objectifs.....	27
1.3.1 Objectif principal.....	27
1.3.2 Objectifs secondaires.....	28
1.4 Hypothèses.....	28
1.4.1 Hypothèse principale.....	28
1.4.2 Hypothèses secondaires.....	28
1.5 Protocole de recherche.....	28
1.5.1 La population.....	28
1.5.1.1 La population cible.....	28
1.5.1.2 La population source.....	29
1.5.2 Les variables étudiées.....	29
1.5.3 La méthode.....	30
1.5.3.1 Le type d’étude.....	30
1.5.3.2 Le recueil de données.....	31
1.5.3.3 L’exploitation des données.....	31
2.Résultats.....	32
2.1 Caractéristiques sociodémographiques de l’échantillon.....	32
2.1.1 Age.....	32
2.1.2 Gestité.....	33
2.1.3 Parité.....	33
2.1.4 Situation familiale.....	34
2.1.5 Nationalité.....	34

2.1.6 Niveau d'études.....	35
2.1.7 Salaire annuel net de la patiente.....	35
2.1.8 Salaire annuel net du conjoint.....	36
2.1.9 Lieu d'habitation.....	36
2.1.10 Couverture sociale.....	37
2.2 Le choix initial des patientes.....	38
2.2.1 Le choix initial des patientes.....	38
2.2.2 Le choix initial des patientes en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques.....	39
2.2.2.1 En fonction de l'âge.....	39
2.2.2.2 En fonction de la gestité.....	40
2.2.2.3 En fonction de la situation familiale.....	41
2.2.2.4 En fonction du niveau d'études.....	43
2.2.2.5 En fonction du salaire annuel net de la patiente.....	44
2.2.2.6 En fonction du lieu d'habitation.....	46
2.2.2.7 En fonction de la couverture sociale.....	47
2.3 Le choix final des patientes.....	48
2.4 La raison du changement de professionnel pour le suivi.....	49
2.5 La satisfaction globale des patientes à l'égard de leur suivi de grossesse	50
2.5.1 La satisfaction des patientes qui ont finalement eu le professionnel qu'elles souhaitaient.....	51
2.5.2 La satisfaction des patientes qui n'ont finalement pas eu le professionnel qu'elles souhaitaient.....	52
 TROISIEME PARTIE : ANALYSE ET DISCUSSION.....	 53
1.Confrontation aux hypothèses.....	53
1.1 Hypothèse principale : La majorité des patientes a été suivie par le professionnel qu'elles souhaitaient en début de grossesse.....	53
1.2 Le choix initial du professionnel est influencé par l'âge de la patiente. 55	
1.2.1 L'âge de la patiente.....	55
1.2.2 Les autres résultats de l'étude.....	56
1.3 L'indisponibilité du professionnel motive un changement de choix de ce dernier.....	58
1.4 Les femmes sont satisfaites de ce suivi quel que soit le professionnel. 59	

2. Les solutions envisagées.....	60
2.1 Le suivi des directives de la HAS.....	60
2.2 La diminution des dépenses de santé.....	60
2.3 Les moyens utilisés.....	61
3. Points forts et points faibles de l'étude.....	62
3.1 Les points forts.....	62
3.2 Les points faibles.....	62
 CONCLUSION.....	 64
 ANNEXES.....	 65
 BIBLIOGRAPHIE.....	 69
 TABLE DES MATIÈRES.....	 72
 TABLE DES TABLEAUX.....	 76

TABLE DES TABLEAUX

TABLEAU 1 : L'ÂGE DE L'ÉCHANTILLON.....	32
TABLEAU 2 : LA GESTITÉ DE L'ÉCHANTILLON.....	33
TABLEAU 3 : LA PARITÉ DE L'ÉCHANTILLON.....	33
TABLEAU 4 : LA SITUATION FAMILIALE DE L'ÉCHANTILLON.....	34
TABLEAU 5 : LA NATIONALITÉ DE L'ÉCHANTILLON.....	34
TABLEAU 6 : LE NIVEAU D'ÉTUDES DE L'ÉCHANTILLON.....	35
TABLEAU 7 : LE SALAIRE ANNUEL NET DE L'ÉCHANTILLON.....	35
TABLEAU 8 : LE SALAIRE ANNUEL NET DU CONJOINT.....	36
TABLEAU 9 : LE LIEU D'ABITATION DE L'ÉCHANTILLON.....	36
TABLEAU 10 : LA COUVERTURE SOCIALE DE L'ÉCHANTILLON.....	37
TABLEAU 11 : LE CHOIX INITIAL DU PROFESSIONNEL PAR LES PATIENTES POUR LE SUIVI DE LEUR GROSSESSE.....	38
TABLEAU 12 : LE CHOIX INITIAL DES PATIENTES EN FONCTION DE LEUR ÂGE.....	39
TABLEAU 13 : LE CHOIX INITIAL DES PATIENTES EN FONCTION DE LEUR GESTITÉ.....	40
TABLEAU 14 : LE CHOIX INITIAL DES PATIENTES EN FONCTION DE LEUR SITUATION FAMILIALE.....	41
TABLEAU 15 : LA SITUATION FAMILIALE DES PATIENTES EN FONCTION DE LEUR ÂGE.....	42
TABLEAU 16 : LE CHOIX INITIAL DES PATIENTES EN FONCTION DE LEUR NIVEAU D'ÉTUDES.....	43

TABLEAU 17 : LE CHOIX INITIAL DES PATIENTES EN FONCTION DE LEUR SALAIRE ANNUEL NET.....	44
TABLEAU 18 : LE SALAIRE ANNUEL NET DES PATIENTES EN FONCTION DE LEUR NIVEAU D'ÉTUDES.....	45
TABLEAU 19 : LE CHOIX INITIAL DES PATIENTES EN FONCTION DE LEUR LIEU D'HABITATION.....	46
TABLEAU 20 : LE CHOIX INITIAL DES PATIENTES EN FONCTION DE LEUR COUVERTURE SOCIALE.....	47
TABLEAU 21 : LE CHOIX FINAL DU PROFESSIONNEL PAR LES PATIENTES POUR LE SUIVI DE LEUR GROSSESSE.....	48
TABLEAU 22 : LA RAISON DU CHANGEMENT DE PROFESSIONNEL PAR LES PATIENTES POUR LE SUIVI DE LEUR GROSSESSE.....	49
TABLEAU 23 : LA SATISFACTION DES PATIENTES À L'ÉGARD DE LEUR SUIVI DE GROSSESSE.....	50
TABLEAU 24 : LA SATISFACTION DES PATIENTES QUI ONT FINALEMENT EU LE PROFESSIONNEL QU'ELLES SOUHAITAIENT.....	51
TABLEAU 25 : LA SATISFACTION DES PATIENTES QUI N'ONT FINALEMENT PAS EU LE PROFESSIONNEL QU'ELLES SOUHAITAIENT....	52