



## AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : [ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr](mailto:ddoc-theses-contact@univ-lorraine.fr)

## LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

[http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg\\_droi.php](http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php)

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

**THÈSE**

pour obtenir le grade de

**DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement  
dans le cadre du troisième cycle de Médecine Générale

par

**Habibe YILDIZ**

le 15 novembre 2010

**SUIVI DE GROSSESSE PAR LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE : EXPÉRIENCES ET  
VÉCUS DES FEMMES**

ÉTUDE QUALITATIVE AUPRÈS DE FEMMES AYANT CONFIÉ LE SUIVI DE LEUR  
GROSSESSE À LEUR MÉDECIN TRAITANT

Examineurs de la thèse :

M.JUDLIN

Président

Mme VIDAILHET

M.SIBERTIN-BLANC

M.AUBREGE

M.BERBE

Mme KIVITS

Professeur

Professeur

Professeur

Professeur

Docteur en Médecine, directeur de la thèse

Sociologue, membre invité

UNIVERSITÉ HENRI POINCARÉ, NANCY 1  
**FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY**

-----

**Président de l'Université : Professeur Jean-Pierre FINANCE**

**Doyen de la Faculté de Médecine : Professeur Henry COUDANE**

**Vice Doyen Mission « sillon lorrain » : Professeur Annick BARBAUD**

**Vice Doyen Mission « Campus » : Professeur Marie-Christine BÉNE**

**Vice Doyen Mission « Finances » : Professeur Marc BRAUN**

**Vice Doyen Mission « Recherche » : Professeur Jean-Louis GUÉANT**

**Assesseurs :**

|                                                                                                         |                                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| - Pédagogie :                                                                                           | <b>Professeur Karine ANGIOÏ-DUPREZ</b>     |
| - 1 <sup>er</sup> Cycle :                                                                               | <b>Professeur Bernard FOLIGUET</b>         |
| - « Première année commune aux études de santé (PACES) et<br>universitarisation études para-médicales » | <b>M. Christophe NÉMOS</b>                 |
| - 2 <sup>ème</sup> Cycle :                                                                              | <b>Professeur Marc DEBOUVERIE</b>          |
| - 3 <sup>ème</sup> Cycle :                                                                              |                                            |
| « DES Spécialités Médicales, Chirurgicales et Biologiques »                                             | <b>Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI</b>   |
| « DES Spécialité Médecine Générale »                                                                    | <b>Professeur Francis RAPHAËL</b>          |
| - Filières professionnalisées :                                                                         | <b>M. Walter BLONDEL</b>                   |
| - Formation Continue :                                                                                  | <b>Professeur Hervé VESPIGNANI</b>         |
| - Commission de Prospective :                                                                           | <b>Professeur Pierre-Edouard BOLLAERT</b>  |
| - Recherche :                                                                                           | <b>Professeur Didier MAINARD</b>           |
| - Développement Professionnel Continu :                                                                 | <b>Professeur Jean-Dominique DE KORWIN</b> |

**DOYENS HONORAIRES**

Professeur Adrien DUPREZ – Professeur Jean-Bernard DUREUX

Professeur Jacques ROLAND – Professeur Patrick NETTER

=====

**PROFESSEURS HONORAIRES**

Pierre ALEXANDRE – Jean-Marie ANDRE - Daniel ANTHOINE - Alain BERTRAND - Pierre BEY - Jean BEUREY

Patrick BOISSEL - Jacques BORRELLY - Michel BOULANGE - Jean-Claude BURDIN - Claude BURLET  
Daniel BURNEL - Claude CHARDOT Jean-Pierre CRANCE - Gérard DEBRY - Jean-Pierre DELAGOUTTE  
Emile de LAVERGNE - Jean-Pierre DESCHAMPS - Michel DUC - Jean DUHEILLE - Adrien DUPREZ -  
Jean-Bernard DUREUX Gérard FIEVE - Jean FLOQUET - Robert FRISCH - Alain GAUCHER - Pierre  
GAUCHER - Hubert GERARD

Jean-Marie GILGENKRANTZ - Simone GILGENKRANTZ - Oliéro GUERCI - Pierre HARTEMANN -  
Claude HURIET

Christian JANOT - Jacques LACOSTE Henri LAMBERT - Pierre LANDES - Alain LARCAN - Marie-Claire  
LAXENAIRE

Michel LAXENAIRE - Jacques LECLERE Pierre LEDERLIN - Bernard LEGRAS - Michel MANCIAUX -  
Jean-Pierre MALLIÉ Pierre MATHIEU - Denise MONERET-VAUTRIN - Pierre NABET - Jean-Pierre  
NICOLAS - Pierre PAYSANT - Francis PENIN Gilbert PERCEBOIS Claude PERRIN - Guy PETIET - Luc  
PICARD - Michel PIERSON - Jean-Marie POLU – Jacques POUREL Jean PREVOT Antoine RASPILLER -  
Michel RENARD - Jacques ROLAND - René-Jean ROYER - Paul SADOUL

Daniel SCHMITT – Michel SCHWEITZER - Jean SOMMELET - Danièle SOMMELET - Michel STRICKER  
- Gilbert THIBAUT Augusta TREHEUX Hubert UFFHOLTZ - Gérard VAILLANT – Paul VERT - Colette  
VIDAILHET - Michel VIDAILHET  
Michel WAYOFF - Michel WEBER

=====

## **PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS PRATICIENS HOSPITALIERS**

(Disciplines du Conseil National des Universités)

### **42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE**

#### **1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)**

Professeur Gilles GROSDIDIER

Professeur Pierre LASCOMBES – Professeur Marc BRAUN

#### **2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)**

Professeur Bernard FOLIGUET

#### **3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)**

Professeur François PLENAT – Professeur Jean-Michel VIGNAUD

### **43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE**

#### **1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)**

Professeur Gilles KARCHER – Professeur Pierre-Yves MARIE – Professeur Pierre OLIVIER

#### **2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)**

Professeur Denis REGENT – Professeur Michel CLAUDON

Professeur Serge BRACARD – Professeur Alain BLUM – Professeur Jacques FELBLINGER

Professeur René ANXIONNAT

-----

### **44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION**

#### **1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)**

Professeur Jean-Louis GUÉANT – Professeur Jean-Luc OLIVIER – Professeur Bernard NAMOUR

#### **2<sup>ème</sup> sous-section : (*Physiologie*)**

Professeur François MARCHAL – Professeur Bruno CHENUUEL – Professeur Christian BEYAERT

#### **3<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie Cellulaire*)**

Professeur Ali DALLOUL

#### **4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)**

Professeur Olivier ZIEGLER – Professeur Didier QUILLIOT

-----

### **45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE**

#### **1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – virologie ; hygiène hospitalière*)**

Professeur Alain LE FAOU - Professeur Alain LOZNIEWSKI

#### **3<sup>ème</sup> sous-section : (*Maladies infectieuses ; maladies tropicales*)**

Professeur Thierry MAY – Professeur Christian RABAUD

-----

### **46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ**

#### **1<sup>ère</sup> sous-section : (*Épidémiologie, économie de la santé et prévention*)**

Professeur Philippe HARTEMANN – Professeur Serge BRIANÇON - Professeur Francis GUILLEMIN

Professeur Denis ZMIROU-NAVIER – Professeur François ALLA

#### **2<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine et santé au travail*)**

Professeur Christophe PARIS

#### **3<sup>ème</sup> sous-section : (*Médecine légale et droit de la santé*)**

Professeur Henry COUDANE

#### **4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)**

Professeur François KOHLER – Professeur Éliane ALBUISSON

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Hématologie ; transfusion)**

Professeur Thomas LECOMPTE – Professeur Pierre BORDIGONI

Professeur Jean-François STOLTZ – Professeur Pierre FEUGIER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cancérologie ; radiothérapie)**

Professeur François GUILLEMIN – Professeur Thierry CONROY

Professeur Didier PEIFFERT – Professeur Frédéric MARCHAL

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Immunologie)**

Professeur Gilbert FAURE – Professeur Marie-Christine BENE

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Génétique)**

Professeur Philippe JONVEAUX – Professeur Bruno LEHEUP

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE, PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence)**

Professeur Claude MEISTELMAN – Professeur Hervé BOUAZIZ

Professeur Paul-Michel MERTES – Professeur Gérard AUDIBERT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Réanimation médicale ; médecine d'urgence)**

Professeur Alain GERARD - Professeur Pierre-Édouard BOLLAERT

Professeur Bruno LÉVY – Professeur Sébastien GIBOT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie)**

Professeur Patrick NETTER – Professeur Pierre GILLET

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie)**

Professeur François PAILLE – Professeur Gérard GAY – Professeur Faiez ZANNAD - Professeur Patrick ROSSIGNOL

**49<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE NERVEUSE ET MUSCULAIRE, PATHOLOGIE MENTALE, HANDICAP et RÉÉDUCATION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Neurologie)**

Professeur Gérard BARROCHE – Professeur Hervé VESPIGNANI

Professeur Xavier DUCROCQ – Professeur Marc DEBOUVERIE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Neurochirurgie)**

Professeur Jean-Claude MARCHAL – Professeur Jean AUQUE

Professeur Thierry CIVIT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Psychiatrie d'adultes ; addictologie)**

Professeur Jean-Pierre KAHN – Professeur Raymund SCHWAN

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Pédopsychiatrie ; addictologie)**

Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC – Professeur Bernard KABUTH

**5<sup>ème</sup> sous-section : (Médecine physique et de réadaptation)**

Professeur Jean PAYSANT

-----

**50<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE OSTÉO-ARTICULAIRE, DERMATOLOGIE et CHIRURGIE PLASTIQUE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Rhumatologie)**

Professeur Isabelle CHARY-VALCKENAERE – Professeur Damien LOEUILLE

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie orthopédique et traumatologique)**

Professeur Daniel MOLE - Professeur Didier MAINARD

Professeur François SIRVEAUX – Professeur Laurent GALOIS

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Dermato-vénéréologie)**

Professeur Jean-Luc SCHMUTZ – Professeur Annick BARBAUD

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie)**

Professeur François DAP – Professeur Gilles DAUTEL

-----

**51<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE CARDIORESPIRATOIRE et VASCULAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pneumologie ; addictologie)**

Professeur Yves MARTINET – Professeur Jean-François CHABOT – Professeur Ari CHAOUAT

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Cardiologie)**

Professeur Etienne ALIOT – Professeur Yves JUILLIERE – Professeur Nicolas SADOUL  
Professeur Christian de CHILLOU

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie thoracique et cardiovasculaire)**

Professeur Jean-Pierre VILLEMOT - Professeur Jean-Pierre CARTEAUX – Professeur Loïc MACÉ

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire)**

Professeur Denis WAHL – Professeur Sergueï MALIKOV

-----

**52<sup>ème</sup> Section : MALADIES DES APPAREILS DIGESTIF et URINAIRE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie)**

Professeur Marc-André BIGARD - Professeur Jean-Pierre BRONOWICKI – Professeur Laurent PEYRIN-  
BIROULET

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie digestive)**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Néphrologie)**

Professeur Michèle KESSLER – Professeur Dominique HESTIN – Professeur Luc FRIMAT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Urologie)**

Professeur Philippe MANGIN – Professeur Jacques HUBERT – Professeur Pascal ESCHWEGE

-----

**53<sup>ème</sup> Section : MÉDECINE INTERNE, GÉRIATRIE et CHIRURGIE GÉNÉRALE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; médecine générale ; addictologie)**

Professeur Jean-Dominique DE KORWIN – Professeur Pierre KAMINSKY

Professeur Athanase BENETOS - Professeur Gisèle KANNY – Professeur Christine PERRET-GUILLAUME

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie générale)**

Professeur Patrick BOISSEL – Professeur Laurent BRESLER

Professeur Laurent BRUNAUD – Professeur Ahmet AYAV

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-  
OBSTÉTRIQUE, ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Pédiatrie)**

Professeur Pierre MONIN - Professeur Jean-Michel HASCOET - Professeur Pascal CHASTAGNER  
Professeur François FEILLET - Professeur Cyril SCHWEITZER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie infantile)**

Professeur Michel SCHMITT – Professeur Pierre JOURNEAU – Professeur Jean-Louis LEMELLE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale)**

Professeur Jean-Louis BOUTROY - Professeur Philippe JUDLIN – Professeur Patricia BARBARINO

**4<sup>ème</sup> sous-section : (Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale)**

Professeur Georges WERYHA – Professeur Marc KLEIN – Professeur Bruno GUERCI

-----

**55<sup>ème</sup> Section : PATHOLOGIE DE LA TÊTE ET DU COU**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (Oto-rhino-laryngologie)**

Professeur Claude SIMON – Professeur Roger JANKOWSKI – Professeur Cécile PARIETTI-WINKLER

**2<sup>ème</sup> sous-section : (Ophtalmologie)**

Professeur Jean-Luc GEORGE – Professeur Jean-Paul BERROD – Professeur Karine ANGIOI-DUPREZ

**3<sup>ème</sup> sous-section : (Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)**

Professeur Jean-François CHASSAGNE – Professeur Etienne SIMON

=====

## PROFESSEURS DES UNIVERSITÉS

### 64<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE

Professeur Sandrine BOSCHI-MULLER

=====

## MAÎTRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

### 42<sup>ème</sup> Section : MORPHOLOGIE ET MORPHOGENÈSE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Anatomie*)

Docteur Bruno GRIGNON – Docteur Thierry HAUMONT – Docteur Manuela PEREZ

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cytologie et histologie*)

Docteur Edouard BARRAT - Docteur Françoise TOUATI – Docteur Chantal KOHLER

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Anatomie et cytologie pathologiques*)

Docteur Béatrice MARIE – Docteur Aude BRESSENOT

-----

### 43<sup>ème</sup> Section : BIOPHYSIQUE ET IMAGERIE MÉDICALE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biophysique et médecine nucléaire*)

Docteur Marie-Hélène LAURENS – Docteur Jean-Claude MAYER

Docteur Pierre THOUVENOT – Docteur Jean-Marie ESCANYE

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Radiologie et imagerie médicale*)

Docteur Damien MANDRY

-----

### 44<sup>ème</sup> Section : BIOCHIMIE, BIOLOGIE CELLULAIRE ET MOLÉCULAIRE, PHYSIOLOGIE ET NUTRITION

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Biochimie et biologie moléculaire*)

Docteur Jean STRACZEK – Docteur Sophie FREMONT

Docteur Isabelle GASTIN – Docteur Marc MERTEN – Docteur Catherine MALAPLATE-ARMAND

Docteur Shyue-Fang BATTAGLIA

#### 3<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie Cellulaire*)

Docteur Véronique DECOT-MAILLERET

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Nutrition*)

Docteur Rosa-Maria RODRIGUEZ-GUEANT

### 45<sup>ème</sup> Section : MICROBIOLOGIE, MALADIES TRANSMISSIBLES ET HYGIÈNE

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Bactériologie – Virologie ; hygiène hospitalière*)

Docteur Francine MORY – Docteur Véronique VENARD

#### 2<sup>ème</sup> sous-section : (*Parasitologie et mycologie*)

Docteur Nelly CONTET-AUDONNEAU – Madame Marie MACHOUART

-----

### 46<sup>ème</sup> Section : SANTÉ PUBLIQUE, ENVIRONNEMENT ET SOCIÉTÉ

#### 1<sup>ère</sup> sous-section : (*Epidémiologie, économie de la santé et prévention*)

Docteur Alexis HAUTEMANIERE – Docteur Frédérique CLAUDOT

#### 3<sup>ème</sup> sous-section (*Médecine légale et droit de la santé*)

Docteur Laurent MARTRILLE

#### 4<sup>ème</sup> sous-section : (*Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication*)

Docteur Nicolas JAY

-----

**47<sup>ème</sup> Section : CANCÉROLOGIE, GÉNÉTIQUE, HÉMATOLOGIE, IMMUNOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Hématologie ; transfusion*)**

Docteur François SCHOONEMAN

**2<sup>ème</sup> sous-section : (*Cancérologie ; radiothérapie : cancérologie (type mixte : biologique)*)**

Docteur Lina BOLOTINE

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Immunologie*)**

Docteur Marcelo DE CARVALHO BITTENCOURT

**4<sup>ème</sup> sous-section : (*Génétique*)**

Docteur Christophe PHILIPPE – Docteur Céline BONNET

-----

**48<sup>ème</sup> Section : ANESTHÉSIOLOGIE, RÉANIMATION, MÉDECINE D'URGENCE,  
PHARMACOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE**

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique*)**

Docteur Françoise LAPICQUE – Docteur Marie-José ROYER-MORROT – Docteur Nicolas GAMBIER

-----

**50<sup>ème</sup> Section : RHUMATOLOGIE**

**1<sup>ère</sup> sous-section : (*Rhumatologie*)**

Docteur Anne-Christine RAT

**3<sup>ème</sup> sous-section : (*Dermato-vénéréologie*)**

Docteur Anne-Claire BURSZTEJN

-----

**54<sup>ème</sup> Section : DÉVELOPPEMENT ET PATHOLOGIE DE L'ENFANT, GYNÉCOLOGIE-  
OBSTÉTRIQUE,  
ENDOCRINOLOGIE ET REPRODUCTION**

**3<sup>ème</sup> sous-section :**

Docteur Olivier MOREL

**5<sup>ème</sup> sous-section : (*Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale*)**

Docteur Jean-Louis CORDONNIER

=====

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES**

**5<sup>ème</sup> section : SCIENCE ÉCONOMIE GÉNÉRALE**

Monsieur Vincent LHUILLIER

-----

**40<sup>ème</sup> section : SCIENCES DU MÉDICAMENT**

Monsieur Jean-François COLLIN

-----

**60<sup>ème</sup> section : MÉCANIQUE, GÉNIE MÉCANIQUE ET GÉNIE CIVILE**

Monsieur Alain DURAND

-----

**61<sup>ème</sup> section : GÉNIE INFORMATIQUE, AUTOMATIQUE ET TRAITEMENT DU SIGNAL**

Monsieur Jean REBSTOCK – Monsieur Walter BLONDEL

**64<sup>ème</sup> section : BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLÉCULAIRE**

Mademoiselle Marie-Claire LANHERS – Monsieur Pascal REBOUL – Mr Nick RAMALANJAONA

-----

**65<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE CELLULAIRE**

Mademoiselle Françoise DREYFUSS – Monsieur Jean-Louis GELLY  
Madame Ketsia HESS – Monsieur Hervé MEMBRE – Monsieur Christophe NEMOS - Madame Natalia DE  
ISLA  
Madame Nathalie MERCIER

-----

**66<sup>ème</sup> section : PHYSIOLOGIE**

Monsieur Nguyen TRAN

-----

**67<sup>ème</sup> section : BIOLOGIE DES POPULATIONS ET ÉCOLOGIE**

Madame Nadine MUSSE

=====

**PROFESSEURS ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Professeur associé Alain AUBREGE  
Professeur associé Francis RAPHAEL

**MAÎTRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS**

**Médecine Générale**

Docteur Jean-Marc BOIVIN  
Docteur Jean-Louis ADAM  
Docteur Elisabeth STEYER  
Docteur Paolo DI PATRIZIO  
Docteur Sophie SIEGRIST

=====

**PROFESSEURS ÉMÉRITES**

Professeur Jean-Marie ANDRÉ - Professeur Daniel ANTHOINE - Professeur Pierre BEY – Professeur Patrick  
BOISSEL  
Professeur Michel BOULANGÉ - Professeur Jean-Pierre CRANCE - Professeur Jean-Marie GILGENKRANTZ  
Professeur Simone GILGENKRANTZ - Professeur Henri LAMBERT - Professeur Alain LARCAN  
Professeur Denise MONERET-VAUTRIN - Professeur Jean-Pierre NICOLAS - Professeur Luc PICARD  
Professeur Jacques POUREL - Professeur Jacques ROLAND - Professeur Gilbert THIBAUT  
Professeur Hubert UFFHOLTZ Professeur Paul VERT - Professeur Colette VIDAILHET - Professeur Michel  
VIDAILHET

=====

**DOCTEURS HONORIS CAUSA**

Professeur Norman SHUMWAY (1972)  
*Université de Stanford, Californie (U.S.A)*  
Professeur Paul MICHIELSEN (1979)  
*Université Catholique, Louvain (Belgique)*  
Professeur Charles A. BERRY (1982)  
*Centre de Médecine Préventive, Houston (U.S.A)*  
Professeur Pierre-Marie GALETTI (1982)  
*Brown University, Providence (U.S.A)*  
Professeur Mamish Nisbet MUNRO (1982)  
*Massachusetts Institute of Technology (U.S.A)*  
Professeur Mildred T. STAHLMAN (1982)  
*Vanderbilt University, Nashville (U.S.A)*  
Harry J. BUNCKE (1989)  
*Université de Californie, San Francisco (U.S.A)*  
Professeur Daniel G. BICHET (2001)  
*Université de Montréal (Canada)*  
Professeur Brian BURCHELL (2007)  
*Université de Dundee (Royaume Uni)*

Professeur Théodore H. SCHIEBLER (1989)  
*Institut d'Anatomie de Würzburg (R.F.A)*  
Professeur Maria DELIVORIA-PAPADOPOULOS (1996)  
*Université de Pennsylvanie (U.S.A)*  
Professeur Mashaki KASHIWARA (1996)  
*Research Institute for Mathematical Sciences de Kyoto (JAPON)*  
Professeur Ralph GRÄSBECK (1996)  
*Université d'Helsinki (FINLANDE)*  
Professeur James STEICHEN (1997)  
*Université d'Indianapolis (U.S.A)*  
Professeur Duong Quang TRUNG (1997)  
*Centre Universitaire de Formation et de Perfectionnement des  
Professionnels de Santé d'Hô Chi Minh-Ville (VIÊTNAM)*  
Professeur Marc LEVENSTON (2005)  
*Institute of Technology, Atlanta (USA)*

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT,

**Monsieur le Professeur Philippe JUDLIN**

Professeur de Gynécologie-Obstétrique

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

Vous qui nous avez manifesté votre confiance,

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

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

**Madame le Professeur Colette VIDAILHET**

Professeur émérite de Pédopsychiatrie

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

Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous remercier pour la spontanéité avec laquelle vous avez accepté d'être juge de notre travail.

Nous vous exprimons notre profond respect et toute notre gratitude.

A NOTRE MAITRE ET JUGE,

**Monsieur le Professeur Daniel SIBERTIN-BLANC**

Professeur de Pédopsychiatrie

Nous vous remercions de l'honneur que vous nous faites en acceptant de participer à notre jury de Thèse.

Soyez remercié de l'intérêt que vous avez manifesté à l'égard de notre travail, dans l'espoir que celui-ci vous ait apporté satisfaction.

Nous vous exprimons toute notre gratitude et notre plus profond respect.

A NOTRE JUGE,

**Monsieur le Professeur Alain AUBRÈGE**

Professeur associé de Médecine Générale

Nous vous remercions d'avoir honoré de votre attention ce travail en acceptant de participer à notre jury de Thèse.

Nous vous prions de trouver en ces quelques mots l'assurance de notre très vive reconnaissance.

A NOTRE JUGE ET DIRECTEUR DE THESE,

**Monsieur le docteur Cédric BERBÉ**

Chef de clinique de Médecine Générale

Pour avoir accepté de diriger ce travail.

Reçois toute mon amitié et mes sincères remerciements pour ta gentillesse, ton écoute, ton humilité, ta disponibilité malgré ton planning bien chargé et tes multiples activités. Même dans les moments les plus difficiles de ce travail, tu as su garder ton calme et m'encourager.

Tu es pour nous un bel exemple de la nouvelle génération de médecins généralistes.

A NOTRE MEMBRE INVITÉ,

**Madame Joëlle KIVITS**

Sociologue

Pour avoir accepté de participer au jury de Thèse.

Votre disponibilité et votre soutien nous ont été précieux. Sans votre aide, ni l'élaboration des questionnaires, ni leur exploitation n'aurait été possible.

Veillez recevoir l'expression de notre profonde gratitude et de nos sincères remerciements.

Remerciements aux médecins, internes, sages-femmes des différents services de maternité de la région Lorraine, contactés par téléphone, ou rencontrés, pour leur patience et leur soutien; et tout particulièrement aux secrétaires des maternités de Metz et Remiremont pour leur sourire, leur gentillesse, leur aide.

Un immense remerciement aux femmes enceintes rencontrées. Elles m'ont accueilli dans leur intimité, avec simplicité, complicité, et enthousiasme. Sans elles, ce travail n'aurait eu lieu. Je garde de ces rencontres un moment intense, riche en sensations et échanges. Cette thèse est leur thèse.

Merci à ma formidable famille, pour leur amour, leur soutien sans faille, pour m'avoir transmis leur esprit positif et optimiste; et tout particulièrement à mes parents pour m'avoir toujours poussé à aller jusqu'au bout de mes curiosités.

Une pensée à ma famille, lointaine en distance mais proche dans mon cœur, pour leur amour, leur encouragement et leur sens des valeurs; et tout particulièrement à ma grand-mère pour sa sagesse, sa gentillesse.

Merci à Magali, mon amie d'enfance, pour tous ses moments de joie et de peine partagés et à venir.

Merci à mes formidables amis cosmopolites, la « dream team », Jaffar, Maya, Yasar, Safouane, Katerina, Hara, Kristina... pour tous ces moments forts en adrénaline. Quelle que soit la distance nous séparant on réussira toujours à se retrouver pour de nouvelles aventures ! Que cette amitié perdure pour toujours.

Merci à Alice, Gaëlle, Hayriye, Semra, Kénora qui m'ont supportée, encouragée pendant cette difficile période de travail.

Merci à tous mes autres amis formidables, les anecdotes sont trop nombreuses pour être citées. Merci pour votre amitié et votre présence à mes côtés...

Merci à docteur Cosson, pour m'avoir initié à la médecine manuelle et transmis la passion de l'exercice en cabinet. Merci également de vous être lancé dans la relecture de la thèse...

Merci à toutes celles et ceux qui m'ont enseigné cette profession, aidée et conseillée, à la faculté comme pendant mes stages.

# SERMENT

*« Au moment d'être admise à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.*

*J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.*

*Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.*

*Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.*

*Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admise dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.*

*Reçue à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances.*

*Je ne fournirai aux femmes aucun abortif.*

*Je ne prolongerai pas abusivement les agonies.*

*Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission.*

*Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.*

*Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.*

*Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses; que je sois déshonorée et méprisée si j'y manque ».*

« C'est par la subjectivité poussée à son paroxysme qu'on touche à l'objectivité »

Michel Leiris, *L'Afrique Fantôme*, 1934

# TABLE DES MATIERES

|                                                                                                                      |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>I- ELEMENTS D'INTRODUCTION .....</b>                                                                              | <b>23</b> |
| I-1 INTRODUCTION.....                                                                                                | 24        |
| I-2 CONTEXTE.....                                                                                                    | 26        |
| I-2.1 Historique socio-psychologique de la grossesse .....                                                           | 26        |
| I-2.1.1 Le sens de la maternité .....                                                                                | 26        |
| I-2.1.2 L'évolution du suivi de grossesse en France.....                                                             | 27        |
| I-2.2 Démographie médicale du suivi de grossesse en France .....                                                     | 34        |
| I-2.2.1 Quelques chiffres clés en France et en Europe .....                                                          | 34        |
| I-2.2.2 Les médecins généralistes .....                                                                              | 35        |
| I-2.2.3 Les gynécologues .....                                                                                       | 35        |
| I-2.2.4 Les sages-femmes .....                                                                                       | 38        |
| I-2.2.5 Scénarios à l'horizon 2030 .....                                                                             | 40        |
| I-2.2.6 Le recul progressif de la place du médecin généraliste.....                                                  | 42        |
| I-3 SUIVI DE GROSSESSE.....                                                                                          | 43        |
| I-3.1 La consultation préconceptionnelle.....                                                                        | 43        |
| I-3.2 Un suivi réglementé .....                                                                                      | 44        |
| I-3.2.1 La surveillance clinique de la grossesse.....                                                                | 45        |
| I-3.2.2 Les situations à risque .....                                                                                | 49        |
| I-3.2.3 La surveillance biologique de la grossesse .....                                                             | 50        |
| I-3.2.4 La surveillance échographique de la grossesse .....                                                          | 52        |
| I-3.3 Prévention de la listériose et de la toxoplasmose chez des femmes séronégatives<br>en début de grossesse ..... | 53        |
| I-3.4 Les symptômes courants .....                                                                                   | 55        |
| I-3.5 Quand faire appel au spécialiste ? .....                                                                       | 57        |
| I-3.6 Aspects psychologiques du suivi de grossesse.....                                                              | 59        |
| I-4 CHOIX DES INTERVENANTS POUR LE SUIVI DE GROSSESSE .....                                                          | 60        |
| I-4.1 Ressenti des femmes enceintes suivies par leur médecin généraliste .....                                       | 60        |
| I-4.2 Raisons du non-choix du médecin généraliste pour le suivi de grossesse .....                                   | 64        |
| I-4.3 Problématique.....                                                                                             | 66        |

|                                                                                                        |               |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>II- MATERIEL ET METHODE .....</b>                                                                   | <b>67</b>     |
| II-1 CHOIX DE LA METHODE.....                                                                          | 68            |
| II-2 CONCEPTION DE L'ENQUETE .....                                                                     | 70            |
| II-2.1 Population et corpus.....                                                                       | 70            |
| II-2.2 Mode d'accès aux interviewés .....                                                              | 71            |
| II-2.3 Le plan d'entretien .....                                                                       | 72            |
| II-3 REALISATION DES ENTRETIENS .....                                                                  | 73            |
| II-4 ANALYSE DU CONTENU DU CORPUS.....                                                                 | 74            |
| <br><b>III- RESULTATS.....</b>                                                                         | <br><b>75</b> |
| III-1 REALISATION DES ENTRETIENS .....                                                                 | 76            |
| III-2 ANALYSE DES ENTRETIENS.....                                                                      | 77            |
| III-2.1 Description du corpus .....                                                                    | 77            |
| III-2.2 Les facteurs favorisant le choix du médecin généraliste pour le suivi de la<br>grossesse ..... | 78            |
| III-2.2.1 La disponibilité .....                                                                       | 78            |
| III-2.2.2 La qualité de la relation médecin généraliste- patient .....                                 | 79            |
| III-2.2.3 La confiance .....                                                                           | 81            |
| III-2.2.4 La connaissance antérieure de la femme .....                                                 | 81            |
| III-2.2.5 Le suivi gynécologique antérieur .....                                                       | 84            |
| III-2.2.6 Le genre masculin ou féminin du médecin généraliste ?.....                                   | 85            |
| III-2.2.7 La proximité, facteur déterminant ? .....                                                    | 87            |
| III-2.3 Représentations de la gynécologie-obstétrique des femmes .....                                 | 88            |
| III-2.4 La satisfaction des femmes.....                                                                | 90            |
| III-2.5 Synthèse.....                                                                                  | 92            |

|                                                                                             |            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>IV- DISCUSSION .....</b>                                                                 | <b>93</b>  |
| IV-1 INTERET DE LA METHODE .....                                                            | 94         |
| IV-1.1 Pourquoi le qualitatif ? .....                                                       | 94         |
| IV-1.2 Limites et insuffisance.....                                                         | 95         |
| IV-2 RAISONS DU CHOIX DU MEDECIN TRAITANT .....                                             | 96         |
| IV-2.1 La relation médecin généraliste-patient .....                                        | 96         |
| IV-2.1.1 Connaissance antérieure et entière de la femme .....                               | 96         |
| IV-2.1.2 Démédicalisation .....                                                             | 97         |
| IV-2.1.3 Rôle non limité à la grossesse .....                                               | 99         |
| IV-2.2 La disponibilité du médecin généraliste et le suivi gynécologique<br>antérieur ..... | 100        |
| IV-3 CRITERES N'INTERVENANT PAS DANS LE CHOIX ? .....                                       | 102        |
| IV-3.1 Le genre masculin ou féminin du médecin a-t-il une importance ? .....                | 102        |
| IV-3.2 La proximité cabinet-domicile ?.....                                                 | 103        |
| IV-3.3 L'influence du niveau socio-culturel ? .....                                         | 104        |
| IV-4 RAISONS DU REcul DE LA PLACE DU MEDECIN<br>GENERALISTE .....                           | 105        |
| <b>V- CONCLUSION .....</b>                                                                  | <b>108</b> |
| <b>ANNEXES .....</b>                                                                        | <b>112</b> |
| <b>TABLE DES ILLUSTRATIONS .....</b>                                                        | <b>142</b> |
| <b>ABREVIATIONS.....</b>                                                                    | <b>145</b> |
| <b>BIBLIOGRAPHIE.....</b>                                                                   | <b>147</b> |



*Faits des Romains, vers 1360-1380.  
La naissance de Jules César.*

# **I- ELEMENTS D'INTRODUCTION**

# **I-1 INTRODUCTION**

Une grossesse et une naissance sont des expériences de vie uniques. La grossesse constitue un évènement naturel et lourd de sens. C'est une épreuve qui amène les individus à réfléchir à leur vie d'homme ou de femme, au fait de devenir mère et père, aux changements dans leur relation avec leurs partenaires, leurs parents et leurs autres enfants. Une grossesse est source de confiance, mais aussi d'angoisses.

Le suivi de la femme enceinte consiste à détecter, et si possible, réduire les facteurs pouvant compromettre l'issue heureuse d'une naissance réussie [ 1 ] .

Suivre la grossesse, ce n'est pas seulement détecter à temps une souffrance fœtale, mais aussi une souffrance maternelle (physique, morale, psycho-sociale).

Les professionnels de la santé, en première ligne, occupent une position privilégiée pour consacrer du temps et de l'attention à tous ces aspects du suivi de grossesse. La relation de confiance qui s'installe ainsi entre le médecin généraliste et la femme enceinte, son partenaire et ses enfants revêt une importance fondamentale.

En effet, le médecin traitant est le médecin de premier recours; il connaît la femme, ses antécédents et son histoire. Il reverra la femme et son bébé après la naissance. Le médecin généraliste est une référence, il est le premier interlocuteur. Il est celui qui permet l'entrée dans le système de soins. Par sa possibilité de suivre l'ensemble de la famille, il est le mieux placé pour comprendre l'environnement dans lequel se développe la grossesse. Il peut ainsi dépister au plus précoce d'éventuels retentissements psychologiques de la grossesse chez la mère, le père, le couple, la fratrie. Il est le meilleur observateur de l'environnement psychologique et social de la grossesse. Il a donc un rôle de prévention majeur. C'est pourquoi, le généraliste doit être un maillon privilégié des réseaux mère-enfant [ 2 ] .

Depuis l'avènement de la médicalisation de la grossesse, le suivi a progressivement évolué vers une médicalisation encadrée et confiée au spécialiste. L'implication des généralistes dans la prise en charge des femmes enceintes s'est donc amoindrie.

Cependant, depuis quelques années, le suivi des grossesses non compliquées réintègre lentement le terrain de la médecine générale pour de multiples raisons : pénurie relative d'obstétriciens et de gynécologues, redéfinition des rôles et missions des soins primaires dans un système de santé cohérent et organisé, volonté de « démedicalisation » et de « déspecialisation » des problèmes de santé courants.

C'est en partant de ces constats qu'est née l'idée de ce travail. La question centrale est de comprendre le choix du médecin généraliste par les femmes pour le suivi de leur grossesse, et d'analyser ainsi les facteurs influençant le choix du médecin. Pour cela, nous avons tenté d'étudier le ressenti des femmes qui ont fait le choix du suivi de leur grossesse par un médecin généraliste, au travers d'une enquête qualitative. En sont-elles satisfaites ? Sur quels critères ont-elles fait ce choix ? Est-ce leur volonté réelle ?

## **I-2 CONTEXTE**

### **I-2.1 Historique socio-psychologique de la maternité**

#### **I-2.1.1 Le sens de la maternité**

Le désir de maternité prend ses racines chez la fille. Dès l'apparition des signes de maturité hormonale, la fonction maternelle est à l'œuvre [3].

La grossesse est un événement spécial qui détermine des modifications à la fois psychiques et physiques profondes. Elle marque le début d'un processus physique continu, qui ne peut pas manquer de faire naître des réactions psychiques. Un grand centre d'activité apparaît et affecte l'organisme entier. La grossesse reste pour l'être humain, un mystère autant que la conception elle-même.

La femme enceinte est située au-dessus de l'humanité ordinaire et devient la cassette qui renferme un joyau inestimable. La femme enceinte a atteint le sommet de la féminité : elle est arrivée à ce point vers lequel la pousse la vague menstruelle à intervalles réguliers pendant toute la durée de la vie sexuelle ; elle a rempli la fonction pour laquelle son corps a été construit, et à laquelle sa disposition mentale et affective a été adaptée au travers des siècles innombrables.

La femme enceinte devient précieuse. Pendant les grandes périodes historiques de l'Humanité, elle occupe une place centrale et sacrée. Ainsi dans la Rome classique, la maison d'une femme enceinte était ornée de guirlandes ; à Athènes, c'était un sanctuaire inviolable où même les criminels avaient droit d'asile. Lors des périodes qui précédèrent la Renaissance, la femme idéale était la femme enceinte, comme le prouvent de nombreux tableaux. Une loi révolutionnaire du 28 germinal, an III, admit l'irresponsabilité de la femme enceinte ; une femme enceinte ne pouvait être traduite en justice. Le code Napoléon, qui n'est nulle part tendre pour les femmes, abrogea cette loi [3].

En Islande, où s'est longtemps conservé le mode de vie primitif de l'Europe, on prenait de grandes précautions pour les femmes enceintes : elles devaient mener une vie tranquille, être modérées dans leur boire et leur manger, se priver d'alcool, éviter tous chocs, et leurs amis, maris et parents devaient les traiter avec honneur, leur éviter les travaux pénibles, et avoir avec elles beaucoup de patience [3].

En France, l'histoire récente de l'obstétrique évolue autour de deux grands axes : la surveillance de la grossesse et de l'accouchement, et le transfert de l'accouchement du domicile à l'hôpital.

### **I-2.1.2 L'évolution du suivi de grossesse en France**

Sous l'ancien régime, du XVI<sup>ème</sup> au XVIII<sup>ème</sup> siècle, la femme est assistée lors de l'accouchement de ses proches ainsi que d'une sage-femme, nommée de matrone ou basle. Dès le 15<sup>ème</sup> siècle, un corps de sage-femme composé des matrones les plus expérimentées est formé [4]. Les hommes sont difficilement admis et seulement si un recours à leur force physique ou compétences particulières est indispensable. Pour ce faire les chirurgiens usaient de moyens originaux comme se déguiser en femme ou encore entrer à quatre pattes dans la chambre pour ne pas être identifié par la patiente [5].

La sage-femme est choisie par une assemblée de femmes pour son expérience, elle doit ensuite avoir l'approbation du prêtre qui doit s'assurer de ses qualités morales, ses bonnes mœurs et surtout son aptitude à ondoyer le nouveau-né dans les règles de l'Eglise [4].

Ainsi, la très grande majorité des accouchements en Europe sont effectués sous la responsabilité de matrones le plus souvent analphabètes, se basant sur l'expérience personnelle et un savoir traditionnel transmis oralement de génération en génération [5].

Au 17<sup>ème</sup> siècle, les choses évoluent : la formation des sages-femmes débute avec le développement d'un enseignement théorique et pratique [4], le chirurgien commence à s'introduire dans la chambre d'accouchement à visage découvert. On peut citer comme exemple mademoiselle de la Vallières, maîtresse de Louis XIV, qui accoucha avec l'aide d'un chirurgien.

Les honoraires du chirurgien sont plus élevés que ceux d'une sage-femme, le recours à un homme est alors le témoin d'une certaine richesse et d'une situation sociale supérieure [5].

Ainsi la première discipline médicale à voir le jour en France est l'obstétrique, Napoléon décide son individualisation par la création d'une chaire d'enseignement qu'il attribue en 1806 à Baudelocque, chirurgien des armées, et accoucheur des reines [4] [6].

Les avancées continuent jusqu'au 19<sup>ème</sup> siècle, mais malgré cela, la fièvre puerpérale continue à ravager la population de femmes accouchant à l'hôpital. La parturiente préfère alors accoucher à domicile, l'hôpital paraissant plus dangereux que le domicile.

En 1843 et 1848, en Autriche, le Dr Semmelweis en observant ses étudiants et le fonctionnement de son service, remarque que le manque d'asepsie est en grande cause à l'origine de cette pathologie. Le lavage des mains au chlorure de chaux est alors préconisé.

Mais il n'entre dans les habitudes que très lentement. La réputation des maternités restent désastreuse, seules les femmes dans le besoin y accouchent. La majorité des accouchements se poursuit à domicile. L'instruction des sages-femmes est alors renforcée avec l'utilisation en 1873 d'antiseptiques. A l'initiative des médecins, des pouvoirs publics ou des associations, des trousse d'accouchement sont mises à disposition des médecins, des sages-femmes et également des matrones [ 4 ] .

A la fin du 19<sup>ème</sup> siècle, la notion de surveillance médicale de la grossesse est introduite par Pinard et Tarnier. Elle reste très limitée. A Paris, jusqu'en 1885, il n'existe qu'une seule maternité proposant des consultations en cours de grossesse. En 1914, une circulaire d'application de la loi de 1913 précise que « pendant la dernière période de la grossesse la mère doit, dans toutes les mesures du possible, être surveillée par un médecin ou une sage-femme » [ 4 ] .

De 1848 à 1939, les conditions de naissance se modifient de manière notable. Sous l'influence de l'industrialisation, les familles évoluent; de la grande famille rurale on passe progressivement à la famille urbaine et le nombre d'enfants décroît. L'enfant prend alors une place centrale. Sa santé revêt une importance nouvelle, il devient peu à peu le centre des préoccupations familiales.

Au 20<sup>ème</sup> siècle, la diminution des épidémies de fièvre puerpérale grâce aux progrès des techniques obstétricales, permet aux établissements hospitaliers d'attirer une nouvelle clientèle, plus aisée et plus exigeante (employées, commerçantes, domestiques, femmes d'ouvriers, mais les bourgeoises n'y accouchent pas). Pour répondre à ces nouveaux besoins, les maternités se multiplient.

En 1938, le taux de mortalité infantile en France est élevée: 71/1000 et place la France au 7<sup>ème</sup> rang des pays européens derrière les Pays Nordiques (Suède, Norvège, Finlande), l'Angleterre, l'Allemagne, et les Pays-Bas. Quant à la mortalité maternelle, elle passe de 297/100 000 en 1925 à 200/100 000 en 1940.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, la **Protection Maternelle et Infantile** (PMI) est créée. L'objectif est d'apporter une réponse médicale aux conditions de vie précaires engendrées par la guerre. Le **certificat prénuptial** est introduit, par l'ordonnance du 2 novembre 1945 qui crée la PMI ; certificat établi par un médecin et remis au futur conjoint.

La **surveillance de la grossesse** débute alors, par trois examens médicaux au cours de la grossesse et un mois après l'accouchement; ces examens conditionnent le versement des allocations. L'ordonnance comporte en outre des dispositions concernant le rôle des assistantes sociales à domicile et la création de formations sanitaires permettant d'assurer la surveillance médicale des mères et des enfants. En 1952, le système est tant bien que mal mis en place.

Le décret du 19 juillet 1962 définit l'organisation générale de la PMI. La surveillance prénatale est renforcée par la création d'une quatrième visite en cours de grossesse, et un dépistage des incompatibilités fœto-maternelles.

Pendant cette période, le lieu d'accouchement se déplace sensiblement du domicile vers l'hôpital: en 1960 elles sont 80% à accoucher dans une maternité, alors qu'elles étaient seulement 50% en 1950. Les moyens et le lieu d'accouchement évoluent, mais la surveillance de la grossesse en elle-même varie peu: l'examen clinique avec la mesure de la hauteur utérine, la prise de la tension artérielle et le toucher vaginal reste, avec les examens sanguins et d'urines les piliers fondamentaux de la surveillance. Dans les années soixante, c'est le **médecin généraliste** qui est le plus souvent consulté.

En 1970, un **programme de périnatalité** est lancé. Une enquête nationale est réalisée en 1972 pour mesurer les indicateurs de prévention et de soins, avant la mise en place effective du programme de périnatalité. Entre 1975 et 1980, une nouvelle réglementation du travail des femmes enceintes est établie.

Sur cette période de 10 ans, de nombreux changements apparaissent. La surveillance de la grossesse se modifie. Le nombre de consultations prénatales augmente avec l'obligation d'effectuer **sept examens prénataux**. En 1972, les examens restent classiques, mais **l'échographie** se développe rapidement à partir de 1976 et, en 1981, 80% des femmes bénéficient de cet examen [ 4 ] .

L'utilisation des progrès médicaux et techniques permet une meilleure prise en charge de la femme et de son fœtus. Il en résulte une chute significative de la mortalité périnatale à 12,3/1000 en 1981, au-delà des objectifs fixés par le plan (18/1000).

Ce programme de périnatalité remporte des succès sur bien des points. Les indicateurs évoluent rapidement : le nombre de consultations prénatales augmente de façon très nette, les taux de mortalité périnatale et de prématurité chutent de manière considérable. L'établissement de nouvelles normes hospitalières et, plus spécialement, la fermeture des petites maternités y jouent un grand rôle [ 4 ] .

Depuis les années 1980, les techniques médicales prennent une place de plus en plus importantes dans le suivi de la grossesse avec l'échographie obstétricale de plus en plus performante; l'amniocentèse qui permet de détecter différentes anomalies chromosomiques, biologiques et infectieuses; les techniques de procréation médicalement assistée qui proposent des solutions au problème de stérilité; la réanimation néonatale qui permet de prendre en charge des nouveau-nés prématurés ou présentant des souffrances néonatales graves.

Toutes ces techniques nécessitent une spécialisation croissante, et les médecins généralistes sont ainsi progressivement éloignés du suivi de grossesse [ 7 ] . Le suivi par le médecin généraliste seul diminue, et passe de 27,1% en 1972 à 19,4% en 1976 [ 8 ] .

Entre 1970 et 1980, le plan gouvernemental sur la périnatalité permet à la France d'améliorer la situation sanitaire liée à l'accouchement. Puis le rythme d'amélioration des principaux indicateurs liés à la naissance est moins rapide que dans les autres pays industrialisés. Ce constat amène, en 1993, le Ministre chargé de la santé à saisir le Haut comité de la santé publique, qui remet son rapport en 1994 et un **second plan de périnatalité** est lancé.

Ce plan publié en **avril 1994**, fixe quatre objectifs à atteindre en cinq ans :

- diminuer la mortalité maternelle de 30%;
- diminuer la mortalité périnatale d'au moins 20%;
- réduire le nombre des enfants de faible poids de naissance de 25%;
- réduire de moitié le nombre de femmes enceintes peu ou pas suivies au cours de la grossesse.

Pour atteindre ces objectifs, le gouvernement adopte un plan en seize mesures répondant à cinq priorités :

- permettre plus de sécurité lors de l'accouchement;
- améliorer le suivi de grossesse;
- améliorer les soins aux nouveau-nés;
- rendre les conditions d'accouchement plus humains;
- pratiquer une évaluation de la politique suivie [ 9 ] .

L'enquête nationale périnatale réalisée en 1995 suite à ce plan, montre qu'entre 1981 et 1995 les femmes accouchent à des âges plus élevés, leur niveau d'étude progresse fortement, mais le nombre de femmes isolées et la précarité augmentent. Malgré l'augmentation du nombre de consultations, le taux de femmes non suivies reste constant [ 10 ] .

En 1998, une nouvelle enquête périnatale est réalisée et montre par rapport à 1995 [ 9 ] :

- Une augmentation de la prématurité et de la proportion d'enfants d'un poids de naissance inférieur à 2500g.
- Une augmentation du taux de césarienne. Si elle correspond à une certaine forme de progrès, elle témoigne également d'une surmédicalisation de la grossesse et de la naissance.
- Un recul de l'âge maternel avec les risques que cela comporte pour l'enfant et la mère.
- Une augmentation du nombre de femmes consultant l'équipe obstétricale responsable de l'accouchement, permettant ainsi de meilleures conditions de sécurité.

Ce second plan prend fin en 2000. L'enquête de 2003 témoigne de l'évolution de la prise en charge des naissances. Ce plan a permis à plus de femmes de bénéficier d'au moins une échographie pendant la grossesse, d'augmenter l'utilisation de l'analgésie péridurale et la fréquence des visites prénatales.

En novembre **2004**, un **nouveau plan périnatalité**, axé sur l'humanité, proximité, sécurité et qualité, est décidé pour la période 2005-2007. Ce plan est ambitieux: ambitieux dans le montant des moyens accordés avec plus de 270 millions d'euros en trois ans, ambitieux dans sa volonté de mobiliser tous les acteurs pour sa mise en œuvre concrète, qu'ils soient professionnels de santé, usagers ou élus.

Ce plan propose un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, tout en permettant une offre plus humaine et plus sociale. Il cherche également à améliorer la connaissance du domaine de la périnatalité et à mieux reconnaître les professionnels qui y travaillent [ 1 ] .

Ce plan a pour objectifs :

- La modernisation de l'environnement médical de la grossesse et de l'accouchement, permettant d'améliorer la sécurité dans la prise en charge des mères et des nouveaux-nés. Pour cela un effort important est effectué afin de mieux équiper les maternités et de les doter en personnels nécessaires.
- L'amélioration de l'environnement psychologique et social de la mère et de l'enfant. Un entretien individuel du 4<sup>ème</sup> mois est mis en place sous la responsabilité des sages-femmes principalement, pour accompagner plus efficacement les parents.
- L'aménagement des conditions de formation et d'exercice des professionnels de la naissance. La formation des médecins généralistes prenant en charge des femmes enceintes est renforcée.
- La refonte du carnet de santé de maternité. Ce carnet, est donné dès la première consultation de grossesse, et est intégré au dossier médical personnel informatisé.

Les buts de cet ambitieux plan étaient de permettre en 2008 une réduction de la mortalité périnatale de 15% pour atteindre un taux de 5,5 pour 1000 naissances, et une baisse de la mortalité maternelle de 40% pour passer de 9 à 5 pour 100 000 [ 1 ] .



Figure 1 : affiche pour l'enquête nationale périnatale 2009 [11] .

Afin d'évaluer les objectifs de ce plan, une nouvelle enquête nationale périnatale devait être réalisée en octobre 2009 dans l'ensemble des maternités de métropole et des DOM. Elle a été reportée en raison de la grippe H1N1 [11] , à mars 2010 .

Ainsi, le chemin qui mène à une prise en charge cohérente et efficiente des grossesses et de la périnatalité a été lent et difficile. Beaucoup de progrès ont été réalisés et sont appréciables. Cependant, des améliorations au système notamment au niveau de la communication interprofessionnelle peuvent encore être apportées.

## **I-2.2 Démographie médicale du suivi de grossesse en France**

### **I-2.2.1 Quelques chiffres clés en France et en Europe**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2010, la population française (France métropolitaine et départements d'outre-mer) est de 64,7 millions d'habitants, dont 62,8 en métropole. Ce qui représente une augmentation de 0,5 %, soit 346 000 personnes, par rapport au 1<sup>er</sup> janvier 2009.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2010 et pour la première fois, la population des 27 pays de l'Union européenne dépasse 500 millions d'habitants. Après l'Allemagne, la France, où vivent 13 % des Européens, est le deuxième pays le plus peuplé [12] .

**821 000 bébés** sont nés en **2009** en France ; le nombre des naissances en 2009 demeure supérieur à celui des vingt-cinq dernières années. La France connaît le plus fort taux de naissance par femme d'Europe, avec **2,02 enfants par femme** en 2008 (2 enfants en 2006, et 1,98 enfant en 2007) [12] [13] .

En Europe, la France reste en tête des pays européens en termes de fécondité, avec l'Irlande (1,99 enfants par femme) et le Royaume-Uni (1,8 enfants) [13] .

#### **En Lorraine :**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, la Lorraine compte 2 337 000 habitants, dont les trois quarts résident dans deux départements: la Meurthe-et-Moselle et la Moselle. Ce qui représente une augmentation de +1,15% par rapport à 2006 [14] .

Les Meurthe-et-Mosellanes sont, dans cette région, celles qui ont le moins d'enfants au cours de leur vie, derrière les Mosellanes (1,77), les Vosgiennes (1,92) et les Meusiennes (2,05), loin du nombre nécessaire au renouvellement des générations (2,10) [13] . La fécondité des femmes vivant en zone rurale, après avoir été la plus basse en 1990, redevient la plus élevée [15] .

### I-2.2.2 Les médecins généralistes

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, la France compte 94 909 médecins généralistes, ce qui représente une **densité de 160** médecins généralistes pour 100 000 habitants (alors qu'elle était de 171 au 1<sup>er</sup> janvier 2007).

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009 la Lorraine compte 3277 médecins généralistes en activité (médecins généralistes et « spécialistes » en médecine générale) [16].

Au 1<sup>er</sup> janvier 2007, les écarts de densité entre le niveau national sont encore plus marqués dans le cas de l'exercice de la médecine générale libérale (si l'on exclut les remplaçants et les médecins à exercice particulier : médecine du sport et médecine thermique): 104 médecins pour 100 000 habitants contre 112 et placent la Lorraine au 15<sup>ème</sup> rang des régions françaises; situation assez défavorable au même titre que les régions allant de la Normandie jusqu'à la Franche-Comté [17].

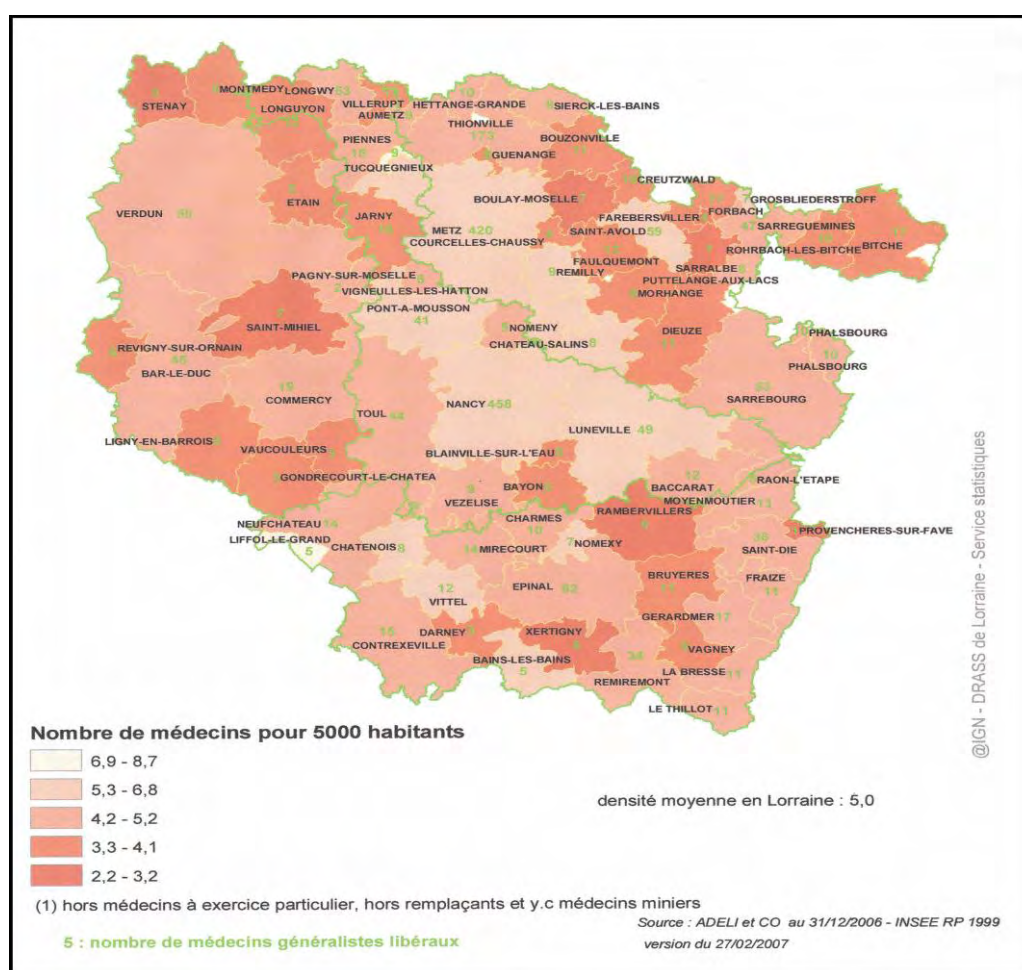


Figure 2 : Nombre de médecins généralistes libéraux (1) par bassins de vie en Lorraine en 2007 (source : DRASS Lorraine).

Pour remédier à ce déficit, les postes proposés à l'internat pour la médecine générale n'ont fait qu'augmenter: en 2009 sur les 5 704 postes, il y en avait 3 200 pour la médecine générale (2400 en 2006). Avec l'augmentation du nombre de postes, le ministère de la Santé espère inciter les étudiants à opter pour la médecine générale [16].

### **I-2.2.3 Les gynécologues**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, en France métropolitaine il y a 1766 gynécologues médicaux et 3253 gynécologues obstétricaux.

La grande majorité des **gynécologues médicaux** sont des **femmes** (88 %), alors qu'elles ne sont que 34 % à être gynécologues obstétriciennes.

Les femmes constituent à présent 39% des effectifs de médecins inscrits au Tableau de l'Ordre et tend à croître depuis plusieurs années [16]. Il est constaté que l'activité des femmes spécialistes (toutes spécialités confondues) est de 31 % (en nombre d'actes) inférieure à celle des hommes. Ce constat nous tend à croire qu'une féminisation progressive de la profession aura des conséquences sur le nombre d'actes effectués et sur leur type: les femmes ont en effet des pratiques moins chirurgicales [18].

Les effectifs de 2009 se répartissent ainsi :

- **gynécologues médicaux**: 72 % ont une activité libérale, la moyenne d'âge est de 57 ans; leur effectif stagne depuis quelques années.
- **gynécologues obstétriciens**: 33 % ont une activité libérale, 40 % une activité hospitalière exclusive, leur moyenne d'âge est de 49 ans [16].

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

Depuis 2004, il faut passer **l'examen national classant** (ECN), suivi d'un internat de cinq ans. Depuis 2006, 20 postes de gynécologie médicale sont proposés tous les ans à l'ENC ; l'existence de la gynécologie médicale est actuellement sujette à polémique. En 2006 et 2007, 150 postes de gynécologie obstétrique étaient proposés, depuis 2008 on observe une légère augmentation de postes à 155 [16].

Au manque de praticien, s'associe une répartition inégale des effectifs sur le territoire.

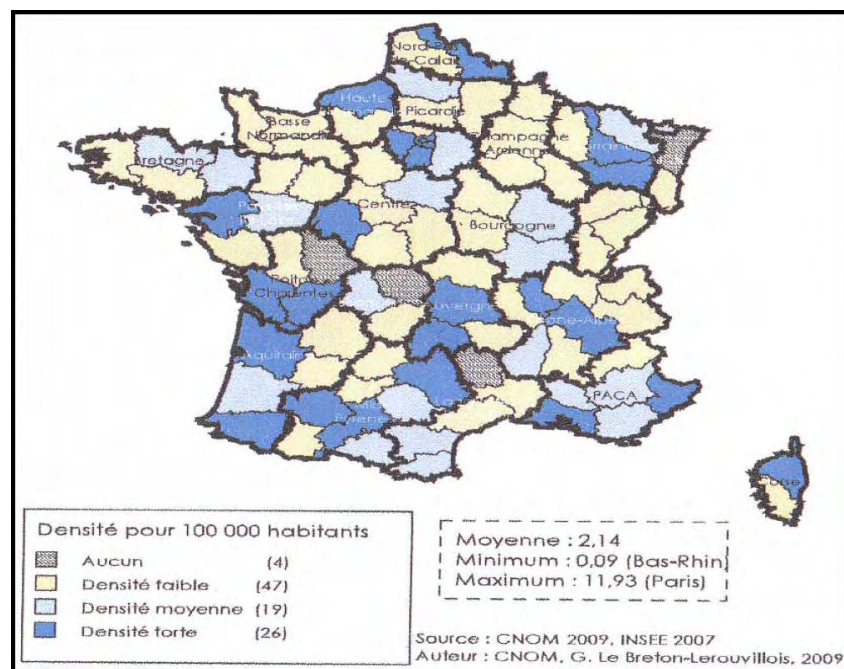


Figure 3 : Densité des médecins spécialistes en gynécologie médicale en 2009 (source : CNOM).

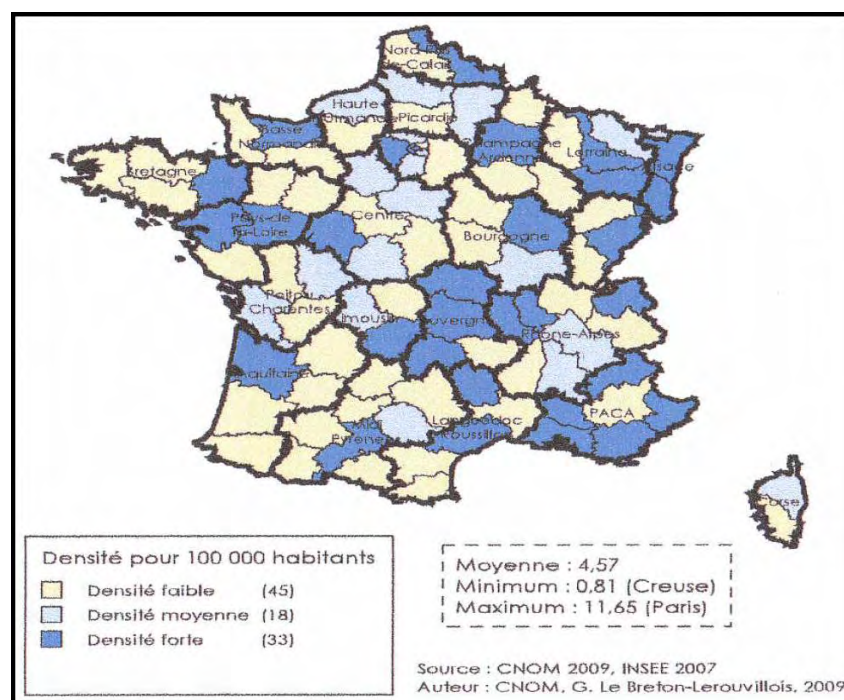


Figure 4 : Densité des médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique en 2009 (source : CNOM).

En Lorraine, au 1<sup>er</sup> Janvier 2009, on dénombre **178 gynécologues** qui se répartissent ainsi [16]:

- **Gynécologues médicaux** : 62 praticiens dont 90 % sont des femmes, 74 % exercent en libéral, la moyenne d'âge est de 57 ans, et la majorité a une activité en Meurthe et Moselle.
- **Gynécologues obstétricaux** : 116 praticiens dont seulement 28 % de femmes, 28 % exercent en libéral, l'âge moyen est de 52 ans, avec une majorité d'activité en Meurthe et Moselle, et Moselle.

#### **I-2.2.4 Les sages-femmes**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, on dénombre en France métropolitaine **18 850 sages-femmes**.

78% d'entre elles sont salariées dans les maternités publiques ou privées, dans des services de PMI ou dans des centres de planification familiale [19].

Cette profession reste encore presque exclusivement féminine (98,4%). Jusqu'en 2002, il fallait passer un concours d'entrée direct pouvant être passé dès la fin de la terminale, sous réserve d'obtention du baccalauréat. Depuis 2003, les étudiants doivent valider l'examen classant de fin de 1<sup>ère</sup> année du Premier Cycle des Etudes Médicales (PCEM1) pour entrer à l'école de sages-femmes.

L'effectif de sages-femmes a progressé de 35 % en 10 ans. Leur densité pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans est ainsi passée de 95 à 130 professionnels, au cours de ces 10 dernières années; soit une augmentation moyenne de 3,3 % par an. En prévision de la pénurie annoncée par le départ en retraite des sages-femmes dans les futures années, leur nombre est passé de 732 en 1999 à 1015 en 2009 [19].

En Lorraine au 1<sup>er</sup> janvier 2010 on comptabilise 836 sages-femmes dont 717 sont salariées dans des établissements publics ou privés, 97 exercent en libéral et 22 ont une activité mixte. Les départements les plus pourvus sont la Meurthe et Moselle, et la Moselle avec 654 sages-femmes rien que dans ces deux départements [répertoire ADELI, 20].

La répartition des sages-femmes libérales est également très disparate ; ainsi une seule sage-femme est installée en secteur libéral dans la Creuse, et les densités sont particulièrement faibles dans les départements du nord et le centre de la France [19].

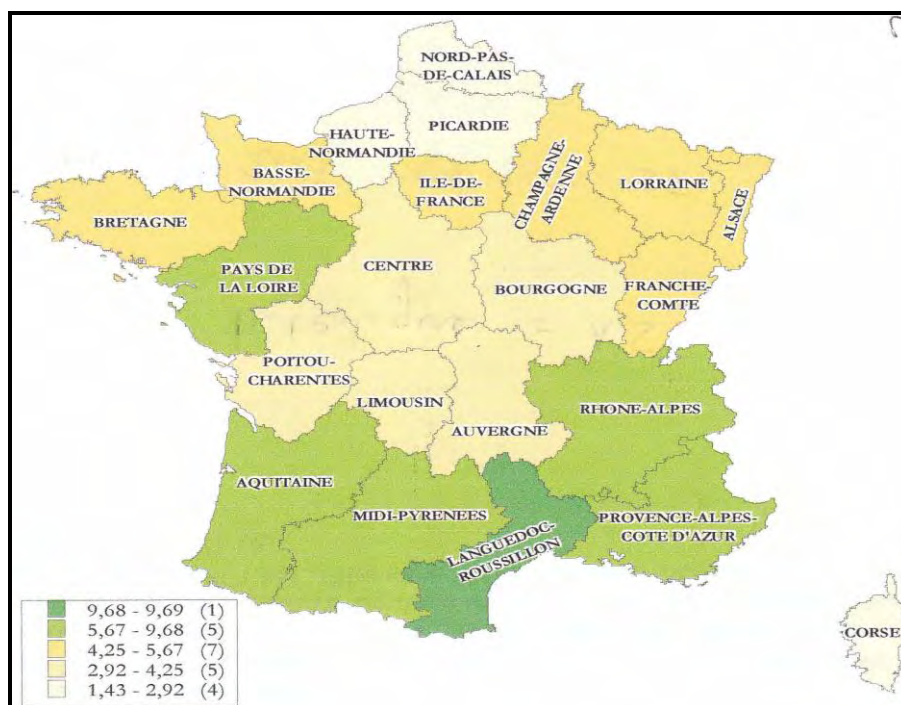


Figure 5 : Densité régionale en sages-femmes libérales pour 100 000 habitants au 01.01.08

(source: DRESS, répertoire ADELI).

Selon le Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes (CNOSF), près de 45 % des sages-femmes ne pratiquent pas d'accouchement en 2004. Leur activité est plutôt tournée vers la préparation à l'accouchement, le suivi des grossesses pathologiques, et les retours précoces à domicile après l'accouchement, dans le cadre de l'hospitalisation à domicile (HAD) [19].

Le plan périnatalité 2005-2007 a soutenu la participation des sages-femmes libérales à ce suivi pré et post-naissance: des places d'hospitalisation à domicile ont été créées sur l'ensemble du territoire [19].

### I-2.2.5 Scénarios à l'horizon 2030

Au 1<sup>er</sup> janvier 2009, la France compte 216 017 médecins en activité, un niveau jamais élevé auparavant. Cet effectif est le fruit de la taille des promotions d'étudiants en médecine des années 60 et 70. Mais les décisions prises concernant le *numerus clausus* dans les années 80 et 90 devraient faire baisser leur nombre de 10 % ces dix prochaines années. Avec le vieillissement avéré de la profession (60 % des médecins ont entre 45 et 60 ans ou plus) et le départ massif des médecins à court terme va se poser la problématique du **renouvellement des générations** [21].

D'ici à 2030 le nombre de médecins devrait égaler le niveau actuel, or la population devrait croître de 10 %, le nombre de médecins par habitant devrait donc baisser. La densité médicale serait donc plus faible en 2030. Pour l'ensemble France métropolitaine et DOM, entre 2006 et 2030, elle passerait de 327 à 292 médecins pour 100 000 habitants, diminuant ainsi de 10,6 % pour retrouver son niveau de la fin des années quatre-vingt. Elle atteindrait un point bas en 2020, avec une densité de 276 médecins pour 100 000 habitants, et ne repartirait à la **hausse qu'en 2024** [21].

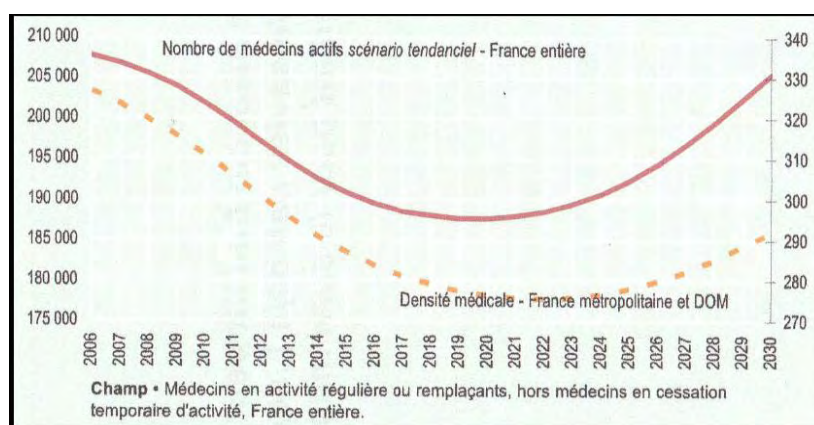


Figure 6 : Nombre et densité de médecins en activité d'après le scénario tendanciel

(source: Fichier national du Conseil National de l'Ordre des médecins pour l'année 2006, projections DRESS).

La population de médecins rajeunirait et se féminiserait progressivement.

La part des médecins âgés de moins de 45 ans va croître pour atteindre presque 50 % en 2025. L'âge moyen des médecins en activité passerait de 51 ans en 2009 à 44,5 ans en 2030.

Avec l'hypothèse, selon laquelle la proportion de femmes parmi les jeunes médecins entrant dans la vie active reste constante, en 2022, les femmes médecins seraient aussi nombreuses que les hommes ; et en 2030, plus de 50 % des médecins seraient des femmes, notamment 56,4 % des généralistes seraient des femmes [ 21 ] .

La **baisse** des effectifs serait plus marquée pour les **spécialistes**.

Le scénario, selon lequel 55 % des postes ouverts aux ECN sont des postes de médecine générale, entrainerait une chute plus forte du nombre de médecins spécialistes que celui des généralistes. D'ici 2030, ceux-ci augmenteraient de 0,6 %, alors que le nombre de spécialistes chuterait de 2,7 %. En 2030, les **effectifs de généralistes** seraient de 3,4 % **supérieurs** à ceux des **spécialistes** [ 21 ] .

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

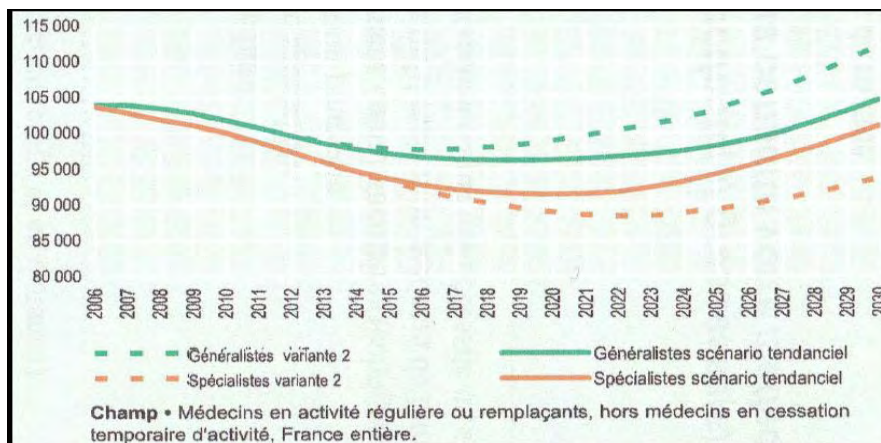


Figure 7: Nombre de médecins généralistes et spécialistes en activité d'après le scénario tendanciel et la variante 2 (60% des postes ouverts aux ECN sont des postes d'internes en médecine générale).Source: Projections DRESS.

L'effectif de **gynécologie-obstétrique** connaîtrait une forte hausse d'ici 2030: **+13 %**. Le nombre de médecins généralistes augmenterait de 0,6 % [ 21 ] .

### **I-2.2.6 Le recul progressif de la place du médecin généraliste**

Le suivi de grossesse normale par le médecin généraliste constitue moins d'1 % de son activité, selon les données EPPM (Enquête Permanente de la Prescription Pharmaceutique) de 1999 [22]. En 1998, 44 % des femmes enceintes sont suivies uniquement par l'équipe responsable de leur accouchement, contre 37 % en 1995, selon l'Enquête Périnatalité [23]. En 1999, 92 % des consultations de surveillance de grossesse en médecine de ville sont réalisées par des gynécologues [18]. En 2003, 65,5 % des consultations de suivi de grossesse sont réalisées par un obstétricien de maternité [22].

La démographie médicale actuelle et à venir accuse un déficit en professionnels de santé, notamment de spécialistes. Une lente augmentation est enclenchée. Cependant malgré une augmentation des effectifs de gynécologues-obstétriciens, il persistera une pénurie conséquente.

La demande croissante des femmes entraîne un déséquilibre entre l'offre et la demande de services de soins spécialisés. Celui-ci incite-t-elle les femmes à s'orienter de nouveau vers leur médecin généraliste ? Face à une telle pénurie de spécialistes, la gestion des consultations sera-t-elle différente ? La démographie médicale a-t-elle un impact dans le choix de l'intervenant pour le suivi de la grossesse ?

## I-3 SUIVI DE GROSSESSE

Le médecin généraliste connaît la patiente dans sa globalité; son histoire, son environnement familial, son lieu de vie sont connus et appréciés par l'intermédiaire des consultations et des visites à domicile. Il est un partenaire privilégié dans le repérage des femmes à risque, afin d'organiser l'accompagnement adéquat, adapté à chaque situation. D'où l'intérêt du suivi de grossesse; à quel rythme, sous quelle forme ?

### ***I-3.1 La consultation pré-conceptionnelle***

A l'heure actuelle, on estime que près de 80 % des grossesses pourraient être programmées [24]. L'arrêt de la contraception (arrêt de la pilule, ablation de stérilet...) ou lorsque la patiente exprime un désir de grossesse sont l'occasion d'effectuer cette consultation. Le médecin généraliste a un rôle primordial durant cette période, il est souvent le seul praticien à avoir une fonction de prévention et de préparation à la grossesse. Cette consultation est l'occasion de donner des conseils hygiéno-diététiques, de répondre aux différentes interrogations du couple; elle est également le moment idéal pour prescrire une supplémentation en acide folique (pour être efficace elle doit être débutée 4 semaines avant la conception et se poursuivre 8 semaines après). Cette période pré-conceptionnelle permet de **préparer le terrain de la grossesse**. Elle permet de détecter précocement les situations à risque qui nécessiteront d'emblée un suivi spécialisé.

Pour les couples se mariant avant la grossesse, **l'examen prénuptial** était l'occasion d'effectuer une consultation de dépistage et de prévention. Lors de cet examen obligatoire, étaient réalisés un examen clinique, une détermination du groupe rhésus, et une sérologie VIH était proposée aux deux futurs époux. Pour les femmes âgées de moins de 50 ans, un examen sérologique de la rubéole et de la toxoplasmose (sauf si preuve écrite de l'immunité) était pratiqué [25]. Mais la visite médicale prénuptiale a été **abrogée** par la loi 2007 n°1787 du 20 décembre 2007 [26].

### **I-3.2 Un suivi réglementé**

Afin d'obtenir des pratiques médicales uniformes et d'améliorer les indicateurs prénataux, une réglementation rigoureuse s'applique au suivi de grossesse en France.

**Sept consultations** sont **obligatoires**: une au premier trimestre, puis une par mois. **Une échographie par trimestre** est conseillée.

La première consultation doit être réalisée le plus tôt possible, au mieux avant 10 semaines d'aménorrhée (SA) [27]. Selon la réglementation actuelle, la déclaration doit être faite avant 15 SA puis, 6 consultations sont prévues à raison d'une par mois à compter du premier jour du 4<sup>ème</sup> mois de grossesse ; l'article L.154 du code de la santé publique en prévoit 7. Deux options s'offrent alors au praticien:

- si la grossesse est à faible niveau de risque, avancer la consultation du 4<sup>ème</sup> mois et maintenir le nombre de consultations total à 7;
- ajouter la consultation précoce (avant 10 SA) et maintenir une consultation mensuelle à partir du 4<sup>ème</sup> mois; ainsi, proposer un suivi en **8 consultations**. L'HAS recommande ce schéma.

Parallèlement, 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité sont systématiquement proposées, avec la première consultation consacrée à l'entretien individuel ou en couple du 1<sup>er</sup> trimestre dit « entretien du 4<sup>ème</sup> mois ».

### **I-3.2.1 La surveillance clinique de la grossesse [27] [28]**

*Tableau 1 : 1<sup>ère</sup> consultation < 10 SA [27] [28] .*

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

Tableau 2 : 2<sup>ème</sup> consultation avant 15 SA révolues [27] [28] .

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

Tableau 3 : Consultations intermédiaires 4<sup>ème</sup> - 8<sup>ème</sup> mois [27] [28] .

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

Tableau 4 : Consultation du 9<sup>ème</sup> mois [27] [28].

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

**Le toucher vaginal** n'est plus d'actualité. En France, il visait à évaluer le risque d'accouchement prématuré. A ce jour, il n'a pas fait la preuve de sa pertinence, car il ne diminue pas le risque d'accouchement prématuré comparé à un examen réalisé sur indication médicale. La HAS ne le recommande donc plus en consultation de routine [27].

Habituellement **la prise de poids** est de 500 g par mois au 1<sup>er</sup> trimestre, 1 kg par mois au 2<sup>ème</sup>, 2 kg par mois au 3<sup>ème</sup>, pour un total de 9 à 12 kg. Une patiente en surpoids peut prendre moins de 9 kg, dans ce cas l'objectif est la stabilisation du poids (une perte peut être toxique pour l'enfant).

**L'alimentation doit être variée, équilibrée**, et adaptée à la faim ; associée à une boisson en eau d'au moins un litre et demi par jour. Devant une prise de poids excessive, un soutien spécialisé par une diététicienne ou un nutritionniste sera nécessaire.

**L'activité physique** doit être poursuivie de manière douce et régulière : marcher, nager ; éviter les sports violents à risque de chute, de traumatisme abdominal, les sports de contacts, les jeux de raquettes énergiques, l'aérobic qui augmente le risque d'accouchement prématuré, et la plongée sous-marine qui est contre-indiquée car il existe un risque de malformations fœtales ou d'accident de décompression. L'activité sexuelle n'est pas contre-indiquée [28].

Lors des **déplacements en voiture** le port de la ceinture de sécurité est utile et obligatoire.

Lors de **vols longs courriers**, il est conseillé aux femmes enceintes de déambuler le plus possible pendant le vol, de s'hydrater correctement et de porter des bas de contention afin d'éviter un risque plus élevé de thrombose veineuse.

**Pas de consommation même modérée, d'alcool**, de tabac, de cannabis tout au long de la grossesse.

La supplémentation en vitamines n'a pas fait la preuve de son efficacité. Seuls **l'acide folique et la vitamine D** sont recommandés [28].

### **I-3.2.2 Les situations à risque [29]**

Rechercher lors de l'interrogatoire :

- **des facteurs de risque généraux** (des facteurs individuels et sociaux, des risques professionnels, des antécédents familiaux)
- **des antécédents personnels préexistants gynécologiques** (antécédents chirurgicaux, pathologies utéro-vaginales)
- **des antécédents obstétricaux** (gestité, parité, fausses couches, accouchement prématuré, malformation fœtale, allo-immunisation)
- **une exposition à des toxiques** (alcool, tabac, drogues, médicaments tératogènes)
- **des facteurs de risque médicaux** (diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation), de maladies infectieuses (toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis).

Le niveau de risque doit être apprécié à chaque étape de la grossesse et idéalement avant, dès que la femme exprime son désir de grossesse (d'où l'intérêt de la consultation préconceptionnelle). Puis tous les mois, de la première consultation du suivi de grossesse, avant 10 SA et tout au long de la grossesse jusqu'à la consultation du 9<sup>ème</sup> ou l'accouchement.

### I-3.2.3 La surveillance biologique de la grossesse

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

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

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

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

#### Précisions sur les modalités de prescription :

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

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

|  |      |
|--|------|
|  | 100% |
|  | 70%  |
|  | 60%  |

En France, **Le diabète gestationnel** fait partie du dépistage systématique. S'il existe un antécédent personnel ou familial de diabète gestationnel ou de type 2, de macrosomie, il est recherché dès la première consultation, sinon entre les 24<sup>ème</sup> et 28<sup>ème</sup> semaines d'aménorrhée.

Pour le dépister, la recommandation nationale de 1996 préconise de réaliser un test de O'Sullivan qui mesure la glycémie une heure après une charge de 50 g de glucose. Lorsque le dépistage est positif, est réalisé alors un test diagnostique ; toutefois ses modalités fluctuent.

Aujourd'hui il existe une grande hétérogénéité des recommandations internationales et des pratiques professionnelles. En l'absence de consensus sur le sujet, la HAS conseille la poursuite des pratiques locales [ 31 ] .

### I-3.2.4 La surveillance échographique de la grossesse

Tableau 6 : La surveillance échographique de la grossesse (fiche récapitulative de l'assurance maladie) [30].

ÉCHOGRAPHIES

3 échographies sont systématiquement proposées aux femmes. En cas de pathologies fœtales ou de grossesse pathologique, des échographies supplémentaires peuvent être prises en charge avec l'accord de l'Assurance Maladie

|                                                           | < 10 SA | < 15 SA | 4 <sup>e</sup> mois | 5 <sup>e</sup> mois | 6 <sup>e</sup> mois | 7 <sup>e</sup> mois | 8 <sup>e</sup> mois | 9 <sup>e</sup> mois |
|-----------------------------------------------------------|---------|---------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 1 <sup>o</sup> échographie (entre 11 et 13 SA et 6 jours) |         |         |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
| 2 <sup>o</sup> échographie (entre 20 et 25 SA)            |         |         |                     |                     |                     |                     |                     |                     |
| 3 <sup>o</sup> échographie (entre 30 et 35 SA)            |         |         |                     |                     |                     |                     |                     |                     |

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

|  |      |
|--|------|
|  | 100% |
|  | 70%  |
|  | 60%  |

Les échographies permettent une étude de la vitalité, de la biométrie, de la morphologie fœtale et des annexes (placenta et liquide amniotique). En fonction des antécédents obstétricaux et des éléments découverts le jour de l'examen, d'autres paramètres pourront être étudiés. Ainsi, la dénomination « échographie de datation » pour le 1<sup>er</sup> examen, « échographie morphologique » pour le 2<sup>ème</sup> et « échographie de croissance » pour le dernier, n'est plus d'actualité car réductrice, puisque à chaque échographie l'évaluation de la biométrie (voire la croissance) fœtale et la recherche de malformations sont effectuées. Les objectifs de ces échographies systématiques peuvent être reformulés ainsi :

- **au 1<sup>er</sup> trimestre** : entre 11 et 13 (+6 jours) SA : datation de la grossesse, recherche de grossesses multiples, en précisant la chorionicité, évaluation du risque d'anomalie chromosomique, dépistage de certaines malformations;
- **au 2<sup>ème</sup> trimestre** : entre 20 et 25 SA : dépistage de certaines malformations;
- **au 3<sup>ème</sup> trimestre** : entre 30 et 35 SA : localisation du placenta, dépistage de malformations, de certains retards de croissance intra-utérins [32].

### **I-3.3 Prévention de la listériose et de la toxoplasmose chez des femmes séronégatives en début de grossesse**

Tableau 7 : Prévention de la listériose (recommandations de l'InVS) [28] [33].

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

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

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

### **I-3.4 Les symptômes courants [28]**

Les « petits maux » de la grossesse sont fréquents et peu graves, mais peuvent altérer significativement la qualité de vie. Il faut encourager les femmes à les signaler.

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

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

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

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

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

**En prévention des vergetures**, l'efficacité des différentes crèmes cosmétologiques proposées n'a pas été prouvée. Il faut éviter leur application avant une échographie car certaines réduisent le passage des ultrasons. [28]

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

**Contre les lombalgies**, des massages, des séances d'éducation individuelles ou collectives, des exercices dans l'eau, le port d'une ceinture de contention lombaire peuvent être proposés. [28]

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

### **I-3.5 Quand faire appel au spécialiste ?**

Les facteurs de risque médicaux principaux devant motiver un avis spécialisé sont :

**-les antécédents obstétricaux sévères:** HTA gravidique, prééclampsie, éclampsie, RCIU sévère, hématome rétroplacentaire, mort fœtale in utero, accouchement prématuré, malformation fœtale, anomalie chromosomique ;

**-les antécédents médicaux maternels susceptibles d'interférer avec la grossesse:** HTA, néphropathie, diabète et toute endocrinopathie, lupus et toute maladie de système, maladie thrombo-embolique, épilepsie, alcoolisme, toxicomanie;

**-les antécédents familiaux de maladie génétique:** mucoviscidose, myopathie, hémophilie, Recklinghausen, polykystose rénale, X fragile...

**-les antécédents de difficulté conceptionnelle, un âge maternel élevé.**

Les différents suivis et demandes d'avis possibles pour les grossesses en fonction des situations à risque identifiées sont, selon les recommandations HAS [29] :

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

En fonction de la situation à risque, à l'issue de la demande d'avis A1 ou bien A2, si le risque est infirmé ou si le pronostic est favorable, la grossesse est maintenue dans le suivi d'origine (**suivi A**). Dans le cas contraire, si le risque est confirmé ou si l'évolution est défavorable, la grossesse est considérée à haut risque et le suivi devient un **suivi B**. Cet état peut être transitoire et un retour à une situation de bas risque et à un suivi A est possible.

Les médecins généralistes et les gynécologues médicaux (acteurs de soins de santé primaires) ont la responsabilité d'évaluer le niveau de risque des femmes et d'en référer, en cas de présence ou d'apparition de facteurs de risque, auprès des gynécologues-obstétriciens (acteurs de soins de santé secondaires). La femme est libre du choix du professionnel de santé qui la suit. Elle doit être informée des différentes modalités de suivi, notamment du champ de compétence de chacun des professionnels impliqués.

La **collaboration entre soignants** est indispensable. La HAS insiste pour que les professionnels intervenants dans le suivi de la grossesse exercent dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et si possible dans un réseau de périnatalité. Elle recommande que le suivi des femmes soit assuré par un groupe restreint de professionnels, idéalement par une même personne. La coordination entre les différents professionnels permet de ne pas multiplier les intervenants, les consultations ou les examens. Ainsi la continuité des soins est assurée.

### **I-3.6 Aspects psychologiques du suivi de grossesse**

Le suivi de la grossesse demande donc un suivi technique mais également relationnel. Assurer le suivi d'une femme enceinte ne se résume pas à consigner des données obstétriques et à s'assurer de la vitalité fœtale. La grossesse est une période où la femme traverse de grands **bouleversements physiques et psychologiques**. L'état de « transparence psychique » de la mère la rapproche des éléments de sa vie interne habituellement refoulés. Elle devient plus sensible et vulnérable.

L'écoute est indispensable. Il est nécessaire de rassurer les patientes et leur entourage sur la normalité de ces changements. Par ailleurs, il est important de reconnaître précocement les signes avant-coureurs d'un malaise psychique, afin de conseiller, si besoin, un suivi conjoint avec un spécialiste.

La consultation prénatale a aussi pour rôle de répondre aux inquiétudes du conjoint.

La HAS a fait une avancée dans ce sens par le texte « Préparation à la parentalité » [35] .

## I-4 CHOIX DES INTERVENANTS POUR LE SUIVI DE GROSSESSE

### *I-4.1 Ressenti des femmes enceintes suivies par leur médecin généraliste*

La grossesse est un moment de grands bouleversements psychiques. La femme enceinte est assaillie d'interrogations, parfois ambivalentes. Elle a besoin qu'on comprenne ses attentes. Elle recherche un soutien sans faille et surtout dénué de tout jugement, sans pour autant être considérée comme une «malade ». Dans l'étude de PREVOT-STIMEC [36], il en ressort que les femmes perçoivent leur grossesse comme un moment très particulier de leur vie, unique et évoluant dans le temps, la plaçant hors du cadre des maladies.

En première ligne, les médecins généralistes occupent une position privilégiée pour consacrer du temps et de l'attention à tous les aspects du suivi de grossesse. Les médecins de famille ont une lecture de l'histoire de la patiente très privilégiée. La relation de confiance qui s'installe ainsi entre le médecin généraliste et la femme enceinte, son partenaire et ses enfants revêt une importance fondamentale.

L'enquête de M. HADJI-KOBIYH [7] auprès de 90 femmes, démontre bien cet aspect: ainsi 94 % des femmes suivies exclusivement par leur médecin généraliste jugent la **prise en charge psychologique** de la grossesse bonne ou excellent versus 67,7 % pour les autres. Dans son étude sur l'anxiété au cours de la grossesse, MOREAU-JAMIER [37] déclare que les manifestations d'anxiété sont quasi constantes lors de la grossesse, avec des craintes immotivées, des inquiétudes au sujet de l'enfant. La place du médecin généraliste est particulière et privilégiée auprès des femmes enceintes car la connaissance antérieure de la patiente lui permet d'avoir une **approche psychologique adaptée**. Cette demande d'écoute est manifeste, y compris dans les médias grand public à destination des femmes enceintes. D'ailleurs MOREAU-JAMIER citait dans sa thèse [37] un magazine grand-public : « ce n'est pas en voyant une femme dix minutes et en s'intéressant à l'utérus et au bébé qu'on répond aux attentes des femmes ». L'écoute est donc importante.

La société moderne ayant contribué à éloigner les familles géographiquement et affectivement, les femmes ont parfois perdu les liens d'avec leurs aînées. Les repères culturels qui existaient autrefois ont été perdus. Aussi lorsqu'une grossesse s'annonce, les femmes sont à l'heure actuelle plus démunies que leurs aïeules, malgré le fait que la grossesse reste un événement naturel; les femmes ont besoin d'être éveillées, informées à ce que représente la maternité. C'est ce que pointe du doigt C. BURBAN dans son étude [38]: l'information ne se fait plus d'abord par la mère ni par la sage-femme ou l'entourage, mais d'abord par les médecins et les revues. MOREAU-JAMIER [37] rapporte dans son étude que dès le début de la grossesse, 40,7% des femmes déclarent avoir **beaucoup de questions** à poser au médecin. Dans la thèse de M. HADJI-KOBIYH [7], les patientes suivies exclusivement par leur médecin généraliste jugent **l'information donnée** pendant le suivi de grossesse **bonne ou excellente** dans 83 % des cas, alors qu'elle n'est que de 71 % lors d'un suivi par une sage-femme ou ayant eu un suivi mixte, et seulement de 55 % lors d'un suivi par le gynécologue-obstétricien. Il apparaît donc ici que les médecins généralistes et les sages-femmes sont les intervenants qui satisfont le mieux les patientes. La **connaissance antérieure** de la patiente par le médecin généraliste lui permet de lui donner les **conseils appropriés** à son mode de vie. Ainsi dans son étude MOREAU-JAMIER rapporte que 21,8 % des femmes attribuent au médecin généraliste le rôle de **conseiller et de guide**. C'est donc bien la capacité à délivrer des **soins personnalisés**, adaptés à chaque femme, à chaque couple, qui fait du médecin généraliste un interlocuteur privilégié.

Dans l'étude de M. HADJI-KOBIYH, les femmes interrogées expliquent leur choix du médecin généraliste pour le suivi de leur grossesse par: la **connaissance de la patiente** par le médecin et la **confiance** qu'elles lui vouent, l'existence d'un **suivi gynécologique antérieur** effectué par le médecin généraliste et la **compétence** du médecin traitant dans ce domaine. Ainsi la relation médecin-patient apparaît comme primordiale.

Selon la thèse de MOREAU-JAMIER, le choix du généraliste pour le suivi de grossesse est la **suite logique** de la relation pour 56,9 % des femmes et 79,2 % des femmes affirment l'avoir consulté car elles le connaissaient et étaient à l'aise avec lui.

Dans l'enquête de C.BURBAN [38] réalisée auprès de 202 femmes enceintes, 61 % des patientes jugent leur médecin généraliste **très disponible**, contre 14 % pour les obstétriciens. Même si elles expliquent la non disponibilité de l'obstétricien par leur contraintes hospitalières (gardes, urgences..), il en ressort que la disponibilité est un élément évalué comme très corrélé à la **satisfaction des patientes**.

La notion de disponibilité ressort également de l'étude de PREVOT-STIMEC [36], qui explique le choix du médecin généraliste pour le suivi de grossesse par le besoin de **réassurance** et de **disponibilité** particulièrement élevé pendant cette période ; les qualités d'écoute, sa disposition à soulever des interrogations, à tendre des perches en font autant de qualités appréciées par les femmes. Dans son étude les femmes affirment que la qualité de la relation est constituée par une relation de proximité, presque familiale au sein de laquelle la compétence familiale reste au premier plan; le spécialiste est ressenti moins disponible avec des consultations plus courtes et essentiellement centrées sur des aspects techniques, des délais de rendez-vous trop longs entraînant une insatisfaction dans la prise en compte d'angoisses qui ne pourraient attendre.

La satisfaction de ces attentes par le médecin généraliste explique le choix du généraliste pour le suivi de grossesse. Dans l'enquête de PREVOT-STIMEC, il en ressort que les femmes ont besoin de savoir que leur médecin peut être joignable, dérangement à tout moment et se sont déclarées « **positivement surprises** par la découverte d'un médecin qui avait une **approche moins technique** ». La plus grande disponibilité des généralistes, ainsi que leur **démédicalisation** de la grossesse, une **écoute de qualité** ont été autant d'arguments avancés pour favoriser le choix du médecin généraliste.

M.A. CUNHA [39] démontre par son enquête que la femme choisit l'intervenant pour le suivi de grossesse selon la **distance** séparant le domicile du cabinet de médecine générale et de la maternité (ou des spécialistes installés en libéral). Ainsi les médecins généralistes installés en **zone rurale** sont davantage sollicités pour le suivi de grossesse. C'est ce que l'on retrouve également dans l'enquête de S. HUREAU [40] : le médecin généraliste a été plus souvent consulté par les femmes qui habitent à plus de 30 minutes de la structure d'accouchement.

Ces résultats sont en accord avec les opinions émises dans différents articles de revues professionnelles : « la grossesse est un phénomène physiologique ; ce n'est pas une maladie ! Le suivi est bien codifié et demande de la rigueur. Chez une femme sans problème, ce suivi est à la portée de tout médecin généraliste » peut-on lire dans la Revue du praticien médecine générale de 2006 [41]. « La prise en charge est améliorée et la mortalité et morbidité est diminuée grâce à ce suivi conjoint et organisé », affirme le Journal Français de Médecine de la Reproduction [42] et « ce que le médecin généraliste demande dans ce cas au spécialiste obstétricien c'est d'être disponible pour un renseignement ou un conseil et de pouvoir recevoir rapidement une parturiente si une pathologie de la grossesse apparaît mais de ne pas imposer les consultations prénatales en milieu spécialisé sous prétexte qu'elle va accoucher là ».

Dans la littérature, de nombreux articles traitent de la capacité du médecin généraliste à suivre la grossesse non pathologique: « Les données de la littérature permettent de conclure que le suivi d'une grossesse sans complications ou de faible niveau de risque peut être réalisé par une sage-femme et/ou par un médecin généraliste, sans augmentation de la morbidité légère chez les femmes et les enfants... » selon l'HAS [43] .

Par contre, il est étonnant de noter que les différents ouvrages et revues médicaux concernant le suivi de grossesse évoquent peu l'importance de l'aspect psychique et les enjeux relationnels. Ainsi Frydman aborde entièrement les aspects médicaux de la grossesse, les complications possibles, les risques éventuels, mais n'aborde dans aucun chapitre les aspects psychiques de la grossesse et comment le médecin (généraliste, gynécologue, obstétricien) peut surveiller, être à l'écoute d'éventuelles difficultés [44] . Dans la littérature, le suivi de grossesse est également énoncé comme l'ensemble des moyens mis en œuvre pour réduire la mortalité et la morbidité périnatales.

En Belgique, la Société Scientifique de Médecine Générale [45] affirme que « généralement, les femmes enceintes sont **davantage satisfaites** de l'encadrement assuré par le médecin/la sage-femme, tandis que le niveau de la qualité des soins est comparable à celui de la deuxième ligne (les gynécologues-obstétriciens) », et dans deux études réalisées auprès de 1815 femmes il en ressort que les consultations de routine chez le spécialiste par les femmes enceintes à faible risque initial ne présentent aucune valeur ajoutée, ni d'un point de vue clinique, ni pour les intéressées.

Dans une étude faite en Ecosse auprès de 1765 femmes enceintes, il en ressort que le suivi de grossesse par un médecin généraliste ou une sage-femme est **plus économique** que celui coordonné par un obstétricien [46] .

Dans l'union européenne, le suivi de grossesse n'est pas uniforme. Il existe des disparités selon les pays [7] [47] .

En **Finlande, Suède, Norvège, Pays-Bas et Royaume-Uni**, la grossesse est suivie principalement par **la sage-femme**, et **le médecin généraliste** en association avec la sage-femme dans les centres de santé ou bien dans leur cabinet. Aux Pays-Bas, les généralistes et les sages-femmes assurent la surveillance de 80 % des grossesses.

Alors qu'en **Allemagne et en Italie**, le suivi de grossesse se fait préférentiellement par les **gynécologues**. En Allemagne, le système s'appuie sur un accès direct aux spécialistes ; la grossesse est surveillée par les gynécologues libéraux et l'accouchement a lieu dans un service agréé par l'obstétricien de garde.

Et pourtant, le choix de l'intervenant n'a **pas d'influence sur le taux de mortalité maternelle et le taux de mortinatalité** [7] [47]. En effet les résultats sont très bons pour la Suède et l'Italie, alors que le suivi se fait par une sage-femme pour le premier et un gynécologue-obstétricien pour le deuxième. Et inversement, ils sont mauvais pour le Royaume-Uni et la France, où l'on retrouve la même différence de professionnel.

### **I-4.2 Raisons du non-choix du médecin généraliste pour le suivi de grossesse**

Les femmes qui consultent pour grossesse préfèrent s'adresser au gynécologue. Selon le panel EPPM (Etude Permanente de la Prescription Médicale), seulement 8 % des grossesses sont suivies par le généraliste [48].

Les femmes sont d'accord pour être suivies au 1<sup>er</sup> trimestre de leur grossesse par leur médecin généraliste, mais pas pour la suite : 50 % des femmes interrogées dans l'étude de C.BURBAN [38] estiment que le suivi au 2<sup>ème</sup> trimestre doit être réalisé par le gynécologue, et par l'obstétricien du lieu d'accouchement au 3<sup>ème</sup> trimestre pour 75,2 % d'entre elles.

Dans son enquête S. HUREAU [40] explique le choix de l'intervenant selon la capacité du professionnel à **réaliser des actes complémentaires**. En effet, les femmes savent d'emblée que leur médecin généraliste ne réalisera pas les échographies, par contre elles pensent que le spécialiste l'effectuera. L'acte échographique symbolise pour ces femmes les compétences de l'intervenant et permet d'atténuer ainsi leur anxiété vis-à-vis de ce fœtus à naître. Dans son étude, il en ressort également que les femmes préfèrent le suivi par **une seule personne** en laquelle elles remettent toute leur confiance ; le fonctionnement **centralisé** autour d'un seul intervenant motive les femmes à choisir un gynécologue-obstétricien dès le premier trimestre. Par ailleurs, lors de la découverte de la grossesse, les femmes se dirigent naturellement vers le professionnel qui les suivait **antérieurement** pour le **suivi gynécologique**, qui est dans la majorité des cas réalisé par un **spécialiste**.

Une des raisons du non-choix est le **manque de communication** entre les patients et leur médecin généraliste : dans l'étude de S. HUREAU [40], la moitié des femmes enceintes interrogées méconnaissent les pratiques de leur médecin généraliste en matière de suivi gynécologique et obstétricale et seulement une femme sur cinq a pu affirmer que son médecin réalise des suivis gynécologiques et des suivis de grossesse. Elles expliquent qu'il n'est pas aisé d'aborder ce sujet lorsqu'elles consultent pour une pathologie aigue d'une autre nature. D'autant plus si c'est un homme. En effet le travail de S. HUREAU montre que les femmes sont plus souvent gênées de parler de **problèmes intimes** avec leur médecin généraliste quand c'est **un homme** et que les femmes ont été plus souvent suivies par leur généraliste lorsque c'était une femme. Est-ce dû à une moindre implication des généralistes de genre masculin pour les questions d'ordre gynéco-obstétrique ? Cette gêne à aborder des problèmes intimes peut être soit le reflet de la **gêne du médecin** à approcher la sphère gynécologique avec ses patientes, soit le reflet d'une **scission** entre médecine générale et gynécologique dans l'esprit des femmes.

Dans l'enquête de S. HUREAU, les femmes suivies au premier trimestre par le médecin généraliste déclaraient à 69 % ne pas être satisfaites de cette prise en charge: prise en charge non optimale, moindre confiance en lui, incapacité à gérer leur angoisse... Les femmes interrogées dans son étude ont une perception de la grossesse plus angoissante, comme un événement à risque, lorsque la grossesse a été suivie au premier trimestre par le médecin généraliste. 75 % des femmes déclaraient ne pas souhaiter être suivies par lui pour la suite.

Dans son enquête, il ressort que les facteurs « **disponibilité** » et « **distance** » ne soient **pas les critères de choix** du médecin généraliste.

Egalement dans la thèse de S.MORAND-DELBES [49], les femmes enceintes déplorent que les consultations chez le généraliste deviennent comme chez le spécialiste: trop courtes, n'ayant pas le temps de poser des questions, d'avoir des explications.

Les spécialistes, également, acceptent le suivi de grossesse par les médecins généralistes avec septicisme. Ils préfèrent que le suivi de grossesse même non pathologique reste entre les mains des gynécologues-obstétriciens. Ainsi dans le travail de M.A. CUNHA [39], le chef de service de la maternité préfère que les grossesses soient suivies par les spécialistes, et considère qu'il y a bien **moins de problèmes** depuis que les généralistes ne suivent presque plus les grossesses.

### **I-4.3 Problématique**

Depuis 20 ans, la prise en charge de la grossesse et de l'accouchement a considérablement évolué vers une forte médicalisation. Les médecins généralistes assurent un quart des déclarations de grossesse, mais ils interviennent moins dans le suivi de son déroulement [50]. Cependant, en urgence et pour les pathologies intercurrentes, le médecin de famille reste le premier recours. Des symptômes banaux deviennent potentiellement graves chez la femme enceinte : température, infection urinaire... Les normes biologiques changent, beaucoup de médicaments sont contre-indiqués.

Ce médecin généraliste jugé par certain incompetent pour suivre les grossesses normales se voit réhabilité pour prendre en charge les femmes enceintes malades. Il y a là un paradoxe.

Quels sont les facteurs déterminants du choix du professionnel pour les femmes ? Pour quelles raisons se sont-elles détournées du suivi de grossesse par le médecin généraliste de façon progressive ? Nous avons vu plus haut les différents travaux effectués à ce sujet. Mais le suivi par le médecin généraliste est-il inadapté au point de faire fuir les femmes ?

Lors de nos stages en médecine ambulatoire, nous constatons que les femmes enceintes ne consultent pas ou très peu leur généraliste pour le suivi de leur grossesse. Est-ce la volonté réelle des femmes ? Pourquoi certaines femmes désirent le suivi de leur grossesse par leur généraliste, et d'autres non ? Sur quels critères ont-elles choisi ce suivi ? En sont-elles satisfaites ?

Nous avons effectué une enquête auprès de femmes enceintes suivies par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Comprendre le choix de ces femmes, leurs motivations, leurs attentes, mais aussi mettre en valeur les aspects positifs de ce suivi constituaient ainsi les objectifs de ce travail.

## **II- MATERIEL ET METHODE**

## **II-1 CHOIX DE LA METHODE**

L'objectif de l'enquête était d'étudier le ressenti des femmes qui ont choisi le suivi de leur grossesse par leur médecin traitant. Il semblait essentiel de pouvoir les laisser s'exprimer librement sur la thématique, afin de recueillir leurs expériences tout en les influençant le moins possible dans leurs réponses.

Les questionnaires utilisant des questions fermées et préconçues, dont la pertinence n'est pas toujours établie, risquaient de passer à côté d'un certain nombre de notions non envisagées.

La méthodologie qualitative privilégie la rigueur et l'étude minutieuse des informations recueillies auprès du public étudié, afin d'en extraire le contenu et les idées. L'approche interprétative qui en découle permet de dégager les résultats en fonction des réflexions et du cadre théorique développé par le chargé d'étude. Le but est de mieux répondre à la problématique de l'étude et d'obtenir des conclusions plus près de la réalité [51].

La méthode qualitative est issue à l'origine de la psychologie sociale. Elle est utilisée actuellement dans des domaines aussi vastes que la sociologie, l'ethnologie, la santé publique, l'anthropologie, le marketing...

Ce concept original né dans les années vingt, introduit l'entretien comme technique de recherche à part entière. Au travers de l'entretien, les réponses des interviewés ne font plus l'objet de la recherche, mais ce sont les questions mêmes des interviewés, qui, replacées dans leur contexte, permettent d'accéder à leurs conceptions et représentations personnelles. Cela nécessite donc une rencontre, une situation d'interaction, où l'écoute de l'interviewé et la facilitation de la production du discours sur le thème défini se substituent au questionnement.

Ce procédé a longtemps souffert d'une mauvaise réputation en tant que méthode de recherche. Un manque de rigueur, des bases théoriques insuffisantes en comparaison avec les études quantitatives, lui étaient reprochés. Ces reproches sont essentiellement basés sur une méconnaissance de la méthodologie. L'enquête qualitative constitue désormais une technique de recherche éprouvée et largement utilisée.

Elle est particulièrement appropriée pour l'étude des opinions, des comportements et des pratiques des individus. Elle permet de comprendre le point de vue des personnes étudiées, de révéler les systèmes de valeurs et les repères qui déterminent et orientent leurs conduites.

Les enquêtes sur les représentations analysent la compréhension d'une pratique et ce qui s'y relie en termes d'idéologies et symboles. La diversité des points de vue est recherchée. Le critère de qualité se situe au niveau de la cohérence plutôt que la représentativité.

L'entretien, élément clé de l'enquête, permet d'explorer au-delà du contenu explicite, le contenu implicite, le ressenti, l'inexprimé, les croyances profondes.

En opposition, la méthode quantitative, avec l'utilisation des questionnaires, même sous forme de questions ouvertes, restreint le champ d'étude et n'offre pas la possibilité d'explorer véritablement les représentations et les sentiments souvent cachés des femmes.

On peut définir trois types d'entretiens qualitatifs:

- **L'entretien non-directif**: un thème est soumis à l'interviewé. Il a la possibilité de s'exprimer librement sur le sujet. Ni le contenu, ni le déroulement de l'entretien ne doivent être perturbés; l'interviewer n'intervient que pour favoriser l'expression et encourager l'interviewé à préciser sa pensée.
- **L'entretien directif**: l'interviewer suit le guide d'entretien et pose des questions dans un ordre prédéfini. L'interviewé se contente de répondre aux questions. Il n'y a pas de place à l'expression spontanée. Ce type d'entretien est plus proche du questionnaire, délivré sur un mode verbal plutôt qu'écrit.
- **L'entretien semi-directif**: il se situe entre les deux précédents. L'interviewer a préalablement construit un guide d'entretien, dans lequel des thèmes à aborder sont listés. Contrairement à l'entretien directif, il s'agit seulement d'une trame, et l'interviewer va laisser le sujet développer librement sa pensée autour du thème défini, en cadrant néanmoins le discours autour du guide d'entretien. Cela nécessite une attitude non-directive, privilégiant les questions ouvertes, sans interrompre la personne interrogée.

Nous avons donc opté pour **l'entretien qualitatif, semi-directif**.

La méthode de l'entretien directif n'a pas été retenue se rapprochant trop du questionnaire classique, ainsi que l'entretien non-directif favorisant la confusion et le hors-sujet.

## **II-2 LA CONCEPTION DE L'ENQUETE**

### **II-2.1 Population et corpus**

La population enquêtée était constituée de femmes enceintes du deuxième ou troisième trimestre, faisant suivre leur grossesse par leur médecin généraliste jusqu'au sixième mois de grossesse au moins. Elles effectuaient leurs échographies du deuxième ou troisième trimestre de grossesse à l'hôpital.

Le nombre des participantes a été volontairement limité, notre objectif n'étant pas de recueillir un échantillon représentatif. L'accent a été mis sur la qualité de l'échange. Nous avions prévu initialement une quinzaine d'entretiens.

Devant le phénomène de saturation théorique, c'est-à-dire quand l'ajout de nouvelles données ne sert plus à améliorer la compréhension du phénomène étudié, nous avons limité les entretiens. Dans notre étude, la saturation théorique est survenue aux environs du dixième entretien. Néanmoins nous avons effectué treize entretiens afin de vérifier ce seuil de saturation et par respect envers les femmes ayant accepté de nous recevoir, les rendez-vous ayant été fixés à l'avance.

## **II-2.2 Mode d'accès aux interviewés**

Les maternités de Lorraine qui effectuaient le plus de suivi échographiques de femmes enceintes suivies par le médecin généraliste ont été retenues pour l'étude.

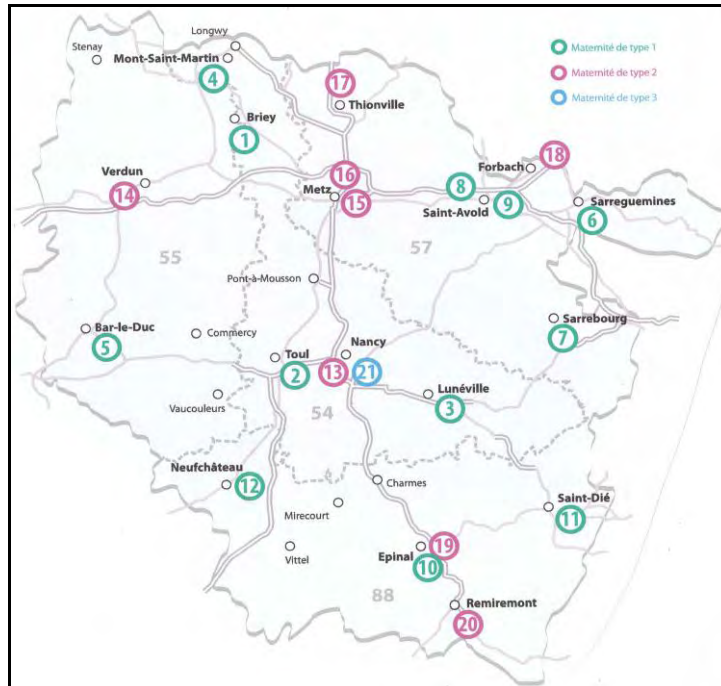


Figure 8 : réseau périnatal Lorrain, mai 2010 [52].

Les femmes ont été recrutées essentiellement sur les maternités de Metz et Remiremont.

Une demande d'autorisation a été laissée dans les cabinets d'échographie. Quand l'occasion se présentait, c'est-à-dire lorsqu'une femme enceinte était envoyée par son médecin généraliste pour la réalisation de l'échographie, l'échographiste (un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme) proposait à la femme d'intégrer l'étude, lui faisait signer un consentement écrit (en annexe), et relevait ses coordonnées afin d'être contactée ultérieurement.

Une première prise de contact était effectuée par téléphone. Nous nous présentions et expliquions succinctement l'objet de l'étude. Nous avons choisi de ne pas détailler le sujet afin que l'entretien ultérieur soit le plus spontané possible. Nous avons ainsi expliqué qu'il s'agissait d'une enquête sous forme d'entretiens enregistrés dans le domaine du suivi de grossesse par le médecin généraliste.

Présentation téléphonique standardisée :

*« Je suis Mlle YILDIZ, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le suivi de grossesse par le médecin généraliste en effectuant donc une enquête auprès de femmes enceintes se faisant suivre par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Je m'intéresse donc à votre cas. Ces enquêtes permettront de mieux comprendre les raisons de votre choix. Je souhaiterais vous rencontrer pour un entretien d'une vingtaine de minutes, qui sera enregistré et utilisé de manière anonyme dans mon travail de recherche. »*

Après ce premier contact, les femmes retenues pour l'enquête avaient donné une suite favorable. Une date et un lieu de rencontre avaient été convenus.

### **II-2.3 Le plan d'entretien**

Afin de cibler au mieux les attentes et le ressenti des femmes, et d'élaborer ainsi une grille d'entretien adéquate, nous avons débuté par un entretien libre auprès d'une femme enceinte suivie par son médecin généraliste. Ensuite les thèmes et questions ont été élaborés et structurés avec l'aide de la sociologue Madame Kivits J.

La grille d'entretien a pu être adaptée au fur et à mesure des entretiens pour combler certaines lacunes et mieux rentrer dans le dialogue.

Nous n'avions pas assez d'expérience ni de temps pour élaborer des stratégies d'intervention pointues (adaptation au type de discours, mode de relance, ...).

Grille d'entretien :

- Généralité : nous avons débuté l'entretien par la question générale du choix du suivi de grossesse.
- Profil local du médecin généraliste : nous avons amené progressivement les femmes à parler de leur médecin généraliste (sexe féminin ou masculin, connaissances des formations complémentaires, proximité géographique...).
- Histoire de santé : nous avons évoqué l'ancienneté de leur relation, l'existence d'un médecin de famille dans leur enfance, le rapport au médecin, les attentes.
- Représentations de la gynécologie : le dernier thème englobe leur expérience avec le gynécologue, leurs représentations de la grossesse.

## **II-3 REALISATION DES ENTRETIENS**

La durée prévue pour les entretiens était de 15 à 30 minutes.

L'entretien était réalisé au domicile de la femme, avec préservation de l'anonymat.

Un enregistreur audio était utilisé après autorisation, puis une retranscription intégrale était effectuée.

Une présentation type était utilisée pour introduire l'entretien, qui définit précisément le contrat de communication et la consigne.

Introduction standardisée :

*« Je suis Mlle YILDIZ, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le suivi de grossesse par le médecin généraliste en effectuant donc une enquête auprès de femmes enceintes se faisant suivre par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Ces enquêtes permettront de mieux comprendre les raisons de ce choix, et de promouvoir par la suite le suivi de grossesse par le généraliste. L'enquête est anonyme, et si à certains moments vous ne voulez pas répondre, vous avez tout à fait le droit ».*

La stratégie d'écoute et d'intervention (question externe et consigne, relance, contradiction) n'était pas fixée à l'avance.

Les entretiens étaient enregistrés puis retranscrits dans leur intégralité mot à mot en toute objectivité. Les éléments non verbaux ont aussi été retranscrits : silence, mimiques, cadre de vie... Ceci dans le but d'aider à l'analyse des entretiens qui a été faite dans un deuxième temps.

## **II-4 ANALYSE DU CONTENU DU CORPUS**

L'objectif de l'étude était de décrire et mieux comprendre les attitudes et le ressenti des femmes enceintes suivies par le médecin généraliste pour leur grossesse.

Il était donc nécessaire de réaliser une analyse systématique des idées exprimées par les femmes au travers des entretiens. Nous avons procédé par analyse thématique verticale puis horizontale.

Nous avons effectué une première analyse entretien par entretien qui a permis d'élaborer la grille d'analyse, à partir de la grille d'entretien, qui dégage tous les différents thèmes. On a donc fait une lecture thématique de l'entretien. L'information a été décomposée au maximum.

Une deuxième lecture a ensuite été réalisée. Nous avons procédé à la lumière de cette grille d'analyse à un découpage systématique du texte, sous la forme d'une analyse thématique verticale. Les thèmes ont été classés en thèmes principaux et secondaires. La grille a été appliquée à l'ensemble du corpus, chaque thème, pré défini dans la grille, a été agrémenté des énoncés des entretiens (membres de phrases, phrases, paragraphes...). Quand celles-ci sont très similaires, nous n'avons pas toujours mis l'ensemble des citations relatives au thème abordé. Nous avons choisi de ne pas chiffrer ces derniers mais de parler qualitativement, d'une majorité ou non de femmes qui ont pu aller dans le même sens pour une même question.

Enfin, une analyse plus transversale, recherchant une cohérence thématique inter-entretiens a été réalisée.

Chaque idée exprimée a autant de valeur, qu'elle soit citée par une ou plusieurs femmes.

## **III- RESULTATS**

### **III-1 REALISATION DES ENTRETIENS**

Toutes les femmes qui ont signé le consentement, ont accepté le contact téléphonique.

Il n'y a pas eu de difficultés majeures pour les contacter. Sur les 25 femmes contactées par téléphone :

- 3 ne répondaient pas aux appels.
- 1 ne parlait pas du tout la langue française.
- 8 se sont avérées être suivies par une gynécologue, donc n'étaient pas admissibles pour les entretiens.

Sur les 13 femmes restantes, 2 femmes turques présentaient des difficultés en français. Parlant nous-mêmes le turc, l'entretien était réalisé en turc, qui était ensuite traduit de la façon la plus fidèle possible.

Les 13 femmes contactées ont accepté la rencontre à domicile. La plupart des femmes étaient curieuses et enthousiastes de se prêter à une telle interview et s'étaient rendues disponibles pour nous rencontrer.

Globalement, elles paraissaient intéressées par la démarche. Même si une certaine gêne ou réserve existait pour certaines au début de l'entretien, celle-ci s'estompait au fil de la conversation.

Dans la plupart des cas, elles s'attendaient à un questionnaire, à « un jeu de questions-réponses », mais elles se sont finalement adaptées aux modalités de l'enquête.

Le recrutement et les entretiens ont eu lieu de janvier à avril 2010.

La durée moyenne des entrevues était de 15 minutes.

Il n'y a pas eu de refus d'enregistrement.

## **III-2 ANALYSE DES ENTRETIENS**

### **III-2.1 Description du corpus**

Taille du corpus : 13 entretiens.

Age moyen 28 ans. Les extrêmes allaient de 21 ans à 36 ans.

Parmi ces 13 femmes enceintes, la grande majorité était multipare, seulement 4 d'entre elles étaient enceintes de leur premier enfant.

Elles vivaient autant en ville qu'à la campagne. La plupart possédait un moyen de locomotion individuel.

Dans la majorité des cas, le médecin généraliste était un homme ; la demande de suivi de grossesse émanait le plus souvent des femmes.

Par soucis de clarté, et afin de ne pas alourdir la présentation, le choix a été porté de ne pas présenter l'intégralité des entretiens dans cette partie mais seulement des extraits. Les entretiens sont disponibles en entier dans les annexes.

## **III-2.2 Les facteurs favorisant le choix du médecin généraliste pour le suivi de grossesse**

### **III-2.2.1 La disponibilité**

Les femmes estiment qu'il est important que le médecin qui les suit pendant la grossesse soit **disponible rapidement** afin de répondre à des besoins inhérents à cette période. Les femmes ont besoin de savoir que leur médecin est dérangementable, joignable à tout moment.

Madame B : « [...] avec elle, je sais que dès que j'y vais, elle va me prendre tout de suite. C'est plus pratique, elle est plus disponible. [...] c'est bien de savoir qu'elle est là s'il faut ».

Madame G : « C'est le bonheur ! Je peux aller quand je veux chez le médecin généraliste ! »

Madame E : « Oh et bien un des plus gros avantages d'aller chez lui, c'est qu'il est tout le temps disponible ! »

Madame M : « [...] la différence c'est qu'elle est disponible ! Quand je les entends prendre leur RDV des mois à l'avance ! Moi j'appelle quelques jours avant c'est suffisant ».

Madame L : « Mais ils [les gynécologues-obstétriciens] ne sont pas disponibles, alors que le médecin généraliste prend tout de suite et se déplace ».

La disponibilité est d'autant plus importante en cette période où les femmes ont beaucoup de questions à poser à leur médecin, ont **besoin d'informations** claires, rapides et adaptées à leur cas.

Madame A : « S'il y a un problème de santé, s'il y a un problème sur les résultats, je l'appelle, il n'y a pas de soucis sur ça. Elle est disponible. [...] Mais elle répond toujours quand je l'appelle ».

Madame C : « il faut qu'on puisse l'appeler n'importe quand, qu'on puisse avoir des renseignements n'importe quand sans attendre le prochain rendez-vous, sans être obligé de rappeler, de passer. Là, au moins il me connaît, si j'appelle là, il me répondra dans la foulée ».

Madame K : « Je peux l'appeler, elle me répondra. Elle est disponible tout le temps, ça y a rien à dire ».

Madame J : « C'est important tout ça, surtout quand on n'a pas d'expérience ! C'est le premier, alors j'en ai des questions ! »

### III-2.2.2 La qualité de la relation médecin généraliste – patiente

L'**aspect relationnel** du lien médecin-patient est primordial pour les femmes. Elles ont besoin d'une écoute de qualité, ne pouvant s'inscrire que dans une **relation humaine**. Se sentir à l'aise, se livrer sans être jugée sont les critères principaux avancés par les femmes.

Madame B : « *Pour quelqu'un qui s'entend bien avec son médecin généraliste, c'est bien. C'est plus humain. Le médecin généraliste nous voit plus souvent, prend le temps [...] Elle, elle est plus proche, elle prend le temps de nous rassurer. [...] C'est vraiment parce qu'elle est humaine que je l'ai choisie [...] Moi, je suis très axée sur la relation, sur le feeling. Je ne me suis pas sentie à l'aise avec mon médecin généraliste d'enfance donc j'ai changé [...] on a eu un bon feeling comme on dit. Et je l'ai gardée, mais vraiment pour le côté relationnel* ».

Madame E : « *Je suis bien à l'aise avec lui. On peut parler de tout. [...] il met les personnes à l'aise. Bon, après, le courant passe ou le courant ne passe pas. Avec lui, c'est bien passé donc je l'ai gardé. C'est sûr qu'il vaut mieux plutôt aller chez quelqu'un avec qui le courant passe* ».

Madame H : « *Ce qui compte c'est qu'on soit bien avec* ».

Elles apprécient une approche **moins médicalisée, plus humaine**, de la grossesse, la rendant un évènement naturel, heureux.

Madame B : « *On a moins l'impression d'être une vache, ça fait moins vétérinaire ! Je suis ravie [...] Vraiment je n'aime pas ce côté trop médicalisé. Au moins chez la généraliste, il n'y a pas tous ces appareils de tortures avec les étriers. J'aimerais des maisons de naissance comme en Hollande, en Suède. Il faut arrêter le trop médicalisé. Ça ne nous apporte rien de plus. Oui c'est une perte de temps, d'argent, tous ces rendez-vous chez les spécialistes. Ça se passe autrement dans les autres pays d'Europe et je ne crois pas qu'ils en soient plus malheureux* ».

Les capacités d'empathie, de **compréhension**, sont recherchées et appréciées par les femmes, surtout les étrangères présentant la barrière de la langue.

Madame M : « *Elle est sympathique, elle est bien, elle se comporte bien malgré qu'on ne parle pas trop la langue ! [...] j'y allais avec un traducteur, comme je ne parlais pas encore le français. C'était une voisine, une amie* ».

Madame L : « *Moi j'ai la barrière de la langue, j'y vais avec mon mari quand il peut, quand il est disponible* ».

Une fois la relation établie, la patiente se sentant comprise, se présente même en consultation sans forcément maîtriser la langue.

Madame M : « *Maintenant je peux y aller seule, je parle un peu plus, je me débrouille quoi !* »

Madame L : « *Mais maintenant qu'elle me connaît bien, j'y vais même toute seule. Parfois il n'y a pas besoin de parler, quand tout va bien, elle m'examine, elle fait ce qu'il faut. Elle est compréhensive quoi !* »

La grossesse est une période où existent des craintes immotivées, des inquiétudes au sujet de l'enfant. Les femmes présentent un **besoin de réassurance** particulièrement élevé pendant cette période; elles expliquent leur choix par la qualité d'écoute, la capacité du médecin généraliste à soulever des interrogations, à tendre des perches.

Madame C : « *En plus, il est toujours à l'écoute [...] C'est rassurant. Je sais qu'il fait bien son travail. Il est très disponible. Il m'a bien écouté, de ce côté-là il n'y a pas de soucis* ».

Madame F : « *C'est ma première grossesse, je suis plutôt du genre à m'inquiéter. [...] C'est rassurant avec lui. Si je l'appelle au dernier moment, il me prend quand même. [...] il répond à toutes mes questions, à mes angoisses* ».

Madame H : « *il suffit que je l'appelle par téléphone et il répond de suite, il rassure tout de suite. Ca c'est cool !* »

Madame J : « *Vous savez, c'est un domaine inconnu, on découvre. Alors forcément on se pose des questions. Heureusement qu'il était là, j'allais le voir assez souvent, mais c'était bien, il a su me rassurer. Et là, ça se passe plutôt bien* ».

### **III-2.2.3 La confiance**

Entre le médecin et la patiente s'établit une relation de totale confiance. Les femmes ont besoin de se sentir en sécurité, comprises, afin de partager en toute sérénité.

Madame D : « J'ai confiance en lui ça va ».

Madame E : « Le climat de confiance était déjà installé, donc je n'ai pas voulu aller voir un gynéco ».

Madame F : « Ben j'ai confiance en lui, je sais que je serai bien pris en charge, qu'il fera le maximum. [...] Y a une complicité qui est là, qui s'est installée ».

Madame I : « Avant d'être enceinte je le voyais 2 ou 3 fois par an. Il y a une relation de confiance avec le médecin généraliste. C'est pour cela que je n'ai pas voulu aller voir quelqu'un à l'hôpital ».

### **III-2.2.4 La connaissance antérieure de la femme**

La connaissance antérieure de la femme, de son histoire, de ses antécédents a permis l'instauration d'un dialogue privilégié entre son médecin et la patiente. Ce **lien privilégié**, établi et conservé depuis des années renforce le sentiment de confiance et de sécurité des femmes.

Madame G : « Forcément mon médecin généraliste, cela fait plus de 10 ans que je le connais, cela fait depuis 10 ans qu'il est mon médecin traitant attitré comme on dit, forcément l'échange n'est pas le même. Déjà la confiance n'est pas la même, mon médecin généraliste je lui fais confiance ».

Madame H : « si je reste avec lui c'est pour cette relation de confiance qu'on a établit au fil des années. On ne peut pas établir une telle relation avec un spécialiste que l'on voit juste quelques fois. Je lui fais confiance, totalement ».

Les femmes ont construit pendant des années une relation dans laquelle elles se sentent bien. La **connaissance entière** de la femme, du dossier médical, de l'environnement est pour elles primordiale et indispensable pour une prise en charge complète du suivi de grossesse.

Madame A : « Ben on se connaît depuis 5 ans. [...] Ben je l'ai choisie parce que je la connais bien. Mon mari, mes enfants, moi, on est tous suivi par elle. [...] C'est bien comme ça. Elle nous connaît bien. Si j'emmène le petit, elle me demandera à moi aussi si ça va, si j'ai besoin de quelque chose ».

Madame D : « Maintenant qu'on se connaît bien, je ne voudrais pas aller voir quelqu'un de nouveau avec qu'il faut tout reprendre du début. J'espère qu'il ne déménagera pas, qu'il restera là ! »

Madame I : « Je suis suivie par lui depuis une dizaine d'années. Nous avons de très bons rapports. Il m'a orientée vers la gynécologue obstétricienne au 6<sup>ème</sup> mois. On a discuté de ce qui serait le mieux pour moi. Et ça c'est une bonne solution ».

Madame J : « Le plus important de tout c'est la confiance, c'est le fait qu'il me connaisse bien. Il connaît mes antécédents. C'est quand même plus simple qu'un inconnu, je préfère aller voir quelqu'un qui me connaît ».

Le rôle du médecin généraliste ne se limite pas à la grossesse. Il est le premier interlocuteur que les femmes consultent afin de préparer au mieux l'avant et l'après grossesse. La **connaissance antérieure** de la patiente par le médecin généraliste lui permet de lui donner les **conseils appropriés** à son mode de vie. Les femmes lui attribuent un rôle de conseiller et guide.

Madame J : « avant de tomber enceinte, on en parlait ensemble. [...] Il me donnait des conseils, me rassurait avant. [...] il me donne même des conseils pour après la grossesse. Oui sur le bébé, comment s'en occuper, l'allaiter, la contraception aussi. C'est important tout ça, surtout quand on n'a pas d'expérience ! »

Madame A : « si j'ai des questions à poser, des doutes elle répond. Sur les résultats d'analyse, sur le bébé, les choses comme ça ... sur la vie de couple... elle nous connaît bien ! »

Plus la femme est suivie depuis longtemps par son médecin généraliste, plus le lien est fort. Le suivi de grossesse paraît la suite logique de cette relation.

Madame H : « *Moi mon médecin généraliste me suit depuis la naissance ! Chez nous, c'était comme ça. [...] Du coup la question ne s'est même pas posée, ça s'est fait automatiquement ! Je savais que j'étais enceinte, j'ai été le voir, il m'a prescrit la prise de sang pour confirmer, et puis ça a suivi. Il fait la suite.* »

Madame K : « *Ben en fait elle est mon médecin généraliste depuis toute petite. Moi j'ai toujours habité ici, je n'ai pas déménagé, donc c'est toujours elle que je vais voir. C'est sûr que maintenant elle me connaît bien ! Vu qu'elle me suit depuis que je suis bébé. J'ai confiance en elle oui* ».

**L'ancienneté de la relation** avec une **bonne expérience** lors de la première grossesse est également un critère favorisant le choix du médecin généraliste. Si la patiente est satisfaite de son premier suivi, elle y retournera plus facilement sans appréhension.

Madame A : « *Elle m'a déjà suivi 2 grossesses, ça s'est bien passé donc je l'ai gardé* ».

Madame C : « *[11] a suivi ma grossesse. Et il a continué. Il n'y a pas eu de soucis donc j'ai continué. Je savais que je pouvais aller ailleurs, mais je ne l'ai pas fait car j'étais bien là. D'ailleurs il a suivi mes 4 grossesses. [...] j'en suis satisfaite, il a suivi mes 4 grossesses qui ont été toutes différentes, mais il ne s'est jamais planté* ».

Madame E : « *Il a déjà suivi ma première grossesse, ça s'est bien passé pour la première, donc je l'ai gardé* ».

Madame G : « *Ça s'est bien passé avec le médecin généraliste pour la 2<sup>ème</sup> grossesse donc je l'ai gardé pour la 3<sup>ème</sup>* ».

Madame K : « *C'est aussi elle qui s'est occupée de mes 2 premières grossesses, c'est elle qui m'a suivie. Ça s'est bien passé, il n'y a pas eu de problème* ».

### **III-2.2.5 Le suivi gynécologique antérieur**

Nous constatons dans les entretiens que le suivi gynécologique des femmes est également effectué pour la quasi-totalité par leurs médecins généralistes. Malgré ce suivi gynécologique existant, les femmes méconnaissent souvent la possibilité de suivi obstétrical par leur médecin traitant. La demande de suivi de grossesse émane souvent de la femme, ou bien elle le découvre par hasard.

Madame A : « Elle fait le suivi gynécologique oui, la pilule, le frottis. Je n'ai pas d'autres docteurs. C'est pratique. [...] Au tout début, à la première grossesse, c'est moi qui lui ai demandé ; je l'aimais bien, je lui ai dit que j'aimerais bien que ce soit elle qui me suive. Et elle a été d'accord. [...] Je savais pas avant que les médecins généralistes pouvaient suivre des grossesses, j'avais demandé comme ça et elle a dit oui, et ça a suivi ».

Madame C : « En fait, j'ai eu ma 1<sup>ère</sup> grossesse à 17 ans. Au début, ça a été pris en charge par la PMI, puis mon mari m'a proposé de voir son médecin traitant, et puis c'est comme ça que c'est venu et a suivi ma grossesse. Et il a continué ».

Madame E : « Et ben en fait je l'ai su par quelqu'un d'autre. Il s'est occupé de la 1<sup>ère</sup> grossesse de ma belle-sœur, c'est comme ça que je l'ai connu. J'avais entendu que du bien donc je me suis tourné vers lui. Et y a pas mal de femme enceintes qui vont le voir, des voisines, des nanas du quartier, c'est plutôt rassurant. [...] Il me fait les frottis, oui sur la plan gynécologique c'est lui qui me suit, il me prescrit la pilule et tout... Ça m'arrange bien, il fait tout ! »

Madame F : « C'est moi qui lui ai demandé s'il pouvait continuer à me voir pendant la grossesse. En fait il a fait la découverte de la grossesse, et puis je l'ai gardé. [...] Je voulais quelqu'un avec qui je suis bien quoi ».

Madame G : « Moi je ne savais pas que les toubibs généralistes pouvaient faire comme les gynécos. J'ai eu une gynéco pour la 1<sup>ère</sup> grossesse mais je l'aimais pas trop, quand je lui en ai parlé il m'a proposé de faire le suivi ! »

Madame L : « J'ai appris par hasard qu'elle pouvait suivre des grossesses. C'est quand j'emmenais mon 1<sup>er</sup> enfant chez elle, je lui parlais de mon suivi avec le gynécologue et je lui avais dit que c'était dommage que ce soit aussi loin. Et là, elle m'a proposé de suivre mes prochaines grossesses et depuis cela se passe bien ! »

Une des femmes affirme dans l'entretien ne pas désirer de suivi gynécologique par le médecin traitant, elle fait la scission entre gynécologie-domaine intime et médecin généraliste-médecin de famille.

Madame D : *« c'est moi qui lui ai demandé s'il pouvait le faire. [...] Par contre, il ne me fait pas mes frottis. Il fait la contraception oui, pour ça je vais le voir mais pas pour le suivi gynécologique. Pour ça, je vais voir la gynécologue, je préfère. [...] Parce qu'il y a des gynécologues pour ça ! C'est quand même un domaine intime, je ne veux pas que ce soit lui qui le fasse. La contraception oui, mais pas les frottis. Ah je ne me vois pas faire ça avec lui, c'est mon médecin de famille, pas mon gynécologue ! Mais pour la grossesse, il n'y a pas de soucis ».*

### **III-2.2.6 Le genre masculin ou féminin du médecin généraliste ?**

Le genre masculin ou féminin du médecin généraliste n'a pas d'importance dans le choix du médecin généraliste. Les femmes privilégient la qualité de la relation. Elles tiennent compte de la « personne » et non du sexe du médecin traitant.

Madame C : *« Mon médecin est un homme, ce n'est pas important non. Du moment que le travail est bien fait. Pour moi, c'est le plus important ».*

Madame E : *« c'est un homme et ça pose pas de soucis non. [...] Après le fait qu'il soit un homme c'est sûr qu'au début c'est intimidant, mais après quand on se connaît bien, ça passe bien, on y fait même plus attention ».*

Madame G : *« C'est un homme, ce n'est pas grave ! Il travaille dans une maison médicale, ils sont 3 et c'est tous des hommes, comme ça la question se pose pas ! Si j'avais eu le choix entre une femme et lui, hmmm, ma gynéco était une femme et ça ne s'est pas bien passé ! Alors oui, je l'aurai quand même pris ! »*

Madame I : *« Le fait qu'il soit un homme ou une femme, y a pas de différence pour moi, c'est pareil. Du moment qu'on ait une bonne entente et confiance. Je peux tout à fait concevoir que certaines femmes préfèrent consulter un médecin femme ».*

Quelques femmes préfèrent malgré tout le suivi par un médecin femme. Elles se sentent mieux comprises et plus à l'aise, mais ne réfutent pas l'idée de consulter un médecin homme si nécessaire.

Madame A : « Oui. Oui pour moi c'est un critère de choix, c'est un avantage. Je préfère en tout cas. Comme c'est une femme je suis plus à l'aise, je peux tout demander ».

Madame K : « En plus c'est une femme, pour moi c'est un plus. Moi j'apprécie ! J'ai des copines qui s'en fichent mais moi je préfère, je suis plus à l'aise quand même. Si j'étais allée voir un gynéco, ben j'aurais pris une femme aussi ! Ah oui ! C'est quand même mieux. Parce que je me dis c'est une femme, elle me comprendra mieux ! »

Madame L : « En plus elle est une femme, pour moi c'est bien, je préfère. Je suis beaucoup plus à l'aise avec une femme. S'il faut vraiment aller chez un homme, j'irai, mais si j'ai le choix je préfère une dame. Pour mon 1<sup>er</sup>, j'étais chez un homme, bon cela s'était bien passé mais je préfère maintenant ! [...] Et comme c'est une femme, j'ai l'impression qu'elle me comprend mieux ».

### **III-2.2.7 La proximité, facteur déterminant ?**

Même si la proximité peut apparaître primordiale dans le choix du suivi au début, elle n'en devient que secondaire au fur et à mesure de la relation. Les femmes sont prêtes à changer si la relation ne leur convient pas, et prêtes à parcourir de longues distances pour retrouver un médecin avec qui a été établi un lien privilégié.

Madame A : *« Avant que je déménage, elle n'était pas loin de chez moi. Maintenant que j'ai déménagé, je prends le bus, mais ça ne me pose pas de problème. Ça ne me dérange pas. Même si elle va plus loin, je la garderai, je ne crois pas que je vais changer de médecin. Je lui fais confiance totalement ».*

Madame B : *« La distance n'est pas tellement un problème. Enfin n'est pas un critère de choix du moins. Moi, je suis très axée sur la relation, sur le feeling. [...] J'ai pris cette dame au début car elle était proche de chez moi, et puis ça a bien passé, on a eu un bon feeling comme on dit. Et je l'ai gardé, mais vraiment pour le côté relationnel, pas parce qu'elle a son cabinet à deux pas de chez moi ! »*

Madame C : *« En voiture, on y est en 4 ou 5 minutes. Mais je suis prête à faire plusieurs kilomètres pour le voir, surtout que là je vais déménager à 15 minutes d'ici en voiture, mais je continuerai à venir le voir. Au début de la grossesse, je venais le voir à pied, maintenant c'est en voiture. [...] Faire des kilomètres ne me dérange pas plus que ça ».*

Madame E : *« ce n'est pas loin de la maison, comme ça on évite de faire les trajets. Il a son cabinet pas loin de chez nous, à 200 mètres, j'y vais à pied. [...] Même s'il déménage j'irai le voir ».*

Madame G : *« Si je voulais aller chez le gynéco j'irai ! La distance est la même pour aller aux 2, alors ! [...] Et bien au tout début, je l'ai pris pour la proximité par rapport à la maison, il y a 10 ans. [...] Ça s'est bien passé avec le médecin généraliste pour la 2<sup>ème</sup> grossesse donc je l'ai gardé pour la 3<sup>ème</sup> ».*

Madame H : *« Il est proche en distance oui, il est en ville aussi. Je peux y aller à pied. Mais même quand j'habitais loin, je faisais 20 km pour le voir. Ce n'est pas un problème ça. Ce qui compte c'est qu'on soit bien avec ».*

Madame I : *« Je fais 25 km de route pour le voir. La route n'est pas un problème. Maintenant tout le monde a sa voiture et est prêt à faire des kilomètres pour voir le médecin ».*

### **III-2.3 Représentations de la gynécologie-obstétrique des femmes**

Les **difficultés d'accès** aux gynécologues obstétriciens sont au premier plan. Les femmes réprouvent les conditions d'accès aux gynécologues : trop loin, indisponibles... Même si elles expliquent leur non disponibilité par leur contraintes hospitalières, il en ressort qu'elles en sont insatisfaites.

Madame B : « Les gynécos, eux, ils ne sont pas disponibles. Les gynécologues ne donnent pas de rendez-vous avant plusieurs mois. [...] Et ben la précédente grossesse, comme je n'ai pas trouvé de gynécologues, je n'ai pas fait de suivi ! J'ai été voir un gynécologue qu'au 6<sup>ème</sup> mois ! »

Madame C : « Déjà les gynécologues sont loin, ils sont sur M. ou T. Ça fait une petite distance quand même ». [...] Les gynécologues, c'est long pour avoir un rendez-vous, ça devient comme les ophtalmologues ; s'ils ont trop de patients ils ne vous prennent plus. Pour nous ça devient compliqué si on a jamais été suivi par un gynécologue avant, pour en trouver un c'est dur. Ça devient une denrée rare ».

Madame D : « Les gynécologues, il faut prendre rendez-vous, attendre longtemps parfois, c'est gavant ! »

Madame F : « les gynécos ce n'est pas la peine il y a beaucoup d'attente pour avoir un rendez-vous avec un gynéco. Je n'ai jamais vu de gynéco avant ».

Madame G : « A la première grossesse, si j'avais une question ou un problème, [...] la gynéco elle ne prenait pas entre-temps hein ! Ahlala fallait attendre la date du rendez-vous ! Et pas moyen de changer sinon on perdait le rendez-vous ».

Madame L : « Vous savez les gynécologues sont loin. C'est difficile d'avoir un RDV avec eux, et il faut attendre. [...] Les gynécologues sont bien, je ne les critique pas, je ne les dénigre pas. Mais ils ne sont pas disponibles. Si je téléphone au gynécologue, il me donnera RDV des mois plus tard mais pas le médecin généraliste ».

Madame M : « Quand je les entends prendre leurs rendez-vous des mois à l'avance ! ».

La gynécologie-obstétrique représente pour ces femmes une discipline **hyper médicalisée, trop technique, froide, inhumaine**, pouvant être génératrice d'angoisse dans cette période fragile qu'est la grossesse. La femme enceinte a besoin de percevoir cette période comme un moment naturel; elle ressent le besoin d'un médecin qui consacre du temps et de l'attention à tous les aspects de la grossesse.

Madame B : « Les gynécos sont tellement pris par leur planning qu'ils ne parlent pas ! [...] Tout est tellement médicalisé maintenant, avec toutes les nouvelles techniques. Moi par exemple, je ne veux pas savoir le sexe de l'enfant, ça ça choque tout le monde. Moi c'est tout ce côté trop médicalisé, ça me gêne. [...] Vraiment je n'aime pas ce côté trop médicalisé. Au moins chez la généraliste, il n'y a pas tous ces appareils de tortures avec les étrières. J'aimerais des maisons de naissance comme en Hollande, en Suède. Il faut arrêter le trop médicalisé. Ça ne nous apporte rien de plus. Oui c'est une perte de temps, d'argent, tous ces rendez-vous chez les spécialistes. Ca se passe autrement dans les autres pays d'Europe et je ne crois pas qu'ils en soient plus malheureux ».

Madame G : « [...] à la première grossesse j'ai été voir une gynéco, comme tout le monde, j'ai voulu faire le suivi standard, mais alors le contact ce n'était pas ça ! Ce n'était pas super ! »

Madame I : « Il n'y a pas une bonne relation avec les médecins des hôpitaux, ils n'ont pas de temps. Ils manquent de temps en consultation. Les gynécos, ils sont froids, les consultations sont rapides. Les médecins que j'ai rencontrés à l'hôpital jusqu'à maintenant, ils sont froids, ils ne sont pas avenants du tout. Alors des questions sur l'angoisse de la grossesse, vous pensez ! Ils ne répondent pas. Au contraire on risque de se créer une angoisse ! »

Les femmes jugent inutiles un tel suivi spécialisé dans leur cas. Elles sont conscientes d'avoir des **grossesses aisées**, évoluant sans complications, qui ne nécessitent donc pas forcément une hypermédicalisation.

Madame C : « Le fait d'avoir des grossesses normales, c'est un plus forcément ; je n'ai pas besoin d'un suivi spécialisé, le médecin traitant peut tout à fait faire ce travail, sinon il le dirait, je lui fais confiance ».

Et elles sont rassurées de savoir qu'en cas de problème, le médecin généraliste les orientera au mieux.

Madame E : « Et puis vous savez, il a son réseau assuré derrière lui. Il sait bien qu'il a son réseau derrière lui, donc s'il y a un problème il envoie chez le spécialiste. Mon gynéco travaille avec lui. A partir du moment où y a pas de soucis de diabète, d'hypertension ou quoi que ce soit, il envoie chez le gynécologue le 9<sup>ème</sup> mois. Il suit tout du début à la fin. [...] il pourra quand même nous diriger vers son réseau et de façon plus vite ».

### **III-2.4 La satisfaction des femmes**

Toutes les femmes interrogées sont contentes, satisfaites de leur suivi de grossesse auprès de leur médecin généraliste. Pour elles le médecin traitant a sa place dans le suivi de grossesse. Elles le trouvent tout à fait **compétent** et capable d'un tel suivi. La compétence dans plusieurs domaines du médecin généraliste les reconforte dans leurs choix.

Madame A : « elle est compétente pour répondre à toutes mes questions, si j'ai des questions à poser, des doutes elle répond. Sur les résultats d'analyse, sur le bébé, les choses comme ça ... sur la vie de couple... ».

Madame D : « Il répond à toutes mes questions. Et quand il ne sait pas, il me le dit, il appelle le spécialiste. Il fait ce qu'il y a de mieux. [...] »

Madame E : « On peut parler de tout. Toutes mes questions ont été bien posées en temps et en heure, et j'avais les réponses. Il est compétent ».

Madame G : « Et puis quand il ne sait pas, il appelle le gynécologue devant moi, il n'hésite pas à contacter le spécialiste s'il faut. Il ne laisse pas de questions en suspens ».

On peut s'étonner de constater que la plupart des femmes **méconnaissent les formations** complémentaires de leur médecin généraliste. Pour elles, la satisfaction ne passe pas par la technicité, ni par les diplômes. Ce point ne paraît pas important pour elles.

Madame A : « [...] je ne sais pas si elle a des diplômes en plus, des formations en plus dans ce domaine. En tout cas, ça se passe bien, j'y vais tous les mois, elle fait les contrôles qu'il faut. Je lui fais confiance, elle fait comme il faut je pense ».

Madame F : « Je ne sais pas s'il a suivi des formations en plus dans le domaine de la gynéco mais en tout cas il est compétent ».

Madame J : « Ah non je ne sais pas s'il a fait des trucs en plus, mais il y a des étudiants dans son cabinet. Je sais qu'il forme des étudiants ».

Maintenant que la relation est établie, elles espèrent **garder cet échange**, elles sont tellement satisfaites qu'elles ne veulent ni changer ni perdre ce lien.

Madame D : « Maintenant qu'on se connaît bien, je ne voudrais pas aller voir quelqu'un de nouveau avec qui il faut tout reprendre du début. J'espère qu'il ne déménagera pas, qu'il restera là ! »

Madame F : « Même s'il s'en va loin, j'irai quand même le voir lui. Y a une complicité qui est là, qui s'est installée ».

Madame B : « le médecin de famille, c'est un bon compromis entre le suivi trop médicalisé et le pas suivi du tout ! »

Madame H : « Non c'est bien comme ça. Pour moi ça a été un choix à part entière, qui me satisfait ! Et j'espère que les généralistes pourront continuer à suivre des grossesses ! »

Les femmes n'hésitent pas à faire profiter toute **la famille** de ce suivi adapté et adéquat à tous les membres de la famille. Le médecin généraliste devient à leurs yeux un membre à part entière de la famille.

Madame B : « Avec elle ça se passe très très bien. Même les enfants, je les ai retirés du pédiatre et je les emmène chez elle ! C'est pour vous dire ! Elle nous suit en famille ».

Madame C : « Maintenant il nous suit en famille. [...] Maintenant, on a vraiment un médecin de famille oui, il fait un peu partie de la famille ! ».

Madame I : « Pour moi, pour nous, il est notre médecin de famille ».

Madame G : « Les enfants au début je les fais suivre par le pédiatre, et à partir de 3, 4 ans je les emmène chez lui aussi ».

Madame M : « Toute la famille on est suivie par elle ! Cela prouve bien qu'on lui fait confiance ! »

### **III-2.5 Synthèse**

Nous voyons par ces résultats que les femmes enceintes sont unanimes dans l'idée que la grossesse n'est pas une maladie, mais est néanmoins un état de santé particulier. Les femmes ont des besoins spécifiques durant cette période et nécessitent un suivi un peu différent dans l'écoute et la disponibilité.

C'est donc la disponibilité, une grande capacité d'écoute, l'absence d'hypermédicalisation qui semblent favoriser le suivi par le médecin généraliste.

## **IV- DISCUSSION**

## IV-1 INTERET DE LA METHODE

### IV-1.1 Pourquoi le qualitatif ?

Pour pouvoir choisir entre entretiens ou questionnaires, nous nous sommes référés au concept que : « L'entretien s'impose chaque fois que l'on ignore le monde de référence, ou que l'on ne veut pas décider à priori du système de cohérence interne des informations recherchées. Le questionnaire, lui, implique que l'on connaisse le monde de référence d'avance, ou bien qu'il n'y ait aucun doute sur le système interne de cohérence des informations recherchées » [53].

Pourquoi les femmes consultent-elles si peu leur médecin généraliste pour le suivi de grossesse ? Médecins nous-mêmes, nous sommes confrontés à cette problématique. Quels sont les apports bénéfiques d'un tel suivi ? Il existe des raisons tout à fait limpides comme la proximité, la disponibilité... Par contre, les doutes, les peurs, l'intimité de la relation avec le médecin font que le « système interne de cohérence » n'est pas toujours évident.

Il ne s'agissait pas ici de réaliser un état des lieux chiffré des connaissances et des sentiments des femmes, mais plutôt d'essayer **d'appréhender les raisons profondes de leur choix du médecin pour le suivi de grossesse**. La variété des femmes choisies a également contribué à faire émerger un certain nombre de points de vue différents.

La méthode qualitative a ainsi répondu de manière particulièrement satisfaisante à ces critères de recherche.

### **IV-1.2 Limites et insuffisances**

- Certes l'étude portait sur un petit nombre de femmes. Cependant, les résultats sont tout à fait compatibles et vont dans le sens d'autres études déjà effectuées. Cette étude nous apporte ainsi quelques pistes qui permettent de comprendre certains aspects de la problématique.

Il aurait pu être intéressant, afin d'élargir les profils des femmes interrogées, d'inclure des femmes réalisant leurs échographies dans des structures privées.

- La conduite de l'entretien s'est avéré être un exercice délicat. Exercer à la fois une écoute attentive et utiliser au bon moment les stratégies d'interventions utiles à la construction d'un discours structuré, a pu s'avérer difficile.

Poser des questions ouvertes était un exercice plus délicat qu'il n'y paraissait. Exercer des relances, écouter, analyser et rebondir dans un laps de temps court a été un exercice complexe et périlleux. Certaines déclarations des femmes auraient mérité d'être approfondies, ce qui n'a pas toujours été fait. Ces lacunes ont été constatées lors de la transcription des entretiens.

- Un maximum de neutralité devait être gardé lors de l'entretien. Mais il était difficile de ne pas faire participer une part de subjectivité, de par le vécu, l'expérience, les sentiments propres apportés par l'enquêteur.
- L'analyse a été effectuée de manière rigoureuse et méthodologique. Les différents thèmes n'ont pas été abordés de la même manière par les femmes et certains thèmes n'ont pas été abordés du tout par certaines femmes même si elles avaient certainement une opinion à leur propos.

## **IV-2 LES RAISONS DU CHOIX DU MEDECIN TRAITANT**

### **IV-2.1 La relation médecin-patiente**

#### **IV-2.1.1 Connaissance entière et antérieure de la femme**

Dans les entretiens, les femmes sont unanimes sur l'importance de l'aspect relationnel de leur contact avec leur médecin traitant. Plus qu'un soignant ordinaire, il est le confident, la personne de confiance qui ne juge pas, ne critique pas. Il connaît la femme et son histoire, son environnement et ses attentes. A leurs yeux il est celui qui pourra consacrer du temps et de l'attention à tous les aspects du suivi de grossesse.

La relation de confiance qui s'est installée au fil des années entre le médecin généraliste et la femme enceinte, son partenaire et ses enfants revêt une importance fondamentale. La connaissance antérieure de la patiente permet au médecin une approche psychologique adaptée, mais aussi sociale et familiale. C'est la prise en charge globale de la santé de la femme, compétence reconnue du médecin de famille, spécialiste des soins primaires. La femme a besoin de se sentir écoutée et rassurée.

Les femmes qui choisissent le médecin généraliste pour le suivi de leur grossesse ont toutes un « long passé » avec celui-ci et la période de la grossesse permet de renforcer ce lien. C'est pour elles un gage de sécurité, de confiance. Elles se sentent plus à l'aise d'aborder des notions plus intimes. Ainsi dans la thèse de GROS-LENNE [54], 66% des femmes avaient expliqué leur choix du médecin généraliste par l'existence d'un suivi médical général habituel, antérieur à la période de grossesse. Parmi la proportion de femmes consultant un gynécologue pour sa grossesse, une bonne partie est probablement représentée par celles qui n'ont justement pas de médecin généraliste attitré, 'personnalisé'. Les contraintes familiales, professionnelles, la vie moderne actuelle poussant à être un peuple voyageur, l'individu a moins le temps de créer un lien avec un seul médecin qui le suivrait à long terme. Nous le constatons dans notre enquête où très peu des femmes interrogées consultent encore leur médecin généraliste d'enfance. Comment confier dans ce cas un événement aussi important que la grossesse à un médecin non spécialiste dans ce domaine, qu'elles auraient consulté que quelques fois ou pas du tout. Dans ce cas là on pourrait penser qu'il est difficile d'attendre de ces femmes un dévouement de leur part envers leur médecin généraliste, qu'elles préféreront dans ce cas une consultation classique chez le spécialiste.

La consultation chez le gynécologue ciblant spécifiquement la sphère obstétricale, les femmes suivies ou non depuis longtemps par un médecin généraliste, déplorent le manque d'écoute alors qu'elles sont assaillies d'interrogations.

Les femmes sont conscientes que les gynécologues exercent leur travail correctement, elles ne dénigrent pas leurs apports, mais faute de temps, de disponibilité elles ne trouvent pas de réponses à leur attentes. Ces femmes nécessitent une plus grande disponibilité pendant cette période. Les médecins généralistes doivent trouver le moyen d'accorder plus de temps avec des consultations plus longues. Une attention toute particulière au contexte familial et socio-professionnel doit être portée.

Paradoxalement dans l'étude de PREVOT-STIMEC [36] il en ressort que les femmes ont finalement peu d'attentes envers leurs médecins pendant cette période, dans le sens qu'elles veulent vivre le plus ordinairement et 'normalement' possible.

#### **IV-2.1.2 Démédicalisation**

Comme l'affirme dans son étude PREVOT-STIMEC [36], la femme enceinte a besoin d'être comprise et accompagnée dans cette période.

A l'ère de la technicité et du progrès, l'hyperspécialisation est la règle, privilégiant l'aspect technique. Pendant des décennies un clivage entre les différentes spécialités a été instauré, arguant la grossesse comme une pathologie nécessitant forcément des soins spécifiques.

Cette hypermédicalisation engendre un état d'anxiété permanent, une angoisse non matérialisée, comme le démontre dans son étude MOREAU-JAMIER [37]. Ceci entraînerait de plus en plus les femmes à vouloir accoucher dans des maternités de niveau 2 ou 3, c'est-à-dire comportant un service de réanimation maternelle et un pédiatre de garde [54]. Dans son étude PREVOT-STIMEC [36] démontre bien cet aspect ; une angoisse s'est créée autour des complications alors que pendant des siècles les maternités de niveau 1, 2 et 3 n'étaient même pas conceptualisées.

Sans compter que cette hyperspécialisation a un coût, financier et humain. A l'heure des restrictions budgétaires et de la démographie médicale, a-t-on intérêt à poursuivre cette démarche vers la sectorisation ? La balance médico-économique est-elle favorable ?

Depuis quelques années on assiste à un retour aux besoins élémentaires. Les femmes lasses de ce trop plein de technicité, souhaitent un retour au naturel : les doulas\*, les maisons de naissance, les accouchements à domicile... Avec les moyens médiatiques actuels, les femmes se renseignent et comparent par rapport aux différents pays. N'existant pas de différences majeures entre les suivis par le médecin généraliste ou le gynécologue, elles préfèrent celui qui est moins anxiogène, plus naturel. BOULET-HAMZA dans sa thèse [56] souligne que dans l'étude de 2342 dossiers d'accouchements à la maternité du C.H.U. de Nîmes sur 2 ans, il en résulte qu'il n'y a pas de différence de suivi entre gynécologue et médecin généraliste et ce quelque soit le risque encouru par la patiente pendant sa grossesse.

Les femmes sont donc positivement surprises de découvrir un médecin qui a une approche moins technique et privilégient une qualité d'écoute.

On constate dans les entretiens de notre étude que la plupart des femmes méconnaissent les formations complémentaires de leurs médecins généralistes, cela ne semble pas les intéresser, tout comme l'aspect technique de la prise en charge. Ce qui leur importe le plus, c'est le dialogue qu'elles auront avec un praticien qu'elles intégreront complètement dans leur vie.

Il existe cependant un paradoxe entre le refus du côté technique par ces femmes et l'angoisse de vouloir être sur médicalisé. La grossesse n'est pas vécu comme une maladie, les femmes ne veulent pas être considérées comme malades; dans le même temps elles énoncent des attentes techniques, précises. Cela met bien évidence l'ambivalence de la psyché féminine pendant la grossesse.

Au médecin généraliste d'accueillir ces interrogations parfois ambivalentes qui assaillent ces femmes, de cerner leurs demandes, de comprendre leurs attentes, afin de leur offrir un soutien sans faille et surtout dénué de jugement.

*\*doulas: une doula est une femme qui accompagne, soutient, informe le couple, la femme au moment d'une naissance. Elle n'a pas de fonction médicale et n'a pas d'existence officielle de par l'absence de formation reconnue.*

### **IV-2.1.3 Rôle non limité à la grossesse**

BOULET-HAMZA [56] dans son étude déclare que « l'objectif de la surveillance médicale de la grossesse est de réduire la mortalité et la morbidité périnatale par le dépistage des principales causes d'accidents ». Ainsi pendant la durée du suivi, il faudra être attentif à la délivrance d'informations, à apporter des réponses aux questions soulevées par les femmes tout en s'assurant d'être compréhensible. Depuis l'avènement de la médicalisation des grossesses, le médecin hérite malgré lui une fonction de « conseiller psychologique » de la femme et du couple, selon TUBIANA [57]. La découverte de la contraception place le médecin dans l'intimité du couple. La médecine n'avait, selon lui, pas droit de regard sur la sexualité et la reproduction. Peut-être en a-t-il hérité en effet malgré lui. Mais l'objectif de ce suivi ne serait-il pas aussi de permettre une intimité au couple parental, un épanouissement de la relation mère-enfant, d'éveiller la femme aux interactions précoces avec son fœtus et d'apporter les réponses aux questions qui ne vont manquer de l'assaillir durant cette période.

En ayant accès à l'histoire de la conception de l'enfant, les femmes attendent du médecin de veiller à ce qui se passera également après la naissance.

Le médecin généraliste permet de préparer la grossesse, le pré et post accouchement. Le besoin d'information est fort en cette période, l'information est demandée par les femmes au médecin. Le réseau amical semble bien identifié comme source d'information également. Cependant, toutes les femmes ne sont pas également informées, elles n'ont pas toutes accès à internet ou n'ont pas d'amies ayant déjà accouché. Elles ont de moins en moins de repères culturels qui existaient autrefois ; les femmes actuelles sont plus démunies que leurs aïeules. C'est ce que pointe du doigt C. BURBAN dans son étude [38] : les femmes se renseignent d'abord auprès de leur médecin et les revues et non plus par la mère ni l'entourage, la société moderne ayant contribué à éloigner les familles géographiquement et affectivement.

On retrouve ces notions dans notre étude, les femmes affirment ce besoin d'information, de préparation, de réassurance. Le médecin a un rôle de guide, de conseiller, favorisé par sa connaissance du passé, de l'environnement, du contexte psycho-sociologique de la patiente.

## **IV-2.2 La disponibilité du médecin généraliste et le suivi gynécologique**

Les femmes sont unanimes pour affirmer que la disponibilité est un critère important de choix. Cela se recoupe avec plusieurs travaux de thèse effectués sur le sujet. Dans l'étude de GROS-LENNE [64], plus de 50% des femmes ont choisi leur médecin généraliste pour le suivi de grossesse pour sa disponibilité et notamment en cas d'urgence (pour 83% des femmes).

La grossesse est une période de questionnements, d'angoisses, avec un investissement affectif important. Les informations doivent être données dans les détails, de façon simple et compréhensible. Surtout pour les nullipares qui réclameront une plus grande attente du fait de leur inexpérience. Ce surcroît de disponibilité se traduit par des consultations plus longues, avec plus de temps à consacrer aux patientes. Les femmes sont conscientes que le gynécologue ne peut répondre à une telle attente. Le généraliste représente pour elles une bonne alternative.

Nous voyons dans notre enquête que la pratique du suivi gynécologique par le médecin généraliste rend plus aisé la participation à un suivi obstétrical. Dans le travail d'étude de GROS-LENNE [64], le critère « suivi gynécologique habituel » est fréquemment cité par les femmes dans le choix du médecin généraliste. Les femmes ayant déjà confié leur « domaine intime » à leur médecin généraliste, elles se sentent plus à l'aise et il est probablement plus facile pour elles de faire le continuum avec la grossesse. Le suivi gynécologique représente donc une porte d'entrée importante en la matière.

La grossesse est donc un moment favorable au choix d'un généraliste, ou l'occasion de découvrir les facettes d'un médecin avec lequel l'engagement était modéré. Ses qualités d'écoute, sa disponibilité, sa capacité à soulever des interrogations, à tendre des perches en font autant de critères appréciés par les femmes et semblent propices à l'établissement d'une relation durable. De même, retrouver ces critères auprès d'un médecin avec lequel la relation était déjà bien établie, permet de renforcer les liens. Un dialogue privilégié presque familial au sein duquel la compétence médicale reste au premier plan constitue une relation de qualité.

Le spécialiste est lui ressenti comme moins disponible ; les consultations semblent trop courtes aux femmes et essentiellement centrées sur des aspects techniques. Une moins grande réactivité dans les délais de rendez-vous est perçue, les femmes sont insatisfaites de la prise en compte de leurs angoisses qui ne sauraient attendre.

La satisfaction de ces attentes auprès d'un médecin généraliste, attentes quelque peu renforcées par la période de grossesse, peut expliquer, au moins en partie, le choix d'un médecin généraliste plutôt que d'un spécialiste dans ce contexte de grossesse.

## **IV-3 CRITERES N'INTERVENANT PAS DANS LE CHOIX ?**

### **IV-3.1 Le genre masculin ou féminin du médecin a-t-il une importance ?**

La plupart des femmes sont suivies par des médecins généralistes homme dans nos entretiens. Pour la majorité, cela ne les a pas interpellées, pas dérangées. Certaines préfèrent même un médecin homme. Est-ce parce qu'elles trouvent auprès de ces hommes un regard valorisant que la société ou l'entourage ne leur renvoie pas ? Reprochent-elles au médecin femme son côté « cocooning » ? Peut-être pensent-elles que le médecin de genre masculin sera moins protecteur, moins maternel, en ayant un regard autre, son avis aura plus de poids.

Elles déclarent ne pas choisir selon le genre masculin ou féminin du médecin. Peut-être le côté compagnonnage du médecin femme, jugé trop compatissant, qui permet un certain laisser-aller les éloigne de ce choix. Mais on retrouve là une ambiguïté, elles apprécient tout de même le partage d'un vécu et l'expérience commune avec un médecin-femme. C'est ce que l'on retrouve dans le travail d'étude d'HUREAU [40] qui montre une certaine ambivalence des femmes par rapport au genre du médecin généraliste: les femmes souhaiteraient plus souvent être suivies par leur médecin généraliste quand celui-ci est une femme, alors qu'elles prétendent ne pas attacher d'importance au genre du médecin. La différence tient peut-être plus à l'attitude des médecins généralistes du genre masculin vis-à-vis des femmes plutôt qu'à l'attitude des femmes vis-à-vis de leur médecin ? La gêne exprimée par les femmes est peut être une conséquence du comportement-même du médecin, s'il se sent lui-même gêné de réaliser un examen gynécologique à ses patientes. Cette gêne n'est peut-être que le miroir du malaise des médecins généralistes de genre masculin à parler de problèmes gynécologiques avec leurs patientes. Ce qui entrainerait une différence d'investissement des médecins-femmes par rapport à leurs confrères hommes. En 2003, dans le suivi des femmes par les médecins généralistes en Gironde [58], les médecins-femmes suivaient plus de femmes enceintes que les médecins de sexe masculin. En 2001, dans la région PACA [56], les femmes-médecins déclaraient être plus intéressées par le suivi de grossesse que les médecins-hommes.

On sait actuellement que la proportion d'hommes médecins est plus élevée que celle des femmes. Ce qui nous amène à penser qu'avec la féminisation de la profession, les femmes s'orienteront peut-être davantage vers leur médecin généraliste pour le suivi de grossesse. Car même si dans l'ensemble les femmes déclarent ne pas attacher d'importance au genre du médecin qui s'occupe de leur grossesse, il semble que les médecins-femmes soient plus motivées à réaliser les suivis gynécologiques et obstétricaux.

### **IV-3.2 La proximité cabinet-domicile ?**

Il est étonnant de constater que dans notre enquête, la proximité géographique n'est pas primordiale dans le choix du médecin. Dans le travail de thèse de GROS-LENNE [54], les femmes ont cité dans 83% des cas choisir le médecin généraliste pour le suivi de leur grossesse pour sa proximité, ainsi que dans celui de HUREAU [40].

Même si dans la plupart des cas le choix initial a été effectué en tenant compte de ce critère, les femmes privilégient par la suite l'aspect relationnel, et sont prêtes à changer si elles ne trouvent pas la qualité d'écoute recherchée. Avec les moyens de transports actuels, même les femmes isolées dans des zones rurales ont presque toutes accès à un moyen de transport individuel ou collectif. Faire des kilomètres pour retrouver un médecin avec qui elles entretiennent une relation de confiance n'est pas ou n'apparaît plus comme un problème. Nous en déduisons qu'elles privilégient la proximité relationnelle à la proximité en distance.

### **IV-3.3 L'influence du niveau socio-culturel ?**

On peut s'interroger à propos de l'influence du niveau socio-culturel dans le choix du médecin. L'objectif de l'étude n'était pas l'analyse par rapport aux données socio-culturels, cet aspect n'a pas été étudié en profondeur dans notre enquête.

Dans notre échantillon, la plupart des femmes ne travaillaient pas ou avaient une profession n'ayant pas nécessité d'études supérieures. PERRET, dans son étude réalisée en 2001 [59] observe que les femmes de catégorie socioprofessionnelles supérieures (commerçants, artisans, cadre, professions libérales...) consultent plus souvent un gynécologue de ville.

Dans le travail de GROS-LENNE [54], il apparaît que plus le niveau socio-culturel familial est élevé, plus la femme choisit un gynécologue pour le suivi de grossesse. Mais cela est contredit par l'étude d'HUREAU [40] qui ne retrouve pas d'influence des caractéristiques socio-culturels dans le choix du professionnel, à l'exception des femmes consultant la PMI.

Nous voyons donc une différence selon les régions étudiées, qui peut être liée à la différence d'offre médicale proposée. L'offre médicale ayant quantitativement diminué, en particulier l'effectif des gynécologues-obstétriciens, cela aura sûrement une incidence sur l'attitude de ces professionnels. L'accès au gynécologue est devenu plus difficile et ceux-ci semblent refuser de plus en plus de nouvelles patientes, par manque de disponibilité. Les femmes n'ont plus autant la possibilité de choisir et s'orienteront vers celui qui acceptera de les prendre en charge.

## **IV-4 RAISONS DU REcul DE LA PLACE DU MEDECIN GENERALISTE**

Il est fort probable que le médecin généraliste participe, consciemment ou non, au recul du suivi de grossesse.

On constate dans notre étude que la majorité des femmes méconnaissent la possibilité du suivi de grossesse par le médecin généraliste. Elles le découvrent par hasard. On peut même s'étonner de constater que les femmes ayant un suivi gynécologique par leur médecin ne sachent pas qu'il puisse également effectuer le suivi obstétrical. Il y a là un problème de communication manifeste. Dans notre enquête, la plupart des médecins généralistes sont des hommes. Se sentent-ils moins impliqués dans les questions d'ordre gynéco-obstétrical ?

La question se pose de savoir si la méconnaissance des patientes sur l'implication ou non de leur médecin généraliste en gynécologie et obstétrique est due à la patiente ou au médecin lui-même.

Dans l'enquête de GROS-LENNE [54], seulement 28,9% des femmes ayant consulté un médecin généraliste en tout début de grossesse ont reçu la proposition par le médecin généraliste lui-même, et seulement 10% savaient que ce dernier pourrait les suivre. On constate par là que les médecins généralistes sont peu enclins à informer leurs patientes qu'ils peuvent, comme les gynécologues, assurer des suivis de grossesse, comme s'ils n'étaient pas désireux de prendre en charge des suivis de grossesse ou de lutter contre la tendance actuelle du suivi spécialisé systématique des femmes enceintes.

Dans un travail de thèse effectué en 2002 [60] il est retrouvé que deux tiers des médecins généralistes de la région de Saint-Étienne suivent des grossesses jusqu'au sixième mois, et que parmi les médecins n'effectuant pas ce suivi, 30% évoquent l'absence ou l'insuffisance de formation.

Une autre thèse en 2001 effectuée dans la région d'Aix et Marseille [55] constate que les médecins généralistes signalent une insuffisance dans les relations médecin généraliste-gynécologue, une dévalorisation de la médecine générale qui n'est souvent utilisée qu'en seconde intention, et la grande nécessité d'une formation initiale de qualité.

Dans une enquête réalisée en Loire-Atlantique et Vendée en 1996 [60], 51% des médecins généralistes estiment avoir reçu une bonne formation, 46% une mauvaise formation.

On constate d'après ces enquêtes, que plus d'un médecin généraliste sur trois semble ne pas s'estimer suffisamment compétents pour effectuer le suivi de grossesse.

Il existe probablement d'autres raisons que l'insuffisance de formation professionnelle pour refuser de prendre en charge des suivis de femme enceinte. Existe-t-il une gêne, une pudeur, envers eux-mêmes ou envers leurs patientes ? Se sentent-ils dévalorisés, relégués au second plan par leurs patientes ? Ont-ils le sentiment d'être les praticiens de dernier recours, à savoir quand les gynécologues ne sont pas disponibles ? Ont-ils peur du médico-légal, de franchir la limite, de dépasser leurs compétences ?

Pourtant le suivi gynécologique et obstétrique fait intégralement partie des compétences du médecin généraliste définies par la WONCA Europe [2] .

Les médecins généralistes pourraient insister auprès de leurs patientes sur leur possibilité de suivi de grossesse, de même que le suivi gynécologique ; même si ce n'est pas le sujet de notre étude, il semble que cela soit un *continuum*, une « porte d'entrée » en la matière. On remarque que l'investissement du médecin généraliste dans le début de la grossesse ou lors du suivi gynécologique favorise sa sollicitation ultérieure pour le suivi.

En effet dans l'enquête de GROS-LENNE [54], parmi les patientes ayant initialement consulté le médecin généraliste lors de la suspicion de grossesse, 25% l'ont choisi pour assurer leur suivi de grossesse, alors qu'elles sont 64% à le choisir parmi celles à qui un suivi avait été proposé.

HUREAU dans son travail [40] fait la même constatation; les médecins généralistes ne proposent pas suffisamment aux femmes de suivre leur grossesse. Dans son étude, seulement 4,7% des femmes se sont vues proposées un suivi de la grossesse. Cependant, 25% des femmes font la démarche de consulter en premier lieu le médecin généraliste.

C'est là une occasion d'informer et d'affirmer sa compétence à suivre une grossesse. Ils doivent saisir l'occasion du suivi gynécologique, de la consultation prénatale ou lors de la déclaration de grossesse pour affirmer et communiquer leur possibilité de suivi de grossesse. C'est ce que confirme l'enquête des Vosges en 1997 [39]: les médecins généralistes effectuent davantage de suivis de grossesses lorsqu'ils rédigent la déclaration de grossesse.

Dans le travail de HUREAU [40], les femmes qui affirment que leur médecin généraliste réalise des suivis gynécologiques et obstétricaux sont plus nombreuses à penser que les médecins généralistes sont compétents dans ce domaine, et les femmes affirmant que leur médecin généraliste ne réalise pas de suivi pensent que les médecins généralistes ne sont pas compétents !

La pratique réelle du médecin généraliste influence la représentation que les femmes ont de leur médecin. D'où la nécessité d'informer, de communiquer avec les patientes. Dans l'enquête d'HUREAU, les femmes auraient souhaité être suivies par leur médecin généraliste si elles avaient eu connaissance d'une telle possibilité et compétence.

Communiquer favorise le suivi de grossesse: informer sur ses compétences favorise une représentation positive des compétences de la profession.

## **V- CONCLUSION**

A l'heure des restrictions budgétaires et humaines, le système de suivi de la femme enceinte se doit d'être repensé, tout en maintenant une qualité de soins optimale. Avec la démographie actuelle et à venir, le nombre de gynécologues médicaux et obstétricaux ne sera pas suffisant pour accueillir toutes les femmes, d'autant plus que le diplôme de gynécologie médicale est probablement amené à disparaître. Si les femmes s'orientent uniquement vers les gynécologues, il risque de se poser un problème de santé publique conséquent : une surcharge de travail entraînant une diminution de la durée des consultations, une moindre importance accordée au relationnel, des difficultés pour répondre aux urgences, des délais de rendez-vous allongés; associé à une augmentation du coût du suivi compte tenu du tarif des consultations.

Ces dernières décennies, le suivi a progressivement évolué vers une médicalisation encadrée et confiée au spécialiste. La sectorisation était de règle, la maternité est considérée comme une pathologie nécessitant des soins spécifiques. Le médecin généraliste ne paraît occuper, le plus souvent, une place annexe dans la surveillance de la grossesse. Il ne semble être consulté que pour les ennuis intercurrents.

Le travail de cette étude était de vérifier qu'il peut en être autrement. Le ressenti de ces femmes a été étudié afin de comprendre leurs motivations et raisons de choix. Il s'avère qu'elles sont satisfaites; se faire suivre par leur médecin généraliste a été un choix à part entière. La grossesse est vécue comme un état de santé particulier, sans être une maladie. **Les femmes ont apprécié l'approche généraliste du médecin traitant, centrée sur la globalité de l'enfant, de la femme enceinte, de la famille.**

Assurer le suivi de la femme enceinte ne se résume pas à consigner des données obstétriques et à s'assurer de la vitalité du fœtus. En cette période d'inconnus et d'émotions intenses, les femmes ont besoin d'une écoute de qualité: comprendre leurs attentes, cerner leurs demandes, accueillir leurs interrogations parfois ambivalentes, leur offrir un soutien sans faille dénué de tout jugement. Non seulement la femme et l'enfant, mais également l'harmonie du couple doivent être pris en charge. Elles ont fait part de leurs attentes envers leur médecin traitant: information, disponibilité, démedicalisation, qualité d'écoute et réassurance. La réassurance va de pair avec la disponibilité; en effet, elles ont apprécié que le médecin généraliste soit disponible et leur offre un espace-temps pour exprimer leurs angoisses, se livrer. C'est dans la grande disponibilité du médecin généraliste et le dialogue privilégié qu'elles ont construit, qu'elles ont trouvé une satisfaction de leur suivi. Ces points peuvent expliquer pourquoi elles ont choisi le médecin généraliste pour leur grossesse.

La complexité de ce suivi fait de ces femmes des patientes particulières, surtout pour leur médecin généraliste qui ont une lecture de l'histoire de la patiente privilégiée. Le médecin généraliste a la capacité de délivrer des soins personnalisés, adaptés à chaque femme, à chaque couple. Il est un interlocuteur de choix pour la femme enceinte.

Aux médecins généralistes de communiquer leurs compétences aux patientes et de leur proposer de réaliser le suivi gynécologique. Le médecin doit saisir l'occasion des consultations antérieures à la grossesse pour préparer avec elles cette période et orienter au mieux. Il doit se proposer plus souvent pour être l'intervenant principal de la grossesse. Reste qu'il ne doit s'impliquer davantage qu'à condition de maîtriser les bases théoriques et pratiques d'une surveillance de grossesse.

Une meilleure communication entre les spécialistes de la grossesse et les médecins généralistes est nécessaire afin que la femme enceinte vive de la manière la plus épanouie possible sa grossesse.

Plusieurs pistes d'amélioration peuvent être déduites de ce travail :

- Pourquoi n'imaginons-nous pas que les services publics valoriseraient le suivi de la femme enceinte par le médecin généraliste par des campagnes de communication (spots publicitaires...) ? Ce serait un bon moyen de faire connaître la possibilité d'un tel suivi et ainsi de promouvoir cette facette de la médecine générale. La valorisation du médecin généraliste et l'affirmation de la volonté politique de le mettre en place centrale au sein du système de soins passe par une communication, une campagne de valorisation à destination du grand public.
- Travailler en réseau est indispensable. Le travail en équipe, la fin des relations de concurrence entre les différents médecins constituent l'avenir de la pratique médicale. L'objectif de cette coordination des soins est de permettre un gain de temps et d'efficacité en utilisant les compétences de chacun de façon optimale. Tout cela afin d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes.
- Le médecin généraliste connaît bien la femme et son environnement. Il occupe un rôle important pour éveiller femme et bébé à leur future relation. C'est dans l'attachement serein et confiant à leurs parents, et qui débute dès la grossesse, que les enfants se destineront à être des adultes épanouis. On pourrait penser que cela permettrait une vie d'adulte meilleure, moins violente, moins douloureuse.

Enfin, il serait intéressant d'effectuer d'autres travaux d'études sur les femmes insatisfaites de leur suivi chez le médecin généraliste. Confronter les points de vue sur la grossesse des différents acteurs du suivi serait également enrichissant dans la compréhension du choix du suivi. Il serait également enrichissant de réaliser des études quantitatives pour évaluer le degré d'information de la population quant à la possibilité d'un suivi gynéco-obstétrical par leur médecin traitant; afin de permettre de travailler dans le sens d'une amélioration de cette connaissance par le grand public, à la fois à travers des études observationnelles mais aussi avec des travaux de construction pédagogique dans le but d'une information large.

Le suivi de la grossesse repose sur des bases simples: comme dans toute consultation de médecine générale nous retrouvons l'écoute, l'examen clinique, la prescription des examens complémentaires. La spécificité tient au dépistage des situations à risque. Elles nécessitent une prise en charge en collaboration avec nos collègues obstétriciens.

Praticiens du premier recours, nous pouvons donc prendre en charge le suivi des grossesses de nos patientes.

Madame E : « *il n'y a pas besoin d'avoir peur d'aller chez le généraliste* ».

# **ANNEXES**

*Je suis accueillie chez madame A, habitant une maison dans un village. Je prends place dans la cuisine, à la place indiquée. Un enfant en bas âge est également dans l'appartement. Madame A me propose un thé et me le verse pendant que je prépare le matériel audio phonique. Elle s'assoit ensuite face à moi. Elle n'a pas l'air très détendu et donne l'impression de vouloir en terminer au plus vite. Je me présente :*

*« Je suis Mlle YILDIZ, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le suivi de grossesse par le médecin généraliste en effectuant donc une enquête auprès de femmes enceintes se faisant suivre par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Ces enquêtes permettront de mieux comprendre les raisons de ce choix, et de promouvoir par la suite le suivi de grossesse par le généraliste. L'enquête est anonyme, et si à certains moments vous ne voulez pas répondre, vous avez tout à fait le droit ».*

Bien, d'accord.

*Je commence la discussion par la question : pourquoi avez-vous choisi de vous faire suivre par votre médecin traitant ?*

Ben on se connaît depuis 5 ans. J'ai été la première fois pour la confirmation de grossesse et ça a suivi. Elle m'a déjà suivi deux grossesses, ça s'est bien passé donc je l'ai gardé. Le dernier mois elle m'envoie à Bonsecours, à l'hôpital.

*Est-ce le médecin qui a proposé le suivi ?*

Au tout début, à la première grossesse, c'est moi qui lui ai demandé ; je l'aimais bien, je lui ai dit que j'aimerais bien que ce soit elle qui me suive. Et elle a été d'accord.

Elle me fait le contrôle tous les mois, y a pas de soucis. *Silence.*

Je ne savais pas avant que les médecins généralistes pouvaient suivre des grossesses, j'avais demandé comme ça et elle a dit oui, et ça a suivi.

*Savez-vous si votre médecin a des formations complémentaires ?*

Ca non, je ne sais pas si elle a des diplômes en plus, des formations en plus dans ce domaine. En tout cas, ça se passe bien, j'y vais tous les mois, elle fait les contrôles qu'il faut. Je lui fais confiance, elle fait comme il faut je pense. *Silence. J'espère ! Rires.*

*C'était votre choix à vous de la choisir, elle, pour votre grossesse ?*

Ben je l'ai choisi parce que je la connais bien. Mon mari, mes enfants, moi, on est tous suivi par elle. Elle connaît la famille ! *Rires. La patiente se décrispe, commence à gesticuler en parlant.* C'est bien comme ça. Elle nous connaît bien. Si j'emmène le petit, elle me demandera à moi aussi si ça va, si j'ai besoin de quelque chose. En plus elle est gentille.

S'il y a un problème de santé, s'il y a un problème sur les résultats, je l'appelle, il n'y a pas de soucis sur ça. Elle est disponible. Quand je l'appelle, elle est tout le temps présente. Bien sûr j'appelle dans les heures de bureau, je la dérange pas non plus pour tout et pour rien. Elle travaille beaucoup aussi. Mais elle répond toujours quand je l'appelle.

*Son cabinet est proche de votre maison ?*

Avant que je déménage, elle n'était pas loin de chez moi. Maintenant que j'ai déménagé, je prends le bus, mais ça ne me pose pas de problème. Ça ne me dérange pas. Même si elle va plus loin, je la garderai, je ne crois pas que je vais changer de médecin. Je lui fais confiance totalement.

*Le fait qu'elle soit une femme, c'était un critère de choix pour vous ?*

Oui. Oui pour moi c'est un critère de choix, c'est un avantage. Je préfère en tout cas. Comme c'est une femme je suis plus à l'aise, je peux tout demander. *Rires.*

*Vous pouvez tout demander ?*

Oui, elle est compétente pour répondre à toutes mes questions, si j'ai des questions à poser, des doutes elle répond. Sur les résultats d'analyse, sur le bébé, les choses comme ça ... sur la vie de couple... elle nous connaît bien ! *Rires.*

*Qui fait votre suivi gynécologique ?*

Et ben c'est elle aussi. Elle fait le suivi gynécologique oui, la pilule, le frottis. Je n'ai pas d'autres docteurs. *Sourire.* C'est pratique.

Je l'ai depuis que je me suis mariée, je n'ai pas changé, ça se passe très bien.

*Aviez-vous un médecin de famille dans votre enfance ?*

Je viens d'Algérie. Je suis en France depuis 8 ans presque. Donc dans mon enfance je n'avais pas de médecin de famille. On n'avait pas cette notion là-bas.

C'est bien je suis contente, ça se passe bien. *Sourire.*

*Elle regarde l'heure et me dit qu'il est l'heure d'aller chercher l'aîné à l'école.*

*Données biographiques :*

Madame A, 29 ans, 3<sup>ème</sup> grossesse, enceinte de 5,5 mois, habite dans un village, ne travaille pas, utilise comme moyen de transport les transports en commun. Elle est mariée. Son mari travaille.

Son médecin traitant est une femme, exerçant seule en cabinet dans une grande ville.

Distance cabinet-domicile : 30 km environ.

*Je suis accueillie chez madame B, dans son salon. Madame B habite un appartement en ville. Elle me reçoit avec sourire. Elle est vêtue simplement, sans maquillage. Sur la table basse, où je pose mon dictaphone, se trouvent des magazines grand public de psychologie, d'éducation infantile. Un des enfants joue dans la pièce à côté. Elle s'installe dans le canapé face à moi. Je me présente :*

*« Je suis Mlle YILDIZ, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le suivi de grossesse par le médecin généraliste en effectuant donc une enquête auprès de femmes enceintes se faisant suivre par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Ces enquêtes permettront de mieux comprendre les raisons de ce choix, et de promouvoir par la suite le suivi de grossesse par le généraliste. L'enquête est anonyme, et si à certains moments vous ne voulez pas répondre, vous avez tout à fait le droit ».*

D'accord je suis prête ! Vous enregistrez mais vous ne communiquerez pas mon nom, mon adresse n'est-ce pas ?

*Après avoir rappelé que l'enquête est totalement anonyme, nous commençons.*

*Pourquoi avoir choisi votre médecin généraliste pour le suivi de votre grossesse ?*

Et bien c'est simple, je n'avais pas de gynécologue attitré !

C'est mon médecin généraliste qui me l'a proposé. Je n'ai pas de suivi par un gynéco. Faut dire que j'ai emménagé dans le coin il y a 6-7 ans. Elle est mon médecin généraliste depuis. Mon médecin généraliste de famille est à la retraite. Celui que j'avais étant gamine.

Mon médecin généraliste est une femme oui, c'est plus facile. Avant j'avais une gynécologue femme, ah ça ne c'était pas bien passé.

Avec elle ça se passe très très bien. Même les enfants, je les ai retirés du pédiatre et je les emmène chez elle ! C'est pour vous dire ! *Rires.* Elle nous suit en famille.

Alors je savais que certains médecins généralistes suivaient des femmes enceintes. Je lui ai demandé et été ravie quand elle a accepté.

Avec elle, il n'y a pas de rendez-vous. Les gynécos, eux, ils ne sont pas disponibles. Les gynécologues ne donnent pas de rendez-vous avant plusieurs mois. En tout cas, à Metz c'est comme ça, et je crois savoir que dans les grandes villes c'est de plus en plus comme ça.

Mais avec elle, je sais que dès que j'y vais, elle va me prendre tout de suite. Je peux également l'appeler au téléphone si j'ai des questions. C'est plus pratique, elle est plus disponible.

Je n'ai pas particulièrement d'angoisses, je commence à avoir l'habitude avec quatre enfants ! *Rires*. Je ne l'appelle pas souvent. Mais c'est bien de savoir qu'elle est là s'il faut. Pour quelqu'un qui s'entend bien avec son médecin généraliste, c'est bien. C'est plus humain. Le médecin généraliste nous voit plus souvent, prend le temps. Par exemple, au 1<sup>er</sup> trimestre, j'ai eu des problèmes de contracture, moi je m'inquiétais, j'avais mal, et bien elle a pris le temps de parler. Les gynécos sont tellement pris par leur planning qu'ils ne parlent pas ! *Rires*. Elle, elle est plus proche, elle prend le temps de nous rassurer. On a moins l'impression d'être une vache, ça fait moins vétérinaire ! *Rires*. Je suis ravie, c'est ce que je peux dire en ce qui me concerne.

C'est vraiment parce qu'elle est humaine que je l'ai choisie. La distance n'est pas tellement un problème. Enfin n'est pas un critère de choix du moins. Moi, je suis très axée sur la relation, sur le feeling. Je ne me suis pas sentie à l'aise avec mon médecin généraliste d'enfance donc j'ai changé. J'ai pris cette dame au début car elle était proche de chez moi, et puis ça a bien passé, on a eu un bon feeling comme on dit. *Sourire*. Et je l'ai gardé, mais vraiment pour le côté relationnel, pas parce qu'elle a son cabinet à 2 pas de chez moi ! Même si c'est pratique ! *Rires*.

Tout est tellement médicalisé maintenant, avec toutes les nouvelles techniques. Moi par exemple, je ne veux pas savoir le sexe de l'enfant, ça ça choque tout le monde. Moi c'est tout ce côté trop médicalisé, ça me gêne. Alors le médecin de famille, c'est un bon compromis entre le suivi trop médicalisé et le pas suivi du tout ! Je vais vous dire ... ! *Rires*. Et ben la précédente grossesse, comme je n'ai pas trouvé de gynécologues, je n'ai pas fait de suivi ! J'ai été voir un gynécologue qu'au 6<sup>ème</sup> mois ! *Rires. Madame Brougit légèrement*.

Vraiment je n'aime pas ce côté trop médicalisé. Au moins chez la généraliste, il n'y a pas tous ces appareils de tortures avec les étrières. *Sourire*. J'aimerais des maisons de naissance comme en Hollande, en Suède. Il faut arrêter le trop médicalisé. Ça ne nous apporte rien de plus.

Oui c'est une perte de temps, d'argent, tous ces rendez-vous chez les spécialistes. Ça se passe autrement dans les autres pays d'Europe et je ne crois pas qu'ils en soient plus malheureux.

Moi j'ai travaillé jusqu'au bout. On ne peut pas dire que j'abuse du système ! *Rires*.

Ce que j'aime chez elle, quand j'emmène les enfants pour un rhume, elle prend des nouvelles de moi, alors que le gynécologue ne se souvient même pas de moi ! *Sourire*.

Moi, oui, j'aime beaucoup le côté relationnel, humain. Je peux dire que ça, ça a été le critère de choix !

*Données biographiques :*

Madame B, 35 ans, 4<sup>ème</sup> grossesse, enceinte de 8 mois, travaille dans la petite enfance, n'a pas de moyens de transports, habite dans une ville. Elle est mariée. Son mari travaille également.

Son médecin généraliste est une femme, exerçant seule ; son cabinet se trouve dans la même rue du domicile de madame B.

*Je suis accueillie à présent chez madame C., souriante et expressive, autant dans les paroles que dans les gestes. Madame C réside dans une maison, dans une petite ville. Nous prenons place dans le salon. Un chien nous accompagne, mais ne tarde pas à aller dans la pièce à côté à ma demande. Je pose mon dictaphone près du service à café. Je me présente :*

*« Je suis Mlle YILDIZ, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le suivi de grossesse par le médecin généraliste, en effectuant donc une enquête auprès de femmes enceintes se faisant suivre par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Ces enquêtes permettront de mieux comprendre les raisons de ce choix, et de promouvoir par la suite le suivi de grossesse par le généraliste. L'enquête est anonyme, et si à certains moments vous ne voulez pas répondre, vous avez tout à fait le droit ».*

Bon, j'espère que je vous serai utile. *Sourire.* Elle sert le café dans les tasses. On peut commencer.

*Pourquoi avez-vous choisi votre médecin traitant pour le suivi de votre grossesse ?*

Et bien, pour plusieurs raisons. Déjà les gynécologues sont loin, ils sont sur Metz ou Thionville. Ca fait une petite distance quand même. Le médecin traitant, lui, me suit toute l'année, tout le temps, il connaît tous les petits trucs que j'ai pu avoir. Il est là dans l'urgence, il est disponible tout le temps.

*Depuis quand il est votre médecin de famille ?*

Moi, il me suit depuis 16 ans. C'est mon médecin de famille on peut dire. Il suit mon mari depuis tout petit. D'ailleurs c'est grâce à mon mari que je l'ai connu. Maintenant il nous suit en famille. *Sourire.*

*Qui vous suit pour le suivi gynécologique ?*

Oh ben c'est lui, il me fait le suivi gynécologique. Je n'ai pas de gynécologue attitré. C'est lui qui me donnait la pilule, c'est lui qui me prescrit tout.

*Est-ce votre médecin qui vous a proposé de vous suivre ?*

Non, c'est moi qui lui ai proposé, je savais qu'il pouvait le faire. En fait, j'ai eu ma 1<sup>ère</sup> grossesse à 17 ans. Au début, ça a été pris en charge par la PMI, puis mon mari m'a proposé de voir son médecin traitant, et puis c'est comme ça que c'est venu et a suivi ma grossesse. Et il a continué. Il n'y a pas eu de soucis donc j'ai continué. *Sourire.* Je savais que je pouvais aller ailleurs, mais je ne l'ai pas fait car j'étais bien là. D'ailleurs il a suivi mes 4 grossesses. *Sourire.*

*Le sexe de votre médecin a-t-il été un critère de choix ?*

Mon médecin est un homme, ce n'est pas important non. Du moment que le travail est bien fait. Pour moi, c'est le plus important.

*Savez-vous si votre médecin a des formations complémentaires ?*

Je ne sais pas s'il a une formation complémentaire, je pense que oui, enfin j'espère ! *Rires*. Mais j'en suis satisfaite, il a suivi mes 4 grossesses qui ont été toutes différentes, mais il ne s'est jamais planté. Mais avec mes 4 grossesses, il est rodé maintenant ! *Rires*.

*A quelle distance se trouve-t-il ?*

En voiture, on y est en 4 ou 5 minutes. Mais je suis prête à faire plusieurs kilomètres pour le voir, surtout que là je vais déménager à 15 minutes d'ici en voiture, mais je continuerai à venir le voir. Au début de la grossesse, je venais le voir à pied, maintenant c'est en voiture. Je fatigue. *Sourire*. Faire des kilomètres ne me dérange pas plus que ça.

Au 8<sup>ème</sup>-9<sup>ème</sup> mois je vais me faire suivre à l'hôpital par la sage-femme. Mais je continuerai à voir mon médecin traitant. *Sourire*. La disponibilité c'est vraiment important. Et le relationnel aussi. Surtout quand on a des enfants ou quand on est enceinte, il faut qu'on puisse l'appeler n'importe quand, qu'on puisse avoir des renseignements n'importe quand sans attendre le prochain rendez-vous, sans être obligé de rappeler, de passer. Là, au moins il me connaît, si j'appelle là, il me répondra dans la foulée.

Les gynécologues, c'est long pour avoir un rendez-vous, ça devient comme les ophtalmologues ; s'ils ont trop de patients ils ne vous prennent plus. Pour nous ça devient compliqué si on a jamais été suivi par un gynécologue avant, pour en trouver un c'est dur. Ça devient une denrée rare. *Sourire*.

En plus, il est toujours à l'écoute. Il fait des examens complémentaires au moindre doute. C'est rassurant. Je sais qu'il fait bien son travail. Il est très disponible. Il m'a bien écouté, de ce côté-là il n'y a pas de soucis. Et c'est tellement pratique. Je n'ai plus envie de faire des kilomètres et attendre dans des salles d'attente, ça c'est lourd. *Soupir*.

Il n'est jamais en retard sur les rendez-vous, ça c'est une aubaine. Le rendez-vous est respecté, ça c'est très important quand on est enceinte et qu'on a des enfants. *Sourire*.

Il a le même remplaçant, ça c'est bien aussi, super bien, car il connaît le dossier. On ne s'attend pas à avoir de nouvelles personnes, à tout recommencer, ça c'est très pratique.

J'en suis satisfaite. *Sourire*. C'est pour ça que je le vois et je continuerai avec lui.

Le fait d'avoir des grossesses normales, c'est un plus forcément ; je n'ai pas besoin d'un suivi spécialisé, le médecin traitant peut tout à fait faire ce travail, sinon il le dirait, je lui fais confiance.

Voilà, c'est tout ce que je peux vous dire, j'en suis satisfaite et je le recommande ! *Sourire*.

Moi, je ne suis pas du genre à aimer me balader chez les toubibs donc quand il y en a un qui me convient je le garde ! *Rires*. Surtout quand il y a des gamins en bas âge, c'est bien pratique d'avoir un seul médecin qui fait tout.

C'est vrai que moi, dans l'enfance, je n'ai pas eu de médecin de famille attitré. Mon enfance est passée dans un foyer, donc pas de médecin de famille. On avait un médecin qui venait au foyer quand il y en avait besoin. Maintenant, on a vraiment un médecin de famille oui, il fait un peu partie de la famille ! *Rires*.

Voilà ! *Sourire. Puis se lève et débarrasse la table du café.*

*Données biographiques :*

Madame C a 32 ans, est mariée, c'est sa 4<sup>ème</sup> grossesse, elle est enceinte de 8 mois lors de l'enquête. Elle ne travaille pas, a une voiture pour ses déplacements. Son mari travaille. Elle habite dans une petite ville. Son médecin traitant exerce avec un associé dans la même ville.

*Madame D me reçoit chez elle, dans un appartement HLM, en banlieue d'une grande ville. Nous nous installons dans la salle à manger. Nous sommes seules. Coquette femme souriante, elle m'observe m'installer avant de s'asseoir elle-même. Je me présente :*

*« Je suis Mlle YILDIZ, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le suivi de grossesse par le médecin généraliste, en effectuant donc une enquête auprès de femmes enceintes se faisant suivre par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Ces enquêtes permettront de mieux comprendre les raisons de ce choix, et de promouvoir par la suite le suivi de grossesse par le généraliste. L'enquête est anonyme, et si à certains moments vous ne voulez pas répondre, vous avez tout à fait le droit ».*

D'accord. Je vous écoute. Ahlala je me sens toute excitée ! Rires. Je me sens importante ! Rires. C'est bien que vous vous intéressiez à nous. Mais bon il n'y a pas grand-chose à dire, vous savez comment c'est.

Mon médecin m'a déjà suivi pour les 3 grossesses antérieures. Ca s'est bien passé. A la 1<sup>ère</sup> grossesse, oh ca remonte à loin (rires), c'est moi qui lui ai demandé s'il pouvait le faire. Je ne suis pas obligée de me déplacer, c'est près de chez moi. Ca m'arrange.

Par contre, il ne me fait pas mes frottis. Il fait la contraception oui, pour ça je vais le voir mais pas pour le suivi gynécologique. Pour ça, je vais voir la gynécologue, je préfère. Sourire.

Pourquoi je ne veux pas qu'il fasse mon suivi gynécologique ? Parce qu'il y a des gynécologues pour ça ! C'est quand même un domaine intime, je ne veux pas que ce soit lui qu'il le fasse. La contraception oui, mais pas les frottis. Ah je ne me vois pas faire ça avec lui, c'est mon médecin de famille, pas mon gynécologue ! Rires.

Mais pour la grossesse, il n'y a pas de soucis. Il suit les 8 premiers mois, le dernier mois je vais voir le gynécologue. Je vais tous les mois chez le docteur pour la prise de sang, mesurer le ventre etc. J'ai toujours fait comme ça et c'est bien. Sourire.

Oui, je crois qu'il a des formations complémentaires en gynéco. J'ai confiance en lui ça va. Il répond à toutes mes questions. Et quand il ne sait pas, il me le dit, il appelle le spécialiste. Il fait ce qu'il y a de mieux.

Tout le monde va chez lui quoi. Ici, c'est un quartier populaire, c'est pratique pour nous, on n'a pas besoin de se déplacer trop loin.

C'est un homme, ce n'est pas important, ça ne me gêne pas.

Au tout début c'est moi qui lui ai demandé s'il pouvait suivre ma grossesse. J'ai vu qu'il avait plusieurs patientes enceintes qui allaient chez lui, donc je lui ai demandé s'il pouvait faire pour moi aussi. Et il a plein d'autres femmes enceintes qui vont chez lui hein ! Sourire.

Ce n'est pas loin, forcément les femmes du quartier elles préfèrent ! *Sourire*. Il n'y a pas de rendez-vous chez mon docteur, on attend son tour, on y va. C'est bien. Les gynécologues, il faut prendre rendez-vous, attendre longtemps parfois, c'est gavant ! *Sourire*.

Dans mon enfance, j'avais un médecin généraliste oui, c'était celui de mes parents quoi.

Celui que j'ai maintenant, il est mon médecin généraliste depuis 15 ans, de moi, mon mari, les enfants. Je ne changerai pas, il est bien. Franchement c'est bien ! Même s'il déménage, j'irai toujours le voir lui, la distance n'est pas un problème ! Maintenant qu'on se connaît bien, je ne voudrais pas aller voir quelqu'un de nouveau avec qu'il faut tout reprendre du début. J'espère qu'il ne déménagera pas, qu'il restera là ! *Rires*.

#### *Données biographiques :*

Madame D 33 ans, 4<sup>ème</sup> grossesse, mariée, ne travaille pas, a une voiture pour ses déplacements, habite en banlieue d'une grande ville.

Son médecin est un homme, exerçant en cabinet seul, à proximité du domicile.

*Madame E, m'accueille à son domicile : un petit appartement en banlieue d'une grande ville. Elle porte un jogging. Nous passons dans le salon ; sur le cendrier une cigarette encore fumante. Nous nous installons sur l'unique banquette. Je prépare le matériel audio phonique et je me présente :*

*« Je suis Mlle YILDIZ, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le suivi de grossesse par le médecin généraliste, en effectuant donc une enquête auprès de femmes enceintes se faisant suivre par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Ces enquêtes permettront de mieux comprendre les raisons de ce choix, et de promouvoir par la suite le suivi de grossesse par le généraliste. L'enquête est anonyme, et si à certains moments vous ne voulez pas répondre, vous avez tout à fait le droit ».*

Okey. Allons-y.

Alors... Il a déjà suivi ma première grossesse, ça s'est bien passé pour la première, donc je l'ai gardé et comme ce n'est pas loin de la maison, comme ça on évite de faire les trajets. Il a son cabinet pas loin de chez nous, à 200 m., j'y vais à pied.

Et ben en fait je l'ai su par quelqu'un d'autre. Il s'est occupé de la 1<sup>ère</sup> grossesse de ma belle-sœur, c'est comme ça que je l'ai connu. J'avais entendu que du bien donc je me suis tourné vers lui. Et y a pas mal de femme enceintes qui vont le voir, des voisines, des nanas du quartier, c'est plutôt rassurant. *Sourire.*

*Elle allume une cigarette, après m'avoir demandé si cela ne me dérangeait pas.*

Oh ben ça fait 5 ou 6 ans qu'il est mon médecin généraliste, c'est un homme et ça pose pas de soucis non. Il me fait les frottis, oui sur la plan gynécologique c'est lui qui me suit, il me prescrit la pilule et tout... Ca m'arrange bien, il fait tout ! *Rires.* Après le fait qu'il soit un homme c'est sûr qu'au début c'est intimidant, mais après quand on se connaît bien, ça passe bien, on y fait même plus attention.

Oui il a des formations en plus, je sais qu'il a fait des formations en gynécologie et tout ce qui est grossesse, et en pédiatrie. C'est clair que c'est un plus, en tout cas pour moi. On sent qu'il est intéressé, qu'il s'investit. Du coup ça nous rassure. *Sourire.*

Oh et bien un des plus gros avantages d'aller chez lui, c'est qu'il est tout le temps disponible ! Même s'il déménage j'irai le voir. Il dit ce qu'il y a à dire, il n'y va pas par 4 chemins. Il ne nous cache rien, s'il y a un problème, il le dit.

Le climat de confiance était déjà installé, donc je n'ai pas voulu aller voir un gynéco à la 2<sup>ème</sup> grossesse, comme ça s'était bien passé, ben je l'ai gardé. Et c'est bien comme ça on s'entend bien. *Sourire.*

Je suis bien à l'aise avec lui. On peut parler de tout. Toutes mes questions ont été bien posées en temps et en heure, et j'avais les réponses. Il est compétent. Après le fait qu'il soit un homme, je m'en fiche, ce n'est pas un critère important, moi j'ai confiance en la personne.

Dans l'enfance, on avait un médecin de famille. Les parents avaient le même, les enfants avaient le même. On suivait les parents quoi, y avait pas de choix. Bon, on était petit aussi, on ne pouvait pas choisir ! *Rires*. Les parents choisissaient pour nous.

Avant je ne savais pas que le médecin généraliste pouvait suivre des grossesses, je l'ai découvert par hasard, c'était une bonne surprise ! *Rires*.

Voilà ! Donc pour conclure on peut dire que c'est vraiment le côté pratique qui m'a fait choisir lui. Il est juste à côté, donc je n'ai pas besoin d'aller jusqu'au centre ville chez le gynéco, chercher une place de parking etc... En plus il y a un réel climat de confiance, il met les personnes à l'aise. Bon, après, le courant passe ou le courant ne passe pas. Avec lui, c'est bien passé donc je l'ai gardé. *Sourire*. C'est sûr qu'il vaut mieux plutôt aller chez quelqu'un avec qui le courant passe. Et puis vous savez, il a son réseau assuré derrière lui. Il sait bien qu'il a son réseau derrière lui, donc s'il y a un problème il envoie chez le spécialiste. Mon gynéco travaille avec lui. A partir du moment où y a pas de soucis de diabète, d'hypertension ou quoi que ce soit, il envoie chez le gynécologue le 9<sup>ème</sup> mois. Il suit tout du début à la fin.

Il n'y a pas besoin d'avoir peur d'aller chez le généraliste, parce qu'il pourra quand même nous diriger vers son réseau et de façon plus vite.

#### *Données biographiques :*

Madame E, 29 ans, 2<sup>ème</sup> grossesse, enceinte de 7 mois, ne travaille pas, se déplace en voiture, habite en banlieue d'une grande ville. Son médecin, un homme, travaille avec un associé, en cabinet dans le quartier.

*Je suis reçue chez madame F, une jeune dame, vivant en appartement en centre ville d'une grande ville. Souriante, elle m'accueille timidement dans le salon. Vêtue d'un jean et d'un sweat grandes tailles, les cheveux tirés, sans maquillage, assez simple, elle s'assoit face à moi. Je me présente :*

*« Je suis Mlle YILDIZ, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le suivi de grossesse par le médecin généraliste, en effectuant donc une enquête auprès de femmes enceintes se faisant suivre par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Ces enquêtes permettront de mieux comprendre les raisons de ce choix, et de promouvoir par la suite le suivi de grossesse par le généraliste. L'enquête est anonyme, et si à certains moments vous ne voulez pas répondre, vous avez tout à fait le droit ».*

*Sourire. D'accord.*

*Ben j'ai l'habitude de lui, je voulais que ce soit quelqu'un qui me connaisse. C'est ma première grossesse, je suis plutôt du genre à m'inquiéter. Sourire. Elle rougit légèrement. Je voulais quelqu'un avec qui je suis bien quoi.*

*C'est moi qui lui ai demandé s'il pouvait continuer à me voir pendant la grossesse. En fait il a fait la découverte de la grossesse, et puis je l'ai gardé.*

*Je ne sais pas non s'il a des formations complémentaires.*

*Vous ne voulez pas savoir s'il a des formations en plus ?*

*Bennn.... Elle hausse les épaules. Il sait ce qu'il doit savoir, il fait ce qu'il doit faire... Sinon il ne le ferait pas...*

*C'est un homme, ce n'est pas grave. Sourire.*

*Il est mon médecin généraliste depuis l'enfance.*

*Ben j'ai confiance en lui, je sais que je serai bien pris en charge, qu'il fera le maximum. Je le connais bien, enfin il me connaît bien surtout. Et puis il n'est pas très loin, il est très disponible, il me prendra entre deux s'il faut.*

*Ah oui, il répond à toutes mes questions, à mes angoisses.*

*Je vais chez lui jusqu'à 6 mois, puis chez une sage-femme, les gynécos ce n'est pas la peine il y a beaucoup d'attentes pour avoir un rendez-vous avec un gynéco.*

*Je n'ai jamais vu de gynéco avant. C'est mon médecin généraliste qui fait le suivi gynécologique, la contraception, tout ça...*

C'est rassurant avec lui. Si je l'appelle au dernier moment, il me prend quand même. Même s'il s'en va loin, j'irai quand même le voir lui. Y a une complicité qui est là, qui s'est installée. *Sourire. Son ami entre dans l'appartement, elle se lève pour l'accueillir.*

C'est tout ce que je peux dire. *Nous terminons l'entretien.*

*Données biographiques :*

Madame F, 21 ans, 1<sup>ère</sup> grossesse de 7 mois, vit en couple avec son ami, ne travaille pas, habite en centre ville, utilise le bus.

Son médecin traitant est un homme, travaillant en cabinet avec un associé, en centre ville.

*Je suis accueillie chez madame G, dans un village en périphérie d'une grande ville. Madame G habite une coquette maison. Elle me reçoit avec sourire. Un enfant de 2 ans se trouve également dans la maison. Nous passons dans la salle à manger, elle s'assoit sur la chaise face à moi avec son enfant dans les bras. Sur la table, des biscuits et du thé. Je me présente :*

*« Je suis Mlle YILDIZ, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le suivi de grossesse par le médecin généraliste, en effectuant donc une enquête auprès de femmes enceintes se faisant suivre par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Ces enquêtes permettront de mieux comprendre les raisons de ce choix, et de promouvoir par la suite le suivi de grossesse par le généraliste. L'enquête est anonyme, et si à certains moments vous ne voulez pas répondre, vous avez tout à fait le droit ».*

Oui, bien sûr. *Sourire.*

Ma 2<sup>ème</sup> grossesse a été suivie avec le médecin généraliste et ma 3<sup>ème</sup> grossesse aussi. En fait, à la 1<sup>ère</sup> grossesse j'ai été voir une gynéco, comme tout le monde, j'ai voulu faire le suivi standard, mais alors le contact ce n'était pas ça ! Ce n'était pas super ! Ce n'est pas pareil, y a quand même une différence dans le contact. Forcément mon médecin généraliste, cela fait plus de 10 ans que je le connais, cela fait depuis 10 ans qu'il est mon médecin traitant attitré comme on dit, forcément l'échange n'est pas le même.

Déjà la confiance n'est pas la même, mon médecin généraliste je lui fais confiance. Ah oui, totalement ! Si je voulais aller chez le gynéco j'irai ! La distance est la même pour aller aux 2, alors ! Mais mon médecin généraliste, il est disponible ! Et le contact ! Je peux lui envoyer un mail, il répond ; si je suis en retard au RDV, il m'attend. *Rires.* A la 1<sup>ère</sup> grossesse, si j'avais une question ou un problème, de dos par exemple, de douleur, la gynéco elle ne prenait pas entre-temps hein ! Ahlala fallait attendre la date du RDV ! Et pas moyen de changer sinon on perdait le RDV. Mais là ! C'est le bonheur ! Je peux aller quand je veux chez le médecin généraliste ! *Rires.*

Et puis pour la suite il est disponible aussi, pour faire le suivi gynécologique, la contraception...

Moi je ne savais pas que les toubibs généralistes pouvaient faire comme les gynécos. J'ai eu une gynéco pour la 1<sup>ère</sup> grossesse mais je l'aimais pas trop, quand je lui en parlé il m'a proposé de faire le suivi ! C'est comme ça que j'ai su et j'en suis assez contente !

C'est un homme, ce n'est pas grave ! *Rires.* Il travaille dans une maison médicale, ils sont 3 et c'est tous des hommes, comme ça la question se pose pas ! *Rires.* Si j'avais eu le choix entre une femme et lui, hmmm, ma gynéco était une femme et ca ne s'est pas bien passé ! Alors oui, je l'aurai quand même pris !

Je ne sais pas s'il a suivi des formations en plus dans le domaine de la gynéco mais en tout cas il est compétent. Même pour des questions pas forcément en rapport avec la grossesse directement, mais plutôt pour me rassurer. Oui pour apaiser les angoisses de la grossesse. Et puis quand il ne sait pas, il appelle le gynécologue devant moi, il n'hésite pas à contacter le spécialiste s'il faut. Il ne laisse pas de questions en suspens. *Elle acquiesce de la tête.*

Pendant mon enfance je n'ai pas eu de médecin généraliste, on n'avait pas de médecin de famille comme maintenant. On n'y allait seulement quand on était malade, et ça pouvait changer.

Et bien au tout début, je l'ai pris pour la proximité par rapport à la maison, il y a 10 ans. Les enfants au début je les fais suivre par le pédiatre, et à partir de 3, 4 ans je les emmène chez lui aussi.

Ça s'est bien passé avec le médecin généraliste pour la 2<sup>ème</sup> grossesse donc je l'ai gardé pour la 3<sup>ème</sup>. *Sourire.* Et la proximité ce n'est pas le critère de choix principal parce que mon médecin généraliste habite près du gynéco ! *Sourire.*

#### *Données biographiques :*

Madame G, 27 ans, enceinte de son 3<sup>ème</sup> enfant de 6 mois, réside dans un village près d'une grande ville, dispose d'une voiture pour ses déplacements. Elle travaille comme vendeuse dans un grand centre commercial.

Son médecin généraliste est un homme, exerçant dans une maison médicale avec 2 autres associés, dans le village.

*Je suis accueillie chez madame H, vivant dans un studio au centre d'une grande ville. C'est une jeune dame dynamique, parlant vite et peu. Nous nous installons sur le canapé, et commençons :*

*« Je suis Mlle YILDIZ, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le suivi de grossesse par le médecin généraliste, en effectuant donc une enquête auprès de femmes enceintes se faisant suivre par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Ces enquêtes permettront de mieux comprendre les raisons de ce choix, et de promouvoir par la suite le suivi de grossesse par le généraliste. L'enquête est anonyme, et si à certains moments vous ne voulez pas répondre, vous avez tout à fait le droit ».*

Hmm d'accord, c'est en rapport avec le médecin généraliste. Moi mon médecin généraliste me suit depuis la naissance ! Chez nous, c'était comme ça. On allait là où nous emmenait notre mère. *Elle sourit en haussant les épaules.* Même mon petit frère qui est né 10 ans après moi, ma mère l'emmenait chez la généraliste. Alors je ne sais pas si elle nous emmenait parce que c'était proche de la maison à l'époque, ou ptêt parce que c'était moins cher que le pédiatre. Faudrait demander à ma mère ! *Rires.*

Du coup la question ne s'est même pas posée, ça s'est fait automatiquement ! Je savais que j'étais enceinte, j'ai été le voir, il m'a prescrit la prise de sang pour confirmer, et puis ça a suivi. Il fait la suite. Là il m'a suivi jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois, la dernière fois que j'ai été le voir, c'était ma dernière consultation avec lui. La prochaine fois je vais aller voir un gynécologue. Mais c'est mon médecin généraliste qui m'envoie hein ! Il m'a dit qu'il faisait jusqu'au 6<sup>ème</sup> mois. Pour la suite il préfère passer la main, comme il dit. *Sourire.*

Il est proche en distance oui, il est en ville aussi. Je peux y aller à pied. Mais même quand j'habitais loin, je faisais 20 km pour le voir. Ce n'est pas un problème ça. Ce qui compte c'est qu'on soit bien avec.

C'est un homme, y a aucun souci ! *Sourire.*

Je ne crois pas qu'il ait fait des formations complémentaires en gynécologie. Pas que je sache. Je lui demanderai, tiens, la prochaine fois ! *Rires.*

Et bien on peut dire que si je reste avec lui c'est pour cette relation de confiance qu'on a établit au fil des années. On ne peut pas établir une telle relation avec un spécialiste que l'on voit juste quelques fois. Je lui fais confiance, totalement. En plus, il est très bien pour les urgences ; il suffit que je l'appelle par téléphone et il répond de suite, il rassure tout de suite. Ca c'est cool ! *Rires.* Après je suis bien consciente qu'ils n'ont pas la vie facile ces pauvres docteurs, entre leur malades, les coups de fils, ils ont surement des grosses journées ! Mais ce sont eux qui nous habituent à ce confort ! *Rires.* S'ils faisaient comme les spécialistes, on les embêterait moins ! *Rires.*

Non c'est bien comme ca. Pour moi ca a été un choix à part entière, qui me satisfait ! Et j'espère que les généralistes pourront continuer à suivre des grossesses ! Merci en tout cas de vous intéresser à moi ! C'est rigolo.

*Données biographiques :*

Madame H, 26 ans, éducatrice, enceinte de 6,5 mois de son 1<sup>er</sup> enfant, vit en couple, dans un studio en centre ville d'une grande ville, elle se déplace en voiture.

Son médecin généraliste est un homme, exerçant seul en cabinet de ville.

*Je suis accueillie chez madame I, dans une jolie maison de village, à 25 km d'une grande ville. Ce jour là, le temps est ensoleillé, elle propose de faire l'entretien dans la véranda. Elle est seule. Elle est habillée chiquement, maquillée. Nous nous installons sur les banquettes, face à face. Je me présente :*

*« Je suis Mlle YILDIZ, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le suivi de grossesse par le médecin généraliste, en effectuant donc une enquête auprès de femmes enceintes se faisant suivre par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Ces enquêtes permettront de mieux comprendre les raisons de ce choix, et de promouvoir par la suite le suivi de grossesse par le généraliste. L'enquête est anonyme, et si à certains moments vous ne voulez pas répondre, vous avez tout à fait le droit ».*

*Elle acquiesce de la tête.*

Je suis suivie par lui depuis une dizaine d'années. Nous avons de très bons rapports. Il m'a orientée vers la gynécologue obstétricienne au 6<sup>ème</sup> mois. On a discuté de ce qui serait le mieux pour moi. Et ça c'est une bonne solution. Avant d'être enceinte je le voyais 2 ou 3 fois par an. Il y a une relation de confiance avec le médecin généraliste. C'est pour cela que je n'ai pas voulu aller voir quelqu'un à l'hôpital. Il n'y a pas une bonne relation avec les médecins des hôpitaux, ils n'ont pas de temps. Ils manquent de temps en consultation. Les gynécos, ils sont froids, les consultations sont rapides. Les médecins que j'ai rencontrés à l'hôpital jusqu'à maintenant, ils sont froids, ils ne sont pas avenants du tout. Alors des questions sur l'angoisse de la grossesse, vous pensez ! Ils ne répondent pas. Au contraire on risque de se créer une angoisse ! *Rires.* Le médecin généraliste, lui, est dans l'écoute. Mais bon, on n'est pas là non plus pour embêter le médecin généraliste. Il n'est pas là pour répondre à des questions existentielles, à des angoisses en rapport avec la grossesse. Je me dirige plutôt vers la famille, les amis pour ça. C'est pas son rôle non plus.

Je fais 25 km de route pour le voir. La route n'est pas un problème. Maintenant tout le monde a sa voiture et est prêt à faire des kilomètres pour voir le médecin. Surtout ici. Les médecins généralistes en rural sont surchargés. Les médecins généralistes en rural ne prennent plus personne dans leur patientèle tellement ils ont de monde. Donc on est obligé d'aller en ville pour voir un médecin.

Pour moi, pour nous, il est notre médecin de famille. Dans l'enfance j'avais oui un médecin de famille, c'était le référent.

Le fait qu'il soit un homme ou une femme, y a pas de différence pour moi, c'est pareil. Du moment qu'on ait une bonne entente et confiance. Je peux tout à fait concevoir que certaines femmes préfèrent consulter un médecin femme. Même autour de moi, je le vois, chez certaines de mes amies, c'est une question de préférence.

Voilà ! J'espère que ca vous sera utile. *Sourire.*

*Données biographiques :*

Madame I, 26 ans, enceinte de son 1<sup>er</sup> enfant de 7,5 mois, vit en couple, est coordinatrice dans une agence de publicité, se déplace en voiture, vit dans un village à 25 km d'une grande ville.

Son médecin généraliste est un homme, exerçant en cabinet de ville, seul.

*Je suis à présent chez madame J, vivant dans une maison de ville, dans une petite ville des Vosges. C'est une jeune femme, souriante, décontractée, qui me reçoit. Après avoir servi le café, elle s'installe face à moi, surprise et intimidée par mon matériel audio phonique. Je me présente :*

*« Je suis Mlle YILDIZ, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le suivi de grossesse par le médecin généraliste, en effectuant donc une enquête auprès de femmes enceintes se faisant suivre par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Ces enquêtes permettront de mieux comprendre les raisons de ce choix, et de promouvoir par la suite le suivi de grossesse par le généraliste. L'enquête est anonyme, et si à certains moments vous ne voulez pas répondre, vous avez tout à fait le droit ».*

Ah d'accord ! Bon c'est rassurant ! *Rires.*

Oh je l'ai choisi parce qu'il habite à 5 minutes de chez moi ! Il est proche. Il y a une maison médicale. Il travaille avec d'autres médecins. Au début je l'ai choisi par hasard ! Et ça s'est bien passé donc je suis restée avec ! *Sourire.*

Il est mon médecin traitant depuis 5 ans. C'est un homme mais ce n'est pas grave ça.

C'est plutôt moi qui lui ai demandé. En fait, avant de tomber enceinte, on en parlait ensemble. Et quand je suis tombée enceinte, il m'a proposé. C'est une grossesse attendue ! Prévue ! *Sourire.* Donc je lui en parlais déjà bien avant. Il me donnait des conseils, me rassurait avant.

Oui, en fait, j'ai eu une fausse-couche à la 1<sup>ère</sup> grossesse. Après j'avais peur, je me sentais pas trop prête pour une 2<sup>ème</sup> grossesse. Vous savez, c'est un domaine inconnu, on découvre. Alors forcément on se pose des questions. *Silence.* Heureusement qu'il était là, j'allais le voir assez souvent, mais c'était bien, il a su me rassurer. *Sourire.* Et là, ça se passe plutôt bien.

Je crois bien qu'il va me suivre jusqu'au 7<sup>ème</sup> mois, après j'irai voir une gynéco ou une sage-femme à l'hôpital. Là j'en suis au 6<sup>ème</sup> mois. *Sourire.*

Il a fait mon suivi gynécologique oui, depuis le début. Donc depuis 5 ans en fait. Avec les frottis, la pilule. Et on discutait de la grossesse, comme ça je savais depuis le début en fait qu'il pouvait suivre des grossesses.

Ah non je ne sais pas s'il a fait des trucs en plus, mais il y a des étudiants dans son cabinet. Je sais qu'il forme des étudiants.

Le plus important de tout c'est la confiance, c'est le fait qu'il me connaisse bien. Il connaît mes antécédents. C'est quand même plus simple qu'un inconnu, je préfère aller voir quelqu'un qui me connaît. Son cabinet est très proche aussi, à 5 minutes. Et il est accessible. Il donne des RDV rapidement. Il passe beaucoup de temps avec moi en consultation, il me donne même des conseils pour après la grossesse. *Sourire*. Oui sur le bébé, comment s'en occuper, l'allaiter, la contraception aussi. C'est important tout ça, surtout quand on n'a pas d'expérience ! *Sourire*. C'est le 1<sup>er</sup>, alors j'en ai des questions ! Je lui demande à lui parfois, parfois je trouve les réponses dans des magazines, et puis il y a les copines. Mais bon elles ne m'aident pas trop, je suis la 1<sup>ère</sup> de la bande à tomber enceinte ! *Rires*. Oui la famille aussi. Pas trop pour le moment encore, je pense que je leur demanderai de l'aide une fois qu'il sera là. *Sourire. Elle se caresse le ventre.*

Ah l'enfance ! j'ai beaucoup déménagé, merci papa ! il était militaire donc forcément ! J'ai eu plusieurs médecins traitants. Maintenant j'ai le même depuis 5 ans.

En conclusion on peut dire que je l'ai choisi pour ma grossesse pour le côté relationnel et la compétence. Et je resterai avec lui. *Sourire*.

#### *Données biographiques :*

Madame J, 22 ans, enceinte de son 1<sup>er</sup> enfant de 6 mois, vit en couple, dans une petite ville des Vosges, ne possède pas de voiture, ne travaille pas.

Son médecin généraliste est un homme, exerçant dans une maison médicale avec 3 autres confrères.

*Je suis à présent accueilli dans un joli village mosellan, chez madame K, qui habite une jolie petite maison de village. Madame K, est une jeune femme simple, présentant un surpoids conséquent. Dans la maison, 2 petits de 4 et 2 ans jouent dans le salon. Elle va les coucher pour la sieste. Pendant ce temps je prépare mon matériel et m'installe dans le salon. Elle revient 10 minutes plus tard, ramasse quelques jouets à terre, s'excuse et s'assoit à côté de moi. Je me présente :*

*« Je suis Mlle YILDIZ, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le suivi de grossesse par le médecin généraliste, en effectuant donc une enquête auprès de femmes enceintes se faisant suivre par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Ces enquêtes permettront de mieux comprendre les raisons de ce choix, et de promouvoir par la suite le suivi de grossesse par le généraliste. L'enquête est anonyme, et si à certains moments vous ne voulez pas répondre, vous avez tout à fait le droit ».*

Hmm pas de soucis. *Sourire.*

Ben elle est plus près en distance. Je fais 14 km pour aller la voir. Il faut faire 25 km pour trouver un gynéco, si je peux faire moins de km je préfère. Surtout que j'ai déjà 2 petits enfants, c'est fatigant avec eux de faire de la route.

Ben en fait elle est mon médecin généraliste depuis toute petite. Moi j'ai toujours habité ici, je n'ai pas déménagé, donc c'est toujours elle que je vais voir. C'est sûr que maintenant elle me connaît bien ! *Sourire.* Vu qu'elle me suit depuis que je suis bébé. J'ai confiance en elle oui.

Avant la grossesse elle s'occupait de la pilule. C'est aussi elle qui s'est occupée de mes 2 premières grossesses, c'est elle qui m'a suivi. Ça s'est bien passé, il n'y a pas eu de problème.

En plus c'est une femme, pour moi c'est un plus. Moi j'apprécie ! *Sourire.* J'ai des copines qui s'en fichent mais moi je préfère, je suis plus à l'aise quand même. Si j'étais allée voir un gynéco, ben j'aurais pris une femme aussi ! Ah oui ! C'est quand même mieux. Parce que je me dis c'est une femme, elle me comprendra mieux ! *Rires.*

Au tout début... *Silence, elle réfléchit...* C'est elle qui m'a demandé oui si je voulais aller chez elle ou un gynéco. Moi je ne savais pas qu'elle pouvait faire le suivi de grossesse. Ben comme elle me connaissait bien, je l'ai gardé !

J'en suis très satisfaite ! Ce n'est pas très loin ; c'est bien. Je peux l'appeler, elle me répondra. Elle est disponible tout le temps, ça y a rien à dire.

Même si elle déménage loin, je la suivrai, je suis prête à faire le trajet. Mais c'est quand même pratique qu'elle ne soit pas très loin !

Hummm le critère principal pour moi, c'est la proximité en distance. C'est pratique. Surtout avec les autres bambins, c'est quand même mieux, ça m'évite de rentrer dans Metz avec ses bouchons ! Il faudra que j'y aille pour la fin de la grossesse : à partir du 7<sup>ème</sup> mois là elle ne me suit plus, elle m'envoie à la maternité. Mais moins c'est, mieux c'est ! *Rires.*

*Données biographiques :*

Madame K, 23 ans, enceinte de son 3<sup>ème</sup> enfant, de 5 mois, réside dans un petit village à 25 km d'une grande ville ; elle a une voiture, ne travaille plus depuis son 1<sup>er</sup> enfant (aide-soignante).

Son médecin généraliste est une femme, exerçant en maison médicale dans une petite ville à 15 km du domicile.

*Je suis accueillie chez madame L, vivant en appartement en banlieue d'une grande ville. Madame L ne parle pas français, ou très peu. Elle est turque, en France depuis 12 ans. Parlant moi-même le turc, nous réalisons l'entretien en turc, que je traduis le plus fidèlement possible ensuite. Je m'installe dans le salon. Elle présente un surpoids conséquent et parle d'une voix forte. Nous ne sommes pas seules, des voisines, des amies sont également présentes. L'ambiance est décontractée. Du thé est servi. Je me présente :*

*« Je suis Mlle YILDIZ, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le suivi de grossesse par le médecin généraliste, en effectuant donc une enquête auprès de femmes enceintes se faisant suivre par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Ces enquêtes permettront de mieux comprendre les raisons de ce choix, et de promouvoir par la suite le suivi de grossesse par le généraliste. L'enquête est anonyme, et si à certains moments vous ne voulez pas répondre, vous avez tout à fait le droit ».*

D'accord, si on peut vous aider, pourquoi pas !

Et bien déjà, elle a son cabinet pas loin, c'est fort pratique.

En plus elle est une femme, pour moi c'est bien, je préfère. Je suis beaucoup plus à l'aise avec une femme. S'il faut vraiment aller chez un homme, j'irai, mais si j'ai chez le choix je préfère une dame. Pour mon 1<sup>er</sup>, j'étais chez un homme, bon cela s'était bien passé mais je préfère maintenant ! *Rires.*

Moi j'ai la barrière de la langue, j'y vais avec mon mari quand il peut, quand il est disponible. Mais maintenant qu'elle me connaît bien, j'y vais même toute seule. Parfois il n'y a pas besoin de parler, quand tout va bien, elle m'examine, elle fait ce qu'il faut. Elle est compréhensive quoi ! Et comme c'est une femme, j'ai l'impression qu'elle me comprend mieux. Je lui fais vraiment confiance. Elle me connaît bien. Elle m'a suivi pour tous les enfants sauf le 1<sup>er</sup>. J'ai été voir un gynécologue pour le 1<sup>er</sup>, cela s'est bien passé, je n'ai pas eu de soucis. Et quand j'ai appris qu'elle pouvait faire également le suivi, je me suis tournée vers elle.

J'ai appris par hasard qu'elle pouvait suivre des grossesses. C'est quand j'emmenais mon 1<sup>er</sup> enfant chez elle, je lui parlais de mon suivi avec le gynécologue et je lui avais dit que c'était dommage que ce soit aussi loin. Et là, elle m'a proposé de suivre mes prochaines grossesses et depuis cela se passe bien ! *Rires.*

Et bien, cela fait 12 ans que je suis en France. Elle me suit depuis 12 ans maintenant. Ce qui est bien, c'est qu'elle soit proche de la maison. Elle se déplace aussi, elle vient à la maison. J'ai déjà 3 enfants, forcément ça nous arrange ! Les enfants vont aussi chez elle, toute la famille on va chez elle ! *Rires.* Je commence à avoir l'expérience maintenant avec 4 enfants ! *Rires.* Je n'ai pas forcément de questions à lui poser, elle m'examine, elle voit si tout est comme il faut, c'est tout.

C'est également elle qui me fait le suivi gynécologique, donne la pilule.

Vous savez les gynécologues sont loin. C'est difficile d'avoir un RDV avec eux, et il faut attendre. On ne peut pas prendre de RDV pour une urgence par exemple, alors que le médecin généraliste peut nous prendre tout de suite. Les gynécologues sont bien, je ne les critique pas, je ne les dénigre pas. Mais ils ne sont pas disponibles, alors que le médecin généraliste prend tout de suite et se déplace. Si je téléphone au gynécologue, il me donnera RDV des mois plus tard mais pas le médecin généraliste.

Voilà, c'est bien comme cela. En tout cas, nous les femmes du quartier on en est assez contentes. Cela nous arrange bien !

*Données biographiques :*

Madame L, 32 ans, enceinte de 5 mois de son 4<sup>ème</sup> enfant, mariée, ne travaille pas, se déplace en voiture, habite en appartement dans une banlieue d'une grande ville.

Son médecin généraliste est une femme, exerce en cabinet avec un confrère homme.

*A présent, je me rends chez madame M, dans un appartement HLM d'une petite ville. Madame M est en France depuis 13 ans, en provenance de Turquie. Elle ne parle pas couramment le français. Parlant moi-même le turc, nous réalisons l'entretien en turc, que je traduis ensuite de la façon la plus fidèle possible. L'appartement est simplement meublé, je m'installe dans le salon. Elle est vêtue simplement, souriante, me propose un thé. Je me présente :*

*« Je suis Mlle YILDIZ, interne en médecine générale. Dans le cadre de ma thèse, j'effectue un travail sur le suivi de grossesse par le médecin généraliste, en effectuant donc une enquête auprès de femmes enceintes se faisant suivre par leur médecin généraliste pour leur grossesse. Ces enquêtes permettront de mieux comprendre les raisons de ce choix, et de promouvoir par la suite le suivi de grossesse par le généraliste. L'enquête est anonyme, et si à certains moments vous ne voulez pas répondre, vous avez tout à fait le droit ».*

D'accord, je vous écoute.

Elle me suit depuis ma 1<sup>ère</sup> grossesse. Cela se passe bien. C'est moi qui lui avais demandé au début. En fait j'étais en France depuis un an quand j'ai été enceinte. C'est elle que j'ai été voir en premier, apparemment le système est comme cela ici. Au début je ne savais pas, maintenant je sais, je connais le système. *Sourire*. A ma 1<sup>ère</sup> grossesse j'y allais avec un traducteur, comme je ne parlais pas encore le français. C'était une voisine, une amie. Maintenant je peux y aller seule, je parle un peu plus, je me débrouille quoi ! *Sourire*. La 1<sup>ère</sup> grossesse s'est bien passée, j'avais confiance en elle, je l'ai trouvé sympathique, alors je l'ai gardé pour mes prochaines grossesses. La distance aussi c'est important. Moi je n'ai pas de voiture, il faut donc que je puisse y aller à pied.

Le fait qu'elle soit une femme, cela m'arrange. Je suis plus tranquille, plus à l'aise bien sûr.

Je n'ai pas de gynécologues attiré, c'est elle qui me fait tout, la contraception, les frottis quand il faut.

Toute la famille on est suivie par elle ! Cela prouve bien qu'on lui fait confiance ! *Sourire*. Pour ma grossesse, je n'ai pas forcément de questions à lui poser, quand il y a quelque chose qui ne va pas, je lui dis bien sûr. Mais j'ai la chance d'avoir des grossesses qui se passent bien, qui sont faciles. J'ai un suivi facile. Elle est sympathique, elle est bien, elle se comporte bien malgré qu'on ne parle pas trop la langue ! *Rires. Elle rougit légèrement.*

Pour moi c'est la même chose que le suivi chez un gynécologue. Quand j'entends des copines en parler, je ne vois pas de différence. Ah si la différence c'est qu'elle est disponible ! Et pas loin ! Quand je les entends prendre leur RDV des mois à l'avance ! Moi j'appelle quelques jours avant c'est suffisant. Elle m'envoie à l'hôpital au 7<sup>ème</sup> mois chez la sage-femme.

Non je n'avais pas cette notion de médecin généraliste, de famille dans l'enfance.

Et bien j'espère que cela vous sera utile, c'est gentil de vous intéresser à nous et d'être venue !

*Données biographiques :*

Madame M, 36 ans, enceinte de 6 mois de son 3<sup>ème</sup> enfant, vit en appartement dans une petite ville, est mariée, exerçait en tant que saisonnière dans une serre à légumes, se déplace en bus.

Son médecin traitant est une femme, exerçant en cabinet avec un confrère femme.

Le .... /...../ 2010

## NOTE D'INFORMATION POUR TRAVAIL DE THESE

Nous effectuons actuellement un travail de thèse afin de comprendre pourquoi les femmes choisissent leur médecin généraliste pour le suivi de leur grossesse.

Pour cela nous réalisons une enquête auprès des femmes qui font suivre leur grossesse par leur médecin traitant, et qui réalisent leurs échographies du 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> trimestre dans ce centre hospitalier.

Si tel est votre cas; votre participation à cette étude est souhaitée et importante.

Vous serez initialement contactées par téléphone pour vous expliquer la démarche et l'objectif, puis une rencontre sera organisée.

Vous pouvez refuser de participer à cette étude, ou retirer votre autorisation à tout moment. Votre refus n'aura aucune conséquence sur votre suivi ou sur les relations avec votre médecin.

Vos coordonnées seront détruites après l'entretien, et le questionnaire sera totalement anonyme. Il n'y aura plus moyen après l'entretien de pouvoir identifier vos réponses.

Nous vous remercions de votre participation

-----  
Je soussignée Me ..... autorise Mlle YILDIZ Habibe, interne en médecine générale, à me contacter par téléphone à propos de sa thèse et à me rencontrer si je suis d'accord.

Numéro de téléphone :.....

Signature après avoir écrit Lu et Approuvé

# **TABLE DES ILLUSTRATIONS**

# FIGURES

|                                                                                                                                                                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Figure 1 : affiche pour l'enquête nationale périnatale 2009 [ 11 ]                                                                                                                                                                  | 35 |
| Figure 2 : nombre de médecins généralistes libéraux par bassins de vie en Lorraine en 2007 (source DRASS Lorraine)                                                                                                                  | 37 |
| Figure 3 : densité des médecins spécialistes en gynécologie médicale en 2009 (source CNOM)                                                                                                                                          | 39 |
| Figure 4 : densité des médecins spécialistes en gynécologie-obstétrique en 2009 (source CNOM)                                                                                                                                       | 39 |
| Figure 5 : densité régionale en sages-femmes libérales pour 100 000 habitants au 01.01.08 ( source DRESS, répertoire ADELI)                                                                                                         | 41 |
| Figure 6 : nombre et densité de médecins en activité d'après le scénario tendanciel (source : Fichier national du Conseil National de l'Ordre des médecins pour l'année 2006, projections DRESS)                                    | 42 |
| Figure 7 : Nombre de médecins généralistes et spécialistes en activité d'après le scénario tendanciel et la variante 2 (60% des postes ouverts aux ECN sont des postes d'internes en médecine générale). Source : Projections DRESS | 43 |
| Figure 8 : réseau périnatal Lorrain, mai 2010 [ 52 ]                                                                                                                                                                                | 72 |

# TABLEAUX

|                                                                                                                    |    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Tableau 1 : 1 <sup>ère</sup> consultation < 10 SA [27] [28] .....                                                  | 47 |
| Tableau 2 : 2 <sup>ème</sup> consultation avant 15 SA révolues [27] [28] .....                                     | 48 |
| Tableau 3 : Consultations intermédiaires 4 <sup>ème</sup> - 8 <sup>ème</sup> mois [27] [28] .....                  | 48 |
| Tableau 4 : Consultation du 9 <sup>ème</sup> mois [27] [28] .....                                                  | 49 |
| Tableau 5 : La surveillance biologique de la grossesse (fiche récapitulative de l'assurance maladie) [30] .....    | 52 |
| Tableau 6 : La surveillance échographique de la grossesse (fiche récapitulative de l'assurance maladie) [30] ..... | 54 |
| Tableau 7 : Prévention de la listériose (recommandations de l'InVS) [28] [33] ..                                   | 55 |
| Tableau 8 : Prévention de la toxoplasmose [28] [34] .....                                                          | 56 |

# **ABBREVIATIONS**

ATCD : antécédent

BDC : bruits du cœur

CU : contractions utérines

ECBU : examen cytbactériologique des urines

FCU : frottis cervicaux-utérin

FDR : facteurs de risque

HU : hauteur utérine

InVS : institut national de veille sanitaire

MAF : mouvements actifs fœtaux

PA : pression artérielle

PMI : protection maternelle et infantile

# **BIBLIOGRAPHIE**

# BIBLIOGRAPHIE

1. PLAN PERINATALITE 2005-2007.  
Humanité, proximité, sécurité, qualité. Novembre 2004.  
[document en ligne]  
<http://www.santor.net/pdf/sfmp/planperinat.pdf>  
(Consulté le 13.03.10)
2. WONCA (World Organization of Family Doctors)  
Définition de la médecine générale, en 11 critères. 2002.  
[document en ligne]  
<http://www.woncaeurope.org>
3. HAVELOCK E., traduit par VAN GENNEP A.  
L'état psychique pendant la grossesse, 2ème édition.  
Paris : Mercure de France, 1926.
4. RUMEAU-ROUQUETTE C.  
Bien naître. La périnatalité entre espoir et désenchantement.  
Paris : EDK, 2001.
5. LEROY F.  
Histoire de naître. De l'enfantement primitif à l'accouchement médicalisé.  
Bruxelles : Edition de Boeck, 2002.
6. DELASSUS J-M.  
Le sens de la maternité, 3ème édition.  
Paris : Dunod, 2007.
7. HADJI-KOBIYH M.  
Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse.  
Thèse de Médecine Générale n°3726, Faculté de Caen, 2009.
8. RUMEAU-ROUQUETTE C, DE MAZAUBRUN C, RABARISON Y.  
Naître en France : 10 ans d'évolution.  
Paris : INSERM : Doin, 1984.
9. SOCIETE FRANCAISE DE MEDECINE PERINATALE (SFMP)  
Enquête nationale périnatale 1998 [document en ligne] .  
<http://www.sfmp.net/index1.php?pageID=eb3ca8ca339f7b7c8769ff61ef6d5e35>  
(Consulté le 11.03.10)
10. BLONDEL B, BREART G, DU MAZAUBRUN CH, BADEYAN G, WCISLO M,

LORDIER A, MATET N.

La situation périnatale en France. Evolution entre 1981 et 1995.

J. Gynecol. Obstet. Biol. Reprod., 1997, vol. 26, n°8, pp.770-780.

11. PERINATALITE

Enquête nationale périnatale 2009 [document en ligne] .

<http://www.perinat.france.org/>

(Consulté le 13.03.10)

12. INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques)

Bilan démographique 2009 [document en ligne] .

<http://www.insee.fr/fr/ffc/ipweb/ip1276/ip1276.pdf>

(Consulté le 16.03.10)

13. INSEE

Fécondité-Espérance de vie-Mortalité [document en ligne] .

[http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=2&sous\\_theme=2](http://www.insee.fr/fr/themes/theme.asp?theme=2&sous_theme=2)

(Consulté le 16.03.10)

14. INSEE

Economie Lorraine. Recensement 2006 [document en ligne] .

[http://www.insee.fr/fr/insee\\_regions/lor/themes/el/el153/el153.pdf](http://www.insee.fr/fr/insee_regions/lor/themes/el/el153/el153.pdf)

(Consulté le 20.03.10)

15. DAGUET F.

La fécondité dans les régions à la fin des années 90. Davantage de naissances à la campagne. INSEE, avril 2004, n°963 [document en ligne] .

[http://www.insee.fr/fr/ffc/docs\\_ffc/ip963.pdf](http://www.insee.fr/fr/ffc/docs_ffc/ip963.pdf)

(Consulté le 20.03.10)

16. CNOM (Conseil national de l'Ordre des Médecins)

Atlas de la démographie médicale en France. Situation au 1<sup>er</sup> Janvier 2009.

[document en ligne]

<http://www.web.ordre.medecin.fr/demographie/atlas2009.pdf>

(Consulté le 20.03.10)

17. ONDPS (Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé)

Plan régional d'actions pour le maintien et le développement des ressources médicales et pharmaceutiques en Lorraine, juin 2008 [document en ligne] .

<http://www.lorraine.sante.gouv.fr/statetu/etud/doc/sante/prdemomed.pdf>

(Consulté le 20.03.10)

18. COHEN J, MADELENAT P, LEVY-TOLEDANO R.

Gynécologie et santé des femmes, quel avenir en france?

PARIS : ESKA, 2000.

19. ORS Bourgogne (Observatoire Régional de Santé)

Soins et prévention, sages-femmes. Février 2010 [document en ligne] .

<http://www.ors-bourgogne.org/index.php?page60&down=431>

(Consulté le 23.03.10)

20. DRASS Lorraine (Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales)  
Région lorraine : STATISS 2009 [document en ligne].  
<http://www.lorraine.sante.gouv.fr/statetu/stat/doc/statiss/statiss09.pdf>
21. ATTAL-TOUBERT K, VANDERSCHULDEN M.  
La démographie médicale à l'horizon à l'horizon 2030 : de nouvelles projections nationales et régionales.  
DRESS, février 2009. [document en ligne]  
<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er679.pdf>  
(Consulté le 06.04.10)
22. BLONDEL B, SUPERNANT K, DU MAZAUBRUN C, BREART G.  
Enquête périnatale 2003. Situation en 2003 et évolution depuis 1998.  
Paris : Unité de recherches épidémiologiques en santé périnatale et santé des femmes.  
INSERM-U.149, 2005, tome 1.  
[document en ligne]  
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat03/Sommaire.htm>  
(Consulté le 31.03.10)
23. BLONDEL B, NORTON J, DU MAZAUBRUN, BREART G.  
Enquête nationale périnatale 1998.  
Paris : Ministère de l'emploi et de la solidarité. INSERM U 149, 1999.  
[document en ligne]  
<http://www.sante.gouv.fr/htm/dossiers/perinat/somm1.htm#top>  
(Consulté le 31.03.10)
24. BOOG G.  
Le plan périnatalité 2005-2007 a oublié la consultation pré-conceptionnelle.  
J. Gynécol. Obstét. Biol. Reprod., 2005, vol. 34, pp 205-207.
25. LE COUTOUR X.  
Examen prénuptial.  
Rev. Prat., 2003, vol. 53, n°11, pp. 1253-1254.
26. HAS (Haute Autorité de Santé)  
Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer.  
Septembre 2009. [document en ligne]  
<http://www.has-sante.fr>  
(Consulté le 06.04.10)
27. HAS (Haute Autorité de Santé)  
Comment mieux informer les femmes enceintes ?  
Recommandations pour les professionnels de santé.

- Saint Denis : HAS, mai 2005.  
[ document en ligne ]  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_240701/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes-des-recommandations-pour-les-professionnels-de-sante](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_240701/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes-des-recommandations-pour-les-professionnels-de-sante)  
(Consulté le 09.04.10)
28. LETICEE N.  
Suivi de grossesse normale  
Rev. Prat. Méd. Gén., 2009, tome 23, n°813, pp. 20-21.
29. HAS  
Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiés.  
Recommandations pour la pratique clinique.  
Saint Denis : HAS, mai 2007.  
[ document en ligne ]  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_orientation\\_femmes\\_enceintes\\_synthese.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf)  
(Consulté le 17.04.10)
30. L'ASSURANCE MALADIE  
Suivi et orientation de la femme enceinte. Fiche d'aide à la pratique des professionnels.  
Juin 2008.
31. HAS  
Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel.  
Juillet 2005. [ document en ligne ]  
[http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diabete\\_gestationnel\\_synth.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/diabete_gestationnel_synth.pdf)  
(Consulté le 17.04.10)
32. DGS (Direction Générale de la Santé)  
Rapport du comité national technique d'échographie de dépistage prénatal. Avril 2005.  
[ document en ligne ]  
[http://www.sante-gouv.fr/htm/actu/sureau\\_henrion/rapport.pdf](http://www.sante-gouv.fr/htm/actu/sureau_henrion/rapport.pdf)  
(Consulté le 17.04.10)
33. InVS (Institut national de Veille Sanitaire)  
Recommandations listériose. Septembre 1997.  
[ document en ligne ]  
<http://www.invs.sante.fr/publications/listeriose/reclist.html>  
(Consulté le 17.04.10)
34. LETICEE N  
Dépistage de la toxoplasmose  
Rev. Prat. Med. Gen., 2006, tome 20, n°93, p.7
35. HAS  
Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations pour la pratique clinique.  
Saint Denis : HAS, novembre 2005.

36. PREVOT-STIMEC I.  
Les attentes des femmes enceintes envers leur médecin généraliste dans le cadre du suivi de grossesse.  
Thèse de Médecine Générale n°17, Faculté de Nantes, 2005.
37. MOREAU JAMIER S.  
Le suivi de grossesse par le médecin généraliste: son rôle dans la gestion de l'anxiété.  
Thèse de Médecine Générale n°1046, Faculté d'Angers, 2000.
38. BURBAN C.  
Suivi de la grossesse, attitudes et besoins exprimés des patientes. Etude de la région Nantaise.  
Mémoire DU de Santé Publique. Nancy : Faculté de médecine, 2000, 23p.
39. CUNHA M.A.  
Suivi et accompagnement de la grossesse dans un massif des Hautes-Vosges.  
Thèse de Médecine Générale n°76, Faculté de Nancy, 1997.
40. HUREAU S.  
Le suivi des femmes enceintes : parcours de soins et raisons du non-choix du médecin généraliste pour la surveillance de la grossesse.  
Thèse de Médecine Générale n°27, Faculté de Bordeaux, 2008.
41. FLORI M, LE GOAZOU M-F.  
Savez-vous suivre les grossesses ?  
Rev. Prat. Méd. Gén., 2006, tome 20, n°740/741, p.878.
42. LE GOAZIOU M-F.  
Ou qu'est-ce que le médecin généraliste attend de son confrère gynéco-obstétricien ?  
Contraception Fertilité Sexualité, 1998, vol.26, n°3, pp. 222-223.
43. HAS  
Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.  
Service des recommandations professionnelles. Mai 2007.  
[document en ligne]  
[http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_547976/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees)  
(Consulté le 21.04.10)
44. FRYDMAN R, TAYLOR S.  
La grossesse  
Paris : Presses universitaires de France, 2002.
45. SEUNTJENS L, NELRLNCKX J, VAN MACKELLENBERGH A.  
Suivi de la grossesse.  
SSMG de Belgique (Société Scientifique de Médecine Générale).  
Recommandations de bonnes pratiques, 2008.

- [ document en ligne ]  
[http://www.ssmg.be/new/files/RBP\\_SuiviGrossesse.pdf](http://www.ssmg.be/new/files/RBP_SuiviGrossesse.pdf)  
(Consulté le 23.04.10)
46. RATCLIFFE J, RYAN M, TUCKER J.  
Le suivi de grossesse par un médecin généraliste ou une sage-femme est plus économique que celui coordonné par un obstétricien.  
Evidence Based Medecine Journal, 1997 septembre/octobre, n°8.  
[ document en ligne ]  
<http://www.ebm-journal.presse.fr/numeros/08/164/>  
(Consulté le 23.04.10)
47. MARIE-JEANNE J.  
Une grossesse physiologique...des suivis européens. Etude comparative des suivis de grossesse physiologiques dans différents pays d'Europe.  
Mémoire de sage-femme. Metz : Ecole de sage-femme de Metz, 2009, 63p.
48. CNGOF  
La prise en charge des femmes françaises. 2000.  
[ document en ligne ]  
[http://www.cngof.asso.fr/d\\_cohen/coA\\_06.htm](http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm)  
(Consulté le 24.04.10)
49. MORAND-DELBES S.  
Le suivi de grossesse par les médecins généralistes de l'arrondissement de Redon.  
Thèse de Médecine Générale n°89, Faculté de Rennes, 2008.
50. DRESS (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques)  
La situation prénatale en France en 2003. Premiers résultats de l'enquête nationale Périnatale. Mars 2005.  
[ document en ligne ]  
[www.sante.gouv.fr](http://www.sante.gouv.fr)  
(Consulté le 26.04.10)
51. ANDREANI J-C, CONCHON F.  
Méthodes d'analyse et d'interprétation des études qualitatives : état de l'art en marketing.  
Institut INSEMMA.  
[ document en ligne ]  
[http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005-cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI\\_CONCHON.pdf](http://www.escp-eap.net/conferences/marketing/2005-cp/Materiali/Paper/Fr/ANDREANI_CONCHON.pdf)  
(Consulté le 21.08.10)
52. RESEAU PERINATAL LORRAIN  
Carte de néonatalogie et des secteurs de soins des nouveaux-nés en pédiatrie de Lorraine.  
Mai 2010. [ document en ligne ]  
<http://www.reseauperinatallorain.org>

53. BLANCHET A, GOTHMAN A.  
L'entretien.  
Armand Colin, 2007, 2<sup>ème</sup> édition refondue, 126p. (collection 128 Sociologie, série l'enquête et ses méthodes).
54. GROS LENNE B.  
Critères de choix des femmes enceintes concernant le praticien à qui elles confient leur suivi.  
Thèse de Médecine Générale n°1023, Faculté de Créteil (Paris XII), 2005.
55. DREES  
Le réseau des maternités entre 1996 et 2000.  
Etudes et résultats n°225. Mars 2003.
56. BOULET-HAMZA S.  
Le suivi des grossesses par les médecins généralistes  
Thèse de Médecine Générale n°31, Faculté de Marseille, 2001.
57. TUBIANA M.  
Les chemins d'esculape, histoire de la pensée médicale.  
Paris : Flammarion, 1995.
58. ETCHETO ADER E.  
Facteurs influençant la surveillance d'une grossesse normale par un médecin généraliste en Gironde.  
Thèse de Médecine Générale n°35, Faculté de Bordeaux, 2005.
59. PERRET J.  
La place du médecin généraliste dans la surveillance de la grossesse.  
Thèse de Médecine générale n°5010, Faculté de Grenoble, 2002.
60. DUBOEUF- RICHEROL D.  
Le suivi de grossesse par le médecin généraliste. Enquête dans le sud du département de la Loire.  
Thèse de Médecine Générale n°6234, Faculté de Saint-Etienne, 2002.
61. CHAMBONNET J.Y, SENAND R, COLLET N.  
Surveillance de la grossesse : que font les généralistes ?  
Rev. Prat. Med. Gen., 1999, tome 13, n°447.

VU

**NANCY, le 13 octobre 2010**

Le Président de Thèse

**NANCY, le 14 octobre 2010**

Le Doyen de la Faculté de Médecine

**Professeur Ph. JUDLIN**

**Professeur H. COUDANE**

**AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE/3462**

**NANCY, le 19 octobre 2010**

**LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY 1**

Par délégation

**Madame C. CAPDEVILLE-ATKINSON**

## RÉSUMÉ DE LA THÈSE EN ANGLAIS

Due to the technical and scientific progress in obstetrics, follow-up care for pregnant women has progressively evolved towards a more supervised medicalization left in the care of specialists.

However, follow-up care for pregnancy has -for a few years now- slowly been reintegrating into the field of general medicine, and this for several reasons such as the slight lack of obstetricians and gynaecologists, the redefining roles and missions of primary cares in a coherent and organised health system, the demedicalization and despecialization will regarding common health problems.

The author has decided to study the life experiences and feelings of women who entrusted their general practitioner with the follow-up care for their pregnancy. A qualitative study based on the interviews of thirteen pregnant women has been carried out.

It reveals that women are satisfied with such a follow-up care, and their satisfaction goes hand in hand with their general practitioner's availability, as well as the trusting relationships and the special and more friendly dialogue they now share with their attending physician.

Because of issues like the one raised by medical demography, the pregnancy follow-up care undertaken by general practitioners could consist in a more important part in the years to come. This study shows that women mustn't fear such an evolution, quite the contrary !

---

### TITRE EN ANGLAIS

The general practitioner's pregnancy follow-up: women's life experiences and feelings.

Qualitative study carried out with women who entrusted their attending physician with their pregnancy.

---

### MOTS CLEFS EN ANGLAIS

pregnancy follow-up, women's experiences

## RÉSUMÉ DE LA THÈSE

Avec le développement technique et scientifique de l'obstétrique, le suivi des femmes enceintes a progressivement évolué vers une médicalisation encadrée et confiée au spécialiste.

Cependant, depuis quelques années, le suivi des grossesses non compliquées réintègre lentement le terrain de la médecine générale pour de multiples raisons: pénurie relative d'obstétriciens et de gynécologues, redéfinition des rôles et missions des soins primaires dans un système de santé cohérent et organisé, volonté de démedicalisation et de déspecialisation des problèmes de santé courants.

L'auteur a voulu étudier le vécu et le ressenti des femmes ayant confié le suivi de leur grossesse à leur médecin généraliste. Une enquête qualitative par entretiens auprès de treize femmes enceintes a été effectuée.

Cette étude démontre que les femmes sont satisfaites d'un tel suivi. Satisfaction corrélée à la disponibilité du médecin généraliste, à la relation de confiance, au dialogue privilégié et plus humain qu'elles entretiennent avec leur médecin traitant.

Devant les problèmes notamment de démographie médicale, le suivi de la grossesse par le médecin généraliste pourrait prendre une part importante dans les années à venir. Cette étude montre que les femmes n'ont pas à craindre cette évolution, bien au contraire.

---

### TITRE EN ANGLAIS

The general practitioner's pregnancy follow-up: women's life experiences and feelings.

Qualitative study carried out with women who entrusted their attending physician with their pregnancy.

---

---

### THÈSE : MÉDECINE GÉNÉRALE – ANNÉE 2010

---

MOTS CLEFS : suivi de grossesse, ressenti des femmes

---

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'U.F.R. :

**Faculté de Médecine de Nancy**  
9, avenue de la Forêt de Haye  
54505 VANDOEUVRE LES NANCY Cedex

---