

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2012

N° 4

**THESE**

pour le

**DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE  
MEDECINE GENERALE**

par

**Joanna LANOË épouse GUIONET**

*né(e) le 27/04/1981 à Nantes*

Présentée et soutenue publiquement le 24/01/2012

**Exploration du contexte social et psychologique des femmes enceintes :  
quelles sont les pratiques des médecins généralistes ?**

Président : Monsieur le Professeur Henri-Jean PHILIPPE

Membres du jury : Madame le Professeur Jacqueline LACAILLE  
Monsieur le Professeur Jean-Luc VENISSE

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Jean-Paul CANEVET

## **Table des matières**

Abréviations:.....	7
Introduction.....	8
Préambule.....	9
1 Prise en compte globale de la grossesse : historique des plans, des enquêtes, des missions, des assemblées et des recommandations.....	9
2 Le contexte social.....	12
2.1 Précarité : les enjeux et les critères pour la repérer.....	12
2.2 Résultats de la dernière enquête périnatale sur la situation sociale et comparaison à ceux des enquêtes précédentes [7].....	12
3 Le contexte psychologique.....	14
3.1 Processus psychiques liés à la grossesse ayant été décrits.....	14
3.2 Résultats d'études concernant des difficultés pouvant être évocatrices de troubles psychologiques : enjeux et/ou prévalence.....	15
Méthode.....	18
1 Type d'enquête .....	18
3 Le questionnaire .....	18
4 Analyse du questionnaire.....	19
Résultats.....	20
1 Présentation des médecins généralistes de l'échantillon .....	20
1.1 Données socio-démographiques .....	20
1.1.1 Répartition par sexe .....	20
1.1.2 Répartition par âge .....	20
1.1.3 Répartition par lieu d'exercice .....	21
1.1.4 Répartition des médecins selon la pratique d'une activité annexe à la médecine générale .....	21
1.1.5 Répartition des médecins suivant l'année d'installation .....	21
1.2 Activité de suivi de grossesse .....	22
1.2.1 Estimation du nombre de suivis de grossesse par an .....	22
1.2.2 Terme jusqu'auquel les médecins suivent en général les grossesses .....	22
2 Le contexte social des femmes enceintes.....	23
2.1 Information des médecins sur la situation sociale .....	23
2.1.1 Femmes déjà suivies avant la grossesse par les médecins généralistes.....	23

2.1.2 Femmes non suivies avant la grossesse par les médecins généralistes.....	24
2.2 Les consultations lors de la grossesse pendant lesquelles les médecins s'en sont informés.....	25
2.3 Les informations sur le contexte social recherchées par les médecins généralistes .....	26
2.3.1 Situation familiale.....	26
2.3.2 Situation professionnelle .....	27
2.3.3 Le type de ressources financières en cas d'inactivité .....	28
2.3.4 Situation professionnelle du père .....	28
2.3.5 Présence d'une assurance complémentaire .....	29
2.3.6 Conditions d'habitation.....	29
3 Le contexte psychologique des femmes enceintes .....	31
3.1 Les situations où les médecins généralistes ont déclaré s'informer de la situation psychologique .....	31
3.2 Les consultations lors de la grossesse pendant lesquelles les médecins s'en sont informés.....	31
3.3 Quelles difficultés pouvant être évocatrices de troubles psychologiques ont été recherchées par les médecins généralistes ?.....	32
3.3.1 Addictions.....	32
3.3.2 Troubles du sommeil.....	33
3.3.3 Troubles relationnels et situations de violence conjugale.....	33
3.3.4 Stress. Émotions ressenties. Perte d'intérêt.....	34
3.3.5 Questions que peuvent se poser les femmes sur l'accouchement .....	35
4 Proposition par le médecin généraliste de rencontrer le père pendant la grossesse et information auprès des femmes sur leur vécu durant la grossesse.....	37
4.1 Proposition de rencontrer le père pendant la grossesse.....	37
4.2 Information auprès de la femme du vécu de la grossesse par le père .....	37
5 Connaissance et utilisation de l'entretien prénatal précoce par les médecins généralistes .....	38
5.1 Connaissance par les médecins généralistes de l'entretien prénatal précoce .....	38
5.2 Proposition de la réalisation de l'entretien prénatal précoce aux femmes enceintes par les médecins le connaissant.....	38
5.3 Proposition systématique de la réalisation de l'entretien prénatal précoce .....	39
5.4 Professionnel de santé réalisant l'entretien prénatal précoce .....	39
6 Difficultés rencontrées par les médecins généralistes lorsqu'ils se sont informés sur le contexte social et psychologique des femmes enceintes.....	40
Discussion.....	41
1 Méthode.....	41

1.1 La nature de l'enquête.....	41
1.2 La population.....	41
1.3 Le questionnaire.....	41
2 Résultats.....	42
2.1 Échantillon.....	42
2.2 Activité de suivi de grossesse.....	42
2.3 Le contexte social.....	43
2.3.1 Préoccupation des médecins généralistes par rapport à la situation sociale des femmes.....	43
2.3.2 Peu de médecins ont réévalué systématiquement la situation sociale lors de la grossesse pour les femmes qu'ils ont déjà suivies .....	43
2.3.3 Préoccupation plus systématique de certains médecins lorsque les femmes n'étaient pas connues d'eux.....	43
2.3.4 Information sur la situation sociale au cours des consultations prénatales mensuelles .....	44
2.3.5 Exploration de la situation sociale des femmes.....	44
2.3.5.1 Exploration partielle.....	44
La situation familiale.....	44
La situation professionnelle .....	44
Le type des revenus perçus en cas d'inactivité .....	45
L'assurance complémentaire.....	46
L'habitat.....	46
2.3.5.2 Précision sur les domaines explorés par les médecins ayant été toujours préoccupés par la situation sociale avant la grossesse.....	46
2.3.5.3 Hypothèses émises suite à l'ensemble des pratiques constatées .....	47
2.4 Le contexte psychologique .....	47
2.4.1 Préoccupation des médecins généralistes de la situation psychologique des femmes enceintes .....	47
2.4.2 Information sur la situation psychologique au cours des consultations prénatales mensuelles .....	48
2.4.3 Exploration des difficultés pouvant être évocatrices de troubles psychologiques.....	48
2.4.3.1 Exploration partielle .....	48
Les addictions.....	48
Les troubles relationnels et la violence conjugale.....	50
Le stress .....	51
L'anxiété, le syndrome dépressif.....	51

Les questions que peuvent se poser les femmes .....	51
2.4.3.2 Précision sur les difficultés ayant été explorées par les médecins selon qu'ils aient dit s'informer systématiquement de la situation psychologique ou non .....	52
2.4.3.3 Hypothèses émises suite à l'ensemble des pratiques constatées.....	52
2.5 Le père.....	53
2.5.1 Proposer de rencontrer le père .....	53
2.5.2 S'informer sur son vécu auprès des femmes .....	53
2.6 L'entretien prénatal précoce .....	53
2.6.1 Entretien prénatal précoce connu mais peu proposé systématiquement.....	53
2.6.2 Les motifs à l'origine de son manque d'utilisation.....	54
2.6.3 Délégation aux sages-femmes.....	54
2.6.4 Réponses différentes constatées.....	54
2.7 Les difficultés rencontrées par les médecins et les propositions émises suite à la description de ces difficultés.....	55
2.7.1 Réticences des femmes par rapport à l'exploration de leur situation sociale et psychologique par les médecins généralistes.....	55
2.7.2 Problèmes rencontrés par les médecins généralistes lors de la prise en charge.....	55
2.7.3 Pas de difficultés exprimées par les médecins généralistes.....	55
2.7.4 Crainte d'être intrusif en abordant ces sujets.....	56
2.7.5 Le manque de temps.....	56
2.7.6 Problème pour rencontrer le père.....	56
2.7.7 La cotation de l'EPP.....	56
Conclusion.....	57
Annexe 1 : Questionnaire .....	58
Annexe 2 : exemple de guide d'entretien (HAS).....	60
Annexe 3 : plaquette d'information sur les vulnérabilités destinée aux professionnels.....	62
Annexe 4 : tables de calcul de $X^2$ .....	64
Bibliographie:.....	66
Résumé:.....	72

## **Abréviations:**

AME : Aide Médicale de l'État

API : Allocation Parent Isolé

C : Consultation

CAF : Caisses Allocations Familiales

CIANE : Collectif Interassociatif Autour de la Naissance

CMU : Couverture Maladie Universelle

DREES : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques

EPP : Entretien Prénatal Précoce

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MG : Médecin Généraliste

PMI : Protection Maternelle Infantile

RMI : Revenu Minimum d'Insertion

RSA : Revenu de Solidarité Active

URML : Union Régionale des Médecins Libéraux

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

## Introduction

La France a réalisé de nombreux progrès techniques dans le domaine de la naissance. Depuis 1960, les performances de la France, mesurées par les indicateurs périnataux se sont améliorées mais tout en restant moyennes comparées à celles des autres pays développés [1]. C'est dans ce contexte que des enquêtes et des plans de périnatalité ont eu lieu.

Les professionnels de la naissance ont rappelé par des missions et des assemblées qu'il était nécessaire de prendre en charge la grossesse d'une façon globale en assurant une sécurité médicale, sociale et émotionnelle. Le troisième plan de périnatalité 2005-2007, a alors comporté un ensemble de mesures dans le domaine de la prévention [2]. L'objectif étant de repérer précocement des situations de vulnérabilité avant qu'elles aient évolué et qu'elles aient eu des répercussions sur l'enfant et sur la relation parents-enfant. Un entretien prénatal précoce aux alentours du quatrième mois de grossesse a été introduit pour cela. Des recommandations sur la préparation à la naissance et à la parentalité ont suite à ce plan été réalisées afin de prendre en compte les femmes enceintes d'une façon globale [3].

Il est rappelé dans la recommandation de l'HAS intitulée « comment mieux informer les femmes enceintes » de 2005, que les grossesses normales à bas risque peuvent être suivies par les médecins généralistes [4]. En 2002, la société européenne de médecine générale, médecine de famille (WONCA Europe) a décrit les six compétences fondamentales du médecin généraliste [5]: 1 - La gestion des soins de santé primaire, 2 - Les soins centrés sur la personne, 3 - L'aptitude spécifique à la résolution de problèmes, 4 - L'approche globale, 5 - L'orientation communautaire, 6 - L'adoption d'un modèle holistique. Assurer une sécurité médicale, sociale et psychologique aux femmes enceintes et aux couples au cours du suivi de grossesse est un des rôles du médecin généraliste. De plus, ils suivent souvent les femmes avant, pendant et après leur grossesse. Ils peuvent également connaître l'entourage familial et être amenés à suivre les nouveau-nés. Ils ont donc aussi une place privilégiée pour repérer les difficultés sociales et psychologiques chez les femmes enceintes et les couples.

D'après l'enquête nationale sur la situation périnatale en France en 2003, les médecins généralistes assuraient 24,5 % des déclarations de grossesse et étaient 15,5 % à intervenir dans le suivi et le déroulement de la grossesse [6]. Dans l'enquête périnatale de 2010, 22,4 % des déclarations de grossesse ont été réalisées par les médecins généralistes et 23,8 % des femmes ont consulté un médecin généraliste pour la surveillance avec au moins une consultation prénatale [7]. Plus de médecins généralistes sont ainsi intervenus dans les suivis. Une autre enquête relative au suivi de grossesse par les médecins généralistes a été réalisée par l'URML de Bretagne en juin 2007 par les Dr Bataillon et Samzun [8]. Elle confirme l'activité de suivi de grossesse par les médecins généralistes en Bretagne qui ont en majorité répondu suivre jusqu'à 10 femmes enceintes par an. Celles vues en consultation pendant les deux semaines de l'étude sont majoritairement des femmes connues avant la grossesse pour laquelle le médecin était déclaré comme médecin traitant.

Dans ce contexte, lorsque les médecins généralistes réalisent les suivis de grossesse, **explorent-ils le contexte social et psychologique des femmes ? Que cherchent-ils particulièrement à repérer ? Et au cours de quelles consultations le font-ils ?** Cette étude vise à identifier les pratiques des médecins généralistes vis à vis d'une approche globale de la grossesse afin de mieux connaître les difficultés qu'ils recherchent et la façon dont ils intègrent cette recherche dans le suivi. Est présenté en préambule, à partir de la littérature, un historique des rapports, des textes en faveur d'une approche globale de la grossesse ainsi que les difficultés sociales et psychologiques avec leurs enjeux et leur prévalence.

## **Préambule**

### **1 Prise en compte globale de la grossesse : historique des plans, des enquêtes, des missions, des assemblées et des recommandations**

Le premier plan de périnatalité a eu lieu de 1970 à 1976 et le deuxième plan de 1995 à 2000. Ces plans ont comporté quelques mesures pour améliorer la prévention mais ils ont surtout privilégié la restructuration de l'offre de soins, le développement des techniques et de la formation [1].

Des enquêtes nationales périnatales ont également été réalisées. Elles ont eu pour but de recueillir des informations sur l'état de santé, les soins périnataux et les facteurs de risque à partir d'un échantillon représentatif des naissances. Quatre enquêtes ont eu lieu en 1995, 1998, 2003 et la dernière en 2010. Suite à l'enquête de périnatalité en 2003, une association entre un taux plus élevé d'insuffisance de suivi des grossesses et de prématurité, d'hypotrophie chez les femmes en situation de précarité est mis en évidence. La dernière enquête a comporté des questions portant notamment sur la situation sociale et psychologique des femmes enceintes [1,6,7].

En 2002, une « mission de périnatalité » est confiée aux professeurs G. Bréart, F. Puech et J.C. Rozé dans le but d'améliorer les performances de la France en matière de périnatalité. En septembre 2003, ils ont présenté leur rapport avec vingt propositions et une prise en charge différenciée entre bas risque et haut risque périnatal. Ils ont rappelé la nécessité d'une sécurité à la fois médicale, sociale et émotionnelle si la France souhaitait améliorer les indicateurs périnataux et la qualité de la prise en charge dans ce domaine [9].

En mars 2003, le psychiatre P. Cléry-Mélin a également présenté les résultats de sa mission « agir aux racines de la violence ». Il écrit que « pour prévenir la violence notamment post-natale, il faudrait multiplier les unités d'accompagnement psychologique lors de la grossesse et de l'accouchement ». Ainsi en repérant les facteurs de risque, en y apportant sollicitude et soutien positif, cela permet de contribuer à donner une sécurité de base aux parents et par là, sécurité de base aux enfants à naître [10].

En juin 2003, des États Généraux de la Naissance ont été organisés par le collège national des gynécologues et obstétriciens de France pour résoudre les difficultés rencontrées au cours de leur activité [11].

Le Collectif Interassociatif Autour de la Naissance regroupant des usagers est aussi constitué. Leur but est de participer de façon indépendante à l'amélioration des pratiques en périnatalité. Le collectif a également présenté quarante propositions pour améliorer les soins et a rappelé la nécessité d'instaurer une sécurité globale notamment affective des parents et des nouveaux-nés [12].

En janvier 2004, la pédopsychiatre F. Molénat a rendu les conclusions de sa mission « périnatalité et prévention en santé mentale: collaboration médico-psychologique en santé mentale » [13]. Elle rappelle « que l'intérêt d'accélérer la prévention des troubles du développement psycho-affectif des enfants, en améliorant dès la grossesse la sécurité émotionnelle des parents et en mobilisant leurs ressources est largement admis par tous ».

Elle propose d'ouvrir le dialogue tôt dans la grossesse afin que les parents se confient s'ils rencontrent des difficultés avant qu'ils ne se sentent en échec. La grossesse étant une période propice pour que le dialogue se crée avec les parents. Elle propose de mettre en place un entretien prénatal précoce vers le quatrième mois en rappelant que cet entretien ne doit pas être une « grille de facteurs de risque » mais une « authentique rencontre pour que les angoisses, les traumatismes actuels ou anciens qui pourraient faire le lit de difficultés ultérieures soient confiés ».

Ses propositions portent également sur les conditions d'exercice des psychologues, le développement d'un travail en réseaux, les formations des professionnels de santé et l'intégration du secteur libéral dans la politique de prévention.

C'est ainsi qu'en novembre 2004, le troisième plan de périnatalité 2005-2007, intitulé « humanité, sécurité, proximité, qualité », a comporté un ensemble de mesures dans le domaine de la prévention [2]. Les mesures ont concerné notamment l'amélioration de l'information sur la grossesse et l'accouchement et également la détection des situations difficiles. L'entretien prénatal précoce et la refonte du carnet de santé de maternité ont alors été instaurés. D'autres mesures ont porté sur le renforcement du soutien aux femmes en situation de précarité .

La notion de vulnérabilité apparaît. « Les professionnels de la naissance s'accordent sur la nécessité de considérer les vulnérabilités personnelles et familiales particulières à cette période comme un facteur influençant le bon déroulement du processus naturel de la naissance ». « Ces vulnérabilités sont en effet de nature à perturber l'instauration du lien attendu entre les parents et l'enfant, dysfonctionnements qui peuvent être un facteur de problèmes psychopathologiques ultérieurs chez l'enfant jusqu'à l'adolescence et au-delà, voire de maltraitance ».

En décembre 2004, une mission d'information sur la famille et les droits des enfants a été réalisée par la Conférence des Présidents de l'Assemblée nationale. Elle conclut « qu'il semble essentiel de réorienter le suivi pour tenir compte de la dimension psychique de la grossesse afin de répondre non seulement aux préoccupations médicales des futures mères mais aussi à leurs interrogations plus fondamentales sur la fonction parentale. Ce suivi de grossesse doit être aussi l'occasion de détecter les risques du trouble de l'attachement, qui s'il n'est pas traité, conduit souvent à une carence éducative en raison des difficultés relationnelles de la mère avec son nourrisson ». Ils proposent entre autre « de renforcer le suivi en donnant tout son sens à l'entretien du quatrième mois » [14].

Pour accompagner ce troisième plan de périnatalité, des recommandations concernant la préparation à la naissance et à la parentalité ont été réalisées par l'HAS en novembre 2005 [3]. Elles proposent une approche plus humaniste de la naissance en favorisant la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance. Cette approche prend en compte les désirs, les émotions, les perceptions de chaque femme ainsi que son contexte de vie et son environnement.

L'entretien prénatal précoce y est présenté. Il n'est pas obligatoire pour les femmes et se réalise si possible en présence du couple. Il peut être réalisé par les gynécologues-obstétriciens, les gynécologues, les médecins généralistes et les sages-femmes ayant été formés et travaillant en réseau. Le professionnel de santé qui confirme la grossesse doit systématiquement le proposer aux femmes enceintes pour qu'il soit réalisé aux alentours du quatrième mois de grossesse. Il correspond à la première séance de préparation à la naissance et à la parentalité.

Dans ces recommandations, les principaux thèmes à aborder pour repérer les situations de vulnérabilité y sont définis. Il est rappelé qu'il est important qu'ils soient recherchés au cours d'un dialogue avec la femme ou le couple pendant les séances prénatales et ainsi ne pas stigmatiser les personnes et augmenter un sentiment de dévalorisation qu'ils pourraient ressentir.

Les *principaux thèmes* à aborder ont été élaborés à partir du formulaire canadien Évaluation de la santé prénatale (Santé Canada 2000) et diagnostic éducatif de la démarche d'éducation thérapeutique (Ivernois 2004) :

- « Qui est la femme enceinte, le couple »
- « Ce que la femme vit et a vécu »
- « Ce qu'elle ressent »
- « Ce qu'elle fait »

- « Ce qu'elle sait »
- « Ce qu'elle croit »
- « Se sent-elle menacée et par quoi »
- « Ce dont elle a envie »
- « Ce qu'elle veut connaître et apprendre »
- « Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions. »

La vulnérabilité est une caractéristique « principalement psychologique qui signifie être dans une condition non protégée et donc susceptible d'être menacé du fait de circonstance physique, psychologique ou sociologique ».

Dans ces mêmes recommandations, une liste des vulnérabilités y est présentée. Elle a été établie à partir d'analyse de la littérature et de l'expérience pratique des membres du groupe. Il est précisé qu'ils ne sont pas parvenus ni à hiérarchiser les vulnérabilités, ni à définir les caractéristiques d'une population à risque.

*Les principaux facteurs de vulnérabilité :*

- les antécédents obstétricaux mal vécus.
- les problèmes de type relationnel, et en particulier dans le couple.
- la violence domestique, en particulier conjugale.
- le stress.
- L'anxiété.
- les troubles du sommeil du début de grossesse qui peuvent être un signe d'alerte pour une anxiété ou une dépression.
- un épisode dépressif durant la grossesse se caractérisant par une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités.
- la dépression du post-partum.
- la dépendance ou l'addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments) entraîne des effets néfastes physiques et psychologiques chez la femme enceinte et des conséquences physiques chez le nouveau-né.
- la précarité est l'absence d'une ou plusieurs sécurités notamment celle de l'emploi permettant aux familles d'assumer leurs obligations et leurs responsabilités.
- le risque social est lié à des événements dont la survenue incertaine et la durée variable pourraient mettre en danger la capacité d'un individu ou d'un ménage à répondre à ses besoins à partir de ses ressources financières ou autres (maladie, chômage, changement de la composition familiale : enfants, parent isolé ou rupture conjugale).
- la naissance à haut risque psycho-affectif après l'annonce pré et post-natale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap.

D'après M. Dugnat « du point de vue psychique, il n'y a rien à « pré-venir » ; par contre il s'agit bien de « venir près », d'inter-venir pour offrir une attention, une écoute, un travail d'élaboration pour des situations potentiellement violentes » [15]. F. Molénat rappelle que « la révélation des risques n'ajouterait que du stress si elle ne débouchait sur des sources de sécurité émotionnelle accessibles aux personnes socialement ou psychologiquement vulnérables ». Elle rappelle également qu'il est nécessaire de personnaliser la prévention, de l'insérer au cœur d'une prise en charge individualisée de la grossesse et de tenir compte de la singularité de chaque femme enceinte. Il faut tenir compte des demandes particulières, des ressources propres à chaque personne, des aides déjà présentes, de certaines craintes rationnelles ou non et développer les compétences maternelles [16].

## **2 Le contexte social**

### **2.1 Précarité : les enjeux et les critères pour la repérer**

Selon le rapport Wresinski (1987), « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités, notamment celle de l'emploi permettant aux personnes et familles d'assumer leurs obligations professionnelles, familiales et sociales, et de jouir de leurs droits fondamentaux. L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit à la grande pauvreté, quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle devient persistante, qu'elle compromet les chances de réassumer ses responsabilités et de reconquérir ses droits par soi-même, dans un avenir prévisible » [17].

Comme il est rappelé dans le troisième plan de périnatalité, des suivis médiocres ou inexistantes des grossesses sont particulièrement associés à la précarité et la pauvreté et responsables d'une plus grande fréquence des pathologies périnatales. Les enjeux sont médicaux, dans la mesure où ces perturbations peuvent retentir fortement sur le développement psychomoteur et la santé physique et mentale de l'enfant, socio-économiques par l'aggravation de la situation familiale entre autre et psychologiques pour la mère, le père, l'enfant, la fratrie et leurs relations mutuelles [2].

L'incidence de la précarité au cours de la grossesse est peu connue car elle dépend du secteur géographique que couvre la maternité et de la sélection opérée par les mères et les couples dans le choix d'un établissement de naissance [17].

Pour repérer la précarité, un score EPICES est utilisé dans les centres d'examen de santé de l'assurance maladie. Il comporte cinq domaines: la situation économique, le logement, la situation vis à vis de l'emploi, les diplômes, l'état de santé. Il y a 11 questions avec un score de 0 à 100 [17, 18].

Le réseau Sécurité Naissance-Naître Ensemble des Pays de la Loire en 2006 a proposé des critères de repérage (le nom, l'âge, la nationalité, l'adresse) :

1-Avez-vous la Couverture Médicale Universelle (de base ou complémentaire) ou l'assurance médicale d'État ? (clignotant = oui)

2-Avez-vous une mutuelle ou une assurance complémentaire ? (clignotant= non)

3-Vivez-vous seule ou en couple ? (clignotant =seule)

4-Avez-vous un emploi à l'heure actuelle ? A temps plein ? A temps partiel ? Sinon votre compagnon a-t-il un emploi à l'heure actuelle ? (clignotant = pas d'emploi, temps partiel, seule)

5-Avez-vous un logement stable ? Sinon, comment vous logez-vous en ce moment ? (clignotant= pas de logement stable, type de logement comme hôtel, caravane, hébergement par un tiers) [17]

### **2.2 Résultats de la dernière enquête périnatale sur la situation sociale et comparaison à ceux des enquêtes précédentes [7]**

#### La situation familiale :

Les femmes seules étaient 7,2 % en 2010. Le taux reste stable.

#### La situation professionnelle :

*Les femmes :* L'activité des femmes est plutôt en augmentation car 67,2 % des femmes avaient un emploi à la fin de leur grossesse en 2010 contre 61 % en 2003. 70,2 % des femmes ont déclaré avoir exercé un emploi pendant leur grossesse, même pour une période courte contre 66 % en 2003. 20,6 % des femmes ayant exercé un emploi pendant la grossesse étaient à temps partiel en 2010. 12,1 % des femmes étaient au chômage en 2010.

*Les maris ou compagnons :* Le taux de maris ou compagnons exerçant un emploi au moment de la

naissance de l'enfant a diminué passant de 90,4 % en 2003 à 88,1 % en 2010. Parallèlement la proportion d'hommes au chômage a augmenté de 5,9 % en 2003 à 8,5 % en 2010.

#### Les ressources liées aux aides publiques :

Par rapport à 2003, le pourcentage des ménages vivant des ressources liées aux allocations (chômage, RSA, API et RMI) a progressé, passant de 18,7 % à 22,9 %. Le pourcentage de ménages ayant eu des ressources uniquement provenant du travail a diminué passant de 77,5 % en 2003 à 70,8 % en 2010. Ces taux peuvent s'expliquer par l'augmentation du chômage et la composante du RSA, en 2009, qui s'adresse aux personnes qui travaillent mais qui ont un faible revenu.

Au moment de la naissance, les femmes vivant seules sans emploi, les couples où l'homme et la femme n'avaient pas d'emploi et les couples où l'homme ou la femme étaient au chômage représentaient au total 19,3 % de l'ensemble des ménages en 2010. Ce chiffre est très voisin de celui concernant les aides sociales (allocation chômage, RSA, API et RMI).

#### La couverture santé :

4,5 % des femmes avaient une couverture sociale sans mutuelle en 2010. 1% des femmes n'avaient pas de couverture sociale en 2010 contre 2,7 % en 2003. Mais la question dans la dernière enquête était plus détaillée et précisait tous les types de couverture sociale.

4,4 % des femmes ont dit qu'elles avaient refusé des consultations, des examens ou des soins dentaires pour des raisons financières en 2010 contre 2,3 % en 2003. Mais les soins dentaires n'étaient pas mentionnés dans l'enquête précédente.

En 2010, elles étaient plus souvent seules (16,7 %) que les autres femmes (6,7 %), de nationalité étrangère (30,1 % versus 11,9 %), avec un niveau d'études bas. 26,7 % des femmes (ou leur partenaire) n'avaient pas de ressources provenant d'une activité professionnelle et 6,3 % n'avaient pas de couverture sociale en début de grossesse (ces chiffres étaient respectivement de 8,5 % et 0,7 % pour les femmes ne déclarant pas de difficultés financières). 19 % des femmes ayant eu des difficultés pour se faire suivre ont eu moins de 7 consultations au lieu de 7,7 % chez les femmes ne déclarant pas ces difficultés.

#### Le logement :

Au troisième trimestre de grossesse, 7,2 % des femmes n'avaient pas de logement personnel et vivaient le plus souvent dans leur famille ou chez des amis (5,6 %) en 2010. Le taux semble avoir légèrement augmenté depuis 1995 (5,4 %).

#### Déclaration tardive :

Le taux de déclaration tardive, au-delà de la date fixée par la réglementation est passé de 4,9 % en 2003 à 7,8 % en 2010. Comme en 2003, une déclaration tardive est plus souvent constatée chez les femmes ayant des aides publiques (allocation chômage, RMI ou API) que chez les femmes ayant des ressources provenant uniquement d'une activité professionnelle.

#### Consultations de suivi et hospitalisation :

En 2010, les femmes ayant des ressources provenant du chômage, de l'API, du RMI ou du RSA ou n'ayant aucune ressource ont moins de consultations prénatales que les autres femmes. Elles sont plus nombreuses à avoir eu moins de 7 consultations. Elles sont plus souvent hospitalisées pendant la grossesse (24 %) que les autres femmes (18 %) ce qui suggère des problèmes de santé plus fréquents.

#### Prématurité, hypotrophie et transferts :

En 2010, le taux de prématurité des femmes ayant des ressources provenant d'aides publiques ou

n'ayant aucune ressource était de 8,5 % au lieu de 6,3 % chez les femmes ayant des ressources provenant d'une activité professionnelle. La proportion d'enfants ayant un poids inférieur à 2500 grammes était respectivement de 9,6 % et 5,9 % dans les deux groupes. Le taux de transfert ou d'hospitalisation particulière est également plus élevé dans le premier groupe (11,8 %) que dans le deuxième (8,1 %).

### **3 Le contexte psychologique**

#### **3.1 Processus psychiques liés à la grossesse ayant été décrits**

Les mouvements psychiques liés à la grossesse ont fait l'objet de nombreux travaux notamment par des auteurs utilisant les théories psychanalytiques. Ce chapitre présente certains des concepts. Il ne se veut pas exhaustif et ne développe pas en détails les processus psychiques.

##### Maternalité et parentification :

Les travaux de Benedek (1959) puis de Racamier (1978) ont contribué à considérer la maternité comme une phase de développement psychoaffectif de la femme en parlant de l'ensemble des processus psychoaffectifs qui se développent et s'intègrent chez elle lors de la maternité. Racamier introduit le terme de maternalité traduit de l'anglais motherhood.

Stoleru (1995) a désigné par le terme de parentification ou de « transition vers la parentalité » l'ensemble des processus qui se déroulent lorsque un individu devient parent [19].

##### La préoccupation maternelle primaire :

Winnicott (1960) a décrit chez la mère après l'accouchement un état psychique particulier, proche d'une modalité psychotique, la « préoccupation maternelle primaire », « état organisé qui pourrait être comparé à un état de repli ou une sorte de dissociation ou à une fugue, ou même encore à un trouble plus profond tel qu'un épisode schizoïde ». Cet état qui caractérise la fin de la grossesse prépare selon Winnicott la femme aux soins maternels [19].

##### Une crise maturative :

Selon Bibring (1961), la grossesse et la naissance représentent pour une femme une étape essentielle, une crise maturative ou du développement comparable à l'adolescence par l'ampleur des bouleversements, à la fois somatique, hormonaux et psychologiques.

H. Deutsch (1947) a affirmé que la grossesse, l'accouchement, les suites de couche et l'allaitement n'étaient pas des processus purement physiologiques. Par l'intermédiaire des facteurs psychiques, ces étapes et ces processus étaient sensibles aux variations individuelles et aux influences culturelles [19].

##### La transparence psychique :

Ces mouvements psychiques débutent selon M. Bydlowski (1978) dès l'annonce que la femme est enceinte. Cet état se prolonge pour atteindre un état de « transparence psychique où des fragments de l'inconscient viennent à la conscience ». « La période de la grossesse est une période de conflictualité exagérée, de crise maturative ». « L'enjeu est de changer de génération de façon flagrante et irréversible ». Elle mobilise de « l'énergie psychique en réveillant de l'anxiété et des conflits latents mais elle est aussi recherche et engagement dans de nouvelles virtualités ». Elle a évoqué que « grâce à la transparence psychique, une alliance thérapeutique peut se faire avec le narcissisme maternel ». « Partagé avec le thérapeute, tel souvenir chargé d'affect, tel fantasme envahissant perdra sa charge émotionnelle » [19, 20].

Elle a noté également qu'au lieu de l'enfant à venir, ce sont les fantasmes régressifs et les remémorations infantiles qui tiennent la place dans le discours des patientes « l'enfant

fantasmatique, au cours de la grossesse, est celui de la préhistoire maternelle elle-même » [19].

#### Identification et Représentations :

Racamier a insisté, reprenant les travaux de Benedek en ce qui concerne les femmes enceintes, sur le rôle de l'identification à la mère, comme étant un élément central du destin de la maternité.

Concernant les représentations parentales, elles ont été décrites de différentes façons selon les auteurs. Lebovici (1983) en a décrit quatre catégories : l'enfant imaginé, fantasmatique, mythique et narcissique [19].

#### Concernant le processus de paternité :

Les processus liés au fait de devenir père ont aussi fait l'objet d'études. Il est récemment rappelé dans un guide sur la grossesse pour les professionnels de santé de l'assurance maladie que le fait de passer de l'état d'homme à l'état de père « nécessite une véritable transition, un temps de gestation mentale ». Ce « processus de paternité » réclame un travail psychique complexe et « est étroitement dépendant des événements réels qui jalonnent la grossesse jusqu'à la naissance comme l'échographie, la révélation du sexe de l'enfant, l'accouchement lui-même et la rencontre avec l'enfant de chair ». Il est également dépendant de la place que la mère accorde au père mais aussi du désir du père d'occuper cette place et d'investir l'enfant [21].

### **3.2 Résultats d'études concernant des difficultés pouvant être évocatrices de troubles psychologiques : enjeux et/ou prévalence**

Les résultats issus de la dernière enquête de périnatalité sont déclaratifs. Les données ont été recueillies en maternité sous forme de questionnaire et d'entretien. Les femmes ont pu sous-estimer leurs réponses en sachant que certaines consommations n'étaient pas conseillées ou en redoutant d'éventuelles conséquences. Certains des résultats de cette enquête ont été comparés à ceux des enquêtes de périnatalité précédentes.

D'après la dernière enquête de périnatalité, 6,4 % des femmes ont répondu s'être senties assez mal et 2,5 % mal et 5,6 % des femmes se sont senties peu ou pas du tout entourées pendant la grossesse [7].

#### Addictions :

Les addictions peuvent révéler des difficultés chez la mère et en entraîner chez la mère et l'enfant aussi bien sur le plan psychologique, médical que social [4,22,23,24 ].

*Alcool* : D'après la dernière enquête de périnatalité : 22,8 % des femmes ont bu de l'alcool au moins une fois pendant la grossesse. 19,7 % des femmes ont bu au moins une fois de l'alcool en sachant qu'elles étaient enceintes. 73,2% des femmes ayant consommé de l'alcool, disent avoir bu moins d'un verre. 3,5 % des femmes disent avoir consommé plus de 3 verres de boissons alcoolisées en une même occasion pendant la grossesse.

En 1998, 23 % des femmes avaient déclaré consommer au moins un verre par semaine au troisième trimestre de grossesse [7].

*Tabac* : D'après la dernière enquête de périnatalité : 17,1 % des femmes ont fumé au moins une cigarette par jour pendant la grossesse contre 20,8 % en 2003. 81,2 % des femmes ont arrêté leur consommation au premier trimestre [7].

*Drogues* : D'après la dernière enquête de périnatalité, 1 % des femmes ont déclaré avoir consommé du cannabis pendant la grossesse, moins d'une fois par mois pour la moitié d'entre elles [7]. Dans le travail de mémoire de C. Barrière sage-femme à Limoges, 500 femmes ont été interrogées lors de l'EPP sur leurs consommations: 5,4 % des femmes interrogées étaient consommatrices de cannabis

au moment de l'entretien prénatal précoce dont 2,2 % de façon régulière ou quotidienne. 2,6 % consommaient de la cocaïne, de l'ecstasy, de la codéine et des amphétamines en début de grossesse et il restait 2 patientes continuant une consommation de cocaïne ou de codéine au deuxième trimestre de grossesse [25].

#### Automédication :

Dans une étude réalisée à Toulouse par le Centre régional de pharmacovigilance par questionnaire anonyme, sur 200 femmes enceintes, 166 ont répondu : 15 % ont déclaré avoir pris un médicament en automédication dans la semaine précédente. 40 à 46 % des femmes ne connaissaient pas les risques pour leur enfant d'une utilisation d'ibuprofène, d'aspirine et de bromazépam [26]. Dans une étude réalisée par questionnaire à Strasbourg par B. Schmitt sage-femme, auprès de 263 femmes, en consultation prénatale publique et libérale: 21,3 % des femmes avaient eu recours à l'automédication pendant la grossesse. 51,8 % des patientes s'automédiquant avaient eu une information sur la prise des médicaments pendant la grossesse [27].

#### Les troubles du sommeil :

Les troubles du sommeil ont de multiples causes médicales, psychologiques et sociales. Dans le mémoire de M.G. De Chezelles sage-femme, les femmes ont été interrogées sur leur sommeil pendant leur grossesse en consultations prénatales au CHU de Nantes en 2005. Sur 240 questionnaires, 199 ont été exploités et une augmentation significative au cours de la grossesse des éveils nocturnes pour angoisse ou cauchemars, pour envie d'uriner, pour des causes extérieures ou des difficultés à s'endormir à cause d'impatiences dans les jambes est mise en évidence [28].

#### Stress :

Le stress est décrit selon la théorie de l'évolution darwinienne comme une modalité adaptative de l'organisme à un changement d'environnement. Cela peut être par exemple l'exposition au froid ou à la chaleur mais aussi un ensemble d'états psychologiques menaçants. Ainsi l'organisme s'apprête à se mobiliser pour affronter un événement ou le fuir, il réagit par toute une série de réponses physiologiques et comportementales dans l'objectif d'une adaptation puis d'une restauration de l'état initial [16]. Des études retrouvent que le stress aurait des répercussions chez la mère et l'enfant sur le plan médical comme par exemple favoriser des menaces d'accouchement prématuré et psychologiques par une susceptibilité accrue à l'anxiété et à la dépression chez la mère et par une irritabilité, des difficultés d'organisation chez l'enfant. Cela d'autant plus lorsque le stress est élevé et qu'il dure longtemps [16,29,30].

#### Violence conjugale :

Les conséquences psychologiques, sociales et médicales des violences conjugales pour les femmes et leurs enfants sont majeures [31,32]. Dans l'enquête nationale réalisée en 2000 par voie téléphonique auprès de 6970 femmes, 1 sur 10 a déclaré avoir été victime de violences conjugales sur les douze derniers mois [33]. Dans l'enquête de C. Gosselin réalisée par questionnaire dans des maternités des pays de la Loire en 2008 auprès de 1236 femmes, le taux de violence conjugale retrouvé est de 7 % [34].

#### L'anxiété :

L'anxiété peut être présente pendant la grossesse et a fait l'objet d'études avec des instruments d'évaluation différents. Son taux de prévalence varie suivant les méthodes d'évaluation utilisées. Plusieurs d'entre elles ont retrouvé, pour les grossesses sans complication, que l'anxiété serait importante lors du troisième mois et avant l'accouchement. Il y aurait des inquiétudes sur l'état du fœtus, le déroulement du travail et l'accouchement. Plus secondaires certaines liées aux aspects

physiques concernant la grossesse et au maternage c'est à dire soins, alimentation [19]. Les examens pouvant être réalisés pendant la grossesse, la connaissance d'un risque, l'issue défavorable d'une grossesse antérieure, l'interférence d'un stress, notamment un deuil, pourraient aussi être source d'anxiété [16].

Les manifestations anxieuses sont un excellent indicateur de survenue de troubles dépressifs postnatal. L'intensité des manifestations anxieuses durant la grossesse apparaît corrélée à l'intensité des manifestations dépressives du post-partum. De plus, des études ont retrouvé qu'un seuil élevé d'anxiété était significativement corrélé à un risque élevé de complications obstétricales [35].

#### La dépression anténatale :

La prévalence serait entre 2 et 6 % pour les dépressions majeures et entre 5 et 12 % pour les dépressions mineures lors de la grossesse [35].

Différentes études ont retrouvé que les dépressions du post-partum seraient la récurrence ou la prolongation d'une dépression anténatale. Suivant les moyens de diagnostic les taux vont de 10 à 50 % [19].

*Méthode pour la repérer :* De nombreux pays se sont intéressés aux méthodes pour la repérer afin de la prendre en charge précocement. Aux États-Unis, en 2002, la U. S. Preventive Services Task Force avait préconisé une méthode, deux questions de screening: « au cours de ces deux dernières semaines, est-ce que vous vous êtes sentie déprimée ou sans espoir ? » et « Sentez-vous moins d'intérêt et de plaisir à faire les choses ? ». En présence d'une ou de deux réponses affirmatives, plus d'informations étaient à rechercher pour faire un diagnostic plus précis. En 2006, Gaynes après avoir étudié plusieurs méthodes, a conclu son rapport pour l'Agency for Health Care Research and Quality en faveur de l'Edinburgh Postnatal Depression Scale [29]. En France, l'HAS rappelle que l'utilisation d'une échelle en anténatal n'est pas recommandée. Elle préconise la méthode de l'entretien avec les femmes pour dialoguer et repérer des difficultés [3].

# **Méthode**

## **1 Type d'enquête**

Une enquête transversale et descriptive a été réalisée par questionnaire téléphonique. Elle s'est déroulée de fin février à fin mai 2011. La méthode téléphonique a été choisie car elle peut permettre d'obtenir des taux de réponses moyens à élevés [36].

Les médecins généralistes ont été informés que l'enquête portait sur les suivis de grossesse, qu'elle était réalisée dans le cadre d'une thèse, que le questionnaire durait environ dix minutes et que les données étaient traitées de façon anonyme. Lorsque les médecins l'ont demandé, le sujet de l'enquête a été présenté plus en détail.

Le questionnaire était réalisé suivant les disponibilités des médecins en fixant le plus souvent un rendez-vous téléphonique. Seuls les médecins sélectionnés et réalisant des suivis de grossesse pouvaient répondre à l'enquête. Pour la reproductibilité, les questionnaires ont tous été faits par voie téléphonique afin qu'ils aient tous bénéficié des mêmes conditions.

## **2 Critères d'inclusion, sources et échantillon**

Un échantillon de 250 médecins généralistes a été sélectionné en Loire-Atlantique. Ils ont été recensés parmi les 1085 médecins inscrits dans les pages jaunes électroniques en janvier 2011, à la rubrique: médecine générale sans exercice particulier.

Les résultats de l'enquête périnatale de 2003 ont été utilisés pour sélectionner le nombre de médecins à contacter car ceux de 2010 n'étaient pas encore parus. Ces résultats retrouvaient qu'au niveau national, 15,5 % des médecins généralistes intervenaient dans le suivi et le déroulement des grossesses en 2005 [6]. On a fait l'hypothèse que le taux de médecins réalisant des suivis de grossesse en Loire-Atlantique pouvait être un peu plus élevé. Le nombre de 250 médecins à contacter a été retenu. Afin de pouvoir les sélectionner d'une façon aléatoire, les médecins ont été numérotés suivant leur ordre alphabétique. Les doublons n'ont pas été numérotés lors de la sélection pour ne pas les retenir. Une liste de 250 nombres aléatoires a été réalisée avec le logiciel « Open Office Calc » pour pouvoir ainsi les sélectionner.

Une pré-enquête auprès de 24 médecins généralistes de Loire-Atlantique a été réalisée préalablement à cette étude. Cela a permis de tester, vérifier la faisabilité du questionnaire et de préciser certaines questions.

## **3 Le questionnaire**

Le questionnaire (annexe1) a comporté en majorité des questions impliquant des réponses fermées. Quatre questions ont présenté des réponses pour lesquelles le choix multiple était possible. Quelques questions ont fait l'objet de réponses ouvertes afin de ne pas influencer les médecins et ont été écrites lors de la réalisation du questionnaire.

La *première partie* du questionnaire a recueilli des informations sur les données socio-démographiques des médecins généralistes (sexe, âge, lieu d'exercice, année d'installation et pratique d'une activité annexe à la médecine générale) et sur leur activité de suivi de grossesse (estimation du nombre de suivi de grossesses par an et jusqu'à quel terme les médecins ont réalisé en général les suivis)

Les *deuxième et troisième parties* du questionnaire ont porté respectivement sur le contexte social et psychologique des femmes enceintes ayant été exploré par les médecins. Pour la partie sociale, une distinction dans les questions a été faite entre deux populations de femmes : les femmes

enceintes qui ont déjà été suivies par les médecins et celles qui le sont nouvellement. Les items ont été sélectionnés à partir des recommandations de l'HAS sur la préparation à la naissance et à la parentalité [3, annexe 2]. Ces items ont également été élaborés en utilisant l'article de 2006 sur « les propositions de critères de repérage des femmes en situation de précarité » [17] et la plaquette d'information aux professionnels sur les vulnérabilités éditée en 2008, du réseau Sécurité Naissance-Naissance Ensemble des Pays de la Loire [annexe 3].

Il s'est agi de savoir si les médecins se sont intéressés à ces questions, comment cette recherche a été intégrée au suivi de la grossesse c'est à dire s'ils ont ou non dédié une consultation spécifique et quelles ont été les informations recherchées par les médecins

La *quatrième partie* a visé à identifier si les médecins ont proposé de rencontrer le père lors du suivi de grossesse et s'ils se sont informés auprès de la femme du vécu de la grossesse par celui-ci.

La *cinquième partie* s'est intéressée à la connaissance de l'entretien prénatal précoce par les médecins généralistes et à l'utilisation qu'ils en ont fait.

La *sixième partie* a concerné les difficultés que les médecins ont pu rencontrer lorsqu'ils se sont intéressés au contexte social et psychologique des femmes enceintes. Elle a été sous forme d'une question à réponse ouverte.

#### **4 Analyse du questionnaire**

Les données ont été collectées à l'aide du tableur « Open Office Calc ». Pour les réponses aux questions fermées, les résultats ont été analysés de façon univariée à partir de variables quantitatives (discrètes et continues) et qualitatives (nominales et ordinales). Pour évaluer la représentativité de l'échantillon, les dépendances de certaines variables ont été analysées par un test du khi deux de façon bivariée. Pour les réponses aux questions ouvertes, elles ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique et ont été catégorisées et quantifiées.

Les communes étant actuellement classées par l'Insee entre « urbain » et « rural », ces deux réponses ont été proposées aux médecins. Certains n'ont pas souhaité choisir entre ces deux lieux d'exercice et ont alors répondu « semi-rural ». Pour pouvoir analyser cette question, les réponses des médecins ont été reclassées entre « urbain » ou « rural » à l'aide de la liste d'appartenance géographique des communes de la Loire-Atlantique de l'Insee de 2011 [37].

Les âges ont été analysés suivant trois classes (moins de 39 ans, entre 40 et 49 ans et plus de 50 ans) pour pouvoir ensuite vérifier la représentativité de l'échantillon selon la répartition de la DREES. On note qu'un médecin n'a pas donné son âge précis mais l'a situé dans un intervalle.

Le nombre de suivis de grossesse a été analysé sous quatre classes (entre 1 à 10, entre 11 à 20, entre 21 à 30 et plus de 30). Certains des médecins ont répondu d'eux-même par un intervalle.

Concernant le terme jusqu'auquel les médecins ont estimé réaliser les suivis de grossesse, les médecins ayant répondu par un intervalle ont été classés dans « autre ».

Les médecins n'ayant pas répondu à un des items proposés, ont été notés en tant que « non réponse ».

## Résultats

Sur les 250 médecins sélectionnés et à contacter, il y avait 80 femmes (32 %), 170 hommes (68 %). Parmi eux, 13,6 % exerçaient en rural et 86,4 % en urbain.

Parmi eux, 19 n'ont pas pu être contactés (numéros erronés, retraite, décès, changement d'activité ou cabinets temporairement fermés).

Parmi les 231 médecins généralistes qui ont pu être contactés : 120 questionnaires ont été réalisés et ont été exploitables. L'échantillon retenu a donc été de 120 médecins généralistes. Le taux d'adhésion est de : **51,9 %**

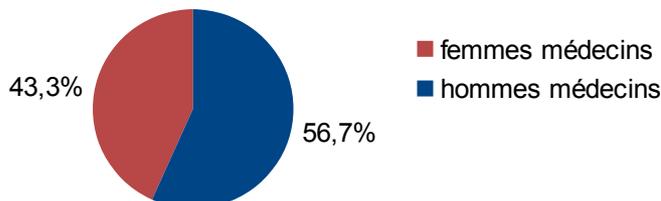
111 médecins n'ont pas répondu au questionnaire. Parmi eux, 61 médecins n'ont pas précisé le motif du refus et concernant les 50 restants, il s'agissait pour 21 de ne pas suivre de grossesses, pour 15 de manquer de temps, pour 13 ne pas souhaiter répondre par téléphone et pour 1 de ne pas répondre aux enquêtes.

### 1 Présentation des médecins généralistes de l'échantillon

#### 1.1 Données socio-démographiques

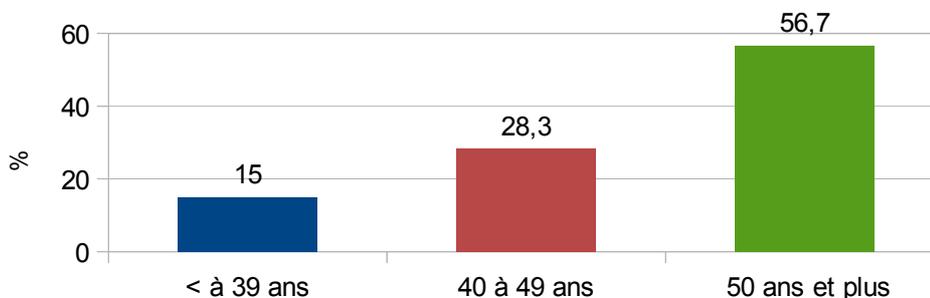
##### 1.1.1 Répartition par sexe

Figure 1 : Répartition des 120 médecins par sexe



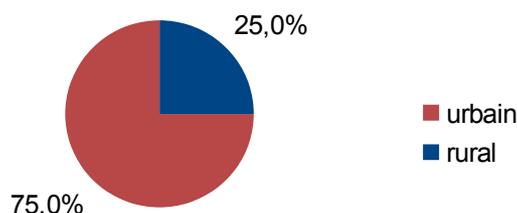
##### 1.1.2 Répartition par âge

Figure 2 : Répartition des 120 médecins par âge



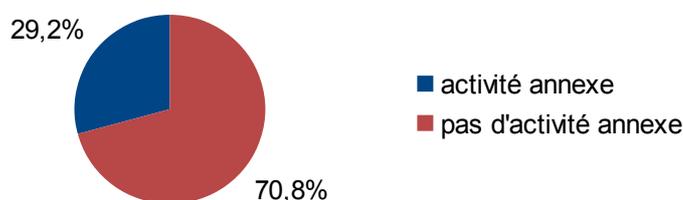
### 1.1.3 Répartition par lieu d'exercice

Figure 3 : Répartition des 120 médecins par lieu d'exercice



### 1.1.4 Répartition des médecins selon la pratique d'une activité annexe à la médecine générale

Figure 4 : Répartition des 120 médecins selon la pratique ou non d'une activité annexe à la médecine générale

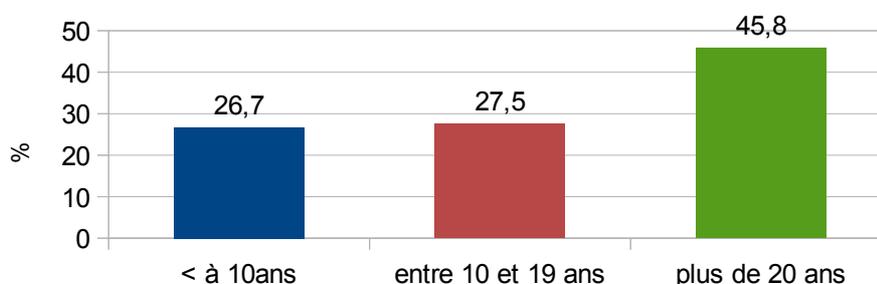


Parmi les 120 médecins interrogés, 5 (4,2 %) ont répondu avoir une activité médicale annexe en rapport avec la gynécologie ou la pédiatrie : Planning familial (3 médecins), PMI (1 médecin) et la Halte garderie (1 médecin)

Les autres activités médicales annexes pratiquées étaient : médecin du sport, coordinateur en maison de retraite, gériatrie, acupuncture, régulation, instituts spécialisés, expertise médicale, nutrition, mésothérapie, urgentiste, médecin sapeur pompier, rapatriement, médecin conseil fonctionnaire, commission permis de conduire, agréé SNCF, conseil de l'ordre des médecins, formation médicale.

### 1.1.5 Répartition des médecins suivant l'année d'installation

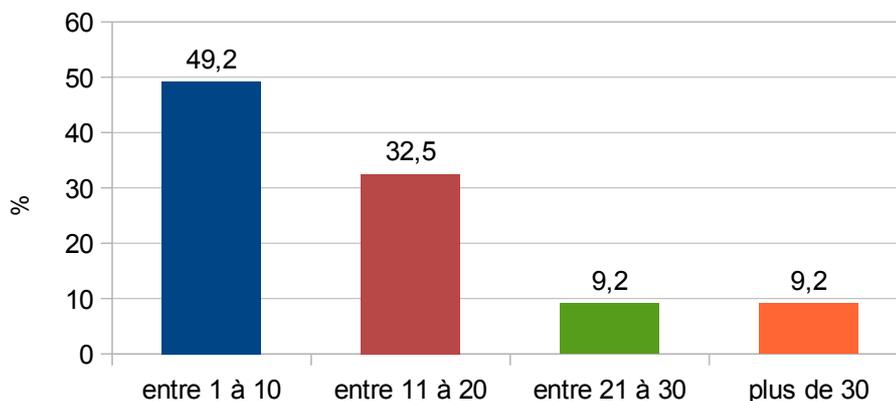
Figure 5 : Répartition des 120 médecins suivant l'année d'installation



## 1.2 Activité de suivi de grossesse

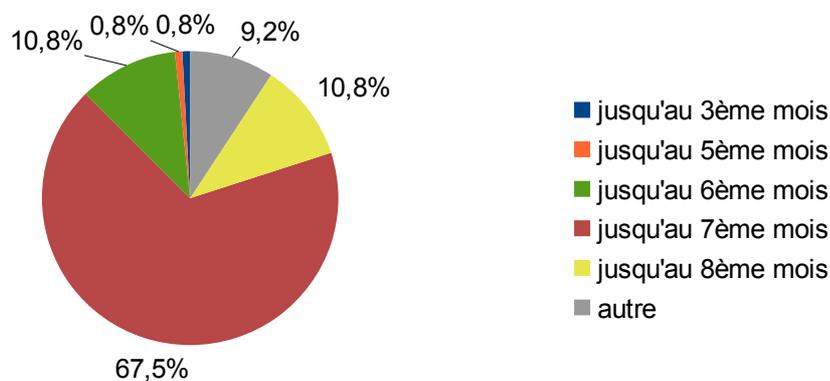
### 1.2.1 Estimation du nombre de suivis de grossesse par an

Figure 6 : Répartition des 120 médecins selon le nombre de suivis de grossesse estimé par an



### 1.2.2 Terme jusqu'auquel les médecins suivent en général les grossesses

Figure 7 : Répartition des 120 médecins selon le terme jusqu'auquel ils ont répondu suivre en général les grossesses à faible risque :



La légende «autre» regroupe les réponses suivantes:

- du 3ème au 6ème mois: 1
- du 6ème au 7ème mois: 5
- du 6ème au 8ème mois: 2
- du 7ème au 8ème mois: 3

## 2 Le contexte social des femmes enceintes

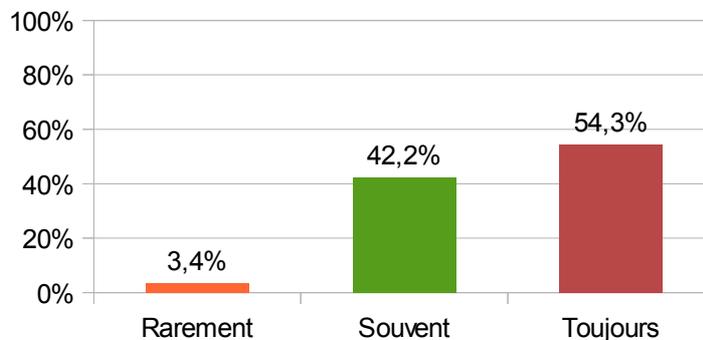
### 2.1 Information des médecins sur la situation sociale

#### 2.1.1 Femmes déjà suivies avant la grossesse par les médecins généralistes

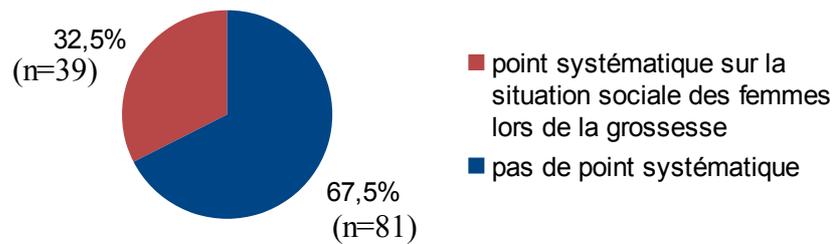
Parmi les 120 médecins généralistes :

- 116 ont déclaré se renseigner sur la situation sociale des femmes avant la grossesse soit 96,7 %.
- 4 ne pas se renseigner sur la situation sociale soit 3,3 %.

*Figure 8 : Répartition des 116 médecins selon les fréquence auxquelles ils ont répondu se renseigner avant la grossesse sur la situation sociale des femmes*



*Figure 9 : Répartition des 120 médecins suivant la réalisation ou non d'un point systématique sur la situation sociale lors de la grossesse chez les femmes déjà connues*



Les 81 médecins qui ont déclaré ne pas le faire de façon systématique ont répondu qu'ils abordaient la situation sociale dans les situations suivantes (plusieurs situations possibles par médecin, pourcentages réalisés à partir des 81 médecins) :

- 52 (64,2 %) : en cas de difficultés en rapport avec le domaine social connues ou survenant pendant la grossesse.
- 8 (9,9 %) : si troubles psychiques (psychiatriques (2 fois), psychologiques (5 fois), déni de grossesse (1 fois)).
- 1 (1,2 %) : si problèmes organiques.
- 7 (8,6 %) : suivant les situations (pour les femmes jeunes (5 fois), si demande IVG (2 fois)).
- 6 (7,4 %) : si connaît peu ou pas la situation sociale (si oublié (2 fois), si connaît pas bien

(4fois)).

- 4 (4,9 %) : si les femmes leur en font part.
- 1 (1,2 %) : si le médecin y pense.
- 1 (1,2 %) : selon le temps disponible.
- 14 (17,3 %) : non réponse.

Répartition des 116 médecins s'informant avant la grossesse de la situation sociale et refaisant le point ou non lors de la grossesse :

- 63 (54,3 %) ont dit s'en informer « toujours » avant la grossesse. Parmi eux, 25 (39,7 %) ont répondu la réévaluer systématiquement et 38 (60,3 %) ne pas le faire.
- 49 (42,2 %) ont dit s'en informer « souvent » avant. Parmi eux, 14 (28,6 %) l'ont réévalué systématiquement et 35 (71,4 %) ne pas le faire.
- 4 (3,4 %) ont dit s'en informer « rarement » avant. Parmi eux, 4 (100 %) ne l'ont pas réévaluée.

4 médecins ont déclaré ne pas se renseigner sur la situation sociale des femmes avant la grossesse. Ils ont dit ne pas faire non plus de point systématique pendant la grossesse .

Parmi les 120 médecins :

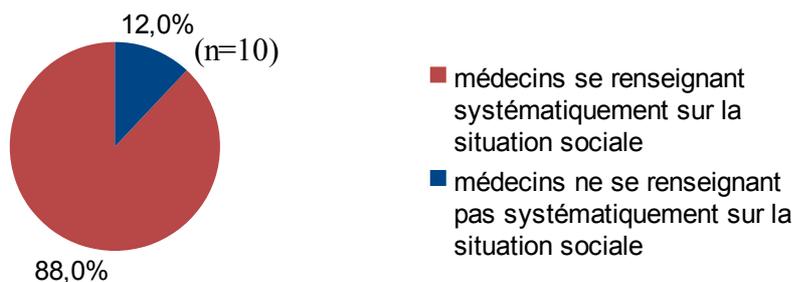
- 39 (32,5 %) ont donc dit réévaluer systématiquement la situation sociale. Parmi eux, 25 (64,1 %) ont répondu s'en informer « toujours » et 14 (35,9 %) « souvent » avant la grossesse.
- 81 médecins (67,5 %) ne l'ont pas réévaluée systématiquement. Parmi eux, 39 soit 48,1 % ne s'en étaient pas « toujours » informés avant.

### **2.1.2 Femmes non suivies avant la grossesse par les médecins généralistes**

Parmi les 120 médecins :

- 83 ont déclaré avoir réalisé des suivis de grossesse pour des femmes qu'ils n'avaient pas suivies auparavant soit 69,2 %.  
Parmi eux, 68 ont déclaré rencontrer cette situation « *rarement* » soit 81,9 %, 14 « *souvent* » soit 16,9 % et 1 « *non réponse* » soit 1,2 %.
- 37 n'en avoir pas réalisé dans cette situation soit 30,8 %.

Figure 10 : Répartition des 83 médecins suivant le fait de se renseigner ou non systématiquement sur la situation sociale pendant la grossesse



Les 10 médecins qui ont déclaré ne pas le faire de façon systématique, ont répondu qu'ils le faisaient dans les situations suivantes (plusieurs situations possibles par médecin, pourcentages réalisés à partir des 10 médecins) :

- 9 (90 %) : en cas de difficulté en rapport avec le domaine social survenant pendant la grossesse.
- 1 (10 %) : si en parle.
- 1 (10 %) : non réponse.

Répartition des 116 médecins s'informant systématiquement ou non de la situation sociale des nouvelles patientes en fonction de la fréquence à laquelle ils ont dit s'en informer avant la grossesse chez les patientes connues :

- 63 ont répondu s'en informer « toujours » avant la grossesse : 42 (66,7 %) ont dit avoir fait des suivis de grossesse pour de nouvelles patientes :

- Parmi les 42 médecins, 41 (97,6 %) ont dit se renseigner systématiquement sur la situation sociale pour les nouvelles patientes et 1 non réponse (2,4 %).

- 49 ont répondu s'en informer « souvent » avant : 37 (75,5 %) ont répondu en avoir fait pour de nouvelles patientes :

- Parmi les 37 médecins, 31 (83,8 %) ont répondu se renseigner systématiquement et 6 (16,2 %) ne pas le faire.

- 4 ont répondu s'en informer « rarement » : 2 (50 %) en ont fait pour de nouvelles patientes :

- Parmi les 2 médecins, 1 (50 %) a dit se renseigner systématiquement et 1 (50 %) ne pas le faire.

4 ont déclaré ne pas se renseigner sur la situation sociale des femmes avant la grossesse. Parmi ces 4 médecins, 2 ont réalisé des suivis de grossesse chez de nouvelles patientes et dans ces cas-là ont déclaré ne pas se renseigner systématiquement sur leur situation sociale.

## **2.2 Les consultations lors de la grossesse pendant lesquelles les médecins s'en sont informés**

82 médecins ont déclaré se renseigner systématiquement au moment de la grossesse de la situation sociale des femmes qui ont déjà été suivies et/ou de celles qui sont nouvellement suivies.

Parmi eux:

- 79 médecins ont déclaré le faire pendant les consultations du suivi de grossesse soit 96,3 %.
- 3 médecins pendant les consultations du suivi et pendant l'entretien prénatal précoce soit 3,6 %.

Précisions sur les consultations mensuelles prévues durant lesquelles les 82 médecins ont déclaré le faire:

- 48 (58,5 %) : pendant la première consultation du suivi.
  - 1 a précisé le faire aussi au sixième mois.
  - Les 3 médecins ayant répondu réaliser l'entretien prénatal précoce, ont dit le faire également pendant cette première consultation.
- 13 (15,8 %) : surtout pendant la première consultation du suivi et également pendant les autres consultations.

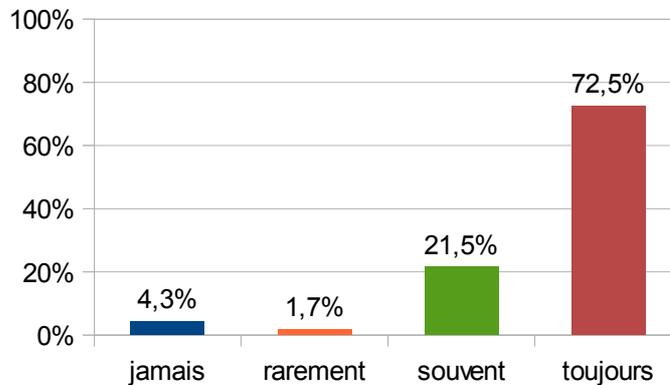
- 21 (25,6 %) : au cours des consultations successives du suivi de grossesse.  
- Parmi eux, 1 particulièrement au quatrième mois.

### **2.3 Les informations sur le contexte social recherchées par les médecins généralistes**

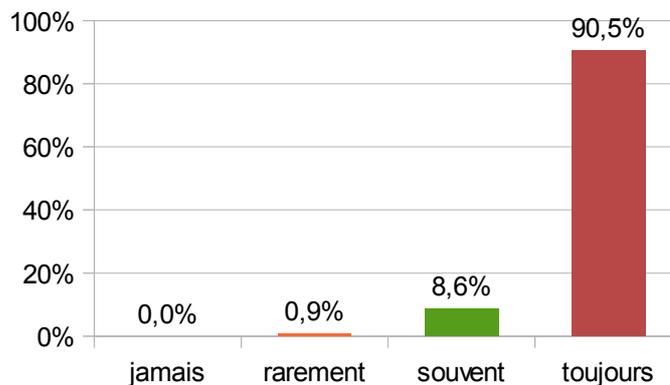
116 médecins ont ainsi dit s'informer de la situation sociale des femmes avant ou pendant la grossesse. Ce sont uniquement ces 116 médecins qui ont été interrogés sur la nature et la fréquence des informations ayant été recherchées.

#### **2.3.1 Situation familiale**

*Figure 11: Répartition des 116 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu s'informer si la femme vit en couple ou seule*



*Figure 12: Répartition des 116 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu s'informer sur le nombre d'enfants*



### 2.3.2 Situation professionnelle

Figure 13: Répartition des 116 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu s'informer sur l'activité professionnelle

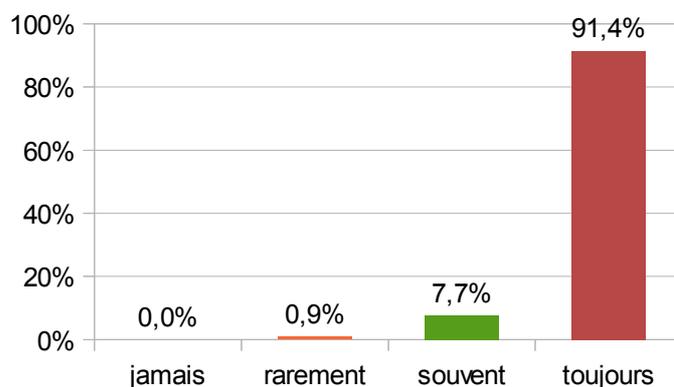


Figure 14: Répartition des 116 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu s'informer sur le temps de transport

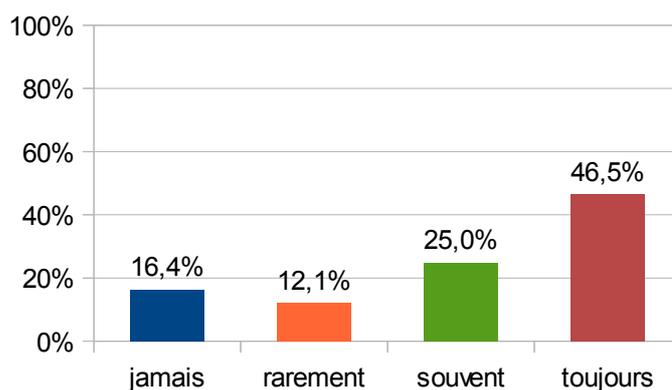


Figure 15: Répartition des 116 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu s'informer sur le temps de travail

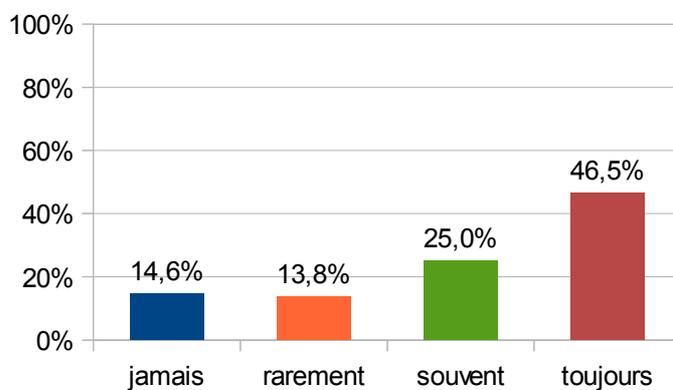
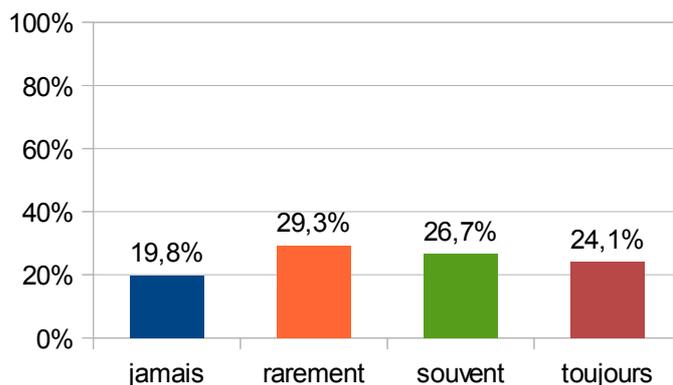
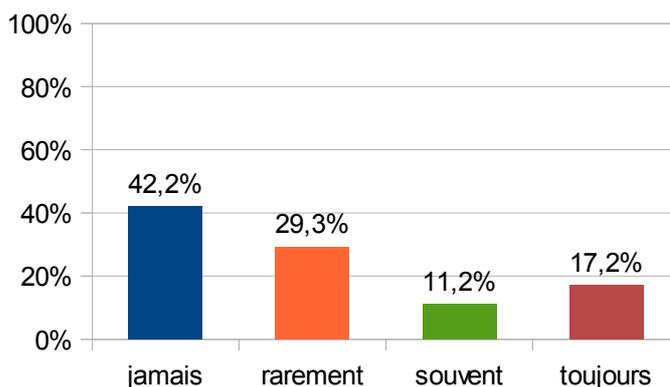


Figure 16: Répartition des 116 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu s'informer sur la présence de toxiques au travail



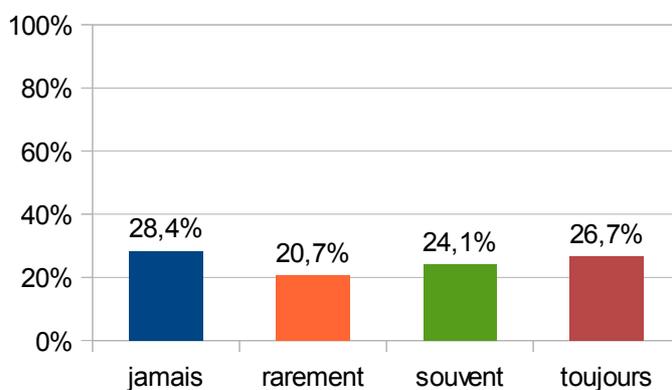
### 2.3.3 Le type de ressources financières en cas d'inactivité

Figure 17: Répartition des 116 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu s'informer sur le type des ressources financières en cas d'inactivité des femmes



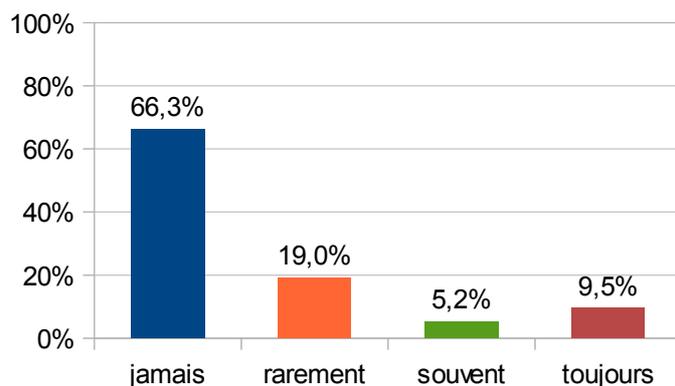
### 2.3.4 Situation professionnelle du père

Figure 18: Répartition des 116 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu s'informer sur la situation professionnelle du père



### 2.3.5 Présence d'une assurance complémentaire

Figure 19: Répartition des 116 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu s'informer sur la présence d'une assurance complémentaire chez les femmes



### 2.3.6 Conditions d'habitation

Figure 20: Répartition des 116 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu s'informer sur le lieu d'habitation

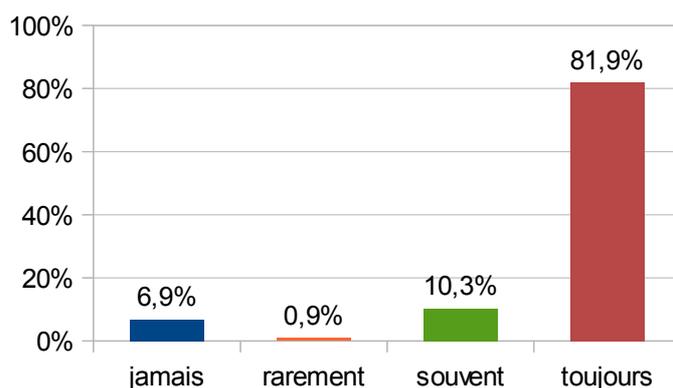


Figure 21: Répartition des 116 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu s'informer sur la stabilité du logement

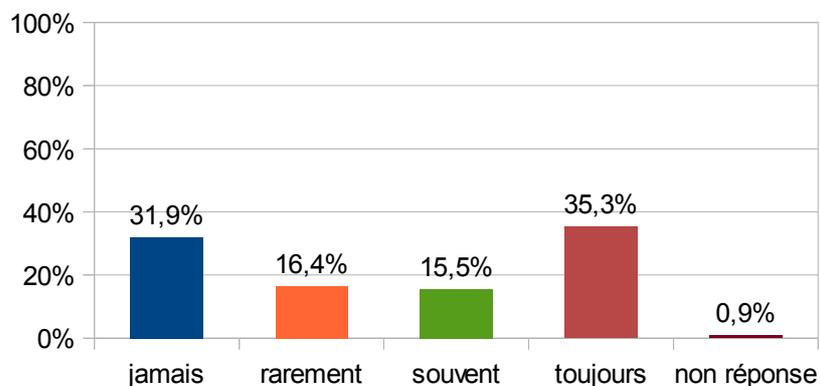
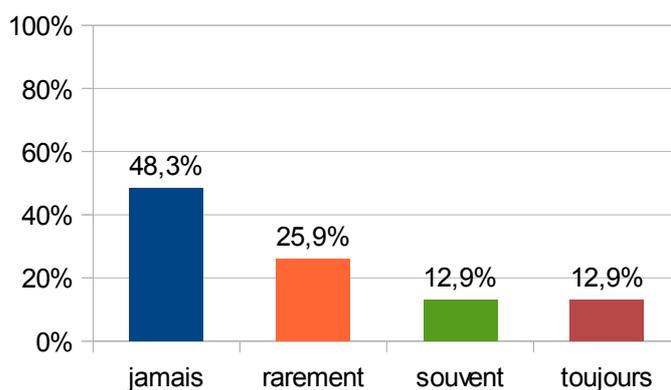


Figure 22: Répartition des 116 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu s'informer sur la salubrité du logement



**Tableau 1** : Répartition selon les fréquences auxquelles les informations ci-dessous ont été recherchées par les 63 médecins ayant dit s'informer systématiquement sur la situation sociale des femmes avant la grossesse

Fréquences	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours	Non réponse
Vit seule ou en couple	4,8	1,6	11,1	<b>82,5</b>	0
Nombre d'enfants	0	0	0	<b>100</b>	0
Activité professionnelle	1,6	0	0	<b>98,4</b>	0
Temps de travail	17,5	4,8	17,5	<b>60,3</b>	0
Temps de transport	22,2	0	17,5	<b>60,3</b>	0
Toxiques au travail	22,2	23,8	19	34,9	0
Le type des Ressources financières en cas d'inactivité professionnelle	42,9	20,6	14,3	22,2	0
Situation professionnelle du père	22,2	12,7	28,6	36,5	0
Assurance complémentaire	<b>68,2</b>	14,3	4,8	12,7	0
Lieu d'habitation	3,2	0	3,2	<b>93,6</b>	0
État de stabilité	23,8	14,3	11,1	49,2	1,6
État de salubrité	44,4	22,2	12,7	20,6	0

### **3 Le contexte psychologique des femmes enceintes**

#### **3.1 Les situations où les médecins généralistes ont déclaré s'informer de la situation psychologique**

Parmi les 120 médecins :

- 66 chez toutes les femmes enceintes soit 55 %.
- 3 en cas d'antécédents de troubles psychologiques ou psychiatriques soit 2,5 %.
- 21 en cas d'antécédents de troubles psychologiques ou psychiatriques et également lorsqu'ils suspectaient des difficultés pendant la grossesse soit 17,5 % .
- 29 uniquement lorsqu'ils suspectaient des difficultés pendant la grossesse soit 24,2 %.
- 1 « autre », en précisant s'en informer si la femme parle de ses difficultés soit 0,8 %.

#### **3.2 Les consultations lors de la grossesse pendant lesquelles les médecins s'en sont informés**

Parmi les 120 médecins :

- 90 pendant les consultations du suivi de grossesse soit 75 %.
- 3 pendant les consultations du suivi et pendant l'entretien prénatal précoce soit 2,5 %.
- 3 pendant les consultations du suivi et lors d'une consultation complémentaire soit 2,5 %.
- 24 « autre », en précisant le faire lors de la consultation où les difficultés sont suspectées soit 20 %.

96 médecins ont donc répondu le faire pendant les consultations de suivi soit 80 %.

Précisions sur les consultations mensuelles prévues du suivi de grossesse où les 96 médecins ont déclaré le faire:

- 69 (71,9 %) : pendant les consultations successives.
  - Parmi eux, 2 utilisant l'EPP et 3 une consultation complémentaire.
- 13 (13,5 %) : surtout pendant la première consultation et également pendant les consultations suivantes.
- 14 (14,6 %) : pendant la première consultation.
  - Parmi eux, 1 utilisant l'EPP.

Les 66 médecins ayant répondu s'informer systématiquement de la situation psychologique l'ont fait pendant les consultations de suivi. Parmi eux, 1 aussi pendant l'EPP et 1 aussi pendant une consultation complémentaire.

Parmi les médecins ne le faisant pas chez toutes les femmes : 30 le font pendant les consultations de suivi et 24 « autre ». Parmi ceux le faisant pendant les consultations de suivi, 2 également pendant l'EPP et 2 également pendant une consultation complémentaire.

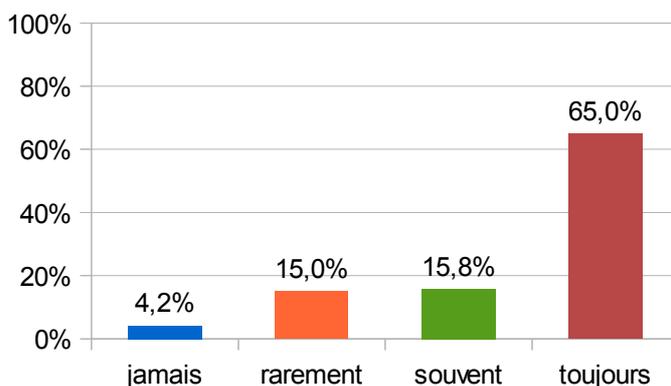
Les 3 médecins ayant répondu utiliser l'EPP pour s'informer de la situation sociale sont les mêmes que ceux l'utilisant pour s'informer de la situation psychologique.

### **3.3 Quelles difficultés pouvant être évocatrices de troubles psychologiques ont été recherchées par les médecins généralistes ?**

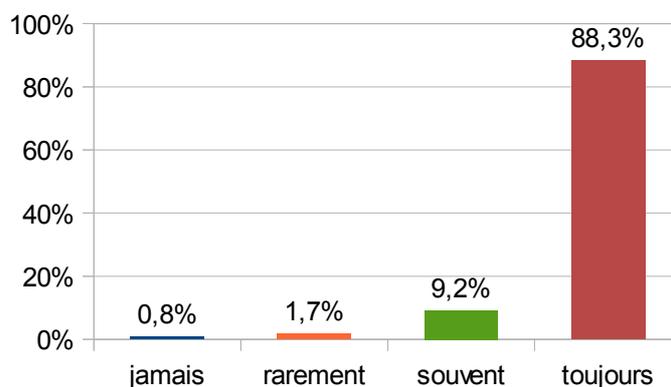
Les 120 médecins généralistes ont été interrogés sur la nature et la fréquence auxquelles ils ont recherché des difficultés pouvant évoquer des troubles psychologiques.

#### **3.3.1 Addictions**

*Figure 23: Répartition des 120 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu se renseigner sur une consommation d'alcool*



*Figure 24: Répartition des 120 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu se renseigner sur une consommation de tabac*



*Figure 25: Répartition des 120 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu se renseigner sur une consommation de drogues*

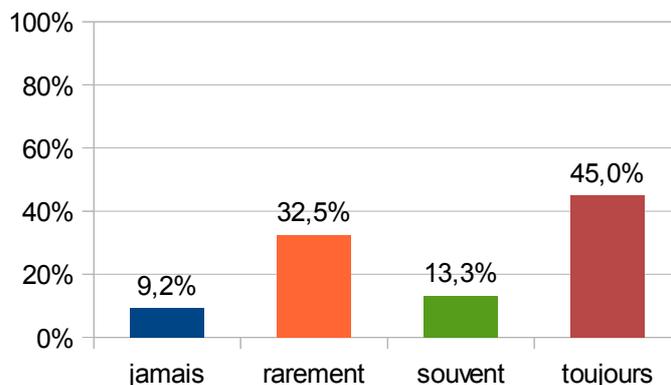
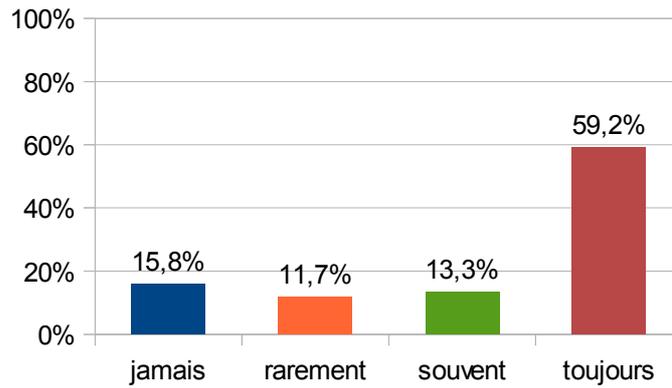
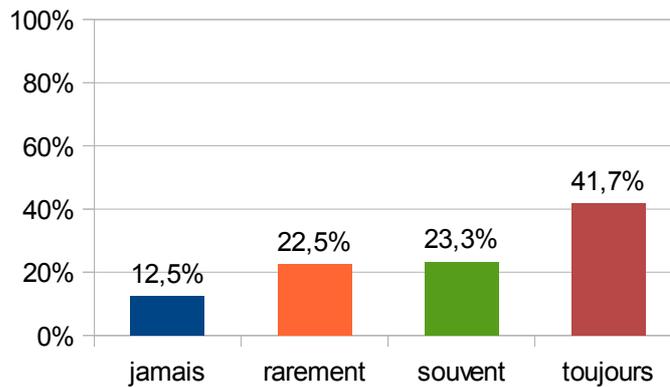


Figure 26: Répartition des 120 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu se renseigner sur une automédication



### 3.3.2 Troubles du sommeil

Figure 27: Répartition des 120 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu rechercher des troubles du sommeil



### 3.3.3 Troubles relationnels et situations de violence conjugale

Figure 28: Répartition des 120 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu rechercher des troubles relationnels avec le conjoint

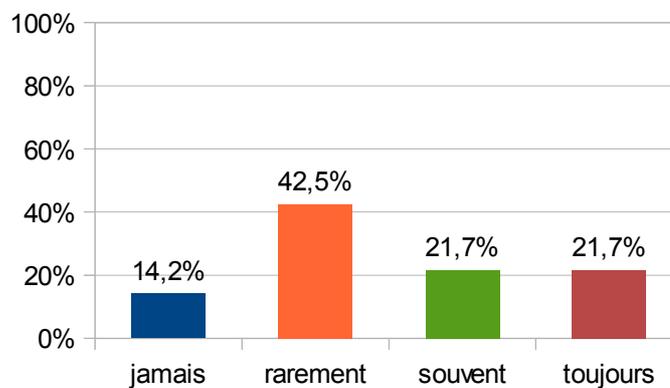


Figure 29: Répartition des 120 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu rechercher des troubles relationnels avec l'entourage

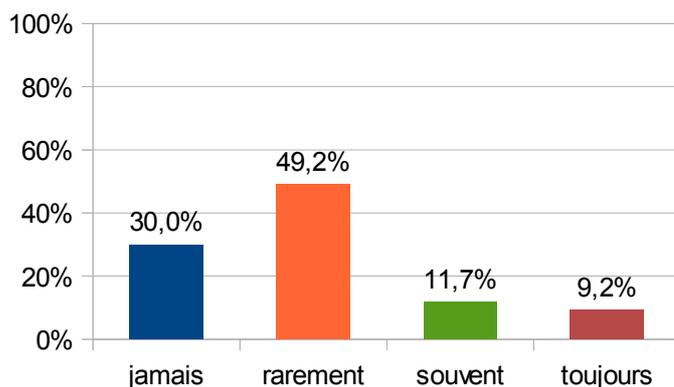
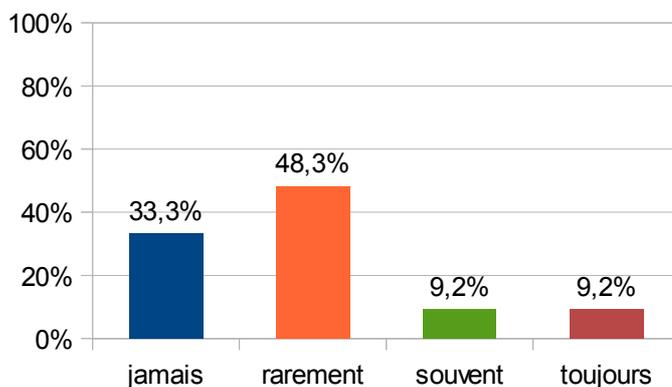


Figure 30: Répartition des 120 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu rechercher de la violence conjugale



### 3.3.4 **Stress. Émotions ressenties. Perte d'intérêt**

Figure 31: Répartition des 120 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu se renseigner sur la présence de stress

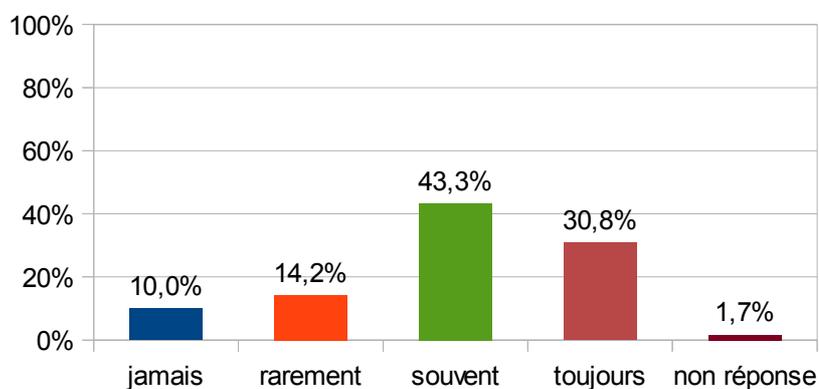


Figure 32: Répartition des 120 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu se renseigner sur les émotions ressenties

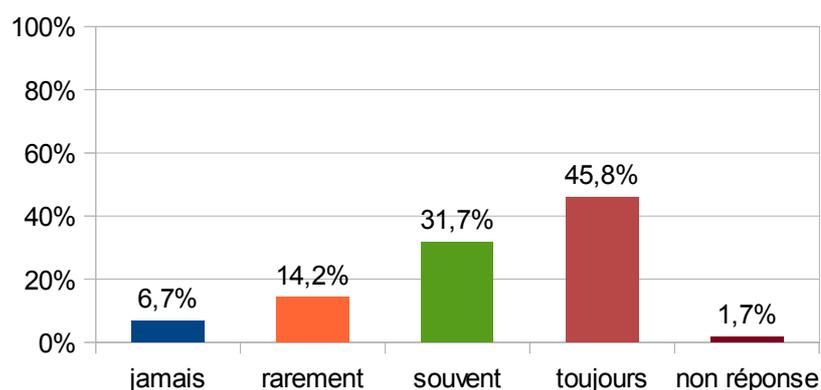
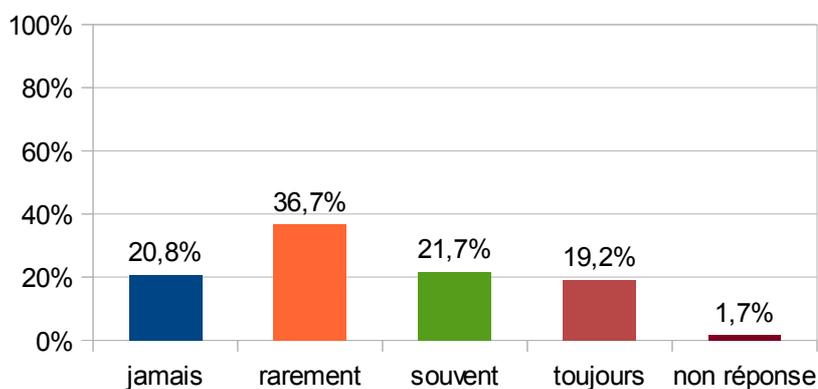
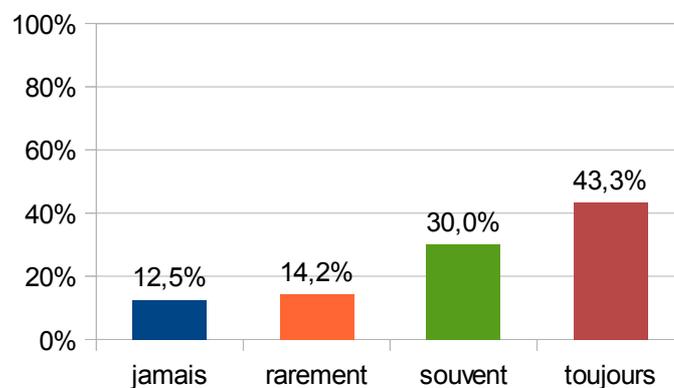


Figure 33: Répartition des 120 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu se renseigner sur la présence d'une perte d'intérêt pour certaines activités



### 3.3.5 Questions que peuvent se poser les femmes sur l'accouchement

Figure 34 : Répartition des 120 médecins selon les fréquences auxquelles ils ont répondu se renseigner si les femmes enceintes avaient des questions sur l'accouchement



**Tableau 2 :** Répartition des fréquences auxquelles les difficultés évocatrices de troubles psychologiques ont été recherchées par les 66 médecins s'informant systématiquement de la situation psychologique (résultats exprimés en pourcentage)

Difficultés recherchées	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours	Non réponse
Alcool	3	19,7	13,6	<b>63,7</b>	0
Tabac	0	1,5	7,6	<b>90,9</b>	0
Drogues	7,6	31,8	9	<b>51,6</b>	0
Automédication	15,1	15,1	9,1	<b>60,7</b>	0
Troubles du sommeil	10,6	19,7	16,7	<b>53</b>	0
Troubles relationnels avec le conjoint	13,6	36,4	18,2	31,8	0
Troubles relationnels avec l'entourage familial	30,3	47	9,1	13,6	0
Violence conjugale	28,8	45,4	10,6	15,1	0
Stress	10,6	9,1	34,8	43,9	1,5
Émotions ressenties	6,1	9,1	19,7	<b>63,6</b>	1,5
Perte d'intérêt	21,2	31,8	13,6	31,8	1,5
Questions que peuvent se poser les femmes sur l'accouchement	9,1	10,6	19,7	<b>60,6</b>	0

**Tableau 3 :** Répartition des fréquences auxquelles les difficultés évocatrices de troubles psychologiques ont été recherchées par les 54 médecins ayant répondu ne pas s'informer systématiquement de la situation psychologique (résultats exprimés en pourcentage)

Difficultés recherchées	Jamais	Rarement	Souvent	Toujours	Non réponse
Alcool	5,5	9,3	18,5	<b>66,7</b>	0
Tabac	1,8	1,8	11,1	<b>85,2</b>	0
Drogues	11,1	33,3	18,5	37	0
Automédication	16,7	7,4	18,5	<b>57,4</b>	0
Troubles du sommeil	14,8	25,9	31,5	27,8	0
Troubles relationnels avec le conjoint	14,8	<b>50</b>	25,9	9,3	0
Troubles relationnels avec l'entourage familial	29,6	<b>51,8</b>	14,8	3,7	0
Violence conjugale	38,9	<b>51,8</b>	7,4	1,8	0
Stress	9,3	20,4	<b>53,7</b>	14,8	1,8
Émotions ressenties	7,4	20,4	46,3	24,1	1,8
Perte d'intérêt	20,4	42,6	31,5	3,7	1,8
Questions que peuvent se poser les femmes sur l'accouchement	16,7	18,5	42,6	22,2	0

## **4 Proposition par le médecin généraliste de rencontrer le père pendant la grossesse et information auprès des femmes sur leur vécu durant la grossesse**

### **4.1 Proposition de rencontrer le père pendant la grossesse**

Parmi les 120 médecins interrogés :

- 47 ont déclaré proposer de rencontrer le père pendant la grossesse soit 39,2 %.
- 73 ne pas le proposer soit 60,8 %.

Précisions sur les situations où les 47 médecins ont répondu le faire : (plusieurs situations possibles par médecin, pourcentages réalisés sur les 47 médecins)

- 22 (46,8 %) : en cas de difficultés avec le père connues ou suspectées pendant la grossesse. Certains ont également précisé: 15 le faire rarement.
- 16 (34,0 %) : toujours. 1 a également précisé le proposer pour écouter les bruits du cœur.
- 7 ( 14,9 %) : souvent. 1 a également précisé le proposer pour écouter les bruits du cœur.
- 2 (4,2 %) : quand il ne connaissait pas le père.
- 1 (2,1 %) : pour les femmes jeunes.
- 1 (2,1 %) : le fait, parfois, en parlant des vaccinations pour les parents comme le rappel contre la coqueluche.

### **4.2 Information auprès de la femme du vécu de la grossesse par le père**

Parmi les 120 médecins interrogés :

- 63 ont déclaré s'informer auprès des femmes enceintes du vécu de la grossesse par le père soit 52,5 %.
- 57 ne pas s'en informer soit 47,5 %.

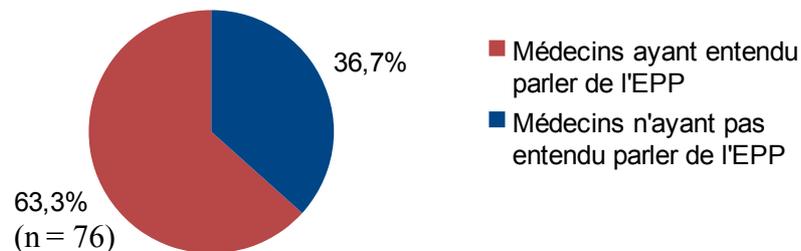
Précisions sur les situations où les 63 médecins ont déclaré le faire : (plusieurs situations possibles par médecin, pourcentages réalisés à partir des 63 médecins)

- 27 (42,8 %) : en cas de difficultés avec le père connues ou suspectées pendant la grossesse. Certains ont également précisé :14 le faire rarement.
- 21 (33,3 %) : toujours.
- 14 ( 22,2 %) : souvent. 1 d'entre eux a précisé en parler lors des échographies.
- 1 (1,6 %) : pour les femmes enceintes qu'il connaissait moins.

## **5 Connaissance et utilisation de l'entretien prénatal précoce par les médecins généralistes**

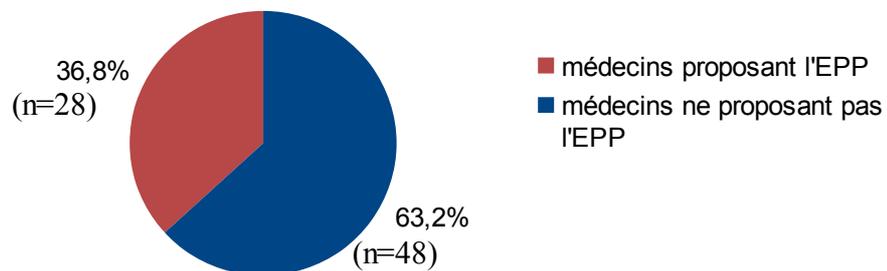
### **5.1 Connaissance par les médecins généralistes de l'entretien prénatal précoce**

Figure 35: Répartition des 120 médecins selon ceux qui ont ou non entendu parler de l'EPP



### **5.2 Proposition de la réalisation de l'entretien prénatal précoce aux femmes enceintes par les médecins le connaissant**

Figure 36 : Répartition des 76 médecins selon qu'ils ont ou non proposé aux femmes enceintes la réalisation de l'EPP

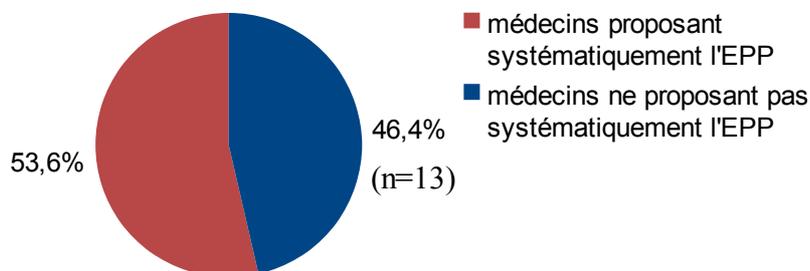


Motifs évoqués par les 48 médecins qui ont déclaré ne pas le proposer: (plusieurs motifs possibles par médecin, pourcentages réalisés à partir des 48 médecins)

- 18 (37,5 %) : n'ont pas vu l'intérêt de l'entretien.  
Parmi eux : 12 n'ont pas vu l'intérêt d'une consultation dédiée à cela car les thèmes de l'entretien sont abordés pendant le suivi, 3 pas d'intérêt d'une consultation en plus car trop de médicalisation de la grossesse et 3 pas d'intérêt.
- 12 (25 %) : manque de connaissance sur l'entretien.
- 7 (14,6 %) : oublié.
- 5 (10,4 %) : connaissance trop récente.
- 4 (8,3 %) : n'ont pas eu à réaliser des suivis de grossesse pour des femmes ayant des difficultés.
- 3 (6,2 %) : proposé par la sage-femme, la maternité ou par la CAF.
- 1 (2,1 %) : la maternité trop loin du lieu d'exercice pour que les femmes puissent le réaliser.
- 1 (2,1 %) : pas de place à la maternité pour le réaliser.
- 2 (4,2 %) : sans réponse.

### **5.3 Proposition systématique de la réalisation de l'entretien prénatal précoce**

*Figure 37 : Répartition des 28 médecins selon qu'ils ont répondu proposer systématiquement ou non la réalisation de l'EPP*



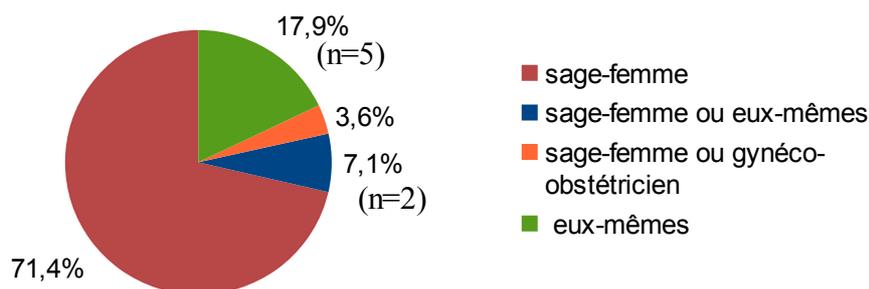
Les situations où les 13 médecins ne le proposent pas systématiquement ont déclaré le faire: (plusieurs situations possibles par médecin, pourcentages réalisés à partir des 13 médecins)

- 10 (76,9 %) : en cas de difficultés connues et/ou suspectées pendant la grossesse.
- 2 (15,4 %) : lorsqu'ils connaissaient moins le couple.
- 1 (7,7 %) : lorsqu'il y pensait.
- 1 (7,7 %) : pour les premières grossesses.

Parmi les 3 médecins ayant répondu s'informer du contexte social et psychologique pendant l'EPP : 2 ont répondu le proposer systématiquement.

### **5.4 Professionnel de santé réalisant l'entretien prénatal précoce**

*Figure 38: Répartition des professionnels de santé auxquels les 28 médecins proposant l'EPP ont répondu s'adresser pour sa réalisation*



Parmi les 3 médecins ayant répondu s'informer du contexte social et psychologique pendant l'EPP : 2 ont répondu l'utiliser eux-mêmes et 1 le faire lui-même ou s'adresser à une sage-femme.

## **6 Difficultés rencontrées par les médecins généralistes lorsqu'ils se sont informés sur le contexte social et psychologique des femmes enceintes**

120 médecins ont répondu à cette question (plusieurs difficultés possibles par médecin. Les pourcentages ont été réalisés en fonction des 120 médecins).

- **Réticence des femmes enceintes pour parler de leur situation sociale et/ou psychologique (43 fois soit 35,8 %)**
  - Certains ont aussi précisé :
    - particulièrement : avec les femmes qu'ils connaissaient moins (5 fois), quand le suivi est intermittent avec un autre professionnel de la santé (1 fois).
    - qu'il pouvait y avoir de la culpabilité (2 fois), de la honte (1 fois), la peur de la surveillance de l'enfant et de la suppression des allocations (1 fois).
- **Dans la prise en charge des difficultés sociales et/ou psychologiques (40 fois 33,3 %)**
  - Certains ont précisé :
    - manque de réponses sur les aides et les structures d'accueil à proposer (22 fois), manque de relation entre les structures et le médecin généraliste (1 fois), peu contacté par les structures quand problème connu (1 fois), des délais longs de prise en charge (2 fois).
    - problème du paiement des consultations avec le psychologue (2 fois), gestion de l'anxiété et arrêt du tabac (1fois), la thérapeutique à instaurer en cas de syndrome dépressif (1 fois), faire comprendre les risques de l'alcool (1 fois).
    - que la femme soit d'accord avec la prise en charge (3fois), gestion des demandes non motivées d'arrêt de travail (2fois), manque de formation concernant la prise en charge (1fois).
- **Pas de difficultés (33 fois soit 27,5 %)**
  - Certains ont aussi précisé :
    - qu'ils laissaient les femmes en parler spontanément (2fois).
    - qu'ils considéraient que c'était une intrusion dans leur vie privée (3fois).
    - qu'ils n'avaient pas de patientes avec des problèmes psycho-sociaux (3fois).
- **Crainte d'être intrusif en abordant ces sujets (14 fois soit 11,7 %)**
  - Certains ont précisé particulièrement avec :
    - conditions de vie (1 fois), les sujets financiers (1fois), les violences (1fois).
- **Manque de temps (3 fois soit 2,5 %).**
- **Pour rencontrer et avoir l'avis du père (3 fois soit 2,5 %)**
- **Problème de l'absence de cotation spécifique pour l'entretien prénatal précoce en médecine générale (2 fois soit 1,7 %)**
- **Oubli de rechercher certaines difficultés dans le domaine social (2 fois soit 1,7 %)**
- **Pour se rendre compte du degré d'implication de la femme dans sa grossesse (2 fois soit 1,7 %)**
- **Quand un problème concernant la femme enceinte est rapporté par une tierce personne (1 fois soit 0,8 %)**
- **Crainte d'inquiéter les femmes en abordant ces sujets (1fois soit 0,8%)**

# **Discussion**

## **1 Méthode**

### **1.1 La nature de l'enquête**

L'avantage de l'enquête téléphonique a été de pouvoir présenter les modalités et l'objectif de l'enquête aux médecins. De plus, lorsqu'ils l'ont demandé, les questions ont pu être répétées ou précisées de vive voix. Cela a aussi permis d'obtenir des réponses immédiates de leur part. Par contre, les questions aux réponses ouvertes ont été peu développées, cela pouvant être dû à la méthode téléphonique qui a pu moins les inciter à le faire et au temps qu'ils avaient de disponible pour répondre.

L'enquête a été descriptive et déclarative. Cela doit nous amener à interpréter les résultats comme tels, car les médecins ont décrit eux-même leur activité : ce sont donc des données subjectives qui correspondent à ce qu'ils ont pensé faire. Cela est une des limites de l'enquête.

### **1.2 La population**

L'échantillon des médecins a été réalisé aléatoirement pour ne pas inclure volontairement ceux qui auraient pu être plus sensibilisés au sujet de l'étude. Cinq médecins ont une activité annexe en rapport avec la gynécologie ou la pédiatrie.

La liste des médecins des pages jaunes a permis de sélectionner directement ceux inscrits comme exerçant en cabinet en libéral, sans exercice particulier en 2011. Mais on constate que la liste n'était pas totalement à jour car certains médecins sélectionnés n'exerçaient plus ou les téléphones étaient erronés.

Dans l'enquête réalisée, un peu plus de la moitié des médecins contactés ont accepté de répondre et ont ainsi une activité de suivi de grossesse. Selon les derniers résultats de la DREES au niveau national, 23,8 % des femmes ont consulté un médecin généraliste pour la surveillance avec au moins une consultation prénatale en 2010 [7]. On peut considérer que le taux de réponse de l'enquête de 51,9 % est satisfaisant.

Mais parmi ceux qui n'ont pas répondu, certains ont pu aussi réaliser des suivis de grossesse. Les médecins ayant répondu ont été ceux ayant l'affinité la plus forte pour le sujet. Un biais de sélection peut donc être présent.

### **1.3 Le questionnaire**

Lorsque les médecins ont dû décrire les informations recherchées, certains ont suggéré l'item « parfois » avant de répondre. Il s'agissait d'estimer la fréquence à laquelle les médecins s'intéressaient à ces thèmes et l'item « parfois » n'a pas été utilisé car il ne semblait pas assez préciser les pratiques.

Certains médecins en répondant par « rarement », ont justifié ce choix de réponse par le fait qu'ils s'en informaient seulement en cas de difficultés.

Les questions portant sur la situation sociale (n°8) et la stabilité du logement (n°11) ont été développées lorsque les médecins l'ont demandé. Pour la situation sociale, il était précisé qu'il s'agissait de la situation familiale, la situation professionnelle, les assurances, l'habitat. Pour la stabilité qu'il s'agissait par exemple d'un logement dans un foyer, un hôtel, chez des amis, dans une

caravane [3,17, annexe 2 et 3].

La question portant sur les troubles relationnels avec le conjoint et celle sur la violence conjugale est apparue semblable pour certains médecins. Il s'agissait de savoir à quelle fréquence ils recherchaient plus précisément auprès des femmes des situations de violence [3, annexe 3].

## **2 Résultats**

### **2.1 Échantillon**

Selon la répartition nationale de la DREES des 57339 médecins généralistes libéraux et mixtes en janvier 2011 [38]:

- 38016 (66,3 %) hommes, 19323 (33,7 %) femmes
- 8989 (15,7 %) moins de 39 ans , 13933 (24,3 %) de 40 à 49 ans , 34417 (60 %) de 50 ans ou plus
- 9396 (16,4 %) en rural et 47943 (83,6 %) en urbain

Si on compare les résultats de l'échantillon des médecins qui ont été interrogés aux médecins généralistes en France selon le sexe, l'âge et le lieu d'exercice, l'échantillon est représentatif de la population par rapport à l'âge des médecins (pas de différence significative,  $p > 0,05$ ) , mais pas selon le sexe et le lieu d'exercice (différence significative,  $p < 0,05$ )[annexe 4]. Les résultats ne sont donc pas généralisables.

La répartition selon le sexe et le lieu d'exercice des 250 médecins initialement sélectionnés et à contacter pour réaliser l'échantillon final, était plutôt superposable à la répartition nationale. Le fait que l' échantillon ne soit pas représentatif selon le sexe et le lieu d'exercice a pu être dû au fait que des médecins n'aient pas pu être contactés et aux refus de répondre à l'enquête.

On constate aussi que les médecins n'ont pas répondu de la même façon selon le sexe. Les femmes sélectionnées ont été plus nombreuses en proportion que les hommes à répondre au questionnaire. Les femmes médecins ont peut-être été plus intéressées par le sujet de l'enquête ? On remarque ainsi qu'un grand nombre d'entre elles ont accepté de répondre et réalisaient donc des suivis de grossesse lors de l'enquête.

Concernant le lieu d'exercice, les taux sont également plus élevés dans l'échantillon des médecins interrogés, les médecins exerçant en rural ont-ils été aussi plus intéressés par l'enquête ?

### **2.2 Activité de suivi de grossesse**

On constate que les médecins généralistes interrogés ont bien une activité de suivi de grossesse. En effet, un peu moins de la moitié des médecins interrogés ont estimé suivre entre 1 à 10 grossesses par an et un peu plus de la moitié des médecins plus de 11 (figure 6).

L'enquête met en évidence qu'ils ont suivi les patientes le plus souvent tout au long de la grossesse car 67,5 % ont estimé les suivre jusqu'au septième mois (figure 7). Cette implication dans le suivi, peut les avoir amenés à s'intéresser au contexte social et psychologique des femmes.

Les médecins généralistes ont réalisé en général des suivis de grossesse pour des patientes déjà connues. En effet, parmi les 69,2% de médecins ayant répondu avoir réalisé des suivis de grossesse pour des nouvelles patientes enceintes, 81,9 % d'entre eux ont dit avoir « rarement » rencontré cette situation. Dans l'enquête de L'URML de Bretagne 76,5 % des femmes enceintes vues en consultation pendant les deux semaines de l'étude étaient aussi des femmes connues avant la grossesse [8].

## **2.3 Le contexte social**

### **2.3.1 Préoccupation des médecins généralistes par rapport à la situation sociale des femmes**

On remarque que la plupart des médecins ont dit s'informer de façon systématique sur la situation sociale des femmes qu'ils les aient déjà suivies ou non. En effet, lorsque les médecins les ont déjà suivies, 96,7 % d'entre eux ont répondu s'être préoccupés de la situation sociale avant la grossesse. Parmi eux, 54,3 % ont précisé s'en être informés « toujours » et 42,2 % l'avoir aussi fait « souvent » (figure 8). Concernant les suivis de grossesse pour les nouvelles patientes, 69,2 % ont rencontré cette situation et 81,9% d'entre eux ont aussi répondu s'être renseigné « toujours » sur la situation sociale (figure 10). On note aussi que la majorité des médecins a été attentive à prendre en compte le contexte social des femmes y compris en dehors de la grossesse.

### **2.3.2 Peu de médecins ont réévalué systématiquement la situation sociale lors de la grossesse pour les femmes qu'ils ont déjà suivies**

La plupart (67,5 %) des médecins ont répondu ne pas faire le point d'une façon systématique sur la situation sociale lors de la grossesse lorsqu'ils avaient déjà suivi les femmes auparavant (figure 9). La majorité n'a donc pas toujours recherché d'éventuels changements dans la situation sociale de ces femmes. Leur contexte social a pu se modifier sans qu'elles en aient parlé, des problèmes récents ont aussi pu survenir et être masqués. Réévaluer la situation sociale chez toutes les femmes enceintes permet de repérer d'éventuelles difficultés. Les femmes ne bénéficiant pas de la CMU ou de l'AME peuvent aussi rencontrer des difficultés financières et le fait de ne pas être exonéré de l'avance de frais peut les freiner à consulter en plus du suivi mensuel et à réaliser des examens [39].

Dans la thèse de B.You en 2009 où des femmes ayant accouchées ont été interrogées, il ressortait que les conditions de vie avaient été peu abordées pendant le suivi de grossesse par leur médecin généraliste [40]. F. Molénat rappelle que la grossesse est le moment idéal pour ouvrir le dialogue avec les futurs parents avant qu'ils ne se sentent en échec [13].

La plupart des médecins ne faisant pas toujours le point lors de la grossesse, ont précisé le faire en cas de difficultés connues ou survenant pendant la grossesse, en rapport avec le domaine social (64,2 %). Ils n'ont pas été systématiques mais ont été tout de même vigilants lorsque des situations à risque étaient connues d'eux.

Même si la majorité (64,1 %) des médecins ayant réévalué la situation sociale avait dit s'en être « toujours » informée avant la grossesse et ont donc été préoccupés par l'environnement social des femmes, cela représente seulement 39,7 % de l'ensemble des médecins le faisant « toujours » avant la grossesse.

Il apparaît que 48,1 % des médecins qui ont dit ne pas la réévaluer systématiquement pendant la grossesse ont également répondu ne pas « toujours » s'en informer avant la grossesse. Si les femmes n'avaient pas de difficultés connues, la situation sociale des femmes enceintes qu'ils ont déjà suivies a pu ne pas être « toujours » connue d'eux.

### **2.3.3 Préoccupation plus systématique de certains médecins lorsque les femmes n'étaient pas connues d'eux**

On constate que lorsque les médecins ont fait des suivis de grossesse pour des nouvelles patientes, 97,6 % ayant dit « toujours » s'informer de la situation sociale avant la grossesse chez les patientes déjà suivies par eux, ont aussi été « toujours » préoccupés par la situation sociale des nouvelles patientes.

Le fait de suivre des nouvelles patientes, a amené par contre certains médecins à s'informer systématiquement lors de la grossesse de leur situation sociale. En effet, les médecins ayant dit se renseigner « souvent » ou « rarement » avant la grossesse chez les femmes déjà suivies, ont été plus nombreux, respectivement 83,8 % et 50 %, à répondre qu'ils s'en étaient informés de façon systématique lorsqu'ils avaient suivi des nouvelles patientes.

### **2.3.4 Information sur la situation sociale au cours des consultations prénatales mensuelles**

Les 82 médecins qui ont répondu se renseigner systématiquement lors de la grossesse sur la situation sociale, soit pour la réévaluer, soit lorsque les femmes étaient nouvellement suivies, ont tous déclaré le faire pendant les consultations du suivi de grossesse. Ils ont ainsi prévu un temps pour cela lors des consultations et l'ont intégré au suivi médical de la grossesse. Concernant les femmes en situation de précarité, un risque de décrochage du système de soins est présent [39]. Il est donc important de s'informer ou de réévaluer leur situation sociale dès qu'elles sont présentes.

Les médecins ont été attentifs à s'en informer dès le début. En effet, la plupart d'entre eux (58,5 %) ont précisé le faire pendant la première consultation. Les autres médecins ont dit le faire surtout pendant la première et également au cours des consultations successives (15,8 %) et au fur et à mesure des consultations successives sans en citer une en particulier (25,6 %). Le fait de repérer tôt les problèmes permet aux médecins d'être attentifs pendant le reste du suivi et de proposer si besoin des prises en charge d'une façon précoce.

L'entretien prénatal précoce apparaît très peu utilisé pour repérer également d'éventuelles difficultés sociales car seulement 3,6 % des médecins ont répondu l'utiliser en plus des consultations de suivi pour cela.

### **2.3.5 Exploration de la situation sociale des femmes**

Chaque médecin a sa représentation des difficultés à rechercher, c'est pourquoi on va s'intéresser aux domaines d'information concernant la situation sociale qui ont été explorés.

#### **2.3.5.1 Exploration partielle**

##### **▪ La situation familiale**

On constate que la majorité des médecins a répondu s'informer systématiquement sur **la situation familiale** : en effet, 72,5 % des médecins ont dit rechercher « toujours » si les femmes vivaient seules ou en couple et 90,5 % « toujours » le nombre d'enfants (figures 11 et 12). S'enquérir de la situation familiale a donc bien fait partie des préoccupations des médecins. Les femmes seules peuvent être dans des situations d'isolement qu'ils peuvent ainsi repérer et le nombre d'enfants leur permet d'être renseigné sur la composition familiale et la parité des femmes.

##### **▪ La situation professionnelle**

*Des femmes :*

La majorité des médecins a répondu se renseigner systématiquement sur **l'activité professionnelle** (91,4 %) (figure13). Les médecins sont aussi amenés à évoquer le travail au cours de leur pratique même en dehors de la grossesse. Le fait de s'en informer leur permet d'évaluer la pénibilité du travail car certaines professions peuvent avoir des conséquences sur le bon déroulement de la grossesse et lorsque les femmes sont sans emploi, d'être attentifs pendant la grossesse à d'éventuelles difficultés [4,41].

Il apparaît que concernant **le temps de travail et le temps de transport**, 46,5 % des médecins ont répondu s'en informer « toujours » et 25% « souvent » (figures 14 et 15). Les médecins ont donc dit les rechercher mais on remarque que le taux le faisant systématiquement est moins élevé que pour l'activité professionnelle. Le temps partiel peut être choisi par les patientes mais il peut aussi être dépendant du poste qu'elles occupent et les revenus des femmes sont alors plus faibles. Quant aux longs trajets quotidiens, ils peuvent aussi entraîner des situations de surmenage, de fatigue et favoriser des menaces d'accouchement prématuré [4,22,42].

On constate que peu de médecins ont fait systématiquement une recherche sur la présence de **toxiques au travail** et les réponses ont été plus réparties. Un peu plus de la moitié a répondu la rechercher « toujours » (24,1 %) ou « souvent » (26,7 %) et un peu moins de la moitié le faire « rarement » (29,3 %) ou « jamais » (19,8%) (figure 16).

Les entreprises avec au minimum un salarié sont assujetties à cotiser à la médecine du travail [43] mais cela n'est pas le cas pour les travailleurs indépendants, en parler plus souvent avec les femmes pourrait permettre de s'assurer de l'absence de toxicité et qu'elles soient plus vigilantes à ce problème si une situation à risque se présentait. L'HAS recommande de s'en informer [22]. De plus, en cas de risque, les femmes peuvent ainsi avertir suffisamment tôt la médecine du travail et l'employeur de leur grossesse.

La manipulation de toxiques lors du travail peut avoir des répercussions sur la grossesse. L'Institut National de Recherche et de Sécurité et le Ministère de l'Emploi ont chacun un site internet qui apporte des informations sur les risques encourus en fonction des toxiques [41,44,45].

On remarque ainsi que les médecins se sont renseignés sur l'activité professionnelle exercée mais les caractéristiques de la profession ont été moins systématiquement explorées. Il se peut que parfois les médecins en connaissant l'activité professionnelle aient une idée de leur temps de travail, de transport et de la présence d'éventuels toxiques. Mais le fait de se renseigner auprès des femmes peut éviter d'omettre certaines situations à risque.

#### *Des pères :*

Concernant **la situation professionnelle du père**, on remarque que les pratiques des médecins sont contrastées. Un peu plus de la moitié d'entre eux s'en est informée « toujours » (26,7 %) ou « souvent » (24,1 %), un peu moins l'a fait « rarement » (20,7 %) ou « jamais » (28,4 %) (figure 18). Bien que plus de la moitié ait répondu s'en informer « toujours » ou « souvent », on constate que peu d'entre eux ont été systématiques, pourtant le fait d'être sans emploi peut être une situation difficilement vécue chez le père et la mère et avoir des répercussions financières. Les médecins généralistes peuvent être amenés à suivre aussi les pères et ainsi connaître leur situation professionnelle mais cela n'est pas forcément systématique.

### ▪ **Le type des revenus perçus en cas d'inactivité**

Dans l'enquête réalisée, les médecins ont été peu préoccupés par **les revenus perçus en cas d'inactivité** car 42,2 % des médecins ont dit ne « jamais » s'en informer et 29,3 % le faire « rarement » (figure 17). Les médecins pourraient s'assurer que les femmes perçoivent bien les aides sociales nécessaires pendant la grossesse afin de repérer d'éventuelles difficultés. Certains médecins ont évoqué lors de la réalisation du questionnaire des raisons pour expliquer le fait ne pas les rechercher comme ne pas y penser, ne pas être à l'aise avec les prises en charge à proposer en cas de problème ou considérer que cela ne faisait pas partie de leur rôle.

## ▪ L'assurance complémentaire

Les assurances complémentaires sont le plus souvent payantes et le fait de ne pas en avoir peut amener les médecins à s'interroger sur d'éventuelles difficultés financières. On constate que la majorité des médecins a répondu ne pas se renseigner sur la présence d'une **assurance complémentaire** car 66,3 % ont déclaré ne « jamais » le faire (figure 19) et seulement 9,5 % le faire systématiquement. Dans la thèse de A. Aubry en 2011 à Paris, seulement 7,4% des médecins ont répondu s'en informer systématiquement auprès de leurs patients [46].

Bien que l'informatisation des médecins soit répandue [47], la présence d'une complémentaire autre que la CMU n'apparaît pas. Cela nécessite donc de s'en informer auprès des patientes. Seuls les examens prénataux obligatoires sont pris en charge à 100 % du premier au cinquième mois de grossesse. C'est à partir du sixième mois et ce jusqu'au douzième jour après l'accouchement, que tous les frais liés aux soins durant la grossesse sont pris en charge à 100 % [39,48].

## ▪ L'habitat

La majorité des médecins a répondu se renseigner systématiquement sur le **lieu d'habitation** des femmes (81,9 %)(figure 20). La distance entre la maternité et le lieu d'habitation peut avoir une incidence sur l'accouchement principalement en cas de pathologie [49] et cette information leur est aussi utile lorsqu'ils réalisent des visites à domicile. On constate ainsi qu'il ont été préoccupés par le lieu d'habitation.

Concernant la **stabilité du logement**, deux groupes de médecins sont apparus. Un peu plus de la moitié a répondu se renseigner sur la stabilité du logement « toujours » (35,3 %) ou « souvent » (15,5 %). Un peu moins de la moitié « rarement » (16,4 %) ou « jamais » ( 31,9 %) (figure 21). On remarque que seul un tiers a dit s'en informer systématiquement, pourtant le fait de loger dans des conditions précaires, doit alerter les médecins.

Les médecins peuvent parfois reconnaître l'endroit où logent les femmes suivant l'adresse comme lorsqu'il s'agit d'un foyer ou avoir réalisé des visites à domicile mais cela ne les informera pas si elles résident dans des quartiers qui ne sont pas connus d'eux ou chez des amis de façon plus ou moins récente sans en parler.

On constate que la plupart des médecins ont répondu s'informer « rarement » (25,9 % ) ou « jamais » (48,3 %) sur la **salubrité du logement** (figure 22). L'insalubrité peut pourtant avoir des retentissements sur la mère et l'enfant et les causes peuvent être multiples, liées à des chauffages défectueux avec risque d'intoxication par le monoxyde de carbone, à des intoxications au plomb, à des réseaux d'électricité-d'eau-de gaz ou à des logements sur-occupés [50]. Les risques de l'intoxication au plomb ont été notamment rappelés dans les recommandations car elles peuvent entraîner sur le plan médical des fausses couches, des retards de croissance intra-utérin et de l'hypertension artérielle [4].

### **2.3.5.2 Précision sur les domaines explorés par les médecins ayant été toujours préoccupés par la situation sociale avant la grossesse**

Certains domaines ont été plus ou moins explorés par l'ensemble des médecins interrogés et lorsque l'on regarde particulièrement les médecins qui ont dit s'en informer systématiquement avant le suivi de grossesse, on fait la même constatation. Concernant ceux ayant été « toujours » explorés par la majorité, par ordre décroissant, il y a le nombre d'enfant, l'activité professionnelle, le lieu d'habitation, si les femmes vivaient seules ou en couple, le temps de transport et le temps de travail.

Concernant ceux ayant été moins fréquemment explorés, il y a dans l'ordre décroissant, la

stabilité du logement, la situation professionnelle du père, la présence de toxiques au travail, le type des revenus en cas d'inactivité professionnelle et la salubrité du logement. Concernant la présence d'une assurance complémentaire, la majorité a dit ne « jamais » la rechercher. Ces médecins qui ont été vigilants avant la grossesse à la situation sociale des femmes, ont aussi peu pris en compte certains des items.

### **2.3.5.3 Hypothèses émises suite à l'ensemble des pratiques constatées**

La plupart des médecins ont répondu s'informer de façon systématique sur un item étant en rapport avec la situation familiale, professionnelle et l'habitat. D'autres items proposés étaient aussi en rapport avec ces domaines mais nécessitaient parfois d'explorer plus en détail la situation.

On remarque que des items ayant été très explorés comme le nombre d'enfant, l'activité professionnelle et le lieu d'habitation, ont des conséquences physiques. La parité renseigne sur les antécédents obstétricaux, l'activité professionnelle peut avoir des retentissements sur le plan médical et l'éloignement entre le lieu d'habitation et la maternité peut dans certains cas intervenir lors de l'accouchement. Les conséquences physiques pouvaient être connues d'eux et cela a pu peut-être les inciter à s'en informer. Concernant les autres items, connaissaient-ils les répercussions possibles aussi bien sur le plan de la santé physique que mentale ? Ont-ils pu manquer de temps pour s'en informer ?

Les items ayant été peu explorés pouvaient avoir un rapport plus ou moins important avec la situation financière et cela a peut-être freiné des médecins. De plus, étaient-ils aussi à l'aise avec les prises en charge à proposer en cas de difficulté ? La prise en compte de la situation sociale faisant aussi parti des compétences de l'assistante sociale, certains médecins ont peut-être pu considéré que s'informer sur certains domaines n'était pas de leur rôle.

## **2.4 Le contexte psychologique**

### **2.4.1 Préoccupation des médecins généralistes de la situation psychologique des femmes enceintes**

Il apparaît dans l'enquête réalisée que la plupart des médecins se sont préoccupés de la situation psychologique des femmes enceintes. En effet, un peu plus de la moitié (55 %) a répondu s'en informer chez toutes les femmes enceintes. Prendre en compte la dimension psychologique lors du suivi, fait partie du rôle des médecins généralistes. Les femmes enceintes sont le plus souvent connues d'eux avant la grossesse, elles peuvent venir consulter pour d'autres motifs que la grossesse ou comme pour les autres enfants, ils assurent ainsi une continuité et une disponibilité dans les soins. Cela permet d'établir une relation de confiance qui peut inciter les femmes à confier d'éventuelles difficultés et les médecins à aborder certains sujets.

La plupart de ceux qui ont répondu ne pas s'en informer chez toutes les femmes, ont dit le faire mais en ciblant leur recherche comme en cas d'antécédents de troubles psychiques et/ou de difficultés suspectées (2,5 % en cas d'antécédents, 17,5 % en cas d'antécédents et de difficultés suspectées et 24,2 % en cas de difficultés suspectées). Les antécédents de troubles psychiques comme par exemple une dépression du post-partum doivent effectivement rendre attentifs les médecins car les études ont montré des corrélations avec des troubles psychiques pendant la grossesse [19]. Mais M. Bydlowski parle de mouvements psychiques qui débuteraient dès l'annonce de la grossesse, ce qui pourrait concerner toutes les femmes [20].

F. Molénat fait le constat que l'un des grands problèmes retrouvé dans les dépressions du post-partum et les troubles de l'attachement sur fond d'anxiété vient du fait que les mères n'ont pas osé s'exprimer, sont restées passives, ont eu peur de ne pas savoir et à partir de là se sont culpabilisées et dévalorisées [51].

## **2.4.2 Information sur la situation psychologique au cours des consultations prénatales mensuelles**

La majorité des médecins (80 %) a répondu s'informer de la situation psychologique pendant les consultations prévues du suivi de grossesse. Les 20 % restants ont dit qu'ils le faisaient lors de la consultation où des troubles étaient suspectés, ce qui peut donc être pendant ou en dehors d'une consultation de suivi. La majorité des médecins ayant déclaré le faire pendant les consultations de suivi, ont précisé ne pas en utiliser plus spécifiquement une.

La plupart des médecins interrogés ont donc également pris en compte le contexte psychologique en l'intégrant aux consultations où se déroulent le suivi médical et cela durant tout le suivi. Les problèmes sociaux, psychologiques et médicaux peuvent être imbriqués, des difficultés évoquées au cours de l'examen ainsi que des symptômes physiques pouvant aussi alerter sur des tensions psychosociales, l'examen médical étant un des moyens d'instaurer le dialogue.

L'entretien prénatal précoce et le fait d'utiliser une consultation complémentaire ont été peu utilisés par les médecins pour cela. En effet, seulement 2,5 % d'entre eux ont répondu le faire aussi pendant l'entretien prénatal précoce et 2,5 % également lors d'une consultation complémentaire. On note que tous les médecins ayant répondu s'informer chez toutes les femmes de la situation psychologique et étant donc préoccupés par cela, ont utilisé les consultations de suivi. Seulement 1 d'entre eux a dit aussi utiliser l'EPP et 1 autre une consultation complémentaire pour s'en informer.

Lors des consultations mensuelles, l'examen médical et les conseils de prévention nécessitent aussi du temps. Un temps spécifique sous forme d'entretien sans examen peut aider aussi les médecins à s'informer de la situation psychologique et inciter des femmes à s'exprimer.

## **2.4.3 Exploration des difficultés pouvant être évocatrices de troubles psychologiques**

### **2.4.3.1 Exploration partielle**

Les médecins ont aussi chacun leur propre représentation de ce qu'est la situation psychologique, c'est pourquoi on va s'intéresser aux fréquences auxquelles ils ont recherché certaines difficultés pouvant être évocatrices de troubles psychologiques.

Ils doivent partir des préoccupations des femmes enceintes mais doivent prendre également l'initiative d'aborder avec elles et les conjoints des sujets qui les préoccupent, de manière à évaluer la situation et pouvoir anticiper et prendre en charge des difficultés éventuelles [21].

#### **▪ Les addictions**

*Alcool :*

On constate que la majorité des médecins (65 %) a répondu s'informer systématiquement sur une consommation d'**alcool** (figure 23). Dans la thèse de E. Gigon, en 2006, 76 médecins généralistes ont été interrogés et 41% des médecins ont dit s'en informer de façon systématique chez les femmes enceintes [52]. Dans le baromètre santé de 2009, les médecins généralistes ont été interrogés sur leur pratique en général y compris en dehors de la grossesse, chez les hommes et les femmes, et seulement 23 % ont abordé au moins une fois avec chaque patient la question de la consommation d'alcool [53].

Dans une étude réalisée en France, en 2002, les motifs avancés par les médecins généralistes pour expliquer le fait de ne pas être systématique étaient : qu'ils craignaient de déplaire à une partie de leurs patients en abordant ce sujet, que cela demandait trop de temps, que c'était insatisfaisant ; certains regrettant un manque de savoir faire et de moyen pour repérer les consommateurs [54]. D'autres motifs comme le fait qu'ils connaissaient leurs patientes, qu'ils se fiaient à l'examen

clinique, qu'ils ne voulaient pas s'introduire trop dans leur vie ou que les patientes minimisaient leur consommation ont aussi été évoqués dans la thèse de E. Gigon [52].

Les risques ont été rappelés dans les recommandations de l'HAS [4]. Cela a pu les sensibiliser et les inciter à davantage la rechercher. Bien qu'ils étaient informés de l'anonymat pour le traitement des données, ils ont peut-être pu ne pas oser décrire réellement leurs pratiques et sur-évaluer la fréquence en sachant qu'il était recommandé de le rechercher. Après cette enquête, en juin 2011, un guide sur les consommations d'alcool pendant la grossesse a aussi été édité par le ministère de la santé [55].

#### *Tabac :*

Des associations possibles entre le tabac et certains troubles anxieux et la dépression ont été évoquées [56,57]. Dans l'enquête réalisée, la très grande majorité des médecins (88,3 %) a répondu rechercher systématiquement une consommation de **tabac** (figure 24). Dans la thèse de E. Gigon, 84% des médecins avaient aussi dit interroger de façon systématique les femmes enceintes sur une consommation de tabac et les 16 % restants pour qui cette question n'était pas systématique, avaient expliqué qu'ils connaissaient leurs patientes [52]. Dans le baromètre santé des médecins de 2009, 63,2 % avaient déclaré rechercher au moins une fois chez leurs patients une consommation de tabac [53].

Les recommandations de l'HAS ont également abordé ce sujet [4]. Les fréquences auxquelles ils l'ont recherchée ont peut-être pu être surévaluées en sachant qu'il était recommandé de le faire ou ils l'ont davantage fait chez les femmes enceintes que dans la population générale.

On remarque que la consommation de tabac a été plus systématiquement recherchée que l'alcool. Certains ont-ils été plus à l'aise pour aborder ce sujet ? Dans la thèse de E. Gigon, 97 % n'avaient éprouvé aucune difficulté à s'en informer [52].

#### *Drogues :*

Concernant une consommation de **drogues**, les pratiques ont été plus contrastées que pour l'alcool ou le tabac. Deux groupes de médecins sont apparus. Un peu plus de la moitié des médecins a répondu s'en informer « toujours » (45 %) ou « souvent » (13,3 %). Un peu moins de la moitié a répondu le faire « rarement » (32,5 %) ou « jamais » (9,2 %) (figure 25). Les médecins ont été moins systématiques pour s'en informer que pour le tabac et l'alcool et le taux de médecins le faisant « rarement » ou « jamais » a été plus élevé. Dans le baromètre santé de 2009, 7,8 % des médecins avaient déclaré rechercher une consommation de cannabis au moins une fois chez leurs patients. Ils déclaraient le plus souvent le faire chez les patients jugés à risque [53]. Bien que les médecins peuvent être au courant des antécédents de toxicomanie chez des patientes, certaines peuvent masquer cette addiction ou en consommer occasionnellement sans en parler. Le fait de connaître souvent les patientes avant la grossesse a-t-il pu les freiner à s'en informer chez toutes les femmes ?

#### *Automédication :*

Les femmes peuvent effectivement consommer par exemple des somnifères ou des antalgiques. La majorité des médecins (59,2 %) a répondu se renseigner systématiquement sur une éventuelle **automédication** (figure 26). Les recommandations de l'HAS ont rappelé également les risques et la nécessité d'en informer les femmes ce qui a pu sensibiliser les médecins à sa recherche [4]. Mais on peut se demander si tous les médecins ayant répondu le faire, en plus de les informer des risques, ont demandé aux femmes enceintes si elles prenaient des médicaments.

On constate qu'ils ont été attentifs à rechercher d'abord une consommation de tabac puis d'alcool puis une automédication et moins fréquemment une consommation de drogues. Les addictions peuvent être associées entre elles, cela doit inciter les médecins à rechercher toutes les addictions

de façon systématique [23]. La grossesse est une période propice pour les repérer et aussi réaliser des actions de prévention car les femmes sont en contact avec le milieu médical. Certaines de ces addictions comme l'alcool et le tabac ont des tests (T-ACE, Fagerström, Horn) qui peuvent être réalisés chez les femmes enceintes pour les repérer. Bien que dans la thèse de E. Gigon, aucun n'avait utilisé de questionnaires [52], les tests ont peut-être pu en inciter certains à davantage s'en informer.

### ▪ Les troubles du Sommeil

Ils peuvent notamment pendant la grossesse être des signes évocateurs de troubles anxieux ou dépressifs [3]. Dans l'enquête, la plupart des médecins ont répondu s'informer « toujours » (41,7 %) ou « souvent » (23,3 %) sur l'existence de **troubles du sommeil** (figure 27). Ces troubles peuvent être recherchés lors de l'interrogatoire chez toutes les femmes enceintes car ils peuvent aider au repérage des troubles psychiques.

### ▪ Les troubles relationnels et la violence conjugale

#### *Troubles relationnels avec le conjoint ou l'entourage :*

Le conjoint et l'entourage familial peuvent être un soutien pour les femmes enceintes [3,58] mais cela ne sera pas toujours le cas lorsqu'il y a des troubles relationnels et pourra avoir de nombreuses répercussions sur les femmes et les isoler.

Concernant ceux **avec le conjoint**, les pratiques des médecins interrogés ont été contrastées. Un peu plus de la moitié a dit s'en informer « rarement » (42,5 %) ou « jamais » (14,2 %) et un peu moins de la moitié « toujours » (21,7 %) ou « souvent » (21,7 %) (figure 28).

Concernant **l'entourage familial**, la plupart des médecins ont répondu s'en informer « rarement » (49,2 %) ou « jamais » (30 %) (figure 29).

Il apparaît ainsi que peu de médecins ont recherché systématiquement des troubles relationnels. Les médecins n'auront pas toujours connaissance de ce type de troubles s'ils ne s'en informent pas car même s'ils connaissent parfois la famille, les problèmes pourront être masqués, ne pas être évoqués.

#### *Violence conjugale, si les femmes se sentaient en sécurité :*

Les violences peuvent débuter ou se poursuivre durant la grossesse qui est une période où elles sont particulièrement vulnérables [31,32]. Dans l'enquête réalisée, seulement 9,2 % ont répondu rechercher systématiquement si les femmes enceintes **se sentaient en sécurité** dans leur vie de couple. La plupart des médecins ont répondu la rechercher « rarement » (48,3 %) ou « jamais » (33,3 %) (figure30).

Dans le rapport sur les violences en 2000, il est conseillé de réaliser un repérage systématique de ces situations car toutes les catégories sociales peuvent être concernées, il n'existe pas de profil type [31] et de nombreuses femmes n'en parleront pas spontanément. En plus de ce repérage systématique, les médecins peuvent être très vigilants dans certaines situations car des études ont trouvé que des femmes comme par exemple les jeunes, sans emploi ou ayant des antécédents de violence sexuelle ou de maltraitance seraient très touchées par ces violences [32].

Il apparaît que le taux de médecins ayant dit rechercher de façon systématique des troubles relationnels avec le conjoint est un peu plus élevé que celui concernant les violences conjugales. Plus de médecins se sont donc intéressés systématiquement à l'entente avec le conjoint et moins de médecins de savoir si les femmes se sentaient en sécurité. On peut se demander si en présence de troubles relationnels avec le conjoint, ils ont recherché des situations de violences.

Certaines raisons pouvant motiver leurs pratiques ont été rapportées dans le rapport sur les

violences faites aux femmes comme le fait qu'ils ne réalisent pas l'ampleur du problème et que cela pouvait toucher tous les milieux, être intrusif et offenser les femmes, le problème étant complexe et difficile à gérer, les femmes pouvant être réticentes à en parler ou ambivalentes, le manque de temps, le manque de formation ou encore des réticences personnelles [31].

### ▪ Le stress

*Si les femmes se sont senties surmenées ou débordées :*

On remarque que concernant **le stress**, plus de la moitié des médecins a répondu « toujours » (30,8 %) ou « souvent » (43,3 %) rechercher si les femmes enceintes se sentaient surmenées ou débordées (figure 31). Des situations comme par exemple des déménagements, des changements ou un surcroît de travail peuvent être stressantes et peuvent rendre encore plus attentifs les médecins. Il est néanmoins nécessaire de s'en informer auprès de chaque femme car le stress est une notion subjective et cela dépendra de chacune d'entre elles [29]. La grossesse peut être en soi un événement stressant et l'effet du stress dépend de la façon dont les émotions sont assimilées et des supports pré et post-nataux [16].

### ▪ L'anxiété, le syndrome dépressif

*Les Émotions Ressenties par exemple inquiétude, tristesse :*

Les émotions ressenties par les femmes pourront être plus ou moins exprimées mais les médecins doivent être attentifs à ce qu'elles puissent le faire et à repérer certains états. Dans l'enquête réalisée, on remarque que les médecins ont été préoccupés par ce qu'ont pu **ressentir** les femmes enceintes telles que de l'anxiété, de la tristesse car 45,8 % des médecins ont répondu s'en informer « toujours » ou 31,7 % le faire « souvent » (figure 32).

Encourager l'expression de toutes les femmes peut permettre d'identifier d'éventuelles difficultés et lorsqu'il le faut réaliser des prises en charge précoces. Lorsque les médecins sont au courant des antécédents comme par exemple une dépression du post-partum, des accidents obstétricaux, cela peut les rendre encore plus attentifs. Une étude qualitative pourrait permettre de connaître la façon dont les médecins abordent le ressenti des femmes, s'ils utilisent des questions ouvertes, s'ils se sentent à l'aise pour accueillir les propos des femmes et les solutions qu'ils proposent.

F. Molénat rapporte que « dans les enquêtes menées après EPP, les femmes enceintes ont dit leur stupéfaction de constater qu'un professionnel médical prenne du temps pour les écouter » [51]. La majorité des médecins n'a pas utilisé de consultation spécifique pour s'informer de la situation psychologique. Il serait intéressant de recueillir l'avis des femmes suivies en médecine générale sur ce sujet. Alors, ont-elles eu l'impression de pouvoir s'exprimer comme elles le souhaitent et que leurs propos retenaient l'attention des médecins lors des consultations qu'elles ont eues ?

*La perte d'intérêt :*

Concernant une **perte d'intérêt** pour des activités, l'enquête met en évidence deux groupes de médecins. Un peu plus de la moitié a répondu s'en informer « rarement » (36,7 %) ou « jamais » (20,8 %). Un peu moins de la moitié « toujours » (19,2 %) ou « souvent » (21,7 %) (figure 33). Les pratiques sont apparues contrastées avec une prédominance pour le groupe s'en informant « rarement » ou « jamais ». La perte d'intérêt fait pourtant partie des signes pouvant évoquer un syndrome dépressif et peut aider à son repérage lors de la grossesse [3].

### ▪ Les questions que peuvent se poser les femmes

*Sur l'accouchement :*

Dans l'enquête, on constate que les médecins ont dit se préoccuper **des questions que peuvent se poser les femmes sur l'accouchement** car la plupart ont répondu les rechercher « toujours » (43,3 %) ou « souvent » (30 %) (figure 34). Il est nécessaire que toutes les femmes puissent le faire.

Le fait qu'elles puissent poser leurs questions et avoir des réponses à leurs interrogations pourrait aussi limiter l'apparition d'anxiété. Le CIANE rappelle dans ses propositions que les futurs parents doivent être encouragés à exprimer un projet de naissance. Cela favorisera aussi leur engagement et sera bénéfique pour la relation de confiance [59].

### **2.4.3.2 Précision sur les difficultés ayant été explorées par les médecins selon qu'ils aient dit s'informer systématiquement de la situation psychologique ou non**

L'ensemble des médecins a peu recherché certaines difficultés et lorsqu'on regarde particulièrement les médecins ayant répondu se préoccuper « toujours » de la situation psychologique, on constate une tendance assez similaire. La très grande majorité d'entre eux a bien recherché « toujours », par ordre décroissant, une consommation de tabac et d'alcool. Une majorité un peu moins prononcée a recherché « toujours », par ordre décroissant, les émotions ressenties, une automédication, les questions que peuvent se poser les femmes sur l'accouchement, des troubles du sommeil et une consommation de drogues.

Concernant les situations stressantes, une perte d'intérêt, les troubles relationnels avec le conjoint, l'entourage familial et les situations de violence conjugale, les réponses ont été réparties. Ils ont été moins nombreux à rechercher ces difficultés systématiquement ou fréquemment (tableau 2).

Pour les médecins qui ont dit ne pas s'en informer systématiquement, on constate que la majorité a tout de même répondu rechercher « toujours » certains des items. La très grande majorité a répondu qu'ils s'informaient « toujours », par ordre décroissant, sur une consommation de tabac et d'alcool. Une majorité un peu moins forte a dit « toujours » rechercher une automédication. Concernant la présence de stress, une majorité le recherchant « souvent » s'est détachée.

Concernant, par ordre décroissant, les troubles relationnels avec l'entourage familial, la violence conjugale, les troubles relationnels avec le conjoint, la majorité a dit les rechercher « rarement ». Les réponses ont été plus réparties en ce qui concerne une consommation de drogues, des troubles du sommeil, les émotions ressenties, une perte d'intérêt et les questions que peuvent se poser les femmes sur l'accouchement (tableau 3).

### **2.4.3.3 Hypothèses émises suite à l'ensemble des pratiques constatées**

Certaines addictions comme l'alcool et le tabac ayant fait l'objet de recommandations, de guides et de campagnes pour rappeler les risques ont été recherchées de façon systématique par la majorité des médecins. Le repérage de ces addictions a donc été intégré dans leurs pratiques. Les médecins ont-ils été moins sensibilisés à rechercher les autres difficultés ?

Les addictions comme l'alcool et le tabac ont des retentissements, des comorbidités sur le plan de la santé physique qui ont pu être connues des médecins car cela a été rappelé comme dans les guides ou les recommandations et ces répercussions physiques pour la mère et l'enfant ont peut-être pu les inciter à s'en informer. Concernant les autres items, ont-ils eu connaissance des répercussions possibles sur le plan médical, social et psychologique pendant la grossesse mais aussi dans le post-partum ?

On remarque que certains items comme une perte d'intérêt, des troubles relationnels, de la violence conjugale qui nécessitent que les médecins s'entretiennent avec les femmes, ont été peu fréquemment explorés par la plupart des médecins. Pour les violences conjugales, des études ont révélé certaines réticences comme par exemple la crainte d'être intrusif ou des difficultés dans la prise en charge. Ont-ils pu aussi ne pas se sentir à l'aise avec la méthode de l'entretien et la prise en charge à proposer ?

Concernant le stress, les émotions ressenties, les questions que peuvent se poser les femmes sur l'accouchement, une perte d'intérêt et les troubles du sommeil, ils les ont plus ou moins recherchés. Suite à cette répartition dans les réponses, l'exploration de ces items a-t-elle pu être liée à l'affinité du médecin pour ces thèmes ? La recherche de ces items nécessitait aussi que les médecins utilisent une méthode d'entretien.

## **2.5 Le père**

Peu de médecins ont été systématiquement préoccupés de la situation professionnelle du père et de la présence de troubles relationnels avec le conjoint. Parler du père pourrait permettre d'ouvrir le dialogue sur certains problèmes. Les mouvements psychiques survenant lors de la grossesse les concernent également et les comportements des pères interagissent aussi sur la santé des mères et de l'enfant comme par exemple le tabagisme passif, la violence, les états dépressifs.

### **2.5.1 Proposer de rencontrer le père**

La plupart des médecins (60,8 %) ont répondu ne pas proposer de rencontrer le père pendant la grossesse. Parmi ceux l'ayant proposé, les situations où ils ont précisé le faire et ayant été le plus citées ont été : 46,8 % en cas de difficultés connues ou suspectées avec le père et 34 % de façon systématique. Dans les cas où les pères sont suivis par un autre confrère, la déontologie pourrait-elle les freiner ? [60]. La grossesse étant aussi un moment de modification sur le plan psychique pour les pères, la proposition systématique d'une rencontre avec le médecin qui suit la grossesse serait souhaitable [21]. Les recommandations de l'HAS proposent notamment que l'entretien prénatal précoce soit réalisé en présence du couple afin de favoriser l'engagement du conjoint pendant la grossesse [3].

### **2.5.2 S'informer sur son vécu auprès des femmes**

Un peu plus de la moitié (52,5 %) a déclaré s'informer auprès des femmes du vécu de la grossesse par le père. Parmi ceux s'en étant informés, les situations où ils ont précisé le faire et ayant été le plus citées ont été : 42,8 % en cas de difficultés connues ou suspectées avec le père et seulement 33,3 % de façon systématique. Il est rappelé dans le guide sur la grossesse réalisé par l'assurance maladie que les pères ne viennent pas souvent aux consultations pendant la grossesse, que la femme a besoin du soutien de son conjoint qu'il soit pratique, psychologique ou symbolique et que le fait de favoriser l'engagement du conjoint a des retentissements sur le bien-être, l'estime de soi du futur père et aussi sur le sentiment d'accomplissement individuel et conjugal [21].

## **2.6 L'entretien prénatal précoce**

### **2.6.1 Entretien prénatal précoce connu mais peu proposé systématiquement**

La majorité des médecins a répondu s'informer du contexte social et psychologique des femmes au cours des consultations de suivi et ils ont été très peu à l'utiliser pour cela. Il apparaît que la plupart (63,3 %) en avait entendu parler mais seulement 36,8 % l'ont proposé aux femmes (figure 35 et 36).

Parmi ceux-ci, la plupart (53,6 %) l'ont fait de façon systématique et ont ainsi suivi les recommandations (figure 37). Parmi ceux ne l'ayant pas proposé systématiquement, 76,9 % ont précisé le faire seulement en cas de difficultés connues et/ou suspectées pendant la grossesse.

Dans la dernière enquête périnatale, seulement 21,4 % des femmes ont déclaré avoir eu cet entretien [7]. L'HAS recommande que l'entretien prénatal précoce soit systématiquement proposé

par le professionnel qui confirme la grossesse. Les femmes ont le libre choix d'accepter de le réaliser ou non [3]. L'enquête ne demandait pas aux médecins de préciser s'ils avaient réalisé la déclaration de grossesse mais la majorité a été impliquée dans le suivi de grossesse car ils ont estimé les suivre en général jusqu'au septième mois.

L'enquête ne demandait pas aux médecins s'ils conseillaient aux femmes les séances de préparation à la naissance et à la parentalité et si de cette façon ils orientaient les femmes vers les sages-femmes qui pouvaient ainsi proposer l'EPP. Selon les enquêtes de périnatalité, les séances de préparation ont été de plus en plus réalisées : 73,2 % des femmes primipares et 28,5 % des femmes multipares ont eu les séances de préparation en 2010 contre respectivement 66,8 % et 25,1 % en 2003 [7]. Dans ces cas-là, il serait alors intéressant de savoir si ces séances ont été proposées suffisamment tôt dans le suivi pour que l'entretien puisse se faire aux alentours du quatrième mois.

### **2.6.2 Les motifs à l'origine de son manque d'utilisation**

F. Molénat a évoqué le fait que certains médecins pouvaient être réticents à réaliser l'EPP, n'étant pas convaincu de l'intérêt de prendre en compte les émotions. Le problème de la délégation des tâches aux sages-femmes et le fait d'aborder les émotions sans avoir acquis la façon de les prendre en charge pouvaient aussi intervenir [51].

La majorité des médecins (55 %) a répondu s'informer chez toutes les femmes de la situation psychologique, cela reflète une préoccupation et un intérêt de la plupart des médecins pour prendre aussi en compte la dimension émotionnelle. Ceux qui avaient entendu parler de l'entretien et qui ne l'ont pas utilisé ont cité principalement comme motifs ne pas bien le connaître (25 %) et/ou n'être pas convaincus de son intérêt (37,5 %). La plupart ont précisé qu'ils ne voyaient pas son intérêt car ils abordaient déjà les thèmes pendant les consultations et d'autres que cela médicalisait trop la grossesse. Certains des autres motifs ayant été avancés par ordre décroissant étaient : l'oubli, une connaissance trop récente, l'absence de patientes ayant des difficultés ou qu'ils pensaient que d'autres structures le proposaient. On constate que certains médecins ne le connaissaient pas et que d'autres peu. Peut-être qu'en le connaissant mieux, certains l'auraient davantage proposé.

### **2.6.3 Délégation aux sages-femmes**

La grande majorité de ceux proposant l'entretien (71,4 %) a répondu déléguer sa réalisation aux sages-femmes et peu d'entre eux l'ont réalisé eux-mêmes. En effet, 17,9 % eux-mêmes et 7,1 % eux-mêmes ou soit en orientant vers une sage-femme (figure 38). On constate que la délégation a été intégrée dans la pratique de la majorité des médecins qui proposaient l'entretien prénatal. Concernant ceux-ci, qui donc le connaissaient, on peut s'interroger sur les raisons qui les ont conduits à ne pas le réaliser eux-mêmes. Ont-ils considéré que cet entretien était plutôt du rôle des sages-femmes ?

### **2.6.4 Réponses différentes constatées**

Il apparaît que 7 médecins ont répondu réaliser eux-même l'entretien, pourtant seulement 3 ont dit l'utiliser pour s'informer du contexte social et psychologique. On peut se demander s'il y a un biais de compréhension dans les questions portant sur l'utilisation de l'entretien et le contexte social et psychologique. De plus, parmi ces 7 médecins, seulement 4 l'ont proposé systématiquement. Certains ont donc peut-être aussi considéré qu'ils l'utilisaient trop peu pour le citer comme outil leur permettant de s'informer sur le contexte social et psychologique. On peut également s'interroger sur les thèmes ayant été explorés lors de cet entretien, peut-être se sont-ils intéressés à d'autres domaines que le contexte social et psychologique.

## **2.7 Les difficultés rencontrées par les médecins et les propositions émises suite à la description de ces difficultés**

### **2.7.1 Réticences des femmes par rapport à l'exploration de leur situation sociale et psychologique par les médecins généralistes**

Les médecins ont le plus souvent exprimé comme difficulté le fait que les femmes étaient réticentes à parler de leur situation sociale et psychologique (35,8 %).

#### *L'entretien prénatal précoce :*

Un temps d'écoute organisé en plus des consultations prévues du suivi de grossesse pourrait aider certaines femmes à s'exprimer. L'enquête par questionnaire réalisée par des sages-femmes à propos de l'EPNP en Lorraine en 2003, a observé auprès de 264 patientes que 96 % des femmes se sont dites satisfaites du déroulement de l'EPP car elles avaient pu recevoir les informations voulues et poser les questions jugées nécessaires. 31% des femmes se sont dites également moins anxieuses après l'entretien [61].

#### *Des campagnes de sensibilisation :*

Une campagne d'information pour lutter contre les violences faites aux femmes a été récemment lancée avec un numéro anonyme. Une plaquette d'information sur l'EPP à destination des femmes est aussi accessible sur le site internet du réseau périnatal des Pays de la Loire. Les campagnes d'information ont l'avantage de les sensibiliser sur ces problèmes et sur les prises en charge possibles. On a pu constater que le nombre de femmes ayant consommé de l'alcool pendant la grossesse a diminué; cela peut être lié aux campagnes d'information et aux pictogrammes mis en place pour rappeler les risques. Les campagnes de sensibilisation en étant associées à l'intervention des médecins pour les repérer et proposer des prises en charges peuvent aider.

#### *Plus de temps et un travail en réseau :*

Plus de temps lors des consultations mensuelles ou le fait de réaliser l'EPP pourraient être utile pour lever les réticences.

Le fait de travailler en réseau permettrait aux médecins de travailler ensemble pour amener les femmes à pouvoir confier leurs difficultés, les prendre en charge et assurer une continuité dans les soins en les orientant lorsqu'il le faut vers d'autres professionnels de santé tout en restant en contact avec eux. Cela apporterait une sécurité supplémentaire aux médecins et aussi aux femmes.

### **2.7.2 Problèmes rencontrés par les médecins généralistes lors de la prise en charge**

Les médecins ont aussi évoqué le problème de la prise en charge (33,3 %). Si les médecins ne se sentent pas à l'aise avec les aides et les structures à proposer, cela peut les freiner à s'en informer. Récemment en mai 2011, l'URPS des médecins libéraux des Pays de la Loire a réédité un guide sur le suivi des grossesses à bas risque [62]. Il contient notamment des liens internet sur des domaines d'information et sur les coordonnées des structures à contacter en cas d'addiction.

Des informations sur les allocations en cas d'inactivité, de faibles revenus et les structures d'accueil possibles en présence de difficultés sociales pourraient aussi aider les médecins dans leur pratique. Des informations sur les prises en charge en cas de problèmes psychologiques pourraient être également nécessaires.

### **2.7.3 Pas de difficultés exprimées par les médecins généralistes**

Les médecins ont exprimé en troisième position (27,5 %) ne pas avoir eu de difficultés lorsqu'ils

se sont informés sur le contexte social et psychologique. Certains d'eux ont exprimé l'idée qu'ils trouvaient que ces sujets étaient une intrusion dans la vie privée des gens et certains qu'ils laissaient parler les femmes spontanément. Il ne s'agit pourtant pas d'être intrusif ou d'énoncer une norme médicale mais de repérer des situations que l'on sait à risque. Les médecins pouvant aussi prendre l'initiative d'aborder certaines situations qu'ils savent à risque et en adaptant à chacune d'elles leur façon de faire.

#### **2.7.4 Crainte d'être intrusif en abordant ces sujets**

Les médecins ont déclaré qu'ils craignaient que ces sujets puissent être vécus par les femmes comme étant intrusif (11,7 %). Les campagnes d'information auprès des patients auraient aussi leur utilité pour que les femmes soient au courant des enjeux liés aux problèmes sociaux et psychologiques lors de la grossesse.

Mais les médecins peuvent aussi avoir leurs propres réticences plus ou moins conscientes qui les empêchent parfois d'aborder certains sujets [21]. Un Guide élaboré par l'assurance maladie sur la grossesse évoque les façons d'aborder ces sujets et aussi de réaliser de l'éducation. Des formations y compris pour les médecins qui ne souhaitent pas réaliser l'entretien eux-mêmes pourraient les aider à aborder ces sujets.

#### **2.7.5 Le manque de temps**

Le problème du manque de temps a été évoqué (2,5 %). Un temps plus long lors des consultations de suivi permettrait peut-être aux médecins d'avoir le temps nécessaire pour rechercher ces situations et réaliser des actions de prévention dès le début de la grossesse. Certaines femmes comme celles étant en situation de précarité peuvent moins consulter pendant la grossesse et dans ces cas là n'iront peut-être pas réaliser l'entretien surtout si elles doivent se rendre pour le réaliser chez un autre professionnel de santé qu'elles ne connaissent pas.

#### **2.7.6 Problème pour rencontrer le père**

Les médecins ont exprimé la difficulté de les rencontrer (2,5 %). En le proposant plus souvent, les femmes pourront peut-être les inciter à venir consulter.

#### **2.7.7 La cotation de l'EPP**

L'absence de cotation spécifique de l'entretien prénatal précoce en médecine générale a été citée (1,7 %). Une cotation a cependant été inscrite dans la nomenclature pour les médecins concernant les séances de préparation à la naissance et à la parentalité et qui équivaut à 2,5 C [63].

## **Conclusion**

Les médecins généralistes interrogés ont été préoccupés par la situation sociale des femmes qu'ils ont suivies avant la grossesse car la majorité a dit s'en informer de façon systématique. Certains ont été plus vigilants à s'en informer lorsque les femmes n'étaient pas connues d'eux. Par contre, ils ont été peu nombreux à la réévaluer lors de la grossesse pour les patientes connues. Concernant la situation psychologique, ils ont aussi été préoccupés par elle, la majorité ayant dit s'en informer chez toutes les femmes. La plupart des autres médecins ont dit le faire en cas d'antécédents et/ou de difficultés.

Cependant on a constaté que certaines situations à risque faisant partie de la liste des facteurs de vulnérabilité établie par l'HAS pour les femmes enceintes ont été très recherchées et d'autres beaucoup moins aussi bien en ce qui concerne la situation sociale que psychologique. Des formations sur les situations de vulnérabilité et sur les solutions à proposer pourraient peut-être les inciter à s' informer davantage sur certaines d'entre elles. Une étude qualitative auprès des médecins pourrait aussi permettre de préciser ce qui les a motivés ou freinés.

L'exploration du contexte social et psychologique des femmes enceintes a été intégrée aux consultations mensuelles du suivi de grossesse. Concernant la situation sociale, la majorité a été attentive à le faire dès le début du suivi et concernant la situation psychologique, la majorité a dit s'en informer tout au long du suivi. Cela leur a permis de repérer précocement les difficultés et d'être aussi vigilants au cours du déroulement de la grossesse. Très peu ont utilisé l'EPP pour cela. Les motifs ayant été les plus cités ont été : ne pas le connaître assez, ne pas voir son intérêt par rapport à ce qu'ils faisaient déjà dans leur pratique. Des formations pourraient aussi les inciter à le proposer et à l'utiliser davantage, en l'adaptant à la pratique des soins primaires qui est caractérisée le plus souvent par une connaissance antérieure du contexte de la patiente, et par la répétition des contacts.

La principale difficulté évoquée par les médecins a été la réticence des femmes pour parler de la situation sociale et psychologique. On peut s'interroger sur ce que les femmes enceintes ont pensé de la prise en compte de leurs émotions et de leur environnement de vie au cours du suivi de grossesse ? Comment ont-elles considéré le fait que ces sujets soient abordés ? Et pour celles ayant réalisé l'EPP, comment l'ont-elles vécu ?

## Annexe1 : Questionnaire

1 – sexe :  féminin  masculin

2 – âge :

3 - année d'installation :

4 - lieu d'exercice :  urbain  rural

5 - activité annexe à la médecine générale :  oui, préciser  non

6 - Combien estimez-vous suivre en moyenne de grossesses par an ?

7 - Jusqu'à quel terme suivez-vous les grossesses à faible risque en général ?

8 - Lorsque vous avez suivi les femmes avant la grossesse comme médecin généraliste,

8.1- Vous êtes-vous renseigné sur leur situation sociale avant leur grossesse ?

Oui (préciser :  rarement  souvent  toujours)  Non

8.2- Faites-vous le point sur leur situation sociale systématiquement lors de la grossesse ?

Oui  Non (si non, préciser dans quels cas vous faites le point)

9 - Avez-vous réalisé des suivis de grossesse chez des femmes que vous n'aviez pas suivies avant comme médecin généraliste ?

Oui (préciser :  rarement  souvent  toujours)  Non

Si réponse oui :

9.1- Dans ce cas : vous renseignez-vous systématiquement sur leur situation sociale lors de la grossesse ?

Oui  non (si non, préciser dans quels cas vous le faites)

10 - Pour réponses affirmatives aux questions 8/2 et/ou 9/1 :

Lorsque vous vous renseignez sur la situation sociale pendant la grossesse, lors de quelles consultations le faites-vous ? (choix multiple possible)

Pendant les consultations prévues du suivi de grossesse (préciser si c'est une consultation en particulier ou si c'est au cours des consultations successives)

Pendant l'entretien prénatal précoce au 4ème mois de grossesse que vous faites-vous-même

Pendant une consultation complémentaire

Autre, préciser

11 - Pour réponses affirmatives 8.1 et/ou 2 et/ou 9.1 :

Quels sont parmi les items suivants sur la situation sociale, ceux sur lesquels vous vous renseignez ?

- Si la femme vit en couple ou seule :  jamais  rarement  souvent  toujours

- Le nombre d'enfants :  jamais  rarement  souvent  toujours

- L'activité professionnelle de la femme :  jamais  rarement  souvent  toujours

- Temps de transport :  jamais  rarement  souvent  toujours

- Temps de travail :  jamais  rarement  souvent  toujours

- Présence de toxiques au travail :  jamais  rarement  souvent  toujours

- Le type des ressources financières en cas d'inactivité :  jamais  rarement  souvent  toujours

- La situation professionnelle du père :  jamais  rarement  souvent  toujours

- La présence d'une assurance complémentaire :  jamais  rarement  souvent  toujours

- Le lieu d'habitation :  jamais  rarement  souvent  toujours

- Si elle a un logement qui est stable :  jamais  rarement  souvent  toujours

- L'état de salubrité du logement :  jamais  rarement  souvent  toujours

12 - Dans quels cas vous informez-vous de la situation psychologique de la femme enceinte ? (choix multiple possible)

Vous ne vous en informez pas

Vous vous en informez auprès de toutes les femmes enceintes

- Vous vous en informez lorsqu'elles ont des antécédents de troubles psychologiques ou psychiatriques
- Vous vous en informez lorsque vous suspectez des difficultés d'ordre psychologique
- Autre, préciser

13 - Pour réponses 12.2 et/ou 3 et/ou 4 et/ou 5 :

Lorsque vous vous informez de la situation psychologique de la femme enceinte, lors de quelles consultations le faites-vous ? (choix multiple possible)

- Pendant les consultations prévues du suivi de grossesse (préciser si c'est une consultation en particulier ou si c'est au cours des consultations successives)
- Pendant l'entretien prénatal précoce au 4ème mois de grossesse que vous faites vous-même
- Pendant une consultation complémentaire
- Autre, préciser

14 - Pour les réponses 12.2 et/ou 3 et/ou 4 et/ou 5 :

Quelles sont parmi les difficultés suivantes, celles que vous recherchez auprès des femmes enceintes ?

- Une consommation d'alcool :  jamais  rarement  souvent  toujours
- Une consommation de tabac :  jamais  rarement  souvent  toujours
- Une consommation de drogues :  jamais  rarement  souvent  toujours
- Une automédication :  jamais  rarement  souvent  toujours
- Des troubles du sommeil :  jamais  rarement  souvent  toujours
- Des troubles relationnels avec le conjoint :  jamais  rarement  souvent  toujours
- Des troubles relationnels avec l'entourage familial :  jamais  rarement  souvent  toujours
- Pour la violence conjugale : si elles se sentent en sécurité :  jamais  rarement  souvent  toujours
- Pour des situations stressantes : si elles se sentent parfois surmenées ou débordées :  jamais  rarement  souvent  toujours
- Le ressenti des femmes pendant la grossesse : si elles ressentent par exemple de l'inquiétude, de la tristesse :  jamais  rarement  souvent  toujours
- Pour le syndrome dépressif : s'il y a une perte d'intérêt pour certaines activités qu'elles ont l'habitude de faire :  jamais  rarement  souvent  toujours
- Si elles ont des questionnements concernant l'accouchement :  jamais  rarement  souvent  toujours

15 - Proposez-vous de rencontrer le père pendant la grossesse ?

- Oui (préciser dans quelles situations)  Non

16 - Vous informez-vous auprès de la femme du vécu de la grossesse par le père ?

- Oui (préciser dans quelles situations)  Non

17 - Avez-vous entendu parler de l'entretien prénatal précoce au 4ème mois de grossesse qui a été instauré dans le cadre du dernier plan de périnatalité ?  Oui  Non

**Si oui,**

Le proposez-vous ?  Oui  Non (si non préciser pourquoi)

**Si oui,**

- Le proposez-vous systématiquement ?  Oui  Non (si non, préciser dans quelles situations vous le proposez)
- Qui le réalise?(choix multiple possible)  Une sage-femme  Vous-même  Un gynécologue-obstétricien  Un autre M.G

18 - Quelles difficultés rencontrez-vous lorsque vous vous informez de la situation sociale et psychologique des femmes enceintes ?

## Annexe 2 : exemple de guide d'entretien (HAS)

### Annexe 2. Exemple de guide d'entretien pour indiquer les contenus essentiels à aborder lors des séances prénatales et dépister les situations de vulnérabilité chez la femme ou le couple

Ce guide d'entretien a été élaboré par le groupe de travail à partir du formulaire canadien Évaluation de la santé prénatale (ESP) (Santé Canada 2000) et du diagnostic éducatif de la démarche d'éducation thérapeutique (d'Ivernois 2004).

<b>« Qui est la femme enceinte »</b>	Environnement familial et social ; contexte de vie, composition familiale, niveau d'arrêt des études Niveau de ressources, couverture sociale Habitat (commodités, vétusté)
<b>« Ce que la femme vit et a vécu » « Ce qu'elle ressent »</b>	Suivi de la grossesse Vécu de la grossesse par la femme, le futur père, la famille, stade d'acceptation, idée que la femme se fait de la grossesse, de ses éventuels problèmes de santé ou difficultés Vécu de la grossesse précédente Inquiétude, résignation, impuissance, motivation, craintes ou sentiments négatifs quant à la grossesse et à la naissance Effet de sa grossesse et conséquences sur son quotidien Changements et événements stressants récents et à venir (déménagement, etc.) Existence d'un soutien social (isolement, aide pour accomplir les tâches quotidiennes, soutien du conjoint ou du compagnon, ami proche, membre de la famille)
<b>« Ce qu'elle fait »</b>	Vie quotidienne, profession, temps de transport, activités sociales et de loisirs, hygiène de vie, sexualité
<b>« Ce qu'elle sait » et « Ce qu'elle croit »</b>	Grossesse, accouchement, période postnatale immédiate Représentations de la grossesse, de l'accouchement, de l'accueil de l'enfant, des changements dans la vie familiale et des relations dans le couple Besoins et exigences d'un petit enfant, soins à l'enfant et équipement nécessaire, alimentation de l'enfant, sécurité (prévention des accidents domestiques), promotion et suivi de la santé de l'enfant, modes d'accueil de l'enfant
<b>« Se sent-elle menacée et par quoi »</b>	Relations dans le couple Violence domestique, en particulier conjugale Stress, anxiété, troubles du sommeil Signes évocateurs d'un épisode dépressif Dépendance ou addiction (alcool, tabac, drogue, médicaments) Précarité Risque social : maladie, chômage, changement de la composition familiale (enfants, parent isolé ou rupture conjugale) Annonce prénatale d'une maladie, d'une malformation ou d'un handicap

<b>« Ce dont elle a envie »</b>	Projet de naissance Préparation à la naissance et à la parentalité
<b>« Ce qu'elle veut connaître et apprendre »</b>	Connaissances, savoir-faire, attitudes (cf. chapitre sur les compétences)
<b>« Ce qu'elle souhaite, accepte et veut faire pour mener à bien sa grossesse et accueillir l'enfant dans les meilleures conditions »</b>	Rôle dans l'organisation et la planification du suivi de la grossesse Attentes face aux décisions à prendre et aux changements entrevus Perception du besoin d'aide et d'accompagnement

## Annexe 3 : plaquette d'information sur les vulnérabilités destinée aux professionnels

**Echelle EVA**  
(cotation de 0 à 10 au dos)

Conscience d'un problème  
OU  
Motivation aux soins

Pas du tout

### ➤ Conditions de vie ◀

- Vivez-vous seule ou en couple ?
- Avez-vous un logement stable ?  
Sinon, comment vous logez-vous en ce moment ?
- Avez-vous un emploi ?
  - A temps plein ?
  - A temps partiel ?
  - Sinon, votre compagnon a-t-il un emploi ?
- Avez-vous la Couverture médicale universelle (CMU) (de base ou complémentaire) ou l'aide médicale d'Etat (AME) ?
- Avez-vous une mutuelle ou une assurance complémentaire ?

### ➤ Stress, violences ◀

- Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie de couple ?
- Vous sentez-vous parfois surmenée ou débordée ?

### ➔ CONTACTS

- Maternité : assistante sociale
- PMI : voir carnet de santé

SOS Femmes  
02 40 12 12 40



Réseau « Sécurité Naissance – Naître ensemble » des Pays de la Loire

## Vulnérabilité de la femme enceinte

### Conduites addictives

### Repérer - Orienter

**Territoire de santé de Saint Nazaire**

*Plaquette à destination des professionnels*

*Version du 10 septembre 2008*

## ➤ Boissons ◀

- Qu'avez-vous l'habitude de boire (eau, sodas..) ?
- Avant votre grossesse, vous arrivait-il de boire de la bière, du cidre, du vin ou d'autres boissons alcoolisées ?
- Et depuis la grossesse, comment a évolué votre consommation ?

## ➤ Aliments ◀

- Quelles sont vos habitudes alimentaires (poissons, viandes, fruits..) ?
- Avez-vous eu des variations importantes de poids dans votre vie ?  
Si oui, à quelles occasions ?
- Vous arrive-t-il de vomir ?

- ➔ CONTACTS
- Addictologie de liaison  
02 40 90 76 66
  - Espace Barbara  
02 40 20 66 40
  - Centre Alcoologie CCAA  
02 40 22 19 17
  - Diététicienne (Hôpital)  
04 40 90 60 77

Ecoute Alcool  
0811 91 30 30

## ➤ Tabac et cannabis ◀

- Fumez-vous du tabac ?
- Vous arrive-t-il de fumer du cannabis ou d'autres toxiques ?
- Avez-vous déjà eu envie d'arrêter ?

- ➔ CONTACTS
- Addictologie de liaison  
02 40 90 76 66
  - Consultation anti-tabac  
02 40 90 63 66
  - La Rose des vents  
02 40 01 96 12

Tabac Info Service  
0825 309 310  
Ecoute Cannabis  
0811 91 20 20

## ➤ Autres drogues Médicaments ◀

- Vous arrive-t-il de prendre des médicaments comme des somnifères ou des calmants ?
- Vous arrive-t-il de consommer d'autres produits : héroïne, cocaïne, ecstasy ?

- ➔ CONTACTS
- Addictologie de liaison  
02 40 90 76 66
  - La Rose des vents  
02 40 01 96 12

Drogue Info Service  
0800 23 13 13

## Ressources dans la maternité : référents

### PROPOSITIONS DU SOIGNANT

- « Nous pouvons vous aider »
- « Je pense que c'est important pour vous et votre bébé »
- « Vous pouvez rencontrer quelqu'un pour en parler »
- « ...ou pour recevoir des informations pour vous et votre bébé »



## Annexe 4 : tables de calcul de X<sup>2</sup>

### Répartition nationale des médecins/Répartition des médecins dans l'échantillon

Après application du test du Khi-deux : (La valeur seuil de la table du Khi-deux avec p=0,05 est de 3,84 pour 1ddl et de 5,99 pour 2ddl).

- Différence significative entre les deux populations quant au sexe (Khi-deux=4,97, 1ddl, p=0,05)
- Différence significative entre les deux populations quant au lieu d'exercice (Khi-deux= 6,48, 1ddl, p=0,05)
- Pas de différence significative entre les deux populations quant à l'âge (Khi-deux=1,06, 2ddl, p=0,05)

#### Hommes/Femmes

<b>EFFECTIF OBSERVE</b>			
	Hommes	Femmes	
Médecin base	38016	19323	57339
Médecin échantillon	68	52	120
	38084	19375	57459

<b>EFFECTIF THEORIQUE</b>			
	Hommes	Femmes	
Médecin base	38004,46	19334,54	57339
Médecin échantillon	79,54	40,46	120
	38084	19375	

<b>KHI<sup>2</sup> CALCULE</b>			
	Hommes	Femmes	
Médecin base	0,004	0,007	0,01
Médecin échantillon	1,673	3,289	4,96
	1,68	3,30	4,97

#### Urbain/Rural

<b>EFFECTIF OBSERVE</b>			
	urbain	rural	
Médecin base	47943	9396	57339
Médecin échantillon	90	30	120
	48033	9426	57459

<b>EFFECTIF THEORIQUE</b>			
	Hommes	Femmes	
Médecin base	47932,69	9406,31	57339
Médecin échantillon	100,31	19,69	120
	48033	9426	

<b>KHI<sup>2</sup> CALCULE</b>			
	Hommes	Femmes	
Médecin base	0,002	0,011	0,01
Médecin échantillon	1,061	5,404	6,46
	1,06	5,42	6,48

## Âge

		EFFECTIF OBSERVE			
		X<40	40≤X<50	50≥X	
Médecin base		8989	13933	34417	57339
Médecin échantillon		18	34	68	120
		9007	13967	34485	57459
		EFFECTIF THEORIQUE			
		X<40	40≤X<50	50≥X	
Médecin base		8988,19	13937,83	34412,98	57339
Médecin échantillon		18,81	29,17	72,02	120
		9007	13967	34485	57459
		KHI² CALCULE			
		X<40	40≤X<50	50≥X	
Médecin base		0,000	0,002	0,000	0,00
Médecin échantillon		0,035	0,800	0,224	1,06
		0,035	0,802	0,225	1,06

## **Bibliographie:**

- [1]. La politique de périnatalité. Cours des Comptes 2005.
- [2]. Plan « périnatalité » 2005-2007: Humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004.
- [3]. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2005.
- [4]. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes. Recommandations professionnelles. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2005.
- [5]. WONCA. La définition européenne de la médecine générale, médecine de famille. Wonca Europe 2002.
- [6]. Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, Bréart G, Vilain A, De Peretti C et al. La situation périnatale en France en 2003 Premiers résultats de l'Enquête nationale périnatale. Études et résultats DREES 2005.
- [7]. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale: les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. INSERM 2011.
- [8]. Bataillon R , Samzun JL. Enquête relative au suivi des grossesses par les médecins généralistes. Union Régionale Médecins Libéraux Bretagne 2007.
- [9]. Bréart G, Puech F, Rozé JC. Mission périnatalité: vingt propositions pour une politique périnatale. Rapport au ministre de la Santé, de la Famille et des personnes handicapées 2003.
- [10]. Cléry-Melin P, Kovess V, Pascal JC. Agir aux racines de la violence. Contribution à l'exercice de préparation de la Loi d'Orientation en Santé publique 2003.
- [11]. États Généraux de la Naissance Conclusions 6 juin 2003.
- [12]. Plateforme de propositions en 40 points du Collectif inter-associatif autour de la naissance. Pour la participation aux États généraux de la naissance 2003.
- [13]. Molénat F. Périnatalité et prévention en santé mentale : Collaboration médico-psychologique en périnatalité. Mission Direction de l' Hospitalisation et de l'Offre de Soins 2004.
- [14]. Rapport fait au nom de la Mission d'information sur la famille et les droits des enfants. Assemblée nationale 2006;2832.
- [15]. Dugnat M. Prévention précoce. Parentalité et périnatalité. Ramonville Saint Agne : Eres;2004. p. 102.
- [16]. Molénat F, Roegiers L. Stress et Grossesse Quelle prévention pour quel risque ?. Toulouse : Erès;2011.
- [17]. Philippe HJ et al. Propositions de critères de repérage des femmes en situation de précarité (ou en situation de vulnérabilité sociale). Compte rendu de réunion du Groupe de travail « Grossesse et

précarité » 2006.

[18]. Sass S, Moulin JJ, Guéguen R, Abric Loïc, Dauphinot V, Dupré C et al. Le score EPICES un score individuel de précarité Construction du score et mesure des relations avec des données de santé dans une population de 197389 personnes. Bulletin épidémiologique hebdomadaire 2006;14:93-96.

[19]. Dayan J, Andro G, Dugnat M. Psychopathologie de la périnatalité. Paris : Masson;1999.

[20]. Bydlowski M. Le regard intérieur de la femme enceinte, transparence psychique et représentation de l'objet interne. Devenir 2001;13:41-52.

[21]. Assurance maladie INPES Ministère chargé de la Santé. Grossesse accueil de l'enfant Comment accompagner les choix des couples autour de la grossesse et favoriser leur accès à la parentalité?. Guide pour le professionnel de santé 2010.

[22]. Haute Autorité de Santé. Projet de Grossesse: informations, messages de prévention, examens à proposer: Argumentaire. Document d'information pour les professionnels. Saint-Denis La Plaine : HAS; 2009.

[23]. Peyret E. Addictions chez la femme enceinte. La Revue du Praticien Médecine Générale 2010;24(842):419-425

[24]. Aubert JP, Lejeune C. Grossesse et consommation de drogues: comment contrôler les risques?. La revue du Praticien Médecine Générale 2000;14(485):121-123.

[25]. Barrière C. État des lieux de l'entretien prénatal précoce et tardif dans le dépistage des substances psychoactives consommées chez la femme enceinte à l'hôpital Mère-Enfant de Limoges. Mémoire Sage-femme DU périnatalité et addictions,Paris7;2009.

[26]. Automédication et grossesse : manque d'information. Prescrire 2011;31(334):576

[27]. Schmidt B. L'automédication chez la femme enceinte. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2002;31(2):211

[28]. De Chezelles M.G. Sommeil et grossesse. Mémoire Diplôme d'État Sage-femme,Nantes; 2005.

[29]. Sancho Rossignol A, Nanze N, Etter JF. L'Entretien Prenatal : un outil de prévention de la dépression périnatale et de soutien à la parentalité. Rapport à la Direction Générale de la Santé du Département des affaires régionales, de l'économie et de la santé de l'État de Genève 2010.

[30]. Roy-Matton N, Moutquin JM, Brown C, Carrier N, Bell L. The Impact of Perceived Maternal Stress and Other Psychosocial Risk Factors on Pregnancy Complications. J Obstet Gynaecol Can 2011;33(4):344-352

[31]. Henrion R. Les femmes victimes de violences conjugales, le rôle des professionnels de santé. Rapport au ministre chargé de la Santé 2001.

[32]. Henrion R. Les violences conjugales pendant la grossesse : dépistage et orientation par les

soignants. J Gynecol Obstet Biol Reprod 2005;34 suppl 1:2S62-2S67

[33]. INED. L'enquête nationale sur les violences envers les femmes en France. Populations et sociétés 2001;364.

[34]. Gosselin C, UGOMPS, CHU de Nantes. Enquêtes régionale sur les violences faites aux femmes. 2008/2009.

Consultable à l'URL : [www.gynsf.org/vc/prsp100609.pdf](http://www.gynsf.org/vc/prsp100609.pdf)

[35]. Dayan J. Clinique et épidémiologie des troubles anxieux et dépressifs de la grossesse et du post-partum. Revue et synthèse. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction 2007;36:549-561

[36]. Méthodologie d'enquête.

Consultable à l'URL : [www.ulb.ac.be/soco/statrope/cours/stat-d-307/notes/Chap11\\_0910.pdf](http://www.ulb.ac.be/soco/statrope/cours/stat-d-307/notes/Chap11_0910.pdf)

[37]. Table d'appartenance géographique des communes. INSEE 2011.

Consultable à l'URL :

[www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg\\_id=99&ref\\_id=base-cc-table-appartenance-geo-communes](http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=base-cc-table-appartenance-geo-communes)

[38]. Sicard D. Les médecins au 1er janvier 2011. Dress 2011.

Consultable à l'URL : [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat157-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat157-2.pdf)

[39]. Mahieu-Caputo D. Prise en charge des femmes enceintes et nouveau-nés en situation de vulnérabilité sociale: faut-il une prise en charge spécifique?. Gynécologie Obstétrique et Fertilité 2010;38(2):83-91

[40]. You MB. L'outil: l'entretien prénatal précoce est-il utilisé par les médecins généralistes ?. Thèse Doctorat Médecine Générale : Université de Nantes; 2010.

[41]. Institut National de Recherche et de la Sécurité

Consultable à l'URL : [www.inrs.fr/accueil.html](http://www.inrs.fr/accueil.html),

[42]. CNGOF. La menace d'accouchement prématuré à membranes intactes. Recommandations pour la pratique clinique 2002.

[43]. Krief P. Environnement professionnel et santé; organisation de la médecine du travail; prévention des risques professionnels. Book des ECN

Consultable à l'URL : [mediatheque.univ-paris5.fr/doc/racine/c/chagnonp/102297108.pdf](http://mediatheque.univ-paris5.fr/doc/racine/c/chagnonp/102297108.pdf)

[44]. Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé

Consultable à l'URL : [www.travail-emploi-sante.gouv.fr/espaces,770/travail,771/](http://www.travail-emploi-sante.gouv.fr/espaces,770/travail,771/)

[45]. Recommandations de la société française de médecine du travail. Salariées enceintes exposées à des substances toxiques pour le développement fœtal. Surveillance médicale. Documents pour le Médecin du Travail 2005;101: 9-21.

[46]. Aubry A. Prise en charge des patients précaires par les médecins généralistes de ville. Intérêt d'un réseau médecine de ville-PASS. Thèse Doctorat Médecine Générale : Université de Paris Descartes; 2011.

- [47]. Jégo JJ. L'informatisation dans le secteur de la santé: prendre enfin la mesure des enjeux. Rapport d'information Commission et finances 2005-2006;62 .
- [48]. Mon parcours d'assuré Ma maternité je prépare l'arrivée de mon enfant. Assurance Maladie 2011.  
Consultable à l'URL :  
[www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/GUIDE\\_MATERNITE\\_07\\_2011\\_01.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/GUIDE_MATERNITE_07_2011_01.pdf)
- [49]. Haute autorité de santé. Grossesses à risque Orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Recommandations de bonnes pratiques. Saint-Denis La Plaine : HAS;2009.
- [50]. Les critères pour définir un logement comme insalubre. Drass et Dass Ile de France.  
Consultable à l'URL :  
[ile-de-france.sante.gouv.fr/sante-publique/environnement-et-sante/insalubrite/qu-est-ce-que-l-insalubrite.html](http://ile-de-france.sante.gouv.fr/sante-publique/environnement-et-sante/insalubrite/qu-est-ce-que-l-insalubrite.html)
- [51]. Molénat F. « Écoutons les femmes enceintes et modifions nos pratiques! » Entretien prénatal : un tournant dans la relation futures mères/professionnels. La santé de l'Homme 2007;391:28-30.
- [52]. Gigon E. Prévention de la consommation d'alcool chez les femmes enceinte suivie en médecine générale, département Loire-Atlantique. Thèse Doctorat Médecine Générale : Université de Nantes; 2006.
- [53]. Gautier A et al. Prévention éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale. Baromètre santé Médecins généralistes INPES 2009;p50.
- [54]. Bouix J-C, Gache P, Rueff B, Huas D. Parler d'alcool reste un sujet tabou. La Revue du Praticien Médecine Générale 2002;16(588):1489-1492
- [55]. Ministère du Travail de l'Emploi et de la Santé. Alcool et grossesse parlons-en. Guide à l'usage des professionnels 2011.
- [56]. Khazaal Y, Cornuz J, Zullino D. « Les troubles anxieux sont-ils associé à un tabagisme particulier ? Stress-anxiété et tabagisme ». Santé mentale au Québec 2004;29(1):73-80.
- [57]. Perriot J. Tabagisme maternel et paternel : l'excès de risque lié au tabagisme chez la femme enceinte. J gynecol obstet Biol Reprod 2005;34(hors série1):3S95-3S100.
- [58]. Isserlis C, Sutter-Dallay AL, Dugnat M, Glangeaud-Freudenthal N. Guide pratique pour l'entretien prénatal précoce et l'accompagnement psychique des femmes devenant mère. Ramonville Saint Agne : Erès;2008.
- [59]. Les usagers s'organisent pour contribuer à améliorer les conditions de naissance en France. Présentation et Proposition du CIANE. Document de travail 2003.
- [60]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Code de Déontologie; article 57  
Consultable à l'URL :  
[www.conseil-national.medecin.fr/article/article-57-detournement-de-clientele-281](http://www.conseil-national.medecin.fr/article/article-57-detournement-de-clientele-281)

[61]. La lettre du réseau périnatal Lorrain 5 mai 2005.

Consultable à l'URL :

[www.reseaperinatallorrain.org/upload/file/lettre%20RPL%20n%C2%B05%20def.pdf](http://www.reseaperinatallorrain.org/upload/file/lettre%20RPL%20n%C2%B05%20def.pdf)

[62]. Guide pratique pour la surveillance d'une grossesse à bas risque du projet de naissance à l'accouchement. URPS médecins libéraux Pays de la Loire 2011 mai.

Consultable à l'URL :

[www.urps-ml-paysdelaloire.fr/upload/Suivi\\_grossesse\\_bas\\_risque\\_mai2011.pdf](http://www.urps-ml-paysdelaloire.fr/upload/Suivi_grossesse_bas_risque_mai2011.pdf)

[63]. Assurance maladie. Nomenclature générale des actes professionnels restant en vigueur depuis la décision UNCAM du 11 mars 2005.

Consultable à l'URL:

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/NGAP\\_AMELI\\_V25\\_DEF.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/NGAP_AMELI_V25_DEF.pdf)

Nom: **LANOË** épouse GUIONET

Prénom: **Joanna**

Exploration du contexte social et psychologique des femmes enceintes : quelles sont les pratiques des médecins généralistes ?

---

### **Résumé:**

**Contexte :** Les médecins généralistes peuvent suivre les grossesses à faibles risques. Prendre en charge les patients d'une façon globale fait partie de leur rôle, c'est pourquoi ils peuvent assurer une sécurité médicale sociale et psychologique lors du suivi de grossesse.

**Objectif :** Cette étude vise à identifier les pratiques des médecins généralistes concernant l'exploration du contexte social et psychologique des femmes enceintes.

**Méthode :** Une enquête par questionnaire téléphonique a été réalisée en Loire-Atlantique auprès de 120 médecins généralistes ayant été sélectionnés de façon aléatoire.

**Résultats :** La majorité des médecins a répondu s'informer systématiquement sur la situation sociale (54,3 %) avant la grossesse chez les femmes déjà suivies par eux mais ils ont peu réévalué de façon systématique la situation sociale lors de la grossesse (32,5 %). Concernant la situation psychologique la majorité des médecins a dit s'en informer chez toutes les femmes enceintes (55 %). Cependant lorsque l'on regarde les difficultés recherchées concernant la situation sociale et psychologique, on a constaté qu'ils s'en étaient informés d'une façon partielle, certaines étant plus explorées et d'autres moins. Cela a été fait au cours des consultations mensuelles de suivi. La majorité des médecins a entendu parler de l'entretien prénatal précoce mais peu l'ont utilisé. Les principales difficultés ayant été citées lorsqu'ils se sont informés de la situation sociale et psychologique ont été la réticence des femmes à en parler et ce qui concerne la prise en charge elle-même.

**Conclusion :** La plupart des médecins ont pris en compte le contexte social et psychologique des femmes enceintes mais certaines situations à risque pourraient être davantage explorées.

---

Mots clés : grossesse, médecine générale, vulnérabilités, dépistage, difficultés psychosociales