

**UNIVERSITE DE NANTES**

---

**FACULTE DE MEDECINE**

---

Année 2014

N° 086

**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

DES de Médecine Générale

par

**Justine CUCHE épouse FLORET**

Née le 13 Décembre 1984 à Boulogne-Billancourt

---

Présentée et soutenue publiquement le 21 octobre 2014

---

**ÉTUDE DES CARACTÉRISTIQUES DES CONSULTATIONS DE FEMMES  
ENCEINTES CHEZ LE MÉDECIN GÉNÉRALISTE :  
OBSERVATION DE 132 CONSULTATIONS**

---

Président : Madame le Professeur Leila MORET

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Jean-Paul CANÉVET

Membres du Jury : Madame Anne-Chantal HARDY

Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT

*A ma mère, Elisabeth,*

## REMERCIEMENTS :

A Madame le Professeur Leila MORET, qui me fait l'honneur de présider ce travail de thèse.

A Monsieur le Professeur Lionel GORONFLOT, qui me fait l'honneur de participer à ce jury de thèse.

A mon directeur de thèse, Monsieur le Professeur Jean-Paul CANÉVET, pour m'avoir si bien guidée au cours de mon travail et pour votre disponibilité.

A Madame Anne-Chantal HARDY, pour m'avoir donné goût à la sociologie, pour le temps que vous m'avez accordé au cours de ce travail et pour avoir accepté de participer à ce jury de thèse.

A mon époux, Alexis, pour ton soutien et ton amour. Merci de toujours me supporter avec bienveillance et pour ces moments privilégiés de thésards. Tu fais de moi quelqu'un de meilleur et je t'aime plus que tout.

A mon Louis d'amour, qui éclaire notre vie de bonheur.

A mon père, qui a su partager avec moi la passion de ce métier et que j'aime. Tu es pour beaucoup de ce que je suis à présent et je te remercie également pour ta présence et ta tendresse.

A mon frère Jérémie, qui me supporte une fois par jour au téléphone et que j'aime.

A ma sœur Morgane, qui, par sa présence, m'apaise et me fait rire.

A ma belle-famille, pour m'avoir si bien accueillie et pour leur gentillesse.

A ma tante Cathie, pour toutes les anecdotes sur maman et pour ta tendresse.

A Albé, une amie plus qu'extraordinaire qui sera toujours dans mon cœur quoiqu'il arrive, pour tous ces moments vécus ensemble. Une pensée particulière pour mon filleul Auxence.

A tous mes amis, médecins ou non, nantais ou non, pour leur joie, leur présence, leur tendresse et tous les fous rires. Je pense notamment à Clémence, Margot, Lolo, Ariane, Marine, Lapin, Gaële, Momo, Pépette, Ben, Thibaut, Antoine, Florian, Aurélia, Guillaume M., Mimi et Typhaine.

Au Dr Sylvie Gillier, pour m'avoir appris ce qu'est la médecine générale au quotidien et pour m'avoir inculqué du sens critique.

A Matthieu, merci de ton aide inestimable pour ce travail.

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

MG : médecin généraliste

DIU : diplôme inter-universitaire

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

SF : sage-femme

GO : gynécologue-obstétricien

PA : pression artérielle

FCV : frottis cervico-vaginal

CSP : catégorie socio-professionnelle

CMU : couverture maladie universelle

SE : écart type

OR : odds ratio

IC : intervalle de confiance

PI : profession intermédiaire

Indpt : indépendant

## SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	8
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	10
A. Les objectifs de l'étude .....	10
B. Type d'étude.....	10
C. Un travail pluridisciplinaire .....	11
D. Construction des grilles de recueil.....	11
1. Données sur l'interne.....	11
2. Données sur le médecin.....	12
3. Données sur la patiente .....	12
4. Données sur la consultation.....	13
E. Recueil des données.....	14
1. Les internes .....	14
2. Les Maitres de stage .....	14
3. Les patientes .....	14
F. Analyse des données.....	15
RESULTATS .....	16
A. Description de la « consultation type » .....	16
1. Description médecins .....	16
2. Localisation du cabinet .....	17
3. Description patientes.....	17
4. Description de la consultation .....	19
5. Résultats de la consultation .....	22
B. Les variations de la « consultation type » .....	24
1. Déterminants de la durée de consultation .....	24
2. Déterminants de la prescription médicamenteuse .....	25
3. Déterminants de la prescription d'examens biologiques .....	26
4. Déterminants de la prescription d'arrêt de travail.....	27
5. Déterminants du nombre de thèmes somatiques évoqués.....	28
6. Déterminants de l'évocation d'au moins un thème psychologique.....	29
7. Déterminants du nombre de thèmes environnementaux évoqués.....	30
8. Déterminants du nombre de questions posées par le médecin.....	31
9. Déterminants du nombre d'informations données par le médecin .....	32
10. Déterminants du nombre de questions posées par la patiente .....	33
11. Déterminants du nombre d'informations données par la patiente.....	34

DISCUSSION.....	35
A. Analyse des résultats.....	35
1. Echantillon de médecins/cabinets.....	35
2. Echantillon des patientes.....	35
3. Données générales de la consultation.....	37
B. Variations des caractéristiques de la consultation.....	38
1. Déterminants de la durée de consultation.....	38
2. Déterminants de la prescription médicamenteuse.....	40
3. Déterminants de la prescription d'examens biologiques.....	41
4. Déterminants de la prescription d'arrêt de travail.....	42
5. Déterminants des thèmes abordés.....	43
6. Déterminants des échanges au cours de la consultation.....	44
CONCLUSION.....	46
ANNEXES.....	47
BIBLIOGRAPHIE.....	52

## INTRODUCTION

Le suivi des grossesses à bas risque jusqu'au 7<sup>ème</sup> mois inclus peut être effectué par plusieurs professionnels de santé : gynécologues-obstétricien (GO), gynécologues médical, sage-femme (SF) ou médecin généraliste (MG).

Le pronostic materno-fœtal n'est pas modifié quel que soit le professionnel choisi pour le suivi de grossesse (1).

L'étude réalisée par Marianne PEPIN MOINARD (2) retrouve que sur 260 femmes interrogées ayant accouché dans une des 4 maternités de la région de Nantes, 27% ont choisi un suivi de grossesse par un gynécologue-obstétricien, 29% par un gynécologue médical, 29% par un médecin généraliste et 15% par une sage-femme. Par ailleurs, une enquête du CREDES (3) a montré que 44% des consultations de grossesse sont réalisées par des généralistes. Enfin, seulement 1% des femmes ne consultent aucun soignant pendant toute leur grossesse (4). Ainsi, le médecin généraliste joue un rôle primordial pour les femmes enceintes, qu'il suive la grossesse ou non.

La quasi-totalité des médecins généralistes des Pays de la Loire (97%) considèrent le suivi des grossesses à bas risque comme l'une de leurs missions. Ce constat est encore plus marqué chez les femmes médecins (100% considèrent que cela fait partie de leurs missions contre 96% pour les hommes) et parmi les médecins exerçant en milieu rural (plus de 99% contre 95% pour les médecins exerçant en milieu urbain ou périurbain). Par ailleurs, plus de la moitié des Ligériennes enceintes ont eu au moins une consultation prénatale effectuée par un médecin généraliste en 2010 contre 24% au niveau national (5).

Il existe quelques enquêtes décrivant les consultations chez le médecin généraliste, notamment certaines essayant d'en dresser une typologie.

Des travaux ont concerné le suivi de la grossesse par le médecin généraliste (6)(7) et ont montré des compétences professionnelles conformes aux recommandations de bonne pratique.

En revanche, les enquêtes descriptives sur le contenu des consultations de femmes enceintes en médecine générale sont rares. Pourtant, cette connaissance est

indispensable pour mieux comprendre la spécialité et mieux l'enseigner aux futurs médecins généralistes.

Dans un contexte marqué par des disparités territoriales d'offre de soin, par la rareté relative et annoncée de l'offre de soin et par le souci des pouvoirs publics d'harmoniser et de normaliser les pratiques en périnatalité, le présent travail veut contribuer à éclairer deux questions :

- quelles sont les caractéristiques du suivi de grossesse par les MG ?
- ce suivi est-il réalisé de la même manière par tous les MG ?

S'il existe des variations quels en sont les déterminants ? Sont-ils en relation avec les caractéristiques de la patiente, du médecin ou du contexte et des modalités de la pratique ?

Pour tenter de répondre à ces questions, nous avons choisi d'aller voir sur le terrain ce qui composait ces consultations de grossesse. Par un recueil de données d'observation directe de consultations de femmes enceintes, l'interaction entre le médecin et la patiente et des éléments du contenu de la consultation seront décrits, ainsi que certaines variables explicatives de la diversité éventuelle des consultations.

Ce travail s'inscrit dans une perspective de comparaison avec des données de même type recueillies auprès de sage femmes et de gynécologues.

# **MATÉRIEL ET MÉTHODE**

## **A. Les objectifs de l'étude**

L'objectif principal de l'étude est de décrire une « consultation type » en identifiant des caractéristiques communes lors des consultations de femmes enceintes chez le médecin généraliste qu'il s'agisse de consultations de suivi de grossesse ou non.

L'objectif secondaire est de déterminer les variations de cette « consultation type » et d'en retrouver les déterminants. Cela permettra de détacher les priorités et les préoccupations de chacun.

Enfin, dans un deuxième temps, dans le cadre d'un travail ultérieur, il sera possible de comparer les consultations des médecins généralistes et celles des sages-femmes.

## **B. Type d'étude**

Il s'agit d'un recueil de données par observation directe du déroulé des consultations de femmes enceintes chez des médecins généralistes maîtres de stage. Ces consultations ont été recueillies par les internes de médecine générale en stage chez le praticien (stage de niveau 1).

L'intérêt est de pouvoir décrire le plus finement possible d'une part les protagonistes de la consultation (médecin, patiente) ainsi que leurs interactions et d'autre part le déroulé de la consultation : temps, échanges, actes.

## **C. Un travail pluridisciplinaire**

Ce travail s'inscrit dans un projet de recherche pluridisciplinaire nommé MATTER (Maternités et Territoires) lui-même s'inscrivant dans des collaborations de recherche entre médecins généralistes, sages-femmes et sociologues.

Le projet MATTER étudie en particulier les disparités en matière de soin autour de la grossesse. Il est hébergé au sein de la MSH (Maison des Sciences de l'Homme).

## **D. Construction des grilles de recueil**

A partir de constats empiriques issus de la pratique des médecins généralistes acteurs de l'enquête, la grille de recueil a été structurée selon quatre axes : la chronologie de la consultation selon la posture des protagonistes (debout, assis, allongée sur la table d'examen), la nature des échanges (question posée ou information donnée par le médecin ou la patiente), les thèmes abordés et les actes pratiqués.

Chaque interne remplissait d'abord une « fiche médecin » recueillant les informations nécessaires sur le médecin. Ensuite, à chaque consultation de femme enceinte, il remplissait une « fiche patiente/consultation » (recueillant les données sur la patiente et les résultats de la consultation) et une « grille consultation » recueillant les différentes informations du déroulé de la consultation.

Les types de documents remplis par les internes sont situés en annexes 1 à 4.

### **1. Données sur l'interne**

Les données caractérisant l'interne observateur relevaient simplement les 3 premières lettres de son nom.

## **2. Données sur le médecin**

Les données caractérisant le médecin relevaient un code pour identifier de manière anonyme chaque médecin de l'interne observateur, le sexe, l'âge, les DIU obtenus, le nombre d'enfants et s'il exerçait un autre type d'exercice type PMI, EHPAD ou autres.

Les données caractérisant le cabinet médical relevaient le lieu d'exercice distingué en 3 catégories (<5000 habitants, entre 5000 et 60000 habitants et >60000 habitants), le type de cabinet (seul, groupement de médecins ou maison de santé pluridisciplinaire), l'année de leur thèse, la durée de leur exercice dans ce cabinet et la présence ou non d'une zone d'intimité dans le cabinet pour le déshabillage des patients.

## **3. Données sur la patiente**

Les données caractérisant la patiente relevaient :

- les 3 premières lettres de son nom
- sa situation professionnelle : en emploi (précisant le temps de travail et si elle est salariée ou indépendante), chômage, sans activité professionnelle, étudiante, autre
- l'intitulé de l'emploi actuel ou du dernier emploi
- sa situation familiale : mariée/pacsée, célibataire, concubinage, autre
- sa couverture sociale : mutuelle, CMU (couverture maladie universelle), aucune
- la gestité et la parité
- le terme de la grossesse
- le lieu prévu d'accouchement
- le professionnel choisi par la femme pour le suivi de sa grossesse : gynécologue-obstétricien, sage-femme ou médecin traitant
- le professionnel choisi par la femme pour assurer le suivi gynécologique antérieur à la grossesse : gynécologue-obstétricien, sage-femme ou médecin traitant
- si la consultation observée est réalisée par son médecin traitant
- la date de la 1<sup>ère</sup> consultation de cette patiente avec ce médecin

- le type d'expression réciproque : vouvoiement, tutoiement de la part du médecin, tutoiement réciproque
- la distance du domicile de la patiente au cabinet médical : <1km, entre 1 et 5km, >5km

#### **4. Données sur la consultation**

Les éléments descriptifs de la consultation étaient ensuite abordés selon plusieurs items :

- le motif de la consultation
- le déroulé horaire de la consultation : nous permettant de calculer le temps passé à chaque séquence de la consultation ainsi que la durée totale de la consultation
- les positions prises par chaque protagoniste de la consultation selon le code suivant : D pour debout, A pour assis et L pour allongé
- le nombre de questions abordées respectivement par le médecin et la patiente
- le nombre d'informations données respectivement par le médecin et la patiente
- les thèmes abordés codés selon : S pour somatique, P pour psychologique et E pour environnemental

Le thème environnemental concernait entre autre le travail de la patiente, sa famille, le contexte social et économique, les questions administratives et le suivi médical.

- le contenu de chaque question ou information pouvait être explicitée par l'interne de manière succincte
- les actes effectués durant la consultation : pesée, prise de pression artérielle (PA), toucher vaginal, frottis cervico-vaginal (FCV), hauteur utérine, etc...
- les prescriptions médicales : nombre de médicaments, nombre d'exams biologiques, imagerie (en précisant laquelle), consultation de spécialiste
- la programmation ou non de la prochaine consultation
- les remarques de l'interne

## **E. Recueil des données**

### **1. Les internes**

L'étude a été réalisée du 9 mai 2013 au 31 juillet 2013 auprès des 176 médecins généralistes maîtres de stage de Loire-Atlantique et de Vendée.

Tous les internes de médecine générale en stage de médecine générale ambulatoire de 6 mois (57 internes) ont été invités à participer à l'étude en tant qu'investigateurs. Cette participation obligatoire leur permettait la validation d'un des objectifs du cursus de 3<sup>ème</sup> cycle : « Initiation à la recherche dans sa discipline ».

Les internes investigateurs étaient en situation naturelle d'observation des consultations conduites par leur maître de stage pendant les premiers mois de leur stage. Afin de les former à ce rôle d'investigateur et à remplir les grilles de recueil des données, une journée de formation a eu lieu le 7 mai 2013 et a réuni 56 des 57 internes prévus.

La récupération des grilles de recueil s'est faite par envoi postal entre août et septembre 2013.

### **2. Les Maîtres de stage**

Un courrier électronique a été envoyé à tous les maîtres de stage afin d'une part de les informer du déroulement et du thème de cette enquête et d'autre part, afin de solliciter leur accord.

Nous leur avons demandé de ne pas prendre connaissance du détail de la grille de recueil remplie par leur interne.

### **3. Les patientes**

Le critère d'inclusion des patientes était toute femme enceinte consultant un médecin généraliste que ce soit pour suivi de grossesse ou pour tout autre motif.

La présence de l'interne en consultation est soumise systématiquement à l'accord du patient. Il était demandé oralement à la patiente son accord pour un recueil de données anonymes.

## **F. Analyse des données**

Finalement, 34 internes nous ont rendu leurs grilles de recueil. Cela correspond au total à 132 consultations de femmes enceintes réalisées par 63 médecins différents.

L'analyse des données a été réalisée à l'aide du logiciel R. Toutes les variables de l'étude ont été analysées. Le degré de signification retenu dans cette étude a été celui standard de  $p < 0.05$ . Les patientes de l'étude ont été décrites selon les principales variables sociodémographiques et cliniques. Pour identifier les différents facteurs influençant les différents paramètres d'intérêt, des modèles bivariés de type linéaire, logistique ou de poisson ont été utilisés selon la nature de la variable étudiée (variable continue, binaire ou de comptage). Afin d'analyser les conséquences de l'évocation d'un thème psychologique sur la durée de consultation, nous avons utilisé le test du Khi2.

Il s'agit d'un travail de statistique descriptive.

# RESULTATS

## A. Description de la « consultation type »

### 1. Description médecins

- 57% des médecins sont des hommes et 43% des femmes
- L'Age moyen est de 51 ans (dispersion 34ans - 65 ans) –figure 1-
- La distribution du sexe du médecin selon les différentes tranches d'âge est présentée -figure 2-
- 9,5% médecins avaient un DIU de gynécologie-obstétrique et l'intégralité de ces médecins était des femmes

4R1. Classes sur Age

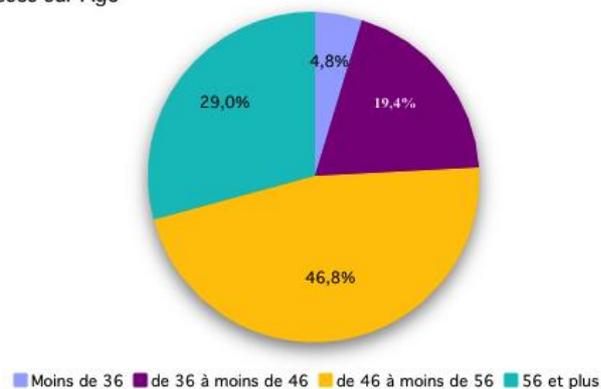


Figure 1 : Répartition âge médecins par classes

3. sexe / 4R1. Classes sur Age

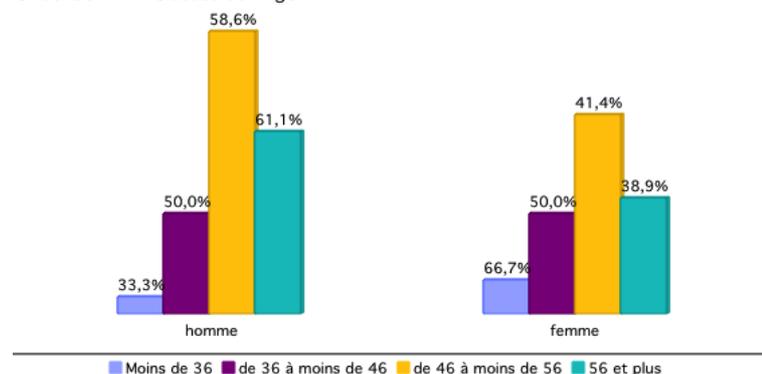


Figure 2 : Répartition sexe médecins selon classes d'âge

## **2. Localisation du cabinet**

- Commune de moins de 5000 habitants (rurale) : 32,8%
- Commune de 5000 à 60000 habitants (semi-urbaine) : 52,5%
- Commune de plus de 60000 habitants (urbaine) : 14,8%

## **3. Description patientes**

- L'âge moyen est de 29 avant (allant de 18 à 42 ans) –figure 3-
- 78,8% des femmes avaient un emploi au moment de leur consultation et 5,6% étaient au chômage.
- Catégorie socio-professionnelle (CSP) : -figure 4 -
- Situation familiale :
  - o 95,4% en couple dont 51,8% mariée/pacsée et 43,6% en concubinage
  - o 3,6% célibataire
  - o 0,9% autre
- Couverture sociale complémentaire : 73,5% de nos patientes ont une couverture sociale complémentaire et 7,6% ont la CMU. –figure 5-
- Terme de grossesse :
  - o 29% au premier trimestre
  - o 46% au second trimestre
  - o 25% au troisième trimestre
- Gestité : 33,9% des patientes étaient primigestes et leur âge moyen est de 26 ans.
- Suivi de grossesse : chez 69% des patientes la grossesse était suivie par un médecin MG, 23% du temps elle l'était par un gynécologue et 8% par une SF
- Motif de consultation :
  - o 58% des consultations étaient liées à la grossesse (dont 48% pour suivi de grossesse et 10% pour découverte de grossesse)
  - o 42% des consultations étaient liées à un motif autre c'est à dire hors grossesse.

13R2. Classes sur age patiente

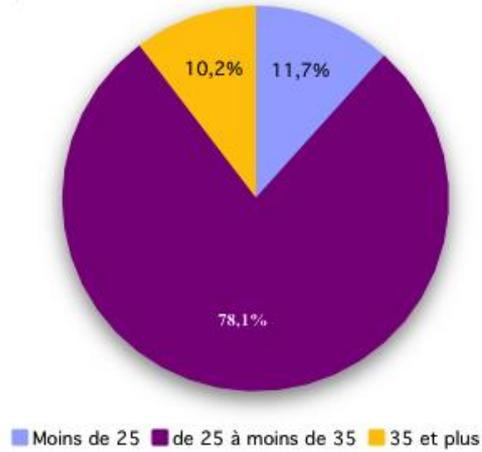


Figure 3 : Répartition âge patientes par classes

16R3. CSP (Recodage) (Recodage)

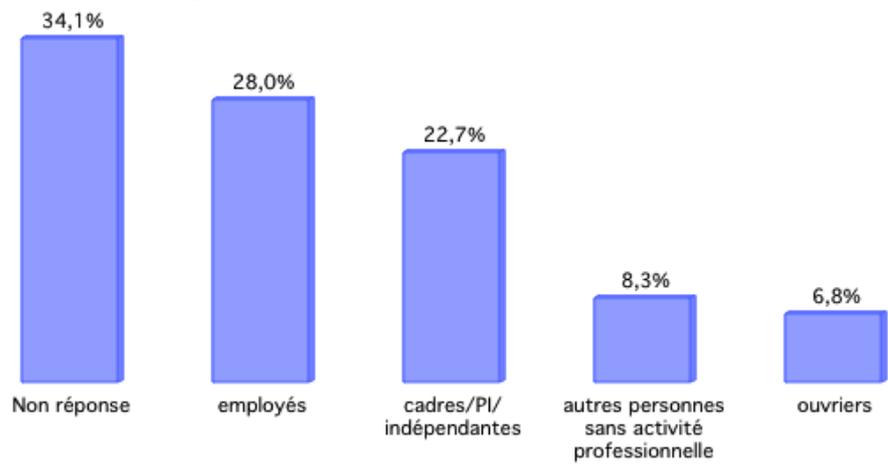


Figure 4 : Répartition patientes selon CSP

19. couverture sociale complémentaire

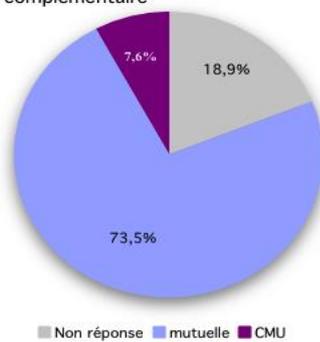


Figure 5 : Répartition patientes selon couverture sociale complémentaire

#### 4. Description de la consultation

##### a. *Durée de la consultation*

La durée moyenne de consultation est de 18,56 minutes – figure 6-.

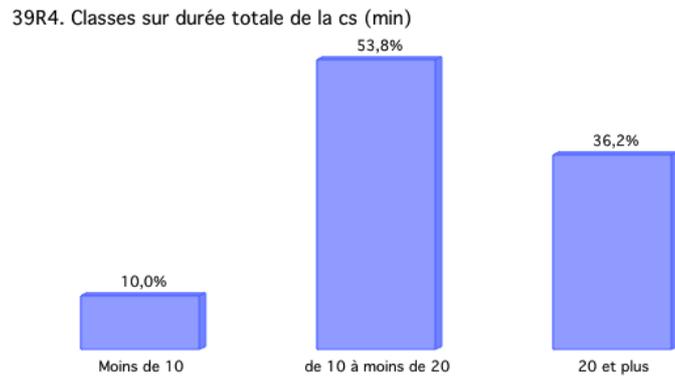


Figure 6 : Répartition des consultations selon leur durée

##### b. *Echanges lors de la consultation*

- Nombre total de questions posées par le médecin durant la consultation: en moyenne 5,5.

Nb questions posées par le médecin	Nb de consultations	Fréquence
0	7	5,3%
de 1 à 3	52	39,4%
de 4 à 9	46	34,8%
10 et plus	27	20,5%
Total	132	100,0%

- Nombre total d'informations données par le médecin durant la consultation : en moyenne 6,18.

Nb informations données par le médecin	Nb de consultations	Fréquence
0	9	6,8%
de 1 à 3	47	35,6%
de 4 à 9	45	34,1%
10 et plus	31	23,5%
Total	132	100,0%

- Nombre total de questions posées par la patiente durant la consultation : en moyenne 1,5.

Dans 31% des consultations, la patiente ne posait aucune question.

Nb questions posées par la patiente	Nb de consultations	Fréquence
0	41	31,1%
de 1 à moins de 4	84	63,6%
de 4 à moins de 10	6	4,5%
10 et plus	1	0,8%
Total	132	100,0%

- Nombre total d'informations données par la patiente durant la consultation : en moyenne 5,69.

Nb informations données par patiente	Nb de consultations	Fréquence
0	13	9,8%
de 1 à moins de 4	48	36,4%
de 4 à moins de 10	43	32,6%
10 et plus	28	21,2%
Total	132	100,0%

### ***c. Nombre de thèmes abordés***

Les thèmes abordés ont été divisés selon leur domaine en : « somatique », « psychologique » et « environnemental ».

Au total, en moyenne, 7,14 thèmes différents sont abordés lors de la consultation, au minimum 1 et au maximum 18.

En moyenne, 4,73 thèmes « somatiques » sont abordés au cours d'une consultation, allant d'un minimum de 1 à un maximum de 12.

En moyenne, 0,47 thèmes « psychologique » sont abordés au cours d'une consultation, allant d'un minimum de 0 à un maximum de 5. Aucun thème « psychologique » n'est abordé dans 67% des cas.

En moyenne, 1,95 thèmes « environnementaux » sont abordés au cours d'une consultation, allant d'un minimum de 0 à un maximum de 7.

### ***d. Actes effectués***

Le médecin effectue en moyenne 3,6 actes par consultation. Les deux actes revenants dans plus de la moitié des consultations sont la pesée et la prise de pression artérielle.

Au cours de 11 consultations, il n'a été fait aucun acte.

Actes effectués	Effectifs	Fréquence
prise de PA	105	79,5%
pesée	82	62,1%
examen général	60	45,5%
hauteur utérine	43	32,6%
doppler foetal	40	30,3%
palpation abdominale	39	29,5%
Toucher vaginal	34	25,8%
autre	34	25,8%
état veineux	22	16,7%
aucun	11	8,3%
spéculum	10	7,6%
Total / répondants	132	

## 5. Résultats de la consultation

### *a. Nombre de médicaments prescrits*

En moyenne, 0,7 médicaments sont prescrits à la fin de la consultation et aucun dans 60% des cas (donc au moins un dans 40% des cas).

### *b. Nombre d'examens biologiques prescrits*

En moyenne, 1,53 examens sont prescrits à la fin de la consultation et aucun dans 47,5% des cas (donc au moins 1 dans 52,5% des cas).

### *c. Arrêt de travail*

Un arrêt de travail est prescrit dans un quart des consultations (10,6% de prescription initial et 14,4% de prolongation) et est non abordé dans 61% des cas.

On remarque que la prescription initiale ou la prolongation d'un arrêt de travail concerne surtout les employées et au contraire ne concerne que peu les cadres/PI/indépendantes - figure 7-.

34. Arrêt de travail / 16R2. CSP (Recodage)

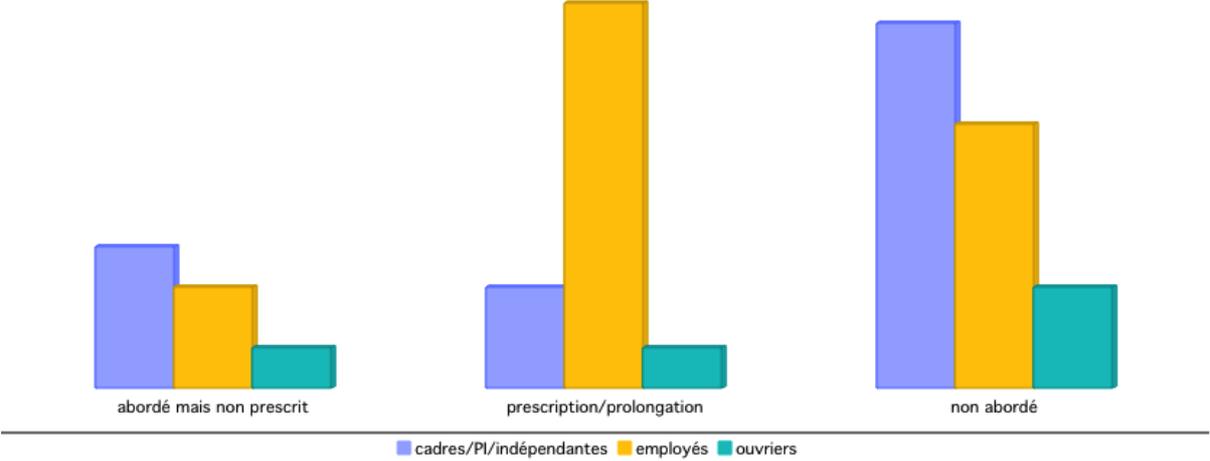


Figure 7 : Répartition de la prescription d'arrêt de travail selon les CSP

## B. Les variations de la « consultation type »

### 1. Déterminants de la durée de consultation

Durée de consultation				
		Modèle univarié		
		Estimation	SE (écart type)	P value
<b>sexe médecin</b>	<i>Femme</i>	0	-	-
	<i>Homme</i>	-3,307	1,391	<b>0,02</b>
<b>âge médecin</b>	<i>Moins de 46</i>	0	-	-
	<i>Plus de 46</i>	3,077	1,567	0,05
<b>DIU obtenus</b>	<i>Autres/aucun</i>	0	-	-
	<i>gynécologie-obstétrique</i>	-1,1677	2,054	0,57
<b>commune</b>	<i>&lt;5000</i>	0	-	-
	<i>5000-60000</i>	3,21	1,506	<b>0,03</b>
	<i>&gt;60000</i>	5,361	2,353	<b>0,02</b>
<b>âge patiente</b>	<i>moins de 25</i>	0	-	-
	<i>25-35</i>	-3,048	2,234	0,17
	<i>35 et plus</i>	-3,718	3,053	0,23
<b>CSP patiente</b>	<i>cadres/PI/indpt</i>	0	-	-
	<i>autres activités</i>	-2,964	1,821	0,11
	<i>inconnu</i>	-1,955	1,905	0,31
<b>couverture sociale</b>	<i>mutuelle</i>	0	-	-
	<i>CMU</i>	5,2474	2,6491	<b>0,04</b>
	<i>inconnu</i>	-1,5326	1,7911	0,39
<b>gestité</b>	<i>1</i>	0	-	-
	<i>2 et plus</i>	-0,5872	1,5388	0,70
<b>terme grossesse</b>	<i>1<sup>er</sup> trimestre</i>	0	-	-
	<i>2<sup>ème</sup> trimestre</i>	-2,786	1,746	0,11
	<i>3<sup>ème</sup> trimestre</i>	-1,4	2,023	0,49
<b>suivi grossesse</b>	<i>gynéco /SF</i>	0	-	-
	<i>MG</i>	2,512	1,549	0,11
<b>Motif consultation</b>	<i>Autres motifs</i>	0	-	-
	<i>grossesse</i>	4,888	1,375	<b>&lt;0,01</b>

Figure 8 : Déterminants de la durée de consultation (régression linéaire)

Lien entre durée de consultation et évocation d'au moins un thème « psychologique » :

Durée de consultation \ Thèmes P	Aucun	1 et plus	Total
	moins de 30 min	71,7%	28,3%
30min et plus	33,3%	66,7%	100,0
Total	67,2%	32,8%	100,0

Figure 9 : Lien entre durée de consultation et évocation d'au moins un thème « psychologique », % en lignes. Khi2=6,90 p=0,008

**2. Déterminants de la prescription médicamenteuse**

Prescription/non prescription médicamenteuse				
		Modèle univarié		
		OR (Odds ratio)	IC 95% (Intervalle de confiance)	P value
<b>sexe médecin</b>	<i>Femme</i>	1	-	-
	<i>Homme</i>	1,09	0,52-2,26	0,82
<b>âge médecin</b>	<i>Moins de 46</i>	1	-	-
	<i>Plus de 46</i>	0,98	0,43-2,22	0,95
<b>DIU obtenus</b>	<i>Autres/aucun gynécologie-obstétrique</i>	1	-	-
		0,79	0,27-2,31	0,67
<b>commune</b>	<i>&lt;5000</i>	1	-	-
	<i>5000-60000</i>	1,05	0,48-2,34	0,90
	<i>&gt;60000</i>	1,12	0,3-4,13	0,87
<b>âge patiente</b>	<i>moins de 25</i>	1	-	-
	<i>25-35</i>	4,4	0,92-21	0,06
	<i>35 et plus</i>	2,44	0,36-16,55	0,36
<b>CSP</b>	<i>cadres/PI/indpt</i>	1	-	-
	<i>autres activités</i>	0,9	0,36-2,25	0,83
	<i>inconnu</i>	0,62	0,23-1,66	0,34
<b>couverture sociale</b>	<i>mutuelle</i>	1	-	-
	<i>CMU</i>	0,4	0,08-2,03	0,27
	<i>inconnu</i>	0,93	0,35-2,49	0,89
<b>gestité</b>	<i>1</i>	1	-	-
	<i>2 et plus</i>	1,59	0,7-3,58	0,27
<b>terme grossesse</b>	<i>1<sup>er</sup> trimestre</i>	1	-	-
	<i>2<sup>ème</sup> trimestre</i>	1,53	0,62-3,79	0,35
	<i>3<sup>ème</sup> trimestre</i>	1,67	0,59-4,76	0,36
<b>suivi grossesse</b>	<i>gynéco /SF</i>	1	-	-
	<i>MG</i>	0,44	0,19-0,98	<b>0,04</b>
<b>Motif consultation</b>	<i>Autres motifs</i>	1	-	-
	<i>grossesse</i>	0,36	0,17-0,76	<b>&lt;0,01</b>

Figure 10 : Déterminants de la prescription médicamenteuse (régression logistique)

### 3. Déterminants de la prescription d'examens biologiques

Prescription/non prescription examens biologiques				
		Modèle univarié		
		OR	IC 95%	P value
sexe médecin	Femme	1	-	-
	Homme	0.48	0.23-0.99	<b>0.04</b>
âge médecin	Moins de 46	1	-	-
	Plus de 46	0.63	0.28-1.44	0.28
DIU obtenus	Autres/aucun	1	-	-
	gynécologie-obstétrique	1.35	0.48-3.81	0.58
commune	<5000	1	-	-
	5000-60000	1.3	0.59-2.86	0.52
	>60000	1.05	0.29-3.84	0.94
âge patiente	moins de 25	1	-	-
	25-35	0.82	0.24-2.77	0.32
	35 et plus	0.45	0.09-2.22	0.74
CSP	cadres/PI/indpt	1	-	-
	autres activités	0.71	0.28-1.77	0.46
	inconnu	1.79	0.67-4.83	0.25
couverture sociale	mutuelle	1	-	-
	CMU	0.77	0.19-3.04	0.70
	inconnu	1.64	0.59-4.55	0.34
gestité	1	1	-	-
	2 et plus	0.45	0.2-1.01	0.05
terme grossesse	1 <sup>er</sup> trimestre	1	-	-
	2 <sup>ème</sup> trimestre	0.56	0.23-1.39	0.21
	3 <sup>ème</sup> trimestre	0.2	0.07-0.6	<b>&lt;0,01</b>
suivi grossesse	gynéco /SF	1	-	-
	MG	4.06	1.7-9.67	<b>&lt;0,01</b>
Motif consultation	Autres motifs	1	-	-
	grossesse	5.64	2.54-12.53	<b>&lt;0,01</b>

Figure 11: Déterminants de la prescription d'examens biologiques (régression logistique)

#### 4. Déterminants de la prescription d'arrêt de travail

Prescription/non prescription arrêt de travail				
		Modèle univarié		
		OR	IC 95%	P value
sexe médecin	Femme	1	-	-
	Homme	1.92	0.86-4.29	0.11
âge médecin	Moins de 46	1	-	-
	Plus de 46	2.11	0.79-5.64	0.13
DIU obtenus	Autres/aucun	1	-	-
	gynécologie-obstétrique	2.15	0.76-6.12	0.15
commune	<5000	1	-	-
	5000-60000	0.58	0.25-1.34	0.20
	>60000	0.53	0.13-2.18	0.38
âge patiente	moins de 25	1	-	-
	25-35	0.97	0.28-3.3	0.96
	35 et plus	0.23	0.02-2.38	0.22
CSP	cadres/PI/indpt	1	-	-
	autres activités	2.92	0.97-8.77	0.06
	inconnu	0.92	0.26-3.23	0.90
couverture sociale	mutuelle	1	-	-
	CMU	0.3	0.04-2.51	0.27
	inconnu	0.86	0.31-2.4	0.78
gestité	1	1	-	-
	2 et plus	1.1	0.46-2.63	0.82
terme grossesse	1 <sup>er</sup> trimestre	1	-	-
	2 <sup>ème</sup> trimestre	4	1.23-12.97	<b>0.02</b>
	3 <sup>ème</sup> trimestre	3.81	1.06-13.75	<b>0.04</b>
suivi grossesse	gynéco /SF	1	-	-
	MG	0.58	0.25-1.33	0.20
Motif consultation	Autres motifs	1	-	-
	grossesse	0.3	0.13-0.68	<b>&lt;0.01</b>

Figure 12 : Déterminants de la prescription d'arrêt de travail (régression logistique)

## 5. Déterminants du nombre de thèmes somatiques évoqués

Thèmes somatiques évoqués				
		Modèle univarié		
		Estimation	SE	P value
<b>sexe médecin</b>	<i>Femme</i>	1	-	-
	<i>Homme</i>	0,79	0,082	<b>&lt;0,01</b>
<b>âge médecin</b>	<i>Moins de 46</i>	1	-	-
	<i>Plus de 46</i>	1,005	0,090	0,95
<b>DIU obtenus</b>	<i>Autres/aucun</i>	1	-	-
	<i>gynécologie-obstétrique</i>	1,11	0,113	0,36
<b>commune</b>	<i>&lt;5000</i>	1	-	-
	<i>5000-60000</i>	1,21	0,091	<b>0,03</b>
	<i>&gt;60000</i>	1,35	0,132	<b>0,02</b>
<b>âge patiente</b>	<i>moins de 25</i>	1	-	-
	<i>25-35</i>	0,87	0,121	0,25
	<i>35 et plus</i>	0,70	0,181	<b>0,04</b>
<b>CSP</b>	<i>Cadre/PI/indpt</i>	1	-	-
	<i>autres activités</i>	0,77	0,099	<b>&lt;0,01</b>
	<i>inconnu</i>	0,77	0,105	<b>0,02</b>
<b>couverture sociale</b>	<i>mutuelle</i>	1	-	-
	<i>CMU</i>	1,12	0,147	0,42
	<i>inconnu</i>	1,07	0,103	0,50
<b>gestité</b>	<i>1</i>	1	-	-
	<i>2 et plus</i>	0,88	0,088	0,15
<b>terme grossesse</b>	<i>1er trimestre</i>	1	-	-
	<i>2ème trimestre</i>	0,90	0,095	0,25
	<i>3ème trimestre</i>	0,74	0,117	<b>0,01</b>
<b>suivi grossesse</b>	<i>gynéco /SF</i>	1	-	-
	<i>MG</i>	1,36	0,096	<b>&lt;0,01</b>
<b>Motif consultation</b>	<i>Autres motifs</i>	1	-	-
	<i>grossesse</i>	1,33	0,084	<b>&lt;0,01</b>

Figure 13 : Déterminants du nombre de thèmes somatiques évoqués (régression de poisson)

## 6. Déterminants de l'évocation d'au moins un thème psychologique

Thème psychologique évoqué/aucun thème psychologique évoqué		Modèle univarié		
		OR	IC 95%	P value
sexe médecin	Femme	1	-	-
	Homme	1.23	0.59-2.56	0.58
âge médecin	Moins de 46	1	-	-
	Plus de 46	0.72	0.32-1.61	0.43
DIU obtenus	Autres/aucun	1	-	-
	gynécologie-obstétrique	1.01	(0.35-2.91)	0.98
commune	<5000	1	-	-
	5000-60000	1	0.44-2.25	1
	>60000	2.61	0.79-8.61	0.11
âge patiente	moins de 25	1	-	-
	25-35	0.35	0.12-1.06	0.06
	35 et plus	0.55	0.12-2.47	0.43
CSP	cadres/PI/indpt	1	-	-
	autres activités	0.62	0.25-1.52	0.30
	inconnu	0.3	0.11-0.84	<b>0.02</b>
couverture sociale	mutuelle	1	-	-
	CMU	2	0.54-7.41	0.3
	inconnu	0.67	0.24-1.84	0.43
gestité	1	1	-	-
	2 et plus	0.72	0.33-1.59	0.42
terme grossesse	1 <sup>er</sup> trimestre	1	-	-
	2 <sup>ème</sup> trimestre	1.42	0.56-3.64	0.46
	3 <sup>ème</sup> trimestre	2.62	0.93-7.43	0.06
suivi grossesse	gynéco /SF	1	-	-
	MG	1.44	0.63-3.3	0.39
Motif consultation	Autres motifs	1	-	-
	grossesse	1.03	0.49-2.15	0.94

Figure 14 : Déterminants de l'évocation d'au moins un thème psychologique (régression logistique)

## 7. Déterminants du nombre de thèmes environnementaux évoqués

Thèmes environnementaux évoqués				
		Estimation	SE	P value
sexe médecin	<i>Femme</i>	1	-	-
	<i>Homme</i>	0,88	0,126	0,33
âge médecin	<i>Moins de 46</i>	1	-	-
	<i>Plus de 46</i>	1,10	0,143	0,49
DIU obtenus	<i>Autres/aucun</i>	1	-	-
	<i>gynécologie-obstétrique</i>	1,42	0,162	<b>0,03</b>
commune	<i>&lt;5000</i>	1	-	-
	<i>5000-60000</i>	1,32	0,144	0,05
	<i>&gt;60000</i>	1,47	0,206	0,06
âge patiente	<i>moins de 25</i>	1	-	-
	<i>25-35</i>	0,71	0,177	0,05
	<i>35 et plus</i>	0,77	0,253	0,30
CSP	<i>Cadre/PI/indpt</i>	1	-	-
	<i>autres activités</i>	0,80	0,157	0,16
	<i>inconnu</i>	0,87	0,164	0,41
couverture sociale	<i>mutuelle</i>	1	-	-
	<i>CMU</i>	1,23	0,221	0,36
	<i>inconnu</i>	1,11	0,160	0,51
gestité	<i>1</i>	1	-	-
	<i>2 et plus</i>	0,78	0,134	0,07
terme grossesse	<i>1er trimestre</i>	1	-	-
	<i>2ème trimestre</i>	0,90	0,146	0,47
	<i>3ème trimestre</i>	0,69	0,185	<b>0,05</b>
suivi grossesse	<i>gynéco /SF</i>	1	-	-
	<i>MG</i>	1,49	0,155	<b>&lt;0,01</b>
Motif consultation	<i>Autres motifs</i>	1	-	-
	<i>grossesse</i>	1,37	0,132	<b>0,02</b>

Figure 15 : Déterminants du nombre de thèmes environnementaux évoqués (régression de poisson)

## 8. Déterminants du nombre de questions posées par le médecin

Questions posées par le médecin				
		Modèle univarié		
		Estimation	SE	P value
sexe médecin	<i>Femme</i>	1	-	-
	<i>Homme</i>	1,02	0,07	0,76
âge médecin	<i>Moins de 46</i>	1	-	-
	<i>Plus de 46</i>	0,67	0,08	<0,01
DIU obtenus	<i>Autres/aucun</i>	1	-	-
	<i>Gynécologie-obstétrique</i>	1,73	0,09	<0,01
commune	<i>&lt;5000</i>	1	-	-
	<i>5000-60000</i>	1,31	0,08	<0,01
	<i>&gt;60000</i>	0,91	0,14	0,53
âge patiente	<i>moins de 25</i>	1	-	-
	<i>25-35</i>	0,74	0,10	<0,01
	<i>35 et plus</i>	0,59	0,16	<0,01
CSP	<i>Cadre/PI/indpt</i>	1	-	-
	<i>autres activités</i>	0,79	0,09	0,01
	<i>inconnu</i>	0,73	0,10	<0,01
couverture sociale	<i>mutuelle</i>	1	-	-
	<i>CMU</i>	1,31	0,13	0,03
	<i>inconnu</i>	1,09	0,09	0,37
gestité	<i>1</i>	1	-	-
	<i>2 et plus</i>	0,84	0,08	0,02
terme grossesse	<i>1<sup>er</sup> trimestre</i>	1	-	-
	<i>2<sup>ème</sup> trimestre</i>	1,11	0,09	0,25
	<i>3<sup>ème</sup> trimestre</i>	1,25	0,10	0,03
suivi grossesse	<i>gynéco /SF</i>	1	-	-
	<i>MG</i>	1,14	0,08	0,13
Motif consultation	<i>Autres motifs</i>	1	-	-
	<i>grossesse</i>	0,88	0,07	0,10

Figure 16 : Déterminants du nombre de questions posées par le médecin (régression de poisson)

## 9. Déterminants du nombre d'informations données par le médecin

Informations données par le médecin				
		Modèle univarié		
		Estimation	SE	P value
sexe médecin	<i>Femme</i>	1	-	-
	<i>Homme</i>	0,92	0,07019	0,244
âge médecin	<i>Moins de 46</i>	1	-	-
	<i>Plus de 46</i>	0,76	0,07381	<0,01
DIU obtenus	<i>Autres/aucun</i>	1	-	-
	<i>gynécologie-obstétrique</i>	1,44	0,09015	<0,01
commune	<i>&lt;5000</i>	1	-	-
	<i>5000-60000</i>	1,27	0,07964	<0,01
	<i>&gt;60000</i>	1,55	0,11204	<0,01
âge patiente	<i>moins de 25</i>	1	-	-
	<i>25-35</i>	0,87	0,10613	0,21
	<i>35 et plus</i>	0,91	0,14768	0,522
CSP	<i>Cadre/PI/indpt</i>	1	-	-
	<i>autres activités</i>	0,81	0,08864	0,02
	<i>inconnu</i>	0,90	0,09108	0,2395
couverture sociale	<i>mutuelle</i>	1	-	-
	<i>CMU</i>	1,62	0,11142	<0,01
	<i>inconnu</i>	1,09	0,08981	0,308
gestité	<i>1</i>	1	-	-
	<i>2 et plus</i>	0,91	0,07747	0,249
terme grossesse	<i>1er trimestre</i>	1	-	-
	<i>2ème trimestre</i>	0,92	0,08799	0,333
	<i>3ème trimestre</i>	1,12	0,09669	0,246
suivi grossesse	<i>gynéco /SF</i>	1	-	-
	<i>MG</i>	1,32	0,08375	<0,01
Motif consultation	<i>Autres motifs</i>	1	-	-
	<i>grossesse</i>	1,37	0,07374	<0,01

Figure 17 : Déterminants du nombre d'informations données par le médecin (régression de poisson)

## 10. Déterminants du nombre de questions posées par la patiente

Questions posées par la patiente				
		Modèle univarié		
		Estimation	SE	P value
sexe médecin	Femme	1	-	-
	Homme	1,11	0,142	0,4773
âge médecin	Moins de 46	1	-	-
	Plus de 46	0,78	0,150	0,0945
DIU obtenus	Autres/aucun	1	-	-
	gynécologie-obstétrique	0,83	0,222	0,4080
commune	<5000	1	-	-
	5000-60000	1,02	0,162	0,8879
	>60000	1,94	0,204	<0,01
âge patiente	moins de 25	1	-	-
	25-35	1,23	0,250	0,4010
	35 et plus	1,54	0,312	0,1670
CSP	cadre	1	-	-
	autres activités	0,78	0,178	0,1720
	inconnu	0,83	0,184	0,3130
couverture sociale	mutuelle	1	-	-
	CMU	0,90	0,290	0,6640
	inconnu	1,14	0,176	0,4570
gestité	1	1	-	-
	2 et plus	0,72	0,153	0,03
terme grossesse	1er trimestre	1	-	-
	2ème trimestre	1,13	0,193	0,5325
	3ème trimestre	1,74	0,199	<0,01
suivi grossesse	gynéco /SF	1	-	-
	MG	1,58	0,173	<0,01
Motif consultation	Autres motifs	1	-	-
	grossesse	1,37	0,150	0,04

Figure 18 : Déterminants du nombre de questions posées par la patiente (régression de poisson)

## 11. Déterminants du nombre d'informations données par la patiente

Informations données par la patiente				
		Modèle univarié		
		Estimation	SE	P value
sexe médecin	<i>Femme</i>	1	-	-
	<i>Homme</i>	1,04	0,073	0,6160
âge médecin	<i>Moins de 46</i>	1	-	-
	<i>Plus de 46</i>	0,58	0,075	<0,01
DIU obtenus	<i>Autres/aucun</i>	1	-	-
	<i>gynécologie-obstétrique</i>	2,04	0,085	<0,01
commune	<i>&lt;5000</i>	1	-	-
	<i>5000-60000</i>	1,10	0,080	0,2300
	<i>&gt;60000</i>	1,14	0,122	0,2830
âge patiente	<i>moins de 25</i>	1	-	-
	<i>25-35</i>	0,70	0,102	<0,01
	<i>35 et plus</i>	0,61	0,157	<0,01
CSP	<i>Cadre/Pl/indpt</i>	1	-	-
	<i>autres activités</i>	0,87	0,089	0,1287
	<i>inconnu</i>	0,69	0,098	<0,01
couverture sociale	<i>mutuelle</i>	1	-	-
	<i>CMU</i>	1,40	0,123	<0,01
	<i>inconnu</i>	1,08	0,093	0,4079
gestité	<i>1</i>	1	-	-
	<i>2 et plus</i>	0,77	0,078	<0,01
terme grossesse	<i>1er trimestre</i>	1	-	-
	<i>2ème trimestre</i>	1,02	0,090	0,8480
	<i>3ème trimestre</i>	1,06	0,103	0,5610
suivi grossesse	<i>gynéco /SF</i>	1	-	-
	<i>MG</i>	0,85	0,081	<0,01
Motif consultation	<i>Autres motifs</i>	1	-	-
	<i>grossesse</i>	0,76	0,073	<0,01

Figure 19 : Déterminants du nombre d'informations données par la patiente (régression de poisson)

# DISCUSSION

## A. Analyse des résultats

### 1. Echantillon de médecins/cabinets

Notre échantillon de médecins est représentatif de la démographie médicale régionale.

En effet, dans notre étude, l'âge moyen des médecins retrouvé est 51 ans et d'après le conseil de l'ordre des médecins (8), les médecins généralistes ont en moyenne 50 ans en Loire-Atlantique et 52 ans en Vendée.

De plus, les femmes représentent 43% de notre panel et cette proportion est de 47% en Loire-Atlantique et 39% en Vendée.

Par ailleurs, notre étude a permis de relever la féminisation de la profession médicale puisque 2/3 des médecins de moins de 36 ans sont des femmes.

Notre étude retrouve une proportion plus importante que la moyenne nationale de médecins exerçant en milieu rural (33% contre 17% retrouvé dans les statistiques publiées par la DREES en 2011(9)).

Il est intéressant de noter que la moitié des médecins étudiés n'a aucun DIU et que tous les médecins qui ont le DIU de gynécologie-obstétrique sont des femmes, ce qui permet de marquer un probable tropisme plus important des médecins femmes pour la pratique de la gynécologie.

### 2. Echantillon des patientes

Nous avons comparé nos résultats aux données de l'enquête périnatale de 2010 (10) et aux données de l'Insee (11).

L'âge moyen de nos patientes enceintes est de 29 ans, ce qui correspond à l'âge moyen des mères au niveau national (10).

L'âge moyen du premier enfant (26,6 ans) est moins élevé que la moyenne nationale (28 ans)(11).

Sur le plan des CSP, notre étude retrouve un taux d'employées moins important que sur le plan national (28% dans notre étude contre 47% sur le plan national (10)) et il en est de même pour la proportion de cadres/professions intermédiaires/indépendantes (22,7% dans notre étude contre 46% sur le plan national (10)).

Nous pouvons expliquer ce résultat par la proportion importante (34%) de non réponses liées probablement à l'absence de ce type de données dans les dossiers médicaux.

Dans notre étude, le taux de femmes ayant la CMU (8%) est proche du taux national (12%) (10).

Concernant le suivi de grossesse, notre étude a retrouvé un taux particulièrement important de suivi de grossesse effectué par le MG (69% des patientes).

En effet, lors de l'enquête périnatale de 2010, seul 4,7% des femmes avaient déclaré avoir fait suivre leur grossesse par le MG (10). Cette enquête rapportait néanmoins une participation croissante des MG en tant que professionnels assurant le suivi de grossesse. En revanche, elles sont 24% à avoir eu au moins une consultation par leur MG au cours de leur grossesse.

Notre résultat est discordant avec la thèse de Lucile Clautour (12) sur le parcours de suivi de grossesse qui montrait un désinvestissement des MG dans le suivi de grossesse. En effet, les médecins avaient exprimé à leurs patientes leur indisponibilité pour suivre la grossesse et l'avaient mise en lien avec un manque de temps. Cela dit, il est important de noter que l'échantillon étudié par L. Clautour concernait une zone de sous-densité médicale.

Ainsi, nous pouvons penser que notre résultat est très certainement lié à la nature de notre échantillon : en effet, les médecins observés étaient tous maîtres de stage et à ce titre, il se peut qu'ils se sentent investis de plus de missions que les autres médecins de la région.

Enfin, concernant le motif de consultation, notre étude a retrouvé que 58% des consultations étaient liées à la grossesse et 42% des consultations étaient liées à un motif autre c'est à dire un problème intercurrent.

Ce résultat est comparable à celui retrouvé par *Chambonnet et al.*, dans une enquête sur la surveillance de la grossesse par les MG en Loire-Atlantique et Vendée en 1999, qui retrouvait que 65% des consultations étaient liées à la grossesse.

En revanche, on peut se demander si cette proportion peut être généralisée puisque dans les enquêtes réalisées dans d'autres régions (13)(14), les consultations pour problèmes intercurrents étaient les plus fréquentes.

Ainsi, de nouveau, on peut se demander dans quelle mesure les MG de notre échantillon (maîtres de stage) effectuent plus de suivis de grossesse que les autres médecins?

### **3. Données générales de la consultation**

La durée moyenne de consultation retrouvée dans notre étude était de 18 minutes environ. Cette durée est comparable à celles retrouvées dans la littérature : 15 minutes dans l'étude de la DREES sur la durée des consultations chez le médecin généraliste quelque soit le motif de consultation (15) ou bien de celle de 18,5 minutes retrouvée dans l'étude de Popelier et al. (16). Elle est aussi la consultation la plus longue d'Europe et la moyenne européenne est de 10 minutes (17). Cependant, cette comparaison est à nuancer selon l'organisation de l'accès aux soins primaires de chaque pays.

On peut donc conclure que la durée des consultations de femmes enceintes est comparable à celle des consultations de la population générale.

## **B. Variations des caractéristiques de la consultation**

A notre connaissance, notre étude est la première étude observationnelle de consultations. D'autres études ont analysé les déterminants des consultations du MG mais souvent à partir de questionnaires. L'originalité de notre étude réside dans le fait que les investigateurs ont observé toutes les consultations analysées. De plus, la richesse des informations recueillies nous permettait de tester de nombreuses hypothèses afin de caractériser secondairement les déterminants de la consultation.

### **1. Déterminants de la durée de consultation**

Dans notre étude, nous avons pu mettre en évidence que la durée de consultation est variable selon certaines caractéristiques du médecin.

En effet, les consultations menées par des médecins femmes sont en moyenne 3 minutes plus longues ( $p=0,02$ ). Ce résultat, retrouvé également dans d'autres études concernant tous types de consultation (15)(16), peut s'expliquer par le fait que les femmes médecins sont plus intéressées et plus formées à la pratique de la gynécologie-obstétrique.

Par ailleurs, les médecins de plus de 46 ans ont tendance à effectuer des consultations durant en moyenne 3 minutes de plus que les moins de 46 ans ( $p=0,05$ ). Ce résultat est à considérer mais il faut aussi le nuancer en précisant qu'il peut être influencé par le fait que notre échantillon de médecins est composé aux  $\frac{3}{4}$  de médecins de plus de 46 ans.

De plus, il semble que le lieu d'exercice influe également sur la durée de consultation. En effet, les consultations ayant eu lieu dans un cabinet rural sont plus courtes de 3 minutes par rapport à un cabinet semi-urbain et de 5 minutes par rapport à un cabinet urbain. En effet, la faible densité médicale des milieux ruraux entraîne une augmentation du nombre de patients par MG et les nombreuses demandes de rendez-vous obligent certainement ces médecins à réduire la durée de leur consultation.

Les caractéristiques des patientes jouent aussi un rôle dans la durée de ces consultations.

Dans notre étude, les patientes dites de « CSP hautes » (cadre, profession intermédiaire, indépendante) ont tendance à bénéficier d'une durée de consultation plus longue en moyenne de 3 minutes ( $p=0,11$ ), ce qui est concordant avec l'étude de la DREES en 2006 (15).

Les patientes appartenant aux catégories socioprofessionnelles élevées ont probablement moins de distance avec le langage médical ce qui facilite le dialogue aussi bien médical qu'extra-médical.

La couverture sociale des patientes influence également la durée de la consultation. A l'inverse de ce que retrouve l'étude de la DREES (15), dans notre étude, les consultations des patientes bénéficiant de la CMU sont plus longues de 5 minutes en moyenne ( $p=0,04$ ). En effet, on peut penser que pour ces patientes en situation précaire les médecins vont aborder de nombreux thèmes lors de leur consultation ce qui va avoir tendance à allonger le temps de consultation. Nous le verrons par la suite mais lors des consultations de patientes bénéficiant de la CMU, les échanges verbaux sont plus nombreux.

Par ailleurs, les consultations dont le motif est lié à la grossesse sont plus longues de 5 minutes par rapport à celles pour problèmes intercurrents ( $p<0,01$ ).

L'essai de typologie des consultations de MG par DREES retrouve également que les consultations de prévention (dont fait partie le suivi de grossesse) sont plus longues en moyenne. En effet, lors des consultations de suivi de grossesse, il faut aborder de très nombreux thèmes qu'il s'agisse de prévention (prévention contre la listéria et la toxoplasmose, informations sur les toxiques, l'automédication ou bien le calendrier de suivi médical, etc...) ou qu'il s'agisse des préoccupations de la patiente.

En revanche, lors de consultations pour problèmes intercurrents, on imagine que la consultation reste centrée sur le problème pour lequel la patiente est venue.

Il semble important de noter qu'on ne retrouve pas d'influence de l'âge des patientes sur le temps de consultation et que nous l'expliquons certainement par le fait que nos patientes sont toutes jeunes. Dans les différentes études menées que ce soit en France (18) ou au niveau Européen (17)(19), il apparaît toujours que la durée de consultation est plus longue chez les patients âgés (plus de 65 ans).

Enfin, l'évocation d'au moins un thème « psychologique » semble être un facteur allongeant la durée de consultation, qu'il soit à l'initiative du médecin ou de la patiente. En effet, on remarque que dans les consultations de 30 minutes et plus (soit 11% de notre échantillon), on aborde dans 67% des cas au moins un thème « psychologique » alors que ce taux n'est que de 28% dans les consultations de moins de 30 minutes ( $p=0,008$ ). On peut alors se dire que la consultation a plus de probabilité de durer 30 minutes et plus dès que l'on aborde au moins un thème « psychologique » et ce résultat est également retrouvé dans la littérature (18)(17).

## **2. Déterminants de la prescription médicamenteuse**

Dans notre étude, nous avons retrouvé une prescription moyenne de 0,7 médicament par consultation et aucun médicament prescrit dans 60% des consultations.

Cette moyenne est bien plus basse que celle de 2,9 médicaments par consultation (quelque soit le motif) retrouvée dans l'enquête de la DREES (18). Ce résultat peut s'expliquer d'une part, par le fait que la grossesse ne peut pas être assimilée à une maladie et, d'autre part, par la prudence des praticiens à prescrire des médicaments à une femme enceinte sauf si ceux-ci sont indispensables.

Notre enquête révèle que la probabilité que la consultation du MG mène à une prescription médicamenteuse est divisée par 2 quand le suivi de grossesse est effectué par le MG ( $p=0,04$ ) par rapport à quand il est effectué par un autre praticien et est divisée par 3 quand le motif de consultation est lié à la grossesse ( $p<0,01$ ) par rapport à un autre motif de consultation. Nous pouvons rapprocher ce résultat de celui de l'essai de typologie de la DREES qui indique que dans la moitié des consultations de prévention, aucun médicament n'est prescrit.

En effet, les consultations « liées à la grossesse » comprennent notamment toutes les consultations de suivi de grossesse qui sont des consultations de prévention représentant plutôt le temps de discuter de règles-hygiéno-diététiques.

A l'inverse, quand les patientes viennent pour un problème intercurrent, il est 2,7 fois plus probable qu'un médicament puisse leur être prescrit.

Contrairement à une autre étude de la DREES sur la prescription médicamenteuse des MG (20), la pratique de prescription médicamenteuse des généralistes ne nous est pas apparue différente d'un médecin à l'autre ni très variable selon les patients.

### **3. Déterminants de la prescription d'examens biologiques**

Les consultations de notre étude ont mené à une prescription d'au moins un examen biologique dans 52,5% des cas, ce qui est très supérieur au taux de 12% de prescription retrouvé pour les consultations de prévention (ou 23% pour l'ensemble des consultations) dans l'étude de la DREES (18). En effet, d'une part, toutes nos consultations n'étaient pas des consultations de prévention et d'autre part, la surveillance de la grossesse est soumise à la surveillance de nombreux paramètres biologiques.

Toutefois, malgré des recommandations bien codifiées par la HAS dans le suivi des grossesses à bas risque, on remarque des variations inter-médecins.

La probabilité d'une prescription d'examens biologiques est deux fois plus élevée quand le médecin est une femme ( $p=0,04$ ) et quand il a moins de 46 ans ( $p=0,28$ ). Il semblerait également qu'elle soit 1,3 fois plus fréquente lorsque le médecin est titulaire d'un DIU de gynécologie-obstétrique.

Premièrement, nous pouvons penser que les femmes médecins seraient plus préoccupées pour leur patientes enceintes que leurs homologues hommes et donc, elles contrôleraient plus de paramètres biologiques.

Deuxièmement, d'après la thèse de Caroline Bergeron (21), les médecins généralistes plus âgés expriment un manque de formation dans le domaine de la gynécologie-obstétrique. Nous pouvons donc penser que les jeunes générations de médecins (dont au moins la moitié passe en stage en gynécologie) et ceux qui souhaitent poursuivre cette formation par un DIU sont mieux formés à ce suivi et prescrivent donc plus d'examens biologiques aux femmes enceintes.

Par ailleurs, cette prescription est 4 fois plus fréquente lorsque la grossesse est suivie par le MG ( $p < 0,01$ ) et 5 fois plus fréquente lors des consultations liées à la grossesse ( $p < 0,01$ ). Ce résultat s'explique surtout par le nombre important d'examens biologiques recommandés lors du suivi de grossesse.

Enfin, il apparaît que cette prescription est 5 fois moins fréquente au 3<sup>ème</sup> trimestre de grossesse par rapport au 1<sup>er</sup> trimestre et ceci doit être lié au fait que les patientes au 3<sup>ème</sup> trimestre de leur grossesse consultent plus souvent pour problème intercurrent (donc souvent sans prescription d'examens biologiques) étant donné qu'à ce stade, le suivi de grossesse est effectué sur le lieu d'accouchement.

#### **4. Déterminants de la prescription d'arrêt de travail**

Il semble que la prescription d'arrêt de travail soit surtout sensible à des déterminants provenant du médecin. En effet, il apparaît que cette prescription est deux fois plus fréquente chez les médecins hommes ( $p = 0,11$ ), chez les plus âgés - plus de 46 ans - ( $p = 0,13$ ) et chez ceux titulaires du DIU de gynécologie-obstétrique ( $p = 0,15$ ).

Il existe peu d'études relatives au poids décisionnel des caractéristiques du médecin sur la prescription d'arrêt de travail. Quelques études norvégiennes (22)(23) ont montré que le taux de prescription d'arrêts de travail serait plus élevé pour les médecins avancés en âge.

On remarque alors que l'attention des médecins femmes pour leurs patientes enceintes s'exprime différemment de celle des hommes : si celles-ci prescrivent plus d'examens biologiques, on voit qu'elles prescrivent 2 fois moins d'arrêt de travail. Les hommes seraient alors plus sensibles aux plaintes des femmes enceintes concernant leur travail.

Dans notre échantillon, 93% des femmes médecins ont au moins un enfant. Nous pouvons nous demander dans quelle mesure le fait que ces femmes médecins aient elles-mêmes connu l'expérience de la grossesse influence leur décision quant à l'arrêt maladie de leurs patientes enceintes.

Par ailleurs, il apparaît que la prescription d'arrêt de travail chez la femme enceinte est 4 fois plus fréquente aux 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres par rapport au 1<sup>er</sup>, ce qui est un résultat cohérent.

Enfin, elle est 3 fois moins fréquente chez les patientes cadres/professions intermédiaires/indépendantes que chez les autres CSP, ce qui est retrouvé sur le plan national depuis plusieurs années (24). Compte tenu de la répartition des CSP chez nos patientes, ce résultat n'est pas lié à une différence de patientèle mais bien à une différence de pratiques.

## **5. Déterminants des thèmes abordés**

Le nombre de thèmes somatiques varie selon les mêmes déterminants que la durée de consultation. En effet, leur nombre augmente de manière significative ( $p < 0,05$ ) en milieu urbain/semi urbain, lorsque la patiente est cadre/profession intermédiaire/indépendante, lorsque le motif de consultation est lié à la grossesse et lorsque celle-ci est suivie par le MG. Les thèmes somatiques étant les plus nombreux évoqués au cours de la consultation, on peut imaginer qu'il s'agisse d'un des déterminants les plus importants faisant varier la durée de cette consultation.

Concernant la probabilité d'évoquer au moins un thème psychologique, notre étude ne met pas en évidence de variations inter-médecins significatives.

En revanche, nous observons que cette probabilité diminue avec l'âge de la patiente ainsi qu'avec la gestité, ce que l'on peut mettre en relation avec le caractère plus angoissant d'une première grossesse.

Sans que l'on puisse l'affirmer significativement – sans doute à cause d'un effectif insuffisant - on remarque que les patientes CMU expriment leurs craintes 2 fois plus souvent que les autres ( $p = 0,3$ ). D'une part, le contexte précaire de leur situation est certainement plus anxiogène et d'autre part, le médecin informé de cette situation précaire recherche sûrement plus certains facteurs de risque « psychologiques ».

Enfin, la probabilité d'évoquer un thème psychologique varie également en fonction du terme de grossesse (x 2,6 au 3<sup>ème</sup> trimestre par rapport au premier) : on peut imaginer que l'approche de l'accouchement et de l'accueil de l'enfant réveille des angoisses discutées lors des consultations.

Nous avons défini les thèmes environnementaux comme étant tout ce qui entoure la femme enceinte et qui n'est pas du registre du somatique ni du psychologique, comme par exemple la famille, le travail ou le suivi médical en général.

Nous remarquons que les médecins titulaires du DIU de gynécologie-obstétrique ( $p=0,03$ ) évoquent 42% plus souvent ces thèmes avec leurs patientes et également plus souvent lorsque le motif de consultation est lié à la grossesse et que celle-ci est suivie par le MG.

De nouveau, nous pouvons en conclure que les médecins titulaires du DIU de GO sont plus enclins à interroger leurs patientes sur ce qui entoure leur grossesse et notamment sur les conséquences de leur grossesse sur leur activité professionnelle.

En revanche, on ne remarque pas de différence selon la CSP des patientes alors que nous avons vu précédemment que les arrêts de travail concernaient 3 fois moins les cadres/professions intermédiaires/indépendantes.

## **6. Déterminants des échanges au cours de la consultation**

Dans notre étude, le sexe du médecin n'influence en rien les interactions (questions posées, informations données) entre le médecin et la patiente. Ce résultat est retrouvé par une étude anglaise quantifiant le nombre de mots utilisés par les médecins et les patients au cours des consultations de soins primaires (25).

Il n'existe pas à notre connaissance d'autres études ayant analysé comment variaient ces interactions, ce qui fait la force de notre travail.

L'âge du médecin est en revanche un variant significatif de ces échanges. En effet, bien que nous ayons pu constater que le temps de consultation des médecins de 46 ans et plus était plus long, on remarque à présent que les échanges sont moins nombreux et ce, de manière significative. Le médecin de plus de 46 ans pose 33% de questions en moins et donne 24% d'informations en moins que leurs homologues de moins de 46 ans. De plus, leurs patientes posent 22% de questions en moins et donnent 42% d'informations en moins que les patientes de médecins de moins de 46 ans. Ce temps n'étant pas utilisé pour les échanges verbaux, nous pouvons en conclure qu'il est employé à réaliser un examen clinique plus long.

De plus, les médecins titulaires du DIU de gynécologie-obstétrique semblent mettre à profit leur formation puisqu'ils posent 73% de questions en plus et donnent 44% d'informations en plus que les médecins n'ayant pas ce DIU ( $p<0,01$ ).

Le nombre de questions posées par le médecin diminue lorsque l'âge de la patiente augmente ( $p < 0,01$ ) et il en est de même avec le nombre d'informations données par la patiente. Nous retrouvons également que le nombre des échanges diminue pour les patientes multigestes.

En effet, les patientes plus âgées sont plus souvent multigestes et souvent suivies depuis plus longtemps par leur MG et à ce titre, le médecin connaît certainement plus de données à propos de sa patiente.

Nous remarquons également que les échanges entre les médecins et leurs patientes cadres/professions intermédiaires/indépendantes sont plus nombreux que pour les patientes ayant une autre activité. Ce résultat conforte notre idée selon laquelle le dialogue est facilité avec ces patientes, allongeant la durée de consultation.

Lors des consultations avec des femmes bénéficiant de la CMU, le médecin pose alors 31% de questions en plus et donne 62% d'informations en plus ( $p < 0,05$ ). Ces patientes donnent alors 40% d'informations en plus ( $p < 0,05$ ) mais ne posent pas plus de questions. Nous pouvons donc penser que le temps de consultation plus long est à attribuer au médecin qui pose plus de questions aux patientes bénéficiant de la CMU, recherchant probablement plus certains facteurs de risque liés à la précarité de ces patientes.

Enfin, lors des consultations dont le motif est lié à la grossesse, les échanges sont également plus nombreux ce qui allonge le temps de consultation. Il est important de noter que les patientes au 3<sup>ème</sup> trimestre posent 74% de questions en plus que celles au 1<sup>er</sup> trimestre, ce qui note une nouvelle fois leur appréhension apparaissant en fin de grossesse.

## CONCLUSION

En conclusion, notre enquête observationnelle a répondu à nos attentes. D'une part, nous avons pu analyser les caractéristiques des consultations de femmes enceintes chez le médecin généraliste et d'autre part, nous avons pu caractériser les déterminants faisant varier cette consultation.

Bien que les recommandations sur le suivi de grossesse soient bien codifiées, on retrouve des modalités de pratique différentes. Ces différences semblent liées aux caractéristiques du MG (notamment âge, lieu d'exercice et obtention du DIU de GO) mais aussi à celles de la patiente (CSP, CMU, suivi médical).

Dans un deuxième travail, il pourra être intéressant d'analyser plus finement les différents thèmes abordés au cours de ces consultations.

Enfin, nous attendons les prochains travaux qualitatifs du projet MATTER qui pourront comparer nos résultats à ceux des consultations des sages-femmes voire des gynécologues.

## ANNEXES

Annexe 1 : FICHE MÉDECIN

### FICHE MEDECIN

(consultation de femme enceinte chez le médecin généraliste)

#### Médecin

- Sexe :
- Age :
- DIU obtenus :
- Nb d'enfants :
- Autre exercice

oui lequel

PMI

EHPAD

autres : lesquels ....

non

Nom interne :

CODE MEDECIN :

#### Cabinet :

- Commune  < 5000 hab  5000 – 60000 hab  > 60000 hab
- Cabinet :  seul  
 gp médecins  
 maison de santé pluridisciplinaire
- Année de thèse :
- Depuis quand il exerce dans ce cabinet : ... ans
- Description cabinet : existe-t-il une zone d'intimité pour le déshabillage ?  
 oui  non

Nom interne :

Code médecin :

N° observation :

## **FICHE OBSERVATION CONSULTATION**

**Patiente** (3 lettres) : ...

- Age : ...
- Situation professionnelle :  en emploi :  temps plein  temps partiel  
 salariée  indépendante  
 chômage  
 sans activité professionnelle  
 étudiante  
 autre préciser : ...
- Emploi actuel ou dernier emploi : ...
- Situation familiale :  mariée/pacsée  
 célibataire  
 concubinage  
 autre préciser : ...
- Couverture sociale :  mutuelle  CMU  aucune
- Gestité/Parité : G.../P...
- Ancienneté de la grossesse : ...SA
- Lieu prévu d'accouchement : ...
- Suivi grossesse par :  gynéco  sage-femme  MT
- Suivi gynéco antérieur par :  gynéco  sage-femme  MT
  
- S'agit-il de son médecin traitant :  oui  non
- Date de la 1<sup>ère</sup> consultation (ancienneté du suivi) : ...
- Expression :  vouvoisement  
 tutoiement du médecin  
 tutoiement réciproque
- Proximité du cabinet :  < 1km  1-5km  > 5km

**Motif de consultation :**

- suivi programmé de grossesse
- autre : lequel ....

## Résultats de la consultation :

### Prescription

- nombre de médicaments :
- nombre d'examens biologiques :
- imagerie :  
    lesquels ...
- consultation spécialiste  
    lesquels : ...

### Prochaine consultation programmée :

- oui       non

Noter vos remarques sur cette consultation (ce qui a pu vous marquer) :



## Annexe 4 : Notice explicative à l'attention des internes investigateurs

### **NOTICE EXPLICATIVE**

Informations pour remplir la grille d'observation :

- **H :**

Remplir l'heure de début de la consultation type 14h15

Marquer l'heure à chaque moment important de la consultation (par exemple aux changements de position, aux changements d'action ou de thèmes).

Vous pouvez n'écrire que les minutes si l'heure de change pas.

- **Postures PM et PP :**

il s'agit de retranscrire les postures du médecin et de la patiente selon le code suivant :

- A : assis
- D : debout
- L : allongée

Penser bien à noter chaque changement de position ainsi que l'heure correspondante

- **colonne M (médecin):**

- cocher Q si le médecin pose une question
- cocher I si le médecin donne une information

- **colonne P (patiente):**

- cocher Q si la patiente pose une question
- cocher I si la patiente donne une information

- **thèmes (de l'échange):**

cocher **S** : s'il s'agit de somatique

**P** : s'il s'agit de psychologique

**E** : s'il s'agit d'environnement

- **contenu/action :**

- cela permet d'ajouter quelques mots pour expliciter le contenu de l'échange

Voici une liste (non exhaustive) d'exemples de contenu de l'échange :

- |   |                                      |
|---|--------------------------------------|
| •ATCD médicaux  | •Contexte psychologique              |
| •Signes fonctionnels (nausées, fatigue, ...)                | •Violences subies                    |
| •Situation familiale  | •Troubles du sommeil                 |
| •Situation professionnelle                                  | •Consommations toxiques              |
| •Conditions d'habitation                                    | •Consommations psychotropes          |
| •Ressources/couverture sociale                              | •Préparation accouchement            |
| •Alimentation   | •Préparation à l'accueil de l'enfant |
| •Père   |                                      |
| •Proposition entretien avec un autre professionnel de santé |                                      |

- Lister les actions lors de l'examen physique :

Voici la liste des actions à lister :

- Pesée
- Prise de PA
- TV
- Hauteur utérine
- Palpation abdominale
- BDC fœtaux
- Etat veineux
- Examen général
- FCV

## BIBLIOGRAPHIE

1. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes? Recommandations pour les professionnels de santé. 2005.
2. Pepin-Moinard M. Déterminants et critères du choix du professionnel pour le suivi des grossesses à bas risque [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Université de Nantes; 2012.
3. Agguzoli F., Le fur P., Sermet C. Clientèle et motifs de consultation en médecine libérale en 1992. Paris : CREDES (centre de recherches, d'étude et de documentation en économie de la santé) 1994, R 1008 et 1008 bis
4. Revue Médicale de Bruxelles. Disponible sur: <http://www.amub.be/rmb/article.php?id=464>
5. Buyck J, Tallec A, Branger B. La santé périnatale dans les Pays de la Loire. Rapport 2013. ORS Pays de la Loire, Réseau "Sécurité Naissance-Nâître ensemble" des Pays de la Loire; 2013 p.192
6. Chambonet J-Y, Senand R, Collet N. Surveillance de la grossesse : que font les médecins généralistes? Rev Prat MG, 1999; Tome 13.
7. Chambonet J-Y., Le monnier E., Nivault F. Suivi en médecine générale des patientes enceintes. Le Concours Médical, 2000 ; 122 : 1363-7
8. Atlas régionaux de démographie médicale : un outil au service des décideurs locaux | Conseil National de l'Ordre des Médecins [Internet]. Disponible sur: <http://www.conseil-national.medecin.fr/node/1373>
9. Sicard D. Les médecins au 1<sup>er</sup> Janvier 2011. Drees 2011. Disponible sur : [www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat157-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat157-2.pdf)

10. Blondel B, Kermarrec M. Enquête nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. 2011 mai.
11. Insee - Population - Un premier enfant à 28 ans.  
Disponible sur : [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=ip1419](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=ip1419)
12. Clautour L. Parcours de suivi de grossesse des femmes résidant en zones sous-médicalisées : Etude qualitative dans de Sud-Est de la Vendée [Thèse d'exercice]. [Nantes]: Université de Nantes; 2013.
13. Agnès A, Le Goaziou M-F. Les motifs de consultation obstétricaux en médecine générales : étude descriptive réalisée dans le département du Rhône. La Revue Exercer, juin 2006; 78:90- 7.
14. Clémence Y. Enquête sur le suivi des femmes par le médecin généraliste dans les Vosges en 1997, eDRMG, janvier 2003, 4; 37. Disponible sur : [http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur\\_fiche/459/fichier\\_fichier\\_suivi\\_grossesses247524f5ec.pdf](http://www.sfmng.org/data/generateur/generateur_fiche/459/fichier_fichier_suivi_grossesses247524f5ec.pdf)
15. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes. Drees, avril 2006; 481.
16. Ghasarossian C, Chudy A. Quels sont les critères déterminant la durée de la consultation en médecine générale? Exercer, 2008; 80 (suppl 1) : 56-2.
17. Deveugele M, Derese A, et al. Consultation length in general practice : cross sectional study in six European countries. BMJ, 31 août 2002 ; 325(7362):472.
18. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes : Un essai de typologie. Drees, juin 2004; 315.
19. Andersson SO, Ferry S, Mattsson B. Factors associated with consultation length and characteristics of short and long consultations. Scand J Prim Health Care, mars

1993;11(1):61- 7.

20. Amar E, Pereira C. Les prescriptions des médecins généralistes et leurs déterminants. Drees, novembre 2005; 440

21. Bergeron C. Echange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de grossesse à bas risque : comment ces intervenants se représentent-ils le rôle, les limites et la place de chacun? [Thèse d'exercice]. [Nantes] : Université de Nantes; 2012.

22. Tellnes G, Sandvik L, Moum T. Inter-doctor variation in sickness certification. Scand J Prim Health Care, mars 1990 ; 8(1):45- 52.

23. Englund L, Svärdsudd K. Sick-listing habits among general practitioners in a Swedish county. Scand J Prim Health Care, juin 2000 ; 18(2):81- 6.

24. Ha-Vinh P, Berdeu D, Sauze L. Taux d'incidence et déterminants individuels des arrêts de travail chez les artisans et commerçants indépendants, intérêt épidémiologique. Pratiques et Organisation des soins, 2009; 40:99-12

25. Skelton JR, Hobbs FD. Descriptive study of cooperative language in primary care consultations by male and female doctors. BMJ, févr 1999 ; 318(7183):576- 9.

**Titre de Thèse : Étude des caractéristiques des consultations de femmes enceintes chez le médecin généraliste : observation de 132 consultations**

---

RESUME

Dans un contexte marqué par des disparités territoriales d'offre de soin et par le souci des pouvoirs publics d'harmoniser les pratiques en périnatalité, nous souhaitons d'une part déterminer les caractéristiques des consultations de femmes enceintes par les médecins généralistes et d'autre part analyser les déterminants faisant varier ces consultations.

Il s'agit d'un recueil de données par observation directe du déroulé des consultations de femmes enceintes chez des médecins généralistes maîtres de stage. Ce recueil comprenait les caractéristiques de la patiente, celles du médecin et le déroulé de la consultation (échanges, thèmes abordés). Les données ont ensuite été traitées statistiquement par des modèles bivariés de type linéaire, logistique ou de poisson selon la nature de la variable étudiée (variable continue, binaire ou de comptage).

La durée de consultation, les prescriptions, les échanges et les thèmes abordés sont variables selon le sexe du médecin, l'âge du médecin, l'obtention d'un DIU de gynécologie-obstétrique, la catégorie socio-professionnelle de la patiente, sa situation sociale et le type de suivi médical.

Bien qu'il existe des recommandations claires sur le suivi de grossesse, il apparaît des différences de pratique importantes notamment pour les médecins titulaires du DIU de gynécologie-obstétrique qui font des consultations plus longues, avec plus d'échanges et des thèmes abordés plus variés.

D'autres études permettront d'analyser ces différences sur un plan qualitatif et pourront secondairement comparer ces consultations à celles des sages-femmes.

---

**MOTS-CLES**

CONSULTATION MÉDICALE  
MÉDECINE GÉNÉRALE  
SURVEILLANCE GROSSESSE  
OBSERVATION DIRECTE