

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2018

N° 2018-48

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
(DES de MEDECINE GENERALE)

par

Hélène PASSELANDE
née le 28/08/1987 à Ancenis

Présentée et soutenue publiquement le 22 mai 2018

**SUIVI DE GROSSESSE EN VENDEE,
DETERMINANTS ET RESULTATS DU SUIVI PAR LE GENERALISTE**

Enquête quantitative par auto-questionnaire sur quatre maternités de
Vendée

Président : Monsieur le Professeur Norbert WINER
Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bernard BRANGER

Membres du jury : Madame le Professeur Angélique BONNAUD-ANTIGNAC
Madame le Docteur Céline BOUTON
Madame le Docteur Pauline JEANMOUGIN

REMERCIEMENTS

A monsieur le Professeur Norbert Winer, pour avoir accepté la présidence de mon jury.

A monsieur le Docteur Bernard Branger, pour m'avoir guidé dans ce travail. Grâce à votre enseignement, j'ai appris à manier les statistiques. Merci pour votre rigueur et vos encouragements.

A madame le Professeur Angélique Bonnaud-Antignac pour avoir accepté de faire partie de mon jury.

A madame le Docteur Céline Bouton, vous m'avez déjà reçu pour ma validation de DES, je suis très heureuse de vous compter parmi les membres de mon jury.

A madame le Docteur Pauline Jeanmougin, merci d'avoir accepté de faire partie de mon jury.

A monsieur le Docteur Guillaume Ducarme, pour m'avoir encouragé dans ce travail et m'avoir ouvert les portes de votre maternité. Merci d'avoir mobilisé votre personnel pour la réalisation de ce travail. Merci pour l'accueil de votre équipe lors de mon passage dans votre maternité, en tant que patiente, en décembre dernier.

A monsieur le Docteur Bénéteau Jean-Luc, pour avoir accepté mon étude dans votre maternité.

A monsieur le Docteur Jean-Christophe Wallez, pour ses conseils avisés et sa bonne humeur. Merci à toute l'équipe soignante de gynéco-pédiatrie des Sables d'Olonnes, pour votre mobilisation dans cette enquête et pour tous les bons moments passés à vos côtés lors de mon stage d'internat.

A madame Nathalie Sauvaget, pour votre intérêt porté à mon enquête.

A madame Anne Chantal Hardy, pour m'avoir aidé à rédiger mon questionnaire.

A tout le personnel soignant qui s'est mobilisé pour rendre possible cette étude.

Et à toutes les femmes qui ont pris du temps pour répondre à ce questionnaire.

A Antoine mon amour, tu me soutiens depuis le début de ces longues études et toi aussi tu as bien mérité qu'elles se terminent. Merci pour les aventures passées à tes côtés et pour les prochaines, non moins excitantes, qui nous attendent.

A mes enfants, Jeff et Marco, pour vos sourires et votre joie de vivre.

A ma famille, pour m'avoir encouragé dans cette voie et pour n'avoir jamais douté de mes capacités.

A mon amie, Nelly pour ta générosité et ton enthousiasme. C'est toujours un plaisir de partager avec toi. A Cécile, Anne Claire, Manu, Leslie, Thomas, Marion, pour vos encouragements.

SOMMAIRE

REMERCIEMENTS	2
I - INTRODUCTION ET CONTEXTE	5
II - MATERIEL ET METHODE	11
III – RESULTATS	14
PARTIE I : SUIVI DES FEMMES ENCEINTES EN VENDEE	14
1 - EFFECTIF	15
2 - DESCRIPTION DE LA POPULATION :	16
2-1 CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES	16
2-2 ORIGINE DES FEMMES ET NIVEAU D’ETUDE DU COUPLE	20
2-3 ACTIVITE, CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE ET RESSOURCE DU COUPLE	23
2-4 SANTE DES MERES AVANT LEUR GROSSESSE.....	25
2-5 MEDECIN TRAITANT DES FEMMES.....	26
3 DEROULEMENT DE LA GROSSESSE	29
3-1 CONDITION DE SURVENUE DE LA GROSSESSE	29
3-2 ENTRETIEN PRENATAL PRECOCE	29
3-3 PREPARATION A LA PARENTALITE ET A LA NAISSANCE	29
3-4 RISQUE PSYCHO-SOCIAUX	30
3-5 RISQUE MEDICAL	31
4- SUIVI DE LA GROSSESSE	33
4-1 LES ECHOGRAPHIES OBSTETRIQUES	33
4-2 LE SUIVI DES FEMMES ENCEINTES	33
4-3 PROFESSIONNEL PRINCIPAL	37
4-4 SATISFACTION DU SUIVI DE GROSSESSE.....	38
5- MATERNITE.....	40
5-1 CRITERES DE CHOIX POUR LA MATERNITE.....	40
5-2 DISTANCE DE LA MATERNITE	41
5-3 SATISFACTION MATERNITE	41
6 – POST-PARTUM	43
6-1 ACCOUCHEMENT	43
6-2 NOUVEAU-NE.....	44

6-3 MODE D'ALIMENTATION	45
6-4 DUREE DE SEJOUR	46
PARTIE II : DETERMINANTS ET RESULTATS DU SUIVI PAR LE GENERALISTE	48
I -DETERMINANTS DU SUIVI DE GROSSESSE PAR LE GENERALISTE	49
1-1 LES FACTEURS LIES A LA FEMME	49
1-2 LES FACTEURS LIES AU MEDECIN GENERALISTE	53
1-3 ANALYSE MULTIVARIEE DES FACTEURS LIES AU SUIVI PAR LE GENERALISTE.....	55
2 – RESULTATS DU SUIVI DE GROSSESSE PAR LE GENERALISTE	57
2-1 DEROULEMENT DE LA GROSSESSE.....	57
2-2 MATERNITE ET ISSUE DE LA GROSSESSE (SAUF MODE D'ALIMENTATION).....	59
2-2 ALLAITEMENT ET SUIVI DE GROSSESSE PAR LE GENERALISTE.....	61
2-3 SATISFACTION DU SUIVI DE GROSSESSE.....	62
IV - DISCUSSION	63
4-1 LES PRINCIPAUX MESSAGES DE CETTE ETUDE	63
4-2 LES PRINCIPAUX BIAIS	63
4-3 LE SUIVI DES GROSSESSES ET LE POST-PARTUM EN VENDEE COMPARE AUX DONNEES NATIONALES, SAUF MODE D'ALIMENTATION	65
4-4- LES DETERMINANTS DU SUIVI PAR LE GENERALISTE	72
4-5 - RESULTATS DU SUIVI DE GROSSESSE PAR LES MEDECINS GENERALISTES.....	73
4-6 - ALLAITEMENT MATERNEL EN VENDEE	74
VI- BIBLIOGRAPHIE.....	78
VII - ANNEXES	81
ANNEXE 1 : QUESTIONNAIRE.....	81
ANNEXE 2 : LISTE DES ABREVIATIONS.....	86

I - INTRODUCTION

Le département de la Vendée compte environ 7000 naissances / an (1), soit autant de grossesses et de projets particuliers à accompagner. Ce département est caractérisé par une croissance démographique forte, liée à la migration de population d'une part, mais aussi à un indice de fécondité élevé, supérieur à la moyenne nationale. Parallèlement, l'offre médicale autour du suivi de grossesse s'est modifiée ces dernières années : on observe en Vendée tout comme dans beaucoup d'autres départements, une raréfaction des gynécologues et gynéco-obstétriciens, ainsi qu'une baisse de la densité de médecins généralistes. L'implantation des sages-femmes libérales sur la Vendée s'est par contre bien développée sur le territoire ces dernières années.

Plusieurs thèses qualitatives, réalisées à la Faculté de Nantes, ont abordé la question du suivi de grossesse en recherchant les déterminants du choix du praticien et ceux de la maternité d'accouchement. Dans ces travaux, la population était choisie en fonction du lieu de résidence (zones sous médicalisées en secteur rural ou bien zones sensibles urbaines). Parallèlement, des enquêtes nationales quantitatives « Enquête Nationale Périnatale » sont régulièrement menées dans toutes les maternités de France. Elles renseignent sur l'évolution globale de la périnatalité au niveau national et permettent d'effectuer des comparaisons à l'échelle européenne. Les données régionales qui en découlent sont publiées par l'observatoire régional de la santé (ORS) et le réseau de périnatalité « Sécurité Naissance » (RSN) dans le document : « Santé Périnatale dans les Pays de la Loire ». Cependant aucune donnée départementale ne peut en être extraite. Les données régionales montrent que le suivi de grossesse est satisfaisant en Pays de la Loire comparativement aux données nationales mais la question de l'allaitement maternel reste problématique.

Les objectifs de cette étude sont :

- 1/ De décrire les femmes enceintes en Vendée, leurs suivis, leurs maternités d'accouchement, leurs issues de grossesse, et le mode d'alimentation du nouveau-né
- 2/ De rechercher les déterminants associés au suivi par les généralistes, tels que les caractéristiques de la femme et les spécificités des médecins eux-mêmes.
- 3/ D'évaluer les données mesurables du suivi de grossesse par les médecins généralistes en comparaison avec les grossesses suivies par les spécialistes

CONTEXTE

1 - Un taux de fécondité élevé malgré une chute des naissances sur le plan national :

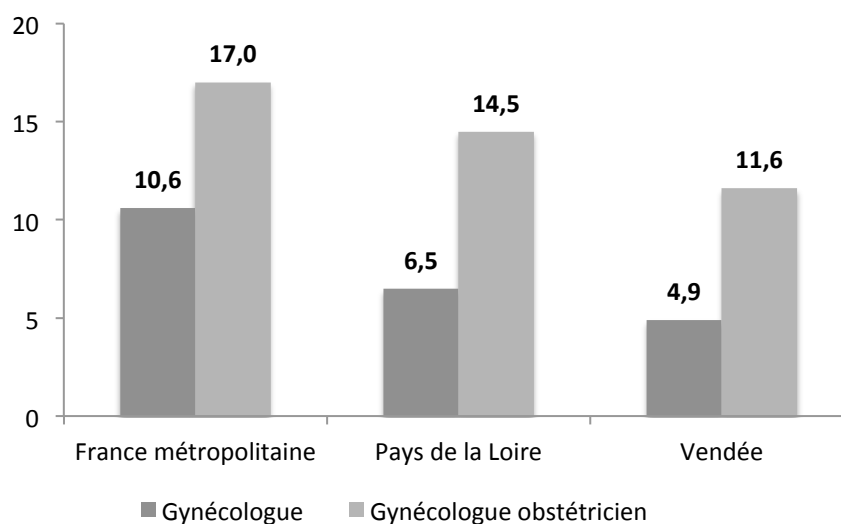
Les Pays-de-la-Loire se sont longtemps placés comme la région la plus féconde de France métropolitaine avec plus de 45 000 naissances/an (2). En 2015, la région des Pays de la Loire conserve une fécondité élevée et se place au 3^e rang national. La Vendée est un département marqué par un taux de fécondité fort malgré une diminution du nombre de naissances depuis 2010, dans le département comme en France. Entre 2010 et 2015, le nombre de naissance a beaucoup chuté au niveau départemental (-11,6 % soit 878 naissances de moins), cette tendance se retrouve de manière moins marquée au niveau régional (-8,5%) et national (-5,3%) (3). En 2015, selon l'INSEE, l'indice conjoncturel de fécondité (exprimé en nombre d'enfant par femmes pour 100 femmes) était de 198 pour la Vendée, ce qui place le département au dessus de la moyenne régionale et de la moyenne nationale (respectivement 196 et 192). (4)

2 - Une modification de l'offre de soin en matière de suivi de grossesse

2-1 Une raréfaction des gynécologues sur le territoire

En 2017, la Vendée possède une densité de gynécologues médicaux et gynéco-obstétriciens plus faible que la moyenne régionale et nationale. (5)

Figure 1: Densité des gynécologues médicaux et gynécologues-obstétriciens (pour 100 000 femmes de 15 ans et plus)

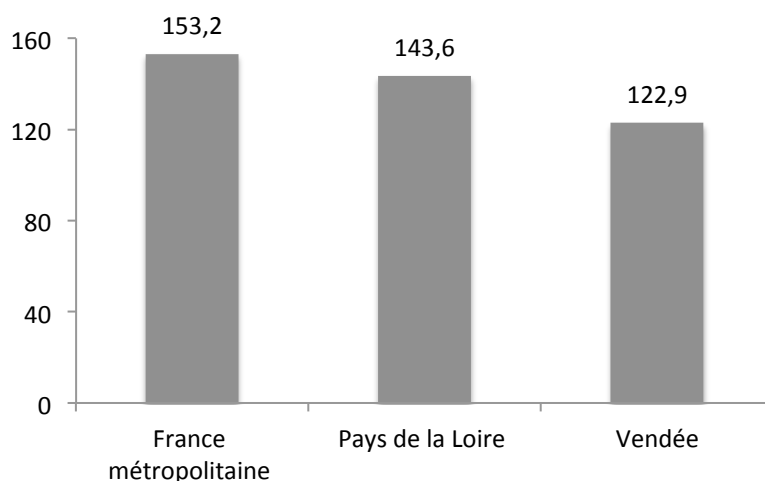


Par ailleurs leur répartition est inégale sur le territoire, leur densité est faible à très faible sur toute la moitié Nord-Ouest du département(6).

2-2 Une faible densité de médecin généraliste

En 2017, le département de la Vendée possède une densité de médecin généraliste en activité régulière (exercice libéral ou salarié) basse à 122,9 pour 100 000 habitants contre 143,6 en Loire-Atlantique et 153,2 en France (5).

Figure 2: Densité de médecins généralistes pour 100 000 habitants, au 1^{er} janvier 2017



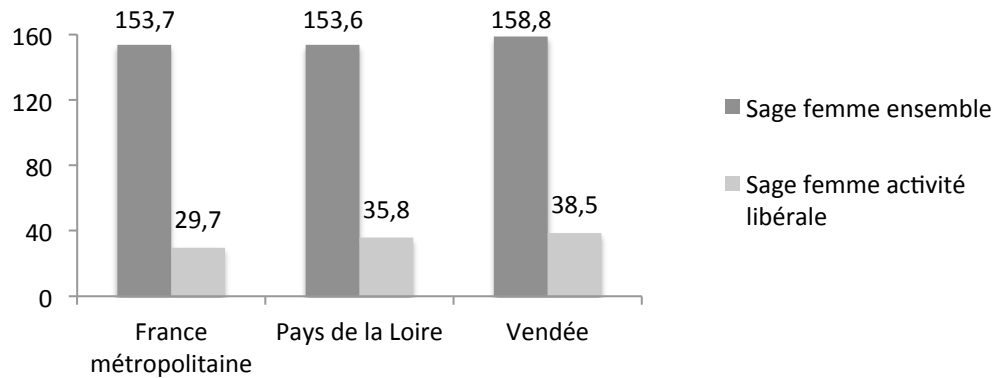
De plus, ces généralistes sont inégalement répartis en Vendée. Ce sont les zones Sud et Est du département qui sont le plus touchées par ce déficit. Cette tendance à la baisse va se poursuivre. Selon les estimations de 2013 du Conseil de l'Ordre, l'effectif des généralistes en activité libérale ou mixte en Vendée pourrait passer de 551 en 2007 à 484 en 2018, soit une baisse de 12,2 % (6).

2-3 Une forte densité de sages-femmes, notamment dans le secteur libéral

Contrairement à la densité des médecins gynécologues et généralistes, le département est marqué par une densité de sages-femmes, tout mode d'exercice confondu, plus forte que dans le reste du pays. Le nombre de sages-femmes progresse plus rapidement dans notre région par rapport au reste de la France (de 3,8% chaque année pour les Pays de la Loire contre 3,5% en France)(7). Les sages-femmes de Vendée se caractérisent par un fort taux d'exercice libéral (5). Elles sont inégalement réparties sur le territoire : c'est la zone Sud du département (au Sud de Fontenay-le-Comte et de

Luçon) qui en possède le moins et la zone centrale (axe Nantes - La Roche-Sur-Yon - la Tranche-Sur-Mer) qui en possède le plus (8).

Figure 3: Densité de sages-femmes par mode d'exercice pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, en 2017



3 - Description des maternités en Vendée

Le département possède 5 maternités. La maternité de Challans n'a pas souhaité participer à notre étude. Ci-dessous, le descriptif sommaire des quatre maternités concernées par notre étude :

3-1 La maternité de la clinique Saint Charles à La Roche-sur-Yon

Maternité de niveau I. C'est une maternité privée conventionnée par l'assurance maladie. Elle réalise environ 600 accouchements/an. Le suivi mensuel de grossesse est réalisé par les gynéco-obstétriciens de la clinique. La maternité propose l'entretien prénatal précoce réalisé par une sage-femme, des cours de préparation à la naissance (préparation aquatique, acupuncture) et une consultation de fin de grossesse pour discuter autour du projet naissance et du retour à domicile.

3-2 Maternité de Fontenay-le-Comte

Maternité de niveau I. Elle comptabilise environ 850 naissances/an. La maternité propose des suivis de grossesse et des cours de préparation à la naissance par les sages-femmes (préparation aquatique notamment). Un plateau technique ouvert aux sages-femmes libérales permet aux patientes le désirant une continuité de la prise en charge du suivi de grossesse jusqu'à l'accouchement. Cette maternité draine un large territoire rural du sud Vendée.

3-3 La maternité de l'hôpital de La Roche-Sur-Yon ou CHD

Maternité de niveau II. C'est la plus grosse maternité de Vendée, elle compte environ 2500 accouchements/an. Elle possède un service de néonatalogie et permet la prise en charge des grossesses à risque modéré. Le suivi de grossesse est réalisé par les sages-femmes ou les gynéco-obstétriciens sur le site du CHD ou dans les centre périnataux de proximité (CPP) de Luçon et Montaigu.

3-4 La maternité de l'hôpital Côte de Lumière aux Sables d'Olonne

Maternité de niveau I réalisant environ 600 accouchements / an. Les sages-femmes y proposent le suivi de la grossesse, la réalisation de l'entretien prénatal et des cours de préparation à la naissance (préparation classique, en piscine, acupuncture en projet). La maternité possède le label IHAB (Initiative Hôpital Ami des Bébé) visant à mieux informer les femmes, à assurer un accueil bienveillant du nouveau-né et à accompagner les parents selon les recommandations de l'organisation mondiale de la santé (OMS). Une sage-femme conseillère en lactation est présente pour soutenir l'allaitement maternel. Des groupes de paroles hebdomadaires sont proposés pour les jeunes parents.

3-5 Autres structures pouvant intervenir lors du suivi de grossesse

- Les Centres périnataux de proximité (CPP)

Il en existe 2 en Vendée : à Luçon et à Montaigu.

Leurs missions sont d'assurer :

- le suivi de grossesse, en proposant les consultations pré-natales, post-natales et la réalisation des échographies obstétricales
- des cours de préparation à la naissance et de soutien à la parentalité
- des consultations gynécologiques

Ces consultations peuvent être assurées par les sages-femmes ou les gynécologues-obstétriciens. Ces structures dépendent du Centre Départemental Hospitalier de La Roche-Sur-Yon et permettent une meilleure accessibilité au soin pour les femmes habitant dans ces secteurs.

- La Protection Maternelle et Infantile (PMI)

Le département compte une trentaine de centres de protection maternelle et infantile disséminés sur le territoire. Les professionnels qui y travaillent sont des sages-femmes, des médecins, des puéricultrices et des assistants sociaux. Des consultations de suivi de grossesse peuvent être proposées dans des zones dépourvues médicalement ou lors de situations socio-économiques précaires, toujours en lien avec les structures médicales. Les professionnels de la PMI participent au staff parentalité mis en place au sein des maternités afin d'assurer un suivi multidisciplinaire et la continuité des soins.

II - MATERIEL ET METHODE

1-Lieu de l'étude

Le département de la Vendée est un territoire dynamique, à majorité rural, qui conserve un nombre élevé de naissances. De plus, il s'y opère des modifications de la démographie médicale : chute des effectifs des généralistes et des gynécologues, augmentation sensible du nombre de sages-femmes. Les cinq maternités vendéennes ont été sollicitées pour participer à cette étude. L'enquête n'a pas pu se dérouler au sein de la maternité de Challans, car le questionnaire n'y a pas été validé.

Les maternités participantes seront nommées par des lettres pour faciliter la lecture de l'étude :

- La maternité de la Clinique Saint Charles à La-Roche-Sur-Yon, nommée **Maternité A**
- La maternité de l'hôpital de Fontenay-le-Comte, nommée **Maternité B**
- La maternité du Centre Hospitalier Départemental de La Roche-Sur-Yon, nommée **Maternité C**
- La maternité de l'hôpital Côte de Lumière aux Sables d'Olonnes, nommée **Maternité D**

2- Type d'étude et population

C'est une étude descriptive, transversale, multicentrique et analytique. Elle inclut sur une période donnée, toutes les femmes accouchées dans l'une des quatre maternités et ayant répondu au questionnaire. Les critères d'exclusion étaient un accouchement en dehors de ces quatre maternités ou un nouveau-né non viable (moins de 22 semaines d'aménorrhées (SA) ou poids inférieur à 500 g).

3- Recueil de données

Le recueil des données s'est fait par auto-questionnaire auprès des femmes accouchées pendant leur séjour à la maternité. Les questionnaires, anonymes, étaient distribués puis récupérés par le personnel soignant du service. Avant le démarrage de l'étude, le questionnaire a été testé sur 5 femmes de la maternité C pour vérifier son acceptabilité et sa compréhension.

Les femmes ont été questionnées sur leurs données socio-économiques, leurs antécédents médicaux, leur médecin généraliste, le suivi et l'issue de leur grossesse et le mode d'alimentation de leur nouveau-né. Les données de prévention concernant le tabac et l'alcool n'ont pas été explorées, car les questions jugées trop intrusives risquaient de diminuer l'acceptabilité du questionnaire. Le questionnaire est disponible en annexe.

4 - Analyse des données

La période d'inclusion des données s'est étalée sur 5 semaines, allant de début février à mi-mars en fonction des disponibilités organisationnelles des services. Les données ont été saisies de manière anonyme avec le logiciel EpiData Entry 3.1.

- Description :

Les variables qualitatives sont décrites avec des pourcentages. Les variables quantitatives sont décrites avec des moyennes et un écart-type (médiane, étendue avec minimum et maximum).

- Comparaison :

Pour les comparaisons, les tests sont effectués avec un seuil de décision de $p < 0.05$. Les pourcentages sont comparés avec la méthode du χ^2 ou le test de Fisher en cas de petits effectifs.

Les moyennes sont comparées par le test t de Student ou le test de Mann-Whitney en cas de petits effectifs, ou une ANOVA ou le test de Kruskal-Wallis pour plus de deux moyennes. Le logiciel EPIDATA Analysis 2.0 a été utilisé.

- Une analyse par régression logistique a permis de déterminer des odds ratios (OR) ajustés pour les variables significatives en univariée (au seuil de $p < 0.10$). Les modèles analysés étaient complets en ajustant toutes les variables entre elles. Le logiciel SPSS 22.0 a été utilisé.

5 – Autres informations sur la méthode

Afin de comparer le milieu de vie des femmes, les références de l'INSEE ont été choisies pour établir un classement en 3 catégories des villes ou communes d'habitation des femmes (9) : urbain (ville de 10 000 habitants et plus), semi-urbain (3000 à moins de 10 000 habitants) ou rural (moins de 3000 habitants).

Pour étudier la catégorie socio-professionnelle des parents, il a été distingué deux groupes : les catégories socio-professionnelles favorisées ou défavorisées. Les catégories socio-professionnelles favorisées (CSP+) comprenaient les agriculteurs, chefs d'entreprise - artisans - commerçants, cadres, professions intellectuelles supérieures et professions intermédiaires (catégories 1 + 2 + 3 + 4 selon la nomenclature INSEE 2003). Les catégories socio-professionnelles non favorisées (CSP-) comprenaient les employés et les ouvriers (catégorie 5 + 6 selon la nomenclature INSEE 2003) (10).

Pour juger de la qualité du suivi de grossesse en Vendée, ce sont les recommandations de la HAS concernant le suivi de la grossesse (11) ainsi que les résultats de l'enquête nationale périnatale 2016 (12) qui ont servi de référence.

Le professionnel principal du suivi de grossesse a été recherché pour chaque grossesse. Si il n'était pas désigné par la femme, il a été défini comme suit : professionnel ayant réalisé au moins 3 des 5 consultations du 3^e au 7^e mois. Pour 7 femmes, le professionnel principal n'a pas pu être désigné, l'analyse s'est alors portée sur 292 femmes. Le suivi par le gynécologue médical et le gynécologue-obstétricien n'a pas pu être dissocié en raison d'une confusion de la part des femmes. Les femmes suivies par leur généraliste ont été comparées aux femmes suivies par un spécialiste (catégorie comprenant le gynécologue, le gynécologue-obstétricien ou la sage-femme, qu'ils exercent en ville ou en maternité). En cas de naissances multiples, un seul des nouveau-nés a été inclus (concerne 5 accouchements).

III – RESULTATS

PARTIE I : SUIVI DES FEMMES ENCEINTES EN VENDEE

1 - Effectif

Au total, il y a eu 400 accouchements sur la période d'inclusion. Dans cette étude, nous avons recueilli les questionnaires de 299 femmes, soit 74,8 % des accouchements.

Un seul questionnaire a été exclu de l'analyse car il s'agissait du transfert d'un couple mère-enfant provenant d'une maternité extérieure à l'étude.

Tableau I : Recrutement des femmes en fonction des maternités

	A	B	C	D	Total
Accouchements sur la période d'inclusion	61	65	230	44	400
Questionnaires récupérés et analysés	53	38	174	34	299
Part des questionnaires analysés / nombre d'accouchements sur période d'inclusion (%)	87	58	76	77	74,8

Figure 4: Répartition des questionnaires par maternité (%)

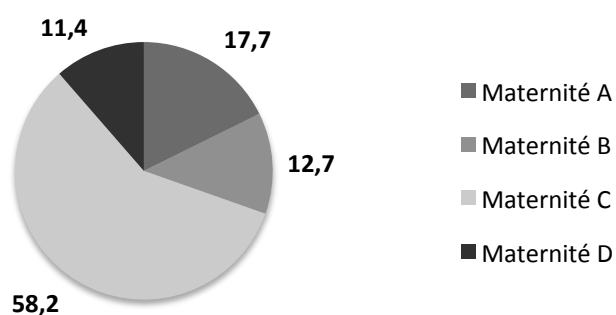


Tableau II: Grossesse unique et gémellaire

Variables	Toutes (%)
Type de grossesse :	
Unique	294 (98,3)
Gémellaire	5 (1,7)

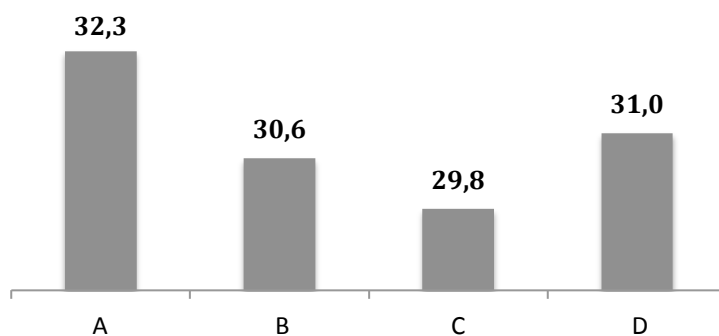
2 - Description de la population :

2-1 Caractéristiques socio-démographiques

2-1-1 Age maternel

L'âge maternel des femmes à l'accouchement variait de 17,6 ans à 44,2 ans, avec une moyenne d'âge de $30,5 \pm 4,9$ ans. **Figure 5.** La maternité C accueillait des femmes en moyenne plus jeunes ($29,8 \pm 4,8$ ans), alors que la maternité A accueillait des femmes plus âgées ($32,3 \pm 4,5$ ans), $p= 0,0093$.

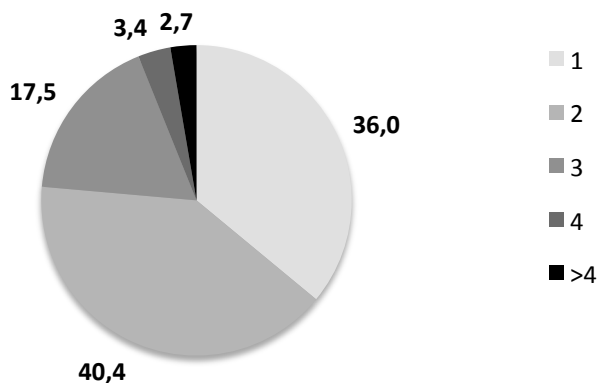
Figure 5 : Age moyen des femmes accouchées par maternités



2-1-2 Parité

Il y avait 107 femmes primipares (36,0%) et 190 femmes multipares (64,0%). **Figure 6.** Le taux de femme primipare le plus élevé était retrouvé dans la maternité C (41,4%) et le plus faible dans la maternité B (16,2%), $p=0,0332$.

Figure 6 : Parité des femmes, toutes maternités confondues (%)



2-1-3 Situation marital

Une large moitié des femmes étaient engagées dans un Pacs ou un mariage (58,3 % dont 27,3% de PACS et 31,0 % de mariage). Il y avait 41,7% de femmes célibataires, séparées ou divorcées. 95,6 % des femmes vivaient en couple.

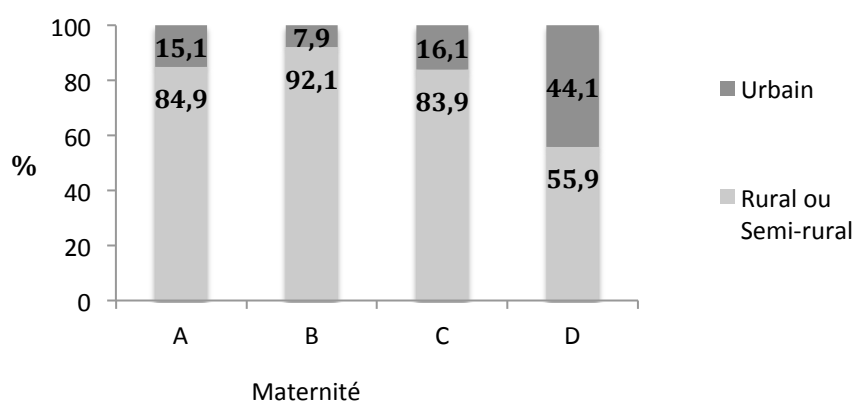
2-1-4 Logement

98,3% des mères vivaient dans leur logement personnel : 62,5% étaient propriétaires et 35,8% locataires. 5 femmes (1,7 %) ne vivaient pas dans leur logement propre et étaient hébergées dans la famille ou chez des amis.

2-1-5 Milieu de vie

Sur l'ensemble des maternités, 49,8% des femmes habitaient en milieu rural, 32,1% en milieu semi-rural et 18,1 % en milieu urbain. **Figure 7.** En fonction des maternités, on observe une répartition inégale de ces milieux de vie. C'est la maternité B qui recrutait le plus de femmes habitant dans un milieu rural ou semi-rural et la maternité D qui en recrutait le moins (p non calculable).

Figure 7 : Milieu de vie des femmes selon les maternités :

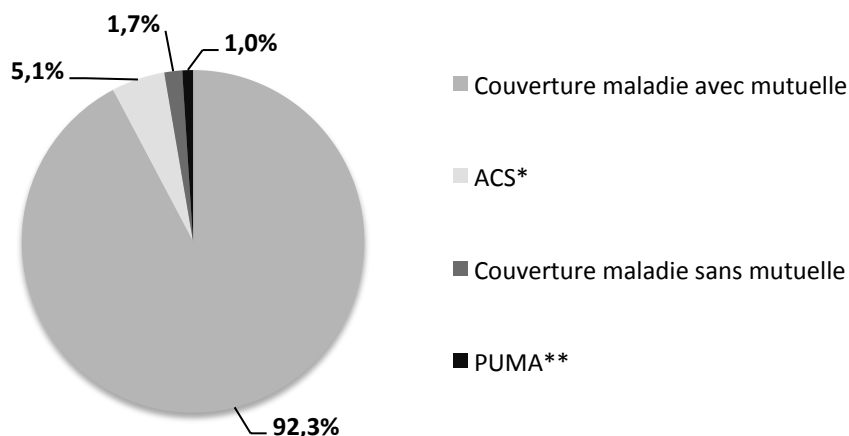


2-1-6 Couverture santé

La grande majorité des mères disposait d'une couverture maladie avec mutuelle privée (274 femmes soit 92,3%). **Figure 8.** 23 femmes (7,8 %) étaient dans une situation de précarité vis à vis de leur santé, c'est à dire bénéficiaires soit de l'ACS, de la PUMA ou d'une couverture maladie sans mutuelle.

C'est dans la maternité B que les femmes étaient les plus précaires vis à vis de leur santé : 10,5 % des femmes étaient bénéficiaires de l'ACS et 5,3 % n'avaient pas de mutuelle (p non calculable). **Figure 9.**

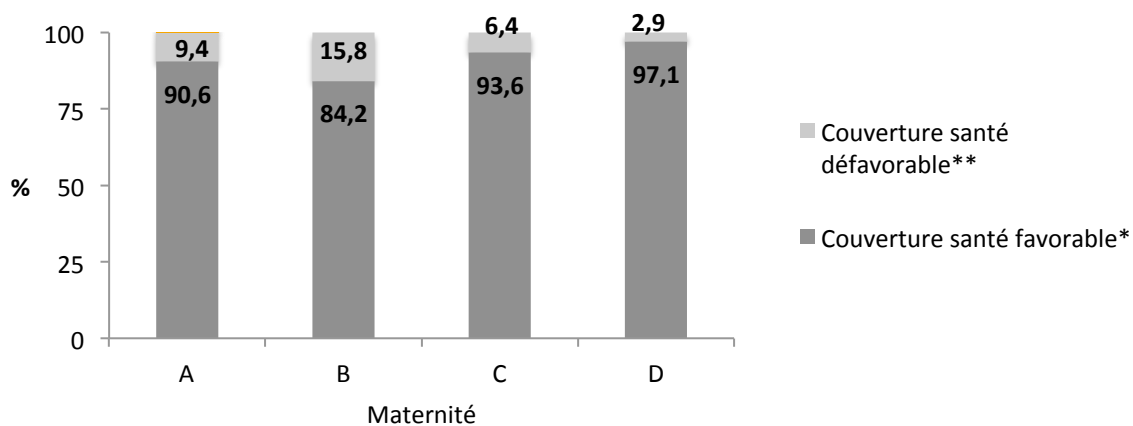
Figure 8 : Couverture santé des mères (%)



* **ACS** : Aide Complémentaire Santé

****PUMA** : Protection Universelle Maladie correspondant à l'ancienne CMU (Couverture Maladie Universelle)

Figure 9 : Couverture santé des mères selon les maternités



* Bénéficiaire d'une couverture santé avec mutuelle privée

**Bénéficiaire de l' ACS (aide complémentaire santé), PUMA (protection universelle maladie) ou absence de mutuelle

Tableau III : Caractéristiques sociodémographiques des femmes

Variables	Toutes (%)
Effectifs	299 (100)
Age mère (n=298) ± ET (ans)	30,5 ± 4,9
Par catégorie :	
• <20 ans	1 (0,3)
• 20 - 29 ans	143 (48,0)
• 30 - 39 ans	142 (47,7)
• ≥ 40 ans	12 (4,0)
Parité (n=297)	
• 1	107(36,0)
• 2	120 (40,4)
• 3	52 (17,5)
• 4	10 (3,4)
• ≥ 5	8 (2,7)
Statut marital (n=297):	
• Célibataire, séparée ou divorcée	124 (41,8)
• Pacsée	81 (27,3)
• Mariée	92 (31,0)
Vie en couple (n=298) :	
• Oui	285 (95,6)
• Non	13 (4,4)
Logement (n= 299)	
• Propriétaire	187 (62,5)
• Locataire	107 (35,8)
• Autres	5 (1,7)
Milieu de vie (n=299):	
• urbain	54 (18,1)
• intermédiaire	96 (32,1)
• rural	149 (49,8)
Couverture santé (n=297) :	
• Sécurité sociale avec mutuelle	274 (92,3)
• ACS*	15 (5,1)
• PUMA **	3 (1,0)
• Pas de mutuelle	5 (1,7)

* ACS : Aide Complémentaire Santé

**PUMA : Protection Universelle Maladie correspondant à l'ancienne CMU (Couverture Maladie Universelle)

Tableau IV : Caractéristiques démographiques significatives des femmes par maternité

Variables	A	B	C	D	p
Effectifs	53 (17,7)	38 (12,7)	174 (58,2)	34 (11,4)	-
Age mère (n=298) ± ET (ans)					
En moyenne (ans)	32,3 ± 4,5	30,6 ± 5,1	29,8 ± 4,8	31,0 ± 5,1	0,0093
Parité (n=297) (%)					
- Primipare	17 (32,7)	6 (16,2)	72 (41,4)	12 (35,3)	0,0332
- Multipare	35 (67,3)	31 (83,8)	102 (58,6)	22 (64,7)	
Milieu de vie (n=299) (%) :					
-rural ou semi-rural	45 (84,9)	35 (92,1)	146 (83,9)	19 (55,9)	NC
-urbain	8 (15,1)	3 (7,9)	28 (16,1)	15 (44,1)	
Couverture santé (n=297)					
- Avec mutuelle privée	48 (90,6)	32 (84,2)	161 (93,6)	33 (97,1)	NC
- ACS, PUMA, ou	5 (9,4)	6 (15,8)	11 (6,4)	1 (2,9)	
- absence de mutuelle					

2-2 Origine des femmes et niveau d'étude du couple

2-2-1 Origine des femmes

- Pays de naissance

Sur les 288 femmes ayant répondu à cet item, 95,8 % étaient nées en France. Seulement 12 femmes (4,2%) n'étaient pas d'origine française.

- Département de naissance

Parmi les femmes nées en France, 48,2 % étaient nées en Vendée, 22,8% étaient nées dans des départements limitrophes (Loire Atlantique, Maine et Loire, Deux sèvres ou Charente Maritime) et 29,0 % dans d'autres départements. **Tableau V**

Dans la maternité D, il y avait significativement plus de femmes qui étaient nées dans d'autres départements (75,8 %, contre 44,9 %, 58,3 % et 47,5 % respectivement pour la maternité A, B et C), $p=0,0160$. **Tableau VI**

2-2-2 Ancrage des femmes a leur territoire :

En moyenne, les femmes vivaient depuis $18,2 \pm 12,7$ ans en Vendée et habitaient depuis $7,3 \pm 8,9$ ans dans la même ville.

L'ancrage des femmes à leur ville d'habitation était peu différent en fonction des différentes maternités. Par contre, il y avait une différence significative concernant l'ancrage des femmes dans leur département en fonction des maternités d'accouchement ($p=0,043$) : c'est dans la maternité D

que l'on retrouve les femmes qui étaient le moins ancrées dans leur département ($12,5 \pm 11,1$ années).

2-2-3 Niveau d'étude

Les femmes étaient plus qualifiées que les hommes. Elles étaient 77,3 % à avoir obtenu le niveau baccalauréat contre 63,9 % des hommes. Cette différence est encore plus marquée pour les hautes études: 22,7 % des femmes avaient un niveau équivalent ou supérieur à bac +3 contre 11,5 % des hommes. **Figure 10**

Figure 10 : Niveau d'études des parents, toutes maternités confondues :

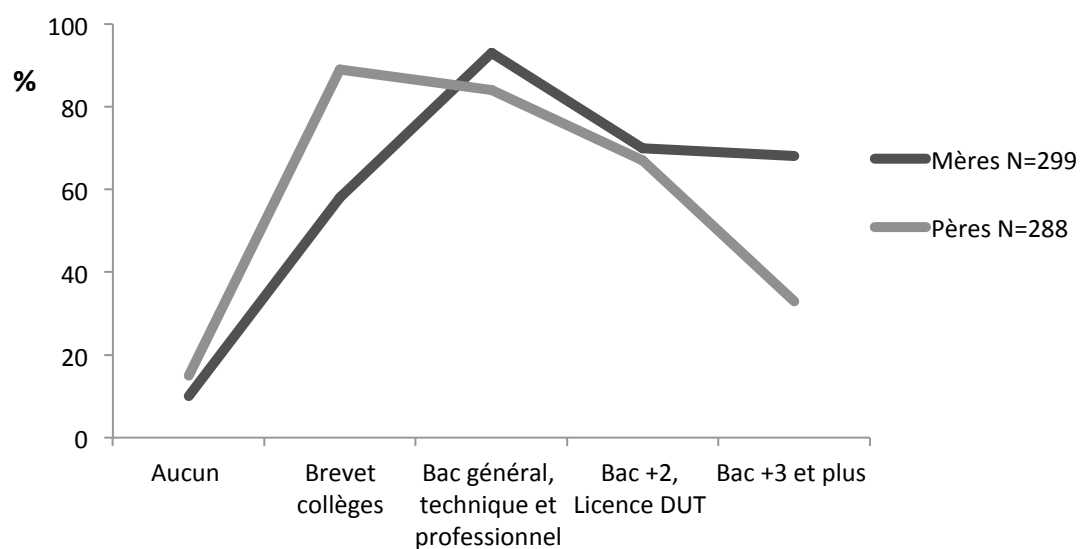


Tableau V : Origine des femmes et niveau d'étude du couple

Variables	Toutes (%)
Pays de naissance (n=288)	
France et Outre Mer	276 (95,8)
Autres pays	12 (4,2)
Département de naissance (n = 276)	
Vendée	133 (48,2)
Départements limitrophes	63 (22,8)
Autres départements	80 (29,0)
Ancrage au territoire en moyenne (ans):	
Département (n=275)	18,2±12,7
Ville (n=287)	7,3±8,9
Niveau d'étude (%) :	
Femmes (n=299)	
Aucun	10 (3,3)
Brevet /CAP /BEP	58 (19,4)
Bac général / pro /techn	93 (31,1)
Bac +2	70 (23,4)
Bac +3 et plus	68 (22,7)
Hommes (n=288)	
Aucun	15 (5,2)
Brevet /CAP /BEP	89 (30,9)
Bac général / pro /techn	84 (29,2)
Bac +2	67 (23,3)
Bac +3 et plus	33 (11,5)

Tableau VI : Données significatives concernant l'origine des femmes et l'ancrage au territoire par maternité

Variables	A	B	C	D	p
Département de naissance (n=276)					
- Vendée	27 (55,1)	15 (41,7)	83 (52,5)	8 (24,2)	0,0160
- Autre départements	22 (44,9)	21 (58,3)	75 (47,5)	25 (75,8)	
Ancrage au territoire en moyenne (ans):					
- Département (n= 275)	18,6±14,2	17,1±13,1	19,5±12,2	12,5±11,1	0,0427

2-3 Activité, catégorie socio-professionnelle et ressource du couple

2-3-1 Activité habituelle

Activité des mères :

78,9 % des mères avaient un emploi, 14,7 % étaient en demande d'emploi, 5,0 % étaient mères au foyer et 1,3 % était dans une autre situation.

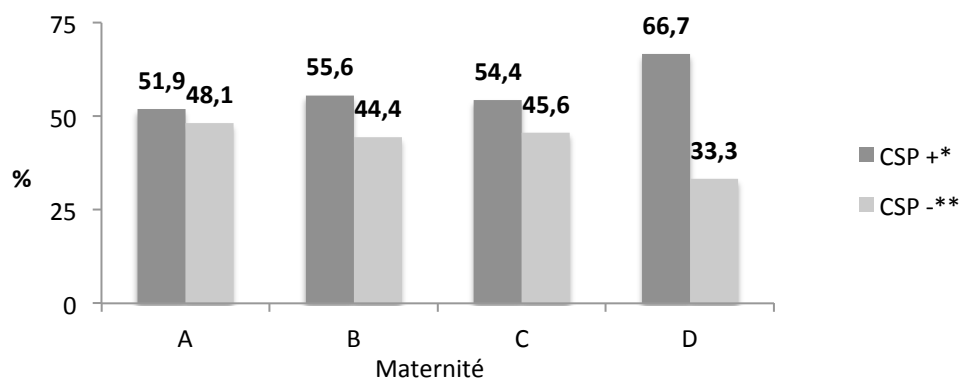
Activité des pères :

Le taux d'emploi des pères était de 93,8 %, 4,8 % étaient au chômage et 1,4 % dans une autre situation. **Tableau VII** Le taux d'emploi des pères selon les maternités, allait de 90,4 % pour la maternité A, jusqu'à 97,1 % pour la maternité B, p non calculable.

2-3-2 Catégories Socio-Professionnelles

45,2 % des pères et 36,1 % des mères relevaient d'une catégorie socio-professionnelle favorisée. C'est dans la maternité D que l'on retrouvait le plus de couples relevant d'une catégorie socio-professionnelle favorisée, mais la différence n'était pas significative ($p = 0,57$). **Figure 11**

Figure 11 : Catégorie socio-professionnelle des couples selon les maternités



*CSP + : Catégories socio professionnelle favorisées (catégories 1 + 2 + 3+ 4 de la nomenclature Insee 2003)

**CSP- : Catégories socio-professionnelles défavorisées (catégories 5 + 6 de la nomenclature Insee 2003)

2-3-3 Revenu mensuel net

Toutes maternités confondues, 62 foyers (23,3%) percevaient un revenu mensuel inférieur à 2000 €, 105 foyers (39,5%) un revenu compris entre de 2000 à 3000 € et 99 foyers (37,2%) un revenu supérieur à 3000 €. **Tableau VII**

Cette répartition était inégale pour chaque maternité. C'est dans la maternité B que les revenus des ménages étaient les plus bas : 43,8 % des couples vivaient avec moins de 2000 €/mois. Les plus hauts revenus sont retrouvés parmi les couples de la maternité D : 44,8 % ont un revenu supérieur à 3000 € (p = 0,0286). **Tableau VIII**

266 femmes avaient répondu à cet item, soit un taux de réponses de 88,9 %.

Tableau VII : Activité habituelle, catégorie socio-professionnelle et ressources du couple

Variables	Toutes (%)
Activité habituelle	
• Mères n=299	
-emploi	236 (78,9)
-demandeuse d'emploi	44 (14,7)
-au foyer	15 (5,0)
-autres (dont étudiante)	4 (1,3)
• Pères, n= 290	
- emploi	272 (93,8)
- demandeur d'emploi	14 (4,8)
- autres	4 (1,4)
Catégories socio-professionnelles détaillées	
• Mères, n =296	
-Agri, chef d'entreprise	12 (4,1)
-Prof lib, cadre, ingénieur	21 (7,1)
-Prof intermédiaire	74 (25,0)
-Employé ou ouvrier	177 (59,8)
-Autres	12 (4,1)
• Pères n=290	
-Agri, chef d'entreprise	46 (15,9)
-Prof lib, cadre, ingénieur	45 (15,5)
-Prof intermédiaire	40 (13,8)
-Employé ou ouvrier	150 (51,7)
-Autres	9 (3,1)
Catégories socio-professionnelles simplifiées	
Mères, n=296	
- CSP+*	107 (36,1)
- CSP-**	189 (63,9)
Pères, n=290:	
- CSP+	131 (45,2)
- CSP -	159 (54,8)
Couples, n=289:	
- CSP +	162 (55,5)
- CSP-	130 (44,5)
Revenu mensuel du couple (n=266)	
<2000 €	62 (23,3)
de 2000 à 3000€	105 (39,5)
>3000€	99 (37,2)

Tableau VIII: Données socio-économiques significatives par maternité

Variables	A	B	C	D	p
Revenu mensuel du couple (n=266)					
• <2000 €	11 (22,0)	14 (43,8)	29 (18,7)	8 (27,6)	0,0286
• de 2000 à 3000€	20 (40,0)	6 (18,8)	71 (45,8)	8 (27,6)	
• >3000€	19 (38,0)	12 (37,5)	55 (35,5)	13 (44,8)	

2-4 Santé des mères avant leur grossesse

2-4-1 Antécédents médicaux

Sur les 279 femmes qui avaient répondu à cet item, 42 femmes (15,1 %) déclaraient avoir des antécédents médicaux avant leur grossesse.

Par ordre de fréquence, on retrouvait : les pathologies endocriniennes (4,7%) - dysthyroïdie et diabète -, les pathologies pulmonaires et ORL (3,9 %), les pathologies neurologiques (3,9 %), les pathologies orthopédiques et rhumatologiques (3,9 %), puis gynécologiques (1,8%) et autres (4,7 %).

2-4-2 Antécédents obstétricaux

Un tiers des femmes a déclaré avoir eu au moins une fausse couche, interruption volontaire de grossesse ou interruption médicale de grossesse (101 femmes soit 34,2%). **Tableau IX**

54 femmes (18,6%) déclaraient avoir des antécédents obstétricaux. Les plus fréquents étaient :

- le diabète gestationnel (4,1%),
- les troubles hypertensifs gravidiques (HTA / protéinurie / pré-éclampsie) (3,1%)
- la menace d'accouchement prématuré (4,4 %).

Tableau IX : Santé des mères avant la grossesse

Variables	Toutes (%)
ATCD médicaux (n=299)	42 (15,1)
ATCD médicaux par spécialité (n=279) :	
Endocrinologie	13 (4,7)
dont :	
- dysthyroïdie	11 (3,9)
- diabète antérieur à la grossesse	2 (0,7)
- HTA antérieure à la grossesse	1 (0,3)
Pneumologie /ORL	7 (2,5)
Neurologie	7 (2,5)
Ortho /Rhumatologie	7 (2,5)
Gynécologie	5 (1,8)
Autres	7 (2,5)
Antécédents de fausse couche, interruption volontaire de grossesse ou interruption médicale de grossesse (n=295)	
- Oui, au moins une fois	101 (34,2)
- Jamais	194 (65,8)
Antécédents obstétricaux (n=291)	
Oui	54 (18,1)
- Dont diabète gestationnel	12 (4,1)
- Dont HTA gravidique	10 (3,4)
- Dont menace d'accouchement prématuré	13 (4,4)
Non	237 (81,4)

2-5 Médecin traitant des femmes

2-5-1 Déclaration

288 femmes (96,3 %) déclaraient avoir un médecin traitant référent. Dans 58,2% des cas, il s'agissait d'un médecin homme et dans 41,8 % des cas d'un médecin femme.

C'est dans la maternité D que l'on retrouve le plus de femmes sans médecin traitant déclaré (8,8 %), p non calculable.

2-5-2 Ancienneté

En moyenne, les femmes avaient déclaré leur médecin traitant depuis $10,8 \pm 10,8$ ans mais les écarts sont très importants, allant des femmes qui avaient déclaré leur médecin traitant depuis moins d'un an, jusqu'aux femmes qui étaient suivies par ce médecin depuis leur enfance.

La maternité D accueillait des femmes qui avaient déclaré leur médecin traitant depuis moins longtemps en moyenne ($6,6 \pm 7,0$ ans) que dans les autres maternités, $p = 0,07$.

67 femmes n'avaient pas répondu à cet item, soit un taux de réponse de 77,6 %.

2-5-3 Suivi gynécologique et suivi de grossesse

Près d'un tiers des femmes déclarait ne pas savoir si leur médecin traitant effectuait des consultations de gynécologie (89 femmes soit 31,3 %) ou de suivi de grossesse (81 femmes soit 28,5 %). 40,8 % des femmes déclaraient que leur médecin traitant effectuait des consultations de suivi gynécologique et 46,5 % des consultations de suivi de grossesse. **Tableau X**

Ces médecins étaient majoritairement des femmes : 59,5 % des médecins effectuant le suivi gynécologique ($p < 10^{-4}$), et 56,1 % des médecins effectuant le suivi de grossesse ($p < 10^{-4}$).

C'est dans la maternité C, que les femmes déclaraient le plus souvent que leur médecin traitant pouvait assurer des consultations de suivi gynécologique ($p = 0,0039$), ou de suivi de grossesse ($p < 10^{-4}$). **Figure 12**

Figure 12 : Activité de gynécologie et d'obstétrique des généralistes selon les femmes par maternité (n=284)

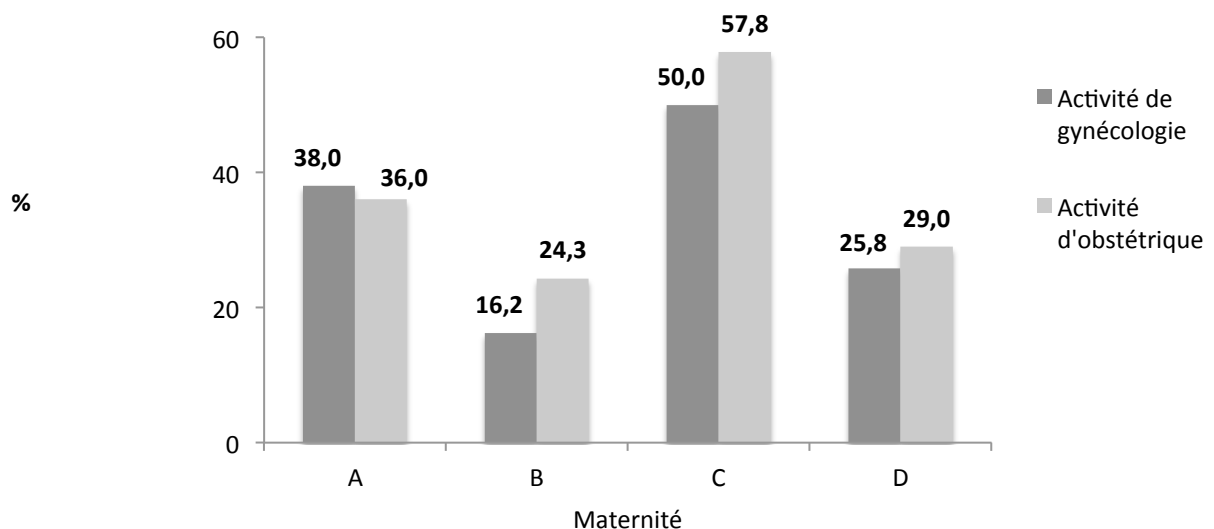


Tableau X: Médecins généralistes des parturientes :

Variables	Toutes (%)	p
Médecin traitant déclaré (n =299)		
Oui	288 (96,3)	
Non	11 (3,7)	
Ancienneté en moyenne (années) (n=232)	10,8±10,8	
Sexe (n=285):		
Homme	166 (58,2)	
Femme	119 (41,8)	
Pratique le suivi gynécologique (n= 284)		
Oui	116 (40,8)	
Non	79 (27,8)	
Ne sait pas	89 (31,3)	
Si pratique du suivi gynéco (n= 116)		
Médecins hommes	47 (40,5)	<10 ⁻⁴
Médecins femmes	69 (59,5)	
Pratique le suivi grossesse (n =284)		
Oui	132 (46,5)	
Non	71 (25,0)	
Ne sait pas	81 (28,5)	
Si pratique du suivi de grossesse (n= 132)		
Médecins hommes	58 (43,9)	<10 ⁻⁴
Médecins femmes	74 (56,1)	

3 Déroulement de la grossesse

3-1 Condition de survenue de la grossesse

21 grossesses (7,1%) ont été obtenues par procréation médicalement assistée (PMA). Les femmes qui ont bénéficié de la PMA avaient en moyenne $32,6 \pm 4,1$ ans. **Tableau XI**

19 grossesses (6,5%) ont été obtenues sous contraception.

3-2 Entretien Prénatal précoce

123 femmes (42,9 %) avaient bénéficié de l'entretien prénatal précoce (EPP) ou entretien du 4^{ème} mois. Les femmes primipares déclaraient plus souvent avoir bénéficié d'un EPP que les femmes multipares (56,4 % contre 35,7 %, $p = 0,0007$). **Tableau XI**

C'était dans la maternité D que les femmes déclaraient le plus souvent avoir eu un EPP (50,0%) mais il n'y avait pas de différence significative entre les maternités.

3-3 Préparation à la parentalité et à la naissance

183 femmes (61,4 %) ont participé à des cours de préparation à la naissance, 104 femmes (34,9%) n'y ont pas participé par choix et 11 femmes seulement (3,7 %) n'y ont pas participé par manque d'information. C'est dans la maternité A que l'on retrouvait le plus de participation à ces cours (67,3 %) mais il n'y avait pas de différence significative entre les maternités. **Tableau XI**

Les femmes primipares ont plus souvent participé aux cours de préparation à la naissance que les femmes multipares (86,9 % contre 47,1 %, $p < 10^{-4}$).

Tableau XI: Survenue de la grossesse, entretien prénatal précoce et préparation à la naissance

Variables	Toutes (%)	p
Survenue de la grossesse :		
Avec PMA (n= 295)	21 (7,1)	
Sous contraception (n=294)	19 (6,5)	
Entretien Prénatal Précoce (EPP) (n=287)		
- Oui	123 (42,9)	
- Non	164 (57,1)	
Participation à l'EPP :		
- Parmi les primipares	57 (56,4)	0,0007
- Parmi les multipares	66 (35,7)	
Préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (n= 298) :		
Oui	183 (61,4)	
Non	104 (34,9)	
Non informée	11 (3,7)	
PNP selon la parité :		
- Parmi les primipares:	93 (86,9)	<10 ⁻⁴
- Parmi les multipares	89 (47,1)	
Type de PNP :		
Classique	113 (63,1)	
Autres types de PNP*	66 (36,9)	

* sophrologie, yoga, piscine, chant, haptonomie, méthode bonapace, acupuncture

3-4 Risque psycho-sociaux

3-4-1 Renonciation aux soins pour cause financière et suivi assistante sociale

8 femmes (2,7%) déclaraient avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières. Elles avaient en moyenne 28,5±4,3 ans. 9 femmes (3,0%) ont été suivies par l'assistante sociale lors de leur grossesse, elles avaient en moyenne 30,7 ± 8,1 ans. **Tableau XII**

3-4-2 Etat psychologique et entourage proche pendant la grossesse

274 femmes (91,9%) déclaraient que leur état psychologique pendant la grossesse était bon ou assez bon. 24 femmes (8,1 %) déclaraient qu'elles avaient été mal ou assez mal. 291 femmes (97,6%) déclaraient avoir été très bien entourées ou bien entourées par leurs proches. Seulement 7 femmes (2,3%) considéraient avoir été peu entourées. **Tableau XII**

Tableau XII: Evaluation des risques psychosociaux

Variables	Toutes (%)
Etat psychologique pdt la grossesse (n= 298)	
Bien	169(56,7)
Assez bien	105(35,2)
Assez mal	22(7,4)
Mal	2(0,7)
Entourage (n= 298)	
Très bien	180(60,4)
Bien	111(37,2)
Peu entourée	7(2,3)
Pas du tout	0(0,0)
Renonciation à des consultations pour cause financière (n =299)	
Oui	8(2,7)
Non	291 (97,3)
Suivi Assistante sociale (n=295)	
Oui	9(3,1)
Non	286 (96,9)

3-5 Risque médical

3-5-1 Pathologies gravidiques

107 femmes (36,1 %) déclaraient avoir eu des problèmes de santé lors de leur grossesse. C'est dans la maternité A que les femmes déclaraient avoir eu le moins de problème de santé pendant leur grossesse (25%) et dans la maternité C où les femmes en déclaraient le plus (39%), mais il n'y avait pas de différence significative entre les maternités.

Les troubles les plus fréquemment rencontrés étaient le diabète gestationnel pour 44 femmes (14,8 %), la menace d'accouchement prématuré pour 22 femmes (7,4%), l'hypertension artérielle pour 12 grossesses (4,0%) et les retards de croissance intra-utérin pour 9 grossesses (3,0 %). **Tableau XIII**

3-5-2 Hospitalisation

52 femmes (17,4%) ont été hospitalisées pendant leur grossesse. **Tableau XIII** 92,3 % des femmes hospitalisées l'ont été dans la maternité C et 7,7 % dans la maternité A.

3-5-3 Visite à domicile par la sage-femme

Sur les 291 femmes ayant répondues à la question, 98 femmes (33,7%) ont bénéficié d'un suivi à domicile par une sage-femme. **Tableau XIII**

Tableau XIII: Pathologie gravidique, hospitalisation et visite à domicile

Variables	Toutes (%)
Pathologie gravidique (n =296)	
Oui	107(36,1)
Non	189(63,9)
Type de pathologie :	
Diabète gestationnel	44 (14,8)
Menace d'accouchement prématuré	22 (7,4)
Hypertension gravidique	12 (4,0)
Retard de croissance intra-utérin	9 (3,0)
Hospitalisation pendant la grossesse (n=299)	
Oui	52 (17,4)
Non	247 (82,6)
Si oui, secteur d'hospitalisation	
- hospitalisation de Jour	32 (10,7)
- secteur conventionnel	14 (4,7)
- ne sait pas	6 (2,0)
Visite à domicile par sage femme (n= 291)	
Oui	98 (33,7)
Non	193 (66,3)

4- Suivi de la grossesse

4-1 Les échographies obstétricales

En moyenne, les femmes ont bénéficié de cinq échographies obstétricales pendant leur grossesse ($5,4 \pm 3,2$). C'est dans la maternité D que les femmes ont eu le moins d'échographies ($p = 0,036$).

Une femme n'a bénéficié que de deux échographies en raison d'un accouchement prématuré à 32SA. Aucune femme n'a eu moins de 2 échographies.

53,1% des échographies étaient réalisées par le gynécologue-obstétricien, 20,5% par une sage-femme, 24,0 % par un suivi mixte sage-femme et gynécologue-obstétricien et 2,4 % par un radiologue.

Tableau XIV: Les échographies obstétricales en Vendée

Variables	Toutes (%)
Nombre d'échographies, n= 292	
- 0 et 1	0 (0,0)
- 2	1 (0,3)
- 3	93 (31,8)
- 4 ou 5	98 (33,6)
- ≥ 6	100 (34,2)
Nombre moyen d'échographies	$5,4 \pm 3,2$
Echographies réalisées par (n =292)	
Sage femme	60 (20,5)
Gynéco-obstétricien	155 (53,1)
Sage-femme + Gynécologue	70 (24,0)
Radiologue	7 (2,4)

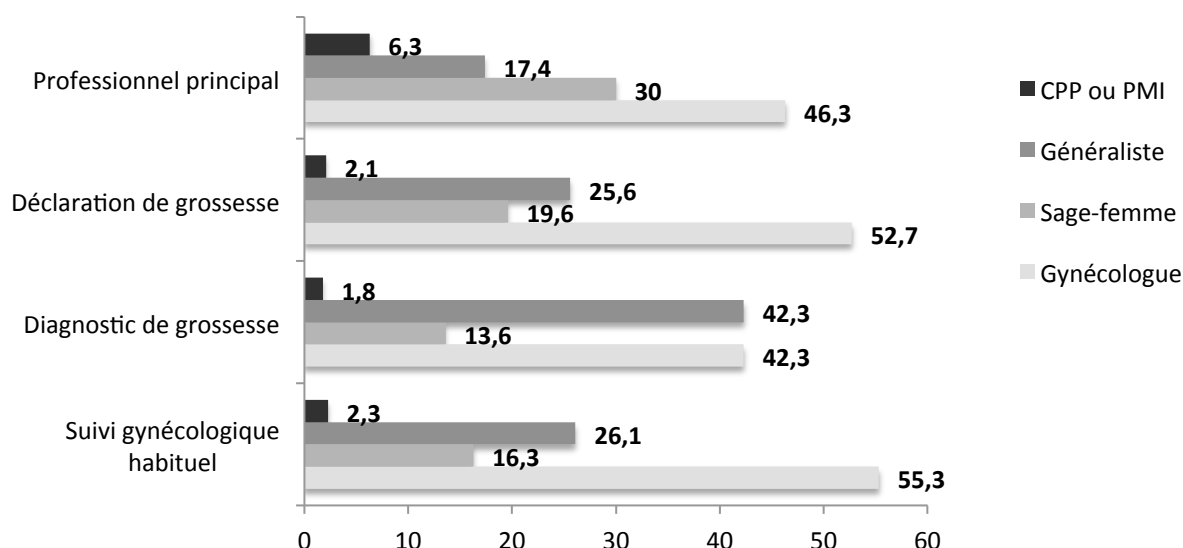
4-2 Le suivi des femmes enceintes

4-2-1 Suivi gynécologique habituel, diagnostic, déclaration de grossesse et professionnel principal

55,3 % des femmes bénéficiaient d'un suivi gynécologique chez le gynécologue, contre 26,1 % chez le médecin généraliste et 16,3 % chez la sage-femme. Le diagnostic de grossesse était effectué à parts égales par le gynécologue et le généraliste (42,3% chacun) et moins souvent par la sage-femme (13,6%). Les centres périnataux et la Protection maternelle et infantile intervenaient peu souvent pour le suivi gynécologique et le début de grossesse.

Le professionnel effectuant la déclaration de grossesse était semblable à celui du suivi habituel gynécologique à 68,9%. Dans 64,3 % des cas le professionnel effectuant le suivi gynécologique était le professionnel principal (pour les 266 femmes ayant répondu à ces items).

Figure 13 : Type de professionnel intervenant lors du suivi gynécologique et du suivi de grossesse



En excluant l'absence de consultation: 14 femmes pour le suivi habituel gynécologique, 6 femmes pour le diagnostic et 2 femmes pour la déclaration de la grossesse et les non répondus : 28 pour le suivi gynécologique, 21 pour le diagnostic et 16 pour la déclaration.

4-2-2 Suivi mensuel de la grossesse

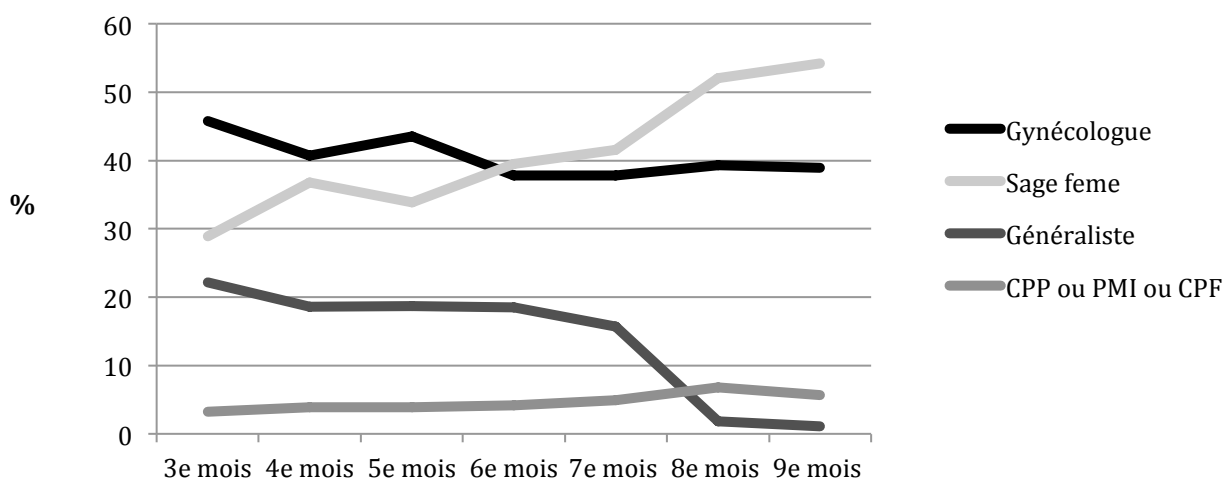
Suivi global en Vendée

98,6 % des femmes avaient eu au moins 7 consultations prénatales et 1,4% moins de 7. 15 femmes n'avaient pas répondu au tableau du suivi mensuel de la grossesse.

Le suivi par le gynécologue chutait légèrement en début de grossesse puis se stabilisait au 6^e mois (45,8 % des consultations au 3^e mois, 37,8 % au 6^e mois et 38,5 % au 9^e mois) Le suivi par le généraliste concernait 21,1% des débuts de grossesse et chutait considérablement au 8^e mois (passant de 15,7 % au 7^e mois à 1,7 % au 8^e mois). Le suivi par la sage-femme augmentait au fur et à mesure de l'avancement de la grossesse (28,9% au 3^e mois jusqu'à 54,2% au 9^e mois). Il se majorait beaucoup en fin de grossesse (passant de 41,6% au 7^e mois à 54,2 % au 9^e mois). Cette augmentation est le reflet inversé de la chute du suivi par le généraliste en fin de grossesse.

Figure 14

Figure 14 : Type de professionnel en fonction de l'évolution de la grossesse

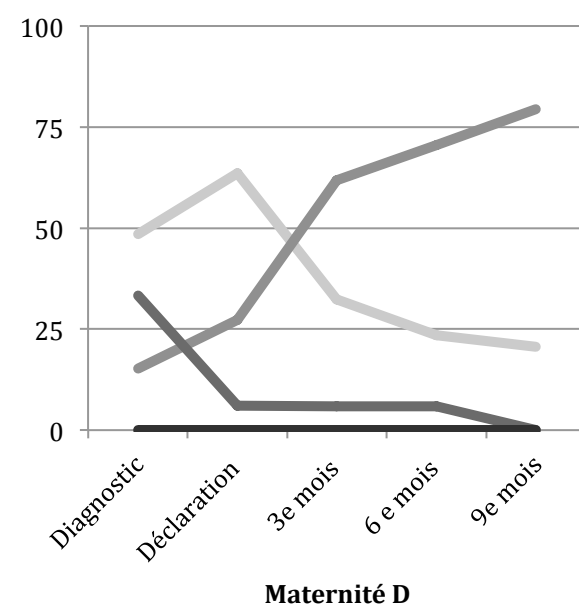
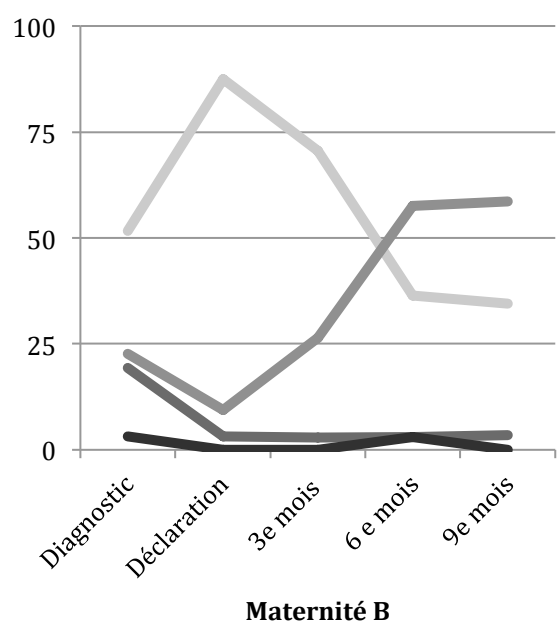
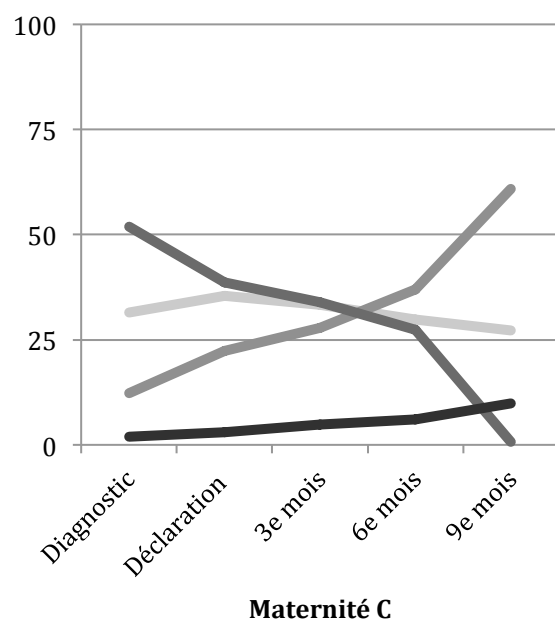
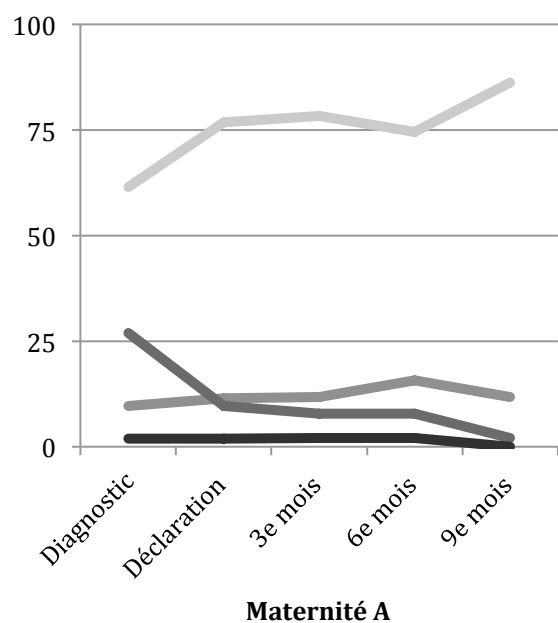


A l'exclusion des non répondants : 5,0 % au 3^e mois, 4,7 % au 4^e mois, 5,0 % au 5^e mois, 4,3 % au 6^e mois et 7^e mois, 6,4 % au 8^e mois et 12,4 % au 9^e mois

Suivi par maternité

Dans la maternité A les femmes étaient suivies préférentiellement par un gynécologue du début à la fin de leur grossesse. Dans la maternité B, les suivis de grossesse étaient réalisés plus fréquemment par les gynécologues en début de grossesse puis par les sages-femmes à partir du 6^e mois. La maternité C présentait des suivis de grossesse plus hétérogènes, répartis entre le gynécologue, la sage-femme et le médecin généraliste. Dans la maternité D, les femmes étaient suivies lors de leur grossesse le plus souvent par les sages-femmes à partir du 3^e mois. **Figure 15**

Figure 15 : Suivi de grossesse par type de professionnel selon les maternités

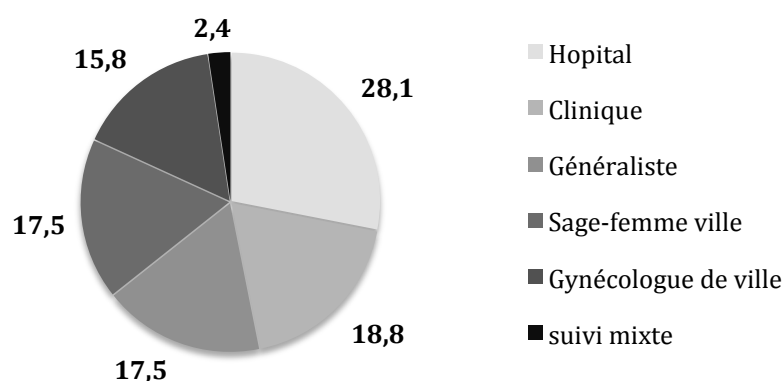


4-3 Professionnel principal

4-3-1 Nature du professionnel principal

Le professionnel principal du suivi de grossesse a été recherché pour chaque grossesse. Si il n'était pas désigné par la femme, il a été défini comme suit : professionnel ayant réalisé au moins 3 des 5 consultations du 3^e au 7^e mois.

Figure 16 : Professionnel ou structure assurant le suivi principal de la grossesse

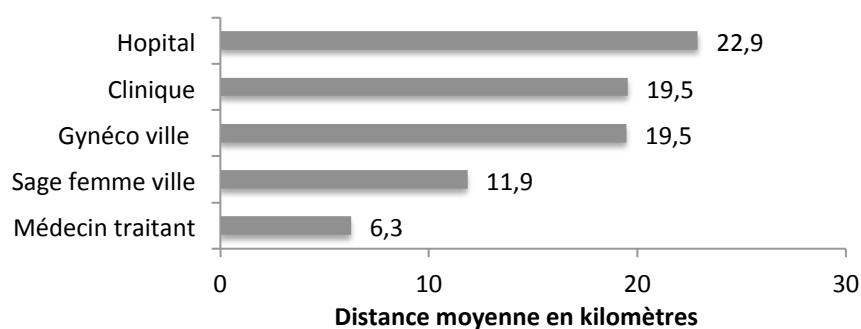


La moitié des femmes était suivie en structure (28,1 % par un professionnel de l'hôpital et 18,8 % par un professionnel d'une clinique). L'autre moitié était suivie en ville par le généraliste (17,5%), la sage-femme de ville (17,5%) ou le gynécologue de ville (15,8%). 7 femmes n'ont pas eu de professionnel principal attribué par absence de données (n = 292). **Figure 16**

4-3-2 Distance au professionnel principal

En moyenne, les femmes parcouraient $16,8 \pm 13,8$ km pour consulter leur professionnel principal pendant leur grossesse. 40 femmes n'avaient pas répondues à cet item. Cette moyenne cachait des différences importantes :

Figure 17 : Distance domicile de la femme - professionnel principal



C'était le médecin traitant qui assurait le suivi de grossesse au plus près des patientes, en matière de distance kilométrique ($p < 10^{-4}$). **Figure 17**

4-3-3 Critères de choix pour le professionnel principal

Tableau XV : Critères de choix pour le professionnel principal par ordre d'importance

Variables	Toutes (%)
suivi par la même personne	151 (50,5)
compétences techniques	125 (41,8)
confiance accordée / le lien	120 (40,1)
proximité géographique	102 (34,1)
compétences relationnelles	99 (33,1)
disponibilité	80 (26,8)
raison de santé	42 (14,0)
suivant conseil entourage	40 (13,4)
suivant conseil professionnel	25 (8,4)
suite indisponibilité ou refus	18 (6,0)
raison financière	1 (0,3)

4-4 Satisfaction du suivi de grossesse

4-4-1 Suivi antérieur pour les femmes multipares

56,7 % des femmes multigestes faisaient suivre leur grossesse par le même professionnel de santé que pour la grossesse précédente. Les causes de changement de professionnel de santé étaient, dans 44,8 % des cas liées à un déménagement (personnel ou du professionnel) ou bien à la cessation d'activité du professionnel, dans 14,9 % des cas en lien avec une pathologie médicale et dans 10,3 %

des cas suite à l'insatisfaction du précédent professionnel. 29,9 % des femmes invoquaient d'autres raisons ou n'en avaient pas données.

4-4-2 Futur grossesse et satisfaction du suivi de grossesse

A 94,8 %, les femmes reconsulteraient le même professionnel de santé pour le suivi d'une future grossesse. Les femmes étaient satisfaites de leur suivi de grossesse à $17,8 \pm 2,4$ en moyenne (note sur 20). **Tableau XVI**

En fonction des maternités : C'est dans les maternités A et D que les patientes étaient les plus satisfaites de leur suivi de grossesse, $p = 0,0163$. **Tableau XVII**

En fonction du professionnel : Il n'y avait pas de différence significative de satisfaction retrouvée entre les différents professionnels de santé ayant suivi la grossesse.

Tableau XVI: Satisfaction du suivi de grossesse

Variables	Toutes
En cas de grossesse(s) antérieure(s), suivi de grossesse par le même professionnel (n = 201)	
Oui	114 (56,7)
Non	87 (43,3)
En cas de future grossesse, suivi envisagé par le même professionnel (n = 290) :	
Oui	275 (94,8)
Non	15 (5,2)
Satisfaction globale du suivi de grossesse note / 20 (n = 288)	$17,8 \pm 2,4$

Tableau XVII: Satisfaction du suivi de grossesse par maternité

Variables	A	B	C	D	p
Satisfaction globale du suivi de grossesse, note / 20 (n = 288)	$18,6 \pm 2,2$	$17,9 \pm 2,3$	$17,4 \pm 2,5$	$18,2 \pm 2,0$	0,0163

5- Maternité

5-1 Critères de choix pour la maternité

Dans 88,2% des cas, les femmes ont eu accès à la maternité qu'elles souhaitaient en début de grossesse. Les quatre principaux critères évoqués par les femmes pour choisir leur maternité d'accouchement sont : la proximité géographique, le fait d'y avoir déjà accouché, la disponibilité de l'équipe soignante et les compétences techniques ou niveau d'équipement de la maternité.

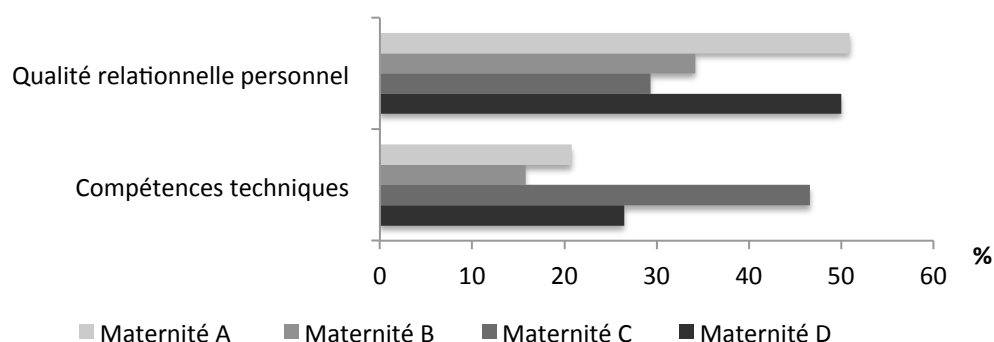
Tableau XVII

Tableau XVIII: Critères de choix pour la maternité par ordre d'importance

Variables	Toutes (%)
Pour la proximité géographique	129 (43,1)
Parce que vous y avez déjà accouché	123 (41,1)
Pour la disponibilité de l'équipe soignante	108 (36,1)
Pour les compétences techniques et niveau d'équipement	107 (35,8)
Pour suivre le professionnel principal qui vous a suivi	71 (23,7)
Sur les conseils de l'entourage	70 (23,4)
Pour le confort	62 (20,7)
Sur les conseils d'un professionnel	39 (13,0)
Pour raison de santé	32 (10,7)
Pour les techniques d'accouchement ou type de préparation à la naissance	27 (9,0)
Pour des raisons financières	11 (3,7)
Par manque de place dans une autre structure	3 (1,0)

Les maternités A et D étaient plus souvent citées pour la disponibilité et la qualité relationnelle du personnel ($p=0,0096$). La maternité C, l'était plus souvent pour ses compétences techniques et le niveau d'équipement ($p= 0,0001$). Les autres critères n'étaient pas significatifs. **Figure 18**

Figure 18 : Critères significatifs pour le choix de la maternité, par maternité



5-2 Distance de la maternité

En moyenne, les femmes parcouraient $19,4 \pm 12,5$ km pour atteindre leur maternité d'accouchement. Les femmes parcouraient moins de distance lorsqu'elles accouchaient dans la maternité D.

Tableau XVIX : Distance moyenne domicile-maternité, par maternité.

Variables	A	B	C	D	p
Distance moyenne de la maternité (en km) (n=299)	19,4±13,2	16,1±7,7	21,6±12,8	11,8±11,0	<10 ⁻⁴

5-3 Satisfaction maternité

5-3-1 Maternité antérieure pour les multipares

Les femmes multipares ont accouché dans la même maternité à 75,8 %. Il n'y a pas de différence significative de ce taux entre les différentes maternités.

Les femmes multipares qui n'accouchaient pas dans la même maternité, l'ont fait suite à un déménagement à 70,4%, pour une raison médicale à 11,4% et pour d'autres causes à 18,2 % (expérience antérieure négative, manque de confiance).

5-3-2 Future maternité en cas de future grossesse et satisfaction

98,9 % des femmes envisageaient d'accoucher dans la même maternité en cas de future grossesse. Toutes maternités confondues les femmes étaient satisfaites à $17,8 \pm 2,2$ de leur maternité (note sur 20).

Tableau XX : Satisfaction des femmes par rapport à leur maternité

Variables	Toutes
Concordance maternité souhaité / effective (n = 279)	
Oui	88,2
Non	11,8
En cas de future grossesse, même maternité envisagée (n = 283) :	98,9
Oui	1,1
Non	
Satisfaction de la maternité note / 20 (n=280)	$17,8 \pm 2,2$

6 – Post-partum

6-1 Accouchement

6-1-1 Mode d'accouchement

Il y a eu 264 (88,3 %) accouchements par voie basse contre 35 (11,7 %) césariennes. Il n'y avait pas de différence significative sur le mode d'accouchement entre les maternités. **Tableau XXI**

6-1-2 Péridurale chez les femmes accouchées par voie basse

Parmi les femmes qui ont accouché par voie basse, 75,8 % ont eu une anesthésie par péridurale alors que 81,5% des femmes avaient prévu d'en demander une. **Tableau XXI**

Tableau XXI : Mode d'accouchement et péridurale

Variables	Toutes
Mode d'accouchement (n= 299)	
Voie basse	264 (88,3)
Césarienne	35 (11,7)
Parmi accouchement voie basse (n=264)	
Non Instrumental	146 (55,3)
Instrumental	42 (16,0)
Non répondu	76 (28,8)
Parmi les césariennes (n =35)	
Urgence	15 (42,9)
Programmée	13 (37,1)
Non répondu	7 (20,0)
Anesthésie prévue* (n= 259)	
Oui	211 (81,5)
Non	48 (18,5)
Anesthésie effectuée* (n=260)	
Oui	197 (75,8)
Non	63 (24,2)
Anesthésie pour l'ensemble des accouchements (n = 295)	
Oui	232 (78,6)
Non	63 (21,4)

*à l'exclusion des césariennes

6-2 Nouveau-né

6-2-1 Sexe

54,3 % des nouveau-nés étaient des garçons et 45,7 % des filles.

6-2-2 Terme

En moyenne, les femmes ont accouché à 39 SA +2 jours. Le taux de prématurité était de 5,7%.

6-2-3 Poids de naissance

En moyenne, les nouveau-nés pesaient 3307 ± 502 g. Le poids de naissance était significativement plus faible dans la maternité C ($p = 0,0311$).

6-2-4 Transfert

20 nouveau-nés (6,8 %) ont été transférés en unité kangourou ou en néonatalogie. Parmi eux, 19 étaient nés dans la maternité C et 1 dans la maternité B.

Tableau XXII : Caractéristiques des nouveau-nés et mode d'alimentation

Variables	Toutes
Terme en semaines d'aménorrhées (n=298)	39,3±1,5
Prématurité (<37 SA) (n=298)	
Oui	17 (5,7)
Non	281 (94,3)
Grossesse (n=299):	
Unique	294 (98,3)
Gémellaire	5 (1,7)
Sexe (n = 295)*	
Garçon	160 (54,2)
Fille	135 (45,8)
Poids de naissance en g, en moyenne (n=298)*	3306,7±502,0
Dont poids de naissance	
< 2500g	12 (4,0)
≥ 4000g	22 (7,4)
Transfert nouveau né (n=295)	
Oui	20 (6,8)
Non	275 (93,2)

6-3 Mode d'alimentation

A la sortie de la maternité, 150 femmes (50,5 %) envisageaient un allaitement maternel exclusif ou mixte contre 147 femmes (49,5%) qui envisageaient un allaitement artificiel.

Il n'y avait pas de différence entre les maternités.

- Facteurs associés à l'allaitement maternel :

Les facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif ou mixte sont : l'âge >30 ans, la multiparité, le milieu de vie urbain ou semi-urbain, une catégorie socio-professionnelle favorisée, de meilleurs revenus et un meilleur niveau d'éducation. L'allaitement maternel était plus souvent pratiqué si la femme était suivie par un autre médecin que le généraliste, si elle avait pratiqué une préparation à la naissance autre que classique et si elle ne souhaitait pas de péridurale.

Tableau XXIII: Facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif ou mixte à la sortie de la maternité

Variables	Allaitement maternel	Allaitement artificiel	p	OR (IC 95%)
Age moyen (n=296)	31,1± 4,7	29,8±5,0	0,0226	-
Age moyen ≥ 30 ans	58,0	45,2	0,0276	1,67 (1,06-2,65)
Multiparité	70,3	57,8	0,0259	1,72 (1,07-2,79)
Milieu de vie urbain ou semi urbain	58,0	42,9	0,0091	1,84 (1,16-2,92)
Catégorie socio professionnelle de la mère favorisée	45,0	26,9	0,0013	2,22 (1,36 -3,62)
Catégorie socio professionnelle du père favorisée	52,7	37,3	0,0086	1,87 (1,17-3,00)
Le revenu du couple				
<2000€	24,2	22,6	0,0010	-
de 2000 à 3000€	28,8	49,6		
>3000€	47,0	27,8		
Niveau d'étude de la mère ≥ bac	82,7	71,4	0,0212	1,91 (1,10-3,32)
Suivi par un spécialiste	87,1	77,8	0,0370	1,92 (1,03-3,58)
Préparation à la naissance autre que classique*	46,3	26,5	0,0063	2,39 (1,27 -4,50)
Péridurale non souhaitée	27,5	10,5	0,0003	3,23 (1,69 -6,19)

*tel que sophrologie, piscine, yoga, acupuncture, chant, haptonomie.

L'allaitement maternel n'avait pas de lien significatif avec le taux d'emploi des parents, le fait d'avoir bénéficié d'un EPP, la pratique d'une préparation à la naissance (tout type confondu), le fait d'avoir reçu une péridurale, la naissance à terme et le mode d'accouchement.

- Facteurs associés à l'allaitement maternel, analyse multivariée

En analyse multivariée, (selon un modèle ajusté sur les variables de la grossesse : primiparité, catégorie socio-professionnelle de la mère, milieu de vie, antécédents médicaux, genre du généraliste, professionnel du suivi de grossesse, distance domicile - professionnel principal, nombre d'échographies et les variables du post-partum : mode d'accouchement, prématurité, poids de naissance <2500g et mode d'alimentation), le taux d'allaitement maternel envisagé à la sortie de la maternité restait significativement associé à la multiparité, à la catégorie socio-professionnelle favorisée de la mère, et au suivi de grossesse par le spécialiste (sage-femme ou gynécologue) qu'il exerce en ville ou en maternité.

Tableau XXIV: Analyse multivariée des facteurs associés à l'allaitement maternel exclusif ou mixte à la sortie de la maternité

Variables	OR ajusté	IC 95%	p
Primipare	1		
Multipare	2,28	1,21 – 4,29	0,010
CSP maternelle non favorisée	1		
CSP maternelle favorisée	2,90	1,57 -5,35	0,001
Suivi de grossesse par :			
Généraliste	1		
Spécialiste de ville	4,13	1,62 – 10,54	0,003
Spécialiste de maternité	2,94	1,15- 7,51	0,025

6-4 Durée de séjour

La durée moyenne du séjour des femmes à la maternité était de $3,7 \pm 0,9$ jours. Elle était plus longue chez les femmes primipares ($p < 10^{-4}$) et lors des accouchements par césarienne ($p < 10^{-4}$). La durée de séjour n'était pas différente en fonction du type d'alimentation du nouveau-né ($p = 0,64$) et du fait d'avoir bénéficié ou non d'une péridurale ($p = 0,67$). **Tableau XXV** La durée moyenne de séjour était plus courte dans la maternité B ($p = 0,0056$), même si cette dernière présentait le plus fort taux de césarienne ($p = \text{NC}$). **Tableau XXVI**

**Tableau XXV: Durée de séjour des femmes à la maternité
en fonction du type d'accouchement et de la parité**

Variables	Toutes	p
Durée moyenne de séjour en jour (n=248)	3,7±0,9	
Si accouchement voie basse* (n=211)	3,6±0,8	<10 ⁻⁴
Si césarienne* (n=23)	5,0±0,6	
Si Primipare* (n = 79)	4,2± 0,9	<10 ⁻⁴
Si Multipare* (n = 153)	3,5± 0,8	

* à l'exclusion des mères qui ont eu un nouveau né transféré pour raison médicale

Tableau XXVI : Données significatives du post-partum selon les maternités

Variables	A	B	C	D	p
Terme moyen en semaines d'aménorrhées (n=298)	39,7±1,2	39,5±1,2	39,1±1,6	39,6±1,1	0,0248
Poids de naissance, en grammes (n=298)	3401±384	3407±430	3233±550	3417±429	0,0311
Mode d'accouchement (n=299)					
Voie basse	50 (94,3)	30 (78,9)	153(87,9)	31 (91,2)	NC
Césarienne	3 (5,7)	8 (21,1)	21 (12,1)	3 (8,8)	
Durée moyenne de séjour en jour (n=248)	4,1±0,6	3,1±0,9	3,9±1,5	3,8±1,2	0,0056
Durée moyenne de séjour en jour (n=248)					
Si Accouchement voie basse* (n=211):	4,0±0,6	2,9±0,7	3,5±0,8	3,8±1,2	<10 ⁻⁴
Si Césarienne* (n=23) :	5,0±0,0	4,8±0,5	5,2±0,6	4,0±0,0	

* à l'exclusion des mères qui ont eu un nouveau-né transféré pour raison médical

PARTIE II :

DETERMINANTS ET RESULTATS DU SUIVI

PAR LE GENERALISTE

I -Déterminants du suivi de grossesse par le généraliste

1-1 Les facteurs liés à la femme :

1-1-1 Facteurs démographiques et lieu de vie

Il n'y avait pas de différences significatives entre les caractéristiques démographiques et géographiques des femmes suivies par le médecin généraliste de celles suivies par les spécialistes.

Cependant, on observe quelques tendances.

Les femmes suivies par leur médecin généraliste pour leur grossesse étaient plus jeunes ($p = 0,08$) et plus souvent primipares que celle suivies par les spécialistes ($p = 0,13$). Elles habitaient plus souvent dans un milieu de vie rural ou semi-urbain ($p = 0,21$). En moyenne, cela faisait plus longtemps qu'elles vivaient en Vendée ($p = 0,25$).

Tableau XXVII : Déterminants démographiques et lieu de vie des parturientes

Variables	Suivi par spécialiste	Suivi par généraliste	p
Effectifs (n=292)	241 (82,5)	51 (17,5)	-
Age (années) (n=291)	30,6±4,7	30,0±5,5	0,41
Par tranche d'âge :			
< 30 ans	109 (45,4)	30 (58,8)	0,08
≥ 30 ans	131 (54,6)	21 (41,2)	
Parité (n=283)			
0	81 (33,9)	23 (45,1)	NC
1	103 (43,1)	16 (31,4)	
2	42 (17,6)	8 (15,7)	
≥ 3	13 (5,4)	4 (7,8)	
Primipare (n=292)			
Oui	81 (33,9)	23 (45,1)	0,13
Non	158 (66,1)	28 (54,9)	
Naissance (n=281)			
En France	220 (95,2)	49 (98,0)	0,38
à l'étranger	11 (4,8)	1 (2,0)	
Situation familiale (n=290) (%) :			
Célib. séparée ou divorcée	103 (41,4)	17 (33,3)	0,21
Pacsée	61 (25,5)	19 (37,3)	
Mariée	75 (31,4)	15 (29,4)	
En couple (n=291) (%)			
Oui	229 (95,0)	50 (100,0)	0,23
Non	12 (5,0)	0 (0,0)	
Milieu de vie (n=292)			
Rural ou intermédiaire	195 (80,9)	45 (88,2)	0,21
Urbain	46 (19,1)	6 (11,8)	

Suite du tableau XXVII : Déterminants démographiques et lieu de vie des parturientes

Variables	Suivi par spécialiste	Suivi par généraliste	p
Ancrage au territoire (en années)	7,2±8,9	7,9±9,2	0,64
Ville (n = 280)	17,9±12,7	20,3±13,0	0,25
Département (n= 270)			
Logement (n=292) (%)			
Locataire	87 (36,1)	16 (31,4)	NC
Propriétaire	149 (61,8)	35 (68,6)	
Pas de logement personnel	5 (2,1)	0 (0,0)	
Couverture maladie (n=290) (%)			
Avec mutuelle	222 (92,9)	48 (94,1)	1,00
Sans mutuelle ou ACS ou PUMA	17 (7,1)	3 (5,9)	

En étudiant uniquement les femmes suivies par un professionnel de ville (n= 148 dont 51 femmes suivies par le généraliste et 97 suivies par la sage-femme ou le gynécologue de ville), l'âge jeune devient significativement associé au suivi par le généraliste (58,8 % de femmes de moins de 30 ans chez les généralistes contre 40,2 % chez les sages-femmes ou gynécologues de ville, p= 0,0310).

Tableau XXVIII: Données démographiques significatives parmi les femmes suivies en ville

Variables	Suivi par spécialiste de ville (n = 97)	Suivi par Généraliste (n =51)	p
Age (années) (n=148)			
< 30 ans	39 (40,2)	30 (58,8)	0,0310
≥ 30 ans	58 (59,8)	21 (41,2)	

1-1-2 Facteurs socio-économiques

Le seul critère significatif était le niveau de revenu. Les femmes suivies par leurs généralistes percevaient plus souvent un revenu intermédiaire (p = 0,0349), alors que les femmes suivies par d'autres spécialistes percevaient plus souvent des revenus faibles (inférieurs à 2000) ou élevés (supérieurs à 3000 €).

Pour les autres critères, il n'y avait pas de différences significatives entre les caractéristiques socio-économiques des femmes suivies par le médecin généraliste et celles suivies par les spécialistes (niveau d'étude des parents, taux d'emploi et catégories socio-professionnelles).

Cependant, on observe quelques tendances :

Les femmes suivies par leur médecin généraliste relevaient plus souvent d'une catégorie socio-professionnelle non favorisée (employée ou ouvrière) (p=0,20).

Tableau XXIX : Niveau d'étude, activités, catégories socio-professionnelles et revenu du couple

Variables	Suivi par spécialiste (n=241)	Suivi par généraliste (n=51)	p
Diplôme maternel (n=292) (%)			
Niveau bac ou +	184 (76,3)	43 (84,3)	0,21
Niveau < bac	57 (23,7)	8 (15,7)	
Diplôme paternel (n=283) (%)			
Niveau bac et +	147 (63,4)	34 (66,7)	0,66
Niveau < bac	85 (36,6)	17 (33,3)	
Activité professionnelle maternelle (n= 292)			
Salariée ou indépendante	190 (78,8)	42 (82,4)	0,57
Demandeuse d'emploi / au foyer / étudiante	51 (21,2)	9 (17,6)	
Activité professionnelle paternelle (n=284)			
Salarié ou indépendant	220 (94,4)	46 (90,2)	0,34
Demandeur d'emploi ou formation	13 (5,6)	5 (9,8)	
Catégorie socio-professionnelle maternelle* (n=290)	90 (37,5)	14 (28,0)	0,20
CSP+	150 (62,5)	36 (72,0)	
CSP-			
Catégorie socio-professionnelle paternelle* (n=285)			
CSP+	107 (45,5)	21 (42,0)	0,65
CSP-	128 (54,5)	29 (58,0)	
Revenu du couple (n=262) :			
<2000 €	53 (24,3)	6 (13,6)	0,0349
2000 à 3000 €	79 (36,2)	25 (56,8)	
>3000 €	86 (39,4)	13 (29,5)	

En étudiant les données socio-économiques des femmes suivies par un professionnel de ville (n= 148 dont 51 femmes suivies par le généraliste et 97 suivies par la sage-femme ou le gynécologue de ville), la catégorie socio-professionnelle défavorisée des femmes devenait significativement associée au suivi par le généraliste (p = 0,0203). Il n'y avait pas de différences retrouvées concernant le niveau de diplôme des parents, le taux d'emploi, leur niveau de revenu et la catégorie socio-professionnelle du père. **Tableau XXX**

Tableau XXX : Données socio-économiques significatives des femmes suivies en ville

Variables	Suivi par spécialiste de ville (n= 97)	Suivi par généraliste (n=51)	p
Catégorie socio-professionnelle maternelle* (n=146)	46 (47,6)	14 (28,0)	0,0203
Favorisées (1+2+3)	50 (52,1)	36 (72,0)	
Défavorisées (5+6)			

*CSP favorisées : comprend la catégorie des agriculteurs-(1) artisans - commerçants, des professions libérales, cadres, ingénieurs, et enseignants du supérieur (2) et les professions intermédiaires (3). CSP défavorisées : comprend la catégorie des employés (4) ou ouvriers (5)

1-1-3 Facteurs médicaux

Les femmes sans antécédents médicaux étaient plus souvent suivies par leur médecin généraliste pour leur grossesse (p= 0,0172).

Les antécédents obstétricaux des femmes ne sont pas déterminants pour le suivi par le généraliste (p =0,84). Les femmes suivies par leur médecin généraliste pour leur grossesse l'étaient déjà pour leur suivi gynécologique dans 81,6 % des cas (p non calculable).

Tableau XXXI : Facteurs médicaux et gynécologiques des parturientes

Variables	Suivi par spécialiste (n=241)	Suivi par généraliste (n=51)	p
ATCD médicaux*(n= 272)			
• Oui	40 (17,9)	2 (4,2)	0,0172
• Non	184 (82,1)	46 (95,8)	
ATCD de fausse couche, interruption volontaire ou médicale de grossesse (n=287)	81 (34,2)	19 (37,3)	0,68
• Oui	156 (65,8)	32 (62,7)	
• Non			
Autres ATCD obstétricaux** (n=285)			
• Oui	43 (18,4)	10 (19,6)	0,84
• Non	191 (81,6)	41 (80,4)	
Suivi gynécologique habituel (n=271)			
• Gynécologue	62,2	8,2	NC
• Sage femme	18,9	0,0	
• Médecin généraliste	12,2	81,6	
• CPP, PMI ou PF	2,3	2,0	
• Pas de suivi	4,5	8,2	

*tels que : migraine, thrombophilie, lombalgie, dysthyroïdie, endométriose, épilepsie, sep, asthme, PR, cardiopathie

**tels que : diabète gestationnel, menace d'accouchement prématuré, hypertension gravidique et pré-éclampsie, hyperthyroïdie gravidique, retard de croissance intra-utérin, grossesse extra-utérine, prématurité, trisomie 21, hémorragie de la délivrance , rupture utérine, mauvaise adaptation de la vie extra utérine

1-1-4 Facteurs personnels

Les femmes qui choisissaient de faire suivre leur grossesse par leur médecin généraliste le faisaient pour la proximité géographique ($p=0,0003$) et pour des raisons de confiance ($p=0,06$, limite significatif). Les compétences techniques étaient plus souvent recherchées par les femmes suivies chez un spécialiste ($p=0,0147$). **Tableau XXXI**

Tableau XXXII : Critères d'orientation des femmes pour le choix de leur professionnel principal

Variables	Suivi par spécialiste (n=241)	Suivi par généraliste (n=51)	p
Sur conseil famille, amis	35 (14,5)	4 (7,8)	0,26
Sur conseil de professionnel	23 (9,5)	2 (3,9)	0,27
Pour sa disponibilité	63 (26,1)	17 (33,3)	0,30
Pour ses compétences techniques	111 (46,1)	14 (27,5)	0,0147
Pour ses compétences relationnelles	85 (35,3)	14 (27,5)	0,28
Pour la confiance accordée	93 (38,6)	27 (52,9)	0,06
Pour le fait d'être suivi pas le même professionnel	129 (53,5)	22 (43,1)	0,18
Pour la proximité géographique	73 (30,3)	29 (56,9)	0,0003

1-2 Les facteurs liés au médecin généraliste

1-2-1 Genre du généraliste et pratique de la gynécologie-obstétrique

Le suivi de la grossesse par le généraliste est significativement plus fréquent quand le médecin généraliste est une femme ($p=0,0009$).

Par ailleurs, on observe d'autres tendances non significatives. Les femmes qui ont fait suivre leur grossesse par leur médecin généraliste le connaissaient en moyenne depuis plus longtemps que les femmes suivies par un autre professionnel ($p=0,22$).

Les femmes qui faisaient suivre leur grossesse par un spécialiste ignoraient si leur médecin généraliste pratiquait le suivi gynécologique à 36,8% ou le suivi de grossesse à 34,2%. Le fait que le médecin généraliste pratiquait le suivi gynécologique et à fortiori le suivi de grossesse était fortement corrélé au suivi de grossesse par le médecin généraliste, ($p < 10^{-4}$ en excluant les femmes qui ont répondu « je ne sais pas »). **Tableau XXXIII**

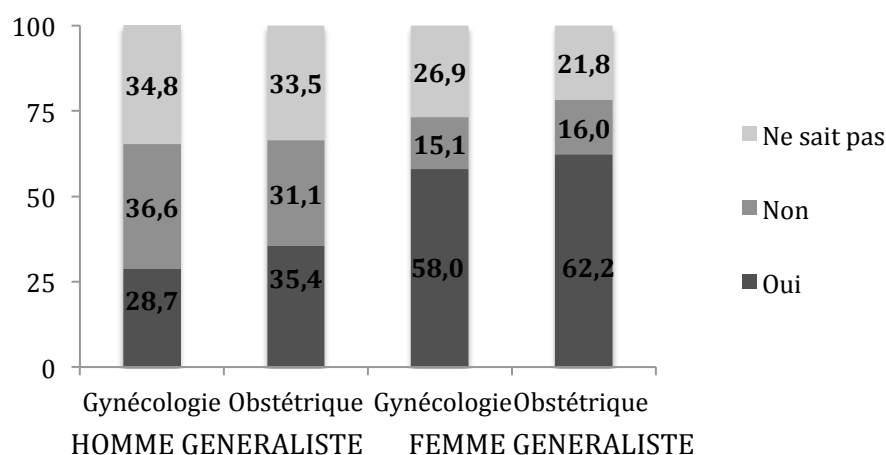
Tableau XXXIII: Genre et pratique de la gynécologie-obstétrique par le généraliste lors du suivi par le généraliste

Variables	Suivi par spécialiste (n=241)	Suivi par généraliste (n=51)	p
Médecin référent déclaré (n = 292)			
• Oui	231 (95,9)	51 (100,0)	0,14
• Non	10 (4,1)	0 (0,0)	
Durée, en années (n=229)	10,2±10,8	12,5±10,7	0,22
Sexe médecin ttt (n=279)			
• Homme	143 (62,7)	19 (37,3)	0,0009
• Femme	85 (37,3)	32 (62,7)	
Médecin généraliste pratiquant le suivi gynécologique (n=278)*			
• Oui	71 (31,1)	43 (86,0)	NC
• Non	73 (32,0)	3 (6,0)	
• Ne sait pas	84 (36,8)	4 (8,0)	
Médecin généraliste pratiquant le suivi de grossesse (n=278)*			
• Oui	81 (35,5)	49 (98,0)	NC
• Non	69 (30,3)	0 (0,0)	
• Ne sait pas	78 (34,2)	1 (2,0)	

* en excluant les femmes qui ont répondu : « je ne sais pas », on obtient une différence significative pour le suivi gynécologique et le suivi de grossesse ($p < 10^{-4}$).

Les femmes médecins généralistes pratiquaient plus souvent des consultations de suivi gynécologique et de grossesse que leurs homologues masculins ($p < 10^{-4}$). Les femmes étaient plus nombreuses à ne pas savoir si leur généraliste pratiquait des actes de gynéco-obstétrique si ce dernier était un homme. **Figure 19**

Figure 19 : Pratique de la gynécologie et de l'obstétrique en fonction du genre du généraliste



Les médecins généralistes femmes exerçaient plus souvent dans un milieu urbain ou intermédiaire que les généralistes hommes ($p= 0,0313$, OR =1,68 (1,05 -2,70)).

1-2-2 Proximité géographique du généraliste

La distance kilométrique entre le domicile de la femme et le médecin généraliste est significativement plus faible que celle séparant le domicile de la femme du spécialiste ($p<10^{-4}$).

Tableau XXXIV: Distance kilométrique moyenne du domicile des femmes à leur généraliste

Variables	Suivi par spécialiste (n=241)	Suivi par généraliste (n=51)	p
Distance au professionnel principal (n= 259) (km)	18,9±13,9	6,3±5,9	$<10^{-4}$

1-3 Analyse multivariée des facteurs liés au suivi par le généraliste

Tableau XXXV: Caractéristiques des femmes associées au suivi par le généraliste en analyse multivariée

Variables	OR ajusté	IC 95%	p
Commune			
• Urbain	1		
• Rural ou semi-rural	10,93	2,47-48,39	0,002
Genre médecin traitant			
• Homme	1		
• Femme	3,23	1,27- 8,24	0,014
Distance domicile –professionnel principal (En km)	0,84	0,79-0,90	$<10^{-4}$

*Modèle ajusté avec l'âge maternel, la parité, le niveau d'étude, la CSP de la mère, le revenu du couple et les antécédents médicaux.

Le tableau XXXV montre que les facteurs indépendants associés au suivi par le généraliste étaient le milieu rural ou semi-rural ($p= 0,002$), le fait que le généraliste soit une femme ($p= 0,014$) et la proximité géographique (à chaque km, on augmente le risque de 16% que la grossesse soit suivie par un autre professionnel).

Les antécédents médicaux ne sont pas significatifs ($p= 0,14$), de même que la parité, le niveau d'étude et la catégorie socio-professionnelle.

A signaler que dans ce modèle, il existait 93 observations manquantes en raison de critères non remplis (essentiellement revenu, distance domicile - professionnel principal et antécédents médicaux de la femme).

2 – Résultats du suivi de grossesse par le généraliste

2-1 Déroulement de la grossesse

2-1-1 Suivi psycho-social, entretien prénatal, préparation à la naissance et à la parentalité

Il n'y avait pas de différences significatives retrouvées entre les femmes suivies par leur généraliste et celles suivies par leur spécialiste, concernant le suivi psychosocial, l'entretien prénatal précoce et la préparation à la naissance. Cependant lorsqu'une préparation à la naissance était réalisée, la préparation classique était plus fréquente chez les femmes suivies par leur généraliste que chez les femmes suivies par un spécialiste ($p = 0,05$).

Tableau XXXVI: Suivi psychosocial, entretien prénatal et préparation à la naissance lors du suivi de la grossesse par le généraliste

Variables	Suivi par spécialiste (n=241)	Suivi par généraliste (n=51)	p
Renonciation aux soins pour causes financières (n=292) (%)			0,28
• Oui	4 (1,7)	2 (3,9)	
• Non	237 (98,3)	49 (96,1)	
Suivi par assistante sociale (n=289)			1,00
• Oui	7 (2,9)	1 (2,0)	
• Non	231 (97,1)	50 (98,0)	
Etat psychologique (n=292) (%)			1,00
• Bien ou assez bien	220 (91,3)	47 (92,2)	
• Assez mal ou mal	21 (8,7)	4 (7,8)	
Entourage (n=291) (%)			1,00
• Très bien ou bien entourée	235 (97,5)	49 (98,0)	
• Peu ou mal entourée	6 (2,5)	1 (2,0)	
Entretien prénatal précoce (n=282)			0,45
• Oui	104 (44,3)	18 (38,3)	
• Non	131 (55,7)	29 (61,7)	
Dont Primipares (n=99)			0,35
• Oui	46 (59,0)	10 (47,6)	
• Non	32 (41,1)	11 (52,4)	
Dont Multipares (n=182)			0,53
• Oui	58 (37,2)	8 (30,8)	
• Non	98 (62,8)	18 (69,2)	

Suite du Tableau XXXVI: Suivi psychosocial, entretien prénatal et préparation à la naissance
lors du suivi de la grossesse par le généraliste

Variables	Suivi par spécialiste (n=241)	Suivi par généraliste (n=51)	p
Préparation à la naissance (n= 289)			
• Oui	150 (62,2)	30 (60,0)	0,77
• Non	91 (37,8)	20 (40,0)	
Dont Primipares (n=104)			
• Oui	70 (86,4)	20 (87,0)	0,95
• Non	11 (13,6)	70 (86,4)	
Dont Multipares (n=185)			
• Oui	79 (50,0)	10 (37,0)	0,21
• Non	79 (50,0)	17 (63,0)	
Type de préparation (n = 177):			
• Classique	89 (59,7)	22 (78,6)	0,05
• Autre préparation*	60 (40,3)	6 (21,4)	

*autres types de préparation : yoga, piscine, haptonomie, chant, méthode Bonapace, acupuncture

2-1-2 Suivi médical de la grossesse

Les taux de pathologie gravidique, d'hospitalisation lors de la grossesse, et de visite à domicile par la sage-femme n'étaient pas significativement différents entre le suivi par le généraliste et le spécialiste. Le taux de grossesses à risque (variable prenant en compte l'existence d'un ou plusieurs antécédents médicaux ou obstétricaux, des pathologies ou des hospitalisations pendant la grossesse) était plus élevé chez les femmes suivies par un spécialiste, mais la différence n'était pas significative (p = 0,24). **Tableau XXXVII**

Il y avait significativement moins d'échographies obstétricales lors du suivi par le médecin généraliste (p <10⁻⁴) et ces examens étaient plus souvent réalisées par une sage-femme (p <10⁻⁴).

Tableau XXXVII : Suivi médical de la grossesse par le généraliste

Variables	Suivi par spécialiste (n=241)	Suivi par généraliste (n=51)	p
Survenu de la grossesse (n=288)			
• Par PMA	18 (7,6)	3 (6,0)	1,00
• Sous contraception	17 (7,2)	2 (3,9)	0,54
Grossesse (n=292)			
• Grossesse unique	236 (97,9)	51 (100)	0,59
• Grossesse gémellaire	5 (2,1)	0 (0,0)	

Suite du Tableau XXXVII : Suivi médical de la grossesse par le généraliste

Variables	Suivi par spécialiste (n=241)	Suivi par généraliste (n=51)	p
Pathologie lors de la grossesse (n=289)			
• Oui	89 (37,1)	18 (36,7)	0,96
• Non	151 (62,9)	31 (63,3)	
Hospitalisation pdt la grossesse (n=292)*			
• Oui	44 (18,3)	7 (13,7)	0,44
• Non	197 (81,7)	44 (86,3)	
Grossesse à risque (n=292)**			
• Oui	121 (50,2)	21 (41,2)	0,24
• Non	120 (49,8)	30 (58,8)	
Visite à domicile par SF (n=284)			
• Oui	77 (33,0)	18 (35,3)	0,76
• Non	156 (67,0)	33 (64,7)	
Nb d'échographie (n=286)			
• Moins de 3	1 (0,4)	0 (0,0)	NC
• 3	65 (27,7)	26 (51,0)	
• 4 ou 5	75 (31,9)	20 (39,2)	
• 6 ou plus	94 (40,0)	5 (9,8)	
Moyenne :	5,8±3,4	3,9±1,4	<10 ⁻⁴
Professionnel effectuant les échographies (n= 279)***			
• Sage femme	36 (15,4)	23 (51,1)	<10 ⁻⁴
• Gynécologue	136 (58,1)	15 (33,3)	
Mixte Sage femme et gynécologue	62 (26,5)	7 (15,6)	

* y compris hospitalisation de jour

** grossesse considérée à risque : si présence d'un ou plusieurs antécédents médicaux ou obstétricaux, pathologie gravidique ou hospitalisation lors de la grossesse.

*** en excluant les 7 femmes suivies par un échographiste.

2-2 Maternité et issue de la grossesse (sauf mode d'alimentation)

2-2-1 Maternité et issue de grossesse, en analyse univariée

Les principaux indicateurs de l'issue de grossesse n'étaient pas différents entre le suivi de grossesse par le généraliste et le spécialiste (terme, poids de naissance, anesthésie par péridurale, taux de

transfert et durée moyenne de séjour). Seul le fait d'accoucher par voie basse était plus fréquent chez les femmes suivies par leur généraliste ($p=0,05$, limite significatif).

Lorsque la grossesse était suivie par le généraliste, la femme accouchait dans 86,3 % des cas dans la maternité C contre 52,7% lorsque les femmes étaient suivies un spécialiste (p non calculable).

**Tableau XXXVIII : Maternité et issue de la grossesse
chez les femmes suivies par le généraliste**

Variables	Suivi par spécialiste (n=241)	Suivi par généraliste (n=51)	p
Maternité d'accouchement (n=292)			
• A	19,5	9,8	NC
• B	14,1	2,0	
• C	52,7	86,3	
• D	13,7	2,0	
Distance de la maternité (n=292) (en km)	19,4±13,0	20,5±10,2	0,57
Terme moyen en SA* (n = 291)	39,2 ±1,5	39,4 ±1,2	0,44
Prématurité (SA <37)			
• Oui	16 (6,7)	1 (2,0)	0,19
• Non	224 (93,3)	50 (98,0)	
Poids de naissance (n=291)* en moyenne (g)	3305,9 ±525,7	3284,3 ±396,8	0,78
• <2500g	6 (2,5)	1 (2,0)	NC
• 2500 à 4000g	234 (97,1)	50 (98,0)	
• >4000g	1 (0,4)	0 (0,0)	
Mode accouchement (n= 292)			
• Voie basse	208 (86,3)	49 (96,1)	0,05
• Césarienne	33 (13,7)	2 (3,9)	
Péridurale Envisagée (n=269)			
• Oui	170 (78,0)	44 (86,3)	0,19
• Non	48 (22,0)	7 (13,7)	
Péridurale Effectuée** (n=254)			
• Oui	151 (73,7)	42 (85,7)	0,08
• Non	54 (26,3)	7 (14,3)	
Transfert nouveau-né (n= 290)			
• Oui	19 (7,9)	1 (2,0)	0,22
• Non	220 (92,1)	50 (98,0)	
Durée de séjour en jours en moyenne (n= 242)	3,7±1,0	3,8 ± 0,7	0,62

*SA = semaine d'aménorrhée

** en excluant les césariennes

2-2-2 Maternité et issue de grossesse en analyse multivariée

En étudiant les variables du post-partum (sauf mode d'alimentation du nouveau-né), modèle ajusté sur : le mode d'accouchement, le poids de naissance (ou le poids <2500g) et le terme (ou la prématurité), les résultats du suivi de grossesse par le généraliste ou par les spécialistes n'étaient pas différents.

En étudiant les variables du post-partum (sauf mode d'alimentation du nouveau-né) avec les variables significatives du suivi de grossesse (modèle ajusté sur les variables significatives de la grossesse : milieu de vie, antécédents médicaux, genre du médecin généraliste, distance du professionnel principal, nombre d'échographies et sur les variables du post-partum: mode d'accouchement, poids de naissance, terme, prématurité), le suivi par le généraliste n'entraîne pas de différence significative sur les variables du post-partum. Les variables de la grossesse restaient significatives (milieu de vie rural ou semi-urbain ($p=0,001$), genre féminin du généraliste ($p=0,012$), proximité géographique ($p= <10^{-4}$), faible nombre d'échographies (limite significatif, $p=0,06$)).

2-2 Allaitement et suivi de grossesse par le généraliste

Le taux d'allaitement maternel envisagé à la sortie de la maternité était significativement plus élevé chez les femmes suivies par un spécialiste ($p=0,0420$, OR = 1,89). Cette différence était marquée chez les femmes primipares ($p=0,0305$, OR = 3,18), mais non retrouvée chez les femmes multipares. Le genre du généraliste n'était pas en lien avec le taux d'allaitement maternel.

Tableau XXXIX : Allaitement maternel et suivi par le généraliste

Variables	Suivi spécialiste (n=241)	Suivi par généraliste (n=51)	p	OR (IC95%)
Allaitement à la sortie de la maternité (n=289) :				
- Maternel exclusif ou mixte	128 (52,9)	19 (37,3)	0,0420	1,89
- Artificiel	112 (47,1)	32 (62,7)		(1,02-3,53)
Femmes primipares (n=104)				
-Maternel exclusif ou mixte	38 (46,9)	5 (21,7)	0,0305	3,18
-Artificiel	43 (53,1)	18 (78,3)		(1,08-9,39)
Femmes multipares (n= 185)				
-Maternel exclusif ou mixte	88 (56,1)	14 (50,0)	0,55	-
-Artificiel	69 (43,9)	14 (50,0)		

Suite du tableau XXXIX : Allaitement maternel et suivi par le généraliste

Variables	Suivi spécialiste (n=241)	Suivi par généraliste (n=51)	p	OR (IC95%)
Généraliste homme (n=162)				
-Maternel exclusif ou mixte	72 (50,3)	6 (31,6)	0,12	-
-Artificiel	71 (49,7)	13 (68,4)		
Généraliste femme (n=116)				
-Maternel exclusif ou mixte	49 (58,3)	13 (40,6)	0,09	-
-Artificiel	35 (41,7)	19 (59,4)		

2-3 Satisfaction du suivi de grossesse

Le taux de satisfaction du suivi de grossesse était élevé et n'était pas différent entre le suivi par le généraliste et le suivi par le spécialiste. Le lien entre le professionnel principal souhaité et effectif était plus forte pour le généraliste que pour le spécialiste, mais la différence n'était pas significative (p=0,27).

Tableau XXXX : Satisfaction du suivi de grossesse lors du suivi par le généraliste

Variables	Suivi par spécialiste (n=241)	Suivi par généraliste (n=51)	p
Corrélation entre professionnel principal souhaité et effectif (n =239)	173 (87,8)	40 (95,2)	
Oui	24 (12,2)	2 (4,8)	0,27
Non			
Souhaite le même professionnel lors d'une future grossesse (n=200)	93 (55,4)	20 (62,5)	0,46
Oui	75 (44,6)	12 (37,5)	
Non			
Satisfaction du suivi de grossesse /20 (n=283)	17,8±2,4	17,6±2,2	0,45

IV - DISCUSSION

4-1 Les principaux messages de cette étude

Cette étude montre que, en Vendée :

- Le suivi de grossesse était réalisé pour moitié en établissement de santé et pour moitié par les professionnels de ville. Dans la majorité des cas, le professionnel effectuant le suivi habituel gynécologique était celui qui réalisait le suivi de grossesse. Les femmes suivies par leur généraliste accouchaient préférentiellement dans la maternité C.
- Les femmes suivies par leur généraliste étaient plus jeunes et plus souvent primipares que celles suivies par un spécialiste. Elles vivaient plus en milieu rural et relevaient plus souvent d'une catégorie socio-professionnelle défavorisée. Il y avait moins de revenus élevés parmi les femmes suivies par leur généraliste. Le genre féminin du généraliste et la proximité géographique étaient associés au suivi par le généraliste.
- Les généralistes suivaient les grossesses de la même manière que les spécialistes de ville ou d'un établissement de santé. Il n'y avait pas de différence retrouvée concernant les données de suivi de grossesse et du post-partum.
- L'allaitement maternel était associé à la multiparité, à la catégorie socio-professionnelle favorisée de la mère et au suivi de grossesse par le spécialiste. Ce lien entre allaitement maternel et suivi par le spécialiste peut s'expliquer par des facteurs qui ne tiennent pas compte du travail des médecins, mais des facteurs psychologiques, culturels et sociaux de l'allaitement maternel.

4-2 Les principaux biais de cette étude :

4-2-1 Biais de sélection

Notre étude s'est effectuée sur 4 maternités de Vendée pendant une période de 5 semaines consécutives. Le nombre de questionnaires inclus dépendait du taux d'activité de la maternité. Les effectifs étaient moins importants pour la maternité A, B et D, rendant les analyses entre maternités moins puissantes. Cependant les données obtenues sur les 4 maternités reflétaient convenablement le suivi de grossesse en Vendée, car la maternité manquante représentait une faible part des accouchements dans ce département.

La Vendée ne possédant pas de maternité de niveau III, les grossesses à haut risque étaient dirigées vers les établissements adaptés proches (CHU de Nantes ou de Poitiers). Certaines données du suivi

de grossesse (ex : nombre d'échographies) et du post-partum (ex : taux de césarienne ou de transfert des nouveau-nés) ne sont donc pas comparables aux données des Pays de la Loire ou de l'EPN 2016 (biais de sélection).

Une autre limite de cette étude était liée au mode de recrutement des femmes à la maternité. Certaines femmes qui habitaient aux limites du département ont pu se faire suivre en Vendée mais accoucher dans un autre département (ex : maternité de Cholet pour les femmes suivies aux alentours de Montaigu, ou maternité de Niort pour les femmes suivies dans le secteur de Fontenay le Conte). Les femmes qui habitaient en Loire Atlantique et qui ont accouché dans une maternité de Vendée ont été incluses dans l'étude.

Le taux de questionnaires analysés représentait 74,8% du nombre total de femmes accouchées lors de la période donnée. Ainsi, les femmes qui n'étaient pas intéressées par le sujet, qui ont eu des parcours de grossesse difficiles, dont le nouveau-né n'allait pas bien, ou bien les femmes ayant des difficultés avec la langue française, ont pu être sous-représentées dans cette étude. Il pouvait aussi s'agir d'une difficulté dans l'organisation du service (oubli de distribution du questionnaire ou de manière trop tardive). Malgré cela, le taux de 74,8 % de questionnaires analysés était satisfaisant pour une enquête par auto-questionnaire et témoignait de l'intérêt des femmes à ce sujet.

4-2-2 Biais d'information

- Biais de mémoire

Le fait de proposer un auto-questionnaire permettait d'obtenir une quantité importante d'information en minimisant le temps passé avec chaque femme. Cependant, les femmes ont pu avoir des difficultés à répondre à certains items. De plus, elles ne sont pas toutes informées de la même manière sur leur santé. Elles ont donc pu omettre de manière volontaire ou non certains faits (ex : antécédents, pathologie gravidique) entraînant un biais de classement.

- Biais de non réponse

Il existait un taux de non réponse variable selon les items (par exemple : âge 0,03% contre 9,4 % de non réponse pour le suivi gynécologique). L'absence de réponse à un item pouvait être due au manque d'information de la femme (ex : niveau d'étude du père, antécédents médicaux ou obstétricaux), à des difficultés de compréhension de la question (ex : tableau de suivi de grossesse), à un oubli ou à un manque de temps. Pour plus de transparence, le nombre de réponses obtenues est noté dans les tableaux pour chaque variable et précisé dans le texte si il est élevé.

4-1-2 Biais de confusion

Dans cette étude, de nombreux facteurs de confusion pouvaient perturber les résultats des analyses univariées (exemple : le fait que la grossesse soit à risque augmente le nombre d'échographies, le risque d'être suivi par un professionnel de la maternité C et le risque d'y accoucher). Pour limiter ce biais, nous avons utilisé des techniques d'ajustement en passant par des modèles de régression logistique, permettant de lever les facteurs de confusion.

4-3 Le suivi des grossesses et le post-partum en Vendée comparé aux données nationales, sauf mode d'alimentation

Pour analyser le suivi de grossesse en Vendée, les données ont été comparées aux résultats de l'enquête nationale périnatale (ENP), réalisée en 2016 sur 513 maternités (517 en France). Dans cette enquête, la collecte des informations avait été réalisée par des enquêteurs au moyen d'un entretien, d'un auto-questionnaire et pour certaines données à partir du dossier médical. Pendant une semaine donnée, étaient incluses toutes les femmes qui ont accouché d'un enfant né vivant ou mort-né d'au moins 22 semaines d'aménorrhées et/ou pesant plus de 500g.

4-3-1 Données socio-économiques : un taux d'emploi des femmes plus élevé, mais des emplois peu qualifiés

L'âge des parturientes en Vendée était semblable à celui retrouvé au niveau national même si les vendéennes étaient plus souvent multipares. En Vendée, les femmes avaient plus souvent un emploi et possédaient une meilleure couverture santé mais elles relevaient plus souvent d'une catégorie socio-professionnelle défavorisée (employée ou ouvrière). Leurs revenus étaient plus souvent intermédiaires (moins de familles aisées mais aussi moins de précarité).

Tableau XXXXI : Données socio-économiques des parturientes comparées aux données nationales

Variables	France métropolitaine (EPN 2016)	Vendée (2017)
Age moyen (ans)	30,3± 5,2	30,5± 4,9
Parité (%)		
Primipare	42,2	36,0
Multipare	57,8	64
Vit en couple (%)	94,8	95,6

Suite du tableau XXXXI : Données socio-économiques des parturientes
comparées aux données nationales

Variables	France métropolitaine (EPN 2016)	Vendée (2017)
Statut marital (%)		
Mariée	40,6	31,0
Pacsée	41,3	27,3
Célibataire	18,1	41,8
Logement personnel (%)	93,9	98,3
Née en France (%)	81,4	95,8
Niveau d'étude > bac (%)	77,1	77,3
Catégorie socio-professionnelle des mères* (%)		
- Favorisée	57,1	36,1
- Défavorisée	42,9	63,9
Taux d'emploi des mères (%)	68,1	78,9
Revenu du couple (%)		
<2000€	30,8	23,3
de 2000 à 3000 €	27,7	39,5
>3000€	41,5	37,2
Couverture santé** (%)		
Favorable	85,8	92,3
Non Favorable	14,2	7,7

4-3-2 Antécédents médicaux : plus d'antécédents de diabète gestationnel et
d'hypertension gravidique en Vendée

Les antécédents de diabète gestationnel et d'hypertension artérielle gravidique étaient plus fréquents en Vendée. **Tableau XXXXII** Plusieurs hypothèses pourraient alors expliquer ces différences: un meilleur dépistage du diabète gestationnel et de l'HTA gravidique en Vendée ou un biais d'information (sur le questionnaire le diabète gestationnel et l'hypertension étaient proposés en exemple pour les pathologies gravidiques). Concernant le diabète gestationnel, il pourrait être dû à une pratique élargie des dernières recommandations sur le dépistage de 2010 (13). Dans l'étude sur le suivi des grossesses à partir du panel de généralistes en Pays de la Loire réalisée de 2014 à 2016, 66% des généralistes prescrivaient systématiquement une glycémie à jeun au premier trimestre, quelque soit l'âge et les facteurs de risque de la patiente (14). En dernier lieu, ce taux anormalement élevé pourrait être le reflet d'une augmentation de la prévalence des maladies métaboliques en Vendée.

Tableau XXXXII: Antécédents des femmes, comparés aux données nationales

Variables	France métropolitaine (EPN 2016)	Vendée (2017)
Antécédents de diabète (%)		
Avant la grossesse	0,5	0,7
Gestationnel	1,8	4,1
Antécédents d'hypertension artérielle (%)		
HTA chronique	0,7	0,3
HTA Gravidique	1,3	3,4

4-3-3 Plus de diabète gestationnel en Vendée, mais un taux d'hospitalisation similaire.

Les femmes de Vendée présentaient plus souvent un diabète gestationnel (14,8%) qu'au niveau national (10,8%). **Tableau XXXXIII.** Pourtant, selon le rapport de la santé périnatale dans les Pays de la Loire, en 2010 la prévalence du diabète gestationnel en Pays de la Loire était similaire à celle mesurée au niveau national (2) Cette prévalence élevée de diabète gestationnel en Vendée pourrait être la conséquence du plus fort taux d'antécédents de diabète gestationnel (critère devant faire réaliser le test du diabète gestationnel). Ce surplus de diabète gestationnel en Vendée, correspondrait à des diabètes sous régime seul, car le taux d'hospitalisation pendant la grossesse en Vendée est équivalent à celui retrouvé au niveau national.

La prévalence de l'hypertension gravidique n'était pas plus forte en Vendée par rapport aux données nationales, contrairement à ce qu'on pourrait attendre devant une fréquence plus élevée des antécédents d'hypertension gravidique.

Par contre le pourcentage de femmes ayant bénéficié de visite à domicile par une sage-femme était pratiquement doublé en Vendée (33,7% contre 18,4 %). Ce phénomène pourrait s'expliquer en partie par le fait que les sages-femmes libérales interviennent plus souvent comme professionnel principal du suivi de grossesse et que leur densité sur le territoire est plus forte qu'au niveau national.

Tableau XXXXIII: Grossesses à risque, hospitalisations et visites à domicile, comparées aux données nationales

Variables	France métropolitaine (EPN 2016)	Vendée (2017)
Pathologies gravidiques (%)		
- Diabète gestationnel *	10,8	14,8
- HTA gravidique	4,3	4,0
- Placenta praevia	1,1	1,0
- Retard de croissance intra utérin	5,4	3,0
Taux d'hospitalisation* (%)	18,1	17,4
Visite à domicile par une sage-femme (%)	18,4	33,7

*sous régime seul ou insuline

** secteur conventionnel ou hospitalisation de jour

4-3-4 De bons indicateurs sur la qualité du suivi de grossesse

Malgré une démographie en baisse des gynécologues médicaux et obstétriciens, cette étude montrait que le suivi de la grossesse était satisfaisant en Vendée. Les données du département répondaient aux objectifs de la HAS et étaient équivalentes ou meilleurs aux données nationales présentées dans l'EPN 2016.

En Vendée, les femmes étaient plus nombreuses à bénéficier d'un entretien prénatal précoce et les primipares participaient plus souvent à des cours de préparation à la naissance. Le bien-être psychologique des femmes au cours de leur grossesse était similaire à celui retrouvé au niveau national. Le nombre d'échographies en Vendée était équivalent à celui retrouvé au niveau national. 1 seule femme en Vendée (0,3%) n'avait pas eu les 3 échographies recommandées par la HAS (en raison d'un accouchement prématuré à 32 SA). Seulement 1,4 % des femmes en Vendée avait eu moins de 7 consultations prénatales en Vendée contre 7,9 % au niveau national. **Tableau XXXXIV.** Un biais pouvait minimiser le taux très faible de notre étude (15 femmes n'ayant pas complété le tableau du suivi de grossesse étaient exclues du calcul et pouvaient entraîner un biais de classement).

Tableau XXXXIV: Suivi de grossesse en Vendée, comparé aux données régionales et nationales

Variables	France métropolitaine (EPN 2016)	Pays de la Loire (EPN 2016)	Vendée (2017)
Etat psychologique pendant la grossesse (%)			
Bien et assez bien	89,9	-	91,9
Assez mal	7,3	-	7,4
Mal	2,8	-	0,7

Suite du tableau XXXXIV: Suivi de grossesse en Vendée, comparé aux données régionales et nationales

Variables	France métropolitaine (EPN 2016)	Pays de la Loire (EPN 2016)	Vendée (2017)
Suivi par assistante sociale (%)	8,8	-	3,1
Entretien prénatal précoce (%)	28,5	37,4	42,9
Préparation à la naissance chez les femmes primipares (%)	77,9	84,8	86,9
Nombre d'échographies en moyenne	5,4±2,8	-	5,5±3,2
Dont au moins 3 échographies (%)	99,0	-	99,6
Au moins 7 consultations prénatales (%)	92,1	-	98,6

4-3-5 Une forte implication des médecins généralistes et des sages-femmes libérales dans le suivi de grossesse

Par rapport aux données nationales, les généralistes et les sages-femmes libérales réalisaient plus souvent les déclarations de grossesse et les suivis de grossesse, alors que les gynécologues étaient moins souvent consultés. (12)

Tableau XXXXV : Professionnels impliqués dans le suivi des grossesses, comparés aux données nationales

Variables	France métropolitaine (EPN 2016)	Vendée (2017)
Professionnel consulté après la déclaration de grossesse au moins 1 fois (%)		
- Gynécologue (ville ou maternité)	90,1	57,5
- Sage femme (ville ou maternité)	65,9	62,2
- Généraliste	19,3	23,7
- CPP, PMI	5,4	7,7
Déclaration de grossesse (%)		
- Gynécologue	66,2	52,3
- Sage femme (ville ou maternité)	13,2	19,4
- Généraliste	18,5	25,4
- CPP ou PMI	1,8	2,1
- Absence de consultation	0,3	0,7
Professionnel principalement responsable du suivi de grossesse durant les 6 premiers mois (%)		
- Gynécologue (ville ou clinique)	49,7	34,6
- Sage femme libérale	8,5	17,5
- Hôpital ou CPP (Gynécologue ou SF)	30,8	28,1
- Généraliste	6,5	17,5
- PMI	2,3	-
- Suivi mixte	2,2	2,4

4-3-6 Moins d'accouchements par césarienne en Vendée

Il y avait moins de césarienne en Vendée, qu'en Pays de la Loire et en France. **Tableau XXXXVI**. Ceci pouvait s'expliquer par le fait que la Vendée ne compte pas de maternité de niveau III. Les grossesses à haut risque, plus souvent génératrices de césariennes, étaient suivies ou transférées in utero dans un établissement adapté (CHU de Nantes ou de Poitiers). Par ailleurs, ces dernières années, le taux élevé de césarienne en France est critiqué. L'OMS annonce qu'un taux de césarienne entre 5 et 15 % serait raisonnable. En effet, la césarienne comporte plus de risque pour la santé de la mère et de l'enfant que l'accouchement par voie basse(15).

Les femmes en Vendée bénéficiaient moins d'anesthésie lors de leur accouchement. Ceci peut être dû au fait qu'elles accouchaient plus souvent par voie basse, qu'elles souhaitaient moins souvent cette analgésie et de la disponibilité réduite des anesthésistes dans les petites maternités.

Tableau XXXXVI : Mode d'accouchement et analgésie, comparé aux données nationales

Variables	France métropolitaine (EPN 2016)	Pays de la Loire (EPN 2016)	Vendée (2017)
Mode d'accouchement (%)			
Voie basse	79,6	81,7	88,3
Césarienne	20,4	18,3	11,7
Analgésie ou anesthésie pour l'ensemble des accouchements (%)			
Oui	85,2	-	78,6
Non	14,8	-	21,4
Souhait d'une analgésie péridurale avant l'accouchement* (%)			
Oui	85,4	-	81,5
Non	14,6	-	18,5

* pour les accouchements voie basse

4-3-7 Des indicateurs de santé du nouveau-né favorables

Comme on pouvait s'y attendre, la Vendée ne possédant pas de maternité de niveau III, les indicateurs des nouveau-nés étaient meilleurs en Vendée. Il y avait moins de prématurité, moins de nourrissons hypotrophes, et moins de transferts du nouveau-né qu'en Pays de la Loire et en France. **Tableau XXXXVII**. On observait tout de même une légère hausse de la macrosomie, liée à l'incidence du diabète gestationnel plus élevée en Vendée qu'en France.

Tableau XXXXVII: Nouveau-nés, comparés aux données régionales et nationales

Variables	France métropolitaine (EPN 2016)	Pays de la Loire (EPN 2016)	Vendée (2017)
Sexe (%)			
- Garçon	52,0	-	54,2
- Fille	48,0	-	45,8
Grossesse (%)			
- Unique	96,5	-	98,3
- Gémellaire ou plus	3,5	-	1,7
Prématurité (< 37SA) (%)	7,5	6,3	5,7
Poids de naissance moyen (en g)	3272,3± 529,5	-	3306,7±502,0
- Dont < 2500g (%)	7,5	6,2	4,0
- Dont > 4000g (%)	6,8	-	7,4
Transfert du nouveau-né * (%)	9,9	-	6,8

*en réanimation, néonatalogie, ou unité kangourou

4-3-8 Une durée moyenne de séjour répondant aux objectifs de l'HAS

Selon les recommandations de l'HAS en 2014, en l'absence de complications pour la mère et le nouveau-né, une sortie est souhaitée avant les 96H, soit 4 jours, pour un accouchement voie basse et avant 120 H, soit 5 jours, pour un accouchement par césarienne. En Vendée, la moyenne des durées de séjour des femmes en maternité est plus courte qu'au niveau national, s'expliquant par un plus fort taux d'accouchement par voie basse.

Tableau XXXXVIII : Durée moyenne de séjour en maternité, comparée aux données nationales

Variables	France métropolitaine (EPN 2016)	Vendée (2017)
Durée moyenne de séjour en jour	4,0± 1,6	3,7 ± 0,9
- Si accouchement voie basse*	3,6± 1,0	3,6 ± 0,8
- Si césarienne *	4,8 ± 1,2	5,0 ± 0,6

*à l'exclusion des mères qui ont eu un nouveau-né transféré pour raison médicale

4-3-9 Des femmes satisfaites de leur suivi de grossesse et de leur maternité d'accouchement

Une enquête de satisfaction des usagères à propos du suivi de grossesse et de l'accouchement a été réalisée par le Réseau Sécurité Naissance des Pays de la Loire en 2014 (16). Dans notre étude, les taux de satisfaction obtenus (17,8±2,4 pour la satisfaction du suivi et 17,8±2,2 (sur 20) pour la

satisfaction de la maternité) étaient similaires à ceux retrouvés dans l'enquête du réseau de santé (16,0 $\pm$ 3,4 en moyenne pour les 2 critères). Ces résultats concordent avec l'enquête de satisfaction des usagères de 2008 réalisé par la DREES sur un panel de maternités françaises : 94% des femmes étaient satisfaites ou plutôt satisfaites du déroulement de leur accouchement et 98 % pour leur suivi de grossesse. (17)

4-4 Les déterminants du suivi par le généraliste

Les généralistes suivaient les grossesses des femmes plus jeunes et moins favorisés. Ce lien entre conditions socio-économiques fragiles et suivi par le généraliste est conforté par d'autres études. En 2005, une enquête a été réalisée par l'Observatoire régional de la santé de la région Midi-Pyrénées sur le suivi et l'orientation des femmes enceintes (18). Les femmes suivies uniquement par leur généraliste durant les deux premiers trimestres de leur grossesse étaient dans une situation plus précaire par rapport aux femmes ayant un autre type de suivi. Le suivi de grossesse par le généraliste était plus souvent associé à un faible niveau d'étude des femmes ($p=0,02$), au fait qu'elles bénéficiaient des minima sociaux ($p = 0,007$) et au fait qu'elles présentaient des difficultés familiales ou financières ($p= 0,005$). Ces femmes avaient plus souvent un suivi par l'assistante sociale ($p = 0,0003$). Dans une autre enquête, réalisée par la DREES et basée sur l'enquête nationale périnatale 2003, la déclaration de grossesse par le généraliste concernait plus souvent des femmes sans profession, vivant seules et relevant de catégories socio-professionnelles défavorisées (19).

Dans notre étude, l'absence d'antécédents médicaux chez la femme était plus souvent associée au suivi par le généraliste. Ce qui est en corrélation avec les recommandations pour le suivi de grossesse établi par la HAS (11). Cependant, on observe que la présence d'antécédents obstétricaux n'était pas significativement associée au suivi par les spécialistes. Ceci peut-être lié à l'hétérogénéité de ces antécédents (biais de classement) et à un manque de puissance de notre étude. Les femmes qui avaient déjà un suivi gynécologique par leur médecin généraliste, leur confiaient leur suivi de grossesse dans 81,6 % des cas. Ce qui témoigne d'une continuité entre le suivi gynécologique et obstétrical. Ce phénomène était retrouvé dans le travail de M. Pépin-Moinard « le suivi médical ou gynécologique habituel était un critère très important chez 51% des femmes » pour le choix du professionnel suivant la grossesse (20).

Lors du questionnement sur leurs critères de choix du professionnel principal, les femmes suivies par leur généraliste disaient l'avoir choisi pour la confiance accordée et la proximité

géographique. D'après la distance kilométrique (domicile - professionnel principal) annoncée par les femmes, la proximité géographique revenait significativement associée au suivi de grossesse par le généraliste. Une association qui était retrouvée dans le travail de Sorin C. : deux critères étaient significativement associés au suivi par le généraliste : la proximité et le suivi antérieur (21).

Le fait d'avoir un médecin généraliste femme augmentait significativement le suivi de la grossesse par le généraliste. Ce lien était retrouvé dans l'enquête du Panel des généralistes en Pays de la Loire : le fait que le généraliste soit une femme augmentait son activité de suivi de grossesse (OR = 1,7 (1,3 - 2,2))(22). L'enquête du Panel retrouvait aussi une association entre l'âge jeune du généraliste et son implication concernant le suivi de grossesse, ce qui n'avait pas pu être recherché dans notre étude

4-5 - Résultats du suivi de grossesse par les médecins généralistes

4-5-1 Suivi de grossesse

La Vendée est marquée par une forte implication des généralistes dans le suivi des grossesses. C'est ce qui ressortait de l'enquête du Panel de généralistes des Pays de la Loire : 82% déclaraient voir au moins une femme enceinte par trimestre dans le cadre de son suivi mensuel, contre 49% en Poitou-Charente, 42 % en PACA et 57 % au niveau nationale (22).

Les taux de pathologie gravidique, d'hospitalisation n'étaient pas différents entre les deux groupes. Ces items font l'objet de facteurs de confusion importants, car comme le prévoient les recommandations de la HAS, l'identification d'une pathologie pendant la grossesse peut modifier le suivi de la patiente (23). Par ailleurs, le suivi par le généraliste était associé à moins d'échographies obstétricales ($p < 10^{-4}$) que le suivi par un spécialiste, mais ce lien est faussé par le niveau de risque de la grossesse qui diffère. Cette association n'était d'ailleurs pas retrouvée en analyse multivariée.

4-5-2 Maternité et issue de grossesse

Les données du post-partum concernant la femme et le nouveau né n'étaient pas différentes entre les suivis de grossesse par le généraliste et le spécialiste. Ces résultats vont dans le sens de la recommandation de grade A établie par la HAS : « Le pronostic materno-fœtal a été comparé pour le

suivi systématique des grossesses à bas risque entre les obstétriciens ou les gynécologues et les sages-femmes et/ou les médecins généralistes. Il n'y avait pas de différence. »(24)

4-6 - Allaitement maternel en Vendée

4-6-1 Un faible taux d'allaitement

Il y avait moins d'allaitement maternel - exclusif ou mixte - en Vendée (50,5%) qu'en Pays de la Loire (58,2 %) et en France (66,7%). Dans notre étude, les facteurs socio-économiques favorables augmentait l'allaitement maternel. Cette association est communément admise car retrouvés par de nombreux auteurs (25) (26) (27). Cette étude retrouvait également plus d'allaitement maternel chez les femmes ayant pratiqué une préparation à la naissance autre que classique. Ceci se retrouvait dans la littérature : la préparation à l'accouchement et le fait d'avoir reçu une information lors de la grossesse favorisaient l'allaitement maternel (18)(26)(25). De plus, l'attitude positive du conjoint vis à vis de l'allaitement maternel est souvent cité mais n'a pas été recherché dans notre étude (28)(26)(25).

Au regard de ces résultats, le faible taux d'allaitement maternel en Vendée pourrait résulter des caractéristiques socio-économiques des femmes plus souvent défavorisées, associé à un taux d'emploi élevé. Par ailleurs, il existe des facteurs culturels pouvant influencer négativement la pratique de l'allaitement. L'enquête périnatale 2010 a permis de montrer l'existence d' « un gradient décroissant du taux d'allaitement, des départements de la façade Est et du Sud de la France, vers ceux de l'Ouest ». (2)

4-6-2 L'association suivi par le spécialiste et allaitement maternel

L'association entre allaitement maternel et suivi par un spécialiste n'est pas retrouvée dans la littérature. Dans l'enquête sur « le suivi et l'orientation des femmes enceintes en Midi-Pyrénées », le taux d'allaitement maternel n'était pas lié au type de professionnel ayant suivi la grossesse (17). Par contre des études sur l'allaitement ont montré que la plupart du temps, la décision d'allaiter son nouveau-né se prenait avant la grossesse. 80 % des femmes qui allaitaient avaient fait leur choix avant la grossesse dans l'enquête sur l' « initiation de l'allaitement maternel et le sevrage précoce » de Guillaumon A. (26) et 62,7 % dans l'enquête sur l' « information prénatale sur l'allaitement maternel » de H. Barrière(29).

Le fait que le spécialiste soit associé à plus d'allaitement maternel peut donc résulter de phénomènes plus complexes, sociaux, psychologiques et culturelles :

- C'est le profil socio-économique des femmes suivies par le généraliste qui est associé à un moindre taux d'allaitement maternel. Les femmes les plus favorisées se dirigent plus souvent vers un spécialiste pour faire suivre leur grossesse.
- L'existence d'un « effet spécialiste ». C'est à dire qu'à catégorie socio-professionnelle égale, les femmes qui seraient les plus enclines à allaiter leur nouveau-né, se dirigeraient plus souvent vers un spécialiste que vers leur généraliste pour leur suivi de grossesse.

V – CONCLUSION

Cette étude met en lumière des spécificités départementales au niveau des caractéristiques des femmes et du suivi de la grossesse. Les femmes qui accouchent en Vendée, étaient peu précaires mais relevaient souvent de catégories socio-professionnelles défavorisées avec peu de revenus élevés. Le suivi de la grossesse était organisé de manière différente, plus souvent en ville grâce à une forte implication des généralistes et les sages-femmes libérales. Au regard des recommandations de la Haute Autorité de Santé et des données nationales réunies dans l'enquête périnatale de 2016, les principaux indicateurs du suivi de grossesse et du post-partum en Vendée sont satisfaisants.

Le suivi de grossesse par le généraliste était associé à plus de ruralité, au genre féminin du généraliste et à la proximité du domicile de la patiente. Le suivi de grossesse et les données du post-partum, concernant la mère et le nouveau-né, ont été comparés entre les suivis par le généraliste ou le spécialiste : il n'y avait pas de différence retrouvée. Ces résultats concordent avec l'absence de différence en matière de pronostic materno-foetal entre des suivis de grossesses à bas risque réalisés par les différents professionnels concernés (obstétriciens, gynécologues, sages femmes ou généralistes) (23).

Le taux d'allaitement maternel plus faible en Vendée qu'au niveau national, concordait avec les récentes études. L'allaitement maternel était associé à la catégorie socio-professionnelle favorisée de la mère, à la multiparité et au suivi par le spécialiste. Le lien entre spécialiste et allaitement maternel est biaisé par des facteurs socio-culturels et psychologiques complexes de la femme. Les femmes de conditions socio-économiques favorisées, donc plus enclines à allaiter leur nouveau-né, vont plus souvent faire suivre leur grossesse par un spécialiste. De plus, à profil socio-économique égal, l'existence d'un effet « spécialiste » pourrait expliquer le fait que les femmes désirant allaiter se dirigeraient plus souvent vers un spécialiste pour leur suivi de grossesse. Pour approfondir ces réflexions, il serait intéressant de s'interroger sur la construction du parcours de soin des femmes désirant allaiter leur enfant.

Devant le déficit d'allaitement maternel en Vendée, cette étude permet d'entrevoir de nouvelles possibilités d'actions plus ciblées, auprès de la patientèle des médecins généralistes. Il

paraît nécessaire de poursuivre la sensibilisation des généralistes sur leur mission de prévention dans la périnatalité.

Enfin dans les années à venir, la bonne qualité du suivi de grossesse en Vendée pourrait être menacée par le problème de la démographie médicale, avec la raréfaction des médecins généralistes et l'accroissement des zones sous-médicalisées. La mise en place de maisons médicales pluridisciplinaires avec médecins généralistes et sages-femmes peut sans doute permettre de garder un bon suivi, au prix d'une augmentation de la longueur des déplacements des usagers.

VI- BIBLIOGRAPHIE

1. Nombre de naissances par département en 2014- Data.gouv.fr [Internet]. Data.gouv.fr. [cité 27 avr 2017]. Disponible sur: [/fr/datasets/nombre-de-naissances-par-departement/](#)
2. Observatoire régional de santé (Pays de la Loire), Réseau Sécurité naissance-naître ensemble des Pays de la Loire. La santé périnatale dans les Pays de la Loire: rapport 2013 [Internet]. Nantes: Observatoire régional de la santé des Pays de la Loire : Réseau Sécurité naissance-naître ensemble; 2013. Disponible sur http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/Perinatalite/2013_rapport_sante_perinatale.pdf
3. Le Graet A. Naissances dans les Pays de la Loire : de plus en plus de mères après 40 ans [Internet]. 09/2016. (Insee Flash Pays de la Loire). Report No.: N°49. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2129156>
4. INSEE. Indicateur conjoncturel de fécondité en 2015 : comparaisons départementales [Internet]. 2017. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012734#titre-bloc-1>
5. DREES. La démographie des médecins RPPS [Internet]. 2016. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/open-data/professions-de-sante-et-du-social/la-demographie-des-professionnels-de-sante/la-demographie-des-medecins-rpps/article/la-demographie-des-medecins-rpps>
6. Ordre national des médecins. Démographie médicale en région Pays de la Loire [Internet]. 2013. Disponible sur: https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/pays_de_la_loire_2013_0.pdf
7. ORS Pays de la Loire. La santé oservée - Sages femmes [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/sites/default/files/fiches-Iso/AccompSoinsPrev/SagesFemmes/pdf_sagesfemmes_lsoonline.pdf
8. Agence régionale de santé. Niveau de dotation en offre de soin sage femmes libérales [Internet]. 2013. Disponible sur: http://www.crsa-pays-de-la-loire.ars.sante.fr/fileadmin/PAYS-LOIRE/F_actualites/2013/2013-12-zonages_conventionnels_professions_liberales/sages_femmes/Carte_Zonage_SF.pdf
9. Rodrigues A, INSEE. Vendée : une croissance démographique forte [Internet]. 2015 déc. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1895085>
10. INSEE. Nomenclature des Professions et Catégories Socioprofessionnelles - PCS 2003 [Internet]. 2003. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/metadonnees/pcs2003/categorieSocioprofessionnelleAgreguee/8>
11. HAS. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de

- l'accouchement [Internet]. 2009. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf
12. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale Rapport 2016 [Internet]. 2017. Disponible sur: http://www.epopé-inserm.fr/wp-content/uploads/2017/10/ENP2016_rapport_complet.pdf
 13. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Recommandation pour la pratique clinique sur le diabète gestationnel. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. sept 2005;34(5):513.
 14. Buyck J-F, Lelièvre F, Tuffreau F. Suivi de grossesse : attitudes et pratiques des médecins généralistes > dans les Pays de la Loire [Internet]. 2016 oct. Disponible sur: http://www.santepaysdelaloire.com/ors/sites/ors/files/publications/PanelMG/2016_14_suivi_grossesse_panel3mgpdl.pdf
 15. Zelli P, Boussat B, Wetzel A, Ronin C, Pons J-C, Sergent F. Indications des premières césariennes dans un centre hospitalo-universitaire régional et stratégies raisonnables pour les diminuer. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. 1 oct 2016;45(8):841-8.
 16. Branger B, Le Coz F, Gillard P, Merot E, Winer N. Satisfaction de 424 usagers pendant la grossesse et à l'accouchement dans le Réseau de santé en périnatalité « Sécurité Naissance » des Pays-de-la-Loire. J Gynécologie Obstétrique Biol Reprod. mai 2014;43(5):361-70.
 17. DREES. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement. Etudes Résultats [Internet]. sept 2008;(660). Disponible sur: <http://www.reseau-naissance.fr/data/mediashare/55/eai9wfqe3qhpr04hyr2xjdvt8hj3i-org.pdf>
 18. Observatoire régional de la santé de Midi Pyrénées. Le suivi et orientation des femmes enceintes. Enquête auprès de 1650 femmes ayant accouché en Midi Pyrénées en 2005 [Internet]. Toulouse; 2016. Disponible sur: http://www.orsmip.org/tlc/documents/RAPPORT_MATERNITES.pdf
 19. Scheidegger S, Vilain A. Disparités sociales et surveillance de grossesse [Internet]. DREES; 2007. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er552.pdf>
 20. Pépin-Moinard M. Déterminants et critères du choix du professionnel pour le suivi des grossesses à bas risque. Nantes; 2012.
 21. Sorin C. Grossesse des villes, grossesse des champs. Le suivi de grossesse en milieu rural et milieu urbain. Nantes; 2014.
 22. Buyck J-F, Lelièvre F, Tuffreau F. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. Etudes Résultats [Internet]. (0977). Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er977.pdf>
 23. HAS. suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifi

- ées [Internet]. 2016. Disponible sur: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf
24. Haute autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes? [Internet]. 2005. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
25. Salavane B, de Launay C, Guerrisi C, Castetbon K. Taux d'allaitement maternel à la maternité et au premier mois de l'enfant . Résultats de l'étude Epifane, France, 2012 .[cité 15 avr 2018].
26. Guillaumon A, Trombert-Paviot B, Vallée J, Weiss S, Patural H. Initiation de l'allaitement maternel et sevrage précoce : étude prospective du réseau périnatalité Loire–Nord Ardèche. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* juin 2013;41(6):351-5.
27. Siret V, Castel C, Boileau P, Castetbon K, Foix l'Hélias L. Facteurs associés à l'allaitement maternel du nourrisson jusqu'à 6 mois à la maternité de l'hôpital Antoine-Béclère, Clamart. *Arch Pédiatrie.* juill 2008;15(7):1167-73.
28. Robert E, Coppieters Y, Swennen B, Dramaix M. Facteurs associés à l'allaitement maternel à la maternité en région Bruxelloise. *Rev Med Brux.* 2015;36:69-74.
29. Barriere H, Tanguy M, Connan L, Baron C, Fanello S. Information prénatale sur l'allaitement maternel : enquête en Pays de Loire. *Arch Pédiatrie.* sept 2011;18(9):945-54.

VII - ANNEXES

Annexe 1 : QUESTIONNAIRE

PARCOURS DE SOIN DES FEMMES ENCEINTES EN VENDEE

Madame

Dans le cadre d'une étude, je m'intéresse au suivi des grossesses en Vendée. Cette enquête, strictement anonyme, nous permettra de mieux appréhender les conditions de suivi de votre grossesse, dans le but d'améliorer les pratiques et de répondre au mieux à vos attentes. Si vous rencontrez des difficultés pour remplir le questionnaire, n'hésitez pas à demander de l'aide auprès de l'équipe soignante. Je souhaite la bienvenue à votre bébé et vous remercie vivement pour votre participation.

Hélène Passelande, médecin généraliste remplaçant

• Nom de la maternité : • Date et Heure de l'accouchement : __/__/2017 à __ H __

Votre situation

• Quelle est votre date de naissance ? __/__/__ • Pays et Département de Naissance..... __

• Où habitez-vous ? Ville : Code Postal : _____

Depuis combien d'années habitez-vous dans cette ville ? __ et dans ce département ? __

1 ☐ célibataire (ou en concubinage) 2 ☐ pacsée 3 ☐ mariée 4 ☐ séparée ou divorcée 5 ☐ veuve

• Vivez-vous en couple ? 1 ☐ oui 2 ☐ non

• En comptant votre bébé qui vient de naître, combien avez-vous d'enfants ? __

• Où habitez-vous ? 1 ☐ dans votre logement personnel, vous êtes alors : 1 ☐ locataire ou 2 ☐ propriétaire
2 ☐ autre lieu (dans votre famille ou chez des amis, en foyer ...) précisez :

• Concernant votre couverture maladie, de quelle(s) prestation(s) bénéficiez-vous ? (plusieurs réponses possibles)

1 ☐ une couverture maladie **avec** mutuelle

2 ☐ une couverture maladie **sans** mutuelle

3 ☐ la PUMA (Protection Universelle Maladie), remplaçant la **CMU de base** (Couverture Maladie Universelle)

4 ☐ de l'**ACS** (Aide Complémentaire Santé) ou de la **CMU-c** (Couverture Maladie Universelle Complémentaire)

5 ☐ l'**AME** (Aide Médicale d'Etat)

6 ☐ je n'ai pas de couverture maladie

• Quel est **votre** dernier diplôme obtenu, ainsi que celui de **votre conjoint**?

	Vous	Votre conjoint
aucun diplôme	1 ☐	1 ☐
Brevet des collèges, CAP ou BEP	2 ☐	2 ☐
Bac Général, Technique ou Professionnel / Brevet technicien (BT) ou professionnel (BP)	3 ☐	3 ☐
Bac +2, Licence, DUT (Diplôme univ. de technologie) ou Brevet de technicien supérieur	4 ☐	4 ☐
Bac +3, et plus	5 ☐	5 ☐

- Quelle est - **votre** activité habituelle ?
1 ☐ emploi : 1 ☐ salarié ou 2 ☐ indépendant
2 ☐ demandeuse d'emploi
3 ☐ étudiante
4 ☐ femme au foyer
5 ☐ dans une autre situation, *précisez* :
- et celle de **votre conjoint** ?
1 ☐ emploi : 1 ☐ salarié ou 2 ☐ indépendant
2 ☐ demandeur d'emploi
3 ☐ étudiant
4 ☐ au foyer
5 ☐ dans une autre situation, *précisez* :

• Quelle est votre profession actuelle, <u>ou la dernière exercée</u> ? et celle de votre conjoint ?	Vous	Votre conjoint
Agriculteur, artisan, commerçant ou chef d'entreprise, <i>précisez</i> :	1 ☐	1 ☐
Profession libérale, cadre, ingénieur, enseignant du supérieur ou II ^{aire} , etc. <i>précisez</i> :	2 ☐	2 ☐
Profession intermédiaire de la santé (ex : IDE, kiné), de l'enseignement (ex : instituteur), de l'administration, technicien, contremaître, etc., <i>précisez</i> :	3 ☐	3 ☐
Employé (de l'administration, de commerce, policier..) ou ouvrier, <i>précisez</i> :	4 ☐	4 ☐
Autre profession, <i>précisez</i> :	5 ☐	5 ☐

- Quel est le revenu mensuel habituel de **votre ménage**, en prenant en compte tous les revenus (salaires, allocation chômage, RSA, prestations familiales, etc.) ?
1 ☐ moins de 1500 euros 2 ☐ 1500 à moins de 2000 euros 3 ☐ 2000 à moins de 3000 euros
4 ☐ 3000 à moins de 4000 euros 5 ☐ plus de 4000 euros 6 ☐ je ne souhaite pas répondre

Votre santé avant la grossesse

- **Avez-vous** un médecin traitant déclaré ? 1 ☐ oui 2 ☐ non
- **Si oui**, - depuis combien de temps (en années) : _ _
- est-ce ? 1 ☐ un homme 2 ☐ une femme
- réalise-t-il / elle des consultations gynécologiques ? 1 ☐ oui 2 ☐ non 3 ☐ je ne sais pas
- réalise- t-il / elle des suivis de grossesse ? 1 ☐ oui 2 ☐ non 3 ☐ je ne sais pas
- **Avant cette grossesse**, aviez-vous des problèmes de santé ? 1 ☐ oui 2 ☐ non
- **Si oui**, lesquels :
- Combien avez-vous eu de grossesses au total ? (en comptant cette grossesse, et les éventuelles fausses couches, grossesses extra-utérine, interruption médical ou volontaire de grossesse) ? _ _
- **Avant cette grossesse**, avez-vous déjà mené une grossesse jusqu'à l'accouchement? 1 ☐ oui 2 ☐ non
- **Si oui**, - avez-vous eu des problèmes de santé lors de votre/vos précédente(s) grossesse(s) (ex : diabète, hypertension, retard de croissance du bébé, menace d'accouchement prématuré...) ? 1 ☐ oui 2 ☐ non
- **Si oui**, *précisez* (plusieurs problèmes possibles) :
- avez-vous eu des complications médicales à l'accouchement pour vous ou votre bébé lors de votre/vos précédente(s) grossesse(s) ? 1 ☐ oui 2 ☐ non
- **Si oui**, *précisez* (plusieurs problèmes possibles):

Votre grossesse et son suivi :

- Avez-vous eu recours à la PMA (Procréation Médicalement Assistée) pour cette grossesse? 1 ☐ oui 2 ☐ non
- S'agit-il d'une grossesse survenue sous contraception (pilule, stérilet, implant...)? 1 ☐ oui 2 ☐ non
- Pendant votre grossesse,
 - avez-vous dû renoncer à des consultations, des examens médicaux ou des soins dentaires pour des raisons financières? 1 ☐ oui 2 ☐ non
 - avez-vous été suivie par une assistante sociale? 1 ☐ oui 2 ☐ non
- Avez-vous bénéficié d'un **entretien prénatal précoce ou entretien du 4e mois**, (c'est-à-dire une consultation avec une sage femme ou un médecin, sans être examinée et durant généralement plus de 30 minutes)? 1 ☐ oui 2 ☐ non

- Lors de cette grossesse**, avez-vous suivi des séances de préparation à la naissance?
 - 1 ☐ oui
 - 2 ☐ non, vous n'avez pas eu d'information
 - 3 ☐ non, par choix

-Si oui, quel type de préparation avez-vous pratiqué ?

- 1 ☐ "méthode classique" 2 ☐ sophrologie 3 ☐ yoga 4 ☐ en piscine 5 ☐ chant prénatal 6 ☐ haptonomie 7 ☐ méthode Bonapace 8 ☐ autre méthode, précisez :

- Sur le plan psychologique, comment vous sentiez-vous pendant la grossesse ?

- 1 ☐ bien 2 ☐ assez bien 3 ☐ assez mal 4 ☐ mal

- Pensez-vous que vos proches vous ont ?

- 1 ☐ très bien entourée 2 ☐ bien entourée 3 ☐ peu entourée 4 ☐ pas du tout entourée

- Avez-vous eu un (ou plusieurs) problèmes de santé pendant votre grossesse (ex : diabète, hypertension, retard de croissance du bébé, menace d'accouchement prématuré...)? 1 ☐ oui 2 ☐ non

- Si oui, précisez :

- Avez-vous été hospitalisée pendant votre grossesse ?

- 1 ☐ oui 2 ☐ non

- Si oui, dans quel secteur ?

- 1 ☐ en hôpital de jour 2 ☐ en secteur conventionnel

- Avez-vous bénéficié de visite à domicile par une sage femme ? 1 ☐ oui 2 ☐ non

- Lors de votre grossesse, combien avez-vous eu d'échographies **en tout** ? --

- Par quel professionnel ont-elles été réalisées (plusieurs réponses possibles)?

- 1 ☐ une sage femme 2 ☐ un gynécologue (ou gynéco-obstétricien) 3 ☐ je ne sais pas 4 ☐ autre :

- Voici les différentes **consultations médicales** proposées avant et pendant votre grossesse. Merci de cocher les cases correspondant au professionnel consulté: (selon votre parcours, il est possible de cocher plusieurs cases par mois)

		Votre suivi habituel gynécologique	Diagnostic de votre grossesse	Déclaration de votre grossesse	1er	2e trimestre				3e trimestre		
					3e mois	4e mois	5e mois	6e mois	7e mois	8e mois	9e mois	
Gynécologue-obstétricien	en clinique											
	à l'hôpital											
Gynécologue	en ville											
	en clinique											
	à l'hôpital											
Sage-femme	en ville											
	en clinique											
	à l'hôpital											
Médecin généraliste au cabinet												
Professionnel du Centre Périnatal de Proximité*												
Professionnel de la Protection Maternelle et Infantile												
Professionnel du Planning Familial												
Pas de consultation												

*Il existe 2 Centres Périnataux de Proximité en Vendée: l'un à Luçon et l'autre à Montaigu. Ces structures proposent le suivi gynécologique habituel et le suivi des femmes enceintes en partenariat avec le Centre Hospitalier de la Roche-Sur-Yon.

- Si vous avez **changé** de professionnel durant **les 6 premiers mois** de grossesse, précisez pour quelles raisons ?
 - 1 ☐ suite à un déménagement
 - 2 ☐ pour des raisons médicales, (ex : diabète, hypertension, retard de croissance du bébé, menace d'accouchement prématuré...), *précisez* :
 - 3 ☐ autre raison, *précisez* :
- Quel est le **professionnel (ou la structure) principal** qui vous a suivi durant les 6 premiers mois ? (une seule réponse)
précisez : • Quelle est la distance approximative qui vous en sépare ? __ km
- **Au début de votre grossesse**, par quel professionnel souhaitiez-vous être suivie?.....
- Pour quelles raisons vous êtes-vous orientée vers le professionnel qui vous a réellement suivi? (plusieurs choix)
 - 1 ☐ pour des problèmes de santé pendant la grossesse (ex : diabète, hypertension, retard de croissance du bébé, menace d'accouchement prématuré...), *précisez* :
 - 2 ☐ pour des raisons financières
 - 3 ☐ en raison de: 1 ☐ l'indisponibilité ou 2 ☐ du refus d'un autre professionnel, *précisez* :
 - 4 ☐ suivant les conseils de la famille ou d'amis
 - 5 ☐ suivant les conseils de professionnel de santé
 - 6 ☐ pour sa disponibilité (possibilité d'avoir un rendez-vous ou un avis téléphonique facilement)
 - 7 ☐ pour ses compétences techniques, médicales
 - 8 ☐ pour ses compétences relationnelles (explication, gentillesse, soutien moral ...)
 - 9 ☐ pour la confiance que vous lui accordez, l'importance du lien créé avec lui
 - 10 ☐ pour le fait d'être suivie par la même personne tout au long de la grossesse
 - 11 ☐ pour la proximité de votre domicile
 - 12 ☐ autres raisons, *précisez* :
- **En cas de grossesse(s) antérieure(s)**, avez-vous été suivie par le même professionnel que la dernière fois?
 - 1 ☐ oui 2 ☐ non
- Si non**, pourquoi :
 - 1 ☐ pour des raisons médicales, *précisez* :
 - 2 ☐ suite à 1 ☐ votre déménagement ou à 2 ☐ son déménagement ou arrêt d'activité
 - 3 ☐ pour des raisons financières
 - 4 ☐ autres raisons, *précisez* :
- Dans l'éventualité d'une future grossesse, reconsulteriez-vous le même professionnel ? 1 ☐ oui 2 ☐ non
- Si non**: - pour quelles raisons ?
- et vers quel professionnel vous dirigeriez-vous alors?.....
- Globalement, êtes-vous satisfaite de votre suivi de grossesse ? (attribuez une note entre 0 et 10) __ / 10
- Eventuelles remarques :

Votre maternité

- Dans quelle maternité aviez-vous prévu d'accoucher au début ?

- Pour quelles raisons vous êtes-vous orientée vers la maternité où vous avez (réellement) accouché? (plusieurs choix possibles)
 - 1 ☐ pour des problèmes de santé pendant la grossesse (ex : diabète, hypertension, retard de croissance du bébé, menace d'accouchement prématuré.....), *précisez* :
 - 2 ☐ pour des raisons financières
 - 3 ☐ par manque de place dans un autre établissement
 - 4 ☐ suivant les conseils de la famille ou les amis
 - 5 ☐ suivant les conseils de professionnel de santé
 - 6 ☐ pour la disponibilité et les qualités relationnelles de l'équipe soignante et des médecins
 - 7 ☐ pour les compétences techniques et le niveau d'équipement de la maternité
 - 8 ☐ pour les techniques d'accouchement et / ou les méthodes de préparation à la naissance proposées
 - 9 ☐ car le professionnel qui vous suivait lors de votre grossesse, travaille dans cette maternité
 - 10 ☐ car vous aviez déjà accouché dans cette maternité, et vous en étiez satisfaite

11 ☐ pour la proximité de votre domicile

12 ☐ pour le confort (chambre individuelle, possibilité lit accompagnant...), la qualité des repas

13 ☐ pour les tarifs pratiqués

14 ☐ autres raisons, *précisez* :

- **En cas d'accouchement(s) précédent(s)**, avez-vous accouché dans la même maternité que la dernière fois ?

1 ☐ oui 2 ☐ non - **Si non**, pourquoi: 1 ☐ raisons médicales, *précisez* :

2 ☐ suite à votre déménagement

3 ☐ raisons financières

4 ☐ autres raisons, *précisez* :

- Dans l'éventualité d'une future grossesse, retourneriez-vous dans la même maternité ? 1 ☐ oui 2 ☐ non

- **Si non**: - pour quelle(s) raison(s) ?

- Globalement, êtes-vous satisfaite de votre maternité ? (attribuez une note entre 0 et 10) __ / 10

- Eventuelles remarques :

Votre accouchement et votre bébé

- A quel terme avez-vous accouché ? (en semaines d'aménorrhée) __ SA ☐ je ne sais pas

- Poids de naissance de votre bébé : __, __ __ kg , • C'est 1 ☐ un garçon 2 ☐ une fille

- Comment avez-vous accouché ?

1 ☐ par voie basse : 1 ☐ sans forceps ni ventouse ou 2 ☐ avec forceps ou ventouse

2 ☐ par césarienne : 1 ☐ en urgence ou 2 ☐ programmée à l'avance

- Aviez-vous prévu de demander une péridurale ? 1 ☐ oui 2 ☐ non • L'avez-vous eue ? 1 ☐ oui 2 ☐ non

- Votre bébé a-t-il été transféré (service de néonatalogie ou de réanimation) ? 1 ☐ oui 2 ☐ non

- Quel est le mode d'alimentation de votre bébé envisagé à la sortie de la maternité ?

1 ☐ allaitement exclusif 2 ☐ allaitement mixte (sein + biberon) 3 ☐ biberon

- Date et Heure supposées de votre sortie de la maternité (si vous les connaissez) : __ / __ / 2017 à __ H __

Je vous remercie d'avoir pris du temps pour répondre à cette enquête. Merci de transmettre ce document à l'équipe soignante avant votre départ. Je vous souhaite plein de bonheur pour vous et votre enfant.

Les résultats de cette étude seront consultables sur le site de la faculté de médecine de Nantes via le portail Nantilus courant 2018

Annexe 2 : Liste des abréviations

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

PUMA : Protection universelle maladie

ACS : Aide complémentaire santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

CPP : Centre périnatal de proximité

PMI : Protection maternelle et infantile

CSP : Catégorie socio-professionnelle

EPP : Entretien prénatal précoce

PNP : Préparation à la naissance et à la parentalité

SA : Semaine d'aménorrhée

HAS : Haute autorité de santé

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

IHAB : Initiative hôpital ami des bébés

OMS : Organisme mondial de la santé

OR : Odd ratio

CHU : Centre hospitalier universitaire

ORS : Observatoire régional de la santé

RSN : Réseau sécurité naissance

Vu, le Président du jury,
Pr Norbert WINER

Vu, le directeur de thèse,
Dr Bernard BRANGER

Vu, le Doyen de la Faculté,
Pr Pascale JOLLIET

Titre de Thèse :

Suivi de grossesse en Vendée,
résultats et déterminants du suivi par le généraliste

RESUME

Introduction : La Vendée est marquée par une fécondité élevée alors qu'elle compte une faible densité de médecins gynécologues et généralistes. Le but était de décrire le suivi de grossesse et le post-partum en Vendée. L'objectif secondaire était de rechercher les déterminants et d'évaluer le suivi de grossesse par le généraliste. Méthode : L'enquête s'est réalisée par auto-questionnaire dans 4 maternités pendant 5 semaines. Résultats : 400 questionnaires ont été distribués et 299 analysés (74,8%). Il existait une forte implication des généralistes et des sages-femmes libérales dans le suivi des grossesses. 42,9% des femmes avaient bénéficié de l'entretien prénatal précoce et 86,9 % des primipares d'une préparation à la naissance. Toutes les femmes accouchées à terme ont eu leurs 3 échographies, 1,4% avait eu moins de 7 consultations prénatales. Le taux de césarienne était faible (11,7%). L'allaitement maternel était plus rare (50,5% contre 66,7% en France) En multivariée, les déterminants du suivi de grossesse par le généraliste étaient le milieu de vie rural ou semi-rural (OR = 10, 93 (2,47- 48,39)), le genre féminin du généraliste (OR=3,23 (1,27-8,24)) et la proximité géographique (OR=0,84 (0,79-0,90)). L'allaitement maternel était raréfié (50,5 % contre 66,7 % en France). Conclusion : Le suivi de grossesse était satisfaisant en Vendée. Seul l'allaitement maternel était moins fréquent en partie lié au statut socio-économique fragile des femmes. Les généralistes suivaient aussi bien les grossesses que les spécialistes.

MOTS CLES

Grossesse, suivi, post-partum, allaitement maternel, généraliste, spécialiste, choix, déterminants,