

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

ANNEE 2012

N° 045

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

(DES de Médecine générale)

par

Marianne PEPIN-MOINARD

née le 21 avril 1983 à La Roche-sur-Yon

Présentée et soutenue publiquement

le 24 avril 2012

**DETERMINANTS ET CRITERES DU CHOIX DU PROFESSIONNEL
POUR LE SUIVI DES GROSSESSES A BAS RISQUE**

JURY :

Président : Pr Henri-Jean PHILIPPE

Directeur de thèse : Dr Jean-Paul CANEVET

Pr Paul BARRIERE

Pr Patrice LOPES

Plan

1-Introduction

2-Matériel et méthodes

2.1-L'enquête

2.2-Le questionnaire

2.3-L'analyse du questionnaire

2.3.1-Exploration des déterminants du choix

2.3.2-Exploration des critères du choix

2.3.3-Exploration des connaissances

2.3.4-Exploration des critères de non-inclusion

3-Résultats

3.1-Nombre de questionnaires

3.2-Déterminants sociaux

3.2.1-Age des femmes

3.2.2-Position sociale des femmes

3.2.3-Niveau de diplôme des femmes

3.2.4-Etat matrimonial des femmes

3.2.5-Nombre d'enfants

3.2.6-Lieu d'habitation des femmes

3.2.7-Nationalité des femmes

3.3-Professionnel choisi

3.4-Critères de choix du professionnel de santé qui assure le suivi de grossesse

3.4.1-Sexe du professionnel

3.4.2-Age du professionnel

3.4.3-Suivi médical ou gynécologique habituel par ce professionnel

3.4.4-Suivi d'une grossesse antérieure par ce professionnel

3.4.5-Conseil par un proche

3.4.6-Conseil par un soignant

3.4.7-Proximité du lieu de consultation

3.4.8-Seul professionnel connu comme pouvant assurer le suivi

3.4.9-Compétence médicale du professionnel

3.4.10-Compétence humaine du professionnel

3.4.11-Disponibilité du professionnel

3.4.12-Temps pris par le professionnel

3.4.13-Prix de la consultation

3.4.14-Pratique des échographies de grossesse

3.4.15-Pratique de la préparation à l'accouchement

3.4.16-Pratique d'accouchements

3.4.17-Pratique de la rééducation périnéale

3.4.18-Pratique de la consultation post-natale

3.4.19-Pratique du suivi du nouveau-né

3.4.20-Désir de limiter le nombre d'intervenants médicaux

3.4.21-Désir d'être suivie dans la maternité de l'accouchement

3.5-Connaissances des femmes

3.5.1-Sur les professionnels pouvant réaliser le suivi d'une grossesse sans complication

3.5.2-Sur les professionnels pouvant prescrire les médicaments et examens complémentaires nécessaires

3.5.3-Sur le nombre d'années de formation des professionnels

3.5.4-Sur les taux de remboursement d'une consultation de suivi de grossesse

4-Discussion

4.1-Points importants du suivi de grossesse

4.1.1-Consultations

4.1.2-Frais engendrés par la grossesse

4.1.3-Information pendant la grossesse

4.1.3.1-Hygiène de vie et nutrition

4.1.3.2-Risques infectieux alimentaires

4.1.3.3-Droit du travail

4.1.3.4-Orientation vers les maternités

4.2-Analyse de la méthodologie

4.3-Analyse des résultats

4.3.1-Nombre de questionnaires

4.3.2-Déterminants du choix

4.3.3-Critères du choix

4.3.4-Connaissances des femmes

5-Conclusion

6-Bibliographie

7-Abréviations

Annexe : Quelques définitions

1-Introduction

Pour chaque femme enceinte, le suivi de la grossesse a une importance majeure pour le bon déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum. Plusieurs professionnels de santé peuvent être choisis pour assurer ce suivi jusqu'au septième mois inclus (les consultations dans le centre prévu pour l'accouchement étant nécessaires les deux derniers mois) : sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues médicaux et gynéco-obstétriciens. D'après les études déjà menées, le pronostic materno-foetal est le même quel que soit le praticien (sages-femmes et médecins généralistes étant formés pour réorienter les femmes en cas de grossesse à risque) (1).

Les futurs parents font leur choix mais celui-ci, souvent, ne semble ni libre ni éclairé. A l'heure où l'on s'inquiète de la démographie médicale et du déficit budgétaire de la Sécurité Sociale, il conviendrait pourtant de choisir ce praticien en toute connaissance de cause.

Le sujet interpelle peu, et peu de références sont disponibles (essentiellement mémoires de sages-femmes et thèses de médecine générale). Il semblait donc intéressant d'explorer les critères et les déterminants de ce choix, et les connaissances des femmes à propos des professions concernées, pour permettre éventuellement de faire évoluer des habitudes mal fondées.

Une enquête par questionnaires a été menée auprès de femmes hospitalisées en suites de couches dans les centres d'accouchement de Nantes et Saint-Herblain.

Elle montrait une probable influence des déterminants sociaux des femmes sur le choix du professionnel de santé qui assure le suivi de grossesse. Elle tentait de hiérarchiser les critères de ce choix en fonction du professionnel choisi et en fonction de certains déterminants sociaux. Elle montrait aussi que ce choix était certainement basé sur une méconnaissance des professions.

Ce travail s'inscrivait dans une perspective de bon usage du système de soin. Qu'il permette de sensibiliser les professionnels de santé à l'information des futurs parents, base essentielle d'une grossesse, d'un accouchement et d'une parentalité mieux vécus car mieux choisis.

2-Matériel et méthodes

2.1-L'enquête

Des questionnaires à réponses fermées ont été remis aux femmes de suites de couches des quatre centres d'accouchement de Nantes et Saint-Herblain sur une période d'un mois (du 7 mars au 8 avril 2011), de manière hétérogène du fait de l'organisation des différents services.

A la clinique Brétéché (maternité de niveau 1, 28 lits d'obstétrique), les questionnaires devaient être remis à l'ensemble des femmes par la puéricultrice et récupérés de manière hebdomadaire auprès de la puéricultrice.

Au CHU (maternité de niveau 3, 52 lits de suites de couches), les questionnaires devaient être remis à l'ensemble des femmes par les auxiliaires de puériculture et récupérés de manière hebdomadaire dans les salles de soins ou auprès des auxiliaires de puériculture.

A la Polyclinique de l'Atlantique (maternité de niveau 2, 83 lits de suites de couches), les questionnaires devaient être remis à l'ensemble des femmes par les cadres de santé et récupérés de manière hebdomadaire dans les salles de soins.

A la clinique Jules Verne (maternité de niveau 2, 50 lits de suites de couches), les questionnaires devaient être remis à l'ensemble des femmes par les sages-femmes et récupérés de manière bihebdomadaire ou trihebdomadaire auprès des femmes elles-mêmes (à la demande de la cadre de santé).

Les données ont été codées puis intégrées dans un tableau pour pouvoir être croisées, sans réalisation de statistiques par la suite.

2.2-Le questionnaire

Mademoiselle, madame,

J'ai appris la naissance de votre enfant et lui souhaite la bienvenue.

Interne en médecine générale (9ème année de médecine), je prépare une thèse sur le choix que font les femmes enceintes du professionnel de santé qui assure le suivi de leur grossesse.

C'est pour cela que j'ai besoin de votre témoignage, qui restera strictement anonyme.

Je vous remercie vivement de répondre le plus sincèrement possible au questionnaire qui suit.

Marianne PEPIN-MOINARD

Centre hospitalier :

Avez-vous : moins de 25 ans ? au moins 25 ans et moins de 35 ans ? au moins 35 ans ?

Quelle est votre position sociale :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> agriculteur (salarié de votre exploitation) ? | <input type="checkbox"/> employé civil, agent de service public ? |
| <input type="checkbox"/> artisan (salarié de votre entreprise) ? | <input type="checkbox"/> agent de surveillance, militaire ? |
| <input type="checkbox"/> commerçant ou assimilé (salarié de votre entreprise) ? | <input type="checkbox"/> employé administratif d'entreprise ? |
| <input type="checkbox"/> chef d'entreprise de 10 salariés ou plus ? | <input type="checkbox"/> employé de commerce ? |
| <input type="checkbox"/> profession libérale ? | <input type="checkbox"/> personnel des services directs aux particuliers ? |
| <input type="checkbox"/> cadre de la fonction publique ? | <input type="checkbox"/> ouvrier qualifié industriel ? |
| <input type="checkbox"/> professeur, profession scientifique ? | <input type="checkbox"/> ouvrier qualifié artisanal ? |
| <input type="checkbox"/> profession de l'information, des arts et des spectacles ? | <input type="checkbox"/> chauffeur ? |
| <input type="checkbox"/> cadre administratif ou commercial d'entreprises ? | <input type="checkbox"/> ouvrier qualifié de la manutention, du magasinage et du transport ? |
| <input type="checkbox"/> ingénieur ou cadre technique d'entreprise ? | <input type="checkbox"/> ouvrier non qualifié industriel ? |
| <input type="checkbox"/> professeur des écoles, instituteur ? | <input type="checkbox"/> ouvrier non qualifié artisanal ? |
| <input type="checkbox"/> profession intermédiaire de la santé et du travail social ? | <input type="checkbox"/> ouvrier agricole ? |
| <input type="checkbox"/> profession intermédiaire administrative publique ? | <input type="checkbox"/> femme au foyer ? |
| <input type="checkbox"/> profession intermédiaire administrative ou commerciale d'entreprises ? | <input type="checkbox"/> étudiante ? |
| <input type="checkbox"/> technicien (sauf technicien tertiaire) ? | <input type="checkbox"/> au chômage ? |
| <input type="checkbox"/> contremaître, agent de maîtrise (sauf administrative) ? | <input type="checkbox"/> autres ? (précisez) |

Quel est votre niveau de diplôme :

- niveau VI : sans diplôme ou brevet des collèges ?
- niveau V : CAP ou BEP ?
- niveau IV : baccalauréat général, technologique ou professionnel ?
- niveau III : diplômes de niveau bac + 2
- niveaux II et I : diplômes de second ou troisième cycle universitaire (licence, maîtrise, master, DEA, DESS, doctorat) ou diplômes de grande école ?

Quel est votre état matrimonial actuel :

- célibataire ? mariée ? pacsée ?
- séparée ? divorcée ? veuve ?

Combien aviez-vous d'enfants avant cette naissance : 0 ? 1 ou 2 ? 3 ou plus ?

Habitez-vous : en secteur rural ou semi-rural ? en secteur urbain ?

Quelle est votre nationalité : française ? autre ? (laquelle ?)

Quel professionnel avez-vous choisi pour votre suivi de grossesse jusqu'au 8ème mois ?

2.3-L'analyse du questionnaire

2.3.1-Exploration des déterminants du choix

L'objectif était de connaître l'âge, la position sociale, le niveau de diplôme, l'état matrimonial, le nombre d'enfants avant la grossesse juste aboutie, le lieu d'habitation, et la nationalité des femmes, pour pouvoir comprendre les déterminants sociaux du choix.

La question concernant la position sociale des femmes devait permettre de classer les femmes dans une catégorie socioprofessionnelle, ou, pour les autres, comme femme au foyer, étudiante ou en recherche d'emploi.

La classification des actifs de la population par le Code des professions et catégories socioprofessionnelles de l'INSEE est la suivante :

Groupe 1 : agriculteurs

Groupe 2 : artisans, commerçants, chefs d'entreprises de 10 salariés ou plus

Groupe 3 : cadres, professions intellectuelles supérieures

Groupe 4 : professions intermédiaires

Groupe 5 : employés

Groupe 6 : ouvriers

2.3.2-Exploration des critères du choix

Les critères de choix explorés étaient :

- le sexe du professionnel
- l'âge du professionnel
- un suivi médical ou gynécologique habituel par ce professionnel
- le suivi d'une éventuelle grossesse antérieure par ce professionnel
- le fait que le professionnel ait été conseillé par un proche
- le fait que le professionnel ait été conseillé par un soignant
- la proximité du lieu de consultation
- le fait que le professionnel soit le seul professionnel connu comme pouvant assurer le suivi
- la compétence médicale du professionnel
- la compétence humaine du professionnel
- la disponibilité du professionnel
- le fait que le professionnel prenne du temps avec les patientes
- le prix de la consultation
- le fait que le professionnel pratique les échographies de grossesse
- le fait que le professionnel pratique la préparation à l'accouchement
- le fait que le professionnel pratique les accouchements
- le fait que le professionnel pratique la rééducation périnéale
- le fait que le professionnel pratique la consultation post-natale
- le fait que le professionnel puisse réaliser le suivi du nouveau-né
- le désir de limiter le nombre d'intervenants médicaux
- le désir d'être suivie dans la maternité de l'accouchement.

Pour le critère « le suivi d'une éventuelle grossesse antérieure par ce professionnel », les patientes ayant répondu « 0 » à la question du nombre d'enfants avant cette grossesse n'étaient pas prises en compte pour ne pas biaiser les résultats.

2.3.3-Exploration des connaissances

Pour l'interprétation des réponses aux questions concernant les connaissances des femmes, toute absence de réponse était considérée comme une erreur.

Pour la question concernant le suivi d'une grossesse sans complication, la bonne réponse était que les 4 types de professionnels pouvaient l'assurer.

Pour la question concernant la prescription des médicaments et examens complémentaires nécessaires, la bonne réponse était que les 4 types de professionnels pouvaient l'assurer.

En effet, l'exercice de la profession de sage-femme comporte la pratique des actes nécessaires au diagnostic, à la surveillance de la grossesse et à la préparation psychoprophylactique à l'accouchement, suivant les modalités fixées par le Code de Déontologie de la profession, mentionné à l'article L4127-1 (article L4151-1 modifié par la loi n°2004-806 du 9 août 2004). Et les sages-femmes peuvent prescrire les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et les examens strictement nécessaires à l'exercice de leur profession. Elles peuvent également prescrire les médicaments d'une classe thérapeutique figurant sur une liste fixée par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de l'AFSSAPS (article L4151-4 modifié par la loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005). (2)

La bonne réponse pour le nombre d'années de formation demandées pour la profession de sage-femme était 5 ans.

En effet, pour accéder à la formation initiale à la profession de sage-femme, les étudiants doivent avoir été classés en rang utile à l'issue des épreuves organisées au cours de la PAES. Les études durent ensuite 4 années divisées en 2 phases de 2 ans : la première forme les étudiants à la physiologie et à l'eutocie, la seconde forme au dépistage et à la prévention des pathologies dans les domaines de l'obstétrique, de la gynécologie et de la pédiatrie. Le cursus comporte à la fois des enseignements théoriques, des travaux pratiques, des travaux dirigés et des stages obligatoires. Ces stages se déroulent dans les établissements de santé ou auprès de sages-femmes libérales. Les examens de passage et ceux du diplôme d'État comprennent tous des épreuves écrites et une épreuve clinique. Ils comportent en outre des épreuves orales et la soutenance d'un mémoire de fin d'études. (3)

La bonne réponse pour le nombre d'années de formation demandées pour la profession de médecin généraliste était 9 ans.

La bonne réponse pour le nombre d'années de formation demandées pour la profession de gynécologue médical était 10 ans.

La bonne réponse pour le nombre d'années de formation demandées pour la profession de gynéco-obstétricien était 11 ans.

En effet, les études médicales sont composées de 3 cycles qui portent les études de 9 à 11 années suivant la filière choisie. Deux concours ponctuent le cursus : celui de fin de première année qui sert à la sélection, celui de fin de deuxième cycle qui oriente les étudiants vers leur filière professionnelle.

Le premier cycle comprend 2 années. L'arrêté précisant l'organisation de la PAES est paru le 28 octobre 2009. La grande nouveauté de cette réforme tenait au fait que cette première année devenait commune aux étudiants en médecine, pharmacie, odontologie et aux futures sages-femmes. Les élèves figurant en rang utile sur la liste de classement correspondant à la filière choisie sont admis à poursuivre leurs études au-delà de la première année. Après leur réussite au concours, les étudiants sont admis en PCEM2, la deuxième année.

Le deuxième cycle (DCEM) est constitué de 4 années. Le DCEM1 est une année de transition qui reste très théorique, avec un enseignement bioclinique et des stages hospitaliers où l'étudiant est un simple observateur. Les 3 autres années sont la base essentielle de l'apprentissage clinique. Aux cours théoriques sont ajoutés des stages hospitaliers de 2 à 4 mois, avec des passages obligés dans certains secteurs.

Des examens terminent chacune des années, et l'évaluation des stages compte dans ces contrôles terminaux.

Pour le troisième cycle, l'interne est amené à choisir un DES (en fonction de son niveau de réussite au concours). (4)

Le DES de médecine générale dure 3 ans.

Le DES de gynécologie médicale dure 4 ans.

Le DES de gynécologie-obstétrique dure 5 ans. (5)

La thèse de médecine est obligatoire pendant le troisième cycle et nécessaire pour s'installer ainsi que pour devenir médecin hospitalier. La soumission de cette thèse à un jury, et la satisfaction à l'ensemble des exigences du troisième cycle permet à l'étudiant de porter le titre de docteur en médecine. (4)

La question du taux de remboursement d'une consultation de suivi de grossesse n'était volontairement pas très précise pour ne pas orienter les femmes. La bonne réponse était 100% pour chacun des professionnels sauf dépassement d'honoraires. Les réponses incomplètes mais sans erreur étaient prises en compte, le risque étant d'avoir des réponses « 100% » sans la précision que les dépassements d'honoraires n'étaient pas remboursés. Cette précision est importante car souvent méconnue et des femmes sont surprises de devoir payer des sommes qu'elles n'avaient pas envisagé de payer.

2.3.4-Exploration des critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion étaient détectés grâce aux témoignages des femmes elles-mêmes, et recherchés dans les 3 dernières questions du questionnaire.

Quand la grossesse se déroule sans situation à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynéco-obstétricien) selon le choix de la femme enceinte. Il s'agit d'un suivi A.

Lorsque l'avis d'un obstétricien et/ou d'un autre spécialiste est conseillé, il s'agit d'un suivi A1.

Lorsque l'avis d'un obstétricien est nécessaire, il s'agit d'un suivi A2.

Lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un obstétricien. Il s'agit d'un suivi B. (6)

La définition de la grossesse à bas risque étant multiple et variable selon les sources, la grossesse à bas risque a été définie selon des critères de non-inclusion. Étaient exclues toutes les situations nécessitant un suivi B selon la HAS, en ajoutant les patientes drépanocytaires hétérozygotes (suivi A2), les patientes présentant un diabète gestationnel (suivi A2), les patientes ayant accouché d'un enfant mort-né, les patientes en unité kangourou, les patientes séparées de leur enfant, les patientes ayant accouché sous X et les patientes mineures.

Les critères de non-inclusion étaient donc :

 Patientes ayant accouché d'un enfant mort-né

 Patientes en unité kangourou

 Patientes séparées de leur enfant

 Patientes ayant accouché sous X

 Patientes mineures.

 Antécédents personnels préexistants non gynécologiques :

-Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont maladie de Marfan et maladie d'Ehlers-Danlos

-Hémorragie cérébrale, anévrisme

-HTA

-Diabète

-Thrombose veineuse profonde, embolie pulmonaire

-Maladie de Basedow

-Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)

-Drépanocytose et autres hémoglobinopathies

-Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle, PTI

-Maladies de système et maladies rares (SEP, maladie d'Addison, maladie de Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde...)

-Néphropathie

-Séropositivité HIV

 Antécédents personnels préexistants gynécologiques :

-Malformation utéro-vaginales

-Distilbène syndrome

 Antécédents personnels liés à une grossesse précédente :

-Incompatibilité foeto-maternelle

-Béance cervicale ou cerclage

-Prééclampsie, HELLP syndrome

-Fausses couches répétées au cours du premier trimestre avec SAPL

-Fausses couches tardives au cours du deuxième trimestre

3-Résultats

3.1-Nombre de questionnaires

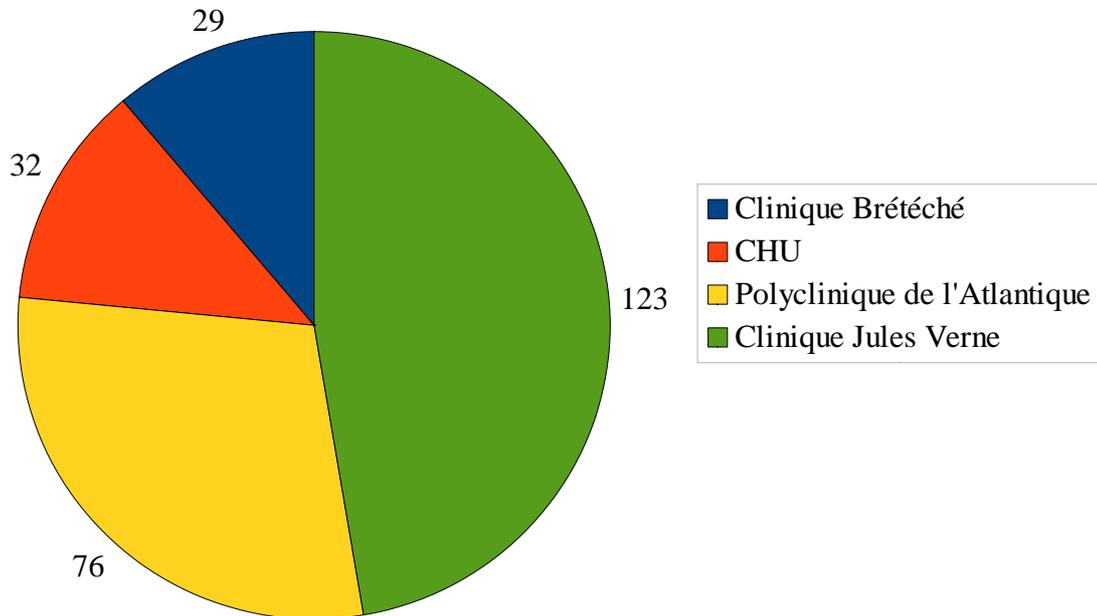


Figure 1 : Nombre de questionnaires exploitables par centre (total : 260)

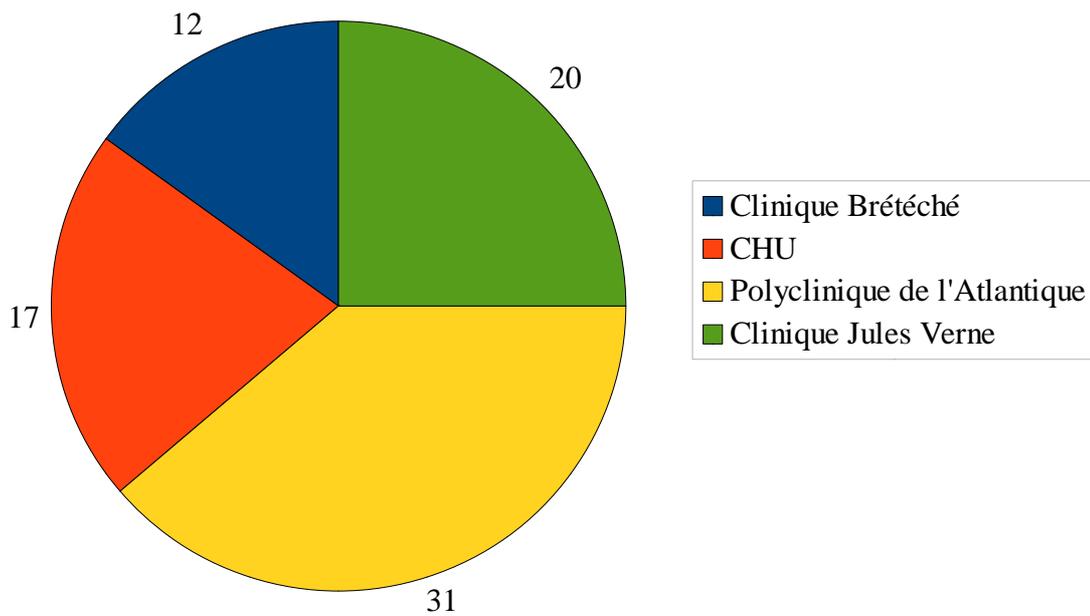


Figure 2 : Nombre de questionnaires non exploitables par centre (total : 80)

Les questionnaires non exploitables l'étaient du fait d'au moins un critère de non-inclusion retrouvé dans l'une des 3 dernières questions du questionnaire.

On retrouvait plus de critères de non-inclusion que de questionnaires non exploitables car certains questionnaires contenaient 2 critères de non-inclusion.

Les critères de non-inclusion retrouvés étaient :

- Diabète gestationnel pendant cette grossesse (15)
- MAP pendant cette grossesse (15)
- Prééclampsie pendant cette grossesse (8)
- HTA gravidique pendant cette grossesse (4)
- Hémorragie foeto-maternelle pendant cette grossesse (3)
- Maladie de Basedow (3)
- Fausses-couches à répétition (3)
- Cholestase gravidique pendant cette grossesse (2)
- RCIU pendant cette grossesse (2)
- Anomalie de localisation du placenta pendant cette grossesse (2)
- Grossesse gémellaire (2)
- Maladie rare (2)
- Pathologie cardiaque (2)
- Asthme (2)
- HRP pendant une grossesse antérieure (2)
- Prééclampsie pendant une grossesse antérieure (2)
- HELLP syndrome pendant cette grossesse (1)
- Thrombopénie maternelle pendant cette grossesse (1)
- Toxoplasmose apparue pendant la grossesse (1)
- HRP (1)
- SEP (1)
- LED (1)
- Distilbène syndrome (1)
- Fausse-couche tardive pendant une grossesse antérieure (1)
- RCIU pendant une grossesse antérieure (1)
- MFIU pendant une grossesse antérieure (1)
- Questionnaire mal rempli (4).

3.2-Déterminants sociaux

3.2.1-Age des femmes

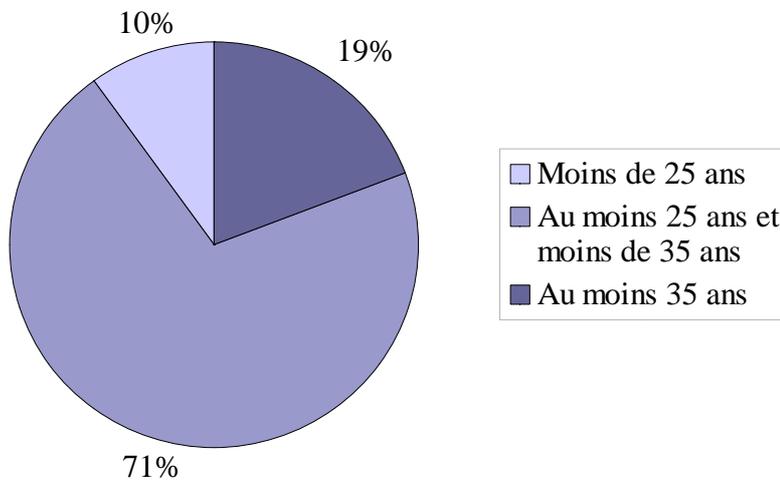


Figure 3 : Age des femmes

Il y avait plus de femmes de moins de 25 ans parmi les femmes suivies par une sage-femme (15%) ou un médecin généraliste (13%), et plus de femmes d'au moins 35 ans parmi les femmes suivies par un gynécologue médical (24%) ou un gynéco-obstétricien (21%).

3.2.2-Position sociale des femmes

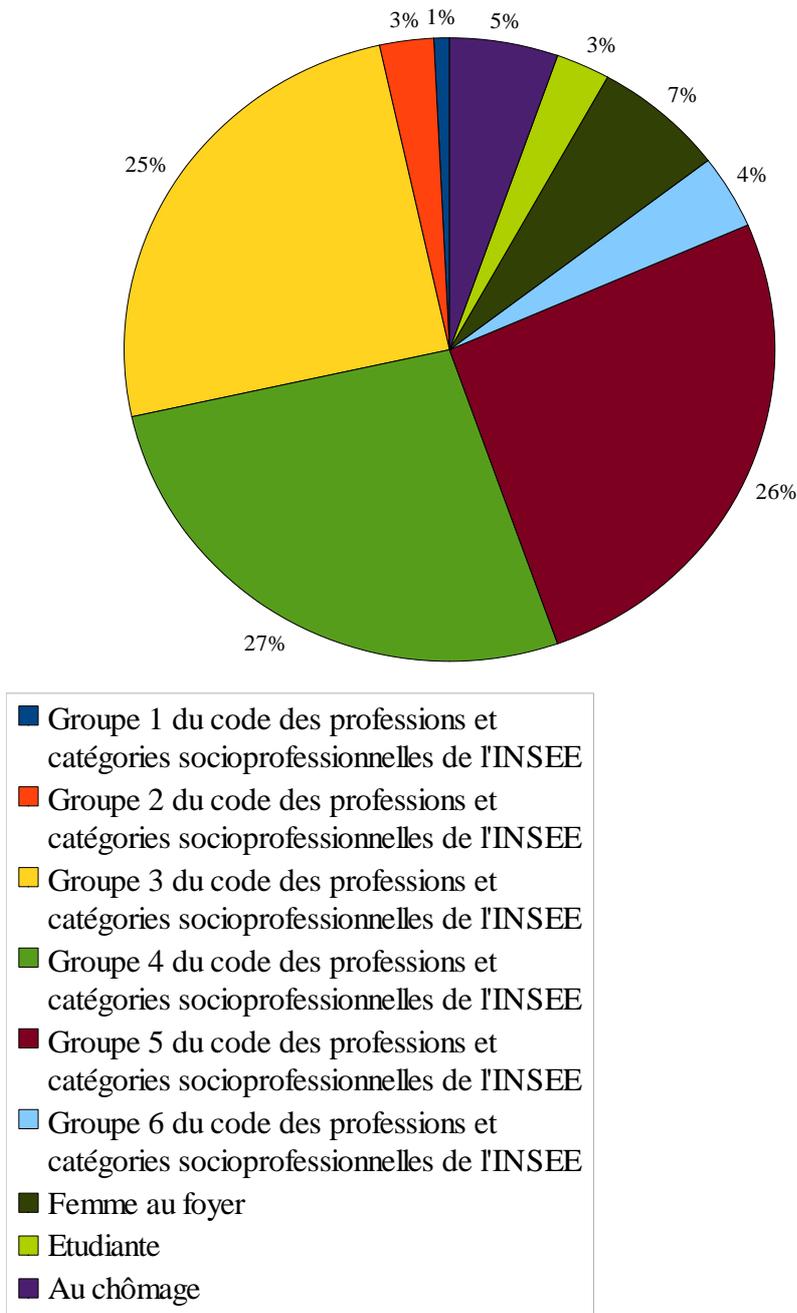


Figure 4 : Position sociale des femmes

Il y avait plus de femmes au foyer et moins de femmes du groupe 5 chez les femmes suivies par une sage-femme.

Il y avait plus de femmes du groupe 5 chez les femmes suivies par un médecin généraliste.

Il y avait plus de femmes du groupe 3 et 4 chez les femmes suivies par un gynécologue médical.

Il y avait moins de femmes du groupe 4 et plus de femmes au chômage chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien.

3.2.3-Niveau de diplôme des femmes

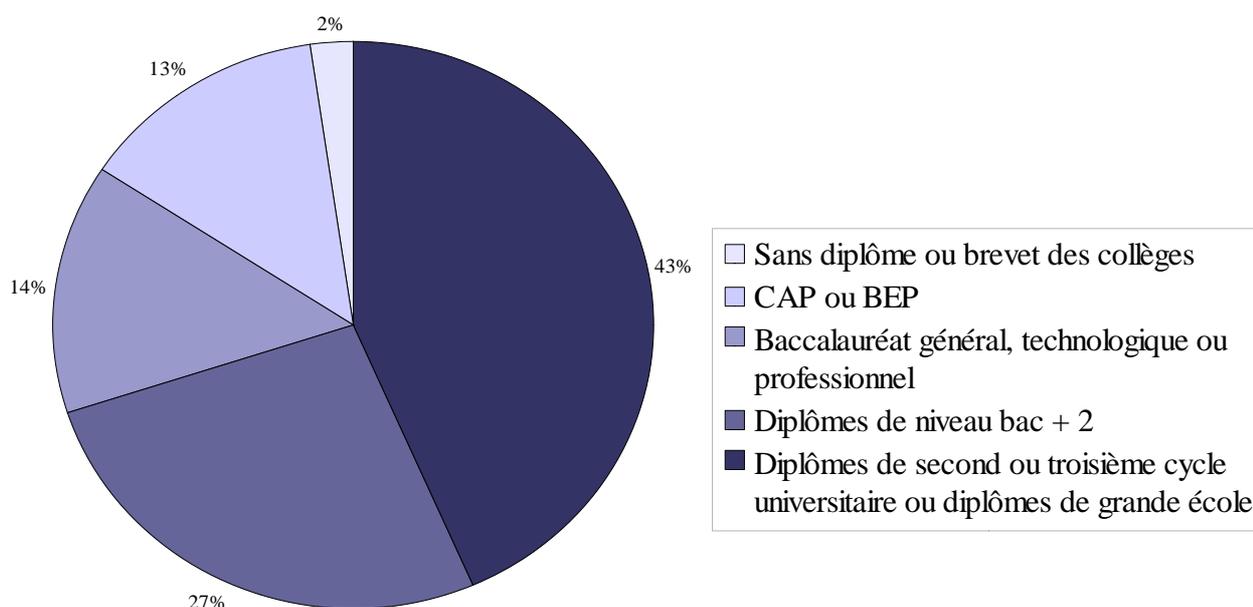


Figure 5 : Niveau de diplôme des femmes

Il y avait plus de femmes de niveau de diplôme VI, et moins de femmes de niveau V chez les femmes suivies par une sage-femme.

Il y avait plus de femmes de niveau IV ou V, et moins de femmes de niveau I, II ou III chez les femmes suivies par un médecin généraliste.

Il y avait plus de femmes de niveau I ou II, et moins de femmes de niveau IV ou V chez les femmes suivies par un gynécologue médical.

Il y avait plus de femmes de niveau III et moins de femmes de niveau I ou II chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien.

Les femmes de bas niveau de diplôme (niveau V ou VI) étaient plus suivies par un médecin généraliste (27%) par rapport à l'ensemble des femmes (16%), hormis pour les femmes du CHU où les femmes de bas niveau de diplôme, plus nombreuses en proportion que dans les autres centres (25% au CHU contre 14% pour les autres centres), étaient plus suivies par une sage-femme (43%). Les femmes de niveau de diplôme intermédiaire (niveau III ou IV) étaient plus suivies par un gynéco-obstétricien (50% pour l'ensemble des centres, 80% pour le CHU) ou par une sage-femme (44%) en comparaison avec l'ensemble des professionnels (41%).

Les femmes de haut niveau de diplôme (niveau I ou II) étaient plus suivies par un gynécologue médical (58%) ou par une sage-femme (44% pour l'ensemble des centres, 14% pour le CHU) en comparaison avec l'ensemble des professionnels (43%).

Il y avait plus de femmes de haut niveau de diplôme parmi les femmes suivies à la clinique Brétéché (52%) et à la clinique Jules Verne (46%) que parmi les femmes suivies à la Polyclinique de l'Atlantique (39%) et au CHU (34%).

Les femmes de niveau de diplôme intermédiaire avaient une répartition plus égale entre les centres (41%).

Il y avait plus de femmes de bas niveau de diplôme parmi les femmes suivies au CHU (25%) que parmi l'ensemble des femmes (16%) et moins de femmes de bas niveau de diplôme parmi les femmes suivies à la clinique Brétéché (10%).

24% des femmes de bas niveau de diplôme étaient femmes au foyer contre 7% pour

3.2.4-Etat matrimonial des femmes

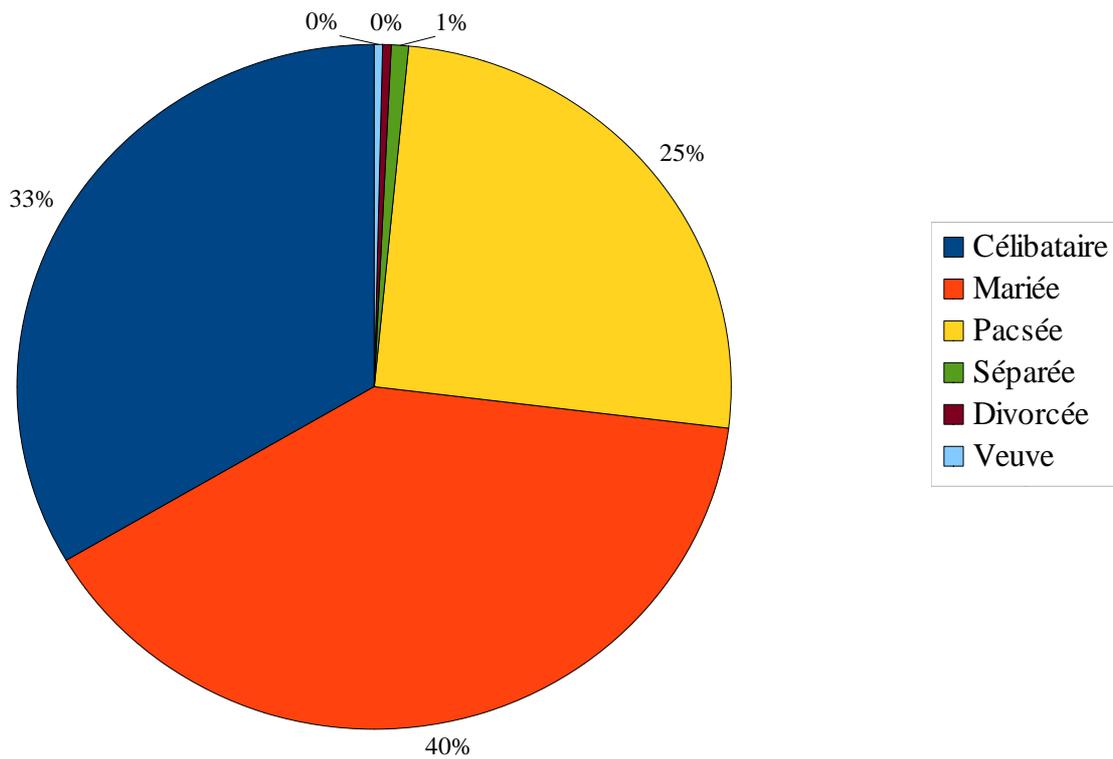


Figure 6 : Etat matrimonial des femmes

Il y avait plus de femmes célibataires et moins de femmes mariées chez les femmes suivies par un médecin généraliste.

Il y avait moins de femmes célibataires chez les femmes suivies par un gynécologue médical.

Il y avait moins de femmes célibataires et plus de femmes mariées chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien.

3.2.5-Nombre d'enfants

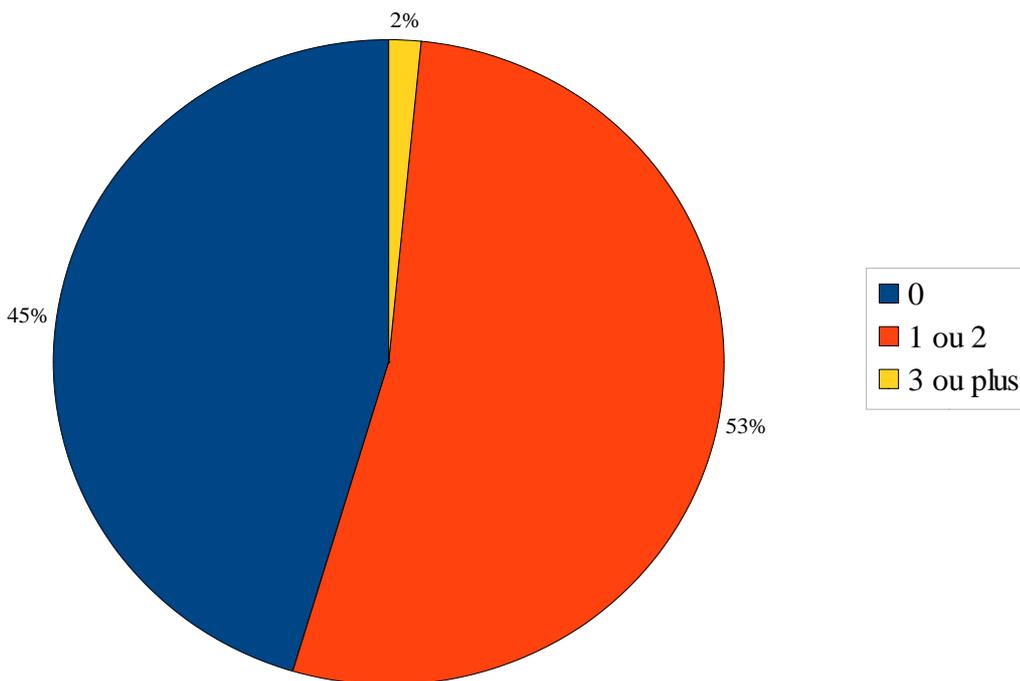


Figure 7 : Nombre d'enfants avant cette naissance

Il y avait moins de femmes primipares (38%) et plus de femmes ayant déjà 1 ou 2 enfants (59%) chez les femmes suivies par une sage-femme.

Il y avait moins de femmes primipares (40%) chez les femmes suivies par un médecin généraliste.

Il y avait plus de femmes primipares (53%) et moins de femmes ayant déjà 1 ou 2 enfants (47%) chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien.

32% des femmes primipares étaient de bas niveau de diplôme, 52% étaient de niveau de diplôme intermédiaire, 44% étaient de haut niveau de diplôme.

61% des femmes ayant déjà 1 ou 2 enfants étaient de bas niveau de diplôme, 47% étaient de niveau de diplôme intermédiaire, 56% étaient de haut niveau de diplôme.

7% des femmes ayant déjà 3 enfants ou plus étaient de bas niveau de diplôme contre 2% pour l'ensemble des femmes.

3.2.6-Lieu d'habitation des femmes

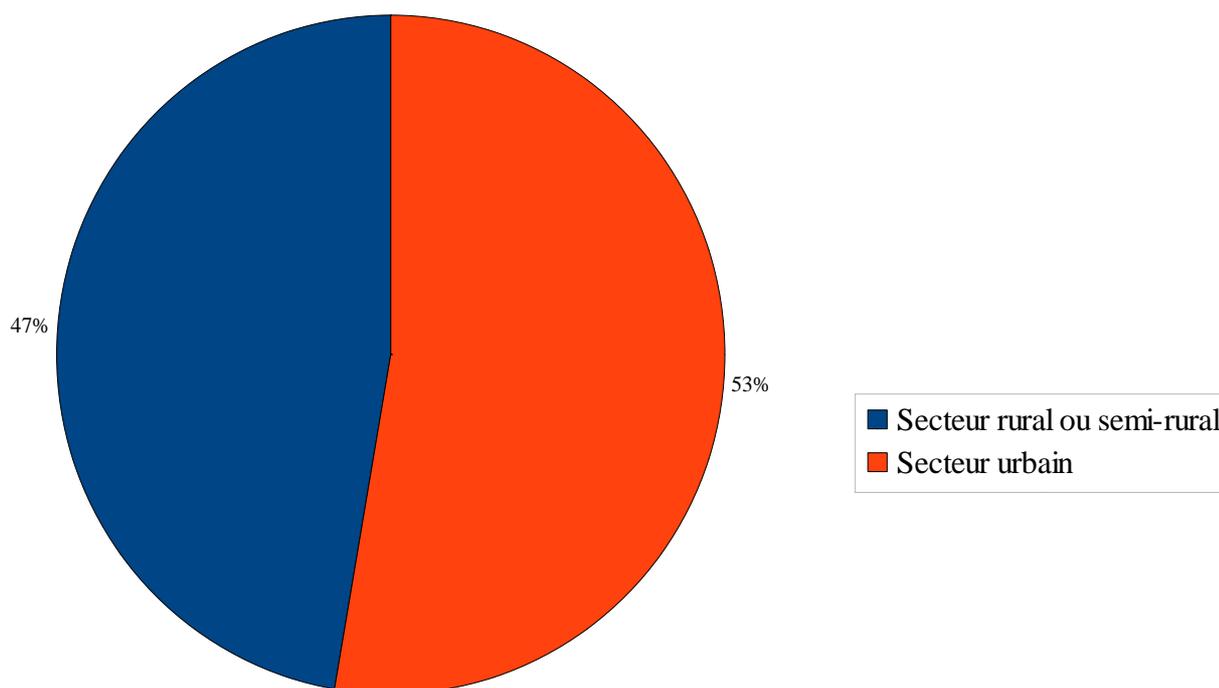


Figure 8 : Lieu d'habitation des femmes

Il y avait plus de femmes venant de secteur rural ou semi-rural (63%) chez les femmes suivies par un médecin généraliste.

Il y avait plus de femmes venant de secteur urbain chez les femmes suivies par un gynécologue médical (67%) ou par un gynéco-obstétricien (56%).

3.2.7-Nationalité des femmes

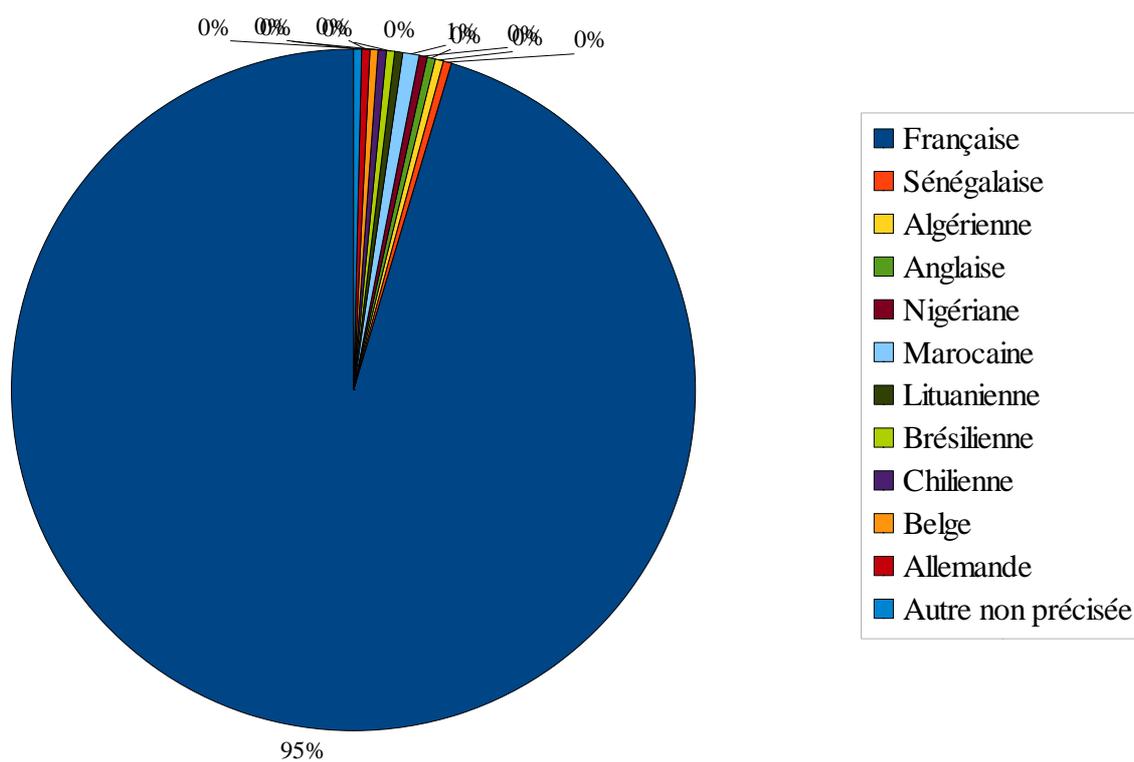


Figure 9 : Nationalité des femmes

Le pourcentage de femmes françaises est quasiment le même quel que soit le professionnel qui assure le suivi de grossesse.

3.3-Professionnel choisi

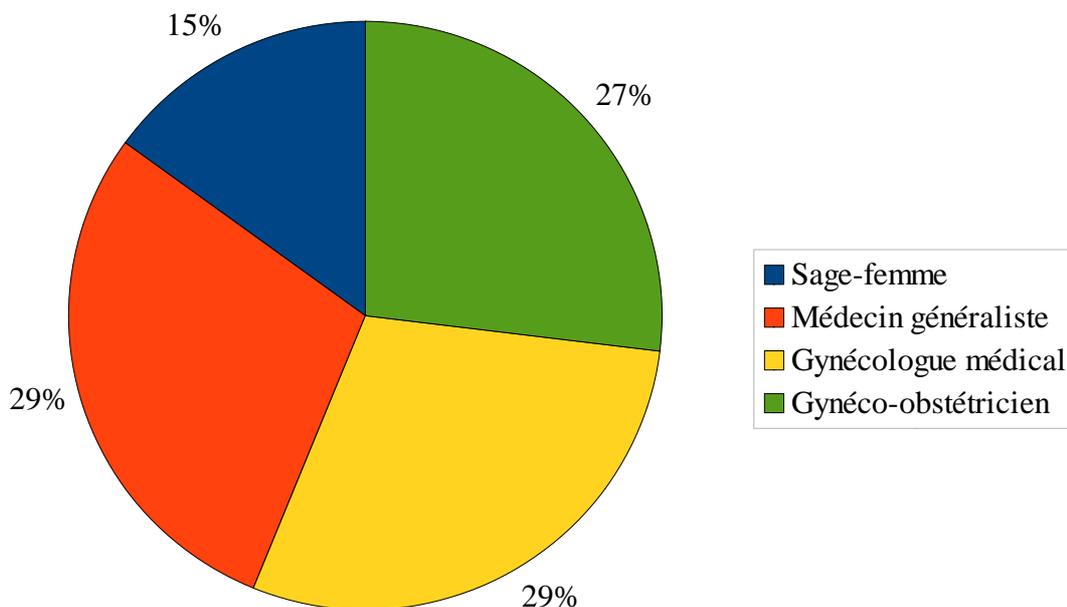


Figure 10 : Professionnel choisi

Il y avait plus de femmes suivies par une sage-femme au CHU (22%) et à la clinique Jules Verne (24%) et moins de femmes suivies par une sage-femme à la clinique Brétéché (3%) et à la Polyclinique de l'Atlantique (3%).

Il y avait plus de femmes suivies par un médecin généraliste à la clinique Jules Verne (35%) et moins de femmes suivies par un médecin généraliste à la clinique Brétéché (3%).

Il y avait plus de femmes suivies par un gynécologue médical au CHU (34%) et moins de femmes suivies par un gynécologue médical à la clinique Brétéché (24%).

Il y avait plus de femmes suivies par un gynéco-obstétricien à la clinique Brétéché (69%) et à la Polyclinique de l'Atlantique (41%) et moins de femmes suivies par un gynéco-obstétricien au CHU (16%) et à la clinique Jules Verne (11%).

3.4-Critères de choix du professionnel de santé qui assure le suivi de grossesse

La comparaison du nombre de réponses “beaucoup” aux questions posées, qui diffère franchement selon les femmes, doit faire relativiser les résultats.

0 à 4 des 21 critères étudiés étaient considérés comme très importants (réponse “beaucoup”) pour 18% des femmes, et principalement pour 24% des femmes suivies par un médecin généraliste, pour 22% des femmes de bas niveau de diplôme, et pour 27% des femmes de moins de 25 ans.

5 à 7 des 21 critères étudiés étaient considérés comme très importants pour 36% des femmes, et principalement pour 43% des femmes suivies par un gynécologue médical, pour 50% des femmes ayant accouché au CHU, pour 42% des femmes de niveau de diplôme intermédiaire, pour 50% des femmes de moins de 25 ans, et pour 43% des femmes primipares.

8 à 10 des 21 critères étudiés étaient considérés comme très importants pour 33% des femmes, et principalement pour 43% des femmes suivies par un gynéco-obstétricien, pour 48% des femmes ayant accouché à la clinique Brétéché, et pour 38% des femmes de haut niveau de diplôme.

Plus de 10 des 21 critères étudiés étaient considérés comme très importants pour 13% des femmes, et principalement pour 17% des femmes suivies par un gynéco-obstétricien, pour 17% des femmes ayant accouché à la clinique Brétéché, et pour 22% des femmes de bas niveau de diplôme.

Il n'y avait pas de différence évidente entre le nombre de critères considérés comme très importants et le secteur d'habitation.

3.4.1-Sexe du professionnel

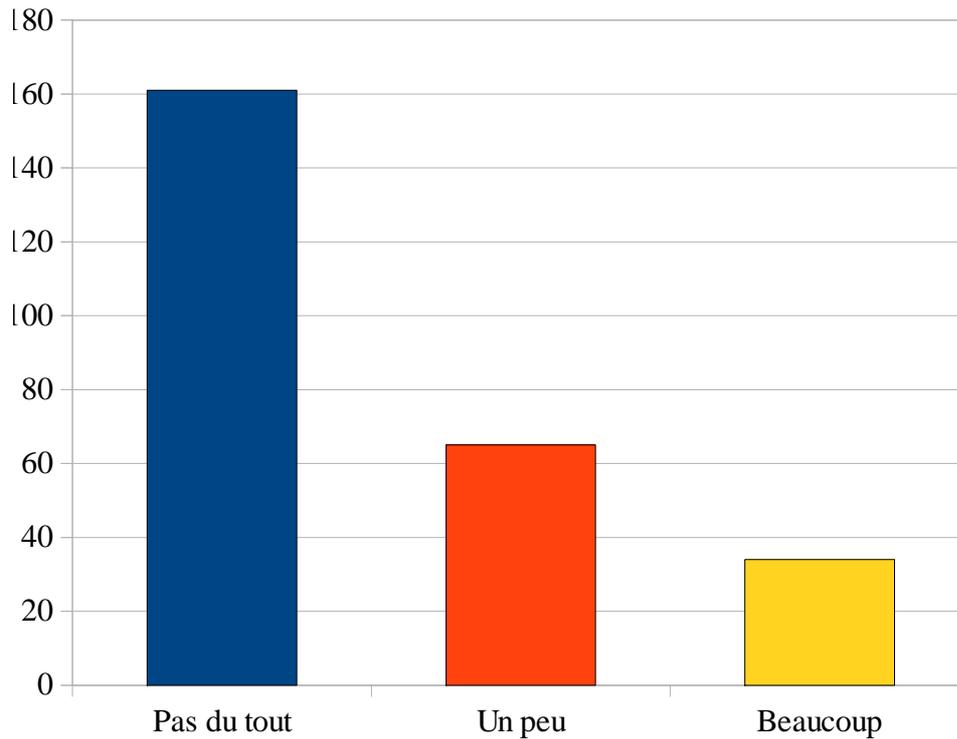


Figure 11 : Importance du sexe du professionnel

Le sexe du professionnel était un critère très important chez 13% des femmes.

Il y avait moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par une sage-femme (5%) et plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynécologue médical (21%).

Il n'y avait pas de franche différence entre les femmes des différents niveaux de diplôme.

3.4.2-Age du professionnel

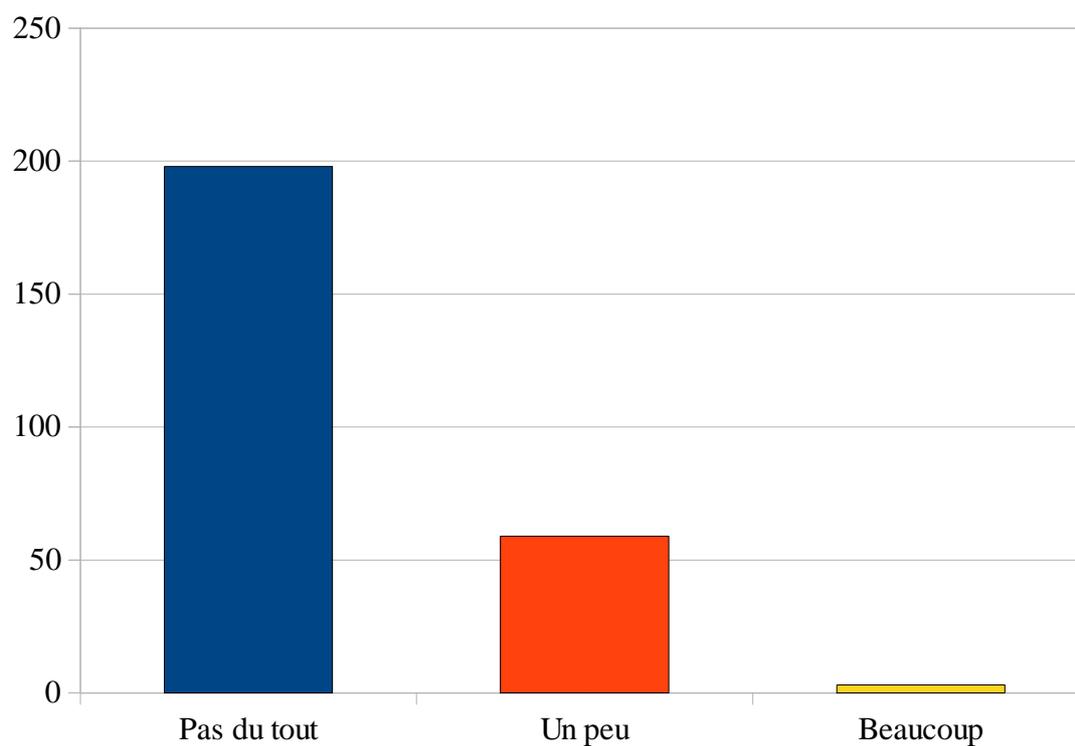


Figure 12 : Importance de l'âge du professionnel

L'âge du professionnel était un critère très important chez 1% des femmes.

Le pourcentage variait peu selon le professionnel choisi.

3.4.3-Suivi médical ou gynécologique habituel par ce professionnel

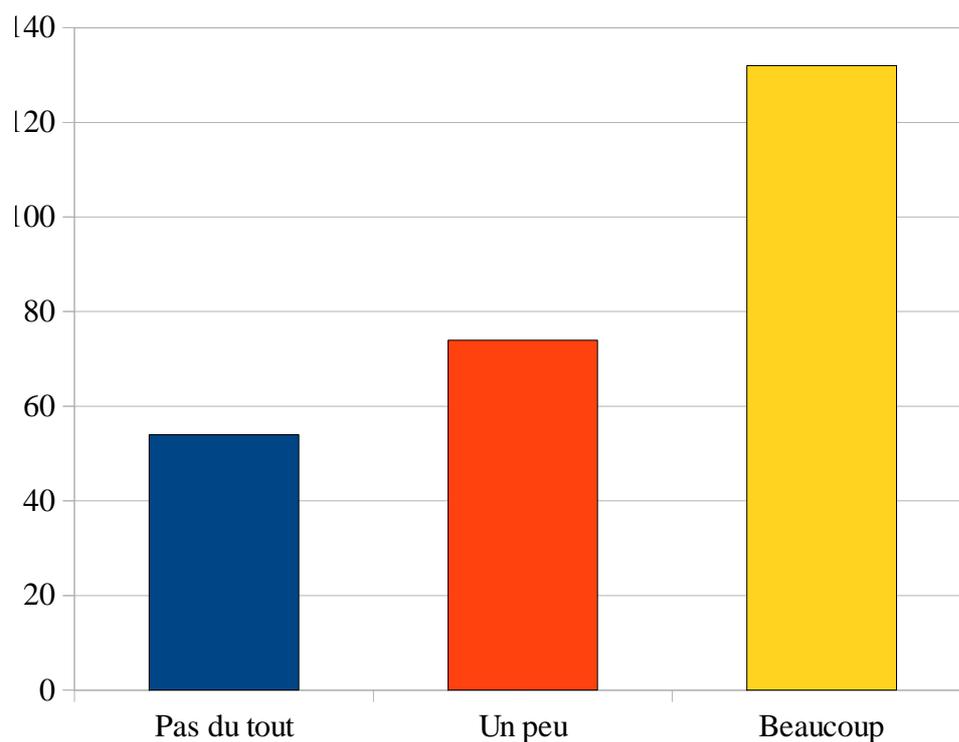


Figure 13 : Importance d'un suivi médical ou gynécologique habituel par ce professionnel

Le suivi médical ou gynécologique habituel par ce professionnel était un critère très important chez 51% des femmes.

Il y avait moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par une sage-femme (31%) et plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynécologue médical (62%).

3.4.4-Suivi d'une grossesse antérieure par ce professionnel

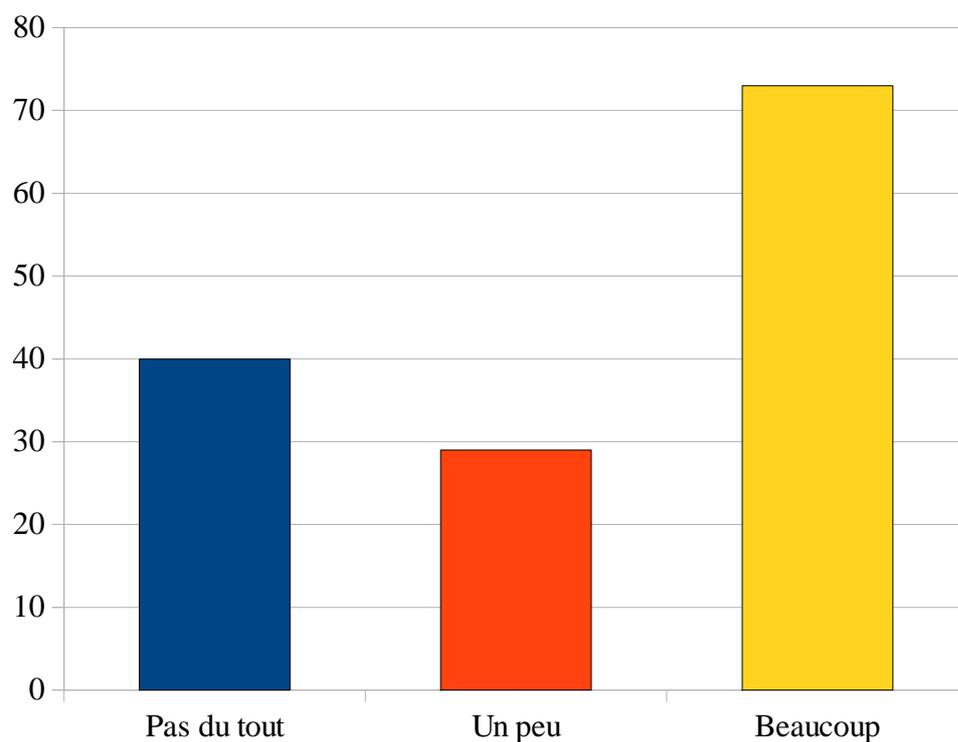


Figure 14 : Importance du suivi d'une grossesse antérieure par ce professionnel

Le suivi d'une grossesse antérieure par ce professionnel était un critère très important chez 51% des femmes ayant au moins un enfant.

Il y avait moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un médecin généraliste (44%) et plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien (61%).

3.4.5-Conseil par un proche

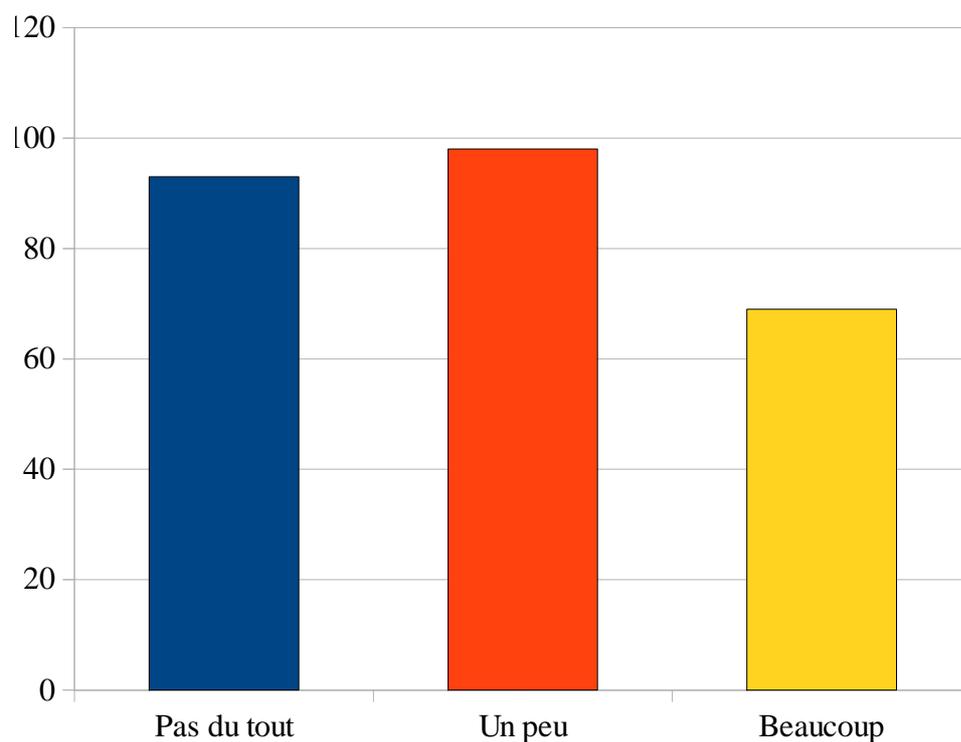


Figure 15 : Importance du conseil par un proche

Le conseil par un proche était un critère très important chez 27% des femmes (33% chez les femmes de haut niveau de diplôme, 25% chez les femmes de niveau de diplôme intermédiaire, et 15% chez les femmes de bas niveau de diplôme).

Il y avait moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un médecin généraliste (19%) et plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynécologue médical (39%).

Il y avait moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes de moins de 25 ans (19%).

3.4.6-Conseil par un soignant

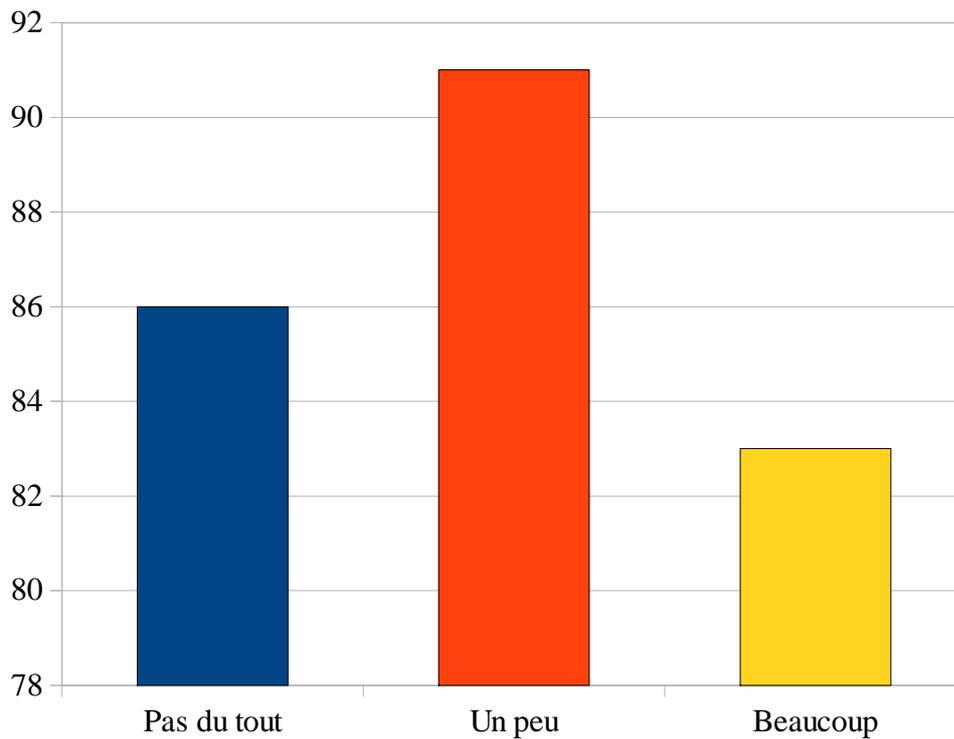


Figure 16 : Importance du conseil par un soignant

Le conseil par un soignant était un critère très important chez 32% des femmes.

Il y avait moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par une sage-femme (26%) ou un médecin généraliste (21%) et plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien (43%).

3.4.7-Proximité du lieu de consultation

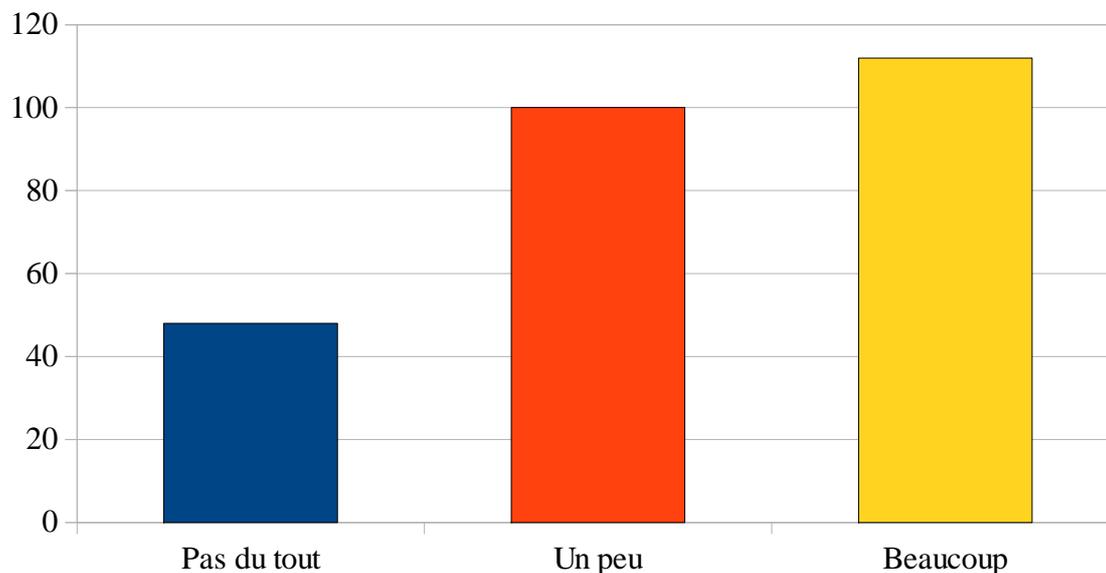


Figure 17 : Importance de la proximité du lieu de consultation

La proximité du lieu de consultation était un critère très important chez 43% des femmes.

Ce critère était plus important chez les femmes habitant en secteur rural ou semi-rural (46%).

Il y avait moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien (35%) et plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un médecin généraliste (49%).

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes de haut niveau de diplôme (46%), ou de bas niveau de diplôme (46%) que chez les femmes de niveau de diplôme intermédiaire (39%).

3.4.8-Seul professionnel connu comme pouvant assurer le suivi

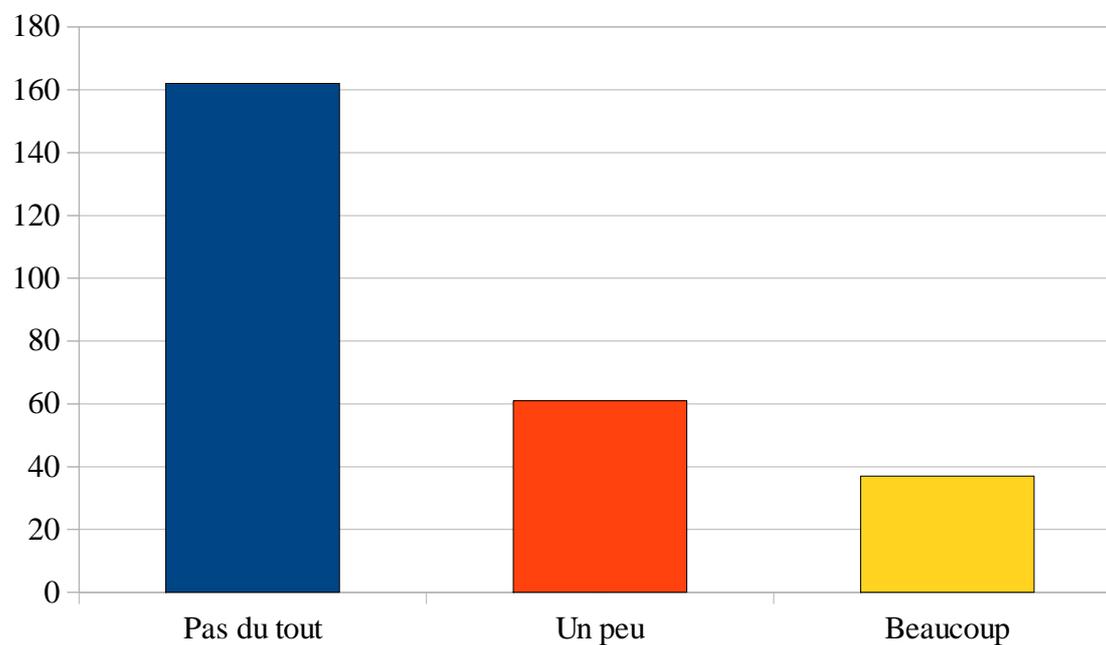


Figure 18 : Seul professionnel connu comme pouvant assurer le suivi

Le fait que le professionnel soit le seul professionnel connu comme pouvant réaliser le suivi était un critère très important chez 14% des femmes.

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien (20%).

3.4.9-Compétence médicale du professionnel

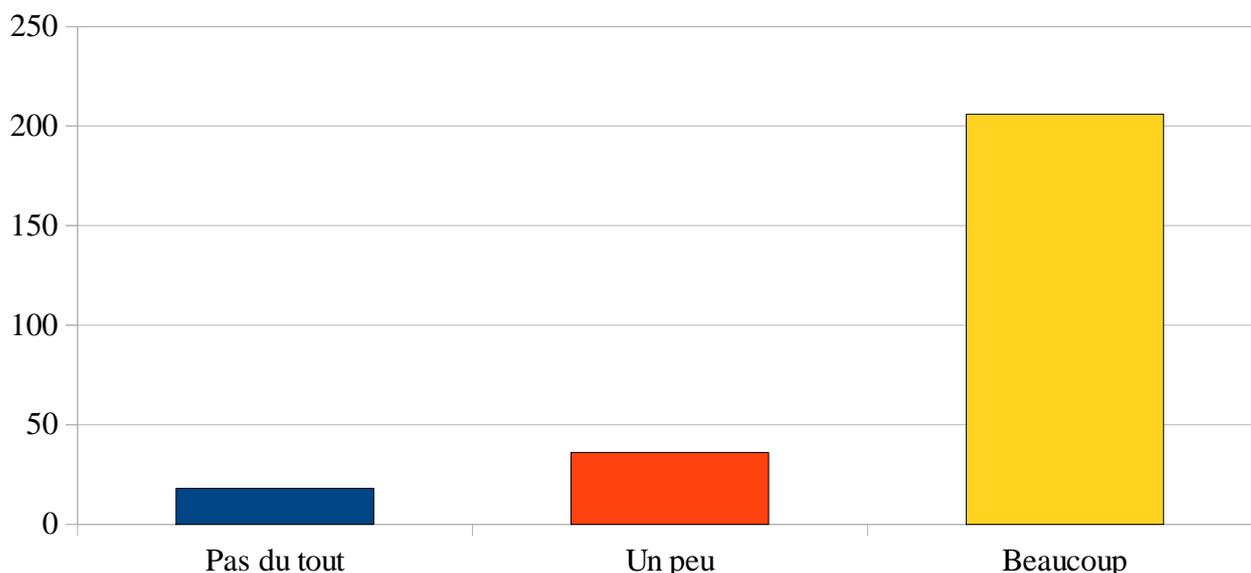


Figure 19 : Importance de la compétence médicale du professionnel

La compétence médicale du professionnel était un critère très important chez 79% des femmes.

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien (84%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un médecin généraliste (72%).

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes de haut niveau de diplôme (88%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes de niveau de diplôme intermédiaire (73%) et de bas niveau de diplôme (71%).

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important parmi les femmes de plus de 35 ans (90%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important parmi les femmes de moins de 25 ans (62%).

3.4.10-Compétence humaine du professionnel

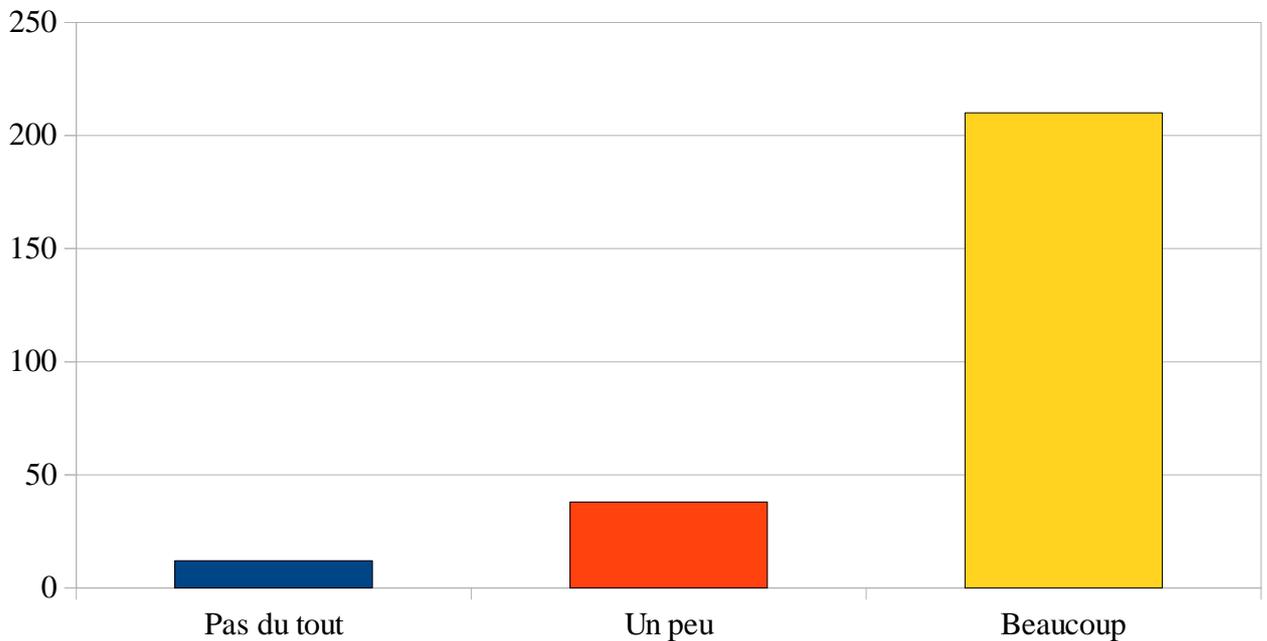


Figure 20 : Importance de la compétence humaine du professionnel

La compétence humaine du professionnel était un critère très important chez 81% des femmes.

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par une sage-femme (87%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un médecin généraliste (76%).

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes de haut niveau de diplôme (89%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes de bas niveau de diplôme (63%).

Il y avait moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes de moins de 25 ans (62%).

3.4.11-Disponibilité du professionnel

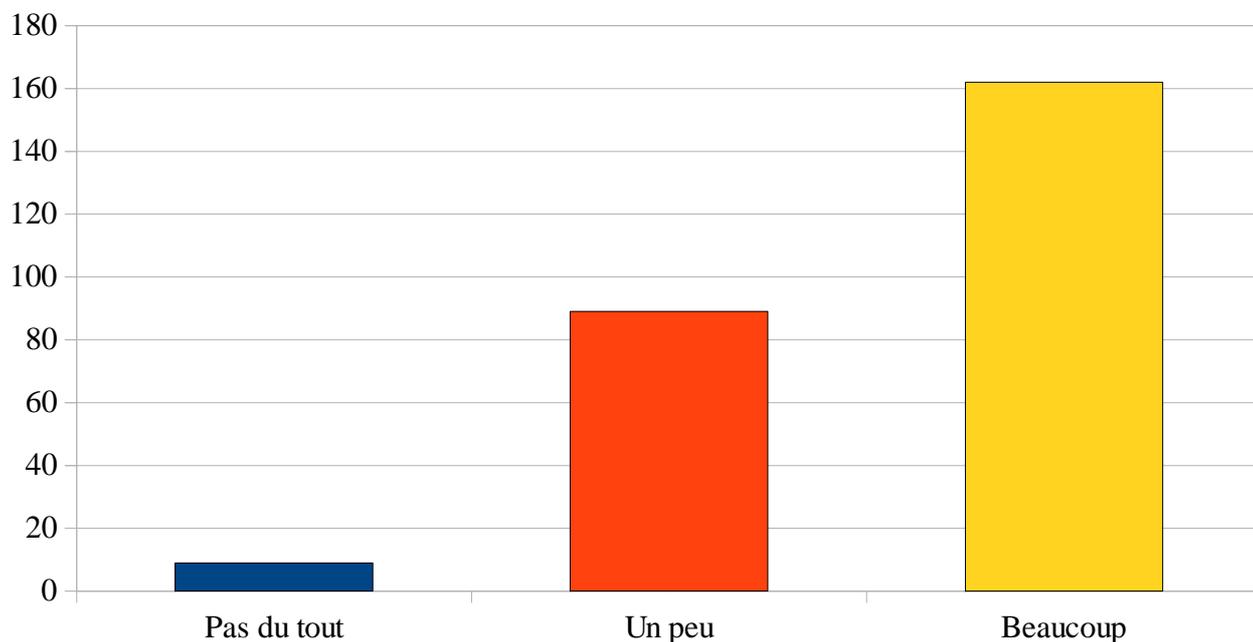


Figure 21 : Importance de la disponibilité du professionnel

La disponibilité du professionnel était un critère très important chez 62% des femmes.

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par une sage-femme (67%) ou un gynécologue médical (68%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien (54%).

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes de haut niveau de diplôme (68%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes de bas niveau de diplôme (51%).

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes ayant 3 enfants ou plus (75%).

3.4.12-Temps pris par le professionnel

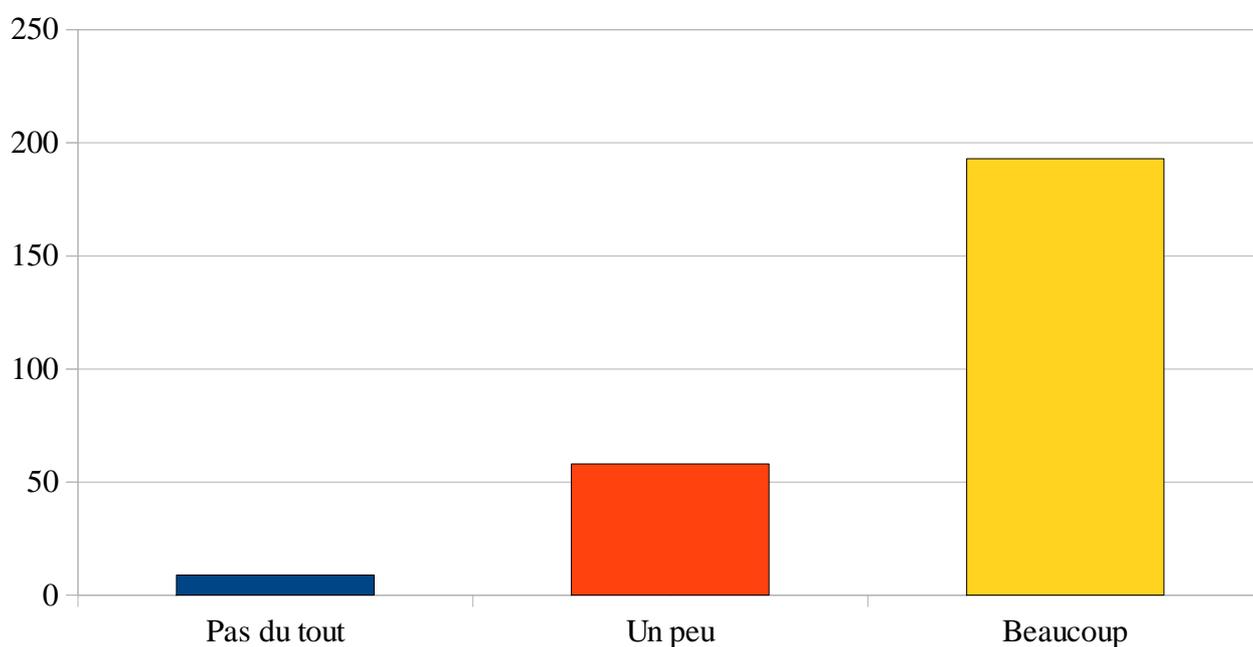


Figure 22 : Importance du temps pris par le professionnel

Le temps pris par le professionnel était un critère très important chez 74% des femmes.

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par une sage-femme (79%) ou un gynécologue médical (78%).

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes de haut niveau de diplôme (80%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes de bas niveau de diplôme (68%).

3.4.13-Prix de la consultation

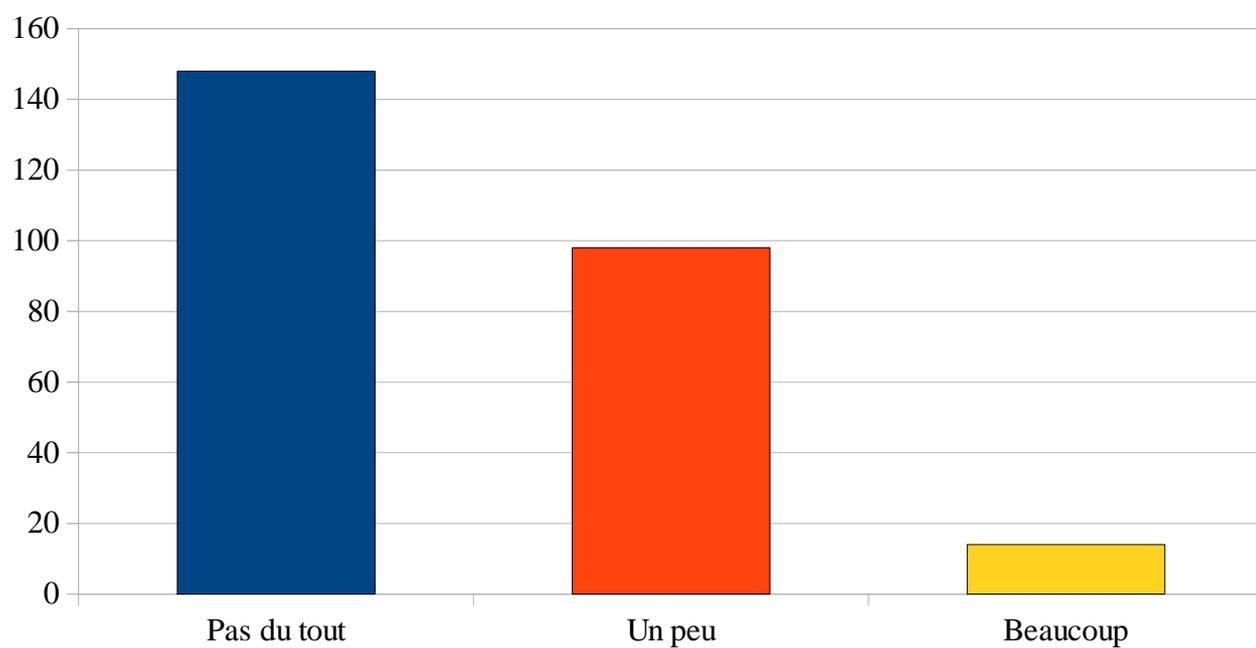


Figure 23 : Importance du prix de la consultation

Le prix de la consultation était un critère très important chez 5% des femmes.

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par une sage-femme (8%).

3.4.14-Pratique des échographies de grossesse

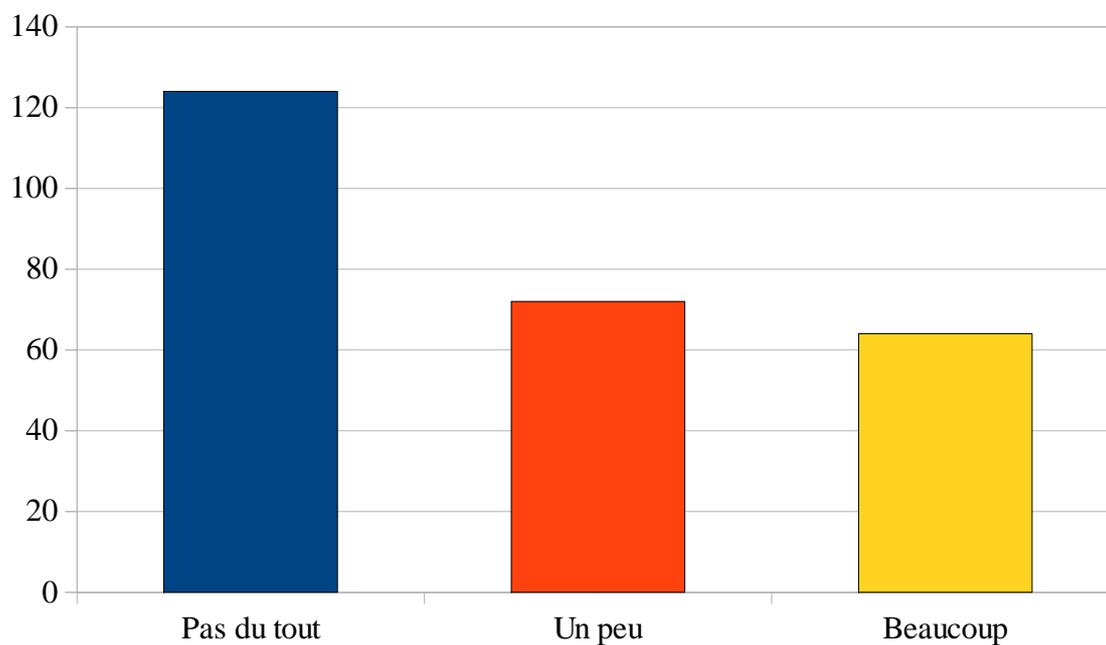


Figure 24 : Importance de la pratique des échographies de grossesse

La pratique des échographies de grossesse était un critère très important chez 25% des femmes.

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien (40%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un médecin généraliste (11%).

3.4.15-Pratique de la préparation à l'accouchement

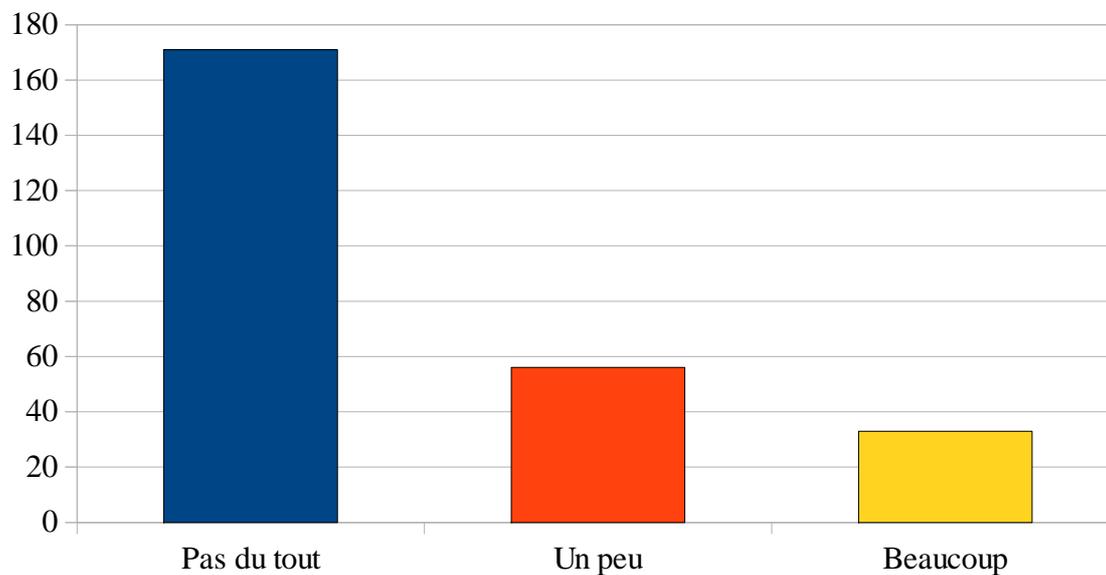


Figure 25 : Importance de la pratique de la préparation à l'accouchement

La pratique de la préparation à l'accouchement était un critère très important chez 13% des femmes.

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par une sage-femme (26%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un médecin généraliste (6%) ou par un gynécologue médical (8%).

3.4.16-Pratique d'accouchements

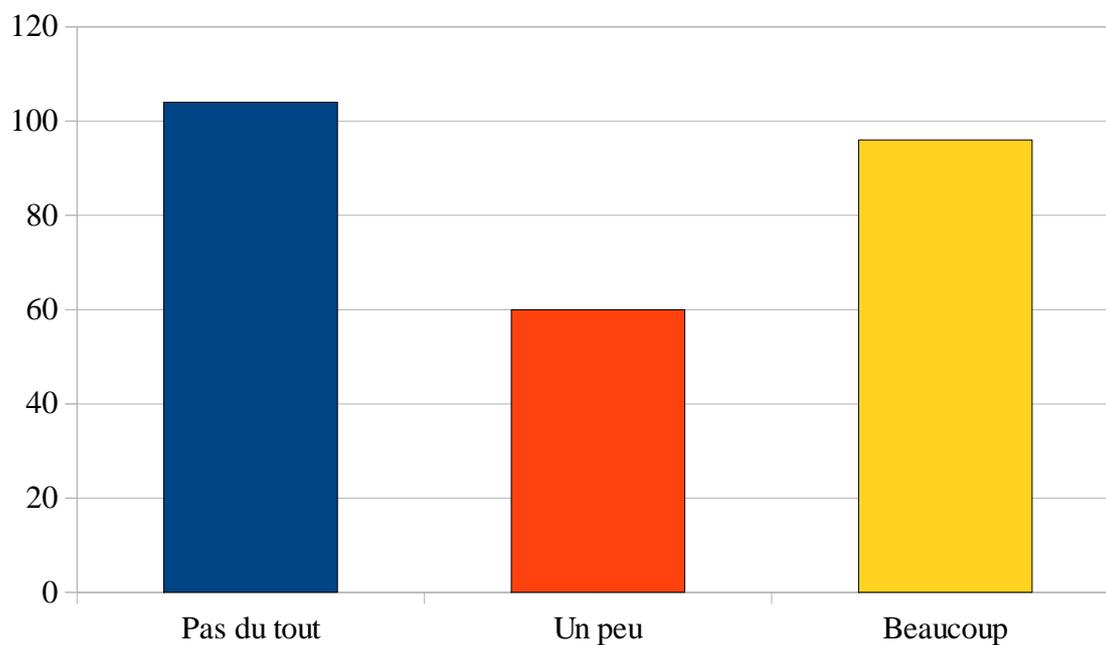


Figure 26 : Importance de la pratique d'accouchements

La pratique d'accouchements était un critère très important chez 37% des femmes.

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien (66%) ou par une sage-femme (41%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un médecin généraliste (21%) ou par un gynécologue médical (24%).

3.4.17-Pratique de la rééducation périnéale

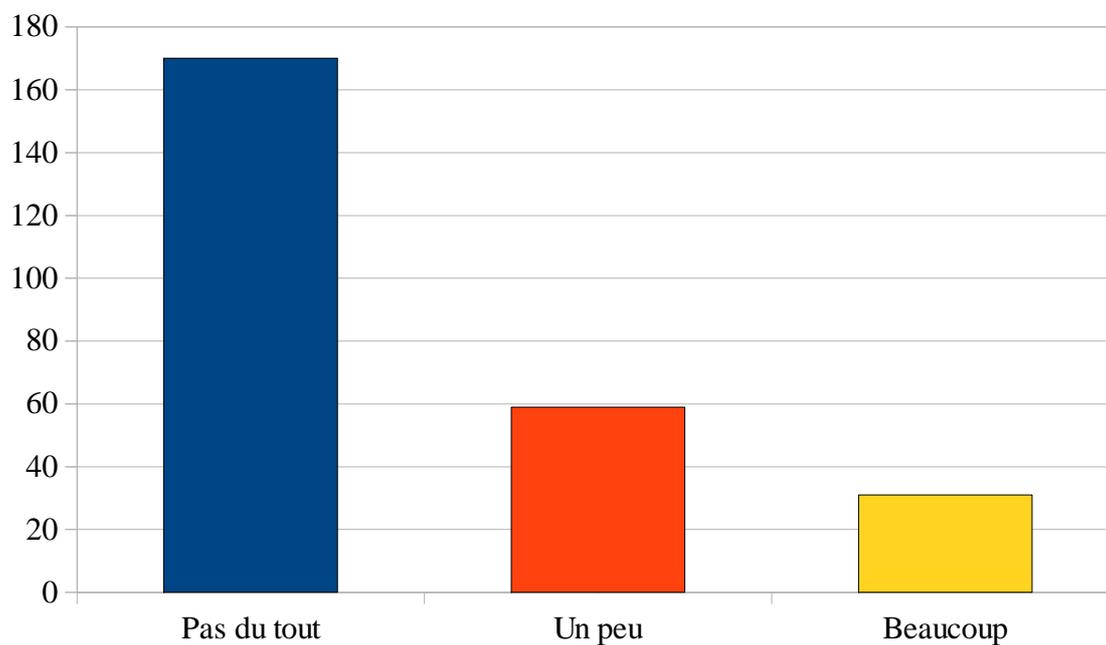


Figure 27 : Importance de la pratique de la rééducation périnéale

La pratique de la rééducation périnéale était un critère très important chez 12% des femmes.

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien (16%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynécologue médical (6%).

3.4.18-Pratique de la consultation post-natale

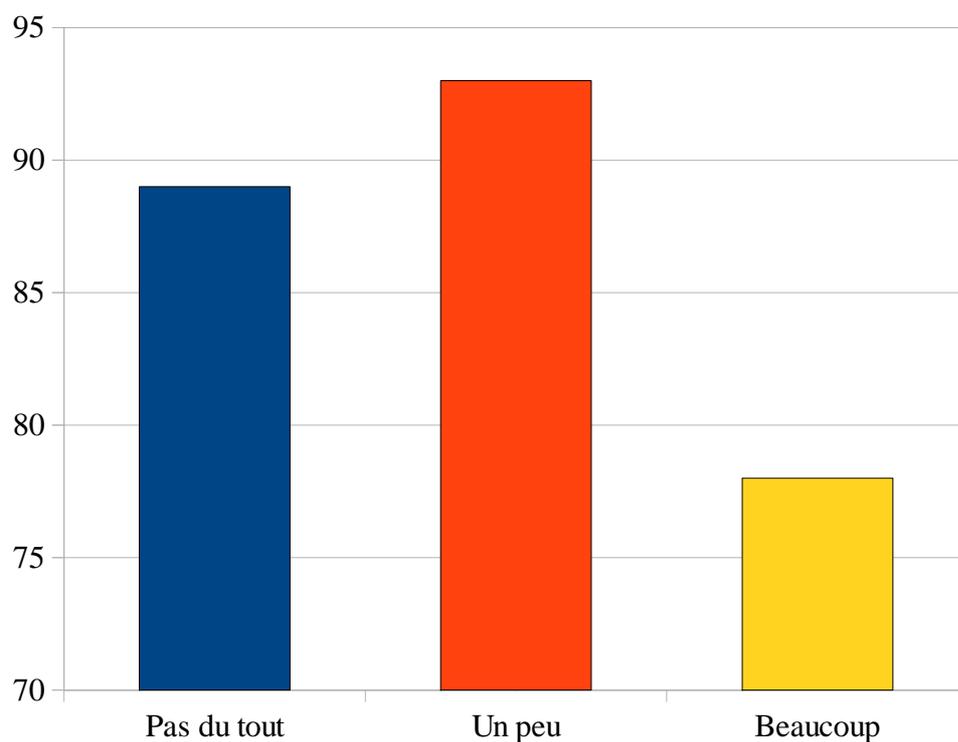


Figure 28 : Importance de la pratique de la consultation post-natale

La pratique de la consultation post-natale était un critère très important chez 30% des femmes.

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien (38%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par une sage-femme (26%) ou par un médecin généraliste (24%).

3.4.19-Pratique du suivi du nouveau-né

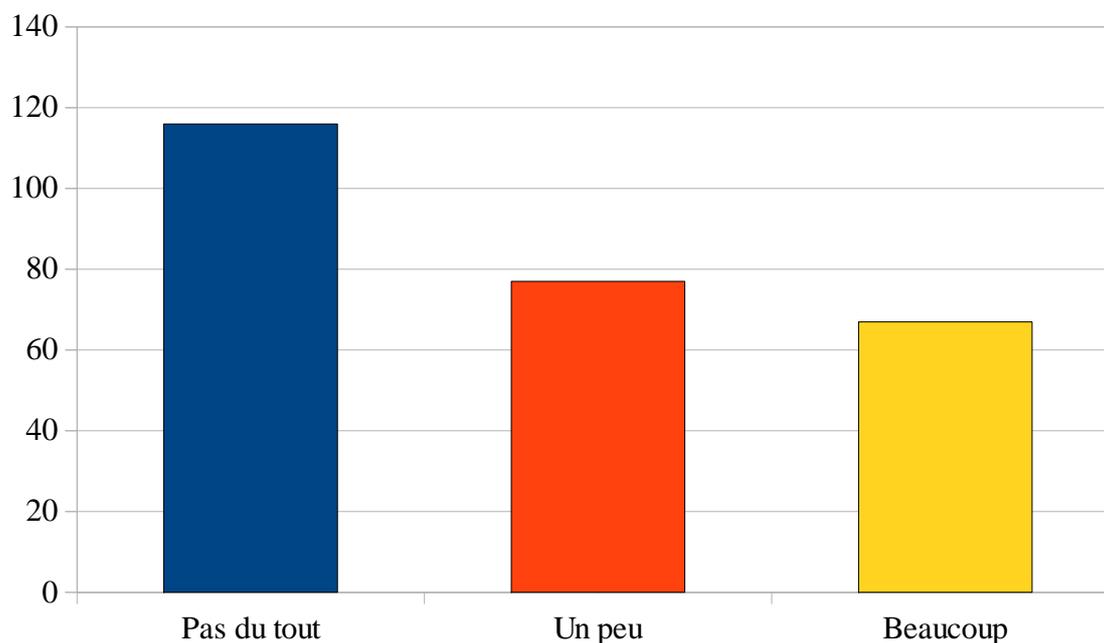


Figure 29 : Importance de la pratique du suivi du nouveau-né

La pratique du suivi du nouveau-né était un critère très important chez 26% des femmes.

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un médecin généraliste (48%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par une sage-femme (15%) ou par un gynécologue médical (9%).

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes de bas niveau de diplôme (59%) et chez les femmes de moins de 25 ans (35%).

3.4.20-Désir de limiter le nombre d'intervenants médicaux

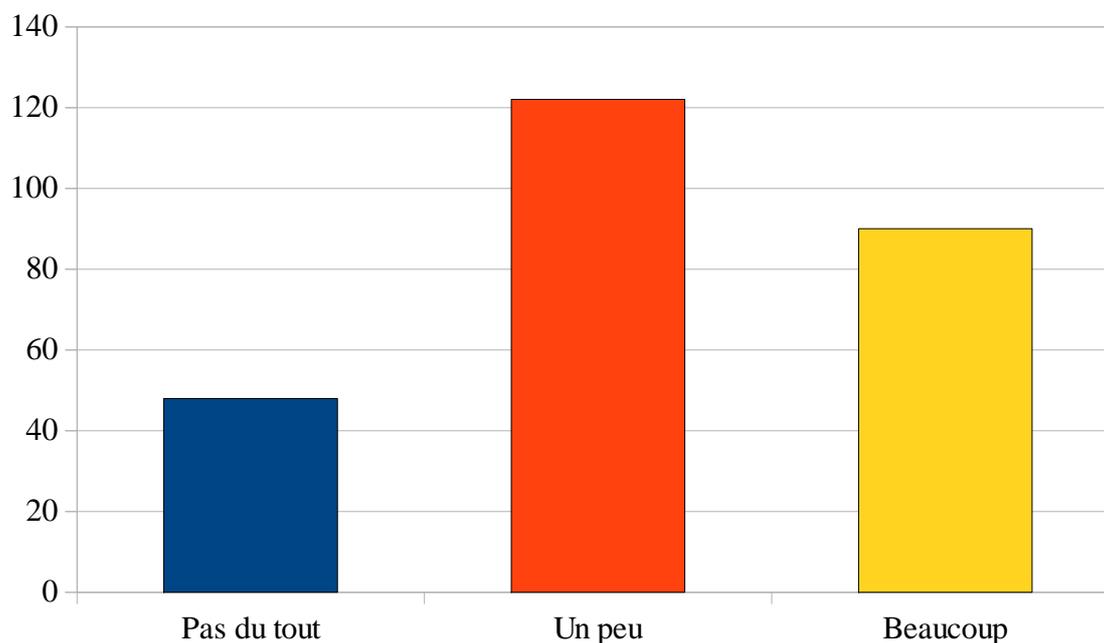


Figure 30 : Importance du désir de limiter le nombre d'intervenants médicaux

Le désir de limiter le nombre d'intervenants médicaux était un critère très important chez 35% des femmes.

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par une sage-femme (54%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynécologue médical (29%) ou par un gynéco-obstétricien (31%).

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes ayant accouché à la clinique Jules Verne (42%).

Il y avait moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes de moins de 25 ans (27%).

3.4.21-Désir d'être suivie dans la maternité de l'accouchement

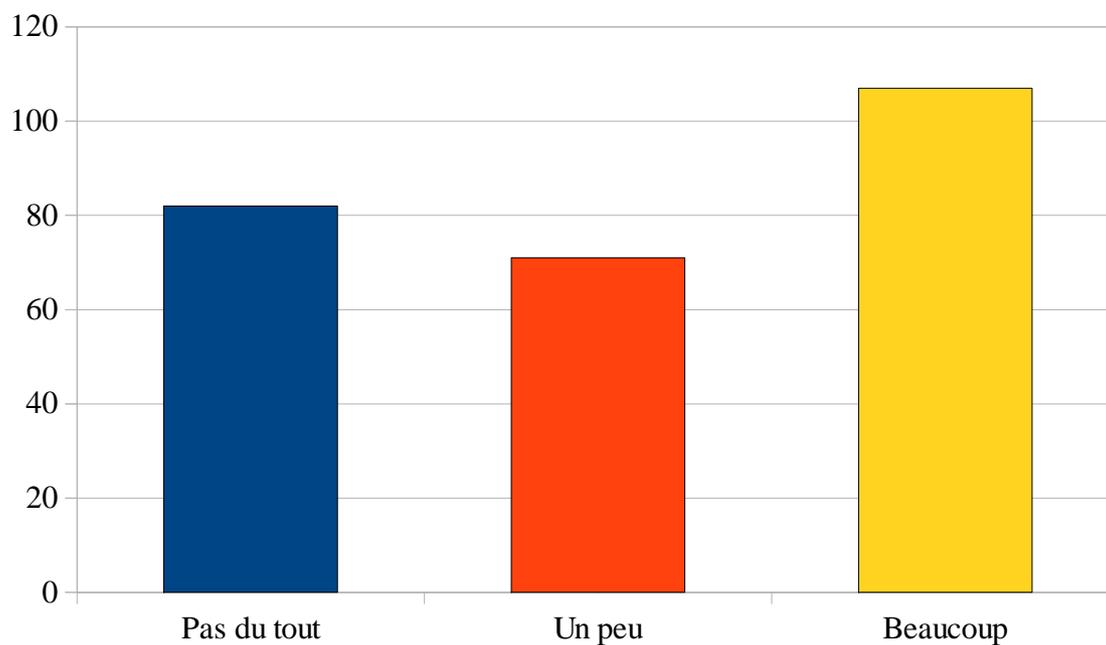


Figure 31 : Importance du désir d'être suivie dans la maternité de l'accouchement

Le désir d'être suivie dans la maternité de l'accouchement était un critère très important chez 41% des femmes.

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien (78%) et moins de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes suivies par un médecin généraliste (24%) ou par un gynécologue médical (22%).

Il y avait plus de femmes pour qui ce critère était très important chez les femmes ayant accouché à la clinique Brétéché (72%).

3.5-Connaissances des femmes

3.5.1-Sur les professionnels pouvant réaliser le suivi d'une grossesse sans complication

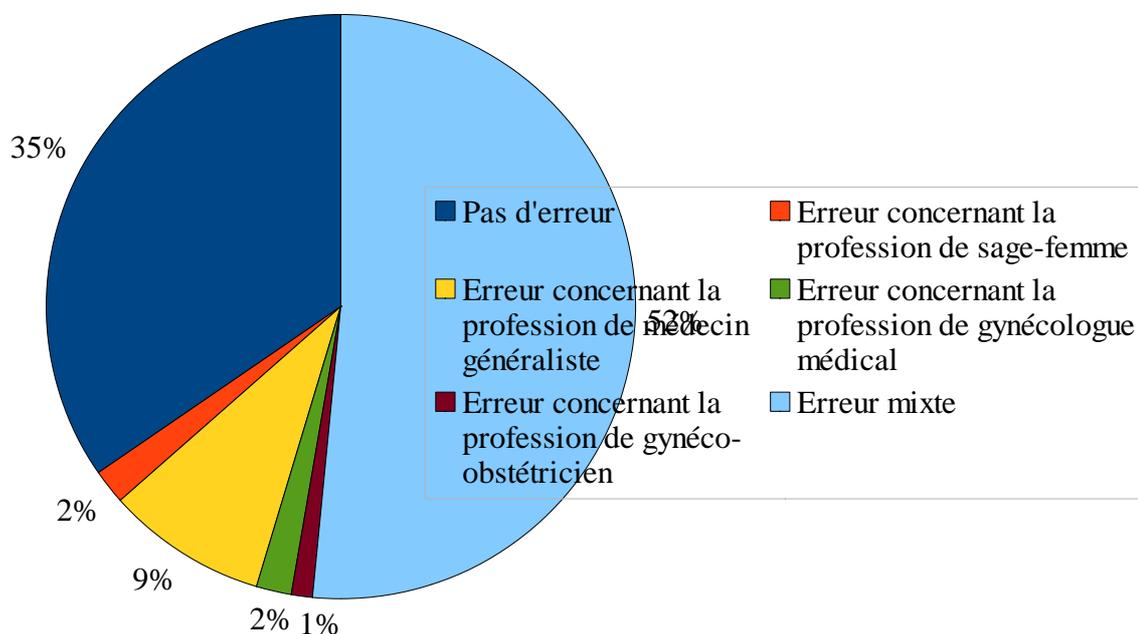


Figure 32 : Connaissances sur les professionnels pouvant réaliser le suivi d'une grossesse sans complication

50% des femmes de haut niveau de diplôme, 28% des femmes de niveau de diplôme intermédiaire, et 7% des femmes de bas niveau de diplôme n'avaient pas fait d'erreur.

Il y avait moins d'erreurs isolées concernant les professions de sage-femme (0%), de médecin généraliste (2%), et de gynéco-obstétricien (0%) chez les femmes de bas niveau de diplôme.

Il y avait moins d'erreurs isolées concernant la profession de gynécologue médical (0%) chez les femmes de haut niveau de diplôme.

Les erreurs mixtes concernaient les femmes de bas niveau de diplôme (85%) puis les femmes de niveau de diplôme intermédiaire (55%), puis les femmes de haut niveau de diplôme (35%).

Il n'y avait pas de franche différence entre les connaissances selon le nombre d'enfants, hormis pour les femmes ayant déjà 3 enfants ou plus qui avaient surtout fait des erreurs mixtes.

3.5.2-Sur les professionnels pouvant prescrire les médicaments et examens complémentaires nécessaires

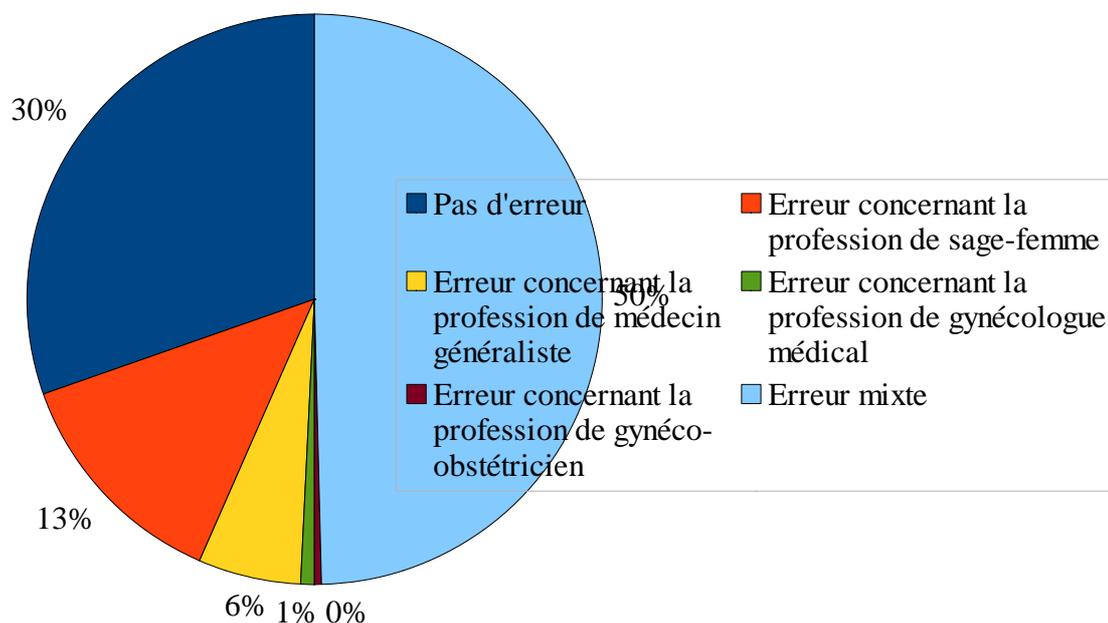


Figure 33 : Connaissances sur les professionnels pouvant prescrire les médicaments et examens complémentaires nécessaires

44% des femmes de haut niveau de diplôme, 25% des femmes de niveau de diplôme intermédiaire, et 5% des femmes de bas niveau de diplôme n'avaient pas fait d'erreur.

Il y avait moins d'erreurs isolées concernant les professions de sage-femme (7%), et de médecin généraliste (2%) chez les femmes de bas niveau de diplôme.

Les erreurs mixtes concernaient les femmes de bas niveau de diplôme (83%) puis les femmes de niveau de diplôme intermédiaire (50%), puis les femmes de haut niveau de diplôme (37%).

Il n'y avait pas de franche différence entre les connaissances selon le nombre d'enfants, hormis pour les femmes ayant déjà 3 enfants ou plus qui avaient surtout fait des erreurs mixtes.

3.5.3-Sur le nombre d'années de formation des professionnels

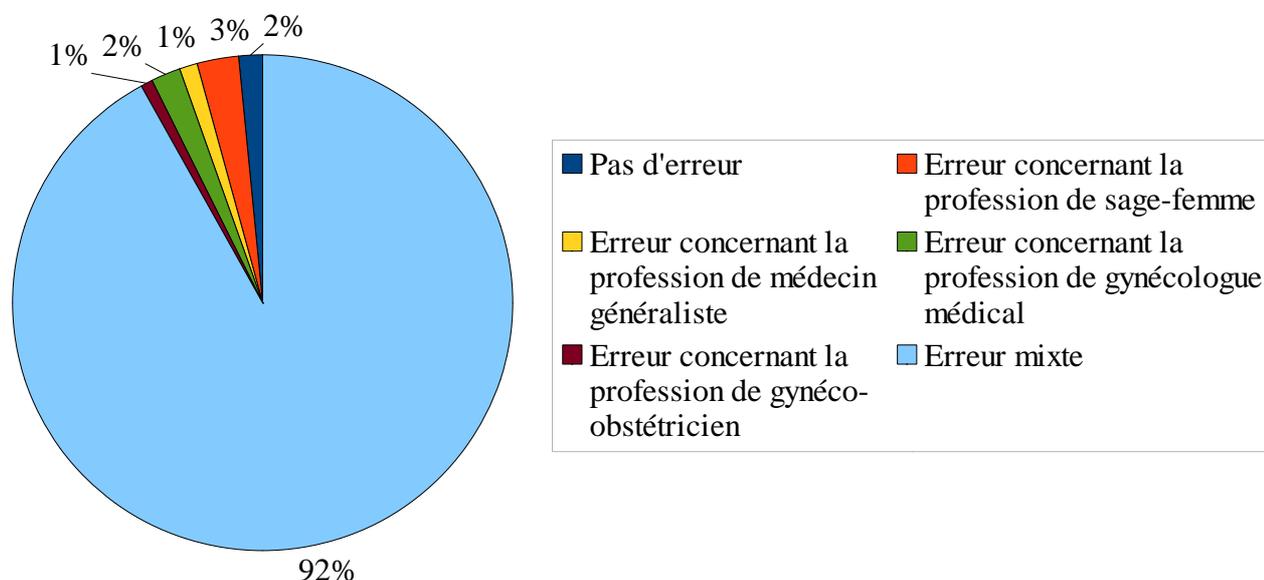


Figure 34 : Connaissances concernant le nombre d'années de formation des professionnels

1% des femmes de haut niveau de diplôme, 2% des femmes de niveau de diplôme intermédiaire, et 2% des femmes de bas niveau de diplôme n'avaient pas fait d'erreur.

Les erreurs mixtes concernaient les femmes de bas niveau de diplôme (98%) puis les femmes de niveau de diplôme intermédiaire (94%), puis les femmes de haut niveau de diplôme (88%).

Pour les femmes de haut niveau de diplôme, les erreurs isolées concernaient la profession de sage-femme (5%), puis la profession de gynécologue médical (4%), puis la profession de gynéco-obstétricien (2%). Il y avait 0% d'erreurs isolées concernant la profession de médecin généraliste.

Il n'y avait pas de franche différence entre les connaissances selon le nombre d'enfants, hormis pour les femmes ayant déjà 3 enfants ou plus qui avaient surtout fait des erreurs mixtes.

3.5.4-Sur les taux de remboursement d'une consultation de suivi de grossesse

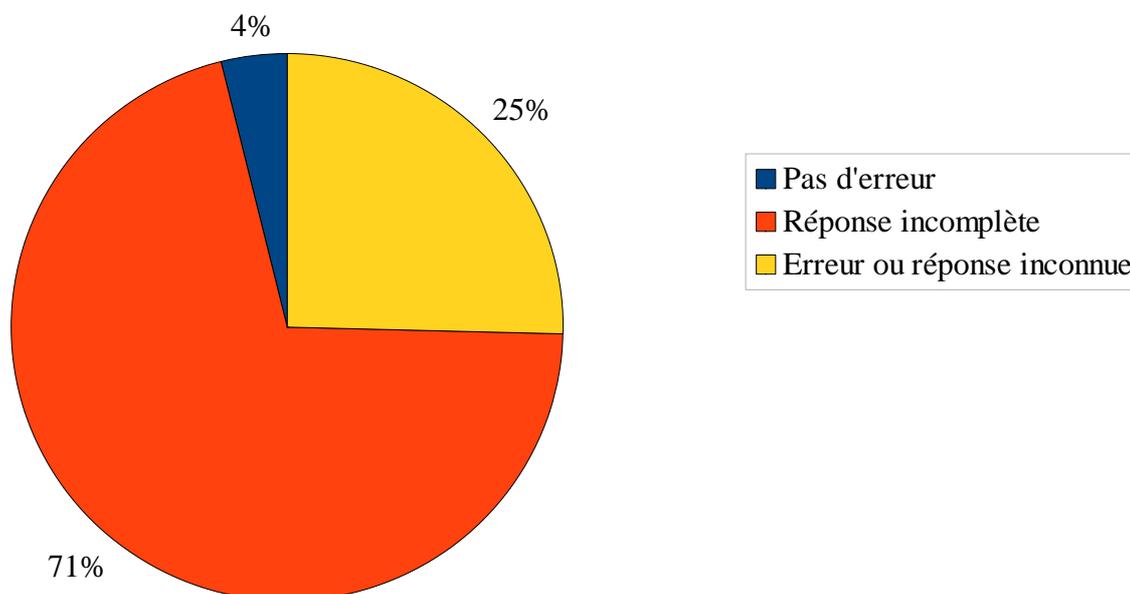


Figure 35 : Connaissances concernant les taux de remboursement d'une consultation de suivi de grossesse

6% des femmes de haut niveau de diplôme, 3% des femmes de niveau de diplôme intermédiaire, et 0% des femmes de bas niveau de diplôme n'avaient pas fait d'erreur.

Les réponses incomplètes concernaient les femmes de bas niveau de diplôme (85%) puis les femmes de niveau de diplôme intermédiaire (70%), puis les femmes de haut niveau de diplôme (66%).

Il y avait moins d'erreurs chez les femmes de bas niveau de diplôme (15%).

Il n'y avait pas de franche différence entre les connaissances selon le nombre d'enfants, hormis pour les femmes ayant déjà 3 enfants ou plus qui avaient surtout donné des réponses incomplètes.

4-Discussion

4.1-Points importants du suivi de grossesse

4.1.1-Consultations

Il existe 7 consultations obligatoires : une avant la fin du premier trimestre de grossesse, puis une chaque mois.

La première consultation a pour objectifs :

-de confirmer la grossesse : Le diagnostic est clinique : retard de règles inhabituel chez une femme jeune sans contraception, signes « sympathiques » (tension mammaire, nausées matinales, parfois vomissements, pollakiurie), seins augmentés de volume avec bombement de l'aréole et saillie des glandes sébacées, au TV combiné au palper abdominal : augmentation du volume de l'utérus, ramollissement de l'utérus. Les examens complémentaires ne sont utiles qu'en cas de doute ou de signes d'appel. Trois méthodes sont disponibles : tests urinaires de grossesse, basés sur la détection colorimétrique de l'hCG dans les premières urines du matin, dosage plasmatique de l'hCG, et échographie pelvienne (le sac ovulaire est visible dès 5 SA sous la forme d'une image liquidienne intra-utérine, entourée d'une couronne échogène (le trophoblaste) ; l'embryon et son activité cardiaque sont visibles à partir de 6 SA ; cet examen n'est réalisé qu'en cas de doute sur la localisation, la vitalité ou la datation de la grossesse).

-de dater son début et le terme théorique : Le terme théorique correspond à la date des dernières règles + 14 jours + 9 mois. Cette règle s'applique à une femme ayant des cycles de 28 jours. Si les cycles sont plus courts ou plus longs, c'est la durée de la phase folliculaire (période correspondant aux premiers jours du cycle menstruel à partir du premier jour des règles, pendant laquelle va avoir lieu la maturation d'un certain nombre de follicules dont un seul donnera un ovocyte) qui varie, alors que celle de la phase lutéale (période se situant entre l'ovulation et le dernier jour du cycle menstruel), est fixe.

-d'évaluer les facteurs de risque : Un facteur de risque significatif exige un avis spécialisé et peut faire discuter des mesures préventives.

-de prescrire les examens complémentaires obligatoires (groupe sanguin, phénotypes rhésus et Kell, RAI, sérologies de la rubéole et de la toxoplasmose, sauf si immunité ancienne prouvée, VDRL et TPHA, protéinurie et glycosurie), à proposer obligatoirement, après information (sérologie HIV, test sérique de dépistage des grossesses à risque de trisomie 21) ou à proposer selon la symptomatologie et les antécédents (NFS, ECBU, FCV s'il date de plus de 2 ans, PV avec recherche de vaginose bactérienne), et l'échographie du premier trimestre qui doit être effectuée entre 11 et 13SA. Ses objectifs sont de confirmer la vitalité de la grossesse, de confirmer ou corriger le terme par la mesure de la LCC et du diamètre bipariétal avec une précision de plus ou moins 3 jours, de faire un diagnostic précoce de grossesses multiples et chorionicité, de faire un dépistage précoce de certaines malformations, et de faire un dépistage de la trisomie 21 par la mesure de la clarté nucale.

-de donner l'information sur le dépistage de la trisomie 21 : Le devoir d'information est une obligation légale. Seule l'amniocentèse permet un diagnostic de certitude par l'étude du caryotype mais elle comporte un risque de décès fœtal de 0,5 à 1%. L'échographie du premier trimestre, effectuée par un opérateur entraîné, est fondamentale : la moitié au moins des fœtus trisomiques a une clarté nucale excessive qui, cependant, n'est pas spécifique et peut se voir chez des fœtus normaux ou porteurs d'une autre pathologie. Une hyperclarté nucale fait proposer une biopsie de trophoblaste ou une amniocentèse. S'il est fait (le choix appartient aux parents), le dosage des marqueurs sériques maternels doit être réalisé entre 14 et 17 SA dans un laboratoire agréé. Il permet de chiffrer le risque de trisomie 21 qui est jugé significatif au-delà de 1/250. Ces deux examens peuvent être utilisés séparément ou en association pour un calcul combiné du risque de trisomie 21.

-de donner des conseils hygiéno-diététiques

-de prescrire la poursuite de l'acide folique jusqu'à la fin du deuxième mois

-de proposer un entretien du quatrième mois

-de déclarer la grossesse. : La déclaration indique la date présumée du début de la gestation. Elle est faite sur un formulaire à trois volets qu'il appartient à la femme de compléter et d'adresser à ses centres de Sécurité Sociale et d'allocations familiales.

La réglementation prévoit une consultation prénatale chaque mois du quatrième au neuvième mois, ainsi qu'une consultation d'anesthésie au troisième trimestre. Les consultations du troisième trimestre doivent être effectuées par l'équipe qui prendra en charge l'accouchement. (7)

Une femme enceinte doit connaître les signes qui doivent l'alerter et la conduire à consulter un professionnel de santé (survenue de fièvre, de contractions, de métrorragies, de douleurs abdominales, de troubles urinaires, d'un écoulement liquidien par le vagin, d'une diminution des MAF) (1) Et lors des consultations systématiques, l'interrogatoire recherche la présence de MAF et de signes fonctionnels.

L'examen consiste en une prise de poids, une mesure de la TA, une palpation utérine, une mesure de la HU entre la symphyse pubienne et le fond utérin, une écoute de l'activité cardiaque fœtale, une BU et un TV qui vérifie la longueur et la fermeture du col utérin (la longueur vaginale normale est supérieure ou égale à 2 cm).(7) Mais la réalisation en routine du TV est discutée. Le TV systématique chez une femme asymptomatique comparé à un examen réalisé sur indication médicale ne diminue pas le risque d'accouchement prématuré.

La recherche des bruits du cœur fœtal confirme que l'enfant est vivant mais n'a aucune valeur prédictive. Elle permet de rassurer la mère. (1)

La prise de poids usuelle est de 500 g par mois au premier trimestre, 1 kg par mois au deuxième trimestre, 2 kgs par mois au troisième trimestre, 9 à 12 kgs sur l'ensemble de la grossesse. Une prise de poids supérieure à 10 kgs au sixième mois est un facteur de risque de diabète gestationnel.

La HU normale est de 16 cm à 20 SA. Elle augmente de 1 cm par semaine entre 20 et 32 SA puis de 0,5 cm par semaine jusqu'au terme.

Les examens biologiques obligatoires sont une NFS et une antigénémie HBs au sixième mois, une protéinurie et glycosurie tous les mois, une RAI au sixième mois si la femme est rhésus négatif, une sérologie de la toxoplasmose tous les mois si la femme n'est pas immunisée, une sérologie de la rubéole tous les mois, si la femme n'est pas immunisée, jusqu'à 18 SA. (7)

En cas de positivité de la RAI, une identification et un titrage sont obligatoires. Lorsque des signes d'appel d'allo-immunisation fœto-maternelle sont décelés (cinétique des agglutinines irrégulières, souffrance fœtale), un avis spécialisé est recommandé. Des conseils sur la prise en charge peuvent être obtenus auprès du CNRHP. Le test de génotypage fœtal dans le sang maternel est en cours de validation et sa diffusion est à l'étude. En attendant, dans le cas où le rhésus de la femme enceinte est négatif, on conseille de tester le père. (1)

Les examens biologiques recommandés sont une recherche du portage du streptocoque B par PV au huitième mois et un dépistage du diabète gestationnel au sixième mois. (7)

Il est recommandé de rechercher un diabète méconnu précocement au cours de la grossesse (dès la première consultation) s'il existe des facteurs de risque de diabète de type 2 (histoire familiale de diabète, surpoids, antécédent de diabète gestationnel). En ce qui concerne le diabète gestationnel, les données scientifiques ne permettent pas de conclure sur les modalités de dépistage et de diagnostic. Les résultats des études internationales en cours devraient venir confirmer l'intérêt de dépister le diabète gestationnel pour identifier une population à haut risque de développer ultérieurement un diabète de type 2. Dans cette attente, les pratiques de dépistage locales peuvent être poursuivies. (1)

Deux autres échographies sont recommandées, à 22 SA et à 32 SA. Pour chacune d'entre elles sont réalisées :

- une biométrie fœtale (diamètre bipariétal, périmètre abdominal, longueur fémorale), une courbe de croissance, des courbes du diamètre bipariétal, du périmètre abdominal, de la longueur fémorale, avec pour chaque mesure la courbe des percentiles
- une étude de la morphologie fœtale
- une appréciation de la quantité de liquide amniotique
- une recherche de la position du placenta.

Ces 2 examens ont chacun leur spécificité. L'objectif principal est d'étudier :

- au deuxième trimestre : la morphologie (dépistage des malformations)
- au troisième trimestre : la croissance (dépistage du retard de croissance et de la macrosomie). (7)

L'évaluation de la santé psycho-sociale doit être une préoccupation au cours de chaque consultation prénatale, l'ensemble des difficultés ne pouvant pas être détecté uniquement dans un entretien spécifique. Face à toute forme d'insécurité, des interventions adaptées doivent être envisagées avec la femme enceinte et un réseau de professionnels activé autour d'elle : médecin traitant, sage-femme libérale ou de PMI, technicienne d'intervention familiale, psychologue, etc.

La femme ou le couple doivent être informés du fait que leur sécurité émotionnelle fait partie du suivi de la grossesse car elle conditionnera leur confiance en eux pour l'accouchement et pour l'accueil de l'enfant. Au début de la grossesse, et à chaque consultation, dépister des difficultés psychiques permet d'envisager précocement des interventions adaptées.

En cas de troubles psychiatriques graves, une rencontre avec un psychiatre est nécessaire, mais dans tous les cas, un recours au psychologue ou au psychiatre peut être proposé.

Les troubles du sommeil du début de grossesse peuvent être un signe d'alerte d'une anxiété ou d'une dépression. Il est conseillé de les rechercher systématiquement, et d'encourager la femme à nommer ses craintes et ses soucis. (1)

4.1.2-Frais engendrés par la grossesse

La grossesse est une source de dépenses majeures. Compte tenu du déficit budgétaire de la sécurité sociale, il est essentiel de se préoccuper de chaque pôle de dépense.

Jusqu'au sixième mois, les frais médicaux sont remboursés aux tarifs habituels et il existe une exonération de la participation forfaitaire d'1€ et de la franchise médicale sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. A compter du premier jour du sixième mois de grossesse et jusqu'à 12 jours après l'accouchement, tous les frais médicaux, pharmaceutiques, analyses et examens de laboratoire, appareillage et hospitalisation sont pris en charge à 100%. La participation forfaitaire d'1€ sur chaque acte et la franchise médicale ne s'appliquent pas, pas plus que le forfait de 18€ concernant les actes médicaux lourds dont le montant est égal ou supérieur à 120€. À noter : les dépassements d'honoraires ne sont jamais pris en charge par l'Assurance Maladie. Ils peuvent éventuellement être pris en charge par la complémentaire santé. (8)

Sont donc pris en charge :

-7 consultations remboursées à 100% par l'Assurance Maladie

-8 séances de PNP (dont 1 entretien individuel ou en couple au quatrième mois et 7 séances individuelles ou collectives) remboursées à 100% par l'Assurance Maladie (avec référence aux tarifs de la Sécurité Sociale)

L'entretien doit être proposé systématiquement à la femme enceinte par le professionnel de santé qui confirme la grossesse, même si ce dernier n'assure pas, par la suite, le suivi médical de la femme enceinte, et doit avoir lieu dans le premier trimestre de la grossesse. Il fait l'objet d'une cotation spécifique à la nomenclature des actes professionnels. Il a un objectif spécifique qui est de prévenir les troubles du développement psychoaffectif des enfants. Il est réalisé par une sage-femme ou un médecin et doit s'adapter aux besoins spécifiques de chaque femme. Il doit permettre d'identifier des besoins et des situations de vulnérabilité, d'encourager la participation de la mère et du père aux séances de PNP, de proposer un premier lien avec un réseau de professionnels, d'informer sur l'offre de soins de proximité, le réseau de santé périnatal, les alternatives à la préparation à la naissance, de coordonner le suivi, de présenter et planifier des séances de PNP (individuelles ou en groupe), d'orienter vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement. (9) Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux : questions sur elle-même, sur les modifications de son corps, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille, sur la présence ou non de supports familiaux après la naissance, etc... (10) Le futur père doit être encouragé à participer à l'entretien. En cas de déclaration tardive ou de refus initial par la femme ou le couple, l'entretien peut avoir lieu plus tard. Si besoin est, cet entretien doit pouvoir être renouvelé, en particulier dans les situations difficiles. Une absence de réalisation de l'entretien individuel ne doit pas empêcher la participation aux séances de PNP. Dans ce cas, le professionnel qui reçoit la femme en demande de séances prénatales réalise l'entretien individuel.

Les objectifs généraux de la PNP sont de créer des liens sécurisants avec un réseau de professionnels, d'accompagner la femme ou le couple dans ses choix et ses décisions, de donner les connaissances essentielles à l'alimentation du nouveau-né et encourager l'allaitement maternel, d'encourager l'adoption par la mère et le père de styles de vie sains, pour leur santé et celle de l'enfant, de renforcer la confiance en soi chez la femme ou le couple face à la grossesse, la naissance et les soins au nouveau-né, de s'assurer d'un soutien affectif pour la femme pendant la grossesse, à la naissance et au retour à domicile, de soutenir la construction harmonieuse des liens

familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant dans la famille et à l'association de la vie de couple à la fonction de parent, de participer à la promotion de la santé du nouveau-né et du nourrisson en termes d'alimentation, de sécurité et de développement psychomoteur, de participer à la prévention des troubles de la relation mère-enfant et à la prévention de la dépression du post-partum, et d'encourager les échanges et le partage d'expérience à partir des préoccupations des parents avant et après la naissance. (9) Lourd programme quand on peut voir dans un livre écrit en 2010 : "La future mère ne fantasme que sur l'amour et le bonheur. Elle ignore l'autre face de la maternité faite d'épuisement, de frustration, de solitude voire d'aliénation avec son cortège de culpabilité. A lire les récents témoignages des mères, on mesure à quel point elles sont peu préparées à ce bouleversement. On ne m'avait pas prévenue, disent-elles, des difficultés de l'aventure." (11)

-3 échographies : prises en charge à 70 % pour les 2 premières et à 100% pour la dernière

-l'accouchement :

Les frais d'accouchement, d'anesthésie, et de séjour à l'hôpital ou en clinique conventionnée, dans la limite de 12 jours, sont remboursés directement à l'établissement par la caisse, sauf les frais pour confort personnel, comme une chambre particulière ou la télévision. Aucune participation aux frais n'est demandée. Les remboursements sont calculés sur la base des tarifs de l'Assurance Maladie. Une clinique privée non conventionnée applique des tarifs plus élevés que ceux en vigueur. Les frais restant à la charge de la femme peuvent donc être très élevés et celle-ci doit faire l'avance des frais. Les frais de transport peuvent être pris en charge sur prescription médicale. (8)

-le congé maternité :

La mère salariée a le droit de bénéficier d'un congé maternité pendant une période qui commence 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine 10 semaines après la date de celui-ci. A sa demande et sous réserve d'un avis favorable du professionnel de santé qui suit la grossesse, la période de suspension du contrat de travail qui commence avant la date présumée de l'accouchement peut être réduite d'une durée maximale de 3 semaines. La période postérieure à la date présumée de l'accouchement est alors augmentée d'autant. Lorsque la mère salariée a reporté après la naissance de l'enfant une partie du congé maternité et qu'elle se voit prescrire un arrêt de travail pendant la période antérieure à la date présumée de l'accouchement, ce report est annulé et la période de suspension du contrat de travail est décomptée à partir du premier jour de l'arrêt de travail. La période initialement reportée est réduite d'autant. (Article L1225-17 du Code du Travail)

Lorsque des naissances multiples sont prévues, la période de congé maternité varie dans les conditions suivantes (Article L1225-18 du Code du Travail) :

1° Pour la naissance de 2 enfants, cette période commence 12 semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine 22 semaines après la date de l'accouchement. La période de suspension antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de 4 semaines. La période de 22 semaines postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant.

2° Pour la naissance de 3 enfants ou plus, cette période commence 24 semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine 22 semaines après la date de l'accouchement.

Lorsque, avant l'accouchement, la mère salariée elle-même ou le foyer assume déjà la charge de 2 enfants au moins ou lorsque la mère salariée a déjà mis au monde au moins 2 enfants nés viables, le congé maternité commence 8 semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine 18 semaines après la date de celui-ci. A sa demande et sous réserve d'un avis favorable du professionnel de santé qui suit la grossesse, la période de suspension du contrat de travail qui commence avant la date présumée de l'accouchement peut être réduite d'une durée maximale de 3 semaines. La période postérieure à la date présumée de l'accouchement est alors augmentée d'autant. Lorsque la mère salariée a reporté après la naissance de l'enfant une partie du congé maternité et qu'elle se voit prescrire un arrêt de travail pendant la période antérieure à la date présumée de l'accouchement, ce report est annulé et la période de suspension du contrat de travail est décomptée à partir du premier jour de l'arrêt de travail. La période initialement reportée est réduite d'autant. La période de 8 semaines de congé maternité antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de 2 semaines. La période de 18 semaines postérieure à la date de l'accouchement est alors réduite d'autant. (Article L1225-19 du Code du Travail)

Lorsque l'accouchement intervient avant la date présumée, le congé maternité peut être prolongé jusqu'au terme des 16, 26, 34 ou 46 semaines de suspension du contrat auxquelles la mère salariée a droit. (Article L1225-20 du Code du Travail)

Lorsque l'enfant est resté hospitalisé jusqu'à l'expiration de la sixième semaine suivant l'accouchement, la mère salariée peut reporter à la date de la fin de l'hospitalisation tout ou partie du congé auquel elle peut encore prétendre. (Article L1225-22 du Code du Travail)

Lorsque l'accouchement intervient plus de 6 semaines avant la date prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant, le congé maternité est prolongé du nombre de jours courant de la date effective de l'accouchement au début des périodes de congé maternité mentionnées aux articles L1225-17 à L1225-19. (Article L1225-23 du Code du Travail)

En cas de décès de la mère au cours du congé maternité, le père salarié peut suspendre son contrat de travail pendant une période de 10 semaines au plus à compter du jour de la naissance de l'enfant. L'intéressé avertit son employeur du motif de son absence et de la date à laquelle il entend mettre fin à la suspension de son contrat de travail. Il bénéficie alors de la protection contre le licenciement prévue aux articles L1225-4 et L1225-5. La suspension du contrat de travail peut être portée à 18 ou 22 semaines dans les cas prévus à l'article L331-6 du Code de la Sécurité Sociale. (Article L1225-28 du Code du Travail)

Il est interdit d'employer la mère salariée pendant une période de 8 semaines au total avant et après son accouchement. Il est interdit de l'employer dans les 6 semaines qui suivent son accouchement. (Article L1225-29 du Code du Travail)

Après la naissance de son enfant et dans un délai déterminé par décret, le père salarié bénéficie d'un congé paternité de 11 jours consécutifs ou de 18 jours consécutifs en cas de naissances multiples. Le congé paternité entraîne la suspension du contrat de travail. Le père salarié qui souhaite bénéficier du congé paternité avertit son employeur au moins 1 mois avant la date à laquelle il envisage de le prendre, en précisant la date à laquelle il entend y mettre fin. (Article L1225-35 du Code du Travail)

-le congé pathologique :

Lorsqu'un état pathologique est attesté par un certificat médical comme résultant de la grossesse ou de l'accouchement, le congé maternité est augmenté de la durée de cet état pathologique dans la

limite de 2 semaines avant la date présumée de l'accouchement et de 4 semaines après la date de celui-ci. (Article L1225-21 du Code du Travail) (12)

-les indemnités journalières :

Quelle que soit la situation, pour bénéficier des indemnités journalières, il faut nécessairement être immatriculée (disposer d'un numéro de Sécurité Sociale) depuis au moins 10 mois à la date présumée de l'accouchement, et s'arrêter de travailler au moins 8 semaines pendant le congé maternité.

Pour les salariées, il faut également avoir effectué au moins 200 heures de travail au cours d'une période de 3 mois ou avoir cotisé sur un salaire d'au moins 1015 fois le SMIC horaire au cours d'une période de 6 mois.

Pour les salariées intérimaires ou exerçant une activité à caractère saisonnier ou irrégulier, il faut également avoir effectué au moins 800 heures au cours de l'année précédant la date du début de grossesse ou du début de congé prénatal ou avoir cotisé sur un salaire d'au moins 2 030 fois le montant du SMIC horaire au cours de l'année précédant la date du début de grossesse ou du congé prénatal.

Pour les femmes à la recherche d'un emploi, c'est l'activité salariée avant indemnisation chômage qui détermine les règles d'attribution et de calcul des indemnités journalières si la femme est indemnisée par le Pôle Emploi ou si elle a bénéficié, au cours des 12 derniers mois, d'une allocation d'aide au retour à l'emploi.

Les indemnités journalières sont calculées sur les salaires nets des 3 mois précédant l'interruption de travail dans la limite de 3031€.

La formule de calcul est la suivante : salaires nets des 3 derniers mois divisés par 90.

Le montant maximum (au 1er janvier 2012) de l'indemnité journalière maternité est de 80,04€ par jour.

Les indemnités journalières sont versées sans délai de carence, tous les 14 jours, directement par la caisse d'Assurance Maladie, qui accompagne les versements d'un relevé (valable pour la retraite). Elles sont soumises à l'impôt sur le revenu et aux prélèvements sociaux (0,5% au titre de la CRDS et 6,2% au titre de la CSG).

Pour les praticiennes ou auxiliaires médicales, affiliées à titre personnel au régime d'Assurance Maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés, il existe une allocation forfaitaire de repos maternel dont le montant est de 2946€ au 1er janvier 2011 (montant revalorisé chaque année), versé en 2 fois (à la fin du septième mois de grossesse et après l'accouchement) et, sous réserve de cessation de l'activité professionnelle pendant au moins 8 semaines, dont 2 avant l'accouchement, une indemnité journalière forfaitaire de 48,42€ au 1er janvier 2011.

Pour les conjointes collaboratrices d'un praticien ou auxiliaire médical conventionné, il existe une allocation forfaitaire de repos maternel, et une indemnité de remplacement, versée à la double condition de cesser toute activité professionnelle pendant une durée minimum d'une semaine (comprise dans la période commençant 6 semaines avant la date présumée de l'accouchement et se terminant 10 semaines après) et de se faire remplacer pendant cette période. Cette indemnité de remplacement est versée pour la durée effective du remplacement, pendant 28 jours au maximum ou, sur demande, pendant 56 jours au maximum, consécutifs ou non. Le montant de l'indemnité journalière de remplacement est égal au coût réel du remplacement, dans la limite d'un plafond journalier. (8)

Ces droits sont importants et risquent de disparaître petit à petit, donc, plus qu'inciter à une prise en charge moins coûteuse, ne vaudrait-il pas mieux que les patientes et/ou les professionnels aient à justifier, quand ils le font, le choix de professionnels plus diplômés et plus coûteux ?

4.1.3-Information pendant la grossesse

L'information a pour objectifs de favoriser la participation active de la femme enceinte et de lui permettre de prendre, avec le professionnel de santé, les décisions concernant sa santé, conformément à la loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

L'information est nécessaire et concerne :

- les services de soins disponibles
- le coût des prestations
- les possibilités qui sont proposées pour le suivi de la grossesse
- les examens de dépistage obligatoires et ceux non obligatoires qui sont proposés systématiquement (utilité, bénéfices escomptés, éventuels inconvénients et conséquences)
- la PNP
- l'accouchement et les soins postnataux au sein d'un réseau ville-hôpital et inter établissements
- la nécessité d'une inscription plus ou moins précoce selon le lieu de naissance prévu
- les risques liés au mode de vie et les réponses qui peuvent être apportées
- l'hygiène de vie et la nutrition
- les risques infectieux alimentaires
- les réseaux d'écoute, d'appui, d'accompagnement des parents
- les structures d'accueil en cas d'urgence de jour comme de nuit
- les offres de disponibilité comme un contact téléphonique possible à tout moment
- les dispositifs visant à améliorer l'accès aux soins
- l'accompagnement psychosocial pour les femmes ou les couples en situation précaire
- les droits liés à la maternité et la manière de les faire valoir.

L'information doit être fondée sur les données actualisées de la littérature et sur la réglementation en vigueur. Elle doit aider la femme ou le couple à prendre une décision éclairée quant au suivi de la grossesse. Il s'agit donc de créer les conditions de dialogue permettant aux femmes de poser des questions et de discuter de problèmes éventuels, de consacrer du temps à la délivrance de l'information et de la disponibilité d'esprit, de délivrer une information orale en utilisant un langage et/ou un support adaptés, notamment pour les femmes enceintes qui ont un handicap sensoriel, mental, ou bien pour celles qui ne parlent ni ne lisent le français, de délivrer l'information, si nécessaire de manière progressive, en fonction du volume et/ou la nature de l'information, et de compléter si besoin l'information orale par de l'information écrite. L'information doit tenir compte du mode de vie et de la situation psychosociale de la femme.

L'information de la femme enceinte et des différents professionnels qui participent au suivi de grossesse peut passer par le dossier périnatal. Celui-ci doit contenir un minimum d'informations communes standardisées : le projet de suivi de grossesse et de naissance, les résultats des examens biologiques, des échographies et des autres examens, et toutes les constatations importantes concernant le déroulement de la grossesse et la santé de la femme. La femme doit pouvoir si elle le souhaite consigner ses observations dans le dossier périnatal. Le partage des informations médicales nécessaires aux différents professionnels impliqués dans les réseaux de périnatalité constitue une garantie de sécurité pour la femme enceinte et son enfant, en améliorant la cohérence du suivi de la grossesse. (1)

4.1.3.1-Hygiène de vie et nutrition

Une alimentation saine, variée et équilibrée est recommandée durant la grossesse. Seul l'acide folique est à conseiller systématiquement. Utilisé à la dose de 0,4 mg par jour, de 28 jours avant la conception jusqu'à 12 semaines de gestation, il réduit le risque de malformation du tube neural. La supplémentation systématique en acide folique pendant la suite de la grossesse n'a pas démontré son intérêt.

La constipation est fréquente durant la grossesse. Des conseils diététiques sont donnés aux femmes :

- consommation de fibres comme le son ou des pétales de blé complet enrichis en son
- bonne hydratation
- exercice physique
- apport quotidien en fruits et légumes.

Les compléments à conseiller en cas de carence sont :

- du fer (dès le début de la grossesse, le recueil d'information doit permettre de repérer les carences martiales et dès lors de proposer un hémogramme)
- de la vitamine D (l'apport de vitamine D durant la grossesse réduit les hypocalcémies néonatales ; une dose unique de 100 000 UI est administrée au début du sixième ou du septième mois)
- de l'iode (il n'y a pas d'argument pour proposer systématiquement une supplémentation en iode en dehors de populations carencées pour lesquelles cette supplémentation est efficace)
- du calcium (une supplémentation n'a d'intérêt que chez les populations carencées en prévention d'une prééclampsie)

La prescription de médicaments pendant la grossesse doit se limiter aux seuls cas où le bénéfice du traitement est supérieur au risque pour le fœtus. Pour le traitement d'une affection aiguë ou chronique chez une femme enceinte, il faut utiliser le traitement le mieux évalué au cours de la grossesse, programmer les éléments de surveillance chez la mère et l'enfant, expliquer à la femme enceinte le choix de la thérapeutique maternelle envisagée (bénéfices attendus, nocivité moindre pour l'enfant, conséquences éventuelles). Un conseil peut être pris auprès d'un centre régional de pharmacovigilance (<http://www.centres-pharmacovigilance.net>). Il est essentiel d'avertir les femmes enceintes que l'automédication doit être évitée durant la grossesse, et qu'un avis médical doit être demandé avant toute prise de médicaments.

La plupart des vaccins tués ou inactivés sont inoffensifs pendant la grossesse, mais les vaccins vivants sont contre-indiqués, et certains vaccins sont à éviter : le vaccin diphtérique qui entraîne des réactions fébriles importantes, le vaccin contre la rage ou l'hépatite A du fait du peu de recul en clinique, et le vaccin contre la rubéole.

L'efficacité et l'innocuité des thérapies complémentaires ou alternatives comme la médecine par les plantes, l'hypnose et l'aromathérapie ont été insuffisamment évaluées pendant la grossesse.

L'arrêt du tabac, l'abstinence alcoolique et l'arrêt du cannabis et des autres substances toxiques doit intervenir de préférence avant la conception. Le projet de grossesse et la grossesse représentent un moment privilégié pour l'arrêt des consommations potentiellement nocives. Cet arrêt doit être encouragé et la femme doit être orientée vers une consultation et un service médico-social spécialisés pour être aidée. Des informations complémentaires peuvent être obtenues auprès de Drogues Info Service (<http://www.drogues-info-service.fr>), Écoute Alcool (0 811 91 30 30), Écoute Cannabis (0 811 91 20 20) ou auprès de la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (www.drogues.gouv.fr).

Il existe des risques spécifiques liés au tabac pendant la grossesse, et il y a un intérêt à cesser de fumer quel que soit le stade de la grossesse. (1) Chez les femmes qui arrêtent le tabac avant 15 semaines de grossesse, les risques d'accouchement prématuré et d'enfant de faible poids de naissance sont similaires à ceux observés chez des femmes non fumeuses. (13) Les femmes qui fument ou qui ont récemment arrêté de fumer peuvent être orientées vers des consultations d'aide au sevrage tabagique. Les approches psychologiques et comportementales comme le conseil minimal, l'intervention brève constituée du conseil minimal suivi d'une information sur les outils d'aide à l'arrêt du tabac, et l'entretien motivationnel permettent d'arrêter la consommation de tabac. Le recours au traitement substitutif nicotinique peut être proposé à la femme enceinte pour arrêter le tabac plus facilement. L'éducation de la femme et de l'entourage en prévention du tabagisme passif auquel peut être exposé l'enfant après la naissance est recommandée.

L'alcool a une toxicité embryo-foetale et il doit être recommandé aux femmes de ne pas consommer de boissons contenant de l'alcool pendant toute la durée de la grossesse. Les effets d'une consommation modérée sont insuffisamment déterminés. Par conséquent, il doit être conseillé aux femmes enceintes (et à celles qui désirent le devenir) d'éviter la prise d'alcool. Il n'est pas possible de définir une dose minimale d'alcoolisation sans conséquences sur le fœtus.

La consommation de cannabis durant la grossesse doit être déconseillée, d'autant plus qu'une dénomination unique recouvre des produits divers dont la composition exacte n'est pas connue. La consommation de cannabis a des conséquences : diminution du poids de naissance, effets sur le comportement du nouveau-né (diminution de la puissance des pleurs, altération du sommeil, et augmentation de l'impulsivité).

La consommation de tous les autres toxiques est également déconseillée.

La consommation de thé, café et boissons riches en caféine et en théine pendant la grossesse doit être modérée.

Il faut repérer les situations de précarité pouvant conduire à une intoxication au plomb et orienter la femme enceinte vers une équipe qui étudiera avec elle la possibilité de se soustraire à cette exposition. L'intoxication au plomb est particulièrement dangereuse pour la mère et l'enfant. Les conséquences pour la grossesse sont mal évaluées, mais des imprégnations faibles peuvent provoquer des fausses-couches précoces, un RCIU, une HTA. Des conseils visant à limiter les facteurs d'exposition doivent être donnés à la femme enceinte comme faire couler l'eau quelques minutes avant la consommation si les canalisations sont en plomb ou si les locaux datent d'avant 1949, ne pas consommer les fruits et légumes si le sol est pollué par le plomb, ne pas utiliser pour l'alimentation de poteries ou de vaisselle en céramique ou en étain non prévues pour un usage alimentaire.

Les rapports sexuels n'ont pas d'inconvénient particulier et ne doivent pas être déconseillés.

Commencer ou continuer une activité sportive modérée pendant la grossesse est possible. Les femmes enceintes doivent être mises en garde contre les dangers potentiels de certains sports, comme les sports de contact, les sports violents et les jeux de raquettes énergiques qui peuvent provoquer des traumatismes au niveau de l'abdomen, des chutes et de trop grandes contraintes sur les articulations. La pratique de l'aérobic est déconseillée car elle entraîne une augmentation du risque d'accouchement prématuré. La plongée sous-marine est contre-indiquée en raison du risque de malformations fœtales ou d'accidents de décompression.

Le port de la ceinture de sécurité est obligatoire et utile chez la femme enceinte. La ceinture doit être placée au-dessus et sous le ventre et non sur celui-ci.

Les femmes enceintes doivent être informées du risque apparemment plus élevé de thrombose veineuse durant les vols long-courrier, bien qu'il n'ait pas été démontré que ce risque soit plus important pendant la grossesse. Dans la population générale, le port de bas de contention adaptés est suffisant pour réduire ce risque. Il est conseillé également à la femme enceinte de déambuler le plus possible pendant le vol et de s'hydrater correctement. La plupart des compagnies aériennes acceptent les femmes enceintes jusqu'à 36 SA.

Des conseils personnalisés de prophylaxie doivent être donnés à la femme enceinte qui a l'intention de se rendre à l'étranger : vaccinations, risques infectieux, précautions générales d'hygiène (alimentaire, corporelle et générale).

Les varices constituent un symptôme courant et bénin de la grossesse. Le port de bas de contention (classe I ou II) peut soulager, mais n'empêche pas l'apparition de varices. Des conseils améliorant le retour veineux peuvent être donnés : marche quotidienne, surélévation des membres inférieurs la nuit, éviter l'exposition à une source de chaleur. (1)

4.1.3.2-Risques infectieux alimentaires

Des mesures doivent être conseillées aux femmes enceintes pour éviter les risques infectieux liés à l'alimentation.

Pour la toxoplasmose :

- bien cuire la viande, c'est-à-dire une cuisson au moins à 65°C dans toute l'épaisseur de la viande
- éviter la consommation de viande fumée, grillée ou marinée
- lors de la préparation des repas : laver soigneusement les légumes et les plantes aromatiques surtout s'ils sont terreux et consommés crus, laver soigneusement les ustensiles de cuisine, ainsi que le plan de travail, se laver les mains après contact avec des légumes, des fruits ou de la viande crue et avant de passer à table
- lors des repas pris en dehors du domicile : éviter la consommation de crudités et préférer les légumes cuits, consommer de la viande bien cuite, ou privilégier la consommation de volaille et de poisson
- nettoyer et désinfecter ensuite avec de l'eau javellisée le réfrigérateur 2 fois par mois
- éviter les contacts directs avec les objets qui pourraient être contaminés par les excréments de chats (comme les bacs des litières, la terre) et porter chaque fois des gants en cas de manipulations de ces objets, désinfecter les bacs des litières de chat avec de l'eau de Javel
- éviter le contact direct avec la terre et porter des gants pour jardiner, se laver les mains après des activités de jardinage même si elles sont protégées par des gants.

Pour la salmonellose, en plus des mesures précédentes :

- conserver les œufs au réfrigérateur
- ne pas consommer d'œufs crus ou mal cuits
- préparer les produits à base d'œufs sans cuisson le plus près possible du moment de la consommation et les maintenir au froid, et éviter de casser les œufs en bordure du récipient utilisé pour faire la préparation.

Pour la listériose :

- éviter les fromages à pâte molle, au lait cru, ainsi que les croûtes de fromage, les poissons fumés et les graines germées crues
- pour les charcuteries consommées en l'état, préférer les produits préemballés et les consommer rapidement après leur achat. (1)

4.1.3.3-Droit du travail

L'information des femmes enceintes à propos du travail porte sur les droits et avantages liés à la grossesse, par exemple, les aménagements du poste et des horaires de travail. Il s'agit le plus souvent de rassurer les femmes car il n'y a généralement pas de danger à continuer le travail pendant la grossesse, mais aussi d'identifier les emplois qui comportent des risques ou une pénibilité particulière, des temps de trajet longs, etc. Des informations sur les éventuels risques professionnels sont disponibles auprès de l'INRS (www.inrs.fr). En cas de difficultés, la femme enceinte peut avoir recours au médecin du travail ou au médecin généraliste pour envisager une protection vis-à-vis de l'emploi. (1)

Dans tous les cas, le Code du Travail s'applique :

Article L1225-1 : L'employeur ne doit pas prendre en considération l'état de grossesse d'une femme pour refuser de l'embaucher, pour rompre son contrat de travail au cours d'une période d'essai ou, sous réserve d'une affectation temporaire réalisée dans le cadre des dispositions des articles L1225-7, L1225-9 et L1225-12, pour prononcer une mutation d'emploi. Il lui est en conséquence interdit de rechercher ou de faire rechercher toute information concernant l'état de grossesse de l'intéressée.

Article L1225-2 : La femme candidate à un emploi ou salariée n'est pas tenue de révéler son état de grossesse, sauf lorsqu'elle demande le bénéfice des dispositions légales relatives à la protection de la femme enceinte.

Article L1225-3 : Lorsque survient un litige relatif à l'application des articles L1225-1 et L1225-2, l'employeur communique au juge tous les éléments de nature à justifier sa décision. Lorsqu'un doute subsiste, il profite à la salariée enceinte.

Article L1225-4 : Aucun employeur ne peut rompre le contrat de travail d'une salariée lorsqu'elle est en état de grossesse médicalement constaté et pendant l'intégralité des périodes de suspension du contrat de travail auxquelles elle a droit au titre du congé de maternité, qu'elle use ou non de ce droit, ainsi que pendant les 4 semaines suivant l'expiration de ces périodes. Toutefois, l'employeur peut rompre le contrat s'il justifie d'une faute grave de l'intéressée, non liée à l'état de grossesse, ou de son impossibilité de maintenir ce contrat pour un motif étranger à la grossesse ou à l'accouchement. Dans ce cas, la rupture du contrat de travail ne peut prendre effet ou être notifiée pendant les périodes de suspension du contrat de travail mentionnées au premier alinéa.

Article L1225-5 : Le licenciement d'une salariée est annulé lorsque, dans un délai de 15 jours à compter de sa notification, l'intéressée envoie à son employeur, dans des conditions déterminées par voie réglementaire, un certificat médical justifiant qu'elle est enceinte. Ces dispositions ne s'appliquent pas lorsque le licenciement est prononcé pour une faute grave non liée à l'état de grossesse ou par impossibilité de maintenir le contrat pour un motif étranger à la grossesse ou à l'accouchement.

Article L1225-6 : Les dispositions des articles L1225-4 et L1225-5 ne font pas obstacle à l'échéance du contrat de travail à durée déterminée.

Article L1225-7 : La salariée enceinte peut être affectée temporairement dans un autre emploi, à son initiative ou à celle de l'employeur, si son état de santé médicalement constaté l'exige. En cas de désaccord entre l'employeur et la salariée ou lorsque le changement intervient à l'initiative de l'employeur, seul le médecin du travail peut établir la nécessité médicale du changement d'emploi et l'aptitude de la salariée à occuper le nouvel emploi envisagé. L'affectation dans un autre établissement est subordonnée à l'accord de l'intéressée. L'affectation temporaire ne peut excéder la durée de la grossesse et prend fin dès que l'état de santé de la femme lui permet de retrouver son emploi initial. Le changement d'affectation n'entraîne aucune diminution de rémunération.

Article L1225-8 : Lorsque la salariée reprend son travail à l'issue du congé maternité et si pendant sa grossesse elle a fait l'objet d'un changement d'affectation dans les conditions prévues au présent paragraphe, elle est réintégrée dans l'emploi occupé avant cette affectation.

Article L1225-9 : La salariée en état de grossesse médicalement constaté ou ayant accouché, qui travaille de nuit dans les conditions déterminées à l'article L3122-31, est affectée sur sa demande à un poste de jour pendant la durée de sa grossesse et pendant la période du congé postnatal. Elle est également affectée à un poste de jour pendant la durée de sa grossesse lorsque le médecin du travail constate par écrit que le poste de nuit est incompatible avec son état. Cette période peut être prolongée pendant le congé postnatal et après son retour de ce congé pour une durée n'excédant pas un mois lorsque le médecin du travail constate par écrit que le poste de nuit est incompatible avec son état. L'affectation dans un autre établissement est subordonnée à l'accord de la salariée. Le changement d'affectation n'entraîne aucune diminution de la rémunération.

Article L1225-10 : Lorsque l'employeur est dans l'impossibilité de proposer un autre emploi à la salariée travaillant de nuit, il lui fait connaître par écrit, ainsi qu'au médecin du travail, les motifs qui s'opposent à cette affectation. Le contrat de travail de la salariée est alors suspendu jusqu'à la date du début du congé légal de maternité et éventuellement durant la période complémentaire qui suit la fin de ce congé en application de l'article L1225-9. La salariée bénéficie d'une garantie de rémunération pendant la suspension du contrat de travail, composée de l'allocation journalière prévue à l'article L333-1 du Code de la Sécurité Sociale et d'une indemnité complémentaire à la charge de l'employeur, calculée selon les mêmes modalités que celles prévues à l'article L1226-1, à l'exception des dispositions relatives à l'ancienneté.

Article L1225-11 : Les dispositions du présent paragraphe ne font pas obstacle à l'application des dispositions des articles L1225-4, L1225-17, L1225-29, L1226-2 L et L4624-1 relatifs à la protection contre la rupture du contrat de travail d'une salariée en état de grossesse médicalement constaté, au congé de maternité, à l'interdiction d'emploi postnatal et prénatal, à l'inaptitude consécutive à une maladie ou un accident non professionnel constatée par le médecin du travail, et aux mesures individuelles pouvant être proposées par le médecin du travail.

Article L1225-12 : L'employeur propose à la salariée qui occupe un poste de travail l'exposant à des risques déterminés par voie réglementaire un autre emploi compatible avec son état :

1° Lorsqu'elle est en état de grossesse médicalement constaté ;

2° Lorsqu'elle a accouché, compte tenu des répercussions sur sa santé ou sur l'allaitement, durant une période n'excédant pas un mois après son retour de congé postnatal.

Article L1225-13 : La proposition d'emploi est réalisée au besoin par la mise en oeuvre de mesures temporaires telles que l'aménagement de son poste de travail ou son affectation dans un autre poste de travail. Elle prend en compte les conclusions écrites du médecin du travail et les indications qu'il formule sur l'aptitude de la salariée à exercer l'une des tâches existantes dans l'entreprise. Ces mesures temporaires n'entraînent aucune diminution de la rémunération.

Article L1225-14 : Lorsque l'employeur est dans l'impossibilité de proposer un autre emploi à la salariée, il lui fait connaître par écrit, ainsi qu'au médecin du travail, les motifs qui s'opposent à cette affectation temporaire. Le contrat de travail de la salariée est alors suspendu jusqu'à la date du début du congé de maternité et, lorsqu'elle a accouché, durant la période n'excédant pas un mois prévue à l'article L. 1225-12. La salariée bénéficie d'une garantie de rémunération pendant la suspension du contrat de travail, composée de l'allocation journalière prévue à l'article L333-1 du Code de la Sécurité Sociale et d'une indemnité complémentaire à la charge de l'employeur, selon les mêmes modalités que celles prévues par les dispositions mentionnées à l'article L1226-1, à l'exception des dispositions relatives à l'ancienneté.

Article L1225-15 : Les dispositions du présent paragraphe ne font pas obstacle à l'application des articles L1225-4, L1226-2, et L4624-1, relatifs à la protection contre la rupture du contrat de travail d'une salariée en état de grossesse médicalement constaté, à l'inaptitude consécutive à une maladie ou un accident non professionnel constatée par le médecin du travail, et aux mesures individuelles pouvant être proposées par le médecin du travail.

Article L1225-16 : La salariée bénéficie d'une autorisation d'absence pour se rendre aux examens médicaux obligatoires prévus par l'article L2122-1 du Code de la Santé Publique dans le cadre de la surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement. Ces absences n'entraînent aucune diminution de la rémunération et sont assimilées à une période de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés ainsi que pour les droits légaux ou conventionnels acquis par la salariée au titre de son ancienneté dans l'entreprise.

Article L1225-24 : Le congé de maternité entraîne la suspension du contrat de travail. La salariée avertit l'employeur du motif de son absence et de la date à laquelle elle entend y mettre fin. La durée de ce congé est assimilée à une période de travail effectif pour la détermination des droits que la salariée tient de son ancienneté.

Article L1225-25 : A l'issue du congé de maternité, la salariée retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

Article L1225-26 : En l'absence d'accord collectif de branche ou d'entreprise déterminant des garanties d'évolution de la rémunération des salariées pendant le congé de maternité et à la suite de ce congé au moins aussi favorables que celles mentionnées dans le présent article, cette rémunération, au sens de l'article L3221-3, est majorée, à la suite de ce congé, des augmentations générales ainsi que de la moyenne des augmentations individuelles perçues pendant la durée de ce congé par les salariés relevant de la même catégorie professionnelle ou, à défaut, de la moyenne des augmentations individuelles dans l'entreprise. Cette règle n'est pas applicable aux accords collectifs de branche ou d'entreprise conclus antérieurement à l'entrée en vigueur de la loi n° 2006-340 du 23 mars 2006 relative à l'égalité salariale entre les femmes et les hommes.

Article L1225-27 : La salariée qui reprend son activité à l'issue d'un congé de maternité a droit à un entretien avec son employeur en vue de son orientation professionnelle.

Article L1225-30 : Pendant une année à compter du jour de la naissance, la salariée allaitant son enfant dispose à cet effet d'une heure par jour durant les heures de travail.

Article L1225-31 : La salariée peut allaiter son enfant dans l'établissement.

Article L1225-32 : Tout employeur employant plus de 100 salariées peut être mis en demeure d'installer dans son établissement ou à proximité des locaux dédiés à l'allaitement.

Article L1225-33 : Un décret en Conseil d'Etat détermine, suivant l'importance et la nature des établissements, les conditions d'application de la présente sous-section.

Article L1225-34 : La salariée en état de grossesse médicalement constaté peut rompre son contrat de travail sans préavis et sans devoir d'indemnité de rupture. (12)

Voir aussi les articles mentionnés dans le paragraphe concernant le congé maternité.

4.1.3.4-Orientation vers les maternités

Trois types de maternités (centres périnataux) sont définis en fonction du niveau de l'offre de soins néonataux :

-Les maternités de type I : Elles disposent d'une unité d'obstétrique avec une présence organisée de sages-femmes, d'obstétriciens, de pédiatres et d'anesthésistes-réanimateurs. Elles assurent la prise en charge permanente de la grossesse (avec le dépistage des facteurs de risque), de l'accouchement et des actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance, et du suivi des nouveaux-nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Elles ont la possibilité de prendre en charge, auprès de leur mère, les nouveaux-nés atteints d'affections sans gravité ne nécessitant pas une hospitalisation en unité de néonatalogie.

-Les maternités de type II : Elles disposent d'une unité d'obstétrique comme les maternités de type I. Elles disposent également d'une unité de néonatalogie qui peut accueillir des enfants nés dans l'établissement ou dans un autre établissement, et où sont assurés la surveillance et les soins spécialisés des nouveaux-nés à risque et de ceux dont l'état s'est dégradé après la naissance. Elles peuvent, dans des conditions précises, disposer d'un secteur de soins intensifs néonataux leur permettant notamment d'assurer, si nécessaire, une ventilation artificielle pendant quelques heures. Elles peuvent prendre en charge des enfants nés ou non dans l'établissement. Les maternités de type II A assurent des soins de néonatalogie. Les maternités de type II B assurent des soins néonataux et intensifs.

-Les maternités de type III : Elles disposent d'une unité d'obstétrique comme les maternités de type I et les maternités de type II. Elles disposent d'une unité de néonatalogie avec un secteur de soins intensifs et d'une unité de réanimation néonatale permettant la surveillance et les soins spécialisés des nouveaux-nés présentant des détresses graves ou des risques vitaux. Elles peuvent prendre en charge des enfants nés ou non dans l'établissement. Les grands prématurés et les grands hypotrophes bénéficient d'une naissance dans une maternité de type III afin de diminuer les risques de mortalité et de morbidité. Leur orientation et leur transfert in utero sont la première motivation du fonctionnement en réseau de santé périnatal, et doivent rester le premier objectif médical. Selon les usages, les seuils de prise en charge sont aux alentours de 32 SA ou au-dessous de 1500 g. Les maternités de type IIB peuvent prendre en charge les nouveau-nés à partir de 32 SA et de plus de 1500 g, en l'absence de pathologies fœtales ou un peu avant selon les possibilités ouvertes pour certains établissements en concertation régionale. Ces critères peuvent varier avec le temps et les conditions spécifiques de chaque maternité, selon les protocoles et conventions établis au sein du réseau périnatal.

Cette typologie ne porte que sur les moyens d'hospitalisation néonatale, n'intègre pas l'offre de soins en réponse au risque maternel, ne tient pas compte de la disponibilité éventuelle dans l'établissement d'autres secteurs de soins pouvant avoir une importance dans la prise en charge de certaines affections ou complications de la grossesse et de l'accouchement.

Le niveau de risque peut évoluer au cours de la grossesse. Certains risques restent imprévisibles et vont nécessiter une adaptation de l'orientation prévue initialement. La structure d'accueil néonatal doit être adaptée au terme de la grossesse et à l'estimation pondérale du fœtus.

L'orientation en cas de risque avéré est une procédure qui se situe le plus en amont possible de la naissance pour donner un délai permettant à la femme enceinte de s'organiser sur les plans personnel et familial. La procédure d'orientation consiste à identifier et à coordonner l'action des praticiens, des autres acteurs de santé, des structures médicales et du plateau technique en fonction de l'état de santé de la mère et du fœtus.

Pour toute maladie chronique connue, acquise ou héréditaire, une évaluation pré-conceptionnelle des risques doit être réalisée, ce qui permet d'anticiper cette orientation.

L'amélioration de la situation pathologique de la grossesse ou un avancement dans le terme (atténuant la gravité de la prématurité) permet le retour de la femme enceinte soit dans son établissement d'origine, soit dans un établissement correspondant à l'évolution du niveau de risque, en prenant en considération les souhaits de la femme enceinte. La décision de réorientation est prise à l'issue d'une concertation entre la femme enceinte et les équipes concernées. Le médecin traitant et les autres professionnels de santé concernés doivent être informés de cette réorientation. Les indications et les modalités de cette réorientation doivent être définies et expliquées à la femme enceinte en même temps que la décision initiale d'orientation.

La femme enceinte doit recevoir, en début de grossesse, une information orale et écrite sur l'offre de soins et de prévention existant dans le cadre du réseau périnatal, régional et de proximité.

La femme enceinte doit recevoir des informations sur le niveau de risque de sa grossesse, adaptées à elle-même, à son environnement familial et à son cadre de vie.

En cas de nécessité de réorientation, la femme enceinte doit recevoir des informations sur les événements nouveaux survenus au cours de sa grossesse, sur les modifications à apporter à la prise en charge, sur la possibilité ultérieure d'une réorientation vers l'établissement d'origine ou vers un autre établissement, en cas de modification du niveau de risque avant l'accouchement, sur les prestations délivrées par l'établissement de réorientation, et sur l'équipe qui va la recevoir.

Doivent être déterminés à l'avance le délai estimé de l'orientation, l'équipe de professionnels de santé qui va prendre en charge la femme enceinte, le numéro de téléphone pour prendre contact avec l'équipe, l'établissement vers lequel elle doit être orientée, le mode de transport prévu pour l'orientation, les modalités d'une réorientation éventuelle.

Pour les femmes enceintes vivant dans les zones très isolées, tout risque identifié justifie leur rapprochement de la maternité.

Il est proposé de favoriser les réunions de concertation autour des dossiers des femmes enceintes pouvant nécessiter une orientation, en équipe pluridisciplinaire, en facilitant l'accès des professionnels de santé aux différents types de structures périnatales. Ce lien est primordial dans la cohérence et la cohésion des réseaux périnataux. (14)

4.2-Analyse de la méthodologie

Le questionnaire : La réalisation du questionnaire est une tâche difficile nécessitant une expérience et une formation importante (15). Il aurait été judicieux de retravailler ce questionnaire avec un sociologue pour optimiser les questions et leur formulation. Il avait été volontairement décidé de ne pas distinguer sage-femme libérale, sage-femme de PMI et sage-femme hospitalière. Ceci a finalement engendré des questionnements lors de l'analyse des questionnaires, mais comme dans toute enquête, il est impératif de faire des choix au détriment de certaines informations.

La distribution : La population ciblée était l'ensemble des femmes suivies en suites de couches dans les quatre centres étudiés. La distribution des questionnaires s'est faite de manière hétérogène et par différents professionnels selon les centres du fait d'une organisation propre à chaque service. Il aurait été plus approprié de donner moi-même à l'ensemble des patientes les questionnaires pour une distribution uniforme, mais cela n'a pas été possible, du fait d'un manque de temps personnel (il aurait été utile de bénéficier d'un temps plein pendant le mois de l'enquête) et du fait des préférences de chaque service.

Le remplissage : Il est certain que dans la population ciblée, certaines femmes ne savaient pas lire ou écrire suffisamment bien pour répondre à cette enquête. De plus, pour les autres femmes, certaines questions nécessitaient probablement des précisions. Il aurait donc été intéressant que je pose moi-même les questions aux femmes pour un remplissage uniforme et plus complet, ceci étant impossible pour les mêmes raisons que précédemment.

Le retour : La fréquence et les personnes auprès de qui j'ai pu récupérer les questionnaires étaient très différents selon les services. Il est certain que le fait de récupérer les questionnaires auprès des femmes moi-même dans une des cliniques a permis d'obtenir plus de questionnaires, mais cela a entraîné un déséquilibre net dans le nombre final de questionnaires, en faveur de cette clinique.

L'analyse des questionnaires :

Les critères de non-inclusion avaient été établis avant le début de l'enquête et il n'y a pas eu d'exclusion secondaire. Il n'y a donc pas eu de biais d'attrition.

Il y a par contre eu probablement des biais d'information pour les 3 dernières questions. En effet, les patientes ont le plus souvent des idées imprécises des diagnostics posés et il était difficile de savoir s'il fallait exclure ou non certains questionnaires.

Il a été volontairement choisi, en accord avec Madame Anne-Chantal HARDY, chercheur en sociologie, de ne pas chercher de significativité statistique. En effet, comme expliqué ci-dessus, la population ayant répondu au questionnaire était très loin d'être représentative de la population ciblée, et les résultats obtenus ne pouvaient donc avoir qu'une valeur indicative. L'idée générale a donc été d'essayer de tirer de l'enquête des orientations plus que des chiffres.

4.3-Analyse des résultats

4.3.1-Nombre de questionnaires

Le nombre de questionnaires exploitables (260) était conséquent, en adéquation avec la taille d'un échantillon exploitable dans le cadre d'une thèse de médecine générale.

En additionnant le nombre de questionnaires exploitables et non exploitables, il y avait 41 questionnaires remplis à la clinique Brétéché, 49 questionnaires remplis au CHU, 107 questionnaires remplis à la Polyclinique de l'Atlantique, et 153 questionnaires remplis à la clinique Jules Verne, ce qui ne correspondait pas aux nombres de lits relatifs, et n'était donc pas vraiment représentatif de l'ensemble des femmes ciblées.

En comparant le nombre de questionnaires exploitables et non exploitables selon les centres, il y avait un pourcentage de questionnaires non exploitables de 16% à la clinique Jules Verne, de 41% à la Polyclinique de l'Atlantique et à la clinique Brétéché, et de 53% au CHU. La différence est très importante.

Y avait-il plus de grossesses n'étant pas à bas risque au CHU (ce qui est probable car c'est une maternité de niveau 3), à la Polyclinique de l'Atlantique et à la clinique Brétéché (ce qui nécessiterait une explication) ?

Les critères de non-inclusion retrouvés étaient principalement un diabète gestationnel pendant la grossesse, une MAP pendant la grossesse, et une prééclampsie pendant la grossesse. Ces pathologies ne semblent pas pouvoir être intégrées dans les grossesses à bas risque, même avec des définitions différentes de la définition choisie pour l'étude, ce qui conforte le choix fait en amont.

Il n'y avait que 4 questionnaires mal remplis donc très peu par rapport au nombre total de questionnaires remplis.

4.3.2-Déterminants du choix

En ce qui concerne l'âge des femmes, il aurait été intéressant de demander aux femmes de marquer directement leur âge pour pouvoir faire d'autres recoupements, d'autant plus qu'il n'y a pas de définition de « jeune » mère ou de mère « âgée ». En tous cas les femmes plus jeunes avaient plutôt choisi d'être suivies par une sage-femme ou par un médecin généraliste, et les femmes plus âgées avaient plutôt choisi d'être suivies par un gynécologue médical ou par un gynéco-obstétricien.

A propos de la position sociale des femmes, l'idée initiale était de pouvoir avoir une notion précise des professions des femmes. Mais le niveau de diplôme a finalement semblé plus intéressant et plus facile à étudier, permettant de créer des catégories moins nombreuses.

Les femmes exerçant les métiers d'agriculteurs, artisans, commerçants, chefs d'entreprises, et ouvriers étaient plutôt bien réparties entre les professionnels. Les femmes au foyer avaient plutôt choisi d'être suivies par une sage-femme. Les femmes en recherche d'emploi avaient plutôt choisi d'être suivies par un gynéco-obstétricien. Les femmes cadres, exerçant une profession intellectuelle supérieure ou une profession intermédiaire avaient plutôt choisi d'être suivies par un gynécologue médical. Les femmes employées avaient plutôt choisi d'être suivies par un médecin généraliste.

Les femmes de haut niveau de diplôme avaient plutôt choisi d'être suivies par un gynécologue médical ou par une sage-femme, et avaient plutôt accouché à la clinique Brétéché ou à la clinique Jules Verne. Les femmes de niveau de diplôme intermédiaire avaient plutôt choisi d'être suivies par un gynéco-obstétricien ou par une sage-femme. Les femmes de bas niveau de diplôme avaient plutôt choisi d'être suivies par un médecin généraliste (hormis pour les femmes du CHU où les femmes de bas niveau de diplôme avaient plutôt choisi d'être suivies par une sage-femme) et avaient plutôt accouché au CHU. L'analyse des connaissances des femmes permettra de voir si le choix des femmes de haut niveau de diplôme paraît plus éclairé que le choix des autres femmes.

Pour l'état matrimonial des femmes, les femmes célibataires avaient plutôt choisi d'être suivies par un médecin généraliste, les femmes mariées avaient plutôt choisi d'être suivies par un gynéco-obstétricien. S'agit-il d'un état d'esprit des femmes concernées ?

Concernant le nombre d'enfants des femmes, les femmes primipares avaient plutôt choisi d'être suivies par un gynéco-obstétricien, et les femmes ayant déjà 1 ou 2 enfants avaient plutôt choisi d'être suivies par une sage-femme. Il y avait plus de femmes ayant déjà 1 ou 2 enfants chez les femmes de bas ou de haut niveau de diplôme que chez les femmes de niveau de diplôme intermédiaire, ce qui correspond bien aux données nationales qui montrent que les femmes avec un diplôme supérieur au baccalauréat et les femmes sans diplôme ont un taux de fécondité supérieur à celui des autres femmes. (16) Les femmes ayant déjà 3 enfants ou plus étaient plutôt de bas niveau de diplôme.

Au sujet du lieu d'habitation des femmes, les femmes venant de secteur rural ou semi-rural avaient plutôt choisi d'être suivies par un médecin généraliste, et les femmes venant de secteur urbain avaient plutôt choisi d'être suivies par un gynécologue médical ou par un gynéco-obstétricien. L'analyse des critères de choix permettra de voir si cela est lié à la proximité du lieu de consultation.

Quant à la nationalité des femmes, le pourcentage de femmes françaises était quasiment le même quel que soit le professionnel choisi pour assurer le suivi de grossesse. Les nationalités étrangères retrouvées étaient très variées et l'échantillon était insuffisant, mais il aurait été intéressant de chercher une différence dans le choix du professionnel selon les nationalités.

4.3.3-Critères du choix

Les femmes suivies par un médecin généraliste considéraient comme très importants un moins grand nombre de critères que les autres femmes.

Les femmes suivies par un gynéco-obstétricien considéraient comme très importants un plus grand nombre de critères que les autres femmes.

Les femmes choisissant un médecin généraliste pour le suivi de leur grossesse sont-elles donc moins exigeantes ? Les gynéco-obstétriciens remplissent-ils plus de critères que les autres professionnels ? S'agit-il d'une compréhension différente de la question posée ? Y a-t-il une part de recherche d'identification à une catégorie sociale favorisée dans le fait de choisir un gynéco-obstétricien ou un gynécologue ? Certaines femmes parlent de leur « gynéco » d'une manière telle qu'on peut se poser la question. Le fait de parler avec d'autres personnes du choix d'un professionnel permet certainement de trouver plus de « bonnes raisons », donc les femmes qui choisissent un gynéco-obstétricien sont-elles des femmes qui en ont plus parlé, voire qui ont eu besoin de se justifier ? Le débat peut être long !

Le fait que les femmes qui considéraient que 0 à 4 des 21 critères étaient très importants se révélaient être plutôt des femmes suivies par un médecin généraliste et des femmes de bas niveau de diplôme concorde avec le fait que les femmes de bas niveau de diplôme avaient plutôt choisi d'être suivies par un médecin généraliste.

Le fait que les femmes qui considéraient que 5 à 7 des 21 critères étudiés étaient très importants se révélaient être plutôt des femmes suivies par un gynécologue médical et des femmes de niveau de diplôme intermédiaire ne concorde pas avec le fait que les femmes de niveau de diplôme intermédiaire avaient plutôt choisi d'être suivies par un gynéco-obstétricien ou par une sage-femme.

Le fait que les femmes qui considéraient que 8 à 10 des 21 critères étudiés étaient très importants se révélaient être plutôt des femmes suivies par un gynéco-obstétricien et des femmes de haut niveau de diplôme ne concorde pas avec le fait que les femmes de haut niveau de diplôme avaient plutôt choisi d'être suivies par un gynécologue médical ou par une sage-femme.

Le fait que les femmes qui considéraient que plus de 10 des 21 critères étudiés étaient très importants se révélaient être plutôt des femmes suivies par un gynéco-obstétricien et des femmes de bas niveau de diplôme ne concorde pas avec le fait que les femmes de bas niveau de diplôme avaient plutôt choisi d'être suivies par un médecin généraliste.

Le fait que les femmes qui considéraient que 0 à 4 des 21 critères étudiés étaient très importants se révélaient être plutôt des femmes de moins de 25 ans et des femmes suivies par un médecin généraliste concorde avec le fait que les femmes de moins de 25 ans avaient plutôt choisi d'être suivies par une sage-femme ou un médecin généraliste.

Le fait que les femmes qui considéraient que 5 à 7 des 21 critères étudiés étaient très importants se révélaient être plutôt des femmes de moins de 25 ans et des femmes suivies par un gynécologue médical ne concorde pas avec le fait que les femmes de moins de 25 ans avaient plutôt choisi d'être suivies par une sage-femme ou un médecin généraliste.

Le fait que les femmes qui considéraient que 5 à 7 des 21 critères étudiés étaient très importants se révélaient être plutôt des femmes primipares et des femmes suivies par un

gynécologue médical ne concorde pas avec le fait que les femmes primipares avaient plutôt choisi d'être suivies par un gynéco-obstétricien.

En ce qui concerne les femmes ayant déjà 3 enfants ou plus, l'échantillon étant minime, on ne peut pas conclure sans faire d'erreur.

Donc est-ce que ce sont les déterminants sus-cités et/ou le fait d'être suivie par tel ou tel professionnel qui conditionne ce choix ? On ne peut conclure qu'à un possible lien entre les femmes ayant considéré comme très importants un nombre très limité de critères, et :

- les femmes suivies par un médecin généraliste,
- les femmes de bas niveau de diplôme,
- les femmes de moins de 25 ans.

Dans l'ordre d'importance (réponse "beaucoup") des critères du choix, on trouvait :

- compétence humaine du professionnel : 81% des femmes
- compétence médicale du professionnel : 79% des femmes
- temps pris par le professionnel : 74% des femmes
- disponibilité du professionnel : 62% des femmes
- suivi médical ou gynécologique habituel par ce professionnel : 51% des femmes
- suivi d'une grossesse antérieure par ce professionnel : 51% des femmes ayant au moins 1 enfant
- proximité du lieu de consultation : 43% des femmes
- désir d'être suivie dans la maternité de l'accouchement : 41% des femmes
- pratique d'accouchements : 37% des femmes
- désir de limiter le nombre d'intervenants médicaux : 35% des femmes
- conseil par un soignant : 32% des femmes
- pratique de la consultation post-natale : 30% des femmes
- conseil par un proche : 27% des femmes
- pratique du suivi du nouveau-né : 26% des femmes
- pratique des échographies de grossesse : 25% des femmes
- seul professionnel connu comme pouvant réaliser le suivi : 14% des femmes
- pratique de la préparation à l'accouchement : 13% des femmes
- sexe du professionnel : 13% des femmes
- pratique de la rééducation périnéale : 12% des femmes
- prix de la consultation : 5% des femmes
- âge du professionnel : 1% des femmes (sans grande différence entre les professionnels).

Le sexe du professionnel était considéré comme moins important par les femmes suivies par une sage-femme que par les autres femmes. Ceci peut s'expliquer par le fait qu'il y a peu d'hommes maïeuticiens et que, par là même, le choix n'existe quasiment pas, contrairement aux autres professionnels chez qui les femmes peuvent se poser la question de choisir un homme ou une femme.

Le suivi médical ou gynécologique habituel par ce professionnel était considéré comme plus important par les femmes suivies par un gynécologue médical, et moins important par les femmes suivies par une sage-femme, ce qui peut s'expliquer simplement par le fait que les sages-femmes ne font pas de suivi médical ou gynécologique.

Le suivi d'une grossesse antérieure par ce professionnel était considéré comme plus important par les femmes suivies par un gynéco-obstétricien, et moins important par les femmes suivies par un médecin généraliste. Les femmes suivies par un gynéco-obstétricien étaient-elles plus satisfaites de leur suivi ? Les femmes suivies par un médecin généraliste étaient-elles plus déçues de

Le conseil par un proche était considéré comme plus important par les femmes suivies par un gynécologue médical et moins important par les femmes suivies par un médecin généraliste. Pourquoi le médecin généraliste est-il moins conseillé par les proches ? Sa prise en charge est-elle moins satisfaisante ? Cela paraît-il moins « raffiné » de dire qu'on a fait suivre sa grossesse par un médecin généraliste ? Le conseil par un proche était considéré comme moins important par les femmes suivies par un médecin généraliste mais aussi par les femmes de moins de 25 ans, ce qui concorde avec le fait que les femmes plus jeunes avaient plutôt choisi d'être suivies par une sage-femme ou par un médecin généraliste. Ceci concorde aussi avec une représentation générale des jeunes comme étant parfois trop indépendants et « incapables » d'écouter des conseils...

Le conseil par un soignant était considéré comme plus important par les femmes suivies par un gynéco-obstétricien, et moins important par les femmes suivies par une sage-femme ou un médecin généraliste. S'agit-il d'une erreur d'orientation de certaines femmes puisqu'il s'agissait uniquement de grossesses à bas risque ? Les sages-femmes et les médecins généralistes ont-ils une moins bonne image chez les soignants ? Les soignants sont-ils insuffisamment informés sur les professions concernées ?

La proximité du lieu de consultation était considérée comme un peu plus importante par les femmes habitant en secteur rural ou semi-rural, et par les femmes suivies par un médecin généraliste, ce qui concorde avec le fait que les femmes venant de secteur rural ou semi-rural avaient plutôt choisi d'être suivies par un médecin généraliste. Alors choisit-on un médecin généraliste plutôt pour des raisons pratiques ? La liberté d'installation des médecins généralistes ne semble en tout cas pas poser de problème dans ce contexte. Mais les résultats seraient sans doute bien différents dans des « déserts médicaux ».

Le fait que le professionnel soit le seul professionnel connu comme pouvant réaliser le suivi était plus présent chez les femmes suivies par un gynéco-obstétricien. Mais alors quelle est l'information fournie aux femmes ? Pourquoi connaissent-elles mieux le professionnel qui coûte le plus cher ?

La compétence médicale du professionnel était considérée comme plus importante par les femmes suivies par un gynéco-obstétricien et moins importante par les femmes suivies par un médecin généraliste. Pourtant le pronostic materno-foetal est le même quel que soit le praticien pour les grossesses à bas risque (1) Les femmes le savent-elles ? De plus, la compétence médicale était considérée comme plus importante par les femmes de haut niveau de diplôme et les femmes plus âgées. Les femmes plus jeunes et ayant un niveau de diplôme plus bas prendraient-elles moins conscience des risques liés à la grossesse ? Ou feraient-elles plus confiance au système de santé en prenant comme acquise une compétence « technique » des professionnels concernés ?

La compétence humaine du professionnel était considérée comme plus importante par les femmes suivies par une sage-femme, et moins importante par les femmes suivies par un médecin généraliste. Est-ce parce que les médecins généralistes ont une compétence humaine moins développée ? Moins évidente ? Sont-ils moins formés aux spécificités psychologiques de la grossesse ? C'est en tous cas une piste intéressante pour la formation des médecins généralistes. Par ailleurs, la profession de sage-femme (profession médicale et non paramédicale) a une « image positive perçue plus au travers de ses qualités relationnelles qu'au travers de ses compétences médicales » (17). Or une tendance actuelle (« la bonne mère écologique ») est au retour à la nature. « A l'origine de cette tendance, le rejet par certaines femmes des techniques hospitalières vécues comme une dépossession de leur corps et donc de leur maternité. Mécontentes de la rigidité des règles de l'hôpital, exaspérées par l'autoritarisme du médecin tout-puissant qui les traitait comme des enfants, et convaincues que la naissance est un phénomène naturel et non un problème médical,

certaines ont commencé dès les années 70 à accoucher chez elles. » (11). Sans aller jusque-là dans un système de soin qui n'y est pas adapté, le suivi par une sage-femme est une alternative qui pourrait convenir à bon nombre de femmes pour peu qu'elles soient informées.

La disponibilité du professionnel était considérée comme plus importante par les femmes suivies par une sage-femme ou un gynécologue médical et moins importante par les femmes suivies par un gynéco-obstétricien. Faut-il en conclure que les sages-femmes et les gynécologues médicaux sont plus disponibles ? Tout dépend de la définition du terme « disponibilité » qui n'a peut-être pas été perçu de la même manière selon les femmes. De plus, la disponibilité était considérée comme plus importante par les femmes de haut niveau de diplôme ce qui ne peut s'expliquer uniquement par des horaires contraignants (les femmes de bas niveau de diplôme ont souvent des horaires extrêmement difficiles). Enfin, la disponibilité était considérée comme plus importante par les femmes ayant déjà 3 enfants ou plus, ce qui semble logique puisque les femmes ayant plusieurs enfants ont moins de temps pour elles, et assument les contraintes horaires de chacun de leurs enfants...

Le temps pris par le professionnel était considéré comme plus important par les femmes suivies par une sage-femme ou un gynécologue médical. Faut-il en conclure que les sages-femmes et les gynécologues médicaux prennent plus de temps que les autres professionnels ?

Le prix de la consultation était considéré comme plus important par les femmes suivies par une sage-femme. L'enquête s'est déroulée en Loire-Atlantique où peu de sages-femmes pratiquent les dépassements d'honoraires. Il est probable que dans d'autres départements où les sages-femmes font payer plus cher, les résultats seraient différents. Mais en dehors des questions de dépassements d'honoraires, les femmes commenceraient-elles à être sensibilisées à la nécessité d'économies dans le système de santé ? La question se pose d'autant plus que les femmes ne savent pas toutes que les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par la sécurité sociale. On rappelle que le pronostic materno-foetal est le même quel que soit le praticien pour les grossesses à bas risque (1), et les prix des consultations sont très différents. En effet, les consultations du suivi de la grossesse coûtent 19€ pour les sages-femmes, 23€ pour les médecins généralistes, 28€ pour les gynécologues (consultation de médecin spécialiste en accès direct autorisé si un médecin traitant est déclaré) (8). Puisque certains professionnels « coûtent » moins cher pour une même prestation, pourquoi ne pas inciter la population ciblée à être prise en charge par ces professionnels ? Ceci permettrait de réduire les sommes dédiées aux suivis de grossesse et éventuellement de revaloriser la tarification des consultations réalisées par les sages-femmes... De plus, si les gynécologues médicaux et gynéco-obstétriciens sont moins sollicités pour les suivis de grossesses à bas risque, ils pourront garder plus de temps pour les prises en charge qu'eux seuls sont à même de réaliser.

La pratique des échographies de grossesse était considérée comme plus importante par les femmes suivies par un gynéco-obstétricien et moins importante par les femmes suivies par un médecin généraliste. Ceci correspond assez bien au fait que, parmi les professionnels étudiés, ce sont les gynéco-obstétriciens qui pratiquent le plus d'échographies (matériel à disposition, compétence, ...), et que très peu de médecins généralistes pratiquent les échographies de grossesse.

La pratique de la préparation à l'accouchement était considérée comme plus importante par les femmes suivies par une sage-femme, ce qui correspond bien au fait que la préparation à l'accouchement est surtout réalisée par les sages-femmes. Mais même pour les patientes suivies par les sages-femmes, ce critère n'était considéré comme important que chez 26% des femmes.

La pratique d'accouchements était considérée comme plus importante par les femmes suivies par un gynéco-obstétricien, ce qui correspond bien au fait que pour un accouchement soit réalisé

par le professionnel qui a suivi la grossesse, il vaut mieux que le professionnel soit un gynéco-obstétricien (qui pratique à la fois les suivis de grossesses et les accouchements alors qu'une sage-femme pratique l'une ou l'autre des activités le plus souvent, et qu'un médecin généraliste ou un gynécologue médical ne pratiquent qu'exceptionnellement les accouchements).

La pratique de la rééducation périnéale était considérée comme plus importante par les femmes suivies par un gynéco-obstétricien. Ceci ne concorde pas du tout avec le fait que ce sont majoritairement les sages-femmes qui pratiquent la rééducation périnéale ! La question posée était : « Qu'est-ce qui est important pour vous dans le choix du professionnel ? » Il aurait été plus intéressant de demander « Qu'est-ce qui a compté pour vous dans le choix du professionnel ? » Même pour d'autres critères, certaines femmes ont considéré comme importants des critères que ne remplissaient probablement pas le professionnel qui avait suivi leur grossesse... Mais le résultat est particulièrement étonnant pour ce critère ! Il est possible aussi que les femmes imaginent que les gynéco-obstétriciens pratiquent la rééducation périnéale ce qui rentre alors dans le champ des méconnaissances...

La pratique de la consultation post-natale était considérée comme plus importante par les femmes suivies par un gynéco-obstétricien alors que les quatre types de professionnels étudiés sont aptes à réaliser les consultations post-natales. Est-ce encore une question de méconnaissance ?

La pratique du suivi du nouveau-né était considérée comme plus importante par les femmes suivies par un médecin généraliste, et moins importante par les femmes suivies par une sage-femme ou par un gynécologue médical. Il est donc étonnant de voir que, alors que les gynéco-obstétriciens ne pratiquent pas le suivi de l'enfant après la naissance et que les sages-femmes le pratiquent un peu, ce suivi est un critère plus important pour les femmes suivies par un gynéco-obstétricien que pour les femmes suivies par une sage-femme ! La façon de poser la question joue sans doute (cf ci-dessus), mais les femmes savent-elles que les sages-femmes peuvent assurer le suivi de leur enfant dans les premières semaines de vie ? De plus, la pratique du suivi du nouveau-né était considérée comme plus importante par les femmes de bas niveau de diplôme et chez les femmes de moins de 25 ans, ce qui concorde avec le fait que les femmes de moins de 25 ans avaient plutôt choisi d'être suivies par une sage-femme ou un médecin généraliste, et que les femmes de bas niveau de diplôme avaient plutôt choisi d'être suivies par un médecin généraliste. Alors les femmes de plus haut niveau de diplôme et les femmes plus âgées feraient-elles plus suivre leur enfant par un pédiatre ?

Le désir de limiter le nombre d'intervenants médicaux était considéré comme plus important par les femmes suivies par une sage-femme. Ceci est probablement plus vrai pour les femmes qui étaient suivies par une sage-femme du centre d'accouchement, dans l'idée que ces professionnelles peuvent réaliser les consultations des 2 derniers mois de la grossesse en plus des premières. Mais, n'ayant pas fait distinguer sages-femmes libérales, sages-femmes de PMI et sages-femmes hospitalières, il est difficile d'avoir une réponse claire.

Le désir d'être suivie dans la maternité de l'accouchement était considéré comme plus important par les femmes suivies par un gynéco-obstétricien. Ce résultat est étonnant puisque ce désir semblait aller avec le désir de limiter le nombre d'intervenants médicaux et que le désir de limiter le nombre d'intervenants médicaux était plus important chez les femmes suivies par une sage-femme. Mais il est concordant avec les résultats concernant la pratique d'accouchements.

4.3.4-Connaissances des femmes

En ce qui concerne les connaissances sur les professionnels pouvant réaliser le suivi d'une grossesse sans complication, seulement 35% des femmes n'avaient pas fait d'erreur.

Les erreurs étaient majoritairement mixtes (inversement proportionnelles au niveau de diplôme), puis concernaient surtout les médecins généralistes. Il serait pourtant simple que les médecins généralistes disent à leurs patientes qu'ils sont compétents dans ce domaine...

50% des femmes de haut niveau de diplôme, 28% des femmes de niveau de diplôme intermédiaire, et 7% des femmes de bas niveau de diplôme n'avaient pas fait d'erreur.

Il y avait moins d'erreurs isolées concernant la profession de médecin généraliste chez les femmes de bas niveau de diplôme, ce qui concorde avec le fait que les femmes de bas niveau de diplôme étaient plutôt suivies par un médecin généraliste.

Il y avait moins d'erreurs isolées concernant la profession de gynécologue médical chez les femmes de haut niveau de diplôme, ce qui concorde avec le fait que les femmes de haut niveau de diplôme étaient plutôt suivies par un gynécologue médical.

A propos des connaissances sur les professionnels pouvant prescrire les médicaments et examens complémentaires nécessaires, seulement 30% des femmes n'avaient pas fait d'erreur.

Les erreurs étaient majoritairement mixtes (inversement proportionnelles au niveau de diplôme), puis concernaient surtout les sages-femmes. L'information est plus compliquée à donner puisqu'une sage-femme est consultée presque uniquement dans le cadre de la grossesse et ne peut donc pas informer les femmes avant la grossesse. La tâche d'informer revient, me semble-t-il, aux médecins généralistes dans le cadre du « choix éclairé », mais il serait aussi très important d'intensifier les campagnes d'information.

Il y avait moins d'erreurs isolées concernant la profession de médecin généraliste chez les femmes de bas niveau de diplôme, ce qui concorde avec le fait que les femmes de bas niveau de diplôme étaient plutôt suivies par un médecin généraliste.

Quant aux connaissances concernant le nombre d'années de formation des professionnels, seulement 2% des femmes n'avaient pas fait d'erreur !

Les erreurs étaient majoritairement mixtes (inversement proportionnelles au niveau de diplôme), puis plutôt bien réparties entre les professions.

Enfin, sur les connaissances concernant les taux de remboursement d'une consultation de suivi de grossesse, seulement 4% des femmes n'avaient pas fait d'erreur.

71% des femmes avaient donné une réponse incomplète, ne donnant pas de précision sur le fait que les dépassements d'honoraires ne sont pas pris en charge par la Sécurité Sociale, alors que cette précision est souvent inconnue des femmes et que certaines femmes sont en difficultés par rapport aux remboursements imprévus de dépassements d'honoraires...

Donc, pour les questions portant sur les connaissances des femmes concernant les professionnels de santé, on a pu conclure à une franche méconnaissance (avec une moindre ignorance du professionnel choisi par rapport aux autres professionnels). Les questions étaient peu nombreuses et n'exploraient qu'une partie extrêmement limitée du problème, mais les réponses ont pu orienter vers une nécessité d'information des femmes concernées. L'information doit porter sur les compétences des sages-femmes (17, 18) des médecins généralistes (19, 20, 21) et éventuellement des gynécologues même si leurs compétences sont mieux connues et valorisées.

5-Conclusion

Quatre types de professionnels de santé devraient pouvoir être choisis sans arrière-pensée pour assurer le suivi d'une grossesse à bas risque jusqu'au septième mois inclus : sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues médicaux et gynéco-obstétriciens.

Cette étude essayait de comprendre ce qui pousse les futurs parents à choisir tel ou tel de ces professionnels, grâce à une enquête réalisée sur un mois auprès de femmes hospitalisées en suites de couches dans les quatre centres d'accouchement de Nantes et Saint-Herblain.

Les déterminants sociaux paraissaient jouer un rôle majeur, écartant la possibilité d'un choix complètement libre.

Les critères retenus comme très importants pour plus de la moitié des femmes étaient les compétences humaines et médicales du professionnel, le temps pris par le professionnel, sa disponibilité, et un suivi médical ou gynécologique habituel ou le suivi d'une grossesse antérieure par ce professionnel. Les différences étaient majeures selon les professionnels choisis.

L'exploration du savoir des femmes sur les différentes professions concernées était en faveur d'une méconnaissance franche, exposant à des attentes inadaptées pour certains professionnels, et à une image négative mal fondée pour d'autres.

Ces résultats à valeur indicative invitent à prolonger cette enquête auprès d'échantillons plus représentatifs.

Ils pointent la nécessité d'une optimisation de l'information des futurs parents pour que ce choix puisse être fait en toute connaissance de cause, ainsi que l'importance du développement des démarches déjà faites en ce sens et de la poursuite des explorations.

6-Bibliographie

- (1) HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Recommandation pour la pratique clinique. 2005.
- (2) Code de la Santé Publique, partie législative, quatrième partie : professions de santé, livre premier : professions médicales, titre V : profession de sage-femme, chapitre premier : conditions d'exercice.
- (3) <http://www.ordre-sages-femmes.fr/>
- (4) <http://www.conseil-national.medecin.fr/>
- (5) Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine (articles annexes U, U', et V).
- (6) HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Recommandation pour la pratique clinique. 2007.
- (7) CNGOF et UMVF. Polycopié national - support de cours pour l'enseignement du deuxième cycle. Item 16 : Grossesse normale - Besoins nutritionnels d'une femme enceinte. 2011.
- (8) <http://www.ameli.fr/>
- (9) HAS. Préparation à la naissance et à la parentalité. Recommandation pour la pratique clinique. 2005.
- (10) BREART G, PUECH F, ROZE J-C. Plan périnatalité 2005-2007 : humanité, proximité, sécurité, qualité. 2004.
- (11) BADINTER E. Le conflit la femme et la mère. 2010.
- (12) Code du Travail.
- (13) Arrêter le tabac dès le début de la grossesse. Prescrire. 2011 ; numéro 327 : page 43.
- (14) HAS. Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement. Recommandation pour la pratique clinique. 2009.
- (15) DE SINGLY F. L'Enquête et ses méthodes : le questionnaire, deuxième édition refondue, Armand Colin. 2008.
- (16) INSEE. Enquête annuelle de recensement. 2009.
- (17) DUFOUR A. Choix du professionnel dans le suivi de grossesse : Quelle place pour la sage-femme ? Mémoire : Sage-femme : Metz : 2006.
- (18) BASTIANON M-L. La Sage -Femme : avenir du suivi prénatal. Mémoire : Sage-femme : Metz : 2006.

- (19)GROS-LENNE B. Critères de choix des femmes enceintes concernant le praticien à qui elles confient leur suivi. Thèse : Médecine : Paris 12 : 2005.
- (20)PERRET J. La place du médecin généraliste dans la surveillance de la grossesse. Thèse : Médecine : Grenoble : 2002.
- (21)HUREAU S. Le suivi des femmes enceintes : parcours de soins et raisons du non-choix du médecin généraliste pour la surveillance de la grossesse. Thèse : Médecine : Bordeaux : 2008.
- (22)<http://www.sante.gouv.fr/carnet-de-sante-maternite.html>
- (23)BOULET-HAMZA S. Le suivi des grossesses par les médecins généralistes. Thèse : Médecine : Aix-en-Provence : 2001.
- (24)LIMAIEM O. Suivi de la grossesse normale en médecine générale ambulatoire en région parisienne : états des lieux et perspectives. Thèse : Médecine : Paris 6 : 2003.
- (25)BENEZRA S. Analyse des filières empruntées par les femmes enceintes autour de la maternité de Bagnols-sur-Cèze, évaluation de leur prise en charge par les médecins généralistes et de la dynamique de terrain. Thèse : Médecine : Montpellier : 2003.
- (26)TAVEIRA A. Le parcours de soins prénatal: satisfaction des usagers. Mémoire : Sage-femme : Poitiers : 2007.
- (27)HADJI-KOBIYH M. Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse. Thèse : Médecine : Caen : 2009.

7-Abréviations

AFSSAPS : Agence Française de Sécurité Sanitaire des Produits de Santé
 AVC : Accident Vasculaire Cérébral
 BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles
 BU : Bandelette Urinaire
 CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle
 CHU : Centre Hospitalier Universitaire
 CMV : CytoMégaloVirus
 CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français
 CNRHP : Centre National de Référence en Hémiobiologie Périnatale
 CRDS : Contribution au Remboursement de la Dette Sociale
 CSG : Contribution Sociale Généralisée
 DCEM : Deuxième Cycle des Etudes Médicales
 DEA : Diplôme d'Etudes Approfondies
 DES : Diplôme d'Etudes de Spécialités
 DESS : Diplôme d'Etudes Supérieures Spécialisées
 ECBU : Examen CytoBactériologique des Urines
 FCV : Frottis CervicoVaginal
 g : Gramme
 HAS : Haute Autorité de Santé
 HB : Hépatite B
 hCG : hormone Gonadotrophine Chorionique
 HELLP : Hemolysis. Elevated Liver enzymes and Low Platelet count
 HIV : Human Immunodeficiency Virus
 HRP : Hématome Rétro Placentaire
 HTA : HyperTension Artérielle
 HU : Hauteur Utérine
 INRS : Institut National de Recherche et de Sécurité
 INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
 kg : KiloGramme
 LCC : Longueur Crânio-Caudale
 LED : Lupus Erythémateux Disséminé
 MAF : Mouvements Actifs Fœtaux
 MAP : Menace d'Accouchement Prématuro
 MFIU : Mort Fœtale In Utero
 mg : MilliGramme
 NFS : Numération Formule Sanguine
 PAES : Première Année des Etudes de Santé
 PCEM : Premier Cycle des Etudes Médicales
 PMI : Protection Maternelle et Infantile
 PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité
 PTI : Purpura Thrombopénique Immunologique
 PV : Prélèvement Vaginal
 RAI : Recherche d'Agglutinines Irrégulières
 RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin
 SA : Semaines d'Aménorrhée
 SAPL : Syndrome des AntiPhosphoLipides
 SEP : Sclérose En Plaques
 SMIC : Salaire Minimum Interprofessionnel de Croissance
 TA : Tension Artérielle

TPHA : Treponema Pallidum Hemagglutination Assay

TV : Toucher Vaginal

UI : Unités Internationales

UMVF : Université Médicale Virtuelle Francophone

VDRL : Venereal Disease Research Laboratory

Annexe : Quelques définitions

La prééclampsie est définie par des chiffres tensionnels supérieurs à 140/90 mmHg et une protéinurie supérieure à 300 mg/24 h ou une croix à la bandelette, survenant après 20 SA. Déterminer le plus précocement possible le risque de prééclampsie permet d'établir un programme de consultations prénatales adapté. Chaque fois que la TA est mesurée pendant la grossesse, un échantillon des urines doit être recueilli à la recherche d'une protéinurie. Tout professionnel de santé doit pouvoir prendre la TA en utilisant un équipement standard et dans des conditions techniques similaires durant le suivi prénatal pour que la comparaison soit valable. Chez les femmes à risque et en l'absence d'un antécédent personnel de prééclampsie, aucune mesure préventive ne se révèle efficace. Les femmes enceintes doivent être informées des symptômes de prééclampsie et pouvoir les reconnaître : maux de tête, troubles visuels à type de vision floue ou sensation d'éclairs, acouphènes, douleurs épigastriques, vomissements, œdème soudain du visage, des mains et des pieds, prise de poids brutale. (1)

L'HTA pendant la grossesse est définie par une pression artérielle systolique supérieure à 140 mmHg ou une pression artérielle diastolique supérieure à 90 mmHg. On parle d'HTA préexistante à la grossesse si elle est diagnostiquée avant 20 SA ou diagnostiquée rétrospectivement lorsque l'HTA ne se normalise pas dans un délai de 12 semaines après l'accouchement. L'HTA gravidique est une HTA non identifiée avant la grossesse, apparaissant après 20 SA, sans protéinurie. Cette HTA se normalise après l'accouchement. Pour les deux situations envisagées, le niveau de soin pédiatrique doit être adapté au type de traitement antihypertenseur reçu (par exemple pour un bêtabloquant : hypoglycémie, bradycardie, hypotension, et, en cas d'exposition prolongée, RCIU). Les femmes enceintes présentant une HTA bien contrôlée et en l'absence de signes de prééclampsie peuvent accoucher dans tout type de maternité sous réserve d'un suivi maternel et fœtal adapté. Les femmes enceintes présentant une HTA mal équilibrée ou compliquée (HTA maligne) doivent être prises en charge dans une maternité en lien avec un spécialiste de la prise en charge de l'HTA (néphrologue, cardiologue). Il est conseillé que le spécialiste de la prise en charge de l'HTA soit en lien avec le plateau technique habituel de la maternité concernée et que le bilan étiologique de l'HTA puisse être réalisé. Lorsqu'une orientation est envisagée, quel que soit le type de la maternité, il est recommandé de disposer d'un service de soins continus ou intensifs pour adultes ou d'un service de réanimation adulte à proximité de la maternité. (14)

Les réseaux de santé en périnatalité regroupent l'ensemble des professionnels concernés par la prise en charge de la grossesse, de la naissance et de la petite enfance, hospitaliers, libéraux, du champ sanitaire et médico-social. Les réseaux de périnatalité sont essentiellement des réseaux inter établissements qui permettent de réguler la coopération interhospitalière public/privé dans le domaine de la périnatalité. Ils contribuent à améliorer la sécurité en définissant notamment les situations justifiant un transfert, dont les conditions et l'organisation sont ainsi améliorées. Ils doivent éviter des demandes des usagers inadaptées à leurs besoins. Mais cette coopération interhospitalière doit couvrir également l'amont et l'aval de la prise en charge hospitalière pour une prise en charge globale de la mère et de l'enfant dès la grossesse : organisation du suivi de la grossesse, dépistage et prise en charge du risque psychosocial en amont, suivi du nouveau-né présentant notamment une déficience d'origine périnatale susceptible de développer un handicap en aval. Elle doit reposer sur des réseaux ville/hôpital qui permettent d'associer aux établissements de santé les professionnels de santé de ville et ceux exerçant dans les services de PMI, d'une part, et les acteurs des champs médico-social et social d'autre part. La pédopsychiatrie doit également en faire partie. (10)

Le carnet de santé de maternité contient les informations nécessaires à la femme enceinte et au couple pour garantir le suivi de la grossesse conformément aux recommandations actuelles et le

bon développement de l'enfant. (22)

PEPIN-MOINARD Marianne

Titre de thèse : Déterminants et critères du choix du professionnel pour le suivi des grossesses à bas risque.

Résumé :

Le suivi adapté d'une grossesse à bas risque est essentiel pour une grossesse, un accouchement, un post-partum et une parentalité de qualité. Une étude des déterminants du choix du professionnel de santé, de ses critères, et des connaissances des femmes à propos des professions concernées étaient nécessaires avant toute tentative d'optimisation de ce choix. Une enquête par questionnaires a donc été réalisée auprès des femmes de suites de couches des quatre centres d'accouchement de Nantes et Saint-Herblain du 7 mars au 8 avril 2011. Les résultats, à valeur indicative, orientaient vers une méconnaissance franche des femmes et un rôle majeur des déterminants sociaux dans ce choix. Les principaux critères du choix du praticien étaient ses compétences humaines et médicales, le temps pris par ce professionnel, sa disponibilité, et un suivi antérieur par ce professionnel, avec des priorités très différentes selon le praticien choisi.

Mots-clés :

grossesse ; suivi ; professionnel ; déterminants ; critères ; méconnaissances ; choix ; enquête.