

Université de Nantes
UFR de Médecine
École de sages-femmes

Diplôme d'État de Sage-femme

GROSSESSE DES VILLES,

GROSSESSE DES CHAMPS

Le suivi de grossesse

en milieu rural et en milieu urbain

SORIN Claire
Née le 04 mars 1991

Directeur de mémoire: Docteur Anne-Sophie COUTIN

Promotion 2010 - 2014

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tout particulièrement :

Les docteurs Anne-Sophie COUTIN et Bernard BRANGER pour leur aide précieuse tout au long de ce travail ;

Madame Rozenn COLLIN, sage-femme enseignante, pour ses conseils et ses encouragements ;

Les cadres des différentes maternités ainsi que leurs équipes, pour leur accueil et leur aide durant le temps de mon enquête ;

Ma famille, pour son soutien sans faille tout au long de ces années d'études,

Aurélie, pour son amitié et ces bons moments partagés sur les bancs de l'école de sage-femme.

SOMMAIRE

GLOSSAIRE.....	6
LISTE DES TABLEAUX DE RÉSULTATS.....	7
INTRODUCTION.....	8
PARTIE I - GÉNÉRALITÉS.....	8
1. LA PÉRINATALITÉ EN FRANCE.....	8
1.1. Le plan 1971-1976.....	9
1.2. Le plan 1995-2000.....	10
1.3. Le plan 2005-2007.....	10
1.4. Les réseaux de périnatalité.....	12
1.5. Organisation des maternités.....	12
1.5.1. Les maternités de type I.....	13
1.5.2. Les maternités de type II.....	13
1.5.3. Les maternités de type III.....	13
2. LE SUIVI DE GROSSESSE: ORGANISATION ET ACTEURS.....	14
2.1. Organisation.....	14
2.2. La profession de sage-femme.....	15
2.2.1. Formation.....	15
2.2.2. Compétence.....	15
2.3. La place du médecin généraliste.....	16
2.4. Le rôle des gynécologues.....	17
2.4.1. Les gynécologues-obstétriciens.....	17
2.4.2. Les gynécologues médicaux.....	17
3. ETAT DES LIEUX.....	18
3.1. La région des Pays de la Loire.....	18
3.2. Le milieu urbain.....	19
3.3. Le milieu rural.....	20
3.3.1. Fontenay-le-Comte.....	20
3.3.2. Challans.....	21
3.4. Répartition des professionnels de la grossesse.....	21
3.4.1. Les médecins généralistes.....	21
3.4.2. Les sages-femmes.....	22
3.4.3. Les gynécologues.....	24
3.5. Les différentes maternités de notre étude.....	26
3.5.1. Le milieu rural.....	26
3.5.1.1. Maternité du CH de Challans.....	26
3.5.1.2. Maternité du CH de Fontenay-le-Comte.....	26
3.5.2. Le milieu urbain.....	26
3.5.2.1. Polyclinique de l'Atlantique de Saint-Herblain.....	26
3.5.2.2. Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes.....	27
PARTIE II - MÉTHODE DE L'ÉTUDE.....	28
1. RECUEIL DE DONNÉES.....	28
2. CRITÈRES D'INCLUSION.....	29
3. CRITÈRES D'EXCLUSION.....	29

4. VARIABLES ÉTUDIÉES.....	29
5. MÉTHODE STATISTIQUE.....	29
PARTIE III - ANALYSE DES RÉSULTATS.....	31
1. DÉTAIL DES MATERNITÉS.....	31
1.1. Maternités urbaines.....	31
1.2. Maternités rurales.....	31
2. COMPARABILITÉ DES DEUX MATERNITÉS DANS CHAQUE GROUPE.....	31
2.1. Groupe de maternités rurales.....	31
2.2. Groupe de maternités urbaines.....	32
3. DIFFÉRENCES ENTRE LES POPULATIONS ISSUES DES DEUX GROUPES DE MATERNITÉS.....	32
4. LE DÉBUT DE GROSSESSE.....	33
5. LE SUIVI DE GROSSESSE.....	34
5.1. Les consultations.....	34
5.2. Les professionnels.....	34
5.3. Les échographies.....	38
5.4. Les traitements.....	39
5.5. Les autres professionnels consultés.....	39
6. L'ISSUE DE GROSSESSE.....	40
7. LE RETOUR À LA MAISON.....	42
8. ANALYSE MULTIVARIÉE.....	42
TABLEAU RÉCAPITULATIF DES RÉSULTATS.....	44
PARTIE IV - DISCUSSION.....	45
1. CE QUE MONTRE CETTE ÉTUDE.....	45
2. LES LIMITES DE L'ÉTUDE.....	45
3. LES DIFFÉRENCES DE POPULATION.....	45
3.1. Les différences intra-groupe.....	45
3.2. Les différences de nationalité.....	46
4. LA CONSOMMATION DE L'OFFRE MÉDICALE.....	48
4.1. Les consultations.....	48
4.2. Les échographies.....	49
4.3. Le « choix » de la maternité.....	50
5. LES PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS.....	51
5.1. La maternité.....	51
5.2. La sage-femme.....	51
5.3. Lors du retour à domicile.....	52
6. UNE DIFFÉRENCE DE PRATIQUES ?.....	52
6.1. Analgésie péridurale.....	52
6.2. Extractions.....	53
CONCLUSION.....	54
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	55
ANNEXES.....	58
ANNEXE 1 - QUESTIONNAIRE.....	58

ANNEXE 2 - DÉCRET DU 14 FÉVRIER 1992.....	66
ANNEXE 3 - ARTICLE L4151-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....	67
ANNEXE 4 - ARTICLE L4151-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.....	67
ANNEXE 5 - TABLEAUX DE RÉSULTATS.....	68
ANNEXE 6 - RÉPARTITION RÉGIONALE DES SAGES-FEMMES.....	77
ANNEXE 7 - RÉPARTITION RÉGIONALE DES GYNÉCOLOGUES.....	78
ANNEXE 8 - CARTES DE LA PROVENANCE DES PATIENTES POUR LES DIFFÉRENTES MATERNITÉS.....	79

GLOSSAIRE

ARS : Agence Régionale de Santé

CES : Certificat d'Études Supérieures

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMU : Couverture Maladie Universelle

CMUC : Couverture Maladie Universelle Complémentaire

DES : Diplôme d'Études Spécialisées

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

ECN : Épreuves Classantes Nationales

EPP : Entretien Prénatal Précoce

ETP : Equivalent Temps-Plein

FFRSP : Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé

NC : Non Comparable

PACES : Première Année Commune aux Etudes de Santé

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PNP : Préparation à la Naissance et à la Parentalité

SA : Semaines d'Aménorrhée

UGOMPS : Unité Gynéco-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale

UVMaF : Université Virtuelle de Maïeutique Francophone

LISTE DES TABLEAUX DE RÉSULTATS

Tableau I : Proportion de cadres.....	32
Tableau II : Niveau d'étude des mères.....	32
Tableau III : Provenance des patientes.....	33
Tableau IV : Kilomètres parcourus pour un aller afin d'aller consulter durant le premier trimestre.....	36
Tableau V : Kilomètres parcourus pour un aller afin d'aller consulter durant le second trimestre.....	37
Tableau VI : Kilomètres parcourus pour un aller afin d'aller consulter durant le troisième trimestre.....	37
Tableau VII : Nombre moyen d'échographies.....	39
Tableau VIII : Principaux traitements pris.....	39
Tableau IX : Principaux spécialistes consultés durant la grossesse.....	40
Tableau X : Raisons du choix de la maternité.....	40
Tableau XI : Distance du domicile à la maternité.....	41
Tableau XII : Comparaison des poids de naissance à âge gestationnel égal.....	41
Tableau XIII : Patientes ayant prévu une(des) aide(s) à la sortie de la maternité.....	42
Tableau XIV : Récapitulatif des résultats.....	44

INTRODUCTION

Le suivi de grossesse a été organisé dans différents plans de périnatalité. La périnatalité représente la période qui s'étend de la 22^{ème} semaine d'aménorrhée jusqu'au 28^{ème} jour de vie de l'enfant. Les plans de périnatalité ont notamment mis l'accent sur la sécurité de la mère et de l'enfant. Cette sécurité doit être optimale tout au long de la grossesse et spécialement lors de l'accouchement qui est le moment le plus à risque.

La répartition géographique des maternités est hétérogène et les densités de professionnels de santé variables. À cause de cette offre inégale, est-ce que la prise en charge des patientes est différente? A-t-on, en milieu rural, une juste médicalisation ou une sous-médicalisation? A-t-on, en milieu urbain, une juste médicalisation ou une sur-médicalisation? À l'échelle individuelle, la surconsommation de l'offre médicale importe peu puisque l'essentiel est d'avoir une maman et un bébé en bonne santé. À l'échelle de la société, cette surconsommation peut engendrer un coût non négligeable.

Plusieurs professionnels de santé sont compétents pour le suivi de la grossesse (sages-femmes, médecins généralistes, gynécologues), ce qui permet une offre variée. Est-ce que l'offre de soins, différente dans les milieux urbains et ruraux, oriente différemment les patientes quant au choix du professionnel pour le suivi de leur grossesse?

Est-ce qu'il existe des différences dans le suivi de la grossesse entre les milieux urbains et ruraux, quelles sont-elles et comment s'expliquent-elles? Le parcours de soins des patientes est-il différent? S'il est différent, est-ce que l'issue de la grossesse est la même?

PARTIE I - GÉNÉRALITÉS

1. LA PÉRINATALITÉ EN FRANCE

Avant 1970, le système de soins périnataux est peu structuré et la loi hospitalière du 31 décembre 1970 va créer le service public hospitalier et mettre en place une planification de l'activité de santé à travers la création d'une carte sanitaire. Le Préfet délivre ou refuse les autorisations et agréments pour construire ou équiper une structure de soins (répartition quantitative de l'offre de soins). La même année, la périnatalité, dont le concept émerge à peine en France, va bénéficier de la priorité donnée à la sécurité de la naissance, en raison de résultats

médiocres en terme de mortalité périnatale, proche de 26 pour 1000 naissances, alors qu'elle était en Suède de 14 pour 1000 naissances. [1]

De 1970 à aujourd'hui, trois plans consacrés à la périnatalité ont été mis en œuvre. L'objectif des plans successifs a été d'accroître la sécurité de la mère et de l'enfant lors de la naissance par le recours à des normes précises de fonctionnement et par une restructuration importante de l'offre obstétrico-pédiatrique. [2]

1.1. Le plan 1971-1976

Il comportait deux axes : d'une part, l'amélioration de la prévention stricto sensu, avec la création d'une quatrième consultation prénatale durant les quinze premiers jours du neuvième mois de grossesse, orientée vers le dépistage de la toxémie gravidique, des dystocies et la prévention des morts fœtales tardives ; d'autre part, la sécurisation de la naissance avec trois principales mesures : le renforcement des moyens techniques adéquats dans les maternités, notamment pour réanimer les nouveau-nés, la formation initiale des professionnels (pédiatres) et surtout la disponibilité immédiate de ces derniers [2]. En 1972, deux décrets fixent des normes d'équipements pour les maternités privées et publiques avec, entre autre, l'obligation d'avoir des tables de réanimation néonatale avec arrivée d'oxygène et un chronomètre. Suite à ces décrets, de nombreuses maternités privées vont fermer entre 1972 et 1988 (51,7% soit une diminution de 865 à 418). Les années 1970 sont aussi une période où apparaissent des mouvements pour une « naissance sans violence » comme celui du Dr Leboyer. Il y a donc un début de prise en compte de la dimension humaine de la naissance et du lien mère-enfant à favoriser. [3]

Les années 1970 seront marquées également par la mise en œuvre des dépistages de la toxoplasmose, de la syphilis, de la rubéole, de l'iso-immunisation fœto-maternelle et par la prise en charge par l'Assurance Maladie à 100% des frais médicaux de la femme enceinte dès le début du 6ème mois. Une consultation prénatale donnait droit à une fraction des allocations prénatales pour inciter les femmes à faire suivre leur grossesse. C'est une période de développement de nouvelles techniques telles que l'échographie ou les méthodes de prélèvements fœtaux. En 1976, le Plan sera reconduit pour une période de cinq ans, jusqu'en 1981. [4]

Mais bien que les résultats soient satisfaisants (la mortalité périnatale a été divisée par deux en dix ans) [5], ils ne sont pas ceux escomptés selon le rapport du Haut Comité de la

Santé Publique de 1993. La périnatalité devient à nouveau prioritaire et un nouveau Plan est prévu. [1]

1.2. Le plan 1995-2000

Il reprend les recommandations du rapport du Haut comité de santé publique paru en 1994, dont celle de la sécurisation de l'accouchement. Il fixe quatre grands objectifs :

- Diminuer la mortalité maternelle de 30% (par rapport à un taux estimé de 13,9 décès pour cent mille naissances) ;
- Abaisser la mortalité périnatale de 18% (passage de 8,2 à 6,7 pour mille) ;
- Réduire l'hypotrophie de 25% à partir d'un taux de 5,7% des naissances, pour atteindre 4,3% en 1999 ;
- Réduire de moitié (soit de 1% à 0,5%) le nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse (moins de trois consultations prénatales, selon la définition retenue en 1994). (1)

Un cinquième grand objectif sera ultérieurement ajouté : prévenir la mort subite du nourrisson et diminuer de 35% les décès correspondants. [2]

Mais ce n'est qu'en 1998 que sont promulgués les décrets sur la sécurité des naissances définissant les normes des établissements et les exigences en matière de personnel et de locaux. Ainsi, l'organisation architecturale et la présence de dispositifs médicaux nécessaires à chaque unité sont précisées. Quatre types d'établissements se distinguent en fonction du risque qu'encourent la mère et/ou l'enfant à naître. Si un établissement ne peut assurer une prise en charge adaptée de l'enfant à naître, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés. L'organisation des «transferts *in utero*» a permis de proposer une offre de soins plus cohérente. [1]

1.3. Le plan 2005-2007 [6]

Ce Plan intervient après la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé. Il prône quatre notions: humanité, proximité, sécurité et qualité des soins.

Il reprend deux des objectifs fixés à l'horizon quinquennal par la loi de santé publique du 9 août 2004. Le premier vise à réduire la mortalité périnatale au taux de 5,5‰, soit une baisse de 15% environ par rapport à 2001 (6,5‰). Le second doit réduire la mortalité maternelle au taux de 5‰, soit une baisse de 40% environ par rapport à 2001. Le plan prévoit la mise aux

normes (en équipement et en personnel) des maternités au plus tard à la fin de 2006. Il met toutefois l'accent sur la nécessité de compléter cette mise aux normes par un renforcement de la proximité (structuration de l'offre de soins pour un meilleur accès aux soins). Un ensemble de mesures visait à améliorer la sécurité et la qualité des soins (renforcement des plateaux techniques et des équipes, amélioration des transports, meilleure prise en charge des urgences maternelles mais aussi élaboration de bonnes pratiques professionnelles et rôle des réseaux de périnatalité dans l'application de celles-ci, amélioration de l'encadrement et de la qualité des pratiques d'assistance à la procréation). La mise en place des examens de dépistage du risque de trisomie 21 au premier trimestre est récente (arrêté du 23 juin 2009). [2]

Un autre axe du plan s'intitulait « Plus d'humanité » et prévoyait différentes mesures, comme la mise en place de l'entretien prénatal précoce, l'élaboration de recommandations de bonnes pratiques en matière de préparation à la naissance, la meilleure prise en compte de l'environnement psychologique de la naissance, une meilleure participation des usagers notamment par la création de la commission nationale de la naissance, l'organisation d'une information complète et continue au sein des réseaux de périnatalité et grâce à la refonte du carnet de santé de la maternité, le soutien renforcé aux femmes en situation de précarité ou faisant face à un handicap [2]. Le carnet de maternité est un outil de communication entre les différents acteurs du suivi de grossesse depuis 1976. Il est à diffusion obligatoire depuis 1990: article 3 de l'arrêté du 21 juin 2007 « Lors de chaque examen médical, le médecin ou la sage-femme consigne ses constatations et indications sur le carnet de grossesse que la femme enceinte lui présente ».

Un des objectifs du plan s'attachait à développer une offre de proximité, par le développement des réseaux de périnatalité, l'extension des centres périnataux de proximité, l'intégration des services de PMI (Protection Maternelle et Infantile) à ces réseaux et la participation plus active des sages-femmes libérales sur le territoire. [2]

Au total, alors que l'état d'esprit depuis les années soixante-dix/quatre-vingt était dominé par la notion de risque, voire de haut risque, c'est le caractère physiologique et naturel de la grossesse et de la naissance qui a été mis en avant dans le Plan périnatalité. [1]

Le rapport du Sénat de 2010 concernant le plan de périnatalité 2005-2007 considérait ce dernier comme pertinent dans sa mise en œuvre et insistait sur la nécessité d'une meilleure prise en charge du post-partum. [7]

1.4. Les réseaux de périnatalité

Ces réseaux, tels la Fédération Française des Réseaux de Santé en Périnatalité (FFRSP), se sont mis en place dans les années 2000 dans le but d'échanger entre professionnels [8]. Ils permettent une mise en commun des expériences et des compétences des différents membres de ces réseaux. Leurs missions sont:

- De garantir la sécurité des parturientes et leurs enfants en s'assurant que les femmes accouchent dans une maternité correspondant à leur niveau de santé. Pour cela, certains réseaux ont mis en place des cellules de transferts maternels et néonataux. Afin d'assurer la sécurité des patientes, les réseaux élaborent avec les professionnels de terrain des recommandations (non opposables) pour certaines pathologies (par exemple : le diabète, l'hémorragie du post-partum).

- D'inciter les professionnels à assurer un accompagnement psycho-social en favorisant le lien mère-enfant (encourager l'allaitement maternel), en proposant à toutes les patientes en début de grossesse un Entretien Périnatal Précoce ou EPP.

- De favoriser une égalité d'accès aux soins. Malgré des difficultés de financement (les budgets alloués sont variables), un réseau de périnatalité est présent dans chaque région en France depuis 2010.

Ces réseaux de périnatalité favorisent donc un suivi gestationnel et post-natal de qualité et rendent compte de l'efficacité des actions menées aux ARS (Agence Régionale de Santé), leurs agences de tutelle. Par les journées de travail organisées, ils participent également à la formation professionnelle continue et à la rencontre entre différentes professions. Amener les professionnels à se rencontrer et à mieux travailler ensemble est une des principales missions des réseaux [9]. L'apport de ces réseaux est réel lorsqu'ils associent les services de Protection Maternelle et Infantile et sont ouverts vers la médecine de ville. [10]

1.5. Organisation des maternités [3]

Trois types de maternités sont définis en lien avec les niveaux de soins néonataux et la présence ou non de réanimation adulte.

1.5.1. Les maternités de type I

Elles prennent en charge les grossesses de déroulement normal, à bas risque. Elles disposent d'une unité d'obstétrique et d'une présence pédiatrique permettant l'examen du nouveau-né durant le séjour du couple mère-enfant.

1.5.2. Les maternité de type II

Elles prennent en charge les grossesses à risque modéré. Elles disposent d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie qui leur permet la prise en charge des nouveau-nés nécessitant une surveillance particulière, mais pas de soins en réanimation. Elles prennent généralement en charge les nouveau-nés à partir de 32 SA.

Une classification supplémentaire du niveau II est proposée :

- Maternité de type IIa: Dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie, prend en charge des nouveau-nés pouvant présenter des pathologies d'intensité modérée.
- Maternité de type IIb: Dispose d'une unité d'obstétrique et d'une unité de néonatalogie, dispose en plus de lits de soins intensifs permettant une surveillance plus rapprochée du nouveau-né et la prise en charge de pathologies plus lourdes.

1.5.3. Les maternités de type III

Elles prennent en charge les grossesses à haut risque. Elles disposent d'une unité d'obstétrique, d'une unité de néonatalogie et d'une unité de réanimation néonatale qui leur permet de prendre en charge des nouveau-nés avec des détresses graves (par exemple: les grands prématurés). Elles disposent également d'une unité de réanimation adulte

Cette classification a pour but d'orienter chaque gestante vers le niveau de soins adapté en fonction des risques inhérents à sa grossesse [11]. Ceci permet avant tout au nouveau-né de bénéficier des soins spécialisés dès sa naissance et d'éviter les transferts postnataux avec toutes les conséquences en termes d'augmentation de la mortalité et de la morbidité néonatale.

Mais il faut faire attention à certains raccourcis :

- Tout type III n'est pas forcément un CHU.
- Tout CHU n'est pas forcément un type III.
- Les structures privées ne sont pas que des types I.
- Un type III accueille aussi fréquemment des patientes pouvant relever des types I et II.

Les décrets de 1998 ont fixé des limites pour définir la présence sur place ou non des médecins : si l'établissement réalise moins de 1500 accouchements, les spécialistes doivent intervenir « dans les délais compatibles avec l'impératif de sécurité ». Au-delà, l'obstétricien doit être présent sur place et le pédiatre doit être soit sur place ou en astreinte, pouvant intervenir « dans les délais compatibles avec l'impératif de sécurité ». Pour plus de 2000 naissances, un anesthésiste doit être présent en permanence en unité d'obstétrique.

2. LE SUIVI DE GROSSESSE: ORGANISATION ET ACTEURS

2.1. Organisation

C'est le décret du 14 février 1992 [annexe 2] qui organise le suivi de la grossesse en instaurant les sept consultations prénatales : « Le premier examen médical prénatal doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. Les autres examens doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du premier jour du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement ». Il précise également les examens biologiques (sanguins et urinaires) obligatoirement prescrits durant la grossesse et qui font partie intégrante du suivi médical de la grossesse (rappel: les échographies ne sont pas des examens obligatoires à réaliser pendant la grossesse mais elles sont fortement conseillées).

La mesure-phare du Plan de périnatalité de 2005-2007 est la mise en place de l'EPP qui permet l'instauration, très tôt, des conditions d'un dialogue permettant l'expression des attentes et des besoins des futurs parents. C'est un espace d'écoute des femmes et des couples. Il doit être proposé par le professionnel qui fait la déclaration de grossesse au premier trimestre (mais ce n'est pas obligatoirement lui qui le réalise). [1]

Cet EPP ouvre l'accès à la Préparation à la Naissance et à la Parentalité (PNP). Il s'agit de 8 séances de 45 minutes (l'EPP est considéré comme la première séance et doit être individuelle pour le couple), prises en charge par l'Assurance Maladie. [12]

2.2. La profession de sage-femme

2.2.1. Formation

Un numerus clausus détermine chaque année le nombre d'étudiants autorisés à intégrer une école de sages-femmes à l'issue du concours de fin de première année de médecine. Depuis 2008, le numerus clausus est relativement stable (évolue entre 1015 et 1017). Ainsi, pour accéder à la formation spécifique de sage-femme, d'une durée de quatre ans, qui alterne enseignements théoriques et pratiques, les étudiants doivent avoir été classés en rang utile à l'issue des épreuves organisées au cours de la PACES (Première Année Commune des Études de Santé). Cinq années sont donc nécessaires pour accéder au diplôme de sage-femme. En 2010, on recensait en France 35 écoles de sages-femmes. [13]

2.2.2. Compétences

En France, la profession de sage-femme est une profession médicale à compétences limitées. Cette profession ordinale (depuis 1945) est réglementée par le Code de la santé publique et un code de déontologie. Spécialistes de la grossesse physiologique, les sages-femmes interviennent à toutes les étapes de la grossesse : en consultation pour assurer son suivi, en salle de naissance lors de l'accouchement puis en suites de couches pour surveiller le rétablissement de la mère et le bon développement de l'enfant (article L. 4151-1 du Code de la santé publique [annexe 3]). Elles sont autonomes devant des situations physiologiques. Elles doivent également être capables de dépister les pathologies ou les situations « à risque » et alors prévenir un médecin (article L. 4151-3 [annexe 3]). En cas de grossesse pathologique, elles peuvent intervenir, mais seulement pour pratiquer les soins prescrits par un médecin. Elles ont également un droit de prescription limité. [14]

Depuis la publication de la loi du 9 août 2004, elles sont autorisées à faire la déclaration de grossesse et à pratiquer l'examen post-natal si l'accouchement s'est déroulé normalement. Auparavant, la déclaration de grossesse (première consultation) nécessitait une auscultation cardio-pulmonaire, acte médical hors du champ de compétences des sages-femmes, et ne pouvait donc être faite que par un médecin, ce qui était un frein dans l'exercice de la profession de sage-femme et dans leur activité de suivi de grossesse.

Depuis la loi Hôpital, Patient, Santé et Territoire du 21 juillet 2009, elles peuvent effectuer des consultations de suivi gynécologique de prévention et de contraception auprès de toutes les femmes en bonne santé (prescriptions de moyens de contraception, pose de dispo-

tifs intra-utérins et d'implants sous-cutanés, réalisation d'examens de dépistage tel que le frot-tis cervico-utérin) [14]. La loi du 21 décembre 2011 renforce ces compétences en supprimant la phrase « la surveillance et le suivi biologique sont assurés par le médecin traitant ». La sage-femme doit toutefois adresser la patiente à un médecin en cas de situation pathologique. A noter que la sage-femme peut prescrire un arrêt de travail de quinze jours sans renouvellement. Cette limite de compétences rend nécessaire l'intervention d'un médecin dans le suivi d'une femme enceinte qui nécessiterait un arrêt de travail plus long.

La sage-femme est également compétente en matière de soins néonataux. Elle peut effectuer seule :

- une réanimation néonatale,
- pratiquer l'examen général de l'enfant : observation générale, auscultation cardio-pulmonaire, examen cutanéomuqueux, examen des différents appareils et fonctions, examen neurologique,
- vérifier la mise en place de l'allaitement, qu'il soit maternel ou artificiel et mener des consultations d'allaitement.
- conseiller et accompagner le développement du lien mère-enfant : en identifiant d'éventuelles distorsions du lien et en se référant à d'autres professionnels, en répondant aux questions de la mère et en lui donnant des règles d'hygiène, de diététique et des conseils d'éducation à la santé, en organisant avec la mère les modalités de suivi de son enfant.

Elle peut ainsi dépister et repérer une situation pathologique ou une anomalie qui nécessite d'adresser l'enfant à un médecin. Les certificats de santé du 8^{ème} jour et 9^{ème} mois doivent être effectués par un médecin et le suivi staturo-pondéral de l'enfant ne peut pas être effectué par la sage-femme seule.

Elle renseigne les éléments observés dans le carnet de santé de l'enfant, effectue un suivi, rassure les parents et assure la continuité de la prise en charge. [15]

2.3. La place du médecin généraliste

Le cursus universitaire menant au diplôme d'Etat de docteur en médecine générale dure au minimum neuf années et comprend trois cycles. Durant le troisième cycle, les internes en médecine générale effectuent un stage obligatoire « mère/enfant ». Concrètement soit l'interne sera en stage partagé entre les spécialités de pédiatrie et gynécologie, soit il fera six mois de pédiatrie, soit il fera six mois de gynécologie-obstétrique. Les médecins généralistes ne

sont donc pas tous obligatoirement passés par un stage de gynécologie-obstétrique durant leur formation. [27]

Les médecins généralistes sont des acteurs principaux dans le système de santé. En effet, depuis la réforme de l'Assurance-Maladie du 13 août 2004 qui a instauré le dispositif du médecin traitant, leur place de première ligne dans l'accès aux soins est renforcée. Dans le travail de Bergeron C. [16] pour sa thèse du doctorat de médecine générale, les médecins généralistes revendiquent leur place de médecin de famille qui leur permettrait une prise en charge globale des patientes en général, dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires.

2.4. Le rôle des gynécologues

2.4.1. Les gynécologues-obstétriciens

La gynécologie-obstétrique est une spécialité médico-chirurgicale. Elle forme les praticiens à la gynécologie médicale, à la chirurgie et l'oncologie gynécologique et mammaire, à la reproduction, la sexualité, la fertilité, au diagnostic prénatal et à la médecine foetale. Ces praticiens sont donc formés au suivi de la grossesse à haut risque. Ils ont un rôle important de pathologiste dans le suivi de grossesse mais peuvent également suivre des patientes présentant une grossesse à bas risque. Le nombre de postes aux ECN (Épreuves Classantes Nationales) pour le DES (Diplôme d'Études Spécialisées) de gynécologie-obstétrique est passé de 158 en 2004 à 210 en 2014. [27] et [28]

2.4.2. Les gynécologues médicaux

La gynécologie médicale est une spécialité qui a émergé dans les années 1950. Elle s'intéresse aux aspects médicaux de la gynécologie, à l'endocrinologie de la reproduction, à la médecine interne de la femme. Au niveau universitaire, un CES (Certificat d'Études Supérieures) de Gynécologie médicale est créé dans les années 1960. Il correspond à une formation destinée à une pratique de ville axée sur le suivi gynécologique normal, la contraception, l'orthogénie, le suivi de grossesse et la prise en charge des pathologies médicales de la sphère gynécologique. En 1983, la disparition des CES fonde la formation et la pratique de la gynécologie médicale dans le DES de Gynécologie et Obstétrique. Devant le besoin de santé publique que représente la pratique de la gynécologie médicale, le Ministre Mattei décide en 2003 de créer 2 DES distincts correspondant à une spécialité médicale et une spécialité chirurgicale.

La création du DES a ainsi permis à la Gynécologie médicale de se développer en tant que spécialité médicale avec une formation en 4 ans. Le nombre de postes aux ECN est passé de 16 en 2004 à 41 en 2014. [27], [28] et [30]

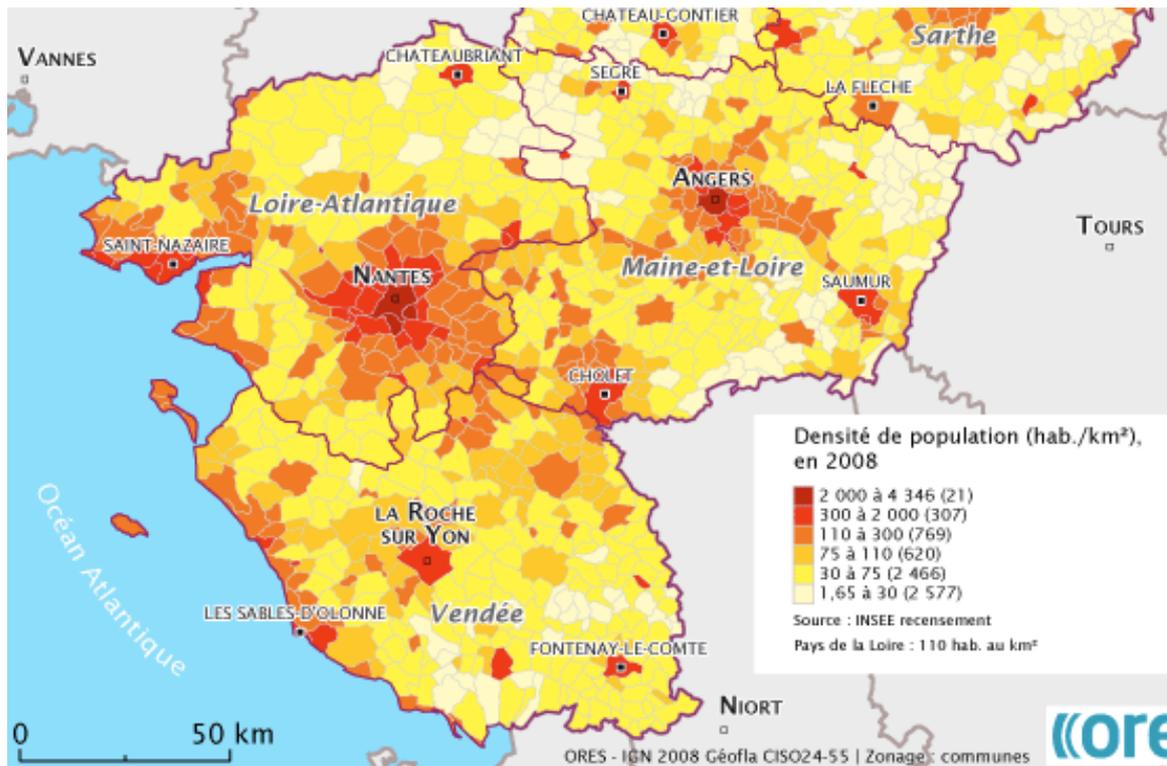
Cependant, la diminution des effectifs de gynécologues (-15% sur la période 2008-2013 dans la région des Pays de la Loire [17]) pourrait tendre à une redéfinition de leur activité, pour une prise en charge seulement des patientes relevant de leur spécialité.

3. ETAT DES LIEUX

3.1. La région des Pays de la Loire

La population des Pays de la Loire est sensiblement moins touchée par la pauvreté que celle des autres régions, du fait notamment de la vitalité de son tissu économique. Les Pays de la Loire sont également la région française la moins inégalitaire en termes de différences de niveaux de vie. Ainsi, les cinq départements de la région appartiennent à un même ensemble de quinze départements, assez équilibrés en termes de répartition entre espace urbain et espace rural, marqués par de faibles pauvreté et inégalités de revenus. Il y réside une population assez homogène, regroupée autour de « classes moyennes », qui tire parti de la faiblesse du chômage (7,8% dans la région contre 9,1% au niveau national en décembre 2012), de la forte activité féminine et d'une bonne insertion des jeunes sur le marché du travail.

La région présente des disparités territoriales en matière de précarité. Ainsi, certains territoires ruraux éloignés des grandes agglomérations, le Saumurois ou la région nazairienne se caractérisent par une précarité plus marquée. Les grandes agglomérations abritent quant à elles des populations très hétérogènes, tandis que dans d'autres territoires, le marché du travail présente des signes de fragilité. A contrario, les couronnes péri-urbaines des grandes agglomérations accueillent principalement des familles assez aisées. A partir de plusieurs indicateurs, l'INSEE (Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques) a distingué huit types de territoires dans la région des Pays de la Loire. [18]



3.2. Le milieu urbain

La Loire-Atlantique est le département de la région le plus urbanisé : 59% de la population réside dans un grand pôle urbain.

Les grandes agglomérations de la région (telles que Nantes) constituent un quatrième ensemble de territoires bien spécifiques, celui des « agglomérations aux populations très hétérogènes ». Elles accueillent de nombreux ménages aisés et les emplois stables y sont suffisamment nombreux et diversifiés pour permettre à la plupart des catégories de la population de bien s'insérer sur le marché du travail. On y trouve cependant des personnes confrontées à une pauvreté particulièrement intense au regard de la norme régionale et particulièrement touchées par la crise économique. Ainsi, 9% des personnes de moins de 65 ans y bénéficient de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMUC), qui est accordée aux ménages dont les ressources sont inférieures à un seuil encore plus bas que le seuil de pauvreté (634 euros de revenus mensuels pour une personne seule en 2010), contre 6% dans la première famille de territoires où la précarité est la plus marquée (tel la communauté de communes du pays de Fontenay-le-Comte) et 3% en moyenne régionale. La pauvreté y touche notamment les familles monoparentales, particulièrement nombreuses dans les grandes agglomérations :

près d'un quart des familles avec enfants sont monoparentales, soit deux fois plus que la moyenne régionale. [18] et [19]

3.3. Le milieu rural

Comme l'ensemble de la région, la Vendée bénéficie d'une situation plutôt favorable sur le plan économique et social. La Vendée reste un département sous faible influence urbaine : un quart seulement de la population vit dans de grands pôles urbains, soit la proportion la plus faible des départements de la région. La Vendée est le département le plus créateur d'emplois dans la région depuis le début des années 2000, grâce au dynamisme de ses entreprises et à un tissu productif diversifié. Le chômage y est particulièrement faible (7,5% en 2011) par rapport au niveau régional (7,8%) et encore plus si on le compare au niveau national (9,1%). En raison de la forte représentation des ouvriers et employés dans la population, le niveau de vie médian des Vendéens est inférieur à la moyenne régionale. Pour autant, grâce à un éventail des niveaux de vie resserré, la pauvreté touche proportionnellement moins de ménages que dans le Maine-et-Loire, la Sarthe et la Mayenne (10,9% contre 11,8% dans le premier département et 12,2% dans les deux autres). La précarité est malgré tout présente, notamment dans certains territoires vendéens ruraux moins dynamiques et touchés par le chômage, ainsi que dans les pôles urbains qui concentrent comme ailleurs des populations défavorisées. [20]

3.3.1. Fontenay-le-Comte

La communauté de communes du Pays de Fontenay-le-Comte fait partie des territoires les plus confrontés à la précarité. Dans ces territoires, la proportion de ménages à bas revenus est nettement plus élevée qu'ailleurs et les inégalités de revenus y sont assez importantes. En outre, ces territoires déjà défavorisés sont plus affectés que les autres par la crise économique : le niveau de vie des 10% des personnes les plus modestes y est le plus souvent en baisse de 4% ou plus entre 2008 et 2009. Les familles d'ouvriers et d'employés y sont surreprésentées, de même que les familles monoparentales. En termes d'insertion professionnelle, les jeunes sont moins bien lotis qu'ailleurs, du fait principalement de faibles qualifications (les jeunes sortant du système scolaire sans diplôme étant plus nombreux qu'ailleurs). Les femmes et les seniors rencontrent aussi davantage de difficultés à trouver un emploi, les offres d'emplois stables y étant moins nombreuses et moins diversifiées. Le territoire de Fontenay-

le-Comte a un taux de chômage des femmes¹ d'environ 10% (moyenne régionale de 8,3%). Ainsi, ces territoires sont caractérisés par un chômage assez élevé et qui dure plus longtemps qu'ailleurs. [18] et [20]

3.3.2. Challans

Le territoire de Challans et ses alentours fait partie d'un groupe de territoires aisés, assez âgés et à fortes inégalités. Ces territoires (littoraux pour la plupart) accueillent une population largement plus âgée (l'indice de vieillissement² du territoire de Challans est d'environ 90%) que la norme régionale (dont l'indice de vieillissement est de 66,4%) et en moyenne assez aisée financièrement, les cadres et professions intermédiaires étant majoritaires. Les inégalités de revenus y sont cependant particulièrement marquées avec un rapport interdécile des niveaux de vie compris entre 3,6% et 3,9% (un des plus élevés du département) et la fréquence des situations de pauvreté y est proche de la moyenne régionale. [18] et [20]

3.4. Répartition des professionnels de la grossesse

3.4.1. Les médecins généralistes

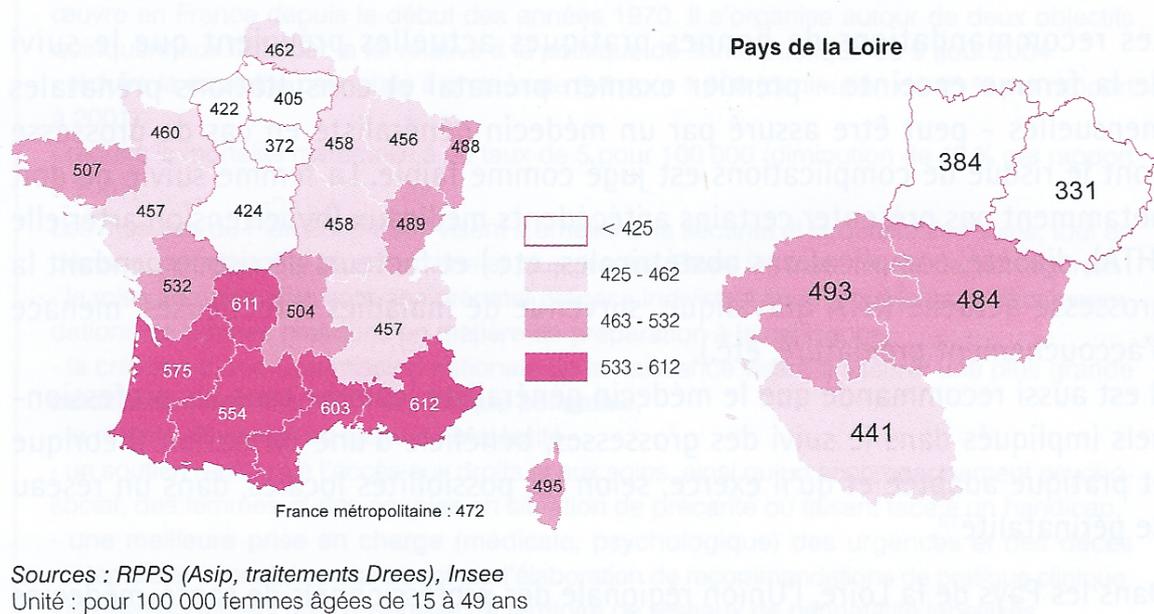
La région des Pays de la Loire se classe au 17^{ème} rang national concernant la densité des médecins (336 médecins pour 100 000 habitants contre 285 dans la région). De 2005 à 2009, on observe une augmentation de la densité des médecins généralistes (+0,4% au niveau national, +1,9% en Loire-Atlantique et +0,7% en Vendée). Au 1^{er} janvier 2012, la densité de médecins généralistes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans était de 472 sur le plan national contre 457 sur le plan régional (avec une densité de 493 en Loire-Atlantique et 441 en Vendée). Les densités de médecins supérieures à la moyenne nationale en Loire-Atlantique (493) et Maine-et-Loire (484) sont expliquées par la présence d'une faculté de médecine dans ces deux départements. On remarque également une augmentation de l'âge de ces praticiens. En effet, en 2001, les médecins généralistes en activité ayant plus de 60 ans représentaient 5% de cette population sur le plan national contre 3% dans la région. Ces chiffres sont respectivement passés à 22% et 20% en 2012. [21] et [26]

¹ Proportion de femmes actives inscrites à Pôle Emploi en catégorie A.

² Nombre de 65 ans pour 100 jeunes de 20 ans ou moins.

97% des médecins généralistes enquêtés fin 2011 déclarent que le suivi de la grossesse à bas risque est une de leurs missions. Ce constat est encore plus marqué parmi les femmes médecins (100% considèrent que cela fait partie de leurs missions, contre 96% pour les hommes) et parmi les médecins exerçant en milieu rural (plus de 99% contre 95 à 96% pour les médecins exerçant en milieu urbain ou périurbain). [26]

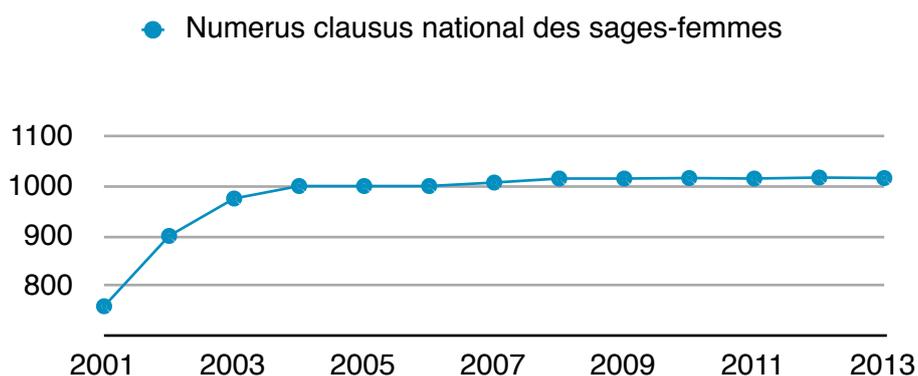
Figure 2.1 / Densité de médecins généralistes à mode d'exercice libéral ou mixte France métropolitaine (2012)



3.4.2. Les sages-femmes

Avec une densité de 132 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans (soit une sage-femme pour 44 naissances), la région se situe à hauteur de la moyenne nationale (130 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans, soit une sage-femme pour 43 naissances). L'offre en Loire-Atlantique et en Vendée reste relativement importante avec une densité de 139 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Loire-Atlantique et de 137 sages-femmes pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans en Vendée. [26]

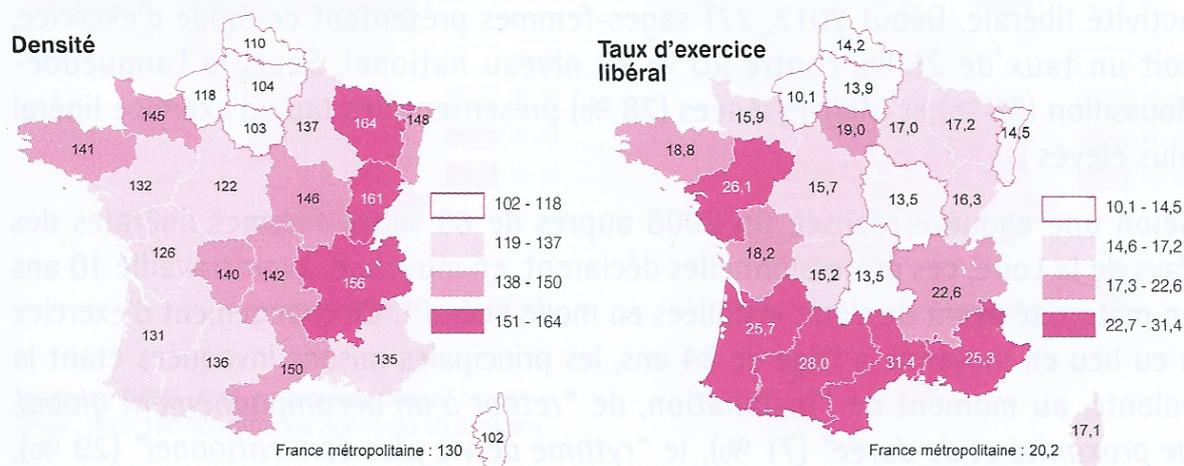
On constate une augmentation de 29% de la densité de sages-femmes sur le plan national depuis 2001 due notamment à l'augmentation du numerus clausus (qui passe de 759 en 2001 à 900 en 2002, puis à 1000 en 2004 et 1015 en 2008) et à une augmentation de la durée de vie professionnelle selon une enquête de 2004 (+6 ans entre 1990 et 1999). [22] et [26]



En mars 2012, le mode d'exercice des sages-femmes en France est majoritairement hospitalier (74%) avec 58% exerçant dans le secteur public et 16% exerçant dans le secteur privé. 18% des sages-femmes exercent en mode libéral et 8% sont salariées non hospitalières dont plus de la moitié exerce dans un service de Protection Maternelle et Infantile (PMI). La région connaît un fort taux d'exercice libéral avec 26% de sages-femmes exerçant sur ce mode. L'exercice libéral est en expansion (+6,7% de 2000 à 2010). On observe une plus forte croissance entre 2008 et 2010 (+9% par an). Celle-ci peut être reliée à la stabilisation du nombre de postes hospitaliers offerts. Ainsi, à l'issue de leur formation, les sages-femmes qui sont de plus en plus nombreuses, s'orienteraient davantage vers l'exercice libéral. Par ailleurs, l'installation en cabinet de groupe a tendance à augmenter ainsi que le développement de maisons médicales pluridisciplinaires. [13]

Figure 2.3 / Densité de sages-femmes et taux de sages-femmes exerçant en mode libéral

France métropolitaine (2012)



Sources : RPPS (Asip, traitements Drees), Insee

Unité des densités : pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. Unité des taux : pour 100 sages-femmes

La profession est restée presque exclusivement féminine au cours de la dernière décennie (99%) et sur le plan national, 51% des sages-femmes ont moins de 40 ans (52% sur le plan régional). On remarque que les sages-femmes exerçant en libéral sont plus âgées (âge moyen de 46 ans) que les sages-femmes salariées hospitalières (âge moyen de 39 ans). [13] et [26]

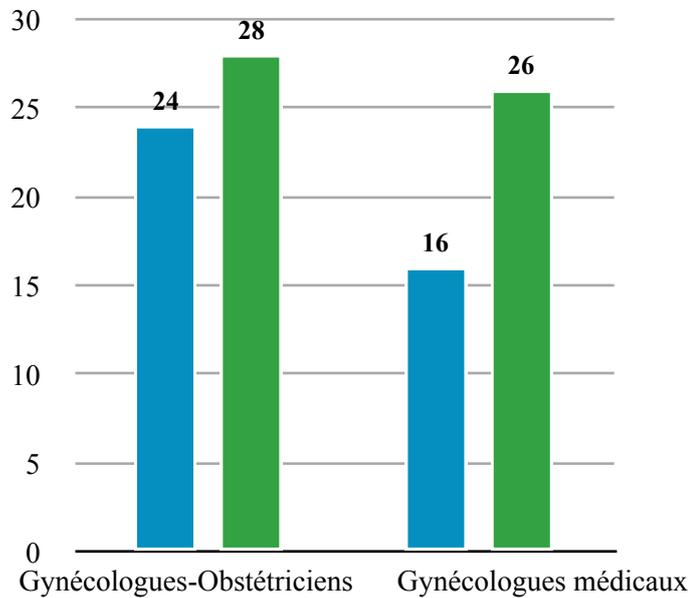
L'activité des sages-femmes varie fortement selon la structure de l'établissement et le mode d'exercice. En libéral, les cours de PNP représentent la moitié de l'activité, la rééducation périnéale en représente un quart, les visites et les consultations de suivi de grossesse ne représentent que 5% de l'activité, quant aux accouchements, leur part n'est que de 0,05%. Ce sont majoritairement les sages-femmes hospitalières qui réalisent les accouchements. En effet, la moitié de tous les accouchements sont réalisés par elles. Lorsque l'on ne prend en compte que les voies basses, il s'agit alors de 80% des accouchements qui sont réalisés par une sage-femme hospitalière. En public comme en privé, on compte une sage-femme pour 1 000 accouchements, cependant leur rôle est très différent. Dans le secteur privé, le médecin est le plus souvent en charge de l'accouchement, la sage-femme étant chargée de la préparation et l'accompagnement de la femme pendant la phase de travail. Au contraire, dans le secteur public, ce sont les sages-femmes qui assurent les accouchements et les médecins n'interviennent que pour les accouchements difficiles ou à risques. [13]

3.4.3. Les gynécologues

Au 1^{er} janvier 2012, la densité de gynécologues-obstétriciens en Pays de la Loire est de 24 pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans. C'est l'une des plus faibles densités de ces médecins, inférieure de 12% à la moyenne nationale qui est de 28. La densité régionale de gynécologues médicaux est quant à elle inférieure de 36% par rapport à la moyenne nationale (respectivement 16 et 26). La moindre offre régionale est encore plus manifeste lorsque le nombre de ces spécialistes est mis en regard du nombre de naissances sur le territoire. En effet, les Pays de la Loire sont la région la plus féconde de France avec 46 000 naissances par an. Ainsi la région dispose d'un spécialiste en gynécologie-obstétrique pour 360 naissances, contre un spécialiste pour 220 naissances au niveau national. [26]

■ Région Pays de la Loire ■ France

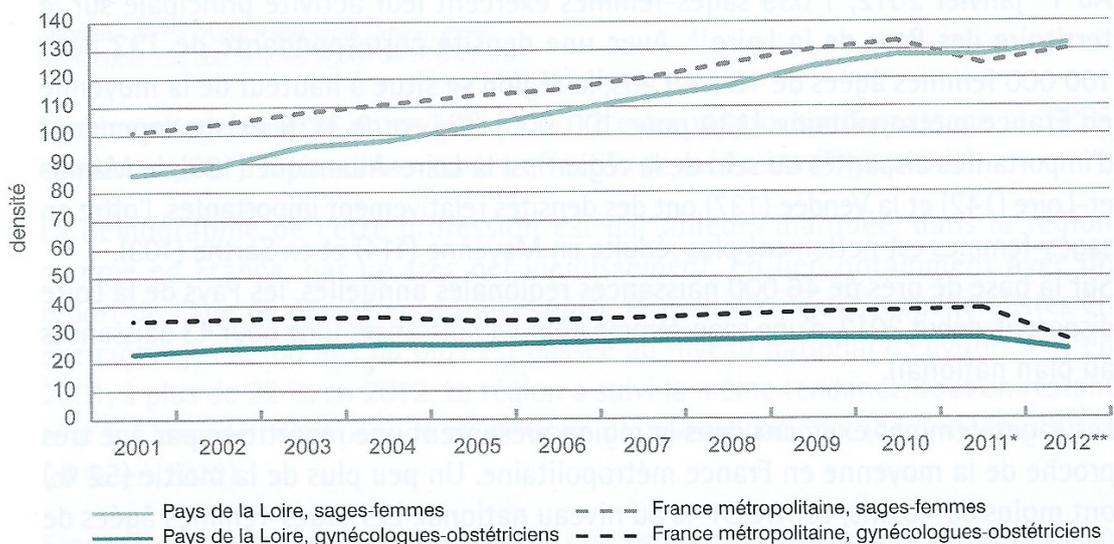
Densité de gynécologues pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans



On remarquera que la densité régionale de sages-femmes n'est pas corrélée à la densité régionale de gynécologues-obstétriciens.

Figure 2.4 / Evolutions des densités de sages-femmes et de gynécologues-obstétriciens

Pays de la Loire, France métropolitaine (2001-2012)



Sources : Adeli et RPPS (Asip, traitements Drees), Insee

* passage de la source Adeli à la source RPPS pour les sages-femmes

** passage de la source Adeli à la source RPPS pour les gynécologues-obstétriciens

Unité : pour 100 000 femmes âgées de 15 à 49 ans

3.5. Les différentes maternités de notre étude

3.5.1. Milieu rural

3.5.1.1. Maternité du CH de Challans

Il s'agit d'une maternité de type I implantée dans le nord-ouest de la Vendée qui réalise environ 1 000 accouchements par an. Elle dispose de 16 lits d'hospitalisation en suites de couches. La maternité de Challans a 15,4 ETP (Équivalents Temps-Pleins) de sages-femmes dont 2,2 ETP répartis entre les consultations, la préparation à la naissance, l'entretien prénatal précoce, l'acupuncture, la planification familiale et les consultations de tabacologie. Le reste des sages-femmes exerce en alternance en salle de naissance et en suites de couches. La maternité bénéficie de 2,5 ETP fixes et 1 ETP intérimaire. Le gynécologue-obstétricien et l'anesthésiste ne sont pas présents en permanence à la maternité. [31]

3.5.1.2. Maternité du CH de Fontenay-le-Comte

Il s'agit d'une maternité de type I implantée dans le sud de la Vendée qui réalise environ 1 000 accouchements par an. Elle propose des consultations de suivi de grossesse et de la préparation à l'accouchement. Elle dispose de 20 lits d'hospitalisation en suites de couches. La maternité de Fontenay-le-Comte a 14 ETP de sages-femmes répartis entre la salle de naissance, les suites de couches et les consultations (échographie, suivi de grossesse, préparation à la naissance, surveillance des grossesses à risques). Son équipe médicale est constituée de 3 gynécologues-obstétriciens (répartis sur 2,8 ETP). Le gynécologue-obstétricien et l'anesthésiste ne sont pas présents en permanence à la maternité. [31]

3.5.2. Milieu urbain

3.5.2.1. Polyclinique de l'Atlantique de Saint-Herblain

Il s'agit d'une maternité privée de type IIa implantée à Saint-Herblain (ouest de Nantes) qui réalise environ 5 000 accouchements par an. Elle propose des consultations de suivi de grossesse et d'addictologie et de la préparation à l'accouchement. Elle dispose de 75 lits d'hospitalisation en suites de couches et de 6 lits de néonatalogie. La maternité de la Polyclinique de l'Atlantique a 33 ETP de sages-femmes répartis sur la salle de naissance, la surveillance des grossesses à hauts risques, le suivi de grossesse, les suites de couches. Son équipe médicale est constituée de 17 gynécologues-obstétriciens en exercice libéral dans un établissement privé. [31]

3.5.2.2. Hôpital de la Mère et de l'Enfant du CHU de Nantes

Il s'agit d'une maternité de type III faisant partie d'un Centre Hospitalier Universitaire qui réalise environ 4 000 accouchements par an. Elle propose des consultations de suivi de grossesse, de la préparation à l'accouchement, des consultations d'aide au sevrage tabagique et dispose d'une Unité Gynéco-Obstétrique Médico-Psycho-Sociale (UGOMPS). Cette unité assure le suivi des grossesses de femmes fragilisées (car très jeunes, isolées, toxicomanes ou victimes de violence intrafamiliale) et peut proposer un suivi gynécologique à des femmes socialement marginalisées. Le service de suites de couches dispose de 52 lits d'hospitalisation, ainsi qu'un service de réanimation néonatale, de soins intensifs néonataux et de néonatalogie. La maternité du CHU de Nantes a 69,9 ETP de sages-femmes répartis sur la salle de naissance, la cellule de transfert, le suivi intensif de grossesse, le centre de planification familiale, le diagnostic anténatal, le suivi de grossesse, l'aide médicale à la procréation, la surveillance des grossesses à hauts risques, les suites de couches. Son équipe médicale est composée de 15 gynécologues-obstétriciens. [31]

PARTIE II - MÉTHODE DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude rétrospective réalisée dans quatre maternités de la région des Pays de la Loire durant une période variant de deux semaines à un peu plus de trois mois environ:

- Du 8 au 20 juin 2013 à la maternité de la Polyclinique de l'Atlantique à Saint-Herblain (type II A) soit 13 jours.

- Du 11 au 28 juin 2013 à la maternité de l'Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes (type III) soit 18 jours.

- Du 30 mai au 16 septembre 2013 à la maternité du CH de Fontenay-le-Comte (type I) soit 110 jours.

- Du 10 juin au 27 août 2013 à la maternité du CH de Challans (type I) soit 79 jours.

Deux groupes ont été constitués: un groupe de maternités considérées comme implantées dans un milieu urbain (Polyclinique de l'Atlantique à Saint-Herblain et Hôpital Mère-Enfant du CHU de Nantes) et un groupe de maternités considérées comme implantées dans un milieu rural (CH de Fontenay-le-Comte et CH de Challans).

1. RECUEIL DE DONNÉES

Notre enquête a été réalisée auprès des patientes ayant accouché, par un questionnaire (remis par l'équipe de sages-femmes) distribué à leur entrée dans le service de suites de couches. Ce questionnaire comportait différentes parties:

- Une partie "Renseignements" dont les réponses nous ont permis de comparer les populations.

- Une partie "Antécédents" concernant les antécédents médicaux, qui nous permettait de comprendre le suivi organisé de la grossesse en fonction des pathologies chroniques évoquées par les patientes.

- Une partie "Suivi de la grossesse". Cette partie a été scindée en trois sous-parties pour organiser notre questionnaire par trimestre. Nous cherchions à savoir quels professionnels avaient été vus, pour quelles raisons ils avaient été consultés, le nombre d'échographies, de consultations, de kilomètres parcourus dans le cadre du suivi de la grossesse.

- Une partie "Accouchement" afin de connaître les résultats obtenus avec le suivi de grossesse décrit par les patientes.

- Une partie "Bébé" avec quelques renseignements concernant le nouveau-né.

- Une partie "Sortie de la maternité" pour envisager les aides lors du retour à domicile.

Le questionnaire était ensuite récupéré lors de leur sortie de la maternité et le score d'Apgar ainsi que le pH artériel ombilical étaient reportés sur le questionnaire.

L'objectif d'un questionnaire aussi dense était de recueillir assez d'informations afin de pouvoir comparer les deux populations, déterminer s'il existe des différences dans le suivi de la grossesse entre les milieux urbain et rural, de les déterminer et d'essayer de les expliquer.

2. CRITÈRES D'INCLUSION

Ont été prises en compte toutes les réponses des femmes hospitalisées dans le service de suites de couches de la maternité en question.

3. CRITÈRES D'EXCLUSION

Nous ne nommerons pas les maternités. Ainsi, les maternités urbaines seront renommées "Mater 1" et "Mater 2" et les maternités rurales "Mater 3" et "Mater 4".

Notre étude fait intervenir des maternités de type I, qui par conséquent, ne peuvent prendre en charge les nouveau-nés prématurés. Aussi, afin de pouvoir comparer nos résultats, nous avons exclu toutes les patientes dont l'accouchement est survenu avant 36 SA:

- 3 à la Mater 1.
- 2 à la Mater 2.
- 1 à la Mater 3.

Nous avons également exclu une patiente de la Mater 4 dont le terme était inconnu.

Ainsi, sur 422 questionnaires récupérés, nous en avons exploité 415 (98,3%).

4. VARIABLES ÉTUDIÉES

Dans les variables étudiées, nous pouvons distinguer les données socio-démographiques, le suivi de grossesse (étudié trimestre par trimestre), l'issue de la grossesse et l'organisation du retour à la maison.

5. MÉTHODE STATISTIQUE

Les variables qualitatives sont représentées par des pourcentages avec un intervalle de confiance à 95% basée sur la loi normale ou la loi binomiale. La description des variables quantitatives repose sur la moyenne et un écart-type de la population. En cas de répartition

asymétrique, la médiane est présentée avec l'étendue avec la valeur la plus basse et la valeur la plus haute. Le logiciel EPIDATA Analysis 2.2 a été utilisé.

Pour la comparaison, les tests sont effectués avec un seuil de décision de $p < 0.05$. Les pourcentages sont comparés avec la méthode du χ^2 ou le test de Fisher selon les effectifs. Les moyennes sont comparées par le test t de Student ou par une analyse de variance ANOVA en cas de répartition normale ou par les tests de Mann-Whitney ou de Kruskal-Wallis en cas de répartition non normale.

Des analyses multivariées sont effectuées avec une régression logistique en modèle complet et en pas-à-pas avec le logiciel SPSS 20.0 d'une part pour la variable lieu, d'autre part pour la variable césarienne.

Pour calculer la distance du domicile des patientes à leur maternité d'accouchement, le site www.lion1906.com a été utilisé. Il a permis de connaître la distance (à vol d'oiseau) de chaque commune des deux groupes de maternités à la maternité en question. Les données réunies ont ensuite pu être utilisées sur le logiciel EPIDATA Analysis 2.2 afin de comparer les distances entre les deux groupes.

PARTIE III - ANALYSE DES RÉSULTATS

1. DÉTAIL DES MATERNITÉS

	CHU Nantes	PCA St Herblain	CH Fontenay	CH Challans
Distribués	119	115	120	110
Récupérés	103	109	112	98
Taux de réponse (%)	86,6	94,8	93,3	89,1
Taux de réponse moyen (%)	90,9			

1.1. Maternités urbaines

Le groupe des maternités urbaines est constitué des Mater 1 et Mater 2.

Au total, 207 questionnaires ont pu être exploités pour ce groupe : 100 à la Mater 1 (soit 48%) et 107 à la Mater 2 (soit 52%).

1.2. Maternités rurales

Le groupe des maternités rurales est constitué des Mater 3 et Mater 4.

Au total, 208 questionnaires ont pu être exploités dans ce groupe : 110 à la Mater 3 (soit 53%) et 98 à la Mater 4 (soit 47%).

2. COMPARABILITÉ DES DEUX MATERNITÉS DANS CHAQUE GROUPE

Les maternités dans chaque groupe sont comparables pour les variables démographiques (âge, métier et niveau d'études) et obstétricales (âge, gestité, parité, niveau d'études). Cependant il existe quelques différences. On en tiendra compte dans l'analyse fine de certains résultats.

On a estimé le droit de regrouper les maternités en deux groupes (rurales et urbaines) en tenant compte des différences énoncées.

2.1. Groupe de maternités rurales

Il y a plus de déclarations de grossesse faites par le gynécologue de ville et de cours de PNP assurés par une sage-femme libérale à la Mater 3.

2.2. Groupe de maternités urbaines

Les patientes de la Mater 1 habitent moins dans des maisons, sont moins couvertes par une mutuelle, bénéficient de plus d'aides et leur grossesse est davantage déclarée par un médecin généraliste. Les patientes de la Mater 2 sont davantage de nationalité européenne et bénéficient plus de l'EPP que les patientes de la Mater 1 (38,0% *versus* 49,5% avec $p=0,003$).

3. LES DIFFÉRENCES ENTRE LES POPULATIONS ISSUES DES DEUX GROUPES DE MATERNITÉ

Les mères issues des maternités rurales sont plus jeunes avec une moyenne d'âge de $29,4\pm 4,5$ ans contre $30,5\pm 4,8$ ans pour les mères issues des maternités urbaines ($p=0,01$) et sont davantage d'origine européenne (99,5% contre 93,2% avec $p=0,0006$).

On observe également que les maternités rurales ont une patientèle différente. Les professions intermédiaires et cadres sont moins représentées, que cela concerne la mère, le père ou le couple.

Tableau I : Proportion de cadres

	Mater urbaines (n=207)	Mater rurales (n=208)	p value
Cadre mère (%)	76 (36,7)	41 (19,7)	0,0001
Cadre père (%)	67 (32,4)	37 (17,8)	0,0006
Cadre couple (%)	94 (45,4)	60 (28,8)	0,0005

Les patientes issues du groupe des maternités rurales ont moins de diplômes de l'enseignement supérieur.

Tableau II : Niveau d'étude des mères (%)

	Mater urbaines (n=204)	Mater rurales (n=203)	p value
Avant Bac	48 (23,5)	69 (34,0)	0,02
Après Bac	156 (76,5)	134 (66,0)	

Dans le groupe des maternités rurales, les femmes habitent davantage en maison qu'en appartement (97,1% *versus* 66,7% avec $p<10^{-4}$).

Les maternités rurales drainent principalement une patientèle rurale (67,3% avec $p < 10^{-4}$), ce qui est en lien logique avec leur site d'implantation. La provenance des patientes des maternités urbaines est plus équilibrée.

Tableau III : Provenance des patientes³

	Mater urbaines (n=202)	Mater rurales (n=205)	p value
Banlieue (%)	61 (30,2)	27 (13,2)	
Rural (%)	43 (21,3)	138 (67,3)	$< 10^{-4}$
Ville centre (%)	72 (35,6)	21 (10,2)	
Ville isolée (%)	26 (12,9)	19 (9,3)	

4. LE DÉBUT DE GROSSESSE

La déclaration de grossesse est principalement faite par les médecins (médecin généraliste ou gynécologue). On remarque que chez les patientes issues du groupe des maternités rurales, les sages-femmes de maternité remplissent davantage la déclaration de grossesse (11,1% contre 1,0% avec $p < 10^{-4}$), tout comme les sages-femmes libérales (4,8% contre 1,4% avec $p = 0,0496$). Dans ce même groupe, la part de gynécologues déclarant la grossesse est moins importante (16,8% contre 28,0% avec $p = 0,0063$).

Dans le groupe des maternités rurales, la déclaration de grossesse se fait par un médecin généraliste dans 63,3% des cas (Mater 4) et 14,5% des cas (Mater 3). Dans le groupe des maternités urbaines, la déclaration de grossesse se fait par un médecin généraliste dans 48,0%

³ Définitions de l'INSEE [32] :

- Banlieue : Les communes qui ne sont pas villes-centres constituent la banlieue de l'unité urbaine.
- Unité urbaine : Commune qui compte au moins 2 000 habitants.
- Ville centre : Lorsqu'une unité urbaine est constituée de plusieurs communes, on la désigne sous le terme d'agglomération multicommunale. Les communes qui la composent sont soit ville-centre, soit banlieue. Si une commune représente plus de 50% de la population de l'agglomération multicommunale, elle est seule ville-centre. Sinon, toutes les communes qui ont une population supérieure à 50% de celle de la commune la plus peuplée, ainsi que cette dernière, sont villes-centres. Les communes urbaines qui ne sont pas villes-centres constituent la banlieue de l'agglomération multicommunale.
- Ville isolée : Lorsqu'une unité urbaine est constituée d'une seule commune, on la désigne sous le terme de ville isolée.

des cas (Mater 1) et 34,6% des cas (Mater 2). De même pour la déclaration de grossesse faite par un gynécologue de ville (8,0% à la Mater 1, 44,9% à la Mater 2, 48,2% à la Mater 3 et 7,1% à la Mater 4). Les limites du regroupement apparaissent donc puisque les différences s'annulent.

Les patientes du groupe des maternités rurales bénéficient davantage de l'EPP. En effet, elles sont 52,2% déclarant l'avoir eu contre 44,4% de celles issues du groupe des maternités urbaines ($p=0,001$). Parmi ces femmes des maternités rurales, 34,0% d'entre elles sont des primipares contre 47,3% des femmes des maternités urbaines ($p=0,06$). Il semble que les primipares bénéficient plus de l'EPP dans le groupe des maternités urbaines sans que cette différence soit significative.

Concernant les cours de préparation à la naissance et à la parentalité, il n'a pas été mis en évidence de différence significative entre les deux groupes. Dans le groupe des maternités rurales 61,1% des patientes ont suivi une préparation à la naissance contre 63,3% dans le groupe des maternités urbaines ($p=0,64$).

On remarque que dans le groupe des patientes issues de maternités urbaines, elles sont 22,2% à déclarer rencontrer des problèmes sociologiques (notamment des problèmes d'argent, de logement et de solitude) contre 15,4% en milieu rural ($p=0,07$).

5. LE SUIVI DE GROSSESSE

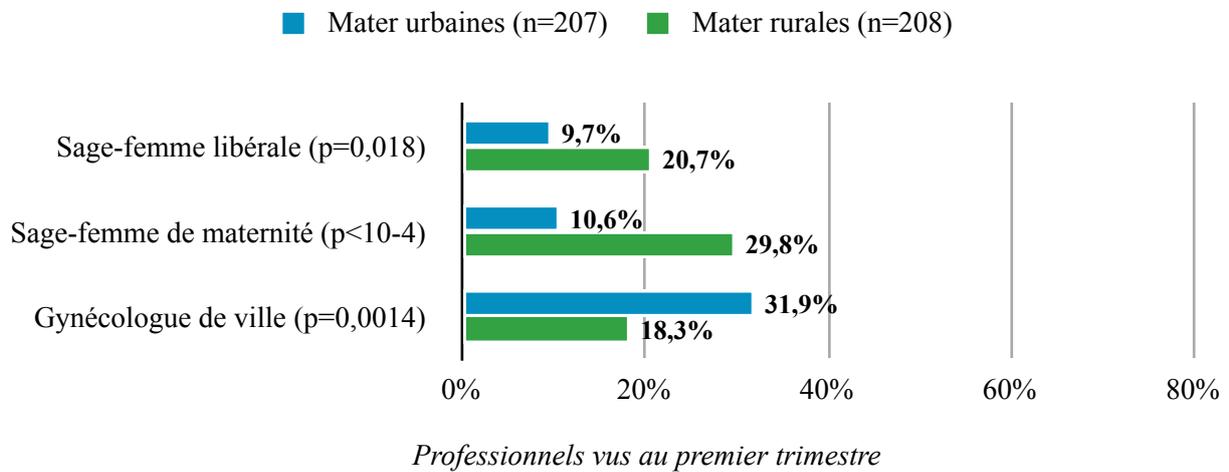
4.1. Les consultations

On remarque que les patientes issues du groupe des maternités rurales ont moins de consultations au premier trimestre ($3,1\pm 1,4$) que les patientes issues du groupe des maternités urbaines ($3,4\pm 1,7$) ($p=0,02$).

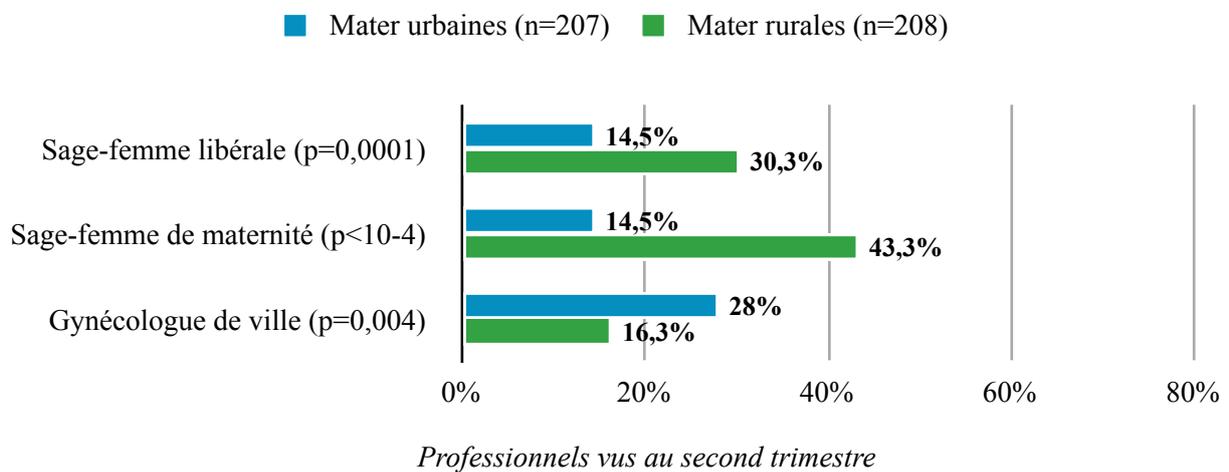
4.2. Les professionnels

Les professionnels de santé vus pour le suivi de la grossesse ne sont pas les mêmes entre les deux groupes. Chez les femmes issues du groupe des maternités rurales, il s'agit davantage d'une sage-femme libérale ou d'une sage-femme de maternité et moins d'un gynécologue de ville. Notre questionnaire proposait six choix de professionnels que les patientes pouvaient avoir vus lors du suivi de leur grossesse : médecin généraliste, sage-femme libérale, sage-femme de PMI, sage-femme de maternité, gynécologue de ville, gynécologue de maternité. Plusieurs réponses étaient possibles. Pour alléger les graphiques, nous avons fait le choix de

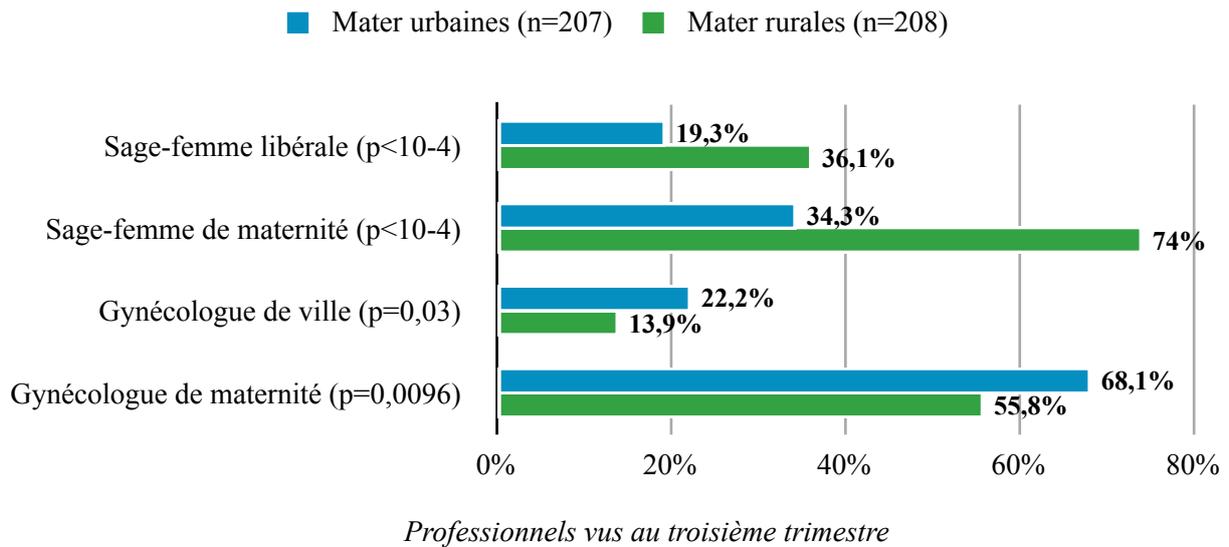
ne représenter que les professionnels pour lesquels il existe une différence entre les deux groupes.



Au premier trimestre, les patientes des maternités rurales voient 2,5 fois plus une sage-femme libérale et 1,3 fois plus une sage-femme de maternité. Les patientes des maternités urbaines voient 2,1 fois plus un gynécologue de ville que les patientes de l'autre groupe.



Au second trimestre, les patientes des maternités rurales voient 2,5 fois plus une sage-femme libérale et 5 fois plus une sage-femme de maternité. Les patientes des maternités urbaines voient 2 fois plus un gynécologue de ville que les patientes de l'autre groupe.



Au troisième trimestre, les patientes des maternités rurales voient 2,5 fois plus une sage-femme libérale et 5 fois plus une sage-femme de maternité. Les patientes des maternités urbaines voient 1,8 fois plus un gynécologue de ville et 1,7 fois plus un gynécologue de maternité que les patientes de l'autre groupe.

Tableau IV : Kilomètres parcourus pour un aller afin d'aller consulter durant le premier trimestre

	Mater urbaines (n=207)	Mater rurales (n=208)	p value
Le médecin généraliste	6,4 ± 8,1	10,3 ± 11,9	0,007
La sage-femme libérale	5,6 ± 6,3	12,3 ± 10,2	0,002
Le gynécologue-obstétricien de ville	12,5 ± 16,4	19,7 ± 12,7	0,03
Le gynécologue-obstétricien de maternité	24,0 ± 22,4	18,5 ± 15,6	0,07

Tableau V : Kilomètres parcourus pour un aller afin d'aller consulter durant le second trimestre

	Mater urbaines (n=207)	Mater rurales (n=208)	p value
Le médecin généraliste	7,0 ± 9,2	11,0 ± 8,1	0,03
La sage-femme libérale	3,8 ± 4,7	11,5 ± 8,0	$< 10^{-4}$
La sage-femme de maternité	9,5 ± 12,9	15,5 ± 9,9	0,04
Le gynécologue de maternité	23,3 ± 22,5	18,5 ± 12,3	0,07

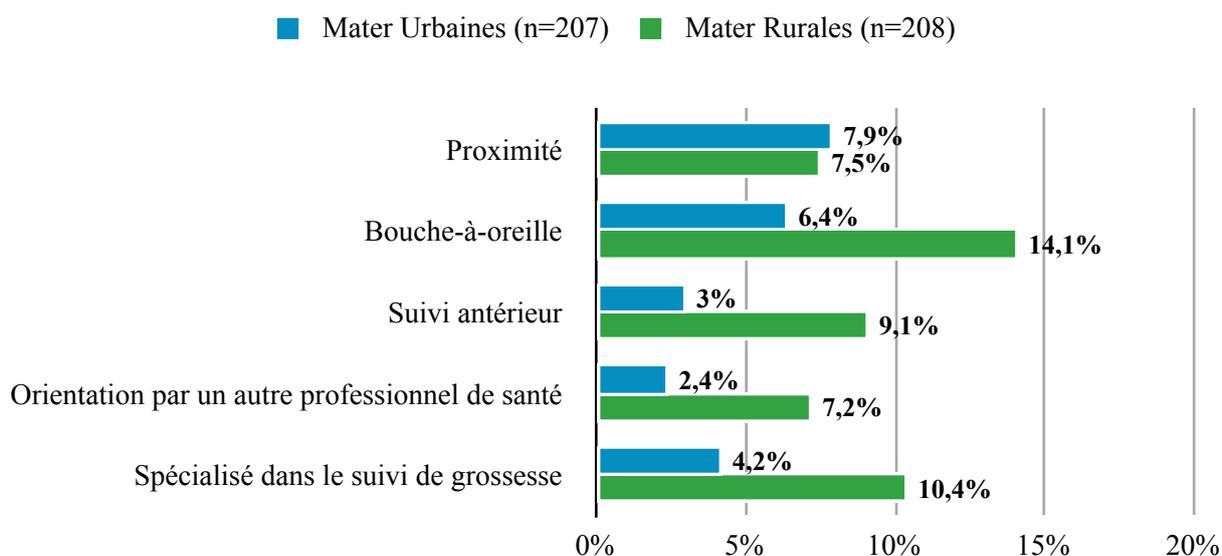
Tableau VI : Kilomètres parcourus pour un aller afin d'aller consulter durant le troisième trimestre

	Mater urbaines (n=207)	Mater rurales (n=208)	p value
La sage-femme libérale	4,3 ± 5,2	11,3 ± 8,3	<10 ⁻⁴
Le gynécologue-obstétricien de maternité	25,6 ± 21,2	17,1 ± 10,2	0,001

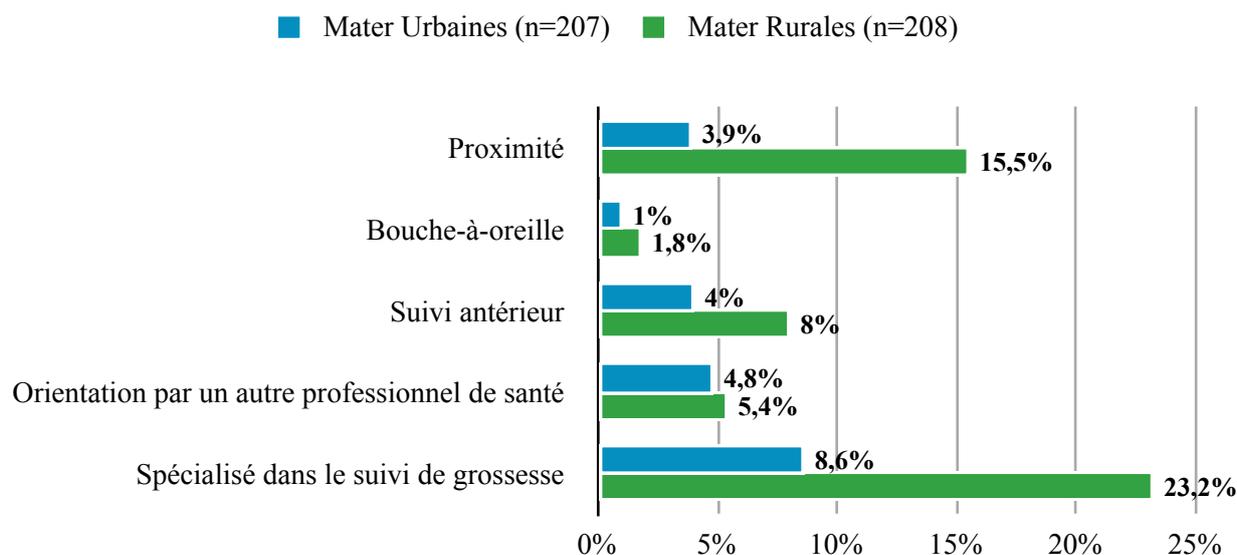
En milieu rural, les patientes parcourent plus de kilomètres pour aller consulter les professionnels de santé. On notera que les patientes accouchant en milieu urbain semblent parcourir davantage de distance afin de consulter le gynécologue de la maternité même si cette différence n'est significative qu'au troisième trimestre.

Concernant ce qui a motivé le choix du professionnel de santé, les patientes avaient cinq propositions de réponses (plusieurs réponses possibles).

Pour la sage-femme libérale :

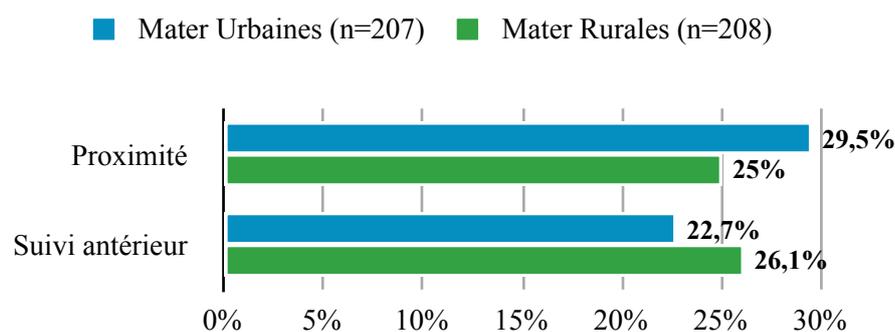


Les raisons du choix du professionnel de santé: concernant la sage-femme de maternité



La première raison évoquée par les patientes pour le choix de la sage-femme de maternité est sa spécialisation dans le suivi de la grossesse. On retrouve cette raison également évoquée en premier pour les gynécologues de maternité. Le choix du gynécologue de ville est principalement motivé par un suivi antérieur.

Concernant le médecin généraliste : Les principales raisons évoquées sont la proximité et le suivi antérieur.



5.3. Les échographies

Les femmes issues du groupe des maternités rurales ont moins d'échographies durant la grossesse, notamment au deuxième trimestre.

Tableau VII : Nombre moyen d'échographies

	Mater urbaines	Mater rurales	p value
Au 1 ^{er} trimestre	1,8 ± 1,4	1,6 ± 0,9	0,058
Au 2 ^{ème} trimestre	1,8 ± 1,3	1,5 ± 0,9	0,02
Au total	5,5 ± 3,0	5,0 ± 2,1	0,049

Les réalisateurs de l'échographie diffèrent entre les deux groupes ($p < 10^{-4}$). Dans le groupe des maternités urbaines, c'est un radiologue ou échographiste qui réalise principalement les échographies (73,3%) et ce peu importe le trimestre. Dans le groupe des maternités rurales, il s'agit principalement d'un gynécologue de la maternité (49,7%).

Il n'y a pas de différence significative entre les deux groupes concernant le nombre de kilomètres parcourus afin de réaliser les échographies.

5.4. Les traitements

Les femmes issues du groupe des maternités rurales prennent significativement moins de traitements (54,3%) que celles issues du groupe des maternités urbaines (66,7%) ($p = 0,01$). Dans les détails donnés par les patientes, on remarque des traitements fréquemment pris.

Tableau VIII : Principaux traitements pris (n>100 car plusieurs réponses possibles)

	Mater urbaines	Mater rurales
Antireflux	44	13
Compléments Alimentaires	29	16
Fer	63	59
Homéopathie	10	20
Minéraux	13	13
Vitamines	19	8

5.5. Les autres professionnels consultés

La proportion d'autres professionnels consultés (non spécialisés dans le suivi de grossesse) n'est significativement pas différente (22,2% et 19,4% avec $p = 0,49$). Les spécialités consultées en majorité sont:

Tableau IX : Principaux spécialistes consultés durant la grossesse

	Mater urbaines (n=45)	Mater rurales (n=39)	p value
Endocrinologue	21	18	
Ostéopathe	8	2	
Cardiologue	4	0	NC
Dentiste	0	3	
Kinésithérapeute	2	1	

Les femmes ayant accouché en milieu rural parcourent davantage de kilomètres ($31,5 \pm 34,3$) pour consulter un de ces spécialistes que celles ayant accouché en milieu urbain ($14,9 \pm 20,1$), et cela de façon significative ($p=0,01$). Le nombre moyen de ces consultations est sensiblement le même quel que soit le groupe ($2,5 \pm 2,7$ pour le groupe des maternités rurales et $2,9 \pm 2,4$ pour le groupe des maternités urbaines avec $p=0,5$). Les raisons de ces consultations restent globalement les mêmes sauf pour les lombalgies. En effet, 10 patientes ayant accouché en milieu urbain déclarent avoir consulté un ostéopathe pour cette raison et aucune dans celles ayant accouché en milieu rural.

6. L'ISSUE DE LA GROSSESSE

Tout comme les raisons du choix du professionnel de santé, les patientes avaient plusieurs propositions de réponses. Il pouvait s'agir d'un choix motivé par la proximité de la maternité avec leur domicile, par le bouche-à-oreille, par un suivi antérieur à la grossesse actuelle, d'un choix orienté par un autre professionnel de santé. Les patientes pouvaient choisir plusieurs raisons.

Le choix de la maternité est motivé par différentes raisons:

Tableau X : Raisons du choix de la maternité (%)

	Mater Urbaines (n=207)	Mater rurales (n=208)	p value
Proximité	76 (36,7)	185 (88,9)	$<10^{-4}$
Suivi antérieur	91 (44,0)	60 (28,8)	0,001
Bouche-à-oreille	60 (29,0)	37 (17,8)	0,007
Orientation par un autre professionnel de santé	21 (10,1)	8 (3,8)	0,01

Les patientes issues du groupe des maternités rurales choisissent leur maternité d'accouchement en fonction de leur proximité. Pour les patientes issues du groupe des maternités urbaines, le choix paraît être déterminé par plusieurs raisons. Dans les autres raisons données par les patientes, le choix de la maternité est également motivé par le type de maternité, qui offre, selon elles, une sécurité médicale plus ou moins importante.

Lorsque l'on compare la distance du domicile des patientes à la maternité, il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes.

Tableau XI : Distance du domicile à la maternité

	Mater urbaines (n=207)	Mater rurales (n=208)	p value
Distance à la maternité (km)	16,6 ± 19,6	14,6 ± 8,5	0,18

Il n'y a pas de différences significatives entre les deux groupes concernant la présentation foetale, le mode de début du travail ainsi que le nombre de patientes ayant rompu la poche des eaux plus de douze heures.

Le recours à l'analgésie péridurale est significativement moins important chez les femmes accouchant par voie basse en milieu rural (63,6% *versus* 81,6% avec p=0,004).

Le taux d'extraction instrumentales est significativement moins important dans le groupe des maternités rurales (9,6% *versus* 16,9% avec p=0,01).

Lorsque l'on compare le seul poids de naissance des enfants, il apparaît une différence significative entre les deux groupes en défaveur du groupe des maternités rurales (3280±400g contre 3380±460g avec p=0,03). Pour comparer ces poids à âge gestationnel égal, nous avons utilisé deux courbes, celle d'Usher et celle de Kramer.

Tableau XII : Comparaison des poids de naissance à âge gestationnel égal

	Mater urbaines (n=207)	Mater rurales (n=208)	p value
Usher	0,0508 ± 0,975	-0,127 ± 0,818	0,0047
Kramer	-0,172 ± 0,932	- 0,353 ± 0,801	0,0366

À âge gestationnel égal, les enfants nés en maternité rurale ont donc un poids de naissance inférieur à ceux nés en maternité urbaine.

Le taux de césarienne est moins important chez les femmes accouchant en milieu rural (15,9% contre 22,2% avec $p=0,01$).

7. LE RETOUR À LA MAISON

A la sortie de la maternité, on constate une différence dans le mode d'alimentation des nouveaux-nés sans que celle-ci soit significative ($p=0,08$). Il semble y avoir moins d'alimentation maternelle en milieu rural (43,3%) qu'en milieu urbain (52,7%).

Concernant les aides prévues à la sortie de la maternité, plusieurs propositions de réponses étaient faites aux patientes telles que le conjoint présent, la famille présente, une sage-femme libérale, une sage-femme de PMI. Les patientes pouvaient choisir plusieurs réponses ainsi que préciser d'autres aides. Les femmes issues du groupe des maternités rurales en prévoient moins (45,8% *versus* 65,3% pour celles issues du groupe des maternités urbaines avec $p=0,0001$). On remarque qu'en milieu rural, les sages-femmes (libérales ou de PMI) sont moins sollicitées lors du retour à la maison.

Tableau XIII : Patientes ayant prévu une(des) aide(s) à la sortie de la maternité (%)

	Mater urbaines (n=207)	Mater rurales (n=208)	p value
Sage-femme libérale	56 (27,1)	17 (8,2)	$<10^{-4}$
Sage-femme de PMI	12 (5,8)	3 (1,4)	0,02

A la question « Saviez-vous que la sage-femme pouvait suivre une grossesse physiologique (sans pathologies, maladies particulières) seule, du début à la fin de la grossesse? », la majorité des femmes ont répondu « Oui » (en moyenne 64,1%), sans différence significative entre les deux groupes.

8. ANALYSE MULTIVARIÉE

Pour tenir compte des liens entre les différences de populations (âge, profession, études,...), une analyse multivariée a été réalisée avec le critère « Maternité urbaine / rurale » comme variable à expliquer, avec les variables suivantes explicatives : âge, profession cadre,

niveau d'études, nationalité, déclaration par médecin généraliste, problèmes, pathologie, modes de début de travail et d'accouchement. Il ressort de l'analyse que la grossesse et l'accouchement ne sont pas différents mais que les différences persistent (âge, cadre, nationalité).

Tableau XIV : Récapitulatif des résultats

<i>Part plus importante, dans la patientèle, de:</i>	Mater Urbaines	Mater Rurales
Jeunes		+
Cadres	+	
Françaises		+
Bachelières	+	
Patientes habitant dans une maison		+
Grossesses déclarées par un gynécologue de ville	+	
Patientes ayant bénéficié d'un Entretien Prénatal Précoce		+
Primipares dans les patientes bénéficiant de l'EPP	+	
Patientes déclarant avoir des problèmes sociaux	+/-	
Consultations au premier trimestre	+	
Suivi par une sage-femme libérale		+
Suivi par une sage-femme de maternité		+
Suivi par un gynécologue de ville	+	
Échographies	+	
Échographies réalisées par gynécologue de maternité		+
Échographies réalisées par radiologue-échographiste	+	
Kilomètres effectués pour consulter		+
Traitements pris pendant la grossesse	+	
Choix de la maternité d'accouchement pour sa proximité		+
Analgésie péridurale	+	
Instruments	+	
Césarienne	+	
Poids de naissance plus important	+	
Allaitement maternel	+/-	
Aide du conjoint prévue à la sortie de la maternité	+/-	
Suivi par une sage-femme libérale ou de PMI lors du retour à domicile	+	

+ : $p < 0,05$

+/- : $0,05 < p < 0,10$

PARTIE IV - DISCUSSION

1. CE QUE MONTRE CETTE ÉTUDE

Les femmes en milieu rural sont plus jeunes d'environ un an, avec un niveau d'études plus faible. La catégorie socio-professionnelle « cadre » est moins représentée en milieu rural (que ce soient les patientes et/ou leur conjoint).

Dans cette population ayant accouché après 36 SA, il n'y a pas de différences de pathologies obstétricales (environ 24,4% des femmes ont déclaré une pathologie pendant la grossesse).

Les patientes des deux groupes ont la même parité.

Les femmes ne consultent pas les mêmes professionnels selon le milieu rural ou urbain. C'est la sage-femme (libérale ou de maternité) qui est le plus consultée en milieu rural tandis que c'est le gynécologue qui est le plus consulté en milieu urbain.

Les pathologies gravidiques, circonstances et modalités d'accouchement sont similaires même en tenant compte des différences d'âge, de profession.

Il existe des différences concernant le suivi en post-partum. En milieu rural, les femmes font moins appel à une sage-femme lorsqu'elles sortent de la maternité.

2. LES LIMITES DE L'ÉTUDE

Le choix arbitraire de quatre maternités, dont une privée.

Le biais créé par le regroupement qui annule certaines différences observées entre les maternités d'un même groupe.

La provenance des femmes ne correspond pas forcément à la typologie de la maternité. En milieu rural, les patientes sont globalement d'origine rurale. En revanche, en milieu urbain, la provenance des patientes est plus variée, 21% sont d'origine rurale.

3. LES DIFFÉRENCES DE POPULATION

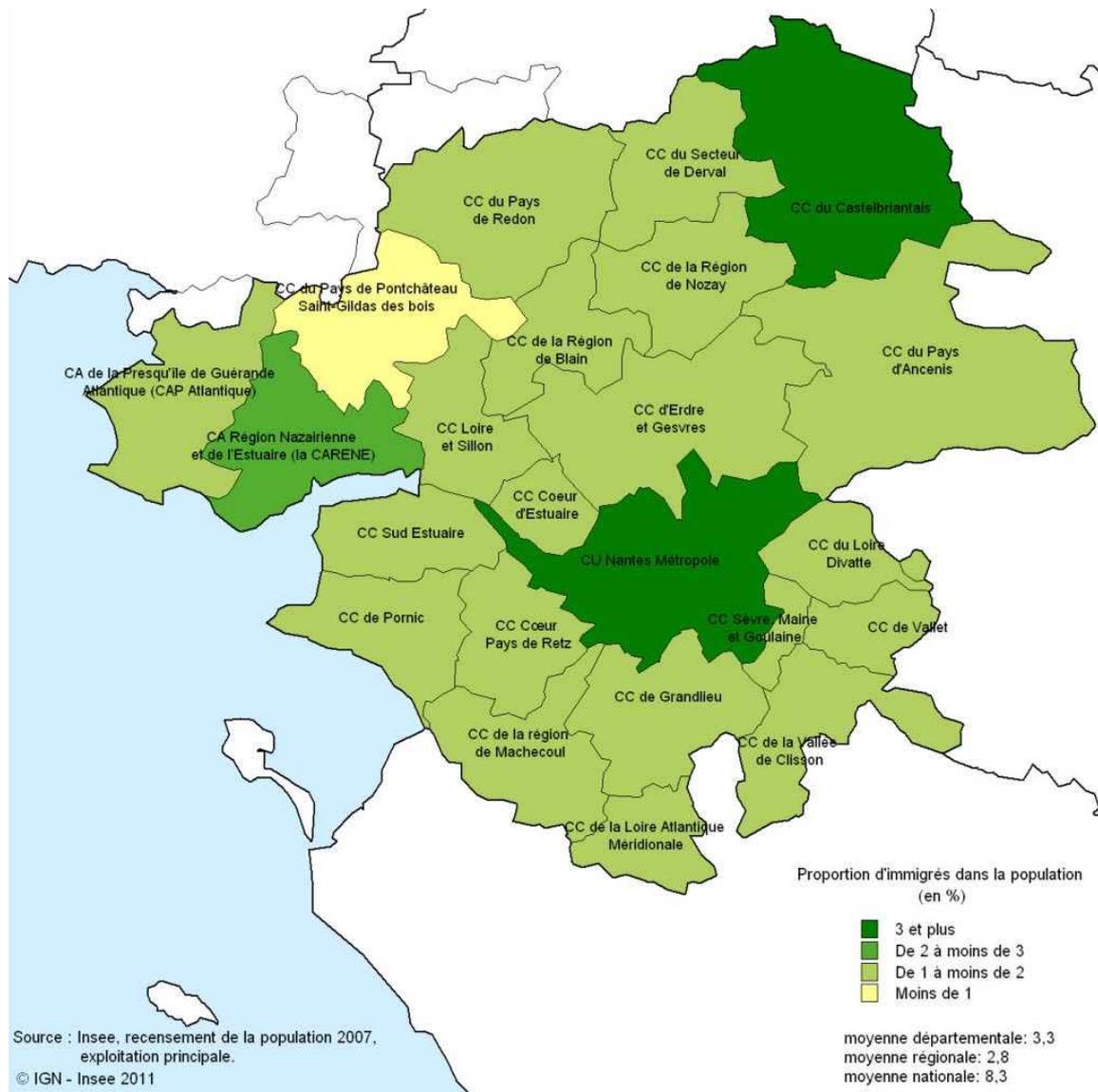
3.1. Les différences intra-groupe

Les différences retrouvées entre les deux maternités du milieu urbain sont pour certaines en lien avec leur statut public ou privé. En effet, la Mater 1 est publique tandis que la Mater 2 est privée. Ceci peut expliquer les différences de nationalité observées ; les populations migrantes bénéficient souvent de la Couverture Maladie Universelle et ne peuvent donc pas

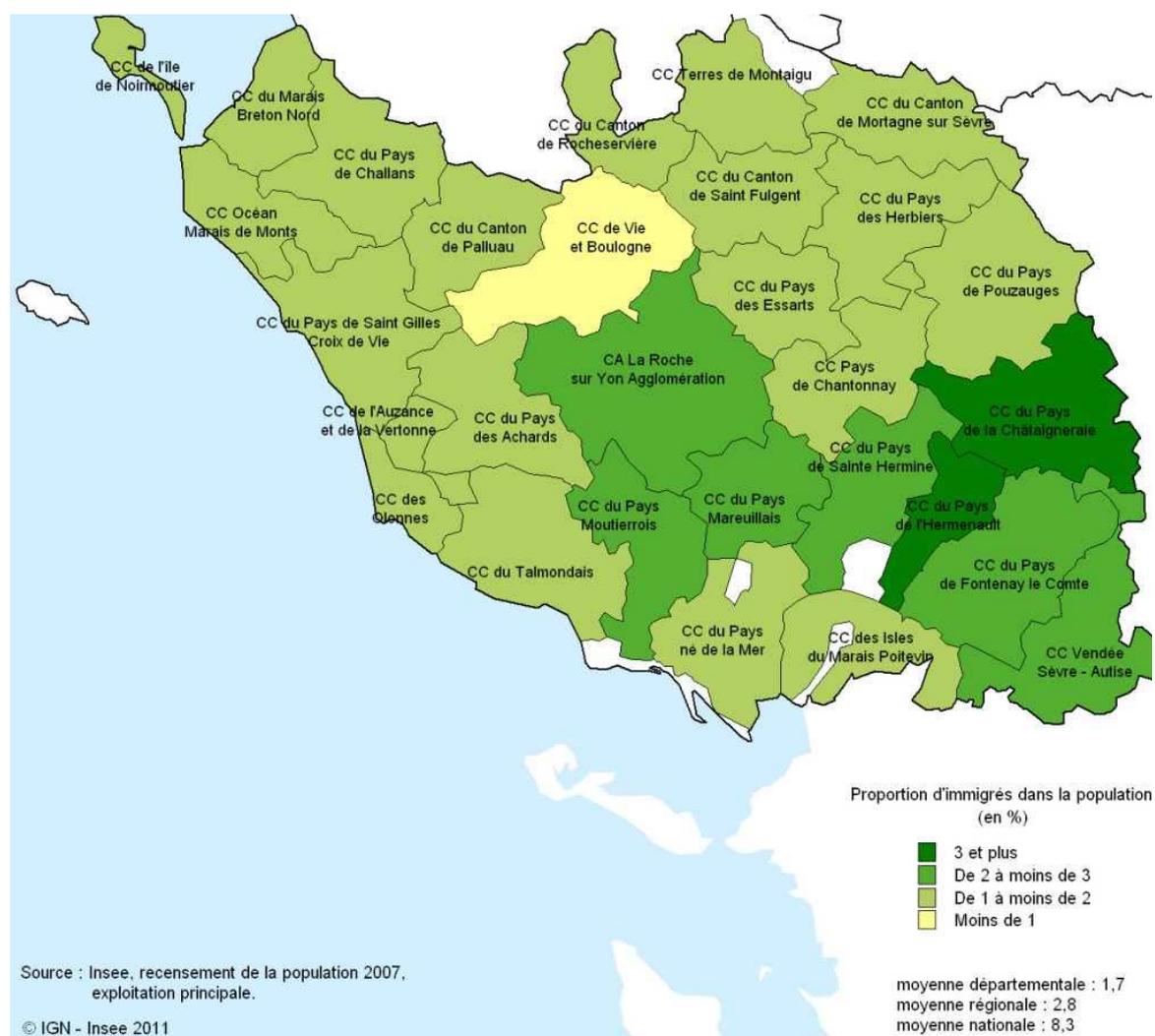
avancer le prix des soins ni couvrir les éventuels dépassements d'honoraires dans les structures privées. Le statut (public ou privé) peut être corrélé à la différence retrouvée concernant les aides financières dont bénéficient les patientes. En effet, une patiente recevant des aides financières, se rendra plus spontanément dans une structure publique (pas de dépassements d'honoraires et pas d'avancement du coût des soins) et de façon générale, les populations migrantes sont plus souvent orientées vers les structures publiques par les professionnels. Ceci peut également expliquer la différence retrouvée concernant le type d'habitation, puisque la part de logements sociaux (destinés aux gens ayant peu de ressources) est plus importante en appartements. Le lieu d'implantation de la maternité pourrait être aussi une explication. La Mater 2 est implantée dans la couronne péri-urbaine de l'agglomération nantaise, une zone où il est plus facile d'habiter une maison qu'en hyper-centre où est implantée la Mater 1.

3.2. Les différences de nationalités

Les populations migrantes se concentrent dans les grandes métropoles [33]. La différence de nationalités retrouvée entre les maternités rurales et urbaines peut s'expliquer ainsi. La patientèle reflète alors la population générale.



Le territoire de Nantes a une proportion d'immigrés légèrement supérieure à la moyenne régionale ($>3\%$ contre $2,8\%$) mais inférieure à la moyenne départementale ($3,3\%$). [19]



En Vendée, on observe une moyenne départementale très inférieure à la moyenne régionale (1,7% contre 2,8%), ce qui s'explique majoritairement par le fait que la Vendée est un territoire principalement rural et que les populations migrantes se concentrent dans les grandes villes. Le territoire de Challans a une proportion d'immigrés inférieure à celle du territoire de Fontenay-le-Comte (>2% pour Challans et >3% pour Fontenay-le-Comte). [20]

Ces chiffres à eux-seuls peuvent déjà expliquer la différence observée dans notre étude.

4. LA CONSOMMATION DE L'OFFRE MÉDICALE

4.1. Les consultations

Une étude de la DREES (Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques) en octobre 2011 [23] constatait une augmentation importante du nombre d'exams prénatals. Dans cette étude, 45% des femmes bénéficiaient de 10 visites prénatales ou

plus contre 28% en 2003. Cependant, la définition plus large des consultations prénatales employée en 2010 ⁴ ne permet pas d'affirmer que la différence observée par rapport à 2003 correspond intégralement à une augmentation du nombre de consultations. Notre étude retrouve la même évolution avec environ 56% de patientes ayant bénéficié de 10 visites prénatales ou plus. Il n'y a pas de différences entre les deux groupes concernant le nombre total de consultations prénatales, mais il en existe une au premier trimestre (en moyenne $3,1 \pm 1,4$ consultations prénatales pour les femmes du groupe des maternités rurales contre $3,4 \pm 1,7$ consultations prénatales pour celles du groupe des maternités urbaines ($p=0,02$). Cette différence peut s'expliquer par un suivi de début de grossesse différent. On retrouve majoritairement des médecins généralistes comme déclarants de la grossesse (41,1% et 37,5%). On peut donc supposer que les patientes issues du groupe des maternités urbaines consultent un médecin généraliste pour la déclaration de leur grossesse mais se font ensuite suivre par un gynécologue. Ce schéma de suivi au premier trimestre multiplierait-il les consultations en milieu urbain, là où en milieu rural, il n'y en aurait qu'une? Pour la suite de la grossesse, il n'est pas montré de différences significatives quant au nombre de consultations.

Malgré la différence significative retrouvée concernant l'EPP (52,2% déclarent l'avoir eu en milieu rural contre 44,4% en milieu urbain avec $p=0,001$), on remarque que le taux de 21% de femmes déclarant avoir bénéficié d'un EPP retrouvé dans l'enquête nationale périnatale de 2010 est largement dépassé. [23]

4.2. Les échographies

Nous avons remarqué que les femmes ayant accouché dans les maternités urbaines avaient bénéficié de davantage d'échographies au second trimestre ($1,8 \pm 1,3$ *versus* $1,5 \pm 0,9$) et au total ($5,5 \pm 3,0$ *versus* $5,0 \pm 2,1$). Ceci rejoint les chiffres d'une étude de la DREES en octobre 2011 [23]. Cette étude avait montré que le nombre moyen d'échographies avait augmenté, passant de 4,5 en 2003 à 5 en 2010. Elle remarquait également que deux femmes sur trois avaient aujourd'hui plus de trois échographies, contre 57% en 2003, 20% des femmes avaient eu plus de 6 échographies et 4% en avaient eu plus de 10.

Ce chiffre pourrait s'expliquer par le fait que les femmes ayant accouché dans les maternités urbaines ont davantage fait suivre leur grossesse par un gynécologue qui réalise lui-

⁴ En 2010 sont incluses les consultations en urgence ou pour un problème particulier.

même les échographies. Ces derniers réalisent souvent une échographie à chaque consultation de suivi de grossesse, ce qui dépasse largement les échographies trimestrielles recommandées pour un suivi de grossesse normal. Il convient de noter que les échographies réalisées en consultation de suivi par le gynécologue ne sont généralement pas des échographies complètes. Elles permettent d'évaluer rapidement la bonne croissance et le bien-être foetaux, mais n'ont généralement pas plus de détails. Il est également nécessaire de préciser que cette information a été recueillie auprès des patientes et ne préjuge pas de la cotation de l'acte. Ainsi, le nombre important d'échographies déclaré par les patientes en milieu urbain n'a peut-être pas d'influence en terme de coûts pour la société.

4.3. Le « choix » de la maternité

En Loire Atlantique, il existe 3 maternités de type I, 4 maternités de type II et 1 maternité de type III soit 8 maternités au total. En Vendée, il existe 4 maternités de type I et 1 maternité de type II soit 5 maternités au total [34]. Ainsi, l'offre de maternités dans le milieu rural qu'est la Vendée est inférieure à celle du milieu urbain que représente la Loire-Atlantique. Du fait de cette offre moindre, les patientes habitant en milieu rural s'orientent vers la maternité la plus proche. Le choix de la proximité est donc prioritaire pour elles, bien qu'il ne représente pas réellement un véritable choix. On pourra davantage parler de choix pour les patientes habitant en milieu urbain tel que Nantes et son agglomération puisque l'on décompte 4 maternités dans cet espace. Cette réalité est illustrée par les autres raisons données par les patientes. Ainsi, elles sont 17% à la Mater 1 (type III) à la choisir pour la sécurité médicale qu'elle offre.

En milieu rural les patientes parcourent plus de kilomètres pour aller consulter les professionnels de santé, ce qui paraît logique et peut être relié à l'offre médicale moindre sur ces territoires.

Il n'existe pas de différence significative entre les deux groupes pour la distance à la maternité d'accouchement ($16,6 \pm 19,6$ km en milieu urbain et $14,6 \pm 8,5$ km en milieu rural, avec $p=0,18$). En revanche, si l'on compare les différents lieux d'accouchements entre eux, on remarque une différence significative pour la Mater 2 ($20,4 \pm 19,8$ km contre $12,5 \pm 18,7$ km pour la Mater 1). Cette maternité étant privée, les patientes qui font le choix d'y accoucher s'autoriseraient peut-être à parcourir davantage de kilomètres.

5. LES PROFESSIONNELS DE PREMIER RECOURS

5.1. La maternité

En milieu rural, la maternité semble être un lieu primordial dans le suivi de la grossesse. C'est la sage-femme de maternité qui est le professionnel de santé majoritairement vu tout au long de la grossesse. C'est le gynécologue de la maternité qui réalise le plus les échographies recommandées dans le suivi de la grossesse. En milieu urbain, c'est un radiologue-échographe qui réalise le plus souvent ces échographies. Ce sont aussi les sages-femmes de maternités rurales qui remplissent davantage la déclaration de grossesse. Ainsi, on peut émettre l'hypothèse que la maternité est, en milieu rural, un lieu privilégié pour le suivi de toute la grossesse et non seulement un lieu où le suivi de la grossesse est pris en relais aux 8^{ème} et 9^{ème} mois.

5.2. La sage-femme

L'étude de la DREES en octobre 2011 [23] mettait en exergue le rôle du médecin généraliste et surtout de la sage-femme (hospitalière et libérale) dans le suivi des grossesses à bas risque, assimilant ces dernières à des « professionnels privilégiés dans le suivi [de ces] grossesses ». Après la déclaration de grossesse, la surveillance est assurée par un généraliste dans 23,8% des cas (15,3% en 2003), une sage-femme en maternité dans 39,4% des cas (26,6% en 2003), et une sage-femme libérale dans 15,6% des cas.

Dans notre étude, les femmes accouchant en milieu rural font davantage suivre leur grossesse par une sage-femme (de maternité principalement mais aussi libérale). Ceci est à mettre en relation avec l'offre de professionnels. Concernant les spécialistes, les territoires de Fontenay-le-Comte et Challans font partie des groupes à densité de gynécologues moyenne et faible tandis que Nantes et son agglomération sont considérés comme un territoire à forte densité de gynécologues. Ce résultat pourrait également être expliqué par les pratiques des maternités. Ainsi, à la Mater 3, le suivi de la grossesse n'est assuré par un gynécologue-obstétricien que si la grossesse présente une pathologie, sinon les patientes sont orientées systématiquement vers un suivi par une sage-femme. Concernant les sages-femmes, la répartition suit le même schéma avec une densité d'environ 7 sages-femmes pour 10 000 femmes pour Nantes et son agglomération. Le territoire de Challans a une densité d'environ 5 sages-femmes pour 10 000 femmes et le territoire de Fontenay-le-Comte d'environ 3. Malgré une telle différence de densité, la sage-femme semble rester le premier interlocuteur des femmes en milieu rural.

Concernant les autres professionnels de santé vus au cours de la grossesse, il n'existe pas de différences entre les deux groupes (nombre moyen de consultations non significativement différent) excepté le nombre de kilomètres parcourus pour aller les consulter ($31,5 \pm 34,3$ pour celles ayant accouché en milieu rural contre $14,9 \pm 20,1$ en milieu urbain avec $p=0,01$). Cette différence n'est pas étonnante puisque la densité des médecins spécialistes pour 100 000 habitants est de 177 en Loire-Atlantique et de 92 en Vendée (densité nationale de 172 et densité régionale de 138). Il apparaît donc logique que les patientes fassent davantage de route pour consulter ces spécialistes.

5.3. Lors du retour à domicile

La différence observée dans le recours à une sage-femme (libérale ou de Protection Maternelle et Infantile) lors du retour à la maison (8,2% en milieu rural contre 27,1% en milieu urbain avec $p=10^{-4}$) est nette. On peut s'interroger si, en milieu rural, de multiples réseaux ne se mettent pas en place à la sortie de la maternité. Les jeunes accouchées sembleraient faire davantage appel à leur réseau familial, social, professionnel. Ces réseaux auraient pour avantage d'être plus proches et plus personnalisés mais rendent le recours aux professionnels de santé et de la petite enfance moins évident. Il serait intéressant d'étudier de plus près les aides plus particulières des jeunes mamans en milieu rural afin d'adapter l'offre médicale dans ces espaces.

6. UNE DIFFÉRENCE DE PRATIQUES?

6.1. Analgésie péridurale

Le moindre recours à l'analgésie péridurale observé en milieu rural pourrait être relié à la présence de l'anesthésiste dans les maternités de notre étude. Sa présence doit être permanente mais dans les maternités rurales de notre étude, elle n'est pas uniquement dédiée à l'obstétrique. Cependant nous ne pouvons pas exclure l'hypothèse qu'en milieu urbain, les patientes se renseignent peut-être plus et que l'analgésie péridurale est peut-être plus considérée comme un droit. La forte demande des patientes (81,6%) doit donc trouver une réponse dans l'offre proposée. En milieu rural, l'analgésie péridurale est peut-être davantage une proposition faite aux patientes qu'un droit.

6.2. Extractions

La différence significative retrouvée quant au taux d'extractions instrumentales (9,6% en milieu rural *versus* 16,9% en milieu urbain avec $p=0,01$) peut avoir plusieurs raisons. D'une part, nous avons remarqué que le poids de naissance était inférieur en milieu rural ($3280\pm 400\text{g}$ en milieu rural *versus* $3380\pm 460\text{g}$ en milieu urbain avec $p=0,03$) ce qui peut expliquer le moindre recours aux instruments lors de l'expulsion. D'autre part, le gynécologue-obstétricien n'est pas présent en permanence dans les maternités de type I. Si une expulsion difficile nécessite une extraction, le délai entre l'appel du médecin et la pose des instruments peut être suffisamment long pour permettre une expulsion sans extraction instrumentale. Il serait intéressant dès lors de comparer la durée des efforts expulsifs entre une maternité ayant un gynécologue-obstétricien sur place en permanence et une qui n'en n'a pas.

Cependant, cette différence observée peut également être due à une différence de pratiques professionnelles.

Le taux de césarienne de notre étude est important, mais cette donnée est à mettre en relation avec le taux de césarienne plus élevé qu'à l'habitude qu'a eu la Mater 1 le mois de notre enquête. En 2008, la région se situait au 9ème rang des départements ayant un taux de césarienne faible avec 18,5% de césariennes contre 20,1% sur le plan national [24]. Une analyse multivariée a été réalisée avec le critère "césarienne" comme variable à expliquer, avec les variables suivantes explicatives (âge, profession cadre, pathologie obstétricale, déclenchement de l'accouchement, provenance des patientes). Il ressort de l'analyse que l'âge de la mère supérieur à 35 ans pourrait aussi expliquer cette différence. Ainsi, puisque dans le groupe des maternités urbaines, on observe 16,4% de femmes âgées de 35 ans ou plus (ce qui se rapproche davantage des 19% décrits dans l'enquête nationale périnatale de 2010 [25]) contre 8,2% en milieu rural avec $p=0,01$, ceci pourrait expliquer la différence du taux de césarienne, plus important en milieu urbain.

PARTIE V - CONCLUSION

L'offre de soins oriente les patientes quant au choix du professionnel pour le suivi de leur grossesse. Ainsi, selon les milieux (urbain ou rural), le parcours des patientes est différent. La sage-femme, qu'elle soit libérale ou hospitalière, a une place prépondérante en milieu rural tandis qu'en milieu urbain, cette place est occupée par le gynécologue. Le médecin généraliste garde toujours une place importante dans le suivi de grossesse. Cette place confirme son rôle de médecin de famille, facilité par la proximité dont il fait preuve. On observe également en milieu urbain, une surconsommation médicale. En effet, l'offre médicale en milieu urbain est supérieure à celle en milieu rural (densité de professionnels, nombre de maternités...) et semble offrir une meilleure accessibilité.

L'analyse multivariée réalisée a montré que la grossesse et l'accouchement ne sont pas différents en fonction du lieu d'accouchement des patientes mais que des différences persistent (âge, profession cadre, nationalité). Ainsi la surconsommation observée dans le milieu urbain ne générerait pas plus de bénéfices en termes de santé des mères et des nouveau-nés et entraînerait un coût non négligeable pour la société. À moindre coût, on soigne de façon identique dans le milieu rural. On peut donc parler d'une moins bonne efficacité du système de santé en milieu urbain concernant le suivi de la grossesse.

Même si la profession de sage-femme et son évolution récente sont encore assez méconnues du public, la majorité des femmes (64%) savent que la sage-femme peut suivre une grossesse physiologique seule, du début à la fin de la grossesse. Le rôle de la sage-femme dans le suivi de la grossesse à bas risque paraît donc s'ancrer dans les esprits. La différence remarquée lors du retour à la maison (moins de suivi du post-partum par une sage-femme en milieu rural) renvoie à la différence notée concernant le suivi de grossesse (plus de suivi de grossesse par une sage-femme en milieu rural). Existerait-il une différence dans l'activité des sages-femmes selon leur lieu d'exercice?

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

DOCUMENTS ET ARTICLES

- [1] Puech F., L'organisation autour de la grossesse et de la naissance, *Actualité et Dossiers en Santé Publique*, décembre 2007/mars 2008, n° 61/62, 11 p.
- [2] Brocas A.-M., et al., La situation périnatale en France en 2010 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale, *Études et résultats de la DREES*, octobre 2011, n° 775, 8p.
- [3] Comité éditorial pédagogique de l'UVMaF, Le nouveau-né près de sa mère ou en unité pédiatrique en maternité, 2011-2012, 20 p.
- [4] Cour des Comptes, Rapport public annuel : La politique de périnatalité, 2006, 34p.
- [5] Errieau G., Rapport : Sécurité et qualité de la grossesse et de la naissance, *Actualité et dossier en santé publique*, juin 1994, n°7, p. 45 - 47.
- [6] Ministère de la Santé, Plan "périnatalité" 2005-2007 : Humanité, proximité, sécurité, qualité. novembre 2004, 42 p.
- [7] Ministère de la santé et des sports, Direction Générale de la Santé, Evaluation du plan de périnatalité 2005-2007 : Rapport final, mai 2010, 140 p.
- [8] De la Bourdonnaye A., La médecine périnatale, Cours, mars 2012, 61 p.
- [9] Gay del Santo J., Périnatalité, une fédération de réseaux experts, *Réseaux, Santé et Territoire*, janvier/février 2011, n°36, p 30 - 34.
- [10] Cour des Comptes, Rapport public annuel : La politique de périnatalité, 2012, 34p.
- [11] Haute Autorité de Santé, Recommandations professionnelles : Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risques identifiées, mai 2007, 39 p.
- [12] Haute Autorité de Santé, Recommandations professionnelles : Préparation à la Naissance et à la Parentalité, novembre 2005, 51 p.
- [13] Cavillon M., et al., La profession de sage-femme : constat démographique et projections d'effectifs, *Études et résultats de la DREES*, mars 2012, n°791, 8p.
- [14] Observatoire régional de la santé, La santé observée dans les Pays de la Loire : Sages-femmes, février 2012, 3 p.
- [15] Collectif des Associations et Syndicats de Sages-Femmes, Conseil National de l'Ordre des Sages-femmes, Référentiel métier et compétences des sages-femmes, janvier 2010, 34 p.

[16] Bergeron C., Échange de regards entre les médecins généralistes et les sages-femmes sur le suivi de la grossesse à bas risque : comment ces intervenants se représentent-ils le rôle, les limites, et la place de chacun ? 158 p., Th DES médecine générale, Nantes, 2012, n°067.

[17] Rault J.-F., et al., Conseil National de l'Ordre des Médecins, Démographie médicale en région Pays de la Loire : situation en 2013, 66 p.

[18] Seguin S., Pays de la Loire : moins de pauvreté et d'inégalités qu'ailleurs, malgré des disparités territoriales, décembre 2011, n°100, 8 p.

[19] Seguin S., et al., Observation sociale des territoires de la Loire-Atlantique : cahier départemental, décembre 2011, 40 p.

[20] Kaiser O., et al., Observation sociale des territoires de la Vendée : précarité au sud, inégalités sur le littoral, décembre 2011, 40 p.

[21] Observatoire régional de la santé, La santé observée dans les Pays de la Loire : Médecins, février 2012, 3 p.

[22] Condinguy S., et al., Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé, La profession de sage-femme : trajectoires, activités et conditions de travail, Bulletin d'information en économie de la santé, décembre 2005, n°102, 4 p.

[23] Vilain A., et al., Les maternités en 2010 : premiers résultats de l'enquête nationale périnatale, études et résultats de la DREES, octobre 2011, n° 776, 8 p.

[24] Observatoire régional de la santé, La santé observée dans les Pays de la Loire : Grossesse, accouchement, février 2012, 3 p.

[25] Blondel B., Kermarrec M., Enquête nationale périnatale 2010 : Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003, mai 2011, p. 55 - 61

LIVRES

[26] Observatoire régional de la santé - Réseau "Sécurité Naissance - Naître ensemble", La santé périnatale dans les Pays de la Loire : Rapport 2013, 188 p.

SITES INTERNET

[27] Site ANEMF : <http://www.anemf.org/DES-DESC-kezako.html> - consulté le 19/09/2013

- DES de médecine générale
- DES de gynécologie médicale

- DES de gynécologie obstétrique

[28] <http://www.remede.org/internat/cartes-enc/index.html> consulté le 23/01/14

[29] Site Légifrance : <http://www.legifrance.gouv.fr/> - consulté le 17/09/2013

[30] http://aigm.asso.fr/wp/?page_id=38 consulté le 13/01/2014

[31] Site des quatre maternités : consultés le 13/01/2014

- Challans :

<http://www.ch-lvo.fr/layout/set/fiche/Espace-usagers/Annuaire-des-services-d-hospitalisation/Maternite>

- Fontenay-le-Comte :

<http://www.chfontenaylecomte.fr/les-activites-medicales/maternite---gynecologie/maternite/>

- Polyclinique de l'Atlantique : <http://www.polyclinique-atlantique.fr/maternite>

- CHU Nantes :

<http://www.chu-nantes.fr/gynecologie-obstetrique-maternite-1942.kjsp?RF=3120>

[32] Site INSEE :

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/liste-definitions.htm> - consulté le 06/01/2013

[33] <http://hommesmigrations.revues.org/372#tocto1n1> consulté le 19/09/13

[34] Site du Réseau Sécurité Naissance - Naître Ensemble :

<http://www.reseau-naissance.fr/module-Contenus-viewpub-tid-1-pid-18-tpl-googlemap.html> consulté le 6/02/2014

ANNEXES

ANNEXE 1 - QUESTIONNAIRE

QUESTIONNAIRE MÉMOIRE

Madame,

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je souhaite étudier le suivi de grossesse en comparant le milieu rural et le milieu urbain. Pour cela, je vous propose de répondre aux questions qui suivent. Si des questions ou expressions ne vous paraissent pas claires, n'hésitez pas à demander des explications à la sage-femme.

Merci pour le temps que vous consacrerez à répondre à ce questionnaire,

Claire SORIN, élève sage-femme

RENSEIGNEMENTS

- 1) Le terme prévu de votre grossesse : ____ / ____ / ____
- 2) La date de votre accouchement et l'heure : ____ / ____ / ____ h ____
- 3) Votre date de naissance: ____ / ____ / ____
- 4) Votre nationalité: _____
- 5) Le code postal de votre domicile: _____
- 6) Votre profession habituelle:

<input type="checkbox"/> 0 - Vous n'avez jamais exercé une profession	<input type="checkbox"/> 5 - Employée de la fonction publique ou administrative des entreprises
<input type="checkbox"/> 1 - Agricultrice	<input type="checkbox"/> 6 - Employée de commerce
<input type="checkbox"/> 2 - Artisan, commerçante	<input type="checkbox"/> 7 - Personnel de service pour les particuliers
<input type="checkbox"/> 3 - Cadre (profession libérale, professeur, ingénieur...)	<input type="checkbox"/> 8 - Ouvrière qualifiée
<input type="checkbox"/> 4 - Profession intermédiaire (institutrice, infirmière, technicienne, contremaître...)	<input type="checkbox"/> 9 - Ouvrière non qualifiée
	<input type="checkbox"/> 10 - Etudiante

- 7) Etiez-vous en activité avant la grossesse ?
 1 - oui
 2 - non
- 8) Quel est votre niveau d'études?
 Avant bac (CAP/BEP)
 BAC
 BAC +3 et plus
- 9) Combien de fois avez-vous arrêté votre activité professionnelle pendant la grossesse ?

- 10) A quelles dates? _____
- 11) Pour quels motifs? _____
- 12) Viviez-vous en couple avant la grossesse? 1 - oui 2 - non
- 13) Vivez-vous en couple actuellement? 1 - oui 2 - non

14) La profession habituelle de votre conjoint:

<input type="checkbox"/> 0 - Il n'a jamais exercé une profession	<input type="checkbox"/> 5 - Employé de la fonction publique ou administrative des entreprises
<input type="checkbox"/> 1 - Agriculteur	<input type="checkbox"/> 6 - Employé de commerce
<input type="checkbox"/> 2 - Artisan, commerçant	<input type="checkbox"/> 7 - Personnel de service pour les particuliers
<input type="checkbox"/> 3 - Cadre (profession libérale, professeur, ingénieur...)	<input type="checkbox"/> 8 - Ouvrier qualifié
<input type="checkbox"/> 4 - Profession intermédiaire (instituteur, infirmier, technicien, contremaître...)	<input type="checkbox"/> 9 - Ouvrier non qualifié
	<input type="checkbox"/> 10 - Etudiant

15) Vivez-vous:

- 1 - en appartement: étage: _____, ascenseur: 1 - oui 2 - non
 2 - en maison
 3 - autre (*précisez*) _____

16) Etes-vous? 1 - propriétaire 2 - locataire 3 - hébergé par un ami, de la famille

17) Bénéficiez-vous d'une mutuelle? 1 - oui 2 - non

18) Bénéficiez-vous d'aides particulières ? 1 - oui 2 - non

19) Si oui, parmi les suivantes, lesquelles ?

- RSA
 Allocations chômage
 Bénéficiaire de la CMU
 Bénéficiaire de l'AME
 Autres (*précisez*): _____

VOS ANTECEDENTS

20) Avez-vous une maladie nécessitant un suivi médical particulier?

- 1 - oui
 2 - non

21) Si oui, laquelle? _____

22) Par qui est-elle suivie? médecin généraliste médecin spécialiste

VOTRE GROSSESSE

23) Comment avez-vous su que vous étiez enceinte?

- 1 - En réalisant un test urinaire de grossesse
 2 - En réalisant un test sanguin
 3 - En réalisant une échographie
 4 - Par une visite chez un médecin, une sage-femme

24) Combien de grossesses avez-vous eues (*y compris celle-ci, des fausses couches, des interruptions volontaires de grossesse, des grossesses extra-utérines*)? _____

25) Qui a rempli la déclaration de grossesse?

- Médecin généraliste
 Sage-femme libérale
 Sage-femme de PMI
 Sage-femme de maternité
 Gynécologue-obstétricien de ville
 Gynécologue-obstétricien d'une maternité

26) Avez-vous eu un Entretien Périnatal Précoce ou un Entretien du 4ème mois ou un Entretien de 30 à 45 minutes, sans être examinée par un professionnel de santé ou une première séance de préparation, seule, avec une sage-femme? 1 - oui 2 - non 3 – Je ne sais pas

27) Si oui, qui a réalisé l'Entretien Périnatal Précoce ?

- Médecin généraliste
- Sage-femme libérale
- Sage-femme de PMI
- Sage-femme de maternité
- Gynécologue-obstétricien de ville
- Gynécologue-obstétricien d'une maternité

28) Avez-vous suivi des cours de préparation à l'accouchement? 1 - oui 2 - non

29) Si oui, par qui?

- Une sage-femme de la maternité
- Une sage-femme de PMI
- Une sage-femme libérale
- Un gynécologue-obstétricien

30) Pendant votre grossesse, avez-vous rencontré des problèmes de:

<input type="checkbox"/> Avance d'argent pour les soins	<input type="checkbox"/> Tabac
<input type="checkbox"/> Argent pour la vie quotidienne	<input type="checkbox"/> Alcool
<input type="checkbox"/> Logement	<input type="checkbox"/> Autres substances
<input type="checkbox"/> Solitude	<input type="checkbox"/> Alimentation (en excès ou en manque)
<input type="checkbox"/> Anxiété	<input type="checkbox"/> Violences dans l'entourage ou à l'extérieur
<input type="checkbox"/> Stress	<input type="checkbox"/> Difficultés pour la garde des enfants lors de visites médicales ou échographies.
<input type="checkbox"/> Difficultés pour savoir auprès de quel échographiste, sage-femme ou gynécologue-obstétricien prendre rendez-vous.	<input type="checkbox"/> Autres problèmes: _____

Premier trimestre (1^{er}, 2^{ème}, 3^{ème} mois)

31) Quel(s) professionnel(s) avez-vous vu(s) en dehors des séances de préparation à l'accouchement? (*plusieurs réponses possibles ; noter le nombre de fois à côté*)

- Médecin généraliste
- Sage-femme libérale
- Sage-femme de PMI
- Sage-femme de maternité
- Gynécologue-obstétricien de ville
- Gynécologue-obstétricien d'une maternité

32) Pourquoi avez-vous choisi ce professionnel de santé? (mettre une croix dans la case)

	MG	SF lib	SF PMI	SF mater	GO ville	GO mater
32	Proximité					
	Bouche-à-oreille					
	Suivi antérieur					
	Orientation par un autre professionnel de santé					
	Spécialisé dans le suivi de grossesse					
Combien de km (1 aller) devez-vous effectuer pour aller le consulter?						

Abréviations: MG=Médecin généraliste, SF lib=Sage-femme libérale, SF PMI=Sage-femme de la Protection Maternelle et Infantile, SF mater=Sage-femme de votre maternité d'accouchement, GO ville=Gynécologue-obstétricien de ville, GO mater=Gynécologue-Obstétricien de votre maternité d'accouchement.

33) Combien d'échographies avez-vous eues durant le premier trimestre? _____

34) Par qui a-t-elle (ont-elles) été réalisée(s)?

- Un gynécologue de ville
- Un gynécologue d'une maternité
- Une sage-femme libérale
- Un radiologue / échographiste
- Une sage-femme de maternité

35) Combien de kilomètres devez-vous effectuer pour aller les réaliser? (1 aller) _____

36) Avez-vous eu une prise de sang pour le dépistage de la trisomie 21? 1 - oui 2 - non

37) Si non, pour quelles raisons?

- Vous avez refusé de le réaliser
- Le délai de réalisation était passé
- On ne vous l'a pas proposé
- Autre: _____

38) Si oui, quel était le risque estimé ? _____

39) Combien de consultations avez-vous eues en tout durant ce premier trimestre? _____

Deuxième trimestre (4^{ème}, 5^{ème}, 6^{ème} mois)

40) Quel(s) professionnel(s) avez-vous vu(s) en dehors des séances de préparation à l'accouchement? (plusieurs réponses possibles ; noter le nombre de fois à côté)

- Médecin généraliste
- Sage-femme libérale
- Sage-femme de PMI
- Sage-femme de maternité
- Gynécologue-obstétricien de ville
- Gynécologue-obstétricien d'une maternité

41) Pourquoi avez-vous choisi ce professionnel de santé? (*mettre une croix dans la case*)

		MG	SF lib	SF PMI	SF mater	GO ville	GO mater
41	Proximité						
	Bouche-à-oreille						
	Suivi antérieur						
	Orientation par un autre professionnel de santé						
	Spécialisé dans le suivi de grossesse						
Combien de km (1 aller) devez-vous effectuer pour aller le consulter?							

42) Combien d'échographies avez-vous eues durant le deuxième trimestre? _____

43) Par qui a-t-elle (ont-elles) été réalisée(s)?

- Un gynécologue de ville
- Un gynécologue d'une maternité
- Une sage-femme libérale
- Un radiologue / échographiste
- Une sage-femme de maternité

44) Combien de kilomètres devez-vous effectuer pour aller les réaliser? (*1 aller*) _____

45) Combien de consultations avez-vous eues en tout durant ce deuxième trimestre? _____

Troisième trimestre (7^{ème}, 8^{ème}, 9^{ème} mois)

46) Quel(s) professionnel(s) avez-vous vu(s) en dehors des séances de préparation à l'accouchement? (*plusieurs réponses possibles ; noter le nombre de fois à côté*)

- Médecin généraliste
- Sage-femme libérale
- Sage-femme de PMI
- Sage-femme de maternité
- Gynécologue-obstétricien de ville
- Gynécologue-obstétricien d'une maternité

47) Pourquoi avez-vous choisi ce professionnel de santé? (mettre une croix dans la case)

		MG	SF lib	SF PMI	SF mater	GO ville	GO mater
47	Proximité						
	Bouche-à-oreille						
	Suivi antérieur						
	Orientation par un autre professionnel de santé						
	Spécialisé dans le suivi de grossesse						
Combien de km (1 aller) devez-vous effectuer pour aller le consulter?							

48) Combien d'échographies avez-vous eues durant le troisième trimestre? _____

49) Par qui a-t-elle (ont-elles) été réalisée(s)?

- Un gynécologue de ville
- Un gynécologue d'une maternité
- Une sage-femme libérale
- Un radiologue / échographiste
- Une sage-femme de maternité

50) Combien de kilomètres devez-vous effectuer pour aller les réaliser? (1 aller) _____

51) Combien de consultations avez-vous eues en tout durant ce troisième trimestre? _____

52) Pendant votre grossesse, avez-vous eu besoin de consulter un autre médecin spécialiste ?

- 1 - oui
- 2 - non

53) Si oui, un médecin de quelle spécialité? _____

54) Pour quelle raison? _____

55) Combien de fois? _____

56) A quelle distance en km ? _____

57) Pendant votre grossesse, avez-vous développé ces pathologies nécessitant un suivi particulier ou une hospitalisation? (n'hésitez pas à demander à la sage-femme des explications)

- Diabète gestationnel
- Hypertension artérielle
- Pré-éclampsie (Hypertension artérielle et protéines dans les urines)
- Menace d'accouchement prématuré
- Un retard de croissance intra-utérin
- Une rupture prématurée de la poche des eaux

58) Pendant votre grossesse, avez-vous pris un (des) traitement(s) particulier(s)?

- 1 - oui
- 2 - non

59) Si oui, lequel (lesquels)? (y compris vos traitements habituels, homéopathie, compléments alimentaires...)

VOTRE ACCOUCHEMENT

60) Quelle est la (les) raison(s) du choix de votre maternité d'accouchement?

- Proximité
- Suivi antérieur
- Bouche-à-oreille
- Orientation par un professionnel de santé
- Autre: _____

61) Présentation de votre bébé pendant le travail:

- 1 - céphalique (tête)
- 2 - siège (fesses)
- 3 - transverse (horizontal)

62) Début du travail:

- 1 - spontané
- 2 - déclenché (*provoqué*):
63) 1 - raison médicale 2 - de convenance
- 3 - Césarienne avant début de travail (*avant la survenue de contractions*)

64) La rupture de la poche des eaux a été:

- 1 - spontanée, naturelle
- 2 - artificielle, provoquée (*la sage-femme a dû percer la poche des eaux*)

65) La durée entre la rupture de la poche des eaux et l'accouchement a été de (en h): _____

66) Avez-vous eu une analgésie péridurale? 1 - oui 2 - non

67) Naissance de votre enfant:

- 1 - Voie basse (voies naturelles) sans épisiotomie ou déchirure
- 2 - Voie basse (voies naturelles) avec épisiotomie ou déchirure
- 3 - Voie basse avec aide médicale (forceps, ventouse) sans épisiotomie ou déchirure
- 4 - Voie basse avec aide médicale (forceps, ventouse) avec épisiotomie ou déchirure
- 5 - Césarienne

68) Combien d'accouchement avez-vous eus? (*toute naissance à partir de 22SA, y compris celle-ci*)

VOTRE BEBE

69) Son poids (en g): _____

70) Son sexe: 1 - masculin 2 - féminin

71) A-t-il été hospitalisé (unité de néonatalogie, soins intensifs, réanimation néonatale, autre établissement)? 1 - oui 2 - non

72) Si oui, combien de temps? _____

73) Pour quel motif? _____

VOTRE SORTIE DE LA MATERNITE

74) Quel est le mode d'alimentation de votre bébé à la sortie?

- 1 - Allaitement exclusif
- 2 - Allaitement mixte (sein et biberon)
- 3 - Biberon

75) Avez-vous prévu des aides spécifiques pour votre retour à domicile?

- 1 - oui
- 2 - non

76) Si oui, lesquelles?

- Conjoint
- Famille
- Sage-femme libérale
- Sage-femme de PMI
- Autre: _____

QUESTION SUBSIDIAIRE

77) Saviez-vous que la sage-femme pouvait suivre une grossesse physiologique (sans pathologies, maladies particulières) seule, du début à la fin de la grossesse?

- 1 - oui
- 2 - non

Souhaitez-vous me faire part de difficultés particulières que vous auriez rencontrées pour faire suivre votre grossesse?

Qu'est-ce qui vous a facilité le suivi de votre grossesse?

ANNEXE 2 - DÉCRET DU 14 FÉVRIER 1992

- Article 2 (Abrogé par Décret 2003-462 2003-05-21 art. 5 JORF 27 mai 2003)

Les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes prévus à l'article L. 154 du code de la santé publique sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme.

Le premier examen médical prénatal doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. Les autres examens doivent avoir une périodicité mensuelle à partir du premier jour du quatrième mois et jusqu'à l'accouchement.

*NOTA: *Nota : Décret 92-143 1992-02-14 art. 8 : les articles 2 à 7 du présent décret sont applicables aux examens et déclarations des femmes dont la date présumée de début de grossesse est postérieure au premier jour du mois civil qui suit la publication dudit décret.*

- Article 3 (Abrogé par Décret 2003-462 2003-05-21 art. 5 JORF 27 mai 2003)

Chaque examen doit comporter un examen clinique, une recherche de l'albuminurie et de la glycosurie. De plus sont effectués :

1. Lors du premier examen prénatal :

a) En cas de première grossesse, une détermination des groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell) si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (deux déterminations) ;

b) Dans tous les cas, les dépistages de la syphilis, de la rubéole et de la toxoplasmose en l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise, ainsi que la recherche d'anticorps irréguliers, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B ; si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires ;

2. Au cours du quatrième examen prénatal (sixième mois de grossesse), un dépistage de l'antigène HBs, une numération globulaire, et chez les femmes à rhésus négatif ou précédemment transfusées, la recherche d'anticorps irréguliers, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B ; si la recherche est positive l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires ;

3. Au cours du sixième ou du septième examen prénatal (huitième ou neuvième mois de grossesse), une deuxième détermination du groupe sanguin A, B, O, rhésus standard si nécessaire ;

4. Au cours des sixième et septième examens prénatals (huitième et neuvième mois de grossesse), chez les femmes à rhésus négatif ou précédemment transfusées, la recherche d'anticorps irréguliers, à l'exclusion des anticorps dirigés contre les antigènes A et B ; si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires.

En outre, la sérologie toxoplasmique sera répétée chaque mois à partir du deuxième examen prénatal si l'immunité n'est pas acquise.

*NOTA: *Nota : Décret 92-143 1992-02-14 art. 8 : les articles 2 à 7 du présent décret sont applicables aux examens et déclarations des femmes dont la date présumée de début de grossesse est postérieure au premier jour du mois civil qui suit la publication dudit décret.*

ANNEXE 3 - ARTICLE L 4151-1 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

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, ainsi qu'à la surveillance et à la pratique de l'accouchement et des soins postnataux en ce qui concerne la mère et l'enfant, sous réserve des dispositions des articles L. 4151-2 à L. 4151-4 et suivant les modalités fixées par le code de déontologie de la profession, mentionné à l'article L. 4127-1.

L'examen postnatal peut être pratiqué par une sage-femme si la grossesse a été normale et si l'accouchement a été eutocique.

L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique.

Les sages-femmes sont autorisées à concourir aux activités d'assistance médicale à la procréation, dans des conditions fixées par décret.

ANNEXE 4 - ARTICLE L4151-3 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

En cas de pathologie maternelle, foetale ou néonatale pendant la grossesse, l'accouchement ou les suites de couches, et en cas d'accouchement dystocique, la sage-femme doit faire appel à un médecin. Les sages-femmes peuvent pratiquer les soins prescrits par un médecin en cas de grossesse ou de suites de couches pathologiques.

ANNEXE 5 - TABLEAUX DE RÉSULTATS

		Mater Urbaines (n=207)	Mater Rurales (n=208)	p value
Age mère (ans)		30,5 ± 4,8	29,4 ± 4,5	0,01
Femmes âgées de 35 ans ou plus (%)		34 (16,4)	17 (8,2)	0,01
Gestité		2,4 ± 1,6	2,4 ± 1,5	0,88
Primipare (%)		75 (36,2)	71 (34,1)	0,65
Cadre mère (%)		76 (36,7)	41 (19,7)	0,0001
Cadre père (%)		67 (32,4)	37 (17,8)	0,0006
Cadre couple (%)		84 (45,4)	60 (28,8)	0,0005
Catégorie socio-professionnelle (*) de la mère (%):		(n=204)	(n=204)	
0 - 8 - 9 - 10		43 (20,8)	56 (26,9)	
1 - 2 - 5 - 6 - 7		85 (41,1)	107 (51,4)	0,0006
3 - 4		76 (36,7)	41 (19,7)	
Catégorie socio-professionnelle du père (%):		(n=201)	(n=202)	
0 - 8 - 9 - 10		74 (35,7)	100 (48,1)	
1 - 2 - 5 - 6 - 7		60 (29,0)	65 (31,3)	0,0017
3 - 4		67 (32,4)	37 (17,8)	
AG (%)	36 - 37+6 SA	14 (6,9)	20 (9,6)	
	38 - 39+6 SA	90 (44,1)	85 (40,9)	0,55
	40 - 41+6 SA	100 (49,0)	103 (49,5)	
	42 SA	3	0	-
	Moyen	39,4 ± 1,3	39,3 ± 1,3	0,55
Nationalité (%)	Européenne	193 (93,2)	207 (99,5)	
	Autres	14 (6,8)	1 (0,5)	0,0006
Niveau d'étude		(n=204)	(n=203)	
	avant Bac (%)	48 (23,5)	69 (34,0)	0,02
	après Bac (%)	156 (76,5)	134 (66,0)	
Arrêt pendant la grossesse (%)		135 (65,2)	140 (67,3)	0,65
Vie en couple (%)	Avant la grossesse	191 (93,2)	201 (97,1)	0,06
	Après la grossesse	195 (95,1)	205 (98,6)	0,0456
Lieu d'habitation (%)	Appartement	68 (33,3)	6 (2,9)	
	Maison	136 (66,7)	201 (97,1)	<10 ⁻⁴
Propriétaires (%)		112 (56,0)	130 (63,7)	0,11
Bénéficiaires d'une mutuelle (%)		191 (94,1)	200 (97,1)	0,14
Bénéficiaires d'aides (%)		47 (22,8)	50 (24,0)	0,77
Femmes originaires de (%)		(n=202)	(n=205)	
	Banlieue	61 (30,2)	27 (13,2)	
	Milieu rural	43 (21,3)	138 (67,3)	<10 ⁻⁴
	Ville centre	72 (35,6)	21 (10,2)	
	Ville isolée	26 (12,9)	19 (9,3)	

(*) Catégories socio-professionnelles:

0-Sans profession ; 1-Agriculteur ; 2-Artisan ; 3-Cadre ; 4-Profession intermédiaire ; 5-Commerçant ; 6-Employé ; 7-Personnel de service pour les particuliers ; 8-Ouvrier qualifié ; 9-Ouvrier non qualifié ; 10-Etudiant.

Détail de la catégorie socio-professionnelle de la mère (%)	Mater urbaines (n=204)	Mater rurales (n=204)	p value
Sans profession	11 (5,4)	6 (2,9)	
Agricultrice	0 (0,0)	2 (1,0)	
Artisan	5 (2,5)	9 (4,4)	
Cadre	33 (16,2)	7 (3,4)	
Profession intermédiaire	43 (21,1)	34 (16,7)	
Commerçante	39 (19,1)	49 (24,0)	NC
Employée	30 (14,7)	39 (19,1)	
Personnel de service pour les particuliers	11 (5,4)	8 (3,9)	
Ouvrière qualifiée	19 (9,3)	34 (16,7)	
Ouvrière non qualifiée	9 (4,4)	15 (7,4)	
Etudiante	4 (2,0)	1 (0,5)	

Détail de la catégorie socio-professionnelle du père (%)	Mater urbaines (n=201)	Mater rurales (n=202)	p value
Sans profession	2 (1,0)	0 (0,0)	
Agriculteur	2 (1,0)	17 (8,4)	
Artisan	15 (7,5)	18 (8,9)	
Cadre	49 (24,4)	21 (10,4)	
Profession intermédiaire	18 (9,0)	16 (7,9)	
Commerçant	20 (10,0)	17 (8,4)	NC
Employé	20 (10,0)	12 (5,9)	
Personnel de service pour les particuliers	3 (1,5)	1 (0,5)	
Ouvrier qualifié	66 (32,8)	88 (43,6)	
Ouvrier non qualifié	5 (2,5)	11 (5,4)	
Etudiant	1 (0,5)	1 (0,5)	

		Mater Urbaines (n=207)	Mater Rurales (n=208)	p value
Maladie (%)		27 (13,1)	24 (11,6)	0,64
Diagnostic de grossesse (%)	Test urinaire	167 (80,7)	175 (84,1)	0,35
	Test sanguin	34 (16,4)	28 (13,5)	0,40
	Échographie	3 (1,4)	3 (1,4)	NC
	Consultation	3 (1,4)	2 (1,0)	NC
Déclaration de grossesse (%) (n _{urbain} =204) (n _{rural} =206)	Médecin généraliste	85 (41,1)	78 (37,5)	0,46
	Sage-femme libérale	3 (1,4)	10 (4,8)	0,0496
	Sage-femme de maternité	2 (1,0)	23 (11,1)	<10 ⁻⁴
	Gynécologue-Obstétricien de ville	58 (28,0)	35 (16,8)	0,0063
Gynécologue-Obstétricien de maternité		56 (27,1)	60 (28,8)	0,68
Femmes ayant eu un EPP (%) (n _{urbain} =205) (n _{rural} =203)		91 (44,4)	106 (52,2)	0,001
<i>Dont primipares</i>		43 (47,3)	36 (34,0)	0,06
Professionnel ayant réalisé l'EPP (%) (n _{urbain} =90) (n _{rural} =106)	Médecin généraliste	3 (3,3)	7 (6,6)	NC
	Sage-femme libérale	43 (46,7)	35 (33,0)	0,049
	Sage-femme de PMI	1 (1,1)	1 (0,9)	NC
	Sage-femme de maternité	31 (34,1)	54 (50,9)	0,02
	Gynécologue-Obstétricien de ville	8 (8,7)	6 (5,7)	0,41
Gynécologue-Obstétricien de maternité		4 (4,3)	3 (2,8)	NC
Femmes ayant fait de la PNP (%)		131 (63,3)	127 (61,1)	0,64
<i>Dont primipares</i>		62 (47,3)	61 (48,0)	0,91
Professionnel ayant réalisé les cours de PNP (%)	Sage-femme de maternité	30 (22,9)	26 (20,5)	0,63
	Sage-femme de PMI	2 (1,5)	0 (0,0)	NC
	Sage-femme libérale	97 (74,0)	101 (79,5)	0,30
	Gynécologue-Obstétricien	2 (1,5)	0 (0,0)	NC
Problèmes (%)		97 (46,9)	95 (45,7)	0,80
Sociaux (%)		46 (22,2)	32 (15,4)	0,07
Psychologiques (%)		52 (25,1)	61 (29,3)	0,34
Addictologiques (%)		36 (17,4)	37 (17,6)	0,92

		Mater Urbaines (n=207)	Mater Rurales (n=208)	OR	p value
Nombre moyen de consultations	Au premier trimestre	3,4 ± 1,7	3,1 ± 1,4	-	0,02
	Au second trimestre	3,9 ± 1,9	3,8 ± 1,5	-	0,46
	Au troisième trimestre	4,6 ± 3,6	4,4 ± 2,2	-	0,70
	Au total	12,0 ± 6,0	11,4 ± 3,6	-	0,20
Nombre de consultations prénatales ≥ 10 (%)		116 (56,0)	118 (56,7)		0,88
Professionnels vus au premier trimestre (%)	Médecin généraliste	132 (63,8)	125 (60,1)	1,2 (0,8-1,7)	0,44
	Sage-femme libérale	20 (9,7)	43 (20,7)	2,5 (1,4-5)	0,018
	Sage-femme de maternité	22 (10,6)	62 (29,8)	3,3 (2-5)	<10 ⁻⁴
	Gynécologue de ville	66 (31,9)	38 (18,3)	2,1 (1,3-3,3)	0,0014
	Gynécologue de maternité	83 (40,1)	95 (45,7)	0,8 (0,5-1,2)	0,25
Professionnels vus au second trimestre (%)	Médecin généraliste	89 (43,0)	97 (46,6)	0,9 (0,6-1,3)	0,46
	Sage-femme libérale	29 (14,5)	63 (30,3)	2,5 (1,7-5)	0,0001
	Sage-femme de maternité	30 (14,5)	90 (43,3)	5 (2,5-10)	<10 ⁻⁴
	Gynécologue de ville	58 (28,0)	34 (16,3)	2,0 (1,2-3,2)	0,004
	Gynécologue de maternité	100 (48,3)	113 (54,3)	0,8 (0,5-1,2)	0,22
Professionnels vus au troisième trimestre (%)	Médecin généraliste	61 (29,5)	74 (35,6)	0,8 (0,5-1,1)	0,18
	Sage-femme libérale	40 (19,3)	75 (36,1)	2,5 (1,4-3,3)	<10 ⁻⁴
	Sage-femme de maternité	71 (34,3)	154 (74,0)	5 (1,3-10)	<10 ⁻⁴
	Gynécologue de ville	46 (22,2)	29 (13,9)	1,8 (1,1-2,9)	0,03
	Gynécologue de maternité	141 (68,1)	116 (55,8)	1,7 (1,1-2,5)	0,0096

		Mater Urbaines (n=207)	Mater Rurales (n=208)	p value
Kilomètres parcourus (au premier trimestre) pour aller consulter	Le médecin généraliste	6,4 ± 8,1	10,3 ± 11,9	0,007
	La sage-femme libérale	5,6 ± 6,3	12,3 ± 10,2	0,002
	La sage-femme de maternité	11,8 ± 12,0	15,5 ± 8,9	0,173
	Le gynécologue de ville	12,5 ± 16,4	19,7 ± 12,7	0,03
	Le gynécologue de maternité	24,0 ± 22,4	18,5 ± 15,6	0,07
Kilomètres parcourus (au second trimestre) pour aller consulter	Le médecin généraliste	7,0 ± 9,2	11,0 ± 8,1	0,03
	La sage-femme libérale	3,8 ± 4,7	11,5 ± 8,0	<10 ⁻⁴
	La sage-femme de maternité	9,5 ± 12,9	15,5 ± 9,9	0,04
	Le gynécologue de ville	12,4 ± 17,7	17,9 ± 8,5	0,122
	Le gynécologue de maternité	23,3 ± 22,5	18,5 ± 12,3	0,07
Kilomètres parcourus (au troisième trimestre) pour aller consulter	Le médecin généraliste	7,7 ± 9,7	10,0 ± 13,7	0,30
	La sage-femme libérale	4,3 ± 5,2	11,3 ± 8,3	<10 ⁻⁴
	La sage-femme de maternité	14,4 ± 14,9	16,0 ± 9,3	0,405
	Le gynécologue de ville	12,9 ± 18,2	18,1 ± 9,1	0,208
	Le gynécologue de maternité	25,6 ± 21,2	17,1 ± 10,2	0,001

Raisons du choix du professionnel de santé (moyenne des trois trimestres)		Mater Urbaines (n=207)	(%)	Mater Rurales (n=208)	(%)
Médecin généraliste	Proximité	61,0	29,5	52,0	25,0
	Bouche-à-oreille	5,0	2,4	5,7	2,7
	Suivi antérieur	47,0	22,7	54,3	26,1
	Orientation par un autre professionnel	2,3	1,1	3,3	1,6
	Spécialisé dans le suivi de grossesse	3,3	1,6	5,3	2,5
Sage-femme libérale	Proximité	16,3	7,9	15,7	7,5
	Bouche-à-oreille	13,3	6,4	29,3	14,1
	Suivi antérieur	6,3	3,0	19,0	9,1
	Orientation par un autre professionnel	5,0	2,4	15,0	7,2
	Spécialisé dans le suivi de grossesse	8,7	4,2	21,7	10,4
Sage-femme de maternité	Proximité	8,0	3,9	32,2	15,5
	Bouche-à-oreille	2,0	1,0	3,7	1,8
	Suivi antérieur	8,3	4,0	16,7	8,0
	Orientation par un autre professionnel	10,0	4,8	11,3	5,4
	Spécialisé dans le suivi de grossesse	17,7	8,6	48,3	23,2
Gynécologue de ville	Proximité	14,7	7,1	4,0	1,9
	Bouche-à-oreille	9,0	4,3	4,7	2,3
	Suivi antérieur	33,0	15,9	21,7	10,4
	Orientation par un autre professionnel	3,0	1,4	2,7	1,3
	Spécialisé dans le suivi de grossesse	14,3	6,9	4,0	1,9
Gynécologue de maternité	Proximité	9,3	4,5	29,7	14,3
	Bouche-à-oreille	19,3	9,3	9,7	4,7
	Suivi antérieur	42,7	20,6	33,0	15,9
	Orientation par un autre professionnel	18,7	9,0	9,0	4,3
	Spécialisé dans le suivi de grossesse	51,7	25,0	44,7	21,5

		Mater Urbaines (n=207)	Mater Rurales (n=208)	p value
Nombre moyen d'échographies	Au premier trimestre	1,8 ± 1,4	1,6 ± 0,9	0,058
	Au second trimestre	1,8 ± 1,3	1,5 ± 0,9	0,02
	Au troisième trimestre	1,8 ± 1,3	1,8 ± 1,2	1,0
	Au total	5,5 ± 3,0	5,0 ± 2,1	0,049
Réalisateur de l'échographie au premier trimestre (%)	Gynécologue de ville	18 (8,9)	19 (9,4)	
	Gynécologue de maternité	27 (13,4)	104 (51,5)	
	Sage-femme libérale	1 (0,5)	26 (12,9)	<10 ⁻⁴
	Radiologue-échographiste	153 (75,7)	35 (17,3)	
	Sage-femme de maternité	3 (1,5)	18 (8,9)	
Réalisateur de l'échographie au second trimestre (%)	Gynécologue de ville	16 (7,8)	16 (7,8)	
	Gynécologue de maternité	31 (15,0)	104 (51,0)	
	Sage-femme libérale	1 (0,5)	31 (15,2)	<10 ⁻⁴
	Radiologue-échographiste	152 (73,8)	38 (18,6)	
	Sage-femme de maternité	6 (2,9)	15 (7,4)	
Réalisateur de l'échographie au troisième trimestre (%)	Gynécologue de ville	9 (4,4)	15 (7,2)	
	Gynécologue de maternité	36 (17,7)	102 (50,7)	
	Sage-femme libérale	1 (0,5)	28 (13,9)	<10 ⁻⁴
	Radiologue-échographiste	150 (73,9)	33 (16,4)	
	Sage-femme de maternité	7 (3,4)	23 (11,4)	
Kilomètres parcourus pour réaliser l'échographie	En moyenne	20,4 ± 25,8	17,9 ± 11,0	0,22
	Au premier trimestre	19,5 ± 31,8	18,4 ± 13,7	0,64
	Au second trimestre	20,6 ± 34,1	17,8 ± 13,0	0,28
	Au troisième trimestre	20,0 ± 19,7	17,1 ± 10,8	0,078

	Mater Urbaines (n=207)	Mater Rurales (n=208)	p value
Patientes ayant vu un autre spécialiste (%)	45 (22,2)	39 (19,4)	0,49
Kilomètres parcourus pour aller le consulter	14,9 ± 20,1	31,5 ± 34,3	0,01
Nombre moyen de consultations	2,9 ± 2,4	2,5 ± 2,7	0,5
Prise de traitement pendant la grossesse (%)	136 (66,7)	108 (54,3)	0,01
Compétences de la sage-femme dans le suivi de la grossesse à bas risque connues (%)	129 (64,2)	137 (69,5)	0,26
<i>Dont primipares (%)</i>	43 (33,3)	44 (36,7)	0,83
Pathologies pendant la grossesse (%)	49 (23,7)	52 (25,0)	0,75
Diabète (%)	19 (9,2)	25 (12,0)	0,35
Menace d'accouchement prématuré (%)	13 (6,3)	12 (5,8)	0,83

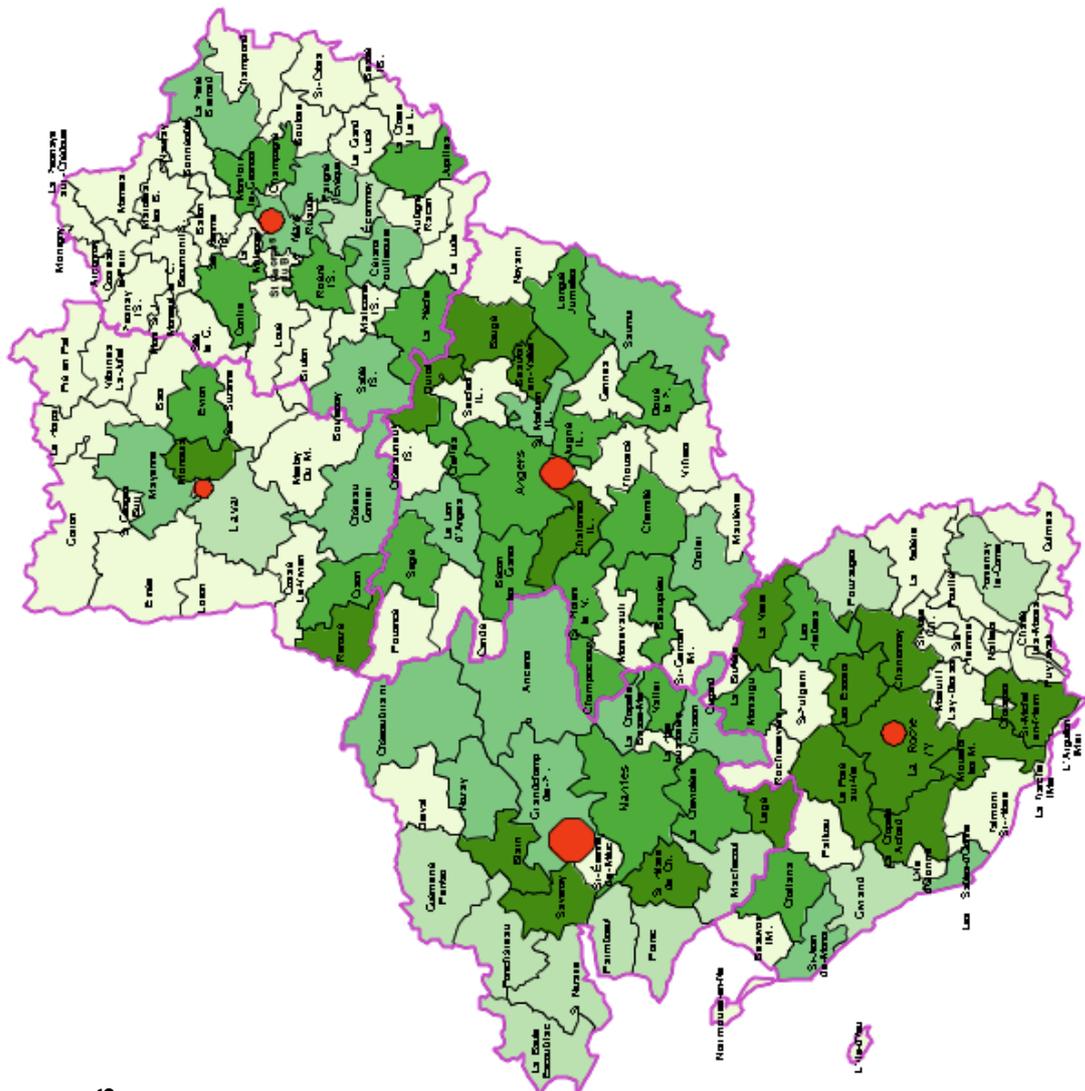
<i>Principaux traitements pris</i>	Mater urbaines	Mater rurales
Antireflux	44	13
Compléments Alimentaires	29	16
Fer	63	59
Homéopathie	10	20
Minéraux	13	13
Vitamines	19	8

<i>Principaux spécialistes consultés durant la grossesse</i>	Mater urbaines (n=45)	Mater rurales (n=39)	p value
Endocrinologue	21	18	
Ostéopathe	8	2	
Cardiologue	4	0	NC
Dentiste	0	3	
Kinésithérapeute	2	1	

	Mater 1 (n=98)	Mater 2 (n=107)	Mater 3 (n=110)	Mater 4 (n=97)	p value
Distance à la maternité (km)	12,5 ± 18,7	20,4 ± 19,8	15,1 ± 8,7	14,1 ± 8,4	0,01

		Mater urbaines (n=207)	Mater rurales (n=208)	p value
Raison du choix du lieu d'accouchement (%)	Proximité	76 (36,7)	185 (88,9)	<10 ⁻⁴
	Suivi antérieur	91 (44,0)	60 (28,8)	0,001
	Bouche-à-oreille	60 (29,0)	37 (17,8)	0,007
	Orientation par un professionnel de santé	21 (10,1)	8 (3,8)	0,01
Distance à la maternité (km)		16,6 ± 19,6	14,6 ± 8,5	0,18
Présentation foetale (%)	Céphalique	190 (95,5)	188 (94,9)	0,80
	Siège	9 (4,5)	10 (5,1)	
	Transverse	3 (1,4)	1 (0,5)	-
Mode de début (%)	Spontané	128 (63,1)	142 (70,0)	0,28
	Déclenché	57 (28,1)	49 (24,1)	
	Pour raison médicale	41 (20,2)	28 (13,8)	
	De convenance	11 (5,4)	14 (6,9)	
	Césarienne avant travail	18 (8,9)	12 (5,9)	
RPDE > 12h (%)		52 (25,1)	58 (27,9)	0,52
APD parmi voies basses (%)		124 (81,6)	105 (63,6)	0,004
Voies basses (%)		157 (75,8)	170 (81,7)	0,14
Naissance (%) (n _{urbain} =203) (n _{rural} =203)	Voies basses sans extraction	122 (58,9)	150 (72,1)	0,01
	Extractions	35 (16,9)	20 (9,6)	
	Césariennes	46 (22,2)	33 (15,9)	
Lésions périnéales parmi voies basses (%)		106 (67,5)	103 (60,6)	0,19
Poids de naissance (en g)		3380 ± 460	3280 ± 400	0,03
Hospitalisation néo-natale (%)		8 (3,9)	4 (2,0)	0,24
Alimentation à la sortie de la maternité	Allaitement maternel	109 (52,7)	90 (43,3)	0,0809
	Allaitement artificiel	94 (45,4)	110 (52,9)	
Aides prévues à la sortie de la maternité (%)		132 (65,3)	93 (45,8)	0,0001
	Conjoint	102 (49,3)	84 (40,4)	0,07
	Famille	63 (30,4)	49 (23,6)	0,11
	Sage-femme libérale	56 (27,1)	17 (8,2)	<10 ⁻⁴
	sage-femme de PMI	12 (5,8)	3 (1,4)	0,02
	Aide ménagère	12 (5,8)	3 (1,4)	0,34

ANNEXE 6 - RÉPARTITION RÉGIONALE DES SAGES-FEMMES



**REPARTITION DE L'OFFRE DE SOINS
DES SAGES-FEMMES
DANS LES PAYS DE LA LOIRE
PAR COMMUNAUTE DE COMMUNES
Au 30/04/12**

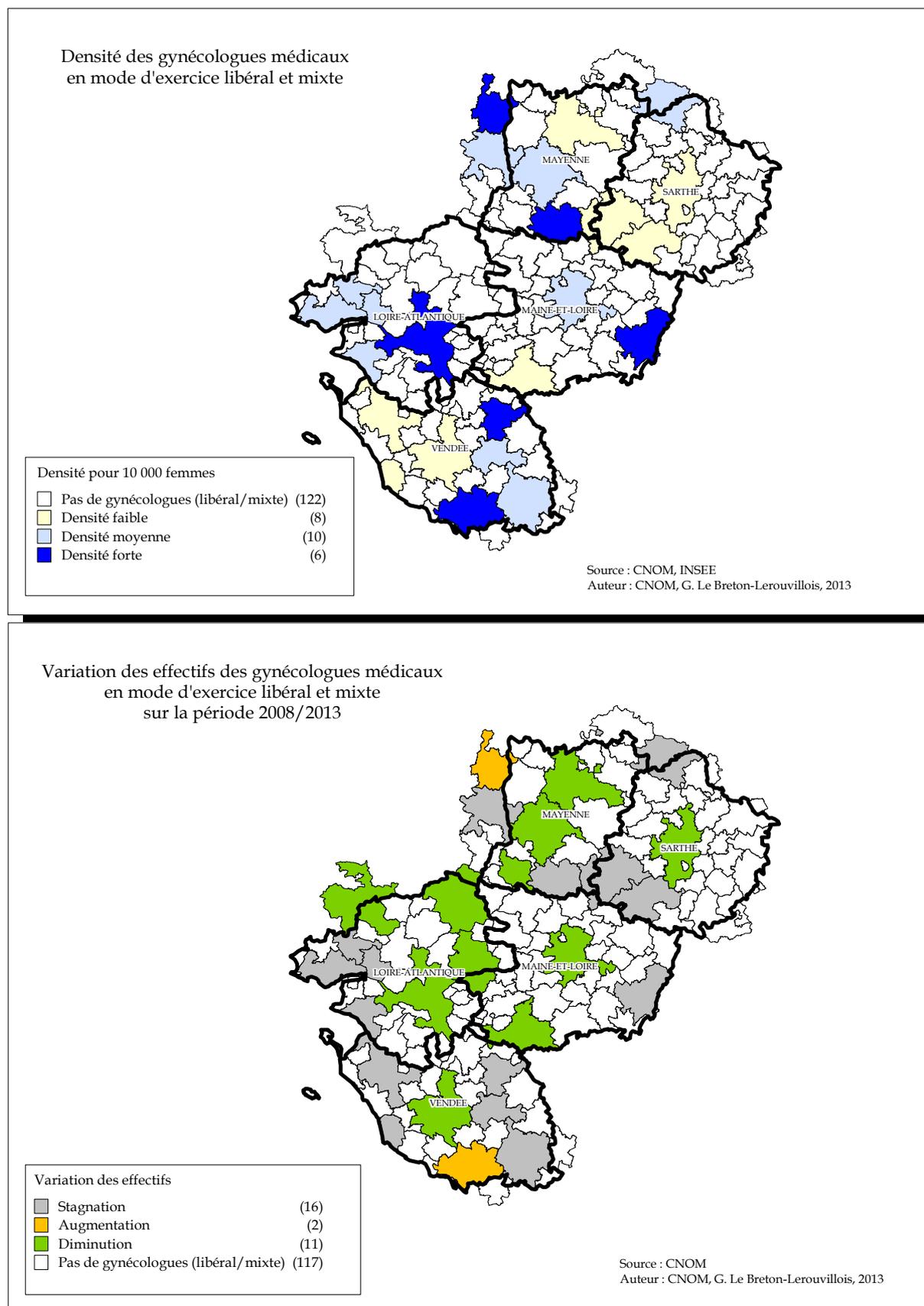
**Densité de Sage-Femmes pour 10 000 Femmes
par communauté de communes**

- De 9,46 à 17,73
- De 6,54 à 8,75
- De 4,36 à 6,54
- De 2,18 à 4,36
- Moins de 2,18

**Nombre d'accouchements en 2010
par département**

- 11 000
- 5 500
- 1 100

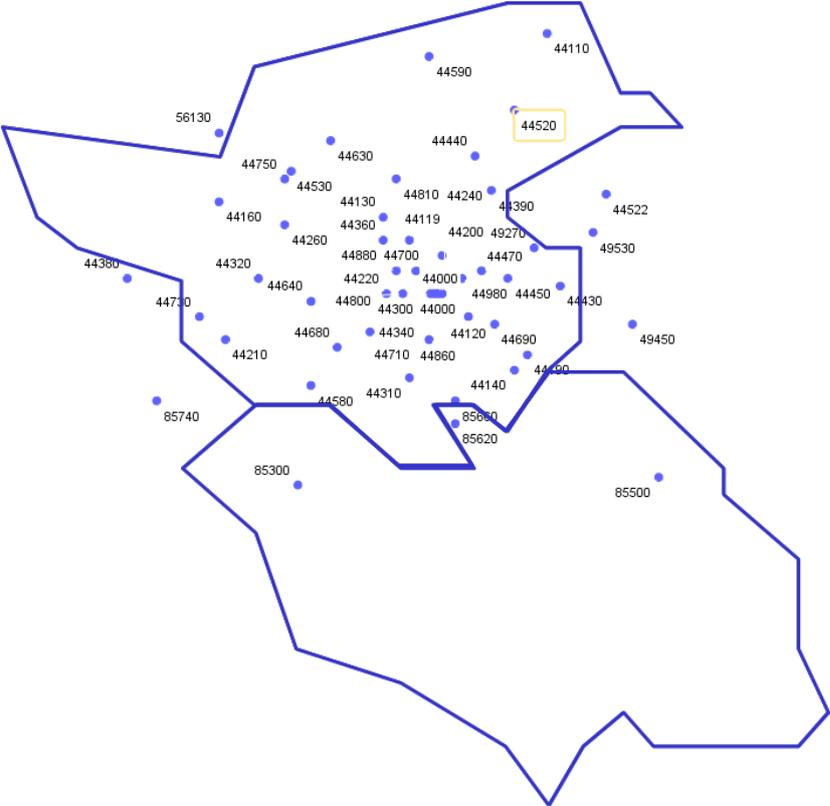
ANNEXE 7 - RÉPARTITION RÉGIONALE DES GYNÉCOLOGUES⁵



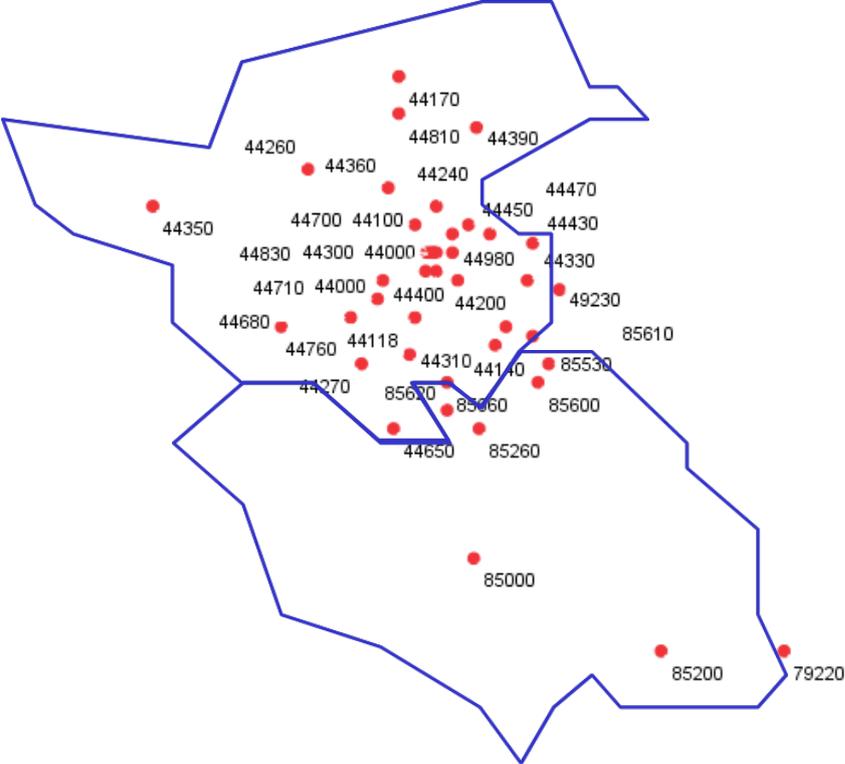
⁵ "gynécologues médicaux" comprend les spécialités gynécologie médicale et gynécologie obstétrique.

ANNEXE 8 - CARTES DE LA PROVENANCE DES PATIENTES POUR LES DIFFÉRENTES MATERNITÉS

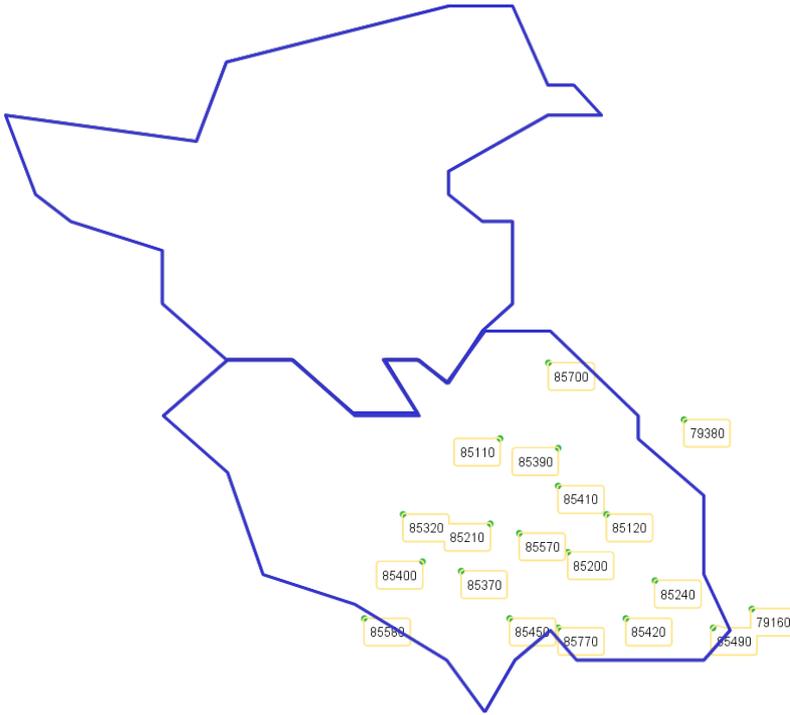
CHU



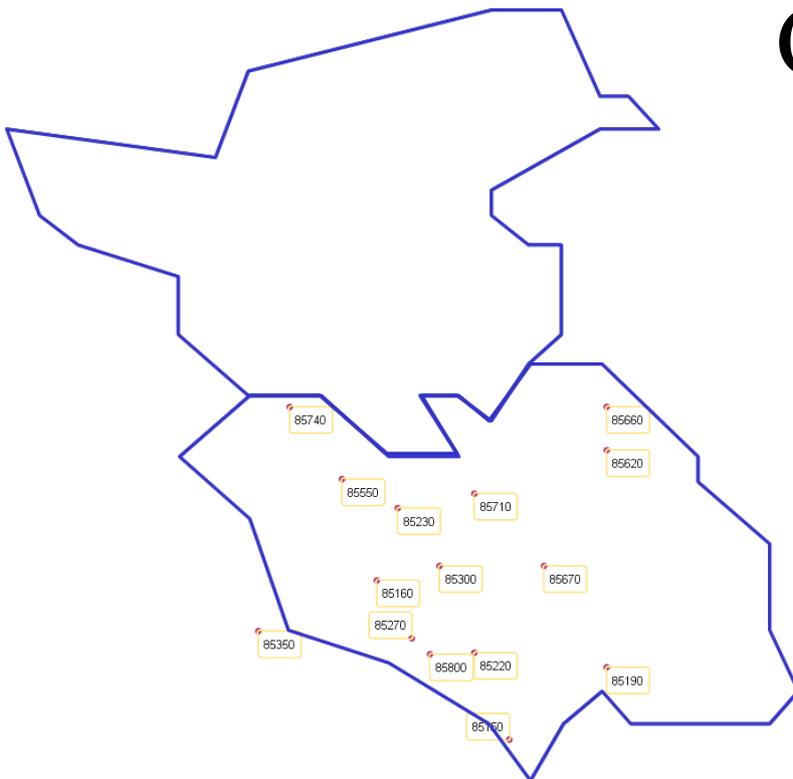
PCA



Fontenay



Challans



RÉSUMÉ

Le suivi de grossesse a été organisé par des plans de périnatalité qui ont mis l'accent sur la sécurité de la mère et de l'enfant. Plusieurs professionnels sont compétents pour ce suivi. L'offre médicale est inégale entre les milieux urbains et ruraux en termes, notamment, de densité de professionnels et de nombre de maternités. Nous avons montré que cette inégalité engendre des différences dans le parcours des patientes. La sage-femme, libérale ou hospitalière, a une place prépondérante en milieu rural tandis qu'en milieu urbain, cette place est occupée par le gynécologue. Nous avons pu constater que la qualité de la prise en charge des grossesses et l'état de santé des nouveau-nés à la naissance ne sont pas différents en fonction des lieux d'accouchement. La surconsommation médicale en milieu urbain entraîne une moins bonne efficacité du système de santé dans ce milieu. Nous avons remarqué que l'activité des sages-femmes en milieu rural semblait différente de celle des sages-femmes en milieu urbain. Ce constat demanderait à être approfondi et pourrait faire l'objet d'une étude spécifique.

MOTS CLÉS

Suivi de grossesse, milieu rural, milieu urbain, parcours de santé, Challans, Fontenay-le-Comte, Vendée, Nantes, Loire-Atlantique.