



Faculté de médecine

Année 2018/2019

N°

Thèse

Pour le
DOCTORAT EN MEDECINE
Diplôme d'État
par

Caroline AMEIL, née VILLARD

Née le 17 Novembre 1989, à Bourges (18)

**QUELS SONT LES DETERMINANTS QUI CONDUISENT LES FEMMES A CHOISIR
LE MEDECIN GENERALISTE COMME PROFESSIONNEL POUR LEUR SUIVI DE
GROSSESSE A BAS RISQUE ?**

Présentée et soutenue publiquement le 15 Novembre 2018 devant un jury composé de :

Président du Jury : Professeur Gilles BODY, Gynécologie-Obstétrique, Faculté de Médecine - Tours

Membres du Jury :

Professeur Fabrice GUERIF, Médecine et Biologie de la reproduction, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Vincent CAMUS, Psychiatrie d'adultes, Faculté de Médecine - Tours

Professeur Christophe BARON, Immunologie, Faculté de Médecine - Tours

Docteur Cécile RENOUX, Médecine Générale, MCU, Faculté de Médecine - Tours

QUELS SONT LES DETERMINANTS QUI CONDUISENT LES FEMMES A CHOISIR LE MEDECIN GENERALISTE COMME PROFESSIONNEL POUR LEUR SUIVI DE GROSSESSE A BAS RISQUE ?

RESUME

Contexte : Le suivi de grossesse à bas risque peut être effectué par un gynécologue, une sage-femme ou un médecin généraliste. Malgré la pénurie de gynécologues, peu de suivis de grossesse sont réalisés par les médecins généralistes.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude était de connaître les raisons pour lesquelles certaines patientes décidaient de confier le suivi de leur grossesse à leur médecin généraliste. L'objectif secondaire était d'identifier les attentes des femmes pour ce suivi de grossesse.

Méthode : Enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés auprès de patientes en suites de couches, ayant été suivies par un médecin généraliste jusqu'au début du 6^{ème} mois de grossesse. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale et analyse thématique du contenu.

Résultats : Les critères principaux de choix du médecin généraliste comme professionnel du suivi de grossesse étaient de deux ordres. D'un point de vue organisationnel, tout semblait « plus simple » : souvent plus accessible en termes de proximité géographique et de disponibilité, globalité du suivi, simplification des démarches... D'un point de vue humain, il semblait exister une relation particulière avec leur médecin, avec une connaissance mutuelle rassurante, gage de confiance. Les patientes reconnaissaient sa réactivité et ses compétences.

Conclusion : Rares sont les grossesses suivies en cabinet de médecine générale. Pourtant, le médecin généraliste semblait répondre aux attentes relationnelles et organisationnelles de certaines patientes pour qui relation et proximité seraient plus importantes que la technicité proposée par le gynécologue.

Mots clés : suivi de grossesse, médecin généraliste, critères de choix, déterminants

WHAT ARE THE KEY FACTORS DRIVING WOMEN TO CHOOSE GENERAL PRACTITIONERS AS PROFESSIONAL FOR THEIR LOW FOETAL RISK PRENATAL CARE?

ABSTRACT

Context : When pregnancy is with low foetal risk, prenatal care can be provided by a gynecologist, a midwife or a general practitioner. In spite of the lack of gynecologists, few pregnancies' prenatal care is provided by general practitioners.

Objectives : The main goal of this study was to know what the reasons are for some patients to choose general practitioners for their prenatal care. The secondary goal was to identify women's expectations regarding prenatal care.

Method : Qualitative and descriptive study using semi directed interviews with puerperal patients whose first six months of prenatal care were provided by a general practitioner. The interviews were audio recorded and fully transcribed. Then, a thematic analysis was conducted.

Results : The main criteria for choosing a general practitioner as prenatal care provider were of two levels. From an organizational point of view, everything seemed to be "easier" : often located closer, more available, offering comprehensive care, with simplified procedures... From a human point of view, there seemed to be a special relationship, with reassuring mutual acquaintance, sign of trust. Patients recognized his ability to react and his proficiency.

Conclusion : It's rare for patients to seek prenatal care in general practices. Nevertheless, the general practitioner seems to respond to organizational and relational expectations for some patients who give greater importance to connection and proximity rather than to the technicity offered by the gynecologist.

Key words : prenatal care, general practitioner, choice criteria, key factors

UNIVERSITE DE TOURS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Pr. Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Pr. Henri MARRET

ASSESSEURS

Pr. Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*

Pr. Matthias BUCHLER, *Relations internationales*

Pr. Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*

Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*

Pr. François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*

Pr. Patrick VOURC'H, *Recherche*

RESPONSABLE ADMINISTRATIVE

Mme Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Pr. Emile ARON (†) – 1962-1966

Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962

Pr. Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972

Pr. André GOUAZE - 1972-1994

Pr. Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004

Pr. Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Pr. Daniel ALISON

Pr. Philippe ARBEILLE

Pr. Catherine BARTHELEMY

Pr. Christian BONNARD

Pr. Philippe BOUGNOUX

Pr. Alain CHANTEPIE

Pr. Pierre COSNAY

Pr. Etienne DANQUECHIN-DORVAL

Pr. Loïc DE LA LANDE DE CALAN

Pr. Alain GOUDEAU

Pr. Noël HUTEN

Pr. Olivier LE FLOCH

Pr. Yvon LEBRANCHU

Pr. Elisabeth LECA

Pr. Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ

Pr. Gérard LORETTE

Pr. Roland QUENTIN

Pr. Alain ROBIER

Pr. Elie SALIBA

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – A. AUTRET – P. BAGROS – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER – J.C. BESNARD –
P. BEUTTER – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B. CHARBONNIER – P. CHOUTET – T.
CONSTANS – C. COUET – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – J. FUSCIARDI – P. GAILLARD – G. GINIES – A. GOUAZE – J.L.
GUILMOT – M. JAN – J.P. LAMAGNERE – F. LAMISSE – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – E. LEMARIE – G.
LEROY – Y. LHUINTE – M. MARCHAND – C. MAURAGE – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J.
MURAT – H. NIVET – L. POURCELOT – P. RAYNAUD – D. RICHARD-LENOBLE – J.C. ROLLAND – D. ROYERE – A.
SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – D. SIRINELLI – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ANDRES Christian	Biochimie et biologie moléculaire
ANGOULVANT Denis	Cardiologie
AUPART Michel	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BABUTY Dominique	Cardiologie
BALLON Nicolas	Psychiatrie ; addictologie
BARILLOT Isabelle	Cancérologie ; radiothérapie
BARON Christophe	Immunologie
BEJAN-AGOULVANT Théodora	Pharmacologie clinique
BERNARD Anne	Cardiologie
BERNARD Louis	Maladies infectieuses et maladies tropicales
BLANCHARD-LAUMONNIER Emmanuelle	Biologie cellulaire
BLASCO Hélène	Biochimie et biologie moléculaire
BODY Gilles	Gynécologie et obstétrique
BONNET-BRILHAULT Frédérique	Physiologie
BRILHAULT Jean	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BRUNEREAU Laurent	Radiologie et imagerie médicale
BRUYERE Franck	Urologie
BUCHLER Matthias	Néphrologie
CALAIS Gilles	Cancérologie, radiothérapie
CAMUS Vincent	Psychiatrie d'adultes
CHANDENIER Jacques	Parasitologie, mycologie
COLOMBAT Philippe	Hématologie, transfusion
CORCIA Philippe	Neurologie
COTTIER Jean-Philippe	Radiologie et imagerie médicale
DE TOFFOL Bertrand	Neurologie
DEQUIN Pierre-François	Thérapeutique
DESOUBEUX Guillaume	Parasitologie et mycologie
DESTRIEUX Christophe	Anatomie
DIOT Patrice	Pneumologie
DU BOUEXIC de PINIEUX Gonzague	Anatomie & cytologie pathologiques
DUCLUZEAU Pierre-Henri	Endocrinologie, diabétologie, et nutrition
DUMONT Pascal	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
EL HAGE Wissam	Psychiatrie adultes
EHRMANN Stephan	Réanimation
FAUCHIER Laurent	Cardiologie
FAVARD Luc	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FOUGERE Bertrand	Gériatrie
FOUQUET Bernard	Médecine physique et de réadaptation
FRANCOIS Patrick	Neurochirurgie
FROMONT-HANKARD Gaëlle	Anatomie & cytologie pathologiques
GAUDY-GRAFFIN Catherine	Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
GOGA Dominique	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
GOUPILLE Philippe	Rhumatologie
GRUEL Yves	Hématologie, transfusion

GUERIF Fabrice	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
GUYETANT Serge	Anatomie et cytologie pathologiques
GYAN Emmanuel	Hématologie, transfusion
HAILLOT Olivier	Urologie
HALIMI Jean-Michel	Thérapeutique
HANKARD Régis	Pédiatrie
HERAULT Olivier	Hématologie, transfusion
HERBRETEAU Denis	Radiologie et imagerie médicale
HOURIOUX Christophe	Biologie cellulaire
LABARTHE François	Pédiatrie
LAFFON Marc	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
LARDY Hubert	Chirurgie infantile
LARIBI Saïd	Médecine d'urgence
LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie
LAURE Boris	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
LECOMTE Thierry	Gastroentérologie, hépatologie
LESCANNE Emmanuel	Oto-rhino-laryngologie
LINASSIER Claude	Cancérologie, radiothérapie
MACHET Laurent	Dermato-vénéréologie
MAILLOT François	Médecine interne
MARCHAND-ADAM Sylvain	Pneumologie
MARRET Henri	Gynécologie-obstétrique
MARUANI Annabel	Dermatologie-vénéréologie
MEREGHETTI Laurent	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MORINIERE Sylvain	Oto-rhino-laryngologie
MOUSSATA Driffa	Gastro-entérologie
MULLEMAN Denis	Rhumatologie
ODENT Thierry	Chirurgie infantile
OUAISSI Mehdi	Chirurgie digestive
OULDAMER – Lobna	Gynécologie-obstétrique
PAGES Jean-Christophe	Biochimie et biologie moléculaire
PAINTAUD Gilles	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
PATAT Frédéric	Biophysique et médecine nucléaire
PERROTIN Dominique	Réanimation médicale, médecine d'urgence
PERROTIN Franck	Gynécologie-obstétrique
PISELLA Pierre-Jean	Ophtalmologie
PLANTIER Laurent	Physiologie
REMERAND Francis	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
ROINGEARD Philippe	Biologie cellulaire
ROSSET Philippe	Chirurgie orthopédique et traumatologique
RUSCH Emmanuel	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
SALAME Ephrem	Chirurgie digestive
SAMIMI Mahtab	Dermatologie - vénéréologie
SANTIAGO-RIBEIRO Maria	Biophysique et médecine nucléaire
THOMAS-CASTELNAU Pierre	Pédiatrie
TOUTAIN Annick	Génétique
VAILLANT Loïc	Dermato-vénéréologie
VELUT Stéphane	Anatomie
VOURC'H Patrick	Biochimie et biologie moléculaire
WATIER Hervé	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

LEBEAU Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES

MALLET Donatien	Soins palliatifs
POTIER Alain	Médecine Générale
ROBERT Jean	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

BAKHOS David	Physiologie
BARBIER Louise	Chirurgie digestive
BERHOUET Julien	Chirurgie orthopédique et traumatologique
BERTRAND Philippe	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
BRUNAUT Paul	Psychiatrie adultes, addictologie
CAILLE Agnès	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
CLEMENTY Nicolas	Cardiologie
DOMELIER Anne-Sophie	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
DUFOUR Diane	Biophysique et médecine nucléaire
FAVRAIS Géraldine	Pédiatrie
FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie	Anatomie et cytologie pathologiques
GATAULT Philippe	Néphrologie
GOUILLEUX Valérie	Immunologie
GUILLON Antoine	Réanimation
GUILLON-GRAMMATICO Leslie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
HOARAU Cyrille	Immunologie
IVANES Fabrice	Physiologie
LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MOREL Baptiste	Radiologie pédiatrique
PIVER Éric	Biochimie et biologie moléculaire
REROLLE Camille	Médecine légale
ROUMY Jérôme	Biophysique et médecine nucléaire
SAUTENET Bénédicte	Néphrologie
TERNANT David	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
ZEMMOURA Ilyess	Neurochirurgie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

AGUILLON-HERNANDEZ Nadia	Neurosciences
BOREL Stéphanie	Orthophonie
DIBAO-DINA Clarisse	Médecine Générale
MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES

RUIZ Christophe	Médecine Générale
SAMKO Boris	Médecine Générale

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
COURTY Yves	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
DE ROCQUIGNY Hugues	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
ESCOFFRE Jean-Michel.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
GILOT Philippe.....	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7001
GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253
HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 1253
LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
MAZURIER Frédéric	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
MEUNIER Jean-Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1259
PAGET Christophe	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
RAOUL William	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7001
SI TAHAR Mustapha	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
WARDAK Claire.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1253

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

DELORE Claire	Orthophoniste
GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
PERRIER Danièle	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

Pour l'Ethique Médicale

BIRMELE Béatrice	Praticien Hospitalier
------------------------	-----------------------

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*

*Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux
ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira
les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas
à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.*

*Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*

*Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.*

REMERCIEMENTS

Au **Docteur Cécile RENOUX** qui a accepté d'encadrer mon travail depuis son tout début. Merci pour ta patience, tes précieux conseils, ta disponibilité. Merci également pour cette belle image de médecine générale toujours en question que tu m'as donnée en tant qu'interne.

Aux **Professeurs Gilles BODY, Vincent CAMUS, Fabrice GUERIF, Christophe BARON** : merci de vous être rendus disponibles et d'avoir accepté de juger mon travail.

Au **Professeur Matthias BUCHLER** qui, sans me connaître, m'a donné du temps et m'a aidée à constituer mon jury : merci pour votre implication et votre réassurance bienveillante.

Au **Docteur Etienne ROUSSEL** : merci pour le temps que vous avez pris pour me relire, rassurant « premier coup d'œil gynécologique » sur mon travail.

Aux **patientes ayant accepté de me rencontrer** malgré la fatigue des dernières semaines et l'accouchement récent : merci pour ce temps et cette confiance que vous m'avez accordés.

A toutes les **sages-femmes de l'hôpital de Blois** qui ont donné de leur temps pour permettre le recrutement des patientes de cette étude : merci d'avoir fait cela avec le sourire, malgré mes très fréquentes relances et vos plannings chargés.

Aux **médecins rencontrés durant mes études**, particulièrement au cours de mes stages en médecine générale : merci pour votre accueil, votre temps, vos conseils, votre confiance, et ce beau partage d'expérience.

A ma famille,

Tout d'abord à **mes parents**, pour l'éducation reçue et leur soutien.

Merci Maman de m'avoir accompagnée dans le quotidien studieux de mon externat, et d'avoir tout fait pour me rendre la vie plus facile.

Merci Papa pour ces moments privilégiés d'évasion que je regrette tant maintenant.

A **Olivier** : Tu vois, j'y suis arrivée, hein ??!!

Merci pour ton attention de grand-frère, certes oubliée pendant nos années de scolarité mais retrouvée et aujourd'hui importante pour moi.

Merci à **mes Oncles et Tantes** qui ont été si présents : Oncle Fred et Tante Françoise, MPM, Tante Marie-Aude.

A mes **cousins-cousines** d'Orléans et de Blois, chez qui j'ai si régulièrement pu prendre un moment de détente en toute simplicité, et notamment à vous Marie-Astrid et Victorien qui m'avez si souvent accueillie.

A **ma nouvelle famille** : merci pour votre accueil, votre soutien et votre bienveillance. C'est avec joie que je partage avec vous ces moments conviviaux au Moulin ou ailleurs.

A **vous tous** qui m'avez entourée et accompagnée, de plus ou moins loin mais toujours là : mes Grands Parents, Charlotte, Julia : un grand merci !

Et bien sûr à toi, **Kévin**. Merci pour tout l'amour que tu me donnes jour après jour et qui me rend heureuse. Merci pour tes encouragements pour ce travail et la fierté que je ressens de ta part. Sois sûr de mon admiration pour ce que tu fais : tu as des doigts en or, j'en suis sûre ! Merci de m'avoir ouvert les yeux sur les bienfaits de l'ostéopathie !

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	13
MATERIEL ET METHODES.....	15
RESULTATS.....	17
Caractéristiques des entretiens et de la population étudiée	17
Satisfaction du suivi de grossesse.....	21
Analyse thématique.....	22
La connaissance du médecin généraliste.....	23
La confiance envers le médecin généraliste	24
Le relationnel	25
La simplicité.....	26
Autres éléments intervenant dans leur choix.....	29
Attentes des patientes.....	31
Suivi pédiatrique à venir des nouveau-nés	33
Hypothèses des patientes sur les raisons du fréquent non-choix du médecin généraliste?	33
DISCUSSION	35
A propos de la méthode	35
A propos des résultats	37
CONCLUSION	44
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	45
ANNEXES.....	48
ANNEXE 1 : Abréviations et glossaire	48
ANNEXE 2 : Document d'information à destination des sages-femmes de l'hôpital de Blois.....	50
ANNEXE 3 : Trame d'entretien finale.....	51
ANNEXE 4 : Questionnaire de description de l'échantillon, à destination des patientes rencontrées.....	53

INTRODUCTION

La grossesse est un moment bien particulier pour chaque femme et dans la société, avec de multiples bouleversements physiques, psychologiques, familiaux et sociaux. Tantôt considérée comme un moment privilégié et « extra-ordinaire », par son sens même de transmission de la vie, tantôt source de stress, fatigue et pathologies.

La loi française stipule que « Toute femme enceinte bénéficie d'une surveillance médicale de la grossesse et des suites de l'accouchement qui comporte, en particulier, des examens prénataux et postnataux obligatoires pratiqués ou prescrits par un médecin ou une sage-femme » [1]. Le suivi prévoit 7 consultations, la première avant 15SA pour permettre la déclaration de grossesse, puis une par mois à partir du début du 4^{ème} mois. Il comprend également 8 séances de préparation à la naissance et à la parentalité, 3 échographies et des examens biologiques, certains étant obligatoires, d'autres recommandés. Les consultations de suivi des 7^{ème}, 8^{ème} et 9^{ème} mois sont classiquement réalisées dans le centre où est prévu l'accouchement [2].

La grossesse est un état physiologique qui, au cours de ces dernières décennies, n'a cessé d'être de plus en plus médicalisé avec notamment un nombre croissant de consultations prénatales, dépistages sanguins et d'échographies (actuellement, le nombre moyen de consultations prénatales serait de 10 et celui des échographies de plus de 5 [3]), et un suivi de plus en plus effectué par le spécialiste [4]. Pourtant, « il a été montré que l'excès de surveillance pouvait être iatrogène. Les données disponibles laissent penser qu'il faudrait à la fois faire plus et mieux dans les situations à haut risque, et moins (et mieux) dans les situations à faible risque. Il s'agit là d'un défi pour l'organisation des soins périnataux dans les années à venir » [5].

On estime que la majorité des grossesses se déroule de façon « normale », c'est-à-dire sans complications [6] et sont en fait considérées *a priori* comme « normales » ou « à bas risque ». C'est sur la recherche d'antécédents personnels et familiaux ainsi que de facteurs de risque (facteurs de risques de diabète, d'hypertension artérielle, consommation de toxiques...) que cette évaluation est faite en début de grossesse, voire idéalement en pré-conceptionnel [6]. Si la grossesse est considérée comme étant « à bas risque », la patiente est libre de choisir le professionnel qui effectuera son suivi : un médecin généraliste, un gynécologue médical ou obstétricien, ou une sage-femme. Le rôle de celui-ci sera d'accompagner la femme enceinte et de dépister d'éventuels risques ou complications qui imposeraient alors un suivi par un gynécologue-obstétricien [6].

Le nombre de gynécologues médicaux en baisse (suite à la suppression de cette spécialité médicale entre 1986 et 2003) et la forte activité des obstétriciens ne permettent pas que l'intégralité des suivis de grossesses non compliquées soit réalisée par ces spécialistes. Le Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) déclarait dans un ouvrage publié en 2005 que les gynécologues « n'ont pas pour vocation de voir toutes les femmes pour les problèmes de contraception, les examens systématiques et de dépistage, les thérapeutiques les plus courantes ou le traitement substitutif de la

ménopause » [7]. En effet, la France en 2017 a recensé 767 000 naissances [8] et comptait 68 162 médecins généralistes libéraux exclusifs ou à activité mixte [9], mais seulement 2 461 gynécologues médicaux (libéraux exclusifs ou à activité mixte) et 4 869 gynécologues-obstétriciens [9]. En 2017 il y avait 22 721 sages-femmes (15 852 salariées, 4 406 libérales, 2 146 à activité mixte) [10].

Malgré ce contexte démographique, les médecins généralistes suivent très peu de grossesses. Ils n'auraient suivi en 2016 que 6.5% des grossesses [3], contre 15.5% en 2003 [1]. En effet la majorité des femmes enceintes optent pour un suivi par un gynécologue (65,7% en 2016) [3]. La proportion de grossesses suivies par une sage-femme est également plus importante que celle du médecin généraliste et est en augmentation (11,6% en 2010 contre 23,3% des grossesses en 2016) [3]. Le début de grossesse lui-même est assuré principalement par le spécialiste : en 2016 la majorité des déclarations de grossesse était faite par le gynécologue (52.1% des grossesses sont déclarées par un gynécologue en libéral, 14,1% par un gynécologue-obstétricien à l'hôpital, 18.5% par un médecin généraliste et 7.4% par une sage-femme) [3]. Pourtant, le médecin généraliste serait régulièrement consulté en tout début de grossesse [11, 12], voire même en pré-conceptionnel [13, 14], et il resterait également consulté au cours de la grossesse, même si ce n'est pas pour le suivi [11, 14, 15, 16]. Il aurait donc une place de premiers recours, mais peu de patientes le choisiraient pour leur suivi.

Néanmoins, comme le rappelait la Haute Autorité de Santé (HAS) [2], le médecin généraliste a les compétences nécessaires au suivi des grossesses à bas risque, et le pronostic de la mère et de l'enfant lors des grossesses à bas risque ne différerait pas selon que la grossesse ait été suivie par un médecin généraliste, un gynécologue médical, une sage-femme ou un gynécologue-obstétricien (recommandation de grade A) [2]. Plus que le professionnel en lui-même, ce que recommandait la HAS pour le suivi de grossesse, c'était qu'il soit « assuré par un groupe restreint de professionnels avec qui la femme enceinte se sent en confiance (grade A) [...] l'idéal étant le suivi par la même personne » [2]. Connaissant la patiente de façon globale, et ayant souvent établi une relation de confiance avec elle, le médecin généraliste ne peut-il pas être justement un interlocuteur privilégié pour ce suivi ?

Les études déjà réalisées sur ce sujet ont révélé un manque d'information sur la possibilité pour les femmes enceintes de se faire suivre par leur médecin généraliste [11, 14, 15, 17-24]. Certaines douteraient de leurs compétences dans ce domaine particulier qu'est la grossesse [17, 18, 23, 25] ou même plus largement la gynécologie [24]. D'autres rapporteraient une gêne plus importante (pudeur) chez leur médecin traitant pour les problématiques gynécologiques et notamment l'examen [15, 26]. Ainsi, elles confieraient plus souvent leur grossesse au professionnel qui effectue leur suivi gynécologique : souvent leur gynécologue [18]. Pourtant, le médecin généraliste est fréquemment consulté en premier recours, pour le diagnostic de grossesse [19, 27].

Les principaux facteurs incitant, eux, les patientes à se faire suivre par leur médecin généraliste semblaient être la proximité géographique, la relation existante et les qualités humaines de leur médecin, sa disponibilité, le fait que le médecin propose de suivre la grossesse, et la réalisation du suivi gynécologique antérieur par celui-ci [11-20, 22, 23, 25, 28-31, 32, 37]. Les patientes faisant ce choix semblaient privilégier cette proximité et cette

confiance à la technicité, contrairement à celles qui faisaient le choix d'un gynécologue [14, 19].

Peu d'études qualitatives ont été faites sur une population de femmes ayant choisi le médecin généraliste pour ce suivi [28].

L'objectif principal de ce travail était de connaître les raisons pour lesquelles certaines patientes ont décidé de confier leur suivi de grossesse à leur médecin généraliste. L'objectif secondaire était d'identifier les attentes de ces femmes pour ce suivi de grossesse.

MATERIEL ET METHODES

Choix de la méthode :

Afin de répondre à cette question, le choix s'est porté sur une étude qualitative*, au cours d'entretiens individuels* semi-dirigés*, pour permettre aux patientes de s'exprimer plus librement.

Autorisations :

La déclaration à la CNIL* a été faite le 06 décembre 2016 (N° de télé déclaration : 2013099 v 0) et l'accord du Comité d'Ethique ERERC (Espace de Réflexion Ethique Région Centre) a été obtenu le 12 juin 2017.

Le Directeur des Ressources Humaines et des Affaires médicales, de l'Enseignement et de la Recherche du Centre hospitalier de Blois, le Chef de Service de Gynécologie et le Cadre Sage-femme ont donné leur accord que cette étude se fasse dans le service de suites de couche de l'Hôpital de Blois

Recrutement :

Le recrutement des patientes s'est déroulé de juin à décembre 2017 dans le service de suites de couches de la maternité du Centre Hospitalier de Blois.

Le choix du lieu de recrutement s'est fait pour des raisons pratiques, le service étant bien connu de l'enquêtrice et permettant un recrutement plus facile. Il semblait possible d'y trouver un échantillon assez représentatif de la population. Pour encore plus de représentativité, le projet initial était de rencontrer également des patientes dans une autre structure. Le choix s'était porté sur la maternité de Romorantin plutôt que celle de la Polyclinique de Blois en raison du faible nombre de patientes suivies par leur médecin généraliste à la Polyclinique (les gynécologues souhaitant réaliser l'ensemble du suivi des patientes désirant accoucher là-bas). Finalement, devant la complexité des démarches pour le Comité d'Ethique et le Comité de Protection des Personnes en termes d'autorisations en cas d'étude multicentrique, il a été convenu de ne réaliser les entretiens qu'à l'Hôpital de Blois.

Il a été remis aux sages-femmes un document informatif sur le projet (Annexe 2). Ensuite, une équipe de soignants a été rencontrée pour exposer plus précisément le travail. Il était convenu dans le protocole, pour respecter le secret médical des patientes hospitalisées, que les sages-femmes fassent le tri dans les dossiers et sélectionnent les patientes correspondant aux critères d'inclusion et d'exclusion donnés. Elles ont été régulièrement contactées par la suite par l'enquêtrice, et lorsqu'une patiente correspondait aux critères d'inclusion, l'entretien était planifié.

Pour pouvoir participer à l'étude, la patiente devait être majeure, en suites de couches, et sa grossesse devait avoir été suivie par le médecin généraliste au moins jusqu'au début du 6^{ème} mois de grossesse. Elle devait également avoir donné son consentement pour le traitement des données. Il existait deux critères de non-inclusion : le premier était l'existence d'une barrière de la langue empêchant la fluidité de l'expression. Ainsi, la patiente ne devait pas avoir de difficultés à comprendre ou tenir une conversation en français. Le second était le fait d'avoir eu une grossesse identifiée comme compliquée ou à risque, imposant alors un suivi par un gynécologue-obstétricien.

Elaboration de la trame d'entretien* :

Afin d'avoir un fil conducteur pour la réalisation des entretiens, il a été élaboré une trame d'entretien (Annexe 3) basée sur l'analyse de travaux de thèses antérieurs [15, 17-19] et les hypothèses en lien avec la question de recherche. Pour obtenir des réponses plus informatives et laisser une liberté aux patientes, la trame incluait des questions les plus ouvertes possibles. Après une question d'accroche sur le déroulement global de la grossesse, les questions portaient sur le vécu de la grossesse, les attentes et le contenu des consultations, les raisons et avantages du choix du médecin généraliste, les inconvénients éventuels, les raisons du non choix des autres professionnels compétents pour le suivi de grossesse, le suivi pédiatrique à venir de l'enfant, le choix pour une éventuelle future grossesse. La trame s'est modifiée au fil des entretiens, pour plus de pertinence, avec des questions de moindre importance moins abordées et de nouvelles questions posées.

Réalisation des entretiens :

Les entretiens se déroulaient soit à l'hôpital, soit au domicile des patientes en cas d'impossibilité à les voir au cours de leur séjour hospitalier, après accord téléphonique.

Après une présentation du projet, il était recueilli par écrit leur consentement pour l'enregistrement et la retranscription des données. Elles étaient informées que toutes les données seraient anonymisées. A chaque patiente correspondait une lettre et un numéro (Mme A, entretien N°1 ; Mme B, entretien N°2 ...).

La durée estimée des entretiens *a priori* était de 20 à 30 minutes.

Après réalisation de l'entretien, la patiente remplissait un petit questionnaire (Annexe 4) informant sur elle-même et son médecin. La concernant, elle renseignait son âge, son niveau d'études, sa profession, sa situation matrimoniale, sa commune, sa parité et le(s) professionnel(s) ayant suivi la (les) grossesse(s) précédente(s). Concernant son médecin, les informations demandées étaient l'estimation de son âge, son sexe, son lieu d'exercice, la durée depuis laquelle il la suivait et faisait-il son suivi gynécologique.

Le nombre d'entretiens à réaliser n'était pas défini au début de l'étude : ils ont été réalisés jusqu'à suffisance des données*.

Retranscription* des entretiens :

Les entretiens ont été retranscrits le plus fidèlement possible, dans leur intégralité. Les noms et lieux cités au cours des entretiens ont été remplacés par « X » pour conserver l'anonymat des patientes.

Analyse des données :

L'analyse a débuté après réalisation de plus de la moitié des entretiens. La méthode utilisée était celle de l'analyse thématique* de contenu : chaque mot ou groupe de mots porteur de sens pour la réponse à la question posée était relié à un thème. Ces thèmes ont ensuite été articulés entre eux en un schéma représentant les principaux critères de choix des patientes et leurs interactions, avec élaboration d'une théorie. Les données non verbales des entretiens n'ont pas été analysées.

RESULTATS

Caractéristiques des entretiens et de la population étudiée

Dix-neuf entretiens ont été réalisés, entre juin et décembre 2017. Leur durée moyenne était de 15 minutes (8mn50s – 23mn20s). Toutes les patientes correspondant aux critères d'inclusion et de non-inclusion ont accepté l'entretien, sauf une qui attendait de la visite.

La suffisance des données a été atteinte au 13^{ème} entretien, mais des entretiens supplémentaires ont été conduits pour s'assurer de cette suffisance et diversifier la population.

Après codage* de l'ensemble des entretiens, il était prévu de réaliser deux entretiens supplémentaires afin de confirmer cette saturation des données, mais la réorganisation du service de suites de couches a compliqué la disponibilité des sages-femmes pour le recrutement, et après plusieurs tentatives de relance du service ou absence de patientes correspondant aux critères ces jours-là, il a été convenu que la suffisance des données était satisfaisante.

L'âge moyen des patientes était de 31 ans (22–40 ans). Les caractéristiques des patientes, obtenues à partir du questionnaire remis en fin d'entretien, sont résumées dans le Tableau 1. Pour 9 patientes il s'agissait d'une première grossesse menée à terme ; les grossesses précédentes des autres patientes avaient toutes été suivies par un médecin généraliste sauf une des deux grossesses antérieures d'une de ces femmes.

Les données concernant le médecin ayant suivi la grossesse sont regroupées dans le Tableau 2. Il s'agissait d'un homme pour 4 des 19 patientes rencontrées. Les patientes estimaient son âge majoritairement entre 35 et 55 ans.

La distance moyenne entre le domicile des patientes et l'hôpital était de 21.6 km (0km – 46km) ; elle était de 7.5 km entre leur domicile et le cabinet de leur médecin généraliste (0 – 32km).

Pati- ente	Durée entretien	Age (années)	Lieu de vie		Niveau d'études	Profession	Situation matrimoniale	Nombre de grossesses antérieures	Professionnel ayant suivi la (les) grossesse(s)s précédente(s)	Mois de l' entretien
			Nombre d' habitants	Distance et durée domicile - . hôpital de Blois . cabinet du MG						
1 (A)	15mn45	29	1 950	17 km, 21 min 0 km	Licence psychologie	Assistante d'éducation	Pacsée	0		Juin 2017
2 (B)	19mn35	40	2 015	13 km, 23min 21 km, 30 min	Bac Pro secrétariat	Hôtesse de caisse	En concubinage	0		Juin 2017
3 (D)	22mn53	39	2 490	5 km, 15 min 5 km, 10 min	Bac	Secrétaire	En concubinage	2	MG	Juin 2017
4 (E)	23mn	28	630	24 km, 25 min 9 km , 10 min	Bac + 2	Animatrice socio-culturelle	En concubinage	0		Juillet 2017
5 (F)	13mn43	34	4 490	3 km, 9 min 5 km, 10 min	Bac Pro secrétariat	Conseiller client	En concubinage	0		Aout 2017
6 (G)	9mn46	31	4 660	45 km, 45 min 0 km	CAP	Opératrice de production	En concubinage	1	MG	Aout 2017
7 (H)	13mn13	27	3 270	46 km, 41 min 6 km, 9 min	Bac Pro « Service en milieu rural »	Factrice	En concubinage	1	MG	Aout 2017
8 (I)	14mn10	29	1 330	21 km, 24 min 18 km, 21 min	Bac +3	Infirmière	En concubinage	2	1 : SF à l'hôpital, 2 : MG	Aout 2017
9 (J)	8mn50	22	220	27 km, 32 min 7 km, 8 min	Bac	Auxiliaire de vie	En concubinage	0		Septembre 2017

10 (K)	23mn20	32	4 305	29 km, 31 min 0 km		Aide-soignante	En concubinage	1	MG	Septembre 2017
11 (L)	14mn48	28	830	22 km, 27 min 7 km, 10 min	BTS	Fonctionnaire (assistante ressources humaines)	En concubinage	0		Octobre 2017
12 (M)	16mn36	27	295	23 km, 28 min 10 km, 11 min	Bac Pro Restauration	Serveuse	En concubinage	1	MG	Octobre 2017
13 (N)	13mn18	32	46 350 (Blois)	Equidistance	BTS	Assistante maternelle	En concubinage	2	MG	Octobre 2017
14 (O)	18mn05	32	4 660	46 km, 47 min 0 km	Bac	Secrétaire	En concubinage	2	MG	Octobre 2017
15 (P)	15mn02	31	838	21 km, 24 min 18 km, 19 min	BEP Agricole	Conseillère vendeuse en jardinerie	Pacsée	0		Octobre 2017
16 (Q)	16mn24	38	2 630	12 km, 20 min 0 km	Bac + 5	Chef de service administratif	En concubinage	0		Octobre 2017
17 (R)	17mn24	23	726	39 km, 37 min 32 km, 34 min	BEP	Sans emploi	Mariée	0		Novembre 2017
18 (S)	22mn49	36	46 350 (Blois)	Equidistance	Filière apprentissage (sans Bac)	Gouvernante en hôtellerie	Mariée	1	MG	Décembre 2017
19 (T)	11mn45	35	1 992	18 km, 21 mn 5.5 km, 9 mn	CAP service	Mère au foyer	Mariée	2	MG	Décembre 2017

mn : minutes ; km : kilomètres ; MG : Médecin généraliste, CAP : Certificat d'Aptitude Professionnelle, BTS : Brevet de Technicien Supérieur, BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles
Tableau 1 : Données descriptives des patientes.

Patiente	Age (années)	Sexe	Médecin traitant de la patiente ?	Durée du suivi de la patiente	Suivi gynécologique de la patiente ?
1 (A)	35-55	Homme	Oui	3 ans	Non
2 (B)	<35	Femme	Sa remplaçante	Début de grossesse	Oui
3 (D)	55-65	Homme	Oui	10 ans	Oui
4 (E)	35-55	Femme	Oui	1 mois avant le début de grossesse	Non
5 (F)	35-55	Femme	Oui	L'enfance	Oui
6 (G)	55-65	Femme	Oui	6 ans	Oui
7 (H)	<35	Femme	Oui	3 ans	Oui
8 (I)	35-55	Femme	Oui	L'enfance (4 ans)	Non
9 (J)	35-55	Femme	Oui	10 ans	Oui
10 (K)	35-55	Femme	Oui	6 ans	Non
11 (L)	35-55	Femme	Oui	2 ans	Oui
12 (M)	35-55	Homme	Oui	L'enfance (6 ans)	Oui
13 (N)	<35	Femme	Oui	20 ans	Oui
14 (O)	55-65	Femme	Oui	1 an	Oui
15 (P)	35-55	Femme	Oui	3 ans	Oui
16 (Q)	55-65	Femme	Oui	L'enfance (7 ans)	Oui
17 (R)	35-55	Homme	Oui	Début de grossesse	Pas de suivi. Va le faire.
18 (S)	>65	Homme	Oui	La naissance	Oui
19 (T)	35-55	Femme	Oui	Environs 2 ans	Oui

Tableau 2 : Données descriptives concernant les médecins généralistes ayant suivi la grossesse des patientes rencontrées.

Satisfaction du suivi de grossesse

Concernant le suivi de leur grossesse, **les patientes étaient plutôt satisfaites**. Certaines justifiaient ce vécu positif en premier lieu par le simple fait que le suivi ait été réalisé par leur médecin ; Mme S : « *Ça s'est bien passé. Ben... c'est mon médecin traitant depuis que j'suis née* » ; Mme T : « *Bah, bien. C'est mon médecin traitant, donc...* »

Certaines ont par contre **manqué d'information**. Pour Mme E : « *Juste que j'ai manqué d'informations* ». Elle estimait que son médecin ne l'avait « *pas assez guidée* » ; Mme A, un peu déçue de ne pas avoir été renseignée sur l'haptonomie disait « *c'était un médecin traitant qui n'était pas non plus... trop... informé* ». Mme R a trouvé avoir reçu plus d'informations et s'est sentie plus en confiance lors de ses consultations à l'hôpital : « (A

l'hôpital) *ils expliquent plus ce qu'ils font enfin voilà. Tandis que le médecin il fait, et puis ben il donne les papiers à la fin et puis voilà quoi !* », mais elle avouait un suivi par celui-ci depuis peu de temps : *« ça fait pas longtemps que j'ai ce médecin-là donc du coup... j'le connais pas forcément, j'suis assez réservée ! Donc du coup, bah j'avais plus de facilités à parler avec ceux de l'hôpital que avec le médecin »*.

Une patiente estimait avoir eu un bon suivi, en dehors du diabète gestationnel qui n'avait pas été dépisté ou pris en charge par son médecin malgré les analyses faites : *« ça s'est bien passé, sauf que ben... j'ai eu un p'tit souci avec mon médecin généraliste, parce que... début septembre quand je suis venue à la mat' à l'hôpital, ben ils ont découvert que j'avais un diabète gestationnel »*.

Seules deux patientes souhaitaient un autre suivi (à l'hôpital ou par une sage-femme libérale) pour une prochaine grossesse. Mme E disait qu'elle opterait pour un suivi par une sage-femme mais avouait avoir changé de position au cours de la grossesse : elle avait choisi son médecin généraliste notamment pour ne *« pas être abattue d'informations »* et entrer dans ce qu'elle appelait le *« pétitement de la grossesse »*, mais a finalement trouvé avoir manqué d'informations. Les autres confieraient à nouveau leur grossesse à leur médecin généraliste ; Mme D : *« exactement la même chose, avec aucun regret »* ; Mme F : *« La même chose ! Par mon médecin traitant ! »*.

Mme M, ayant déclaré un diabète gestationnel, opterait pour un suivi conjoint, consciente de la majoration du risque pour une future grossesse : *« parce que en général si y'a un problème avec le premier ou le deuxième j pense qu'on est plus susceptible d'en avoir au prochain »*.

Analyse thématique

L'analyse a permis d'identifier **4 grands thèmes** comme étant des critères de choix importants en faveur du médecin généraliste selon les patientes rencontrées : la connaissance du médecin généraliste et connaissance réciproque, la confiance accordée à celui-ci, la qualité de la relation les unissant et la simplification du suivi par ce choix. Les thèmes de connaissance, confiance et relation semblaient intimement liés mais il paraissait intéressant de les analyser en thèmes séparés (Figure 1).

D'autres éléments intervenaient dans leur choix : la proposition du suivi par leur médecin, un suivi gynécologique ou de grossesse antérieure effectué par leur médecin généraliste, et pour certaines le fait que leur médecin ait une formation supplémentaire en gynécologie.

Le coût ou l'avis de proches semblait avoir une moindre importance.

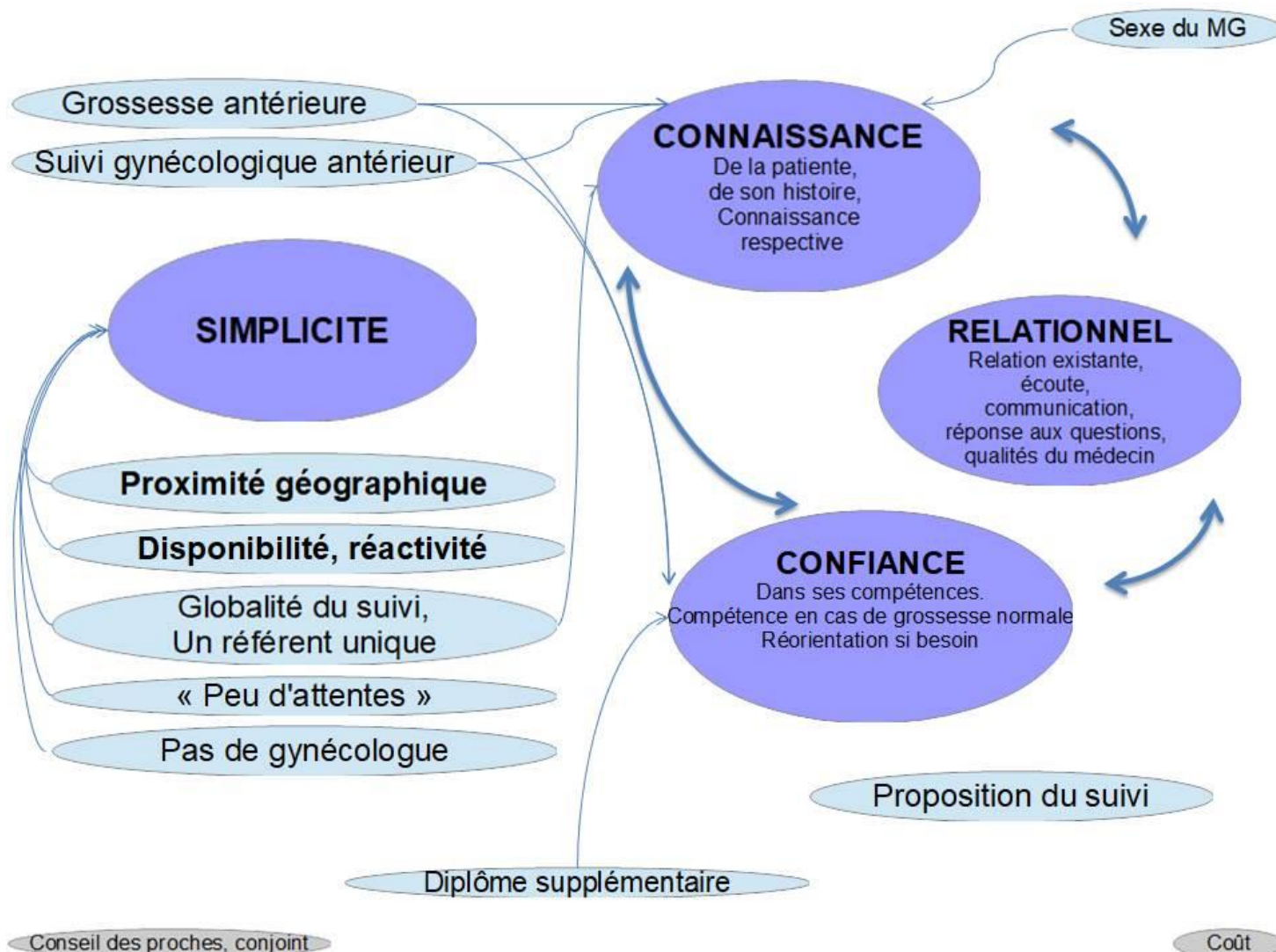


Figure 1 : Critères de choix du médecin généraliste pour le suivi de la grossesse

A. La connaissance du médecin généraliste

Ceci semblait être un point indispensable pour la très grande majorité des patientes interrogées. Seules les trois patientes suivies depuis quelques mois par leur médecin généraliste ne l'abordaient pas. Mme G n'en parlait pas directement mais répondait tout de même à la question des avantages de ce suivi par le médecin généraliste « *déjà c'était mon médecin traitant* », et disait également que c'était elle qui avait fait le suivi de sa première grossesse et « *C'est le médecin de ma fille également* », ce qui impliquait que la connaissance réciproque avec son médecin était importante.

La connaissance était souvent un **facteur important de la confiance accordée** à leur médecin. Mme D : « *Ça fait des années que je suis suivie par lui, il me connaît par cœur, il connaît... enfin voilà il ME connaît. Et c'est beaucoup plus facile d'avoir confiance en quelqu'un qui vous connaît que quelqu'un que vous ne connaissez pas* ». Mme A : « *Je trouve que c'est toujours... agréable de se faire suivre par quelqu'un qu'on connaît. C'est plus pratique pour discuter, pour faire confiance : toujours plus sympa, plutôt que d'être face à un*

inconnu, et que on a jamais vu, et qu'on sait pas trop, on appréhende un peu « est-ce qu'il va être sympa ? », « est-ce que ça va bien se passer ? ». Là au moins y'a pas d'appréhension, y'a rien quoi ».

Cette connaissance **rassurait**. Mme L : *« Moi je vois que du positif : c'est quelqu'un qui nous connaît, qu'on connaît : que demander de plus, dans ces moments-là, que de connaître la personne ! C'est rassurant quoi ! Non mais c'est top et je le conseille quoi ! »* ; Mme N : *« le fait qu'il me connaisse bien, c'est plus agréable déjà d'avoir quelqu'un en qui on a confiance, comme ça on va vraiment l'esprit tranquille quoi ! ».*

C'était aussi un **gage de qualité des soins**, avec une prise en charge qui semblait alors réellement **adaptée et personnalisée**. Mme I : *« Elle a traité tout ce qu'il fallait, en fonction aussi de mes antécédents, parce qu'elle me connaît bien de ce point de vue-là »* ; Mme D : *« pour moi, y'a rien de tel qu'un médecin traitant, puisqu'il connaît la maman. Et à partir du moment où il y a une connaissance, il sait s'adapter à la situation ».* Elle ajoutait ensuite : *« il connaît mes mots, il sait exactement quoi dire pour me motiver »* ; Mme L : *« le fait de le connaître personnellement [...] p't'être plus voir si ça allait mal, adapter plus, me rassurer sur certaines choses parce qu'elle me connaît ».*

Pour certaines, cette connaissance était un **élément manquant pour choisir un autre professionnel** pour le suivi de leur grossesse. Mme K : *« pour voir si tout va bien, mais après on les voit (gynécologues) qu'une fois par an pour un frottis, donc on a pas forcément le même lien avec son médecin, pour moi, qu'avec un gynécologue ! »*, *« j'ai pas le même lien ! Un lien avec un médecin, aucun lien avec un gynécologue ! »* ; Mme M : *« des fois on va à la mat', on connaît pas la personne, on sait pas sur qui on peut tomber. »* ; Mme D : *« Votre médecin traitant, il vous connaît par cœur ! ».*

B. La confiance envers le médecin généraliste

La confiance était également un terme très fréquemment employé par les patientes au cours des entretiens.

Les patientes accordaient une confiance importante à leur médecin, et ceci semblait primordial ; Mme D : *« j'ai une totale confiance en lui »* ; Mme K : *« J'ai toujours fait confiance [...] On est censés faire confiance au médecin ! Après, si on a pas confiance, vaut mieux changer ! ».*

Cette confiance semblait donc provenir notamment, comme il a été dit plus haut, de la connaissance même du professionnel et de la relation établie.

Le fait d'être **suivie sur le plan gynécologique** par ce médecin ou de lui avoir déjà fait suivre une **grossesse précédente** renforçait cette confiance ; Mme L : *« j'ai jamais eu de gynécologue, j'ai toujours été suivie par mon médecin généraliste, donc j'avais confiance en elle ».*

Cette confiance en la personne de leur médecin l'emportait même sur leurs attentes ou sur les idées qu'elles pouvaient avoir du déroulement du suivi de grossesse. Les patientes estimaient que leur médecin savait ce qu'il devait faire : Mme D : *« Il faisait son boulot, c'est lui qui connaît son travail. Il sait ce qu'il a à faire ».*

Concernant la non réalisation du toucher vaginal, Mme J déclarait : *« Elle l'aurait pas fait, elle l'aurait pas fait ! J'me serais pas posé plus de questions non plus ! »*, et Mme K : *« j pense qu'ils savent ce qu'il faut faire, donc j pense qu'ils sont dans leur rôle propre, donc ils connaissent leur rôle... ».* Mme G qui n'avait pas eu d'examen gynécologique au cours de son

suivi en concluait : « *Après c'est qu'y'avait pas besoin non plus, enfin j'pense que si vraiment y'avait besoin j'pense qu'elle aurait regardé* ».

Les patientes rencontrées avaient souvent conscience tout de même que le médecin généraliste était le **médecin de premier recours**, qu'il était là pour traiter les pathologies plus simples et que des complications imposeraient d'aller consulter un spécialiste. Elles étaient d'accord pour qu'il suive leur grossesse si elle se passait bien. Mme A disait : « *vu que j'avais pas de risque particulier, que j'étais en bonne santé, et bah j'ai préféré rester chez mon médecin traitant* » ; Mme I l'avait choisi notamment pour ça, « *parce que la grossesse se déroulait bien surtout ! Principalement !* » ; Mme Q comprenait que « *les personnes (qui) ont peut-être des grossesses plus compliquées nécessitent peut-être de voir un gynéco* ». Elles savaient donc que les **compétences du médecin généraliste sont limitées**, mais elles avaient **confiance en la réorientation si besoin**. Et le fait que le médecin généraliste fasse des recherches, se renseigne lorsqu'il n'était pas sûr, ou réoriente vers un autre professionnel en cas de besoin semblait renforcer cette confiance. Mme A disait à ce sujet qu' « *il était très méticuleux. Quand il savait pas il cherchait dans des documents, dans les dossiers* » ; Mme D : « *Si vraiment il y a quelque chose qui ne va pas, et que mon médecin, je lui fais entièrement confiance, qu'il estime qu'il n'est pas capable de gérer, là il m'enverra voir un professionnel* » ; Mme H : « *j'savais que même si y'avait un doute elle se renseignait* ».

Le fait que le médecin ait une **formation supplémentaire de gynécologie** (Diplôme Universitaire ou autre) était indispensable pour Mme G qui doutait des compétences des médecins généralistes à suivre les grossesses s'ils ne l'avaient pas : « *Ben après j'pense pas qu'ils aient les... Ça reste un médecin généraliste quoi ! Ils ont pas non plus... [...]* (Gynécologues et sages-femmes) *au niveau de l'expérience [...] ... j'pense que c'est mieux* ». Elle avouait « *je ne me serais pas faite suivre si elle l'avait pas* ». Pour les autres, il s'agissait plutôt « d'un plus » : Mme L disait « *j'ai confiance en elle, et d'autant plus qu'elle a fait des études de gynécologie* », ce qui apporterait « *un peu plus confiance dans le sens où je me dis* « *elle s'y connaît* » *quoi !* », mais en l'absence de ce diplôme elle affirmait « *J'serais quand même restée avec elle !* ». Pour Mme Q « *Tant mieux si elle l'a (le DU)* » mais elle poursuivait en disant « *j'pense qu'elle aurait fait mon suivi de toute façon* ». Ce diplôme serait donc souvent un élément rassurant mais non décisif.

C. Le relationnel

Outre la connaissance et la confiance accordée au médecin, nombreuses étaient les femmes qui avaient recherché une **écoute** auprès de leur médecin. Mme A attendait « *une écoute, un dialogue : moi j'aime bien discuter, j'aime bien communiquer, j'aime bien que la personne en face de moi soit pas trop froide, qu'elle soit assez ouverte* » ; Mme K répondait à la question des critères de choix du professionnel pour le suivi de sa grossesse : « *au début du moins c'était surtout l'écoute* ». Mme N : « *c'est pas des rendez-vous qui sont à la va-vite quoi ! On voit que c'est pas un quota à faire dans la journée : il prend quand même le temps d'écouter... Et on voit qu'il répond à nos demandes quoi* ».

Il fallait aux patientes cette écoute, et elles attendaient que le médecin **réponde à leurs questions** ; Mme D en faisait un élément décisif : « *hormis répondre à mes questions,*

j'avais pas une attente particulière ». Mme J avait un point de vue similaire, avec cette attente principale : *« qu'elle réponde aux questions que je me posais »*. Le professionnel qui suit les grossesses devrait donc permettre le dialogue. Et pour la majorité des patientes interrogées, cette écoute était intimement liée à leur médecin généraliste et à la **relation établie** avec lui.

Cette relation permettait aux patientes de **se livrer** ; Mme Q : *« par cette continuité et régularité, on a un bon... lien. Alors, pas... amical, il reste professionnel, il reste... professionnel mais en tout cas j'ai pas de réticences à aller la voir, j'ai pas de réticences à lui parler de quoi que ce soit : je me gênerais pas de lui parler même de sujets sensibles, parce que justement je sais qu'elle peut m'aider, je sais qu'elle me connaît, et donc ça c'est assez... assez plaisant ! »* ; Mme J : *« On pose toutes les questions qu'il faut, on est plus à l'aise avec la personne quoi ! Voilà. »*.

C'était souvent cette relation existante qui était un critère de non-choix des autres professionnels.

D. La simplicité

Pour quasiment toutes les patientes, le choix de leur médecin généraliste pour suivre la grossesse s'était également en grande partie fait pour des raisons de simplicité : proximité géographique, connaissance antérieure, globalité du suivi, disponibilité... Pour Mme E c'était une évidence : *« je voulais faire plus simple ! J'ai toujours voulu faire au plus simple donc du coup ben j'me dis « je vais faire le médecin » »*.

La **proximité géographique** était un élément presque unanimement cité au cours des entretiens : il semblait plus simple de consulter son médecin généraliste que de se rendre à l'hôpital. Nombreuses étaient les patientes interrogées qui habitaient en zone rurale ou semi-rurale, et la distance moyenne entre leur domicile et le cabinet du médecin généraliste était nettement inférieure à celle les séparant de l'hôpital (7.5km versus 21.6km). Pour certaines, c'était un des éléments principaux de leur choix, comme pour Mme B : *« surtout le côté pratique, plus près de la maison »*. Cette proximité était d'autant plus importante qu'il s'agissait du suivi de grossesse : se déplacer pendant la grossesse était plus complexe, jugé plus risqué, et la proximité du médecin semblait être réellement un avantage ; Mme K disait : *« Mon gynécologue il est sur Blois, moi j'habite à X, donc si j'peux pas faire la route c'est compliqué : si j'ai mal au ventre, j'peux pas faire la route donc... Moi, le médecin traitant il est sur place, j'suis à 5 mn à pieds quoi ! »*, et elle ajoutait *« y'aurait un médecin gynécologue sur X peut-être que j'aurais été voir un gynécologue ! »*. De plus, les patientes savaient que les consultations seraient fréquentes au cours du suivi, ce qui semblait renforcer l'importance de cette proximité ; Mme H : *« Comme je sais qu'il faut y aller tous les mois, ben voilà, au niveau route c'est... plus pratique ! [...] ben du coup l'hôpital de Blois [...] là par contre j'ai 1h de route »*. Pour d'autres, consulter le médecin généraliste était le moyen de se rendre aux consultations de façon autonome : *« j'pouvais y aller toute seule »* disait Mme A.

La **disponibilité du médecin** était également un des critères de choix, avec des prises de rendez-vous et contacts jugés plus simples ; Mme M : *« vu que je suis dans la*

restauration, les rendez-vous sont beaucoup plus simples. ». Elle ajoutait : « si j'avais un souci où quoi que ce soit, il me prenait tout de suite, donc vraiment... très disponible ! » ; Mme O : « elle me disait « j'suis à votre disposition, si y'a quoi que ce soit », donc c'est pour ça que je suis restée sur... sur mon médecin ! ». Pour Mme I c'était un élément décisif : « surtout la disponibilité », et c'était quelque chose de rassurant : « De savoir qu'elle est dispo si on est inquiet » ; Mme E disait en ce sens : « si j'ai un souci je sais que je peux appeler ».

Sa **réactivité** était également appréciée : Mme B : « dès qu'elle voyait des résultats pas bons, je pouvais passer la voir, l'ordonnance était prête » ; Mme G : « S'il y avait un doute elle appelait la maternité et je partais en urgence : une fois ça m'est arrivé, c'était pour le col justement, le col était ouvert, elle a préféré après vérifier par la mat donc j'suis venue en urgence à la maternité ».

Certaines patientes abordaient la **globalité du suivi** effectué par le médecin généraliste, et la grossesse semblait entrer dans cette prise en charge globale. Mme K disait que « même si c'est pas que la grossesse y'a d'autres suivis... » ; Pour Mme O : « j'ai eu plein de soucis pendant la grossesse – et elle m'a suivie, elle m'a tout suivi ! Qui était en relation ou non » ; Mme S : « pour moi, le médecin traitant, il fait tout... ». Mme R rappelait que c'était un des rôles du médecin généraliste, justement, que d'effectuer un suivi complet des patients : « pour moi c'est un peu leur rôle de suivre tout au long de la personne en fait ! Parce que du coup c'est le médecin, donc... c'est bête à dire mais c'est « son métier », donc du coup pour moi c'est plus évident d'aller vers son médecin que d'aller vers d'autres gens ».

Plusieurs des femmes interrogées appréciaient n'avoir qu'un **référént principal** pour le suivi de leur grossesse. C'était le cas de Mme D : « vous allez à l'hôpital vous avez jamais la même personne d'un rendez-vous à l'autre » ; Mme S, qui avait été suivie pour une précédente grossesse à l'hôpital, regrettait ces multiples intervenants, car nuisant à la relation : « C'est pas comme ici : (à l'hôpital) j'ai pas été à l'écoute. C'était tellement plein de sages-femmes. Chaque sage-femme disait différemment, au niveau du travail : chaque sage-femme a sa méthode de travail ».

C'était également **plus simple, en terme de dossier médical**, qu'il y ait un référent unique ; Mme N : « il me connaît déjà : c'est vrai qu'il y a un suivi médical qui est déjà fait : y'a pas... tout ce qui est administratif, tout ça, à refaire » ; Mme D : « vous allez à l'hôpital vous avez jamais la même personne d'un rendez-vous à l'autre. Donc faut réexpliquer tout [...] on redit toujours toujours la même chose. Votre médecin traitant, il vous connaît par cœur ! ».

Le **fait de ne pas avoir de gynécologue** était aussi un facteur de choix pour le médecin généraliste : choisir son médecin pourrait alors être la solution la plus simple ; Mme H : « Déjà, j'avais pas de gynéco » ; Mme Q : « y'avait pas de raison que je complexifie les choses : et parce qu'elle pouvait le faire, ça m'allait bien ! ». Certaines auraient bien opté pour un suivi par un gynécologue mais, n'en ayant pas, la facilité restait le médecin généraliste ; Mme N avouait : « Ça méritait encore des démarches supplémentaires pour trouver quelqu'un d'autre à côté... ».

Mme E était un peu perdue et son médecin semblait un repère : « pratique en terme de tout en fait : c'était un médecin, donc du coup... enfin, comment dire... Comme y'a plein de choix : enfin... gynéco, sage-femme, machin truc et tout, moi j'étais un peu perdue. Le médecin, je connais : j'suis allée chez le médecin quoi ! ».

Quelques patientes, même ayant un gynécologue, avaient opté pour un suivi par leur médecin généraliste ; Mme E confiait : « *la gynéco, ça fait pas non plus longtemps que je suis dans la région, donc voilà, j'l'avais vue 2 fois, j'me voyais pas du tout partager ça* » ; Mme I : « *pour moi un gynécologue c'est important pour un suivi, pour faire un frottis, pour la contraception... mais je sépare un petit peu : j'mets presque une sage-femme avant, pas plus important c'est pas le mot mais plus... adaptée à une grossesse qu'un gynéco* ».

Certaines patientes notaient également une plus grande **ponctualité** chez le médecin généraliste, ce qui simplifiait les rendez-vous : Mme I l'opposait à l'hôpital où elle disait à propos de sa précédente grossesse « *par contre à chaque fois j'attendais vachement* ». Mme M notait que : « *la mat' c'est bien mais bon [...] les consultations des fois ils ont des urgences* ».

Il pourrait donc être plus simple d'être suivie par son médecin généraliste, mais certaines patientes recherchaient aussi **plus de simplicité dans les consultations, avec une médicalisation moindre, et auraient un besoin en informations moins important**.

Plusieurs des patientes interrogées avaient **peu d'attentes** de ces consultations, voire vivaient plutôt ces consultations comme une **contrainte**, et c'était probablement une des raisons pour lesquelles elles auraient fait appel à leur médecin généraliste plutôt qu'à un gynécologue pour suivre leur grossesse ; Mme D : « *J'avais pas particulièrement d'attente ! Je savais qu'il fallait que je fasse* », « *il y avait un suivi à avoir lieu donc je le faisais* », « *c'était un suivi, enfin, ouais un suivi « obligatoire* » » ; Mme H : « *qu'elle me consulte et que ça se passe bien quoi ! J'attendais rien de spécial, de particulier* » ; Mme R : « *j'savais qu'c'était obligatoire, qu'il fallait qu'j'y aille, donc j'y allais. Mais j'attendais rien de spécial... C'est plus les échos que j'attendais, avec l'échographe, que les consultations...* ».

Selon les patientes interrogées, il semblerait que le médecin généraliste puisse convenir aux femmes qui recherchaient un **suivi plus simple en terme de médicalisation et informations**.

Mme E, qui avait justement choisi son médecin généraliste pour ces raisons, conseillait : « *si vous voulez un suivi tranquille, sans trop vous poser de questions, allez-y vous allez être sereine, enfin ce sera très bien. Après, si vous pensez que vous avez besoin de plus d'informations, d'être plus entourée, prenez une sage-femme et voilà, vous serez directement suivie de A à Z et puis ce sera comme ça quoi* » ; Mme M confirmait cela : « *peut-être plus de soutien ou beaucoup plus de suivi (chez un gynécologue ou une sage-femme), sur un peu plus... beaucoup de choses* » ; Mme Q : « *C'était peut-être moins technique j'allais dire, les explications qu'elle m'donnait, mais bon vu que je cherchais pas...* ». Elle insistait « *c'était pas ma priorité de tout savoir* ».

Mme D a eu peur d'un **suivi trop directif** si elle ne choisissait pas son médecin généraliste : « *il est pas là à me dire « non il faut pas faire comme ceci » [...] il me laisse gérer. En faisant attention bien entendu, mais chose que les autres professionnels sont tellement sûrs d'avoir raison que là...* ». Elle ajoutait : « *c'est ce que je reproche en fait aux sages-femmes, et puis aux pédiatres, c'est cette science infuse qu'ils peuvent avoir : parce que c'est comme ça, c'est pas autrement* ». Mme M aussi appréciait un suivi moins strict en consultant son médecin généraliste : « *C'est vrai que moi ça me convient de faire un p'tit peu « à ma sauce » - façon de parler – pour le déroulement de ma grossesse. J'veux pas non plus être restreinte sur beaucoup de choses ou mettre des choses en tête alors qu'il faut pas faire ça quoi* ». Elle

ajoutait « *Parce que là, si on écoutait vraiment : « faut faire ci », « faut faire ça »... J'aurais pas pu tenir, c'est sûr !* ».

Pour autant, nombreuses étaient les patientes qui souhaitaient tout de même avoir un **suivi de grossesse « normal »**, c'est-à-dire similaire à celui qu'aurait fait un spécialiste ; Mme B disait, concernant le contenu de l'examen, attendre « *le nécessaire et puis voilà* » ; Mme F : « *que tout soit fait... pour respecter, comme si on allait voir le gynécologue* » ; Mme G : « *le même que si j'avais eu à la maternité ou... dans une salle de sage-femme par exemple. Ben, j'attendais la même chose !* » ; Mme K insistait : « *juste un suivi normal de la grossesse !* »

E. Autres éléments intervenant dans leur choix

Une patiente avait eu une **mauvaise expérience antérieure** avec un gynécologue et ne souhaitait pas tenter à nouveau : « *quand j'étais plus jeune j'ai eu un très mauvais contact avec un gynéco [...] Ben du coup, ça, ça m'a rebutée complètement* ».

L'initiative du suivi : le fait que le médecin généraliste propose d'effectuer le suivi était fréquemment retrouvé, et il est probable que ceci ait participé au choix en le déclenchant ou le confortant. Pour Mme A, c'était parce que : « *il était là, présent, et que il s'est proposé, et que vu que ça se passe bien qu'on s'entendait bien, j'ai préféré prendre mon médecin traitant.* ». Elle ajoutait : « *quand on a découvert que j'étais enceinte il m'a demandé tout de suite si je voulais continuer le suivi ou pas* » ; Mme G : « *C'est elle qui m'avait proposé de suivre ma grossesse, donc j'ai accepté !* ».

Cette proposition a probablement permis aux patientes qui l'ignoraient d'avoir **connaissance de la possibilité du suivi de grossesse par leur médecin généraliste**. En effet certaines patientes ne le savaient pas, comme Mme F : « *J'pensais dès le départ en fait qu'il fallait obligatoirement alors voir un gynécologue* ». Elle ajoutait : « *je voyais pas, je comprenais pas comment ils pouvaient suivre une grossesse, parce qu'ils ont pas de quoi faire les écho mais en fait on va dans un autre centre* ». Mme B racontait : « *c'était le pur hasard qu'elle me dise qu'elle pouvait me suivre, bah... j'suis restée sur la même personne et j'ai pas cherché un gynécologue ailleurs* ».

Pour certaines patientes, cette connaissance provenait de proches ; Mme A par exemple expliquait : « *Au début je voulais... faire une sage-femme [...] je pensais que ça se faisait que par ces personnes-là au début [...] Et puis après, en discutant avec des amies qui ont déjà eu des bébés récemment, comme ça j'ai su que ça pouvait se faire par le médecin généraliste* » ; Mme T : « *Ma sœur, elle, était suivie pour ses grossesses par les médecins généralistes, donc...* ».

Pour autant, **l'avis des proches** ne semblait pas déterminant dans leur choix même s'il a pu parfois intervenir. Dans la majorité des cas, les patientes rencontrées avaient fait le choix seules, le conjoint semblant plus en retrait et décrit comme un peu perdu et moins concerné ; Mme A disait : « *j'faisais bien ce que je voulais : c'est moi qui étais enceinte, donc c'était mon corps, donc... c'était à moi un peu de prendre la décision, de savoir celui qui devait me suivre. Et lui, il a suivi le chemin* ». Elle ajoutait : « *il savait pas non plus [...] il m'a laissée faire* » ; Mme I : « *Il s'est pas trop posé la question !* ». Pour d'autres, le conjoint aurait fait le même choix ; c'était le cas de Mme Q, et Mme D qui disait : « *Ça a été naturel.* »

Y'a pas eu... enfin, on a même pas eu à en discuter plus que ça, ça a été naturel le choix pour tous les 2 ».

L'avis d'autres femmes a pu inciter certaines patientes à choisir de faire effectuer leur suivi par leur médecin généraliste, comme pour Mme B : *« une amie m'a dit qu'elle était super bien »* ; Mme M : *« j'avais une amie justement qui se faisait suivre par lui »* ; Plusieurs personnes auraient dit à Mme R : *« le médecin il le fait aussi bien »*.

Certaines, malgré les avis ou expériences de proches les orientant plutôt vers un autre professionnel, ont tout de même opté pour leur médecin généraliste ; Mme E : *« ma sœur qui m'a dit « ben c'est quand même mieux une sage-femme ! » »* ; Mme F : *« dans mon entourage, souvent on m'a dit... par le gynécologue »*.

Certaines patientes se sont laissées **guider et orienter par leur médecin généraliste**, n'ayant peut-être pas d'idée préalable sur l'acteur du suivi à venir de leur grossesse. C'était le cas de Mme O : *« même si j'avais déjà eu des enfants, on sait pas trop où aller en fait, et c'est vraiment... le médecin généraliste, voilà, qui nous oriente si il faut »*, et elle ajoutait : *« Parce que, honnêtement, de moi-même, j'aurais pas contacté une sage-femme ou un truc si elle elle m'avait pas dit »*. Même pour les patientes pour qui le choix n'était pas évident, le **premier interlocuteur lors de la constatation de grossesse** a tout de même été leur médecin généraliste ; Mme A racontait : *« j'suis tombée enceinte, j'ai fait le test, j'suis tout de suite allée voir mon médecin qui m'a... prescrit l'ordonnance pour aller au laboratoire pour faire la prise de sang »* ; Mme O : *« quand j'ai su que j'étais enceinte, j'suis allée la voir pour la prise de sang et le truc bateau là, et puis... c'est elle qu'elle m'a proposé de me suivre »*.

Le **sexes du professionnel** consulté pouvait influencer le choix des patientes. Pour la majorité des patientes rencontrées, celui-ci n'était pas important ou en tout cas pas décisif ; c'était le cas de Mme K, qui a été suivie par une femme mais qui disait : *« J'ai pas forcément le choix d'un homme ou une femme ! Quand je suis arrivée en 2011 et que j'avais besoin d'un médecin, on m'a dit Mme Intel est disponible... »*. Elle ajoutait : *« je me suis jamais posé la question de si j'aurais préféré un homme ou une femme ! »* ; Pour Mme M : *« Moi, qu'il soit un homme ou une femme, ça change rien quoi ! Pour moi, hein, j'veux dire ! Parce que le jour où on accouche, on sait pas sur qui on peut tomber. Aujourd'hui, enfin... voilà, ben c'est un médecin, donc il sait comment c'est fait »*. Ces patientes justifiaient cette faible importance du sexe du médecin par plusieurs éléments. Tout d'abord, elles reconnaissaient le professionnalisme des médecins consultés : Mme R disait *« Après c'est leur métier, ils voient tous les jours... enfin, moi ça me dérange pas »* ; de même, Mme D disait avoir *« vraiment un regard de « professionnel », pas... pas d'un homme »* ; Pour Mme P : *« aucune distinction. Ils ont l'habitude, donc voilà ! Hommes, femmes, c'est leur boulot ! Y'a pas de souci, moi j'suis pas réticente ! »*. D'autre part, la relation déjà établie avec leur médecin semblait moduler l'importance du genre de celui-ci. Ainsi, plusieurs personnes suivies par leur médecin homme auraient spontanément fait le choix d'une femme pour le suivi de grossesse si cette relation n'existait pas ; Mme D : *« Ce serait un p'tit nouveau que je connaîtrais pas j'pense que ce serait différent », « parce que ça fait longtemps qu'on se connaît »*, et sans cette relation elle disait *« Je pense que j'aurais opté pour une femme »*. Pour Mme T, le fait que ce soit son « médecin traitant » retirait l'importance du genre : *« Non, ben non. Comme c'est mon médecin traitant »*. Mme E, qui a été suivie par une femme, envisageait un suivi par un homme si cette relation existait : *« je pense, oui si j'avais eu la même relation, la même... euh... la même confiance, ouais ouais ! Pas de souci »*.

La majorité des patientes avouait tout de même une certaine pudeur à consulter un homme pour des problématiques gynécologiques : Mme L disait que le sexe du médecin consulté n'avait « *Aucune importance !* » mais poursuivait en fait sur ce sujet en disant : « *Après, c'est vrai qu'on est plus à l'aise avec une femme de base !* » ; Mme M : « *pour ma première grossesse, y'a eu une petite gêne : forcément, c'est pas forcément facile... Mais après, quand on voit l'évolution, tout de suite c'est pas le plus important quoi ! [...] pour moi c'est un médecin quoi !* ».

Pour certaines patientes, il était par contre important que le suivi soit effectué par une femme. C'était le cas de Mme H pour qui « *c'est plus simple, c'est plus rassurant quand même* », et qui disait ensuite : « *Franchement j'aurais moins été à l'aise (avec un homme)* » ; Mme J : « *c'est mieux une femme !* », « *Parce que j'en suis une ! (rire) Donc c'est plus facile aussi la communication...* », et confiait l'existence de « *la pudeur...* ». Pour Mme G c'était important, même si elle envisageait la possibilité d'un suivi par un homme : « *Après, bon, ça aurait été un homme, oui...* », mais elle poursuivait : « *Mais j'suis plus... plus dans les femmes quand même ! J'suis... plus à l'aise ! Quand c'est un homme, c'est pas pareil : c'est un médecin mais...* ».

Le **coût des consultations** n'a pas semblé intervenir dans le choix des patientes, la majorité d'entre elles ne connaissant pas les tarifs des consultations avec les différents intervenants et ne s'étant probablement même pas posé la question. Seule une patiente a abordé spontanément le tarif des consultations en disant : « *après mon médecin j'connais les tarifs, alors que les autres j'connais pas trop les tarifs...* », ce qui semble rejoindre un peu la simplicité du choix du médecin généraliste. Pour Mme F ce n'était pas un problème car « *c'était pris en charge par la sécu* ». Ce n'est pas intervenu non plus dans le choix de Mme B qui disait : « *Même ça m'aurait pris 10 euros ou 20 euros plus cher, j'aurais continué, enfin voilà* ».

Attentes des patientes

Comme écrit plus haut, les patientes qui choisissaient un suivi par le médecin généraliste semblaient avoir peu d'attentes précises, et désiraient surtout avoir un **suivi « normal »** de grossesse, une **écoute** et des **réponses à leurs questions**.

Beaucoup de patientes attendaient également une **réassurance**, et le médecin généraliste semblait pouvoir particulièrement la fournir ; Mme F disait : « *si j'avais un doute, une peur, une crainte, j'y allais et elle me rassurait* » ; Mme K souhaitait « *savoir si tout se passe bien, si la fille va bien [...] si y'a des anomalies : être au courant* ». Cette réassurance proviendrait de la relation établie et de la connaissance de leur médecin ; Ainsi, ce qu'attendait Mme M « *c'était plus l'assurance... Forcément, on connaît un peu plus la personne, donc forcément c'est ...* » ; Pour Mme Q : « *sa connaissance de ce que je suis, comment je fonctionne, et... donc, oui, c'est assez rassurant !* ».

Lorsque la question était approfondie et guidée, il en ressortait tout de même certaines attentes, notamment concernant l'examen gynécologique et le toucher vaginal, ainsi que l'écoute des bruits du cœur fœtaux. Un nombre plus important d'échographies

aurait été souhaité par de nombreuses patientes, mais n'ayant finalement pas modifié leur choix de suivi.

Concernant l'**examen gynécologique et le toucher vaginal**, il était majoritairement réalisé au cours de la grossesse et semblait assez attendu, paraissant rassurant ; Mme F disait : « *Quand elle me disait que mon col était fermé, j'étais rassurée* ».

Certaines patientes qui n'en avaient pas eu pensaient en avoir, mais sans inquiétude sur sa non réalisation du fait de la confiance qu'elles avaient envers leur médecin ; Mme A avouait : « *j'ai été étonnée parce que je pensais qu'il allait regarder mon col, tous les mois, et il l'a pas fait, fait : il m'a dit que c'était pas nécessaire* », mais elle disait ensuite : « *Ça m'a questionnée au début... (mais) j'lui faisais confiance* ».

Pour une patiente, Mme L, c'était un avantage que son médecin ne le réalise qu'une fois au cours de la grossesse : « *Moins j'en avais, sincèrement [...] Si y'avait pas d'obligation, j'allais pas le réclamer quoi !* » car selon elle : « *C'qui rassure vraiment en fait, c'est l'échographie [...] Après, les examens en bas, j pense pas que ça change quelque chose, très sincèrement !* ».

Par contre, cet examen gynécologique avait manqué à Mme E : « *ce qui me stressait surtout quand j'étais avec le médecin, c'est qu'on vérifiait jamais le col [...] Ça m'aurait rassurée que, de temps en temps peut être, juste on pose la question « vous voulez qu'on vérifie le col ou... ? »* ».

Concernant l'**écoute des bruits du cœur du fœtus** au cours des consultations, il ressortait de ces entretiens que, d'une part ceci avait été fréquemment réalisé par les médecins consultés, et d'autre part qu'il était attendu par beaucoup de patientes. Il s'agissait d'un acte rassurant ; Mme B : « *c'était rassurant quoi, voilà* » ; Mme F : « *si j'avais un doute, une peur, une crainte, j'y allais et elle me rassurait, elle faisait au pire un petit monito pour la surveillance enfin voilà quoi ! [...] pour me rassurer effectivement elle pouvait faire entendre le cœur du bébé* ». C'était également plaisant, comme le disait Mme D : « *c'était plus le côté agréable. Bien sûr rassurant [...] Mais surtout très agréable !!* ». Pour certaines les bruits du cœur n'étaient pas recherchés et ceci était bien vécu, notamment parce qu'elles sentaient bien bouger leur bébé.

Concernant les **échographies**, celles-ci étaient particulièrement attendues, plus que les consultations de suivi par le médecin pour plusieurs patientes rencontrées.

Certaines auraient souhaité en avoir plus ; Mme A : « *j'aurais aimé plus d'échos [...] C'est vrai que c'est pas beaucoup... seulement trois échos* ». Malgré le premier abord plaisant, plusieurs femmes avouaient penser que ce n'était pas nécessairement justifié ou finalement pas souhaitable d'en avoir plus ; Mme L disait : « *Ça m'aurait convenu (d'en avoir plus), mais après c'est bon aussi de les avoir tous les 3 mois, après c'est un coup à peut-être trop se centrer là-dessus, penser qu'à ça* ». Elle poursuivait : « *tant que ça se passe bien, y'a pas besoin d'échographies à gogo j pense. Après c'est un plaisir juste de voir l'enfant* » ; Mme P tenait des propos similaires : « *trop trop, des fois c'est trop être dessus ! On fait attention, mais bon, après c'est un peu la tête qui prend le dessus* ».

Mme N, qui voulait un suivi sans surmédicalisation, trouvait ça amplement suffisant comme surveillance : « *j pense que c'est déjà bien assez comme examens !* ».

Pour toutes les patientes qui auraient souhaité ou aimé avoir plus d'échographies, ça n'a finalement pas été un critère décisif dans leur décision ; Mme I disait que « *ça aurait été sympa aussi quoi !* », mais « *pas primordial* », et elle ajoutait : « *Ça m'aurait pas fait changer d'avis !* » ; Mme O : « *Ça aurait pas été un critère* ».

Suivi pédiatrique à venir des nouveau-nés

Une autre question posée aux patientes était de savoir quel professionnel suivrait leur enfant dans les premiers mois ou années, pour savoir si la réflexion des femmes était la même que pour leur suivi de grossesse.

La majorité des patientes souhaitaient confier ce suivi pédiatrique à leur médecin. Les raisons semblaient effectivement être similaires à celles qui les avaient fait opter pour le médecin généraliste pour leur suivi de grossesse : la simplicité, la connaissance, la confiance, la compétence du médecin généraliste pour le suivi en l'absence de pathologie importante.

Hypothèses des patientes sur les raisons du fréquent non-choix du médecin généraliste?

Les patientes ont été interrogées sur les raisons supposées pour lesquelles la majorité des femmes consulterait plutôt le gynécologue pour leur suivi de grossesse : il a été recueilli certaines de leurs hypothèses ainsi que des propositions pour un suivi plus large des femmes enceintes par le médecin généraliste.

De nombreuses patientes évoquaient la **plus grande compétence du gynécologue**, avec une orientation initiale qui se ferait plus facilement vers ce **spécialiste de la grossesse** ; Mme D pensait que, comme il existait un spécialiste dans ce domaine, les patientes préféraient le consulter : *« Les femmes ont tendance à, enfin celles que je connais, ont tendance à aller voir chaque professionnel de santé »* ; Mme H le reconnaissait : *« Pour moi c'est plus eux les professionnels on va dire de la grossesse »*. Consulter le gynécologue serait alors **plus rassurant** ; Mme M : *« Moi j pense que c'est plus pour l'assurance, plus pour un suivi, plus pour être rassurées j pense. Pour être j pense plus... plus cernées dans leur grossesse, avoir beaucoup de soutien j pense »* ; Mme Q : *« besoin peut-être de plus de... [...] questions un peu techniques... »*.

Ces patientes pensaient que les femmes pouvaient **douter des compétences du médecin généraliste dans ce domaine** ; Mme I : *« (peut-être) qu'elles se disent qu'un médecin généraliste, c'est peut-être trop général pour les renseigner de façon précise »* ; Mme L : *« ils doivent peut-être penser qu'ils sont pas compétents, ou ce genre de choses, c'est pas le cas du tout... »* ; Mme N : *« P't'être qu'elles ont l'impression que c'est plus spécialisé, qu'ils sont plus à même de... d'être... j'sais pas, d'être plus... ouais d'aller plus en profondeur au niveau des examens ou ce genre de choses », « Plus compétents qu'un médecin qui est plus... ben dans le général quoi : médecin généraliste ouais ! »*. Plusieurs patientes pensaient que ce doute proviendrait justement du fait que le médecin est « généraliste », et qu'on pourrait penser ne le consulter que pour des « maladies » ou affections saisonnières ; Mme Q suggérait : *« Peut-être que... on s'imagine effectivement que le généraliste il est là pour l'angine ou le mal de ventre, et que il a pas justement les compétences plus que ça »*.

D'autres patientes évoquaient la possibilité d'une **pudeur** plus importante, avec une moins grande facilité à consulter le médecin généraliste pour des motifs gynécologiques. C'était le cas de Mme S : *« ils vont plus vers gynéco ou sage-femme parce qu'ils se disent,*

comme ils connaissent des spécialistes pour les grossesses et pour les choses intimes, enfin... et ben j'pense qu'ils sont plus à l'aise peut-être par rapport à leur médecin traitant. Le médecin traitant, peut-être ils doivent se dire ils vont le voir quand ils sont malades, une p'tite grippe, enfin voilà ».

Certaines pensaient que le fait que le gynécologue puisse faire les échographies permettait aux femmes qui le souhaitent **d'avoir plus d'échographies**, voire une échographie à chaque consultation, et que ce serait un critère de choix pour le spécialiste ; Mme E : « *y'en a, si, c'est pour les échos, plein d'échos ouais. Pour voir le bébé plein de fois, écouter le cœur plein de fois* » ; Mme I : « *y'a des femmes qui choisissent exprès pour ça, par contre ! J'ai des copines, entre 2 gynéco si y'en a une qui pratique les échographies à tous les rendez-vous, c'est choisi quoi !* ».

Pour beaucoup de femmes, il existait un **manque d'information** des patientes : les patientes ne sauraient pas forcément que le médecin généraliste, ou LEUR médecin généraliste, peut suivre les grossesses. Mme E : « *J'pense qu'il y en a qui savent pas qu'on peut être suivi par son médecin généraliste !* ». Elle disait ensuite : « *j'pense déjà un manque d'informations, et puis... ouais c'est pas forcément le truc apparent : tout le monde sait qu'il y a le gynéco et la sage-femme* ».

C'est pourquoi plusieurs patientes rencontrées suggéraient de **mieux informer les femmes**, et que cette information pouvait être faite par le médecin généraliste lui-même ; Mme L proposait d' « *informer, parce que je pense qu'y'a peu de gens qui sont au courant* » ; Mme P : « *communiquer [...] Quand ils font peut-être les consultations, en même temps d'en parler aux femmes quoi !* » ;

Plus encore qu'informer, certaines femmes pensaient que le médecin devrait même **proposer le suivi**, s'il en avait les compétences. C'était le propos de Mme Q : « *après j'allais dire, c'est justement au médecin généraliste de faire sa p'tite pub* », « *dire que... soit il se sent pas capable et il préfère déléguer, soit au contraire il l'est et qu'au contraire il le sent et que les gens peuvent venir, même pour des sujets un peu plus complexes* » ; Mme N : « *Pour moi déjà, rien que ça, si ils proposaient* » ; Mme O expliquait : « *j'pense que ça vient de l'orientation du départ : si le docteur dit « ben maintenant... », enfin moi j'aurais fonctionné comme ça. Si vraiment elle m'avait dit « ben allez à tel endroit et faites ça », j'l'aurais fait aussi* », et elle se disait que les médecins devraient « *faire ce qu'elle a fait, enfin... se proposer, voilà, tout simplement* ».

Mme Q proposait également, et plus largement pour la gynécologie, une **information plus large, organisée par les Autorités de Santé** : « *j'allais dire c'est un problème de santé publique quoi ! J'allais dire, c'est presque plus aux autorités de... d'inciter les gens à aller voir LEUR médecin traitant plutôt qu'un spécialiste* ».

Mme E, après l'entretien, avait suggéré une **fiche informative** en salle d'attente, qui informerait sur la possibilité de se faire suivre par son médecin généraliste pour la grossesse ou les problématiques gynécologiques.

Une autre patiente, Mme M, se disait que le **relationnel** pouvait aussi intervenir, avec la nécessité d'une relation de confiance pour confier à son médecin son suivi de grossesse : « *Des fois, si avec leur médecin traitant ça passe ou ça passe pas... C'est une question de confiance j'pense !* ».

Une autre explication pourrait être pour Mme L que **de nombreux médecins refuseraient d'effectuer ce suivi** : elle disait que parmi « *ceux qui sont au courant dans mes connaissances, les médecins ont refusé !* ». Mme D suggérait en ce sens que plus de médecins fassent des **formations complémentaires** : que « *dans la formation qui est dispensée aux médecins, de les inciter justement à choisir des spécialités et de les former en conséquence* ».

DISCUSSION

L'objectif principal de cette étude était d'identifier les raisons pour lesquelles certaines patientes avaient choisi un médecin généraliste pour suivre leur grossesse.

A propos de la méthode

La recherche qualitative était adaptée à l'exploration de ces données subjectives que sont les raisons profondes du choix du médecin généraliste par certaines femmes pour le suivi de leur grossesse à bas risque. Ceci permettait une approche exploratoire* sur ce sujet ayant déjà fait l'objet de nombreuses études [11-25, 28-33, 35-39], mais peu d'études qualitatives à ce jour - à notre connaissance - sur une population de femmes suivies par leur médecin généraliste [28]. Ce mode qualitatif de recherche permet d'explorer et de comprendre des phénomènes sans chercher à les quantifier.

Plutôt qu'explorer les raisons pour lesquelles certaines femmes optent pour un suivi par tel ou tel professionnel, ce qui a déjà souvent été fait dans des travaux précédents et qui aboutit généralement plus aux raisons du suivi par un gynécologue, il a été choisi de s'intéresser spécifiquement au pourquoi du choix du médecin généraliste dans ce cas, afin de mettre en évidence des critères positifs de ce choix, pouvoir le comprendre et le promouvoir.

Le choix des entretiens semi-dirigés individuels a été fait afin de laisser une parole la plus libre possible aux patientes, et de créer un environnement favorable aux confidences ayant un lien avec la sphère intime.

Le travail a été réalisé par une seule enquêtrice, peu expérimentée. La durée des entretiens s'est avérée plus courte qu'initialement prévue (en moyenne 15 minutes, contre une estimation de 20 à 30 minutes), avec certains entretiens particulièrement brefs au cours desquels il semblait difficile pour l'enquêtrice de parvenir à approfondir les réponses et maintenir des questions ouvertes. Ceci a en effet été une difficulté notable, avec des relances souvent difficiles à formuler, se transformant alors en questions fermées, peu

propices à la communication. De plus, ses hypothèses préalables ont pu influencer la formulation des questions, introduisant un biais de suggestion. La thématisation comprenant elle aussi une part de subjectivité, elle a pu induire un biais d'interprétation. Le directeur de thèse a validé l'arbre thématique au fur-et-à mesure du travail de codage, mais sans réel double codage. Aucune triangulation* des données n'était prévue pour ce travail exploratoire.

Même si cela n'a pas été ressenti au cours des entretiens, les patientes semblant se livrer, la position de médecin de l'enquêtrice a pu influencer les réponses. Pour tenter de minimiser le risque d'auto-censure des patientes, l'enquêtrice se présentait au début des entretiens comme « interne en médecine » et non « interne en médecine générale » ni « médecin généraliste ». Le nom de leur médecin n'était pas recueilli.

Par ailleurs, tous ces entretiens ont été réalisés auprès de patientes ayant choisi un suivi par leur médecin généraliste, donc ayant probablement au préalable un *a priori* positif sur celui-ci. Il ne s'agissait en aucun cas de démontrer une quelconque supériorité du médecin généraliste sur le gynécologue ou la sage-femme pour ce suivi mais bien de comprendre les raisons intimes de ce choix.

La période de recrutement a été plus longue que prévu, en raison du faible nombre de grossesses suivies par le médecin généraliste et du mode de recrutement. En effet, celui-ci se faisant par les sages-femmes, avec un personnel changeant, le recrutement dépendait de leur activité, de leur disponibilité et de leur rappel fréquent du projet.

La suffisance des données a semblé avoir été atteinte rapidement, dès le 13^{ème} entretien, mais la difficulté à faire parler certaines patientes (se traduisant notamment par des entretiens de courte durée) a poussé à prolonger le recrutement, à la recherche d'éventuels facteurs de choix supplémentaires et d'une diversification plus importante de la population.

Deux patientes présentant un critère d'exclusion ont finalement été incluses dans l'étude. Le critère d'exclusion n'avait pas été relevé par la sage-femme lors de leur sélection, et c'est au cours de l'entretien qu'un antécédent imposant, selon la HAS, un suivi régulier par un gynécologue était ressorti. Il s'agissait d'antécédents thromboemboliques veineux. Il a été choisi de les inclure, après analyse, devant la pertinence de leurs réponses à la question posée. La persistance du choix du suivi de Mme D par son médecin généraliste malgré l'insistance de celui-ci pour un suivi spécialisé n'en rendait que plus forts ses critères de choix. Il n'a pas semblé pour l'autre patiente que cet antécédent ait été identifié comme un facteur de risque pour la grossesse et que la question d'un suivi par le gynécologue ait été abordée avec son médecin. Au terme de l'interprétation, ce critère d'exclusion ne semblait plus pertinent, les seules raisons personnelles du choix du professionnel effectuant le suivi étant le sujet de l'enquête.

A propos des résultats

Des patientes satisfaites de leur suivi par leur médecin généraliste ?

Dans notre étude, quasiment toutes les patientes étaient satisfaites de leur suivi, ce qui était également retrouvé dans les études antérieures [14, 17, 22, 32]. Pour J. PERRET, toutes les patientes estimaient avoir eu un « bon » ou « très bon » suivi, sans différence selon le professionnel choisi [12].

Ce suivi serait également **source de satisfaction pour les médecins généralistes** : C. BOULNOIS rapportait que 60% des médecins généralistes interrogés trouvaient que ces consultations étaient source de réjouissance. Pour 3% il s'agissait d'une contrainte, et pour 9% d'une activité à risque [33].

De plus, effectuer ce suivi favoriserait probablement celui de l'enfant par la suite. Selon M. LUCAS, parmi les femmes ayant choisi un suivi par leur médecin généraliste, 62% envisageaient un **suivi pédiatrique** par lui, alors que 73% des femmes suivies par un autre professionnel optaient pour un suivi par un pédiatre [14]. Dans notre étude, les patientes envisageaient majoritairement un suivi de leur enfant par leur médecin généraliste, et les raisons semblaient être les mêmes que celles pour lesquelles elles avaient confié leur suivi de grossesse à ce professionnel. Selon S. PETITPREZ, cette possibilité de suivi pédiatrique de l'enfant à naître par le même médecin que pour le suivi de grossesse était même un critère de choix en faveur du médecin généraliste pour le suivi de la grossesse [18].

Un choix du médecin généraliste en fonction de facteurs humains et organisationnels

Selon l'enquête BVA réalisée en 2008 sur le ressenti de 1 030 femmes concernant le suivi gynécologique, seulement 41% des femmes suivies par leur médecin généraliste l'étaient par choix personnel. Les autres l'étaient pour des raisons pratiques liées à la pénurie de gynécologues [34].

Le choix d'un suivi par un médecin généraliste serait-il moins souvent un choix positif ? Serait-ce un choix par défaut ?

Certes, dans notre étude les patientes citaient notamment l'absence de gynécologue comme ayant favorisé leur choix, mais d'autres critères de choix importants et positifs intervenaient, de deux ordres : humain et organisationnel.

D'un point de vue humain, il s'agissait de la relation établie avec ce professionnel, souvent depuis plusieurs années, avec une connaissance mutuelle qui engendrait une confiance et une réassurance. La majorité des patientes estimait leur médecin compétent pour ce type de suivi, et se savaient écoutées.

D'un point de vue organisationnel, le choix du médecin généraliste semblait satisfaire les patientes du fait d'une plus grande proximité géographique, d'une disponibilité et réactivité du médecin, de la simplicité de la démarche même qui évitait la recherche d'un autre professionnel, et du suivi global proposé par celui-ci.

Dans les études de M. LUCAS et B. GROS-LENNE, les patientes qui choisissaient leur médecin généraliste le faisaient surtout pour la proximité et disponibilité, puis ses qualités humaines et ses compétences (comme dans notre étude) alors que celles qui optaient pour un gynécologue le faisaient avant tout pour ses compétences. Les qualités humaines du professionnel étaient alors moins importantes que pour les patientes suivies par leur médecin généraliste [14, 19]. Selon A. CHABROLLE et M-L. ROBATEL-BUSI, « la réassurance et le confort engendrés par les compétences du spécialiste ont été le premier argument pour ne pas être suivie par le généraliste » [25].

Le choix du médecin généraliste se ferait-il alors au détriment de ses compétences ? Il semble que non, les patientes qui choisissent leur médecin généraliste ayant confiance en ses capacités, et notamment en la réorientation vers le professionnel - tout de même reconnu comme tel - en cas de besoin [20]. Cette confiance envers le médecin généraliste, notamment « *quand y'a pas de problème particulier* » disait Mme H, ressortait fortement lors de nos entretiens, ainsi que dans les travaux de M. LUCAS [14] et C. HOULE [20]. Selon S. HASSAN, 68% des femmes en âge de procréer interrogées pensaient leur médecin qualifié pour le suivi obstétrical [17].

Pourtant, nombreuses sont les études s'intéressant au choix du praticien pour le suivi de grossesse qui rapportaient une certaine **méfiance des patientes quant aux compétences des médecins généralistes** à effectuer ce suivi [17, 18, 23, 25] : B. GROS-LENNE trouvait que 1/3 des patientes connaissant la possibilité de certains médecins généralistes de suivre les grossesses l'excluaient tout de même pour des raisons de compétences [18]. La majorité des études réalisées à ce jour portait sur une population non sélectionnée de femmes, c'est à dire des femmes très largement suivies par un gynécologue et non par leur généraliste. Ces études révélant également un important manque de connaissance de la possibilité de ce suivi gynécologique et/ou obstétrical par le médecin généraliste, ce manque de confiance pourrait provenir notamment d'un défaut d'informations des femmes. Les patientes informées douterait-elles encore des compétences de leur médecin généraliste ?

Pour certaines patientes, la capacité d'un médecin généraliste à suivre des grossesses serait liée à la **possession d'un diplôme supplémentaire**. Selon plusieurs études, posséder un diplôme de gynécologie augmenterait en tout cas largement la probabilité pour le médecin de suivre des grossesses [27, 35, 36]. On pourrait aisément expliquer ceci par plusieurs éléments : tout d'abord un intérêt particulier du médecin pour la gynécologie, avec une formation plus importante dans ce domaine et donc un médecin plus à l'aise et des patientes plus confiantes. Ensuite, le fait de posséder ce diplôme pourrait modifier le recrutement de la patientelle, avec plus de patientes en âge de procréer qui feraient le choix de ce médecin pour cette raison.

Dans notre étude, ces DU et DIU ne semblaient pas indispensables pour la majorité des patientes, la relation et la confiance établies prenant l'ascendant sur la formation complémentaire qui cependant rassurait.

Par contre, la présence de diplôme supplémentaire (DU, DIU) pourrait être un facteur de confusion pour certaines patientes qui auraient alors l'impression de consulter un spécialiste ; c'était le cas d'une patiente de notre étude, mais ceci était également noté par M. LUCAS [14]. Les qualités et la confiance alors attribuées aux médecins généralistes ayant suivi leur grossesse seraient en fait probablement plus à attribuer aux gynécologues. Par

ailleurs, le fait que certains médecins généralistes aient un tel diplôme supplémentaire pourrait questionner certaines patientes sur la capacité de ceux qui n'en possèdent pas à faire de la gynécologie et de la surveillance obstétricale.

Comme évoqué dans notre étude par quelques femmes, d'autres études révélaient que, plus qu'une histoire de compétences, c'était parfois le **rôle du médecin généraliste** ou la vision des patientes sur ce rôle qui limiterait son choix pour un suivi de grossesse. Ce serait le cas de nombreuses patientes, comme dans l'étude de C HOULE : le rôle du médecin généraliste serait « *plus pour les petits bobos de tous les jours genre les gripes* » comme le disait une des patientes rencontrées. Nombreuses étaient les femmes qui souhaitaient différencier le côté grossesse et maladie (« *je me dis qu'un médecin, c'est plus quand on est malade, c'est pas pour les grossesses* ») [20].

Concernant la **proximité géographique**, c'était un des critères de choix les plus importants de notre étude, cité par quasiment toutes les patientes. Nombreuses sont les études qui la rapportaient [11, 14, 17-19, 28, 29, 31, 37] mais peu révélaient une si grande importance de celle-ci [22, 37]. En effet, la majorité des patientes que nous avons interrogées avaient une distance significativement moindre entre leur domicile et le cabinet de médecine générale. Nous avons ainsi constaté que beaucoup de patientes habitaient en milieu rural : ceci ne semblait pas être un biais mais réellement un facteur lié à leur choix. Les patientes habitant en ville se font peut-être plus souvent suivre par un gynécologue ou une sage-femme en maternité. Ceci ne ressortait pas dans les résultats significatifs du mémoire de C. SORIN [38].

Un manque d'information ?

Toutes les études lues à ce jour pour ce travail notaient ce **manque d'information**, qui touche à la fois la pratique gynécologique et le suivi de grossesse, et concerne également les sages-femmes.

Pour la majorité des femmes, le gynécologue serait le seul professionnel du suivi de grossesse. B. GROS LENNE trouvait que 32% des patientes ne savaient pas qu'un médecin généraliste pouvait suivre les grossesses, et 67% ne savaient pas si leur propre médecin en suivait. Pour ce qui est du suivi gynécologique, 49% ne savaient pas si leur médecin l'effectuait [19]. Il en était de même pour S. HUREAU. Selon l'étude de S. HASSAN, 23% des patientes suivies par leur gynécologue pour une grossesse précédente disaient qu'elles se seraient orientées vers leur médecin généraliste si elles avaient su qu'il le pouvait, et ce principalement pour des raisons de connaissance de la patiente, de proximité, de facilité de rendez-vous et de tarif. L'antécédent de grossesse à risque, le manque de matériel, le suivi gynécologique antérieur par le spécialiste étaient les principaux freins [17]. Selon C.BRIAND, 42% des patientes interrogées en dehors d'un contexte de grossesse et consultant en cabinet de médecine générale ne savaient pas que le suivi de grossesse pouvait être fait par le médecin généraliste. Soixante-deux pour cent disaient qu'elles accepteraient ce suivi si leur médecin généraliste le leur proposait [23]. De même, M. LUCAS trouvait que 54% des patientes suivies par un autre professionnel ne savaient pas que le médecin généraliste était compétent pour suivre une grossesse, et la moitié de celles-ci était prête à se faire suivre par son médecin généraliste pour une future grossesse [14]. A. GENTRIC, qui n'avait pas dans

son étude de patientes suivies par un médecin généraliste, révélait que 1/3 des femmes rencontrées pensaient que le suivi pourrait cependant être meilleur par leur médecin généraliste, du fait de cette connaissance globale, et sembleraient finalement ouvertes à un suivi par lui [15]. Les patientes informées pourraient donc faire ce choix.

D'où vient ce manque d'information? Les médecins communiquent-ils à leurs patientes leur capacité ?

Nombreux seraient les médecins qui ont l'impression de délivrer l'information. Selon l'étude de S. HASSAN, 70% des médecins généralistes interrogés disaient informer les patientes de leur compétence pour le suivi de grossesse [17]. C. BOULNOIS retrouvait des chiffres plus élevés : 93% des médecins déclaraient en informer les patientes, et 81% leur proposaient de les suivre [33].

Comment cette information est-elle délivrée ? Comment mieux informer ?

Interrogées sur ce sujet, les patientes de notre étude tout comme celles rencontrées par S. PETITPREZ suggéraient une information sur les ordonnances ou en salle d'attente, mais surtout une information délivrée par le médecin lui-même lors des consultations. Une autre patiente nous avait proposé une information à plus haute échelle, délivrée par les Autorités de Santé. C. MONLEON envisageait également une information par la CPAM avant la déclaration de grossesse [21]. Pourrait-on imaginer une campagne pour promouvoir le suivi par le médecin généraliste et les sages-femmes, en accord avec les gynécologues ?

L'importance de la proposition initiale de suivi par le médecin généraliste

Le fait que le médecin propose de suivre la grossesse semblait être un élément important pour les patientes rencontrées. Ceci pourrait permettre de délivrer l'information d'une part, et d'affirmer la compétence du médecin dans ce domaine. Le faible nombre de grossesses suivies par le médecin généraliste pourrait être notamment dû à un manque de proposition du médecin. Dans l'étude de B. GROS-LENNE, 36% des patientes disaient ne pas avoir été informées par le médecin, à l'issue de la première consultation de grossesse, sur la possibilité ou non de suivi au cabinet [19]. Pour S. HUREAU, 4.7% des patientes seulement disaient que leur médecin généraliste s'était proposé pour suivre leur grossesse. Par contre, 36.8% des femmes pour lesquelles le médecin généraliste avait abordé le suivi de grossesse avaient été suivies par lui au premier trimestre [11]. Selon les résultats de M. TESSE-SKAF, quand le médecin généraliste proposait de suivre la grossesse la patiente acceptait dans 59% des cas [22].

Pour les médecins désirant suivre des femmes enceintes, cette proposition serait d'autant plus importante que le médecin généraliste serait régulièrement consulté lors de la suspicion de grossesse : selon B. GROS LENNE, 39.9% des patientes avaient consulté en premier lieu leur médecin généraliste [19]. Ça a été également le cas pour plusieurs patientes dans notre étude.

Tout comme pour le suivi de grossesse, le suivi gynécologique des patientes serait lui aussi dépendant de la proposition du médecin généraliste : 18.4% des femmes interrogées par R. CHAMPEAUX notaient l'absence de proposition du médecin généraliste comme un des facteurs de leur choix pour un suivi par le gynécologue [30].

Les médecins proposent-ils suffisamment ce suivi ?

L'influence du suivi gynécologique antérieur

Il a été noté que les femmes opteraient souvent, pour leur suivi obstétrical, pour le même professionnel que celui qui effectue leur suivi gynécologique [18]. L'existence d'un **suivi gynécologique antérieur** par le médecin généraliste favoriserait donc le suivi de grossesse par celui-ci, ce qui avait été mis en évidence dans notre enquête mais aussi dans les études de M. TESSE-SKAF, H. YILDIZ, et dans celles de M. GRAPPIN et de H. PASSELANDE où respectivement 59% et 81% des grossesses suivies par le médecin généraliste concernaient des femmes dont le suivi gynécologique était effectué en médecine générale [31, 37]. Ceci pourrait être expliqué par plusieurs facteurs : d'une part une « connaissance gynécologique » antérieure avec une pudeur qui serait moins importante pour la femme, la « barrière » de l'examen gynécologique ayant déjà été franchie. D'autre part, les femmes qui choisissent ce suivi n'excluraient donc pas d'emblée le médecin généraliste de la sphère intime : on peut penser qu'elles seraient plus sensibilisées à la diversité de son rôle et qu'elles auraient plus confiance en ses compétences dans ce domaine. Par ailleurs, il semble que ces consultations de suivi gynécologique soient un moment privilégié pour mieux informer la patiente sur les possibilités d'un suivi au cabinet en cas de grossesse, rendant alors plus logique une consultation de ces patientes lors d'une grossesse débutante. Pourtant, H. YILDIZ notait que, malgré ce suivi gynécologique par le médecin généraliste, nombreuses étaient les patientes qui n'avaient pas connaissance de la possibilité du suivi obstétrical par celui-ci, et qui avaient été elles-mêmes demandeuses sans se le voir proposer, ou qui avaient découvert cette possibilité « par hasard » [28].

Une approche moins technique ?

C. BOULNOIS retrouvait aussi un désir d'une **approche moins technique** [33]. C. HOULE et H. YILDIZ le relevaient également [20, 28], et plusieurs patientes rencontrées lors de notre étude l'avait également recherchée. Une patiente interrogée par A. CHABROLLE et M. L. ROBATEL-BUSI disait : « *on comprend après que moins c'est médicalisé, moins c'est stressant* ». Un des médecins rencontré dans cette étude le reconnaissait aussi : « *si elles ont choisi qu'on les suive, elles savent aussi que ce n'est pas dans les mêmes conditions* » [25]. D'ailleurs, les patientes interrogées par J. PERRET suivies par un gynécologue citaient beaucoup plus le critère de choix « actes complémentaires » que celles suivies par le médecin généraliste [12].

Dans notre étude, les patientes semblaient avoir **peu d'attentes des consultations** avec leur médecin généraliste. I. PREVOT-STIMEC faisait le même constat, avec peu d'attentes exprimées spontanément par les patientes, hormis la disponibilité [39]. Ceci pourrait aussi être un des facteurs de choix de ce suivi. A l'opposé, M. PEPIN-MOINARD observait que les femmes suivies par un gynécologue considéraient comme « très importants » un plus grand nombre de critères qui leur étaient proposés (sexes du praticien, son âge, sa disponibilité, ses compétences...) [29]. On peut supposer que les patientes qui ont beaucoup d'attentes et d'exigences, ou un désir de suivi plus complet et cadré confieraient plutôt leur grossesse à un spécialiste qu'à leur médecin généraliste.

Pudeur envers le médecin généraliste ?

Dans notre étude, les patientes n'ont pas paru avoir plus de gêne à consulter leur médecin généraliste plutôt qu'un gynécologue, mais certaines patientes l'avançaient comme hypothèse pouvant participer au non choix du médecin généraliste. D'autres études allaient dans ce sens [15, 18, 23, 24, 26] et faisaient part d'une certaine **pudeur** des femmes pour aborder les problématiques gynécologiques avec leur médecin. La vision du rôle du médecin qu'elles peuvent avoir pourrait en être responsable : consultant leur médecin depuis de nombreuses années pour des pathologies saisonnières bénignes et examens généraux, parfois depuis l'enfance, les femmes auraient du mal à le consulter pour motifs gynécologiques, et pourraient l'exclure de ce rôle. Dans l'étude d'A. GENTRIC, plusieurs femmes estimaient qu'elles se sentiraient mal à l'aise si leur médecin généraliste réalisait un examen gynécologique [15]. Pour R. CHAMPEAUX, c'était un des principaux freins au suivi par le médecin généraliste : 49% des femmes suivies par un gynécologue exprimaient cette pudeur envers leur médecin généraliste comme facteur de choix du spécialiste, après les compétences de celui-ci (81%), et avant l'idée que la prise en charge serait meilleure par le gynécologue (38%) [30]. S. FARSHIAN, dans son enquête sur la réalisation du frottis cervico-vaginal par le médecin généraliste, notait que certaines femmes, par pudeur, préféraient faire réaliser leur frottis par un autre médecin généraliste que leur médecin traitant, celui-ci les connaissant « trop » [40]. Et pourtant, le médecin généraliste est l'interlocuteur de première ligne, le professionnel de premier recours : peut-être a-t-il un rôle dans la dédramatisation de ces questions de genitalité et sexualité. Faut-il aborder plus fréquemment ces sujets jugés sensibles avec sa patientelle ? Les médecins ne seraient-ils pas aussi responsables de cette pudeur car la ressentant eux-mêmes ? C'est une question que se posait également S. HASSAN.

Influence du sexe du médecin ?

Dans notre étude, le sexe n'a pas semblé être un facteur décisif pour la majorité des patientes, mais nombreuses étaient celles qui reconnaissaient une certaine préférence pour un praticien de sexe féminin, avec qui elles seraient plus « à l'aise ». La relation préexistante avec leur médecin amoindrait l'importance de son genre. H. YILDIZ, dont l'étude a également porté exclusivement sur des patientes suivies par un médecin généraliste, faisait le même constat : « les femmes privilégient la qualité de la relation » [28]. Certaines patientes en faisaient tout de même un critère de choix. S. HUREAU remarquait que les femmes dont le médecin généraliste était un homme trouvaient plus souvent gênant d'aborder avec lui les problématiques de la sphère intime, et que le sexe du praticien était important pour 74.8% des patientes interrogées [11]. Pour M. TESSE SKAF, les femmes dont le médecin généraliste était un homme se faisaient plus souvent suivre par un gynécologue [22]. Pour J. PERRET, le critère de choix « sexe » était le moins cité par les patientes [12]. Il n'était cité comme « important » que par 13% des patientes dans l'étude de M. PEPIN-MOINARD [29]. Pour I. PREVOT-STIMEC, les patientes étaient plutôt ambivalentes, avec un « coté partage d'expérience entre femmes » et une valorisation d'un regard masculin [39].

Le coût des consultations ?

Dans l'étude de M. LUCAS, le coût des consultations avait été un critère important du choix du médecin traitant [14]. Il était également cité par S. HASSAN, alors qu'il n'a pas semblé intervenir auprès des patientes que nous avons rencontrées. Ceci n'a pas semblé non plus être un facteur important dans l'étude de M. PEPIN-MOINARD [29]. Cependant, ce pourrait être un critère supplémentaire de simplicité globale du choix du généraliste, les patientes connaissant le tarif d'une consultation de médecine générale, et ne sachant souvent pas celui des autres professionnels. Peut-être que dans les villes plus grandes, la pratique plus fréquente des dépassements d'honoraires rendent ce critère plus important.

CONCLUSION

Cette étude qualitative réalisée auprès de patientes ayant choisi de faire suivre leur grossesse par un médecin généraliste a permis d'identifier les facteurs positifs de ce choix.

Le médecin généraliste, par sa fonction même de médecin de famille et médecin de premier recours pourrait avoir un rôle clé dans le suivi des grossesses à bas risque en raison de la relation particulière de confiance qu'il a établie avec ses patientes. Il paraîtrait également plus simple de le consulter en raison de critères géographiques, de sa disponibilité, de la globalité du suivi qu'il propose et de son statut de médecin référent qui faciliterait la gestion du dossier médical.

Pourtant, et malgré la pénurie de gynécologues, rares sont les grossesses suivies en cabinet de médecine générale. Les principaux freins semblaient être un défaut d'information des patientes sur la compétence du médecin généraliste dans ce domaine, la supériorité estimée par certaines femmes d'un suivi par un gynécologue, et une certaine pudeur à consulter le médecin généraliste pour des questions et problématiques relatives à la sphère intime.

Il semblerait en fait qu'il existe deux profils de patientes : celles recherchant avant tout cette proximité, confiance et relation, et pour qui il est certain qu'une meilleure communication par les médecins eux-mêmes ou les Autorités de Santé sur les compétences des médecins généralistes favoriserait ce type de suivi. Le deuxième profil serait celui des patientes qui chercheraient plutôt la compétence et la technicité et qui, même informées des possibilités de suivi en médecine générale, s'orienteraient probablement vers leur gynécologue car leurs attentes seraient différentes.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Code de la Santé Publique. [LOI n°2016-297 du 14 mars 2016 - art. 31](#) [en ligne]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=CB5C7BF2737B18072640A26DA6D4EAA1.tplgfr26s_3?idArticle=LEGIARTI000032207516&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20180720 (Consulté le 20/07/2018)
2. HAS. Comment mieux informer les femmes enceintes. 2005 [en ligne]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes (Consulté le 20/07/2018)
3. INSERM, DREES. Enquête nationale périnatale. Rapport 2016. Octobre 2017.
4. B. BLONDEL, K. SUPERNANT, C. DU MAZAUBRUN et al. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2003. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction, 2006, N°35, p373-387.
5. G. BREART, F. PUECH, J. C. ROSE. Mission périnatalité [en ligne]. Disponible sur : <http://onala.free.fr/perinata.pdf> (Consulté le 19/03/2018)
6. HAS. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [en ligne]. 2016. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf (Consulté le 20/07/2018)
7. J. LANSAC, B. BLANC, B. CARBONNE. Gynécologie et obstétrique pour les médecins généralistes. CNGOF, 2005, 150p.
8. Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE). Bilan démographique 2017 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3305173> (Consulté le 10/03/2018)
9. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Effectifs des médecins par spécialité, mode d'exercice, zone d'inscription et sexe [en ligne]. Disponible sur : <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3339> (Consulté le 10/03/2018)
10. Conseil National de l'Ordre des Sages-Femmes. Sages-femmes inscrites 2017 par département/région, 2017 [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2017/11/Secteur-3.pdf> (Consulté le 19/03/2018)
11. S. HUREAU. Le suivi des femmes enceintes: parcours de soins et raisons du non choix du médecin généraliste pour la surveillance de la grossesse. Thèse de médecine générale. Université de Bordeaux II, 2008, 183p.
12. J. PERRET. La place du médecin généraliste dans la surveillance de la grossesse. Thèse de médecine générale. Grenoble : Université Joseph Fournier, 2002, 168p.
13. B. LECOMTE. Place du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse. Thèse de médecine générale. Université de Rouen, 2017, 111p.

14. M. LUCAS. Les déterminants qui conduisent les femmes à choisir entre médecin généraliste et gynécologue obstétricien pour le suivi de leur grossesse au premier trimestre. Thèse de médecine générale. Université d'Aix - Marseille, 2012, 59p.
15. A. GENTRIC. Suivi de grossesse : avis des femmes sur le choix du professionnel de santé et la place du médecin généraliste. Thèse de médecine générale. Université de Nice, 2013, 66p.
16. A. DARREYE. Le suivi de grossesse par les médecins généralistes, freins et appréhensions. Etude qualitative du point de vue des femmes ayant accouché à la maternité de Limoges. Thèse de médecine générale. Université de Limoges, 2016, 77p.
17. S. HASSAN. Obstacles au suivi de grossesse par le médecin généraliste : imputabilité au manque d'information ? Vécu, croyances, préjugés et conséquences... Thèse de médecine générale. Université d'Amiens, 2013, 54p.
18. S. PETITPREZ. Comment favoriser le suivi de grossesse par le médecin généraliste ? Ressenti des femmes enceintes dans le département de l'Aisne. Thèse de médecine générale. Amiens : Université de Picardie Jules Verne, 2015, 68p.
19. B. GROS LENNE. Critères de choix des femmes enceintes concernant le praticien à qui elles confient leur suivi. Thèse de médecine générale. Paris : Université de Paris-Val-de-Marne, 2005, 123 p.
20. C. HOULE. Suivi de la grossesse: critères de choix du professionnel par les patientes et place faite au médecin généraliste : enquête auprès de patientes de la région dieppoise. Thèse de médecine générale. Université de Rouen, 2013, 130p.
21. C. MONLEON. Le suivi de grossesse en ville: par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales. Mémoire pour le Diplôme d'Etat de sage-femme. Lyon : Université Claude Bernard Lyon 1, 2013, 118p.
22. M. TESSE-SKAF. Déterminants conditionnant le choix du praticien pour le suivi de grossesse. Thèse de médecine générale. Lille : Université du droit et de la santé Lille II, 2013, 54p.
23. C. S. BRIAND. Le suivi de grossesse par le médecin généraliste. Enquête prospective, quantitative auprès de 141 femmes alsaciennes. Thèse de médecine générale. Université de Strasbourg, 2017, 137p.
24. C. TERRIS. Quels sont les déterminants et les freins de la consultation gynécologique en cabinet de médecine générale ? Etude qualitative auprès des patientes. Thèse de Médecine générale. 2016, 127p.
25. A. CHABROLLE, M-L ROBATEL BUSI. Quels sont les freins et les facilitateurs au suivi de grossesse normale par le médecin généraliste en Auvergne, du point de vue des femmes et des médecins généralistes. Thèse de médecine générale. Clermont-Ferrand : Université de Clermont I, 2012, 87p.
26. V. MEGRET. Vision de la consultation gynécologique par les patientes dans le cabinet de médecine générale. Thèse de médecine générale. Université de Limoges, 2010, 140p.
27. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. Etudes et Résultats [en ligne]. 2016, N° 0977, 8p. Disponible sur : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er977.pdf> (Consulté le 10/08/2018)

28. H. YILDIZ. Suivi de grossesse par le médecin généraliste : expériences et vécus des femmes. Etude qualitative auprès des femmes ayant confié le suivi de leur grossesse à leur médecin traitant. Thèse de médecine générale. Nancy I : Université Henri Poincaré, 2010, 157p.
29. M. PEPIN-MOINARD. Déterminants et critères de choix du professionnel pour le suivi des grossesses à bas risque. Thèse de médecine générale. Université de Nantes, 2012, 82p.
30. R. CHAMPEAUX. Analyse des freins et facteurs de motivation pour la pratique du suivi gynécologique en médecine générale: point de vue de médecins généralistes et de patientes : enquête réalisée au sein du département des Deux-Sèvres. Thèse de médecine générale. Université de Poitiers, 2013, 116p.
31. M. GRAPPIN. La place du médecin généraliste dans le suivi de la grossesse. Thèse de médecine générale. Saint Etienne : Université Jean Monnet, 2017, 35p.
32. M. HADJI-KOBIYH. Place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse. Thèse de médecine générale. Université de Caen, 2009, 179p.
33. C. BABINET-BOULNOIS. Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse: intérêts et difficultés. Thèse de médecine générale. Université de Rouen, 2013, 104p.
34. M. DAVID, E. PERIGOIS. Ressenti des femmes à l'égard du suivi gynécologique. Institut d'études de marchés et d'opinions BVA, Paris, 2008 [en ligne]. Disponible sur : <https://www.bva-group.com/sondages/ressenti-des-femmes-a-legard-du-suivi-gynecologique/> (Consulté le 14/08/2018)
35. A. FOTOPOULOU. La place des médecins généralistes dans le suivi des grossesses dans le Haut-Rhin. Thèse de médecine générale. Université de Strasbourg, 2015, 154p.
36. A. REIBEL. Le suivi des grossesses à bas risque par le médecin généraliste. Étude épidémiologique descriptive, situation actuelle dans le département du Bas-Rhin. Thèse de médecine générale. Université de Strasbourg, 2015, 96p.
37. H. PASSELANDE. Suivi de grossesse en Vendée, résultats et déterminants du suivi par le généraliste : enquête quantitative par auto-questionnaire sur quatre maternités de Vendée. Thèse de Médecine générale. Université de Nantes, 2018, 88p.
38. C. SORIN. Grossesse des villes, grossesse des champs. Le suivi de grossesse en milieu rural et en milieu urbain. Mémoire pour le Diplôme d'Etat de sage-femme. Université de Nantes, 2014, 80p.
39. I. PREVOT-STIMEC. Les attentes des femmes enceintes envers leur médecin généraliste dans le cadre du suivi de grossesse. Thèse de médecine générale. Université de Nantes, 2005, 134p.
40. S. FARSHIAN. Freins au choix d'un médecin généraliste pour la réalisation du frottis cervico-vaginal en zone de pénurie médicale. Thèse de médecine générale. Université de Nantes, 2017, 75p.
41. L. LETRILLIART, I. BOURGEOIS, A. VEGA et al. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Première partie d'« Acteur » à « Interdépendance ». Exercer, 2009, 87 : p74-79.
42. L. LETRILLIART, I. BOURGEOIS, A. VEGA et al. Un glossaire d'initiation à la recherche qualitative. Deuxième partie de « Maladie » à « Verbatim ». Exercer, 2009, 88 : p106-112.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Abréviations et glossaire

Abréviations :

CNIL : Commission Nationale Informatique et Libertés

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

DU : Diplôme Universitaire

HAS : Haute Autorité de Santé

MCU : Maître de Conférence des Universités

MG : Médecin Généraliste

Mme : Madame

SA : Semaines d'Aménorrhée

SF : Sage-Femme

TV : Toucher Vaginal

Glossaire [41-42]:

Analyse thématique (syn : thématisation) : méthode d'analyse de contenu qui consiste à repérer les unités sémantiques fondamentales, et à les catégoriser.

Codage (syn : codification) : opération intellectuelle qui consiste à transformer des données brutes (faits observés, paroles recueillies) en une première formulation signifiante (code), dont le sens reste cependant banal et proche du sens commun.

Entretien individuel : méthode d'enquête qualitative reposant sur une situation individuelle de face à face entre un interviewer et un interviewé.

Entretien semi-dirigé : entretien en face à face comportant des questions ouvertes. L'interviewer utilise un guide d'entretien dont les thèmes ne sont pas nécessairement abordés dans l'ordre. Son rôle consiste à effectuer les bonnes relances aux moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans pour autant influencer l'interviewé dans ses réponses ou lui couper la parole.

Etude qualitative : travail de construction signifiante, progressant par approximations successives. L'analyse qualitative ne correspond ni à l'application d'une technique ni à la

simple recherche de récurrences, mais plutôt à un cheminement progressif de question en question.

Retranscription (syn : transcription) : première étape de l'analyse des données qualitatives, consistant à représenter sous forme écrite des données orales ou visuelles, et permettant de s'approprier progressivement les propos de l'interviewé.

Suffisance des données - saturation des données : terme théorique du développement d'une catégorie conceptuelle à partir duquel aucune nouvelle donnée n'émerge plus au cours de l'analyse.

Trame d'entretien (syn : grille, guide) : série de questions ou de consignes servant de fil conducteur et stimulant l'échange dans les entretiens individuels ou collectifs. Les questions sont habituellement courtes et claires, allant du domaine le plus général au plus spécifique, et elles sont évolutives. Le degré de formalisation du guide dépend de l'objet de l'étude et du type d'analyse projeté.

Travail (ou recherche) **exploratoire** : approche ne reposant pas exclusivement sur des hypothèses ou des idées préconçues, utilisée lorsque le terrain est peu connu ou, au contraire, déjà tellement étudié que des vues pratiquement stéréotypées se sont imposées. La recherche exploratoire peut être utilisée pour mieux définir un problème, suggérer des hypothèses à vérifier ultérieurement, générer des idées de nouveaux services, recueillir des réactions sur un concept émergent, ou pré-tester un questionnaire. Cette approche est généralement flexible et non rigide ment structurée.

Triangulation : utilisation combinée de différentes méthodes de recherche, incluant plusieurs sources d'information, principalement pour contrôler la validité interne des résultats d'une étude. On peut distinguer la triangulation des données (temporelle, spatiale, par combinaison de niveaux), la triangulation du chercheur, la triangulation théorique et la triangulation méthodologique. La validation par les enquêtes peut aussi être considérée comme une forme de triangulation.

ANNEXE 2 : Document d'information à destination des sages-femmes de l'hôpital de Blois



Document d'information

A l'attention du personnel de suites de couches,

Je suis interne en médecine générale. J'ai besoin de votre aide pour réaliser ma thèse, je vous remercie par avance de votre contribution !!

Je souhaite mener des entretiens auprès de patientes en suites de couches qui ont fait suivre leur grossesse par un médecin généraliste, afin de connaître les raisons de ce choix (mon constat initial étant que nous suivons peu de grossesses en médecine générale, je voudrais donc savoir pourquoi certaines femmes nous choisissent et si elles en ont été satisfaites)

Ces entretiens se passeraient avant qu'elles ne quittent l'hôpital.

Afin de respecter la confidentialité des données des patientes, pourriez-vous transmettre la feuille d'information ci jointe aux patientes répondant aux critères suivants :

- grossesse non compliquée
- suivi effectué par le médecin généraliste, au moins jusqu'au 6-7ème mois de grossesse
- patiente parlant et comprenant le français correctement, pour permettre l'échange
- patiente donnant son accord pour l'entretien

Je vous remercie de prendre quelques minutes pour me permettre de mener à bien mon projet, même si je sais que vous avez beaucoup de travail.

Caroline VILLARD

ANNEXE 3 : Trame d'entretien finale

- Question d'accroche : **Racontez-moi... Comment s'est passée votre grossesse?**

- **J'ai vu que votre grossesse avait été suivie par un médecin généraliste, comment s'est passé ce suivi ?**

Relances :

- Qu'en avez-vous pensé ?
- Qu'attendiez-vous dans ce suivi par votre médecin généraliste ?
- Qu'est-ce qui vous paraît essentiel dans un tel suivi ?
- Relance sur le TV, échographie, bruits du cœur fœtaux : Accordez-vous de l'importance à ces éléments ?
- Quels étaient les avantages de ce suivi par votre médecin généraliste ?
- Quels en étaient les inconvénients éventuels ?

- **Pourquoi avez-vous fait suivre votre grossesse par un médecin généraliste ? Quelles étaient vos motivations ?**

(Lequel de ces éléments était décisif?)

Relances :

- Disponibilité
- Relationnel
- Coût
- Proximité géographique
- Compétences
- Conseil d'un proche
- Par défaut ? (seul connu, seul disponible...)
- Participation du conjoint à la décision?
- Sexe du MG ?

Est-ce que le sexe de votre médecin a été déterminant ?

Pour les patientes ayant été suivies par une femme :

En quoi le fait que votre médecin ait été une femme a modifié votre choix ?

Et si ça avait été un homme ?

- **Les gynécologues et les sages-femmes sont aussi habilités à suivre des grossesses mais vous avez été suivie par un médecin généraliste, pour quelles raisons ?**

- **A votre avis, pourquoi certaines femmes choisissent plutôt un gynécologue ou une sage-femme ?**

- **Que vous a apporté votre médecin que vous pensez qu'un autre professionnel ne vous aurait pas apporté ?**

Que pensez-vous qu'un autre professionnel aurait pu vous apporter de plus ?

- **Quel suivi envisagez-vous pour votre enfant dans les premiers mois?**

Relance : Qui, comment, pourquoi, quelle fréquence ?

- **Si vous étiez à nouveau enceinte, par qui vous feriez-vous suivre ?**

Relances : Pourquoi, comment...

- **Comment pensez-vous qu'on pourrait faire pour que plus de femmes sachent qu'elles peuvent se faire suivre par le médecin généraliste ?**

- **Qu'avez-vous à ajouter sur le suivi de grossesse par les médecins généralistes ?**

ANNEXE 4 : Questionnaire de description de l'échantillon, à destination des patientes rencontrées



CHRU DE TOURS
2, boulevard Tonnellé
37044 TOURS cedex 9

QUESTIONNAIRE DE DESCRIPTION DE L'ÉCHANTILLON

Code patiente : |__|__|
N° d'inclusion

Recto à remplir par l'enquêtrice

Critères d'inclusion :

⇒ *Tous les critères doivent être à OUI pour inclure le patient*

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Patiente en suite de couches | ☐ Oui | ☐ Non |
| - Age $\geq$ 18 ans | ☐ Oui | ☐ Non |
| - Grossesse suivie par le médecin généraliste au moins jusqu'au 6ème mois de grossesse | ☐ Oui | ☐ Non |
| - Patiente ayant donné son consentement pour le traitement de ses données | ☐ Oui | ☐ Non |

Critères de non inclusion :

⇒ *Tous les critères doivent être à NON pour inclure le patient*

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Difficultés à comprendre et à tenir une conversation en français | ☐ Oui | ☐ Non |
| - Ayant eu une grossesse compliquée ou à risque, imposant un suivi par un gynécologue (antécédent de grossesse pathologique, grossesse gémellaire, maladie chez la mère nécessitant un suivi particulier et à risque d'évolution en cours de grossesse...) | ☐ Oui | ☐ Non |

Verso à remplir par la patiente

Données personnelles :

- Age :
- Niveau d'études :
- Profession :
- Situation matrimoniale : ☐ En concubinage ☐ Mariée ☐ Seule
- Commune :
- Nombre de grossesses menées à terme, avant celle-ci :
- Par qui ont été suivies les précédentes grossesses ?

Concernant le médecin généraliste qui a suivi votre grossesse :

- Est-ce votre médecin traitant?
- Age : ☐ <35 ans ☐ 35-55 ans ☐ 55-65 ans ☐ >65 ans
- Sexe : ☐ Homme ☐ Femme
- Depuis quand vous suit-il?
- Fait-il votre suivi gynécologique?
- Commune :

Vu, le Directeur de thèse

**Vu, le Doyen
De la faculté de Médecine de Tours,
Tours, le**

AMEIL Caroline, née VILLARD

57 pages – 2 tableaux – 1 figure – 4 annexes.

Résumé :

Contexte : Le suivi de grossesse à bas risque peut être effectué par un gynécologue, une sage-femme ou un médecin généraliste. Malgré la pénurie de gynécologues, peu de suivis de grossesse sont réalisés par les médecins généralistes.

Objectifs : L'objectif principal de cette étude était de connaître les raisons pour lesquelles certaines patientes décidaient de confier le suivi de leur grossesse à leur médecin généraliste. L'objectif secondaire était d'identifier les attentes des femmes pour ce suivi de grossesse.

Méthode : Enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés auprès de patientes en suites de couches, ayant été suivies par un médecin généraliste jusqu'au début du 6^{ème} mois de grossesse. Enregistrement des entretiens, retranscription intégrale et analyse thématique du contenu.

Résultats : Les critères principaux de choix du médecin généraliste comme professionnel du suivi de grossesse étaient de deux ordres. D'un point de vue organisationnel, tout semblait « plus simple » : souvent plus accessible en termes de proximité géographique et de disponibilité, globalité du suivi, simplification des démarches... D'un point de vue humain, il semblait exister une relation particulière avec leur médecin, avec une connaissance mutuelle rassurante, gage de confiance. Les patientes reconnaissaient sa réactivité et ses compétences.

Conclusion : Rares sont les grossesses suivies en cabinet de médecine générale. Pourtant, le médecin généraliste semblait répondre aux attentes relationnelles et organisationnelles de certaines patientes pour qui relation et proximité seraient plus importantes que la technicité proposée par le gynécologue.

Mots clés : suivi de grossesse, médecin généraliste, critères de choix, déterminants

Jury :

Président du Jury :	Professeur Gilles BODY
Directeur de thèse :	<u>Docteur Cécile RENOUX</u>
Membres du Jury :	Professeur Fabrice GUERIF
	Professeur Vincent CAMUS
	Professeur Christophe BARON

Date de soutenance : 15 Novembre 2018