

# Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



OCTOBRE  
2016  
NUMÉRO  
0977

## Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse

La participation des médecins généralistes aux suivis de grossesses progresse nettement depuis plusieurs années. Interrogés en 2014-2015 dans le cadre du panel de médecins généralistes libéraux, 84 % des praticiens considèrent que ces suivis font bien partie de leurs missions. Cependant, la part de ceux qui effectuent réellement ces prises en charge est plus faible : 57 % ont reçu au moins une fois par trimestre une patiente lors d'un suivi de la grossesse dans l'année.

Les jeunes praticiens, et plus particulièrement les hommes, sont plus enclins que leurs aînés à suivre les patientes enceintes. Cette tendance pourrait être liée à la plus grande place accordée à la gynécologie-obstétrique dans le cursus universitaire des médecins généralistes.

Les généralistes effectuant des suivis de grossesses déclarent des pratiques très diverses, tant en termes de mise en application de recommandations (notamment vis-à-vis de l'entretien prénatal précoce), que d'utilisation d'outils d'aide au suivi et d'échanges avec les professionnels spécialisés.

**Jean-François Buyck, Françoise Lelièvre, François Tuffreau** (ORS Pays de la Loire),  
**Thomas Héroult** (URPS-ML Pays de la Loire),  
**Muriel Barlet, Hélène Chaput, Claire Marbot** (DREES),  
**Raphaël Andler, Arnaud Gautier, Carmen Kreft-Jais,**  
**Viêt Nguyen-Thanh** (Santé publique France)

Le suivi de la grossesse, c'est-à-dire l'ensemble des consultations prénatales réglementaires entre le 1<sup>er</sup> et le 7<sup>e</sup> mois de grossesse, est un domaine d'activité singulier pour les médecins généralistes. Si leur contribution aux suivis de grossesses à bas risque reste minoritaire par rapport à celle des professionnels spécialisés – médecins (gynécologues obstétriciens et médicaux) ou sages-femmes –, elle s'accroît assez nettement. Ainsi, selon les Enquêtes nationales périnatales, 24 % des femmes enceintes ont consulté au moins une fois un médecin généraliste dans le cadre de leur surveillance prénatale en 2010, contre 15 % en 2003 (Blondel *et al.*, 2011). La tendance est encore plus marquée dans certaines régions qui se situent parmi les moins bien pourvues en professionnels spécialisés : dans les Pays de la Loire, un peu plus de la moitié des femmes enceintes ont consulté au moins une fois un médecin généraliste dans le cadre de leur surveillance prénatale en 2010 (Buyck *et al.*, 2013).

Un panel de médecins généralistes libéraux composé d'un échantillon national et de trois échantillons régionaux a été mis en place fin 2013. La deuxième vague d'enquête, réalisée entre décembre 2014 et avril 2015, vise à analyser l'implication, les perceptions et les pratiques actuelles des généralistes concernant le suivi de la grossesse (encadré 1).

## Des praticiens souvent confrontés au suivi de la grossesse

La venue d'une patiente pour la confirmation d'une grossesse est une situation assez commune pour la plupart des généralistes : 87 % indiquent avoir vu en consultation au moins une fois par trimestre une patiente pour ce motif au cours de l'année. Pour près d'un praticien sur dix, les diagnostics de grossesse représentent une part non négligeable de leur activité, puisqu'ils en ont effectué au moins un par semaine (graphique 1). Au-delà du diagnostic, 30 % des médecins généralistes indiquent avoir vu au moins une fois par mois des patientes pour des déclarations de grossesses. Ces déclarations sont le plus souvent effectuées après la première échographie (permettant la datation exacte du début de la grossesse), soit à un stade où certains médecins généralistes ont déjà pu passer le relais à d'autres professionnels pour la suite du suivi et les démarches administratives afférentes.

Interrogés sur le suivi de la grossesse à bas risque, la très grande majorité des praticiens (84 %) considèrent que cette prise en charge fait bien partie des missions du médecin généraliste. Ce résultat contraste avec la part, nettement plus faible, des praticiens qui déclarent faire eux-mêmes des suivis de grossesses : 57 % ont reçu au moins une fois par trimestre une patiente dans ce cadre au cours de l'année.

Les praticiens qui ne voient pas ou peu de patientes dans le cadre de suivis de grossesses précisent, dans une large majorité des cas, que les femmes enceintes viennent rarement les consulter pour commencer leur suivi avec eux (84 %), et qu'ils orientent celles qui souhaiteraient ou viendraient les consulter vers d'autres professionnels (77 %). Cette orientation s'effectue à leur initiative ou à la demande des patientes.

## Une implication variable selon le niveau de formation en gynécologie-obstétrique

Les perceptions et les pratiques des médecins généralistes en matière de suivi de la grossesse varient selon leur niveau de formation en gynécologie-obstétrique (encadré 2). Une analyse « toutes choses observables égales par ailleurs » confirme ces



### ENCADRÉ 1

#### Sources et méthodologie

Le troisième panel national de médecins généralistes libéraux, doté de trois extensions régionales, a été mis en place grâce à un partenariat entre la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), les Observatoires régionaux de la santé (ORS) et les Unions régionales des professions de santé médecins libéraux (URPS-ML) des Pays de la Loire, de Poitou-Charentes et de Provence – Alpes – Côte d'Azur (Collange *et al.*, 2015).

La deuxième vague d'enquête du panel, portant sur les suivis gynécologiques et des grossesses, a été financée et réalisée en partenariat avec l'ex-Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (dorénavant Santé Publique France), entre décembre 2014 et avril 2015.

Le questionnaire aborde notamment :

- le niveau d'implication dans les suivis gynécologiques et des grossesses (fréquence des consultations et actes en rapport avec ces suivis...);
- les pratiques lors du suivi d'une femme enceinte, à l'aide d'une « vignette clinique » : un cas fictif de patiente venant pour la confirmation d'une grossesse considérée comme à bas risque. Des questions étaient posées sur la stratégie de prise en charge (suivi ou orientation de la patiente, réalisation des dépistages, etc.). Huit versions différentes de la vignette étaient présentées à huit sous-groupes de médecins composés de façon aléatoire. Ces versions étaient obtenues en faisant varier trois critères : l'âge de la patiente (25 ou 40 ans), sa situation socio-économique (précaire ou non précaire), et la parité (première grossesse, ou deuxième grossesse après un accouchement par voie basse non compliqué);
- l'utilisation d'outils d'aide à la pratique;
- les relations avec les autres professionnels spécialisés;
- le repérage et la prise en charge des consommations de substances psychoactives;
- le suivi après l'accouchement.

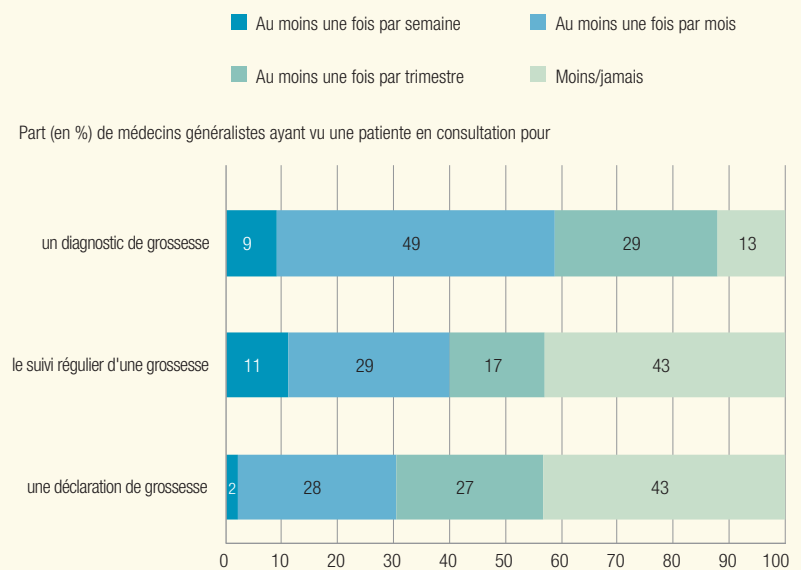
#### Analyses statistiques

Les données ont été pondérées *ex post*, afin que l'échantillon national et les trois échantillons régionaux soient représentatifs de l'ensemble des médecins généralistes libéraux en exercice sur les territoires concernés. En plus des résultats descriptifs présentés dans cette étude, des analyses multivariées (régressions logistiques) détaillent les facteurs associés à la réalisation de suivis de grossesses. Ces analyses ont évalué les effets propres de l'âge, du sexe, de la zone d'exercice (zonage en aires urbaines 2010 de l'INSEE), des modalités d'exercice (individuel ou en groupe/maison de santé pluriprofessionnelle; pratique d'un mode d'exercice particulier) et de la formation en gynécologie-obstétrique, ainsi que de la démographie des professionnels de santé libéraux (médecins généralistes, gynécologues et sages-femmes).



### GRAPHIQUE 1

#### Implication des médecins généralistes dans la prise en charge de grossesses



Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Source • DREES, Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML), Observatoires régionaux de la santé (ORS), Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, décembre 2014-avril 2015.

## ENCADRÉ 2

### La formation, enjeu majeur de l'implication des généralistes dans le suivi de la grossesse

Les étudiants en médecine peuvent être conduits à effectuer des stages hospitaliers dans des services de gynécologie-obstétrique à deux occasions : lors du 2<sup>e</sup> cycle des études médicales (stage d'externat), puis lors du 3<sup>e</sup> cycle (stage de résidanat/internat). Près de trois médecins généralistes sur quatre déclarent avoir effectué un stage de gynécologie-obstétrique au cours de leur cursus universitaire : 42 % lors de leur 2<sup>e</sup> cycle uniquement, 19 % au cours de leur 3<sup>e</sup> cycle uniquement, et 12 % à chacun de ces deux cycles. Ces proportions varient fortement selon l'âge des médecins. Parmi les praticiens de moins de 40 ans, 56 % ont effectué un semestre d'internat/résidanat en gynécologie-obstétrique, et seuls 9 % n'ont suivi aucun stage universitaire dans ce domaine. Ces proportions s'établissent respectivement à 26 % et 30 % parmi les médecins de 60 ans ou plus.

Des formations complémentaires (diplômes universitaires [DU] ou interuniversitaires [DIU], formation médicale continue [FMC]) sont accessibles aux médecins généralistes souhaitant plus particulièrement mettre à jour ou parfaire leurs connaissances. Un quart des praticiens indiquent disposer d'un DU/DIU en gynécologie-obstétrique, ou avoir suivi une séance de FMC dans ce domaine au cours des deux dernières années. La part des

médecins ayant effectué ces formations est nettement plus importante parmi les praticiens les plus jeunes : 37 % chez ceux âgés de moins de 40 ans, contre 18 % chez ceux de 60 ans ou plus.

Ces écarts selon l'âge révèlent probablement des différences générationnelles, qui s'expliquent en partie par l'évolution du cursus universitaire obligatoire de médecine générale. La réforme des études médicales de 2004 (mise en place du Diplôme d'études spécialisées [DES] et de l'internat de médecine générale d'une durée allongée à six semestres) a notamment rendu obligatoire la réalisation d'un stage en gynécologie-obstétrique ou pédiatrie.

Le niveau de formation en gynécologie-obstétrique est nettement corrélé avec les perceptions des médecins généralistes en matière de suivi de la grossesse (graphique 2). La part des praticiens qui ont vu au moins une fois par trimestre des patientes pour ces suivis est un peu plus élevée parmi ceux qui ont effectué un stage de 3<sup>e</sup> cycle en gynécologie-obstétrique, mais surtout parmi ceux qui ont effectué une formation post-universitaire dans ce domaine. L'analyse « toutes choses égales par ailleurs » suggère l'existence d'un lien de causalité, puisque ce dernier effet persiste à caractéristiques observables du médecin données (tableau 1).

## TABLEAU 1

### Facteurs associés à la réalisation de consultations de suivi de la grossesse

Caractéristiques <sup>1</sup>	Consultations de suivi de grossesse au moins une fois par trimestre	
	En % bruts	Odds-ratios ajustés [IC 95%] <sup>2</sup>
<b>Âge</b>		
Moins de 40 ans	63	ref.
40 à 59 ans	62	0,9 [0,6-1,3]
60 ans ou plus	49	0,6 [0,4-1,0]
<b>Sexe</b>		
Homme	53	ref.
Femme	66	1,7 [1,3-2,2]
<b>Volume d'activité annuel</b>		
Faible (moins de 3 067 actes)	47	ref.
Intermédiaire (3 067 à 6 028 actes)	59	1,8 [1,3-2,4]
Élevé (6 028 actes ou plus)	63	2,5 [1,8-3,6]
<b>DU/DIU, ou séance de FMC en gynécologie-obstétrique au cours des deux dernières années</b>		
Non	51	ref.
Oui	76	2,8 [2,1-3,7]

DU : diplôme universitaire ; DIU : diplôme interuniversitaire ; FMC : formation médicale continue.

1. Les caractéristiques suivantes, non significatives dans les analyses multivariées, ne sont pas présentées : zone d'exercice (zonage en aires urbaines INSEE 2010), mode d'exercice (seul, groupe ou maison de santé pluriprofessionnelle), pratique d'un mode d'exercice particulier (MEP), formation initiale en gynécologie-obstétrique, accessibilités potentielles localisées (APL\*) aux médecins généralistes, aux gynécologues libéraux et aux sages-femmes libérales.

2. Analyse multivariée parmi 1 386 praticiens ne présentant pas de données manquantes.

\* L'APL est un indicateur de densité professionnelle « amélioré » qui tient compte du niveau d'activité des professionnels pour mesurer l'offre et du taux de recours différencié par âge des habitants pour mesurer la demande. Mesuré au niveau de la commune, il tient compte de l'offre et de la demande de soins des communes avoisinantes, dans des proportions qui décroissent avec la distance.

**Lecture** • 66 % des médecins généralistes femmes déclarent avoir vu au moins une fois par trimestre une patiente pour le suivi régulier d'une grossesse, contre 53 % des généralistes hommes. La probabilité de suivre au moins une fois par trimestre une patiente pour le suivi régulier d'une grossesse est plus élevée chez un médecin femme que chez un homme, à autres caractéristiques données identiques (odds-ratio significativement supérieur à 1, au risque de 5 %).

**Champ** • Médecins généralistes, France métropolitaine.

**Source** • DREES, Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML), Observatoires régionaux de la santé (ORS), Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, décembre 2014-avril 2015.

liens. À autres caractéristiques données identiques, un médecin qui s'est formé en gynécologie-obstétrique après son cursus universitaire (séance de formation médicale continue au cours des deux dernières années, ou diplôme universitaire ou interuniversitaire [DU/DIU] dans ce domaine) a une probabilité plus grande de réaliser au moins une fois par trimestre des consultations de suivi de la grossesse (tableau 1). L'écart entre les parts des femmes et des hommes qui réalisent ce type de suivi est assez marqué (66 % contre 53 %). Cet effet subsiste lorsque l'on raisonne à autres caractéristiques données identiques. Toutefois, il disparaît parmi les générations de praticiens les plus jeunes : la proportion des médecins femmes de moins de 40 ans effectuant des suivis au moins une fois par trimestre (64 %) n'est pas significativement différente de celle de leurs confrères masculins du même groupe d'âge (62 %). Quelle que soit leur classe d'âge, la grande majorité des praticiens considèrent toutefois que le suivi de la grossesse fait partie des missions du médecin généraliste. Pourtant, même une fois éliminés les effets de genre ou liés à la formation, les praticiens les plus âgés (60 ans ou plus) ont une probabilité moindre d'effectuer des suivis, par rapport aux praticiens les plus jeunes (moins de 40 ans). Des travaux précédents ont montré l'existence d'une corrélation assez nette entre l'âge des praticiens et celui de leurs patients (Labarthe, 2004), ce facteur pouvant, en

partie, expliquer les écarts entre classes d'âge pour la fréquence de suivi des femmes enceintes.

La démographie des professionnels spécialisés dans le suivi de la grossesse – en particulier celle des gynécologues – joue un rôle dans le niveau d'implication des généralistes et peut notamment expliquer les fortes disparités de pratiques observées entre les régions (encadré 3). Toutefois, l'environnement professionnel ne semble pas tant influencer sur la décision des praticiens d'effectuer ou non des suivis de grossesses, que sur la fréquence de leur réalisation. En effet, la probabilité de recevoir des patientes pour leur grossesse (au moins une fois par trimestre) ne diffère pas significativement selon le niveau d'accessibilité des sages-femmes et des gynécologues libéraux dans la commune où exerce le généraliste. En revanche, la probabilité de voir de manière régulière (c'est-à-dire au moins une fois par mois) des patientes pour des suivis de grossesses est plus forte parmi les généralistes exerçant dans une commune où l'accessibilité des gynécologues libéraux est faible, par rapport aux généralistes exerçant dans une commune où cette accessibilité est élevée (tableau A, sur le site Internet de la DREES).

### Certains généralistes exerçant en groupe se spécialisent dans le suivi de la grossesse

Les réponses des médecins généralistes suggèrent une certaine spécialisation d'une partie des praticiens dans le suivi de la grossesse. Un peu plus d'un généraliste sur dix indiquent ainsi recevoir relativement fréquemment (c'est-à-dire au moins une fois par semaine) des patientes enceintes en consultation pour leur suivi (graphique 1). Parmi les praticiens qui exercent en cabinet de groupe (ou en maison de santé pluriprofessionnelle [MSP]), le suivi de la grossesse est souvent assuré plus particulièrement par l'un des généralistes. Dans 19 % des cas, il s'agit d'un autre médecin de la structure, et dans 18 % des cas il s'agit d'eux-mêmes. Les praticiens indiquant s'occuper plus spécifiquement des grossesses disposent, le plus souvent, des niveaux de formation en gynécologie-obstétrique les plus élevés. 42 % ont fait un stage de 3<sup>e</sup> cycle (contre 32 % chez les médecins exerçant



### ENCADRÉ 3

#### D'importantes disparités régionales de suivi de la grossesse en médecine générale

Les réponses des médecins généralistes des trois régions où a été mise en œuvre une extension du panel (Pays de la Loire, Provence – Alpes – Côte d'Azur [PACA] – et Poitou-Charentes) témoignent des très fortes disparités territoriales de pratiques en matière de suivis de grossesses (tableau B sur le site Internet de la DREES). Les praticiens des Pays de la Loire se distinguent par une implication particulièrement forte dans la prise en charge des femmes enceintes : 82 % déclarent en avoir vu au moins une fois par trimestre dans le cadre d'une consultation de suivi de la grossesse, au cours de l'année (contre 49 % en Poitou-Charentes, 42 % en PACA, et 57 % en moyenne au niveau national). Les praticiens des Pays de la Loire déclarent également plus souvent se sentir suffisamment formés en gynécologie-obstétrique, par rapport à ceux de Poitou-Charentes et surtout de PACA, qui à l'inverse ont des échanges plus fréquents avec les gynécologues au sujet des suivis qu'ils effectuent.

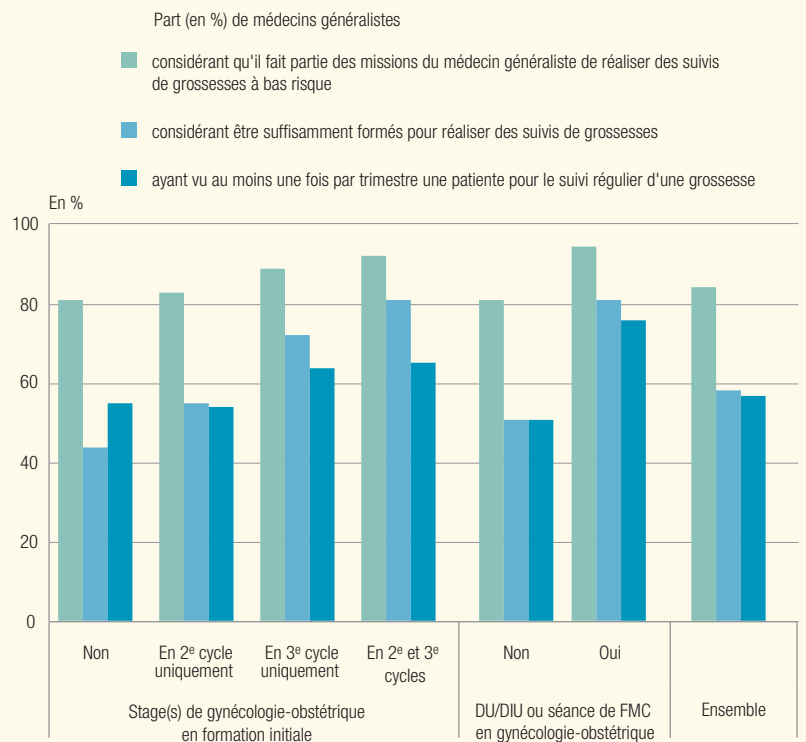
Plusieurs éléments de contexte territorial peuvent expliquer ces écarts. Les Pays de la Loire se distinguent par une faible densité de médecins spécialisés dans le suivi de la grossesse, alors qu'ils sont une région parmi les plus fécondes de France : le nombre de naissances rapporté à celui des gynécologues installés dans la région atteint ainsi près de 140. Ce rapport est beaucoup moins élevé en PACA (un gynécologue pour 83 naissances), en lien avec une très forte présence de ces spécialistes sur ce territoire. La région Poitou-Charentes présente une situation intermédiaire (un gynécologue pour 109 naissances), proche de la moyenne nationale (un pour 102 naissances), en raison d'une natalité peu élevée associée à une densité de professionnels de santé assez faible.

Les écarts régionaux de pratiques peuvent également être rapprochés de caractéristiques propres aux médecins généralistes : les jeunes praticiens notamment plus enclins à réaliser des suivis de grossesses (tableau 1) sont proportionnellement plus présents dans les Pays de la Loire qu'en Poitou-Charentes et en PACA.



### GRAPHIQUE 2

#### Implication des médecins généralistes dans le suivi de la grossesse, selon le niveau de formation en gynécologie-obstétrique



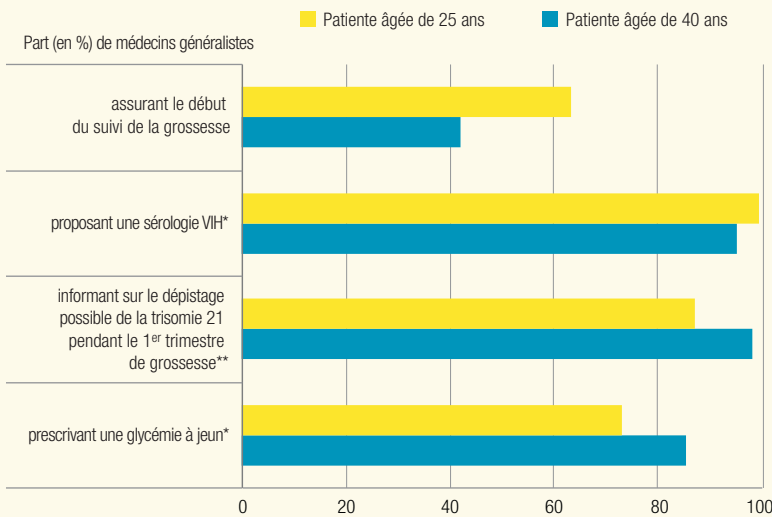
DU : diplôme universitaire ; DIU : diplôme interuniversitaire ; FMC : formation médicale continue.

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Source • DREES, Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML), Observatoires régionaux de la santé (ORS), Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, décembre 2014-avril 2015.

GRAPHIQUE 3

Attitudes et pratiques des médecins généralistes devant le cas clinique fictif d'une patiente les consultant pour la confirmation d'une grossesse considérée comme à bas risque



\* Parmi les médecins généralistes déclarant assurer le suivi.

\*\* Dans le cas de la patiente âgée de 25 ans, la part de médecins informant sur le dépistage possible de la trisomie 21 varie entre 80 % et 92 %, selon la situation socio-économique de la patiente et sa parité.

**Champ** • Médecins généralistes, France métropolitaine.

**Source** • DREES, Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML), Observatoires régionaux de la santé (ORS), Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, décembre 2014-avril 2015.

en groupe qui ne s'occupent pas particulièrement des suivis de grossesses), et 47 % ont un DU/DIU ou ont participé récemment à une séance de formation médicale continue (24 % chez les autres). L'effet de genre est aussi plus marqué dans les groupes et MSP que dans le cadre de l'exercice individuel : les généralistes de ces structures qui choisissent de s'occuper plus spécifiquement des suivis de grossesses sont en majorité des femmes (62 %), alors qu'elles représentent 35 % des médecins exerçant en groupe ou MSP.

L'âge de la patiente influe sur les modalités de la prise en charge

Les praticiens ayant effectué des diagnostics ou des suivis de grossesses au cours de l'année ont été interrogés sur un cas clinique fictif (« vignette ») d'une patiente consultant pour la confirmation d'une grossesse qu'ils considéreraient comme à bas risque (encadré 1).

L'âge de la patiente joue un rôle majeur sur la décision du médecin généraliste d'assurer ou non le suivi de cette grossesse (graphique 3) : 63 % des praticiens

interrogés à propos d'une patiente âgée de 25 ans indiquent commencer le suivi, alors que 37 % préfèrent l'adresser d'emblée à un autre professionnel. Ce rapport est pratiquement inversé (42 % contre 58 %) dans le cas d'une patiente de 40 ans. Ni la situation socio-économique de la patiente, ni sa parité (nombre d'accouchements précédents) n'influent de manière notable sur la décision des praticiens d'effectuer ou non le suivi de la grossesse.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de santé (HAS), une sérologie VIH devrait être proposée systématiquement à la femme enceinte et à son conjoint, dès la première consultation de suivi. Cette sérologie est effectivement proposée dans la plupart des cas (97 %) par les médecins généralistes acceptant de réaliser le suivi de la patiente proposée en vignette. Les patientes de 25 ans se voient proposer le dépistage de manière quasi systématique (seuls 1 % des médecins ne le proposent pas), alors qu'une part plus importante des médecins (5 %) ne le prescrivent pas aux patientes de 40 ans. La sérologie est proposée, dans la majeure partie

des cas (82 %), uniquement à la femme enceinte et non à son conjoint.

Il est également recommandé de proposer à toutes les femmes enceintes une information sur la possibilité de recourir au dépistage de la trisomie 21 pendant le premier trimestre de la grossesse. Selon les déclarations des praticiens, cette information est fournie de manière quasi systématique (dans 98 % des cas) aux patientes de 40 ans, mais un peu moins fréquemment à celles de 25 ans (de 80 % à 92 %, selon la situation socio-économique et la parité de la patiente).

Ainsi, si la très grande majorité des médecins généralistes se conforment bien aux recommandations relatives aux dépistages du VIH et de la trisomie 21, certains d'entre eux modulent leur prise en charge selon les éléments de risque dont ils auraient connaissance<sup>1</sup>, ou qu'ils pourraient percevoir.

Selon les dernières recommandations nationales datant de 2010, une glycémie à jeun doit être prescrite à toute femme enceinte d'au moins 35 ans. Chez les patientes plus jeunes et ne présentant pas d'autres facteurs de risque (absence de surpoids ou d'antécédents personnel ou familiaux de diabète), l'opportunité d'un dépistage doit faire l'objet d'une évaluation individuelle et la prescription d'une glycémie à jeun ne doit pas être systématique. Dans les faits, 85 % des praticiens indiquent qu'ils prescriraient systématiquement cet examen dans le cas d'une patiente de 40 ans (conformément aux recommandations), et 73 % le feraient systématiquement pour une patiente de 25 ans ne présentant pas de facteur de risque (en désaccord avec les recommandations).

L'entretien prénatal précoce, peu compatible avec la pratique des généralistes

L'entretien prénatal précoce s'insère dans le cadre plus global des mesures dites « de préparation à la naissance et à la parentalité » prévues par le Plan périnatalité 2005-2007<sup>2</sup>.

Une récente étude indique que cet entretien est encore assez peu inscrit dans la pratique des professionnels de santé, médecins généralistes ou autres

•••

1. L'âge maternel est un facteur de risque majeur de donner naissance à un enfant atteint de trisomie 21. Le risque passe d'environ 1/1 500 pour les femmes enceintes âgées de 20 ans, à 1/100 pour celles âgées de 40 ans.

2. Ce plan propose un ensemble de mesures visant à améliorer la sécurité et la qualité des soins, à développer une offre plus humaine et plus proche, et à aménager les conditions d'exercice des professionnels de la naissance (Puech, 2007).

•••

3. Il existe actuellement 64 réseaux territoriaux de santé périnatale organisés à l'échelle régionale, départementale ou locale.

(Branger *et al.*, 2015). Dans le cadre du panel, 30 % des généralistes qui effectuent le suivi de la patiente proposée en vignette déclarent connaître ce type d'entretien.

Selon les recommandations, l'entretien prénatal précoce ne correspond pas à une consultation de suivi, et nécessite un temps d'échange unique et suffisamment long pour aborder la question des comportements à risque et la prise en charge d'éventuelles conduites addictives (encadré 4). Dans les faits, la réalisation d'un entretien sous ce format semble assez peu compatible avec la pratique quotidienne des généralistes. En effet, parmi les praticiens qui connaissent l'entretien prénatal précoce, un peu plus de la moitié indiquent qu'ils orienteraient la femme enceinte dont ils effectuent le suivi vers un autre professionnel pour sa réalisation et 12 % ne le proposeraient pas ; 37 % déclarent qu'ils effectueraient l'entretien, mais précisent, plus d'une fois sur deux, que l'échange prendrait alors une forme différente de celle recommandée. Le contenu de l'entretien serait vraisemblablement abordé sur plusieurs visites et non pendant une seule consultation dédiée de 45 minutes.

### Un suivi assuré le plus souvent jusqu'à la fin du 2<sup>e</sup> trimestre

La place du médecin généraliste tout au long d'un parcours de grossesse est, d'un point de vue théorique, relativement bien codifiée. Selon les recommandations de la HAS, le suivi régulier d'une grossesse peut être assuré par le généraliste jusqu'au 7<sup>e</sup> mois, lorsque cette dernière se déroule sans situation à risque ou lorsque cette situation relève d'un faible niveau de risque (HAS, 2007). Une large majorité des praticiens qui réaliseraient le suivi de la patiente proposée en vignette estiment effectivement pouvoir assurer le suivi au moins jusqu'à la fin du deuxième trimestre de la grossesse : 79 % déclarent qu'ils confieraient le suivi à un professionnel spécialisé entre le 6<sup>e</sup> et le 8<sup>e</sup> mois (dont 29 % au 7<sup>e</sup> mois exactement), si la grossesse restait à bas risque jusqu'à son terme.

L'âge de la patiente enceinte influe notamment sur la durée de suivi. Adresser une patiente à un professionnel spécialisé avant le 7<sup>e</sup> mois est un peu plus fréquent



## ENCADRÉ 4

### Alcool et tabac : repérage des consommations, perception du risque et conseils donnés aux patientes enceintes

L'ensemble des médecins généralistes ont été interrogés sur la manière dont ils appréhendent et prennent en charge les consommations de substances psychoactives des femmes enceintes qu'ils reçoivent en consultation (dans le cadre du suivi de leur grossesse, ou pour un autre motif). Leurs perceptions des risques et leurs pratiques sont sensiblement différentes selon qu'il s'agit de la consommation d'alcool ou de tabac (tableau C, sur le site Internet de la DREES).

#### Consommation d'alcool

Si la quasi-totalité (94 %) des médecins généralistes déclarent aborder la question de la consommation d'alcool avec les femmes enceintes, seuls 61 % le font de manière systématique (c'est-à-dire au moins une fois avec chacune de ces patientes), 33 % l'évoquant souvent ou parfois. Lorsque la consommation d'alcool est abordée, elle l'est le plus souvent uniquement au cours de la première consultation (59 %), ou occasionnellement lors des différentes visites (27 %). Un praticien sur sept aborde la consommation d'alcool plutôt de manière itérative, à chacune des consultations des patientes.

Les praticiens ont une perception des risques de l'alcool assez différente selon son mode de consommation. La plupart considère que la consommation régulière d'un verre par jour pendant la grossesse et celle de trois verres ou plus en une occasion une fois au cours de la grossesse sont associées à un risque important (respectivement 94 % et 88 %). En revanche, ils sont beaucoup plus divisés au sujet de la consommation occasionnelle d'un verre d'alcool (pas plus d'une fois par mois) : 39 % considèrent que le risque est important, 43 % qu'il est acceptable, et 18 % que ce mode de consommation est sans risque pour la grossesse. À cet égard, 77 % des médecins généralistes conseillent aux femmes enceintes buvant occasionnellement des boissons alcoolisées d'arrêter cette consommation (en accord avec la recommandation nationale « Zéro alcool pendant la grossesse »), alors que 22 % leur recommandent plutôt de ne pas boire plus d'un verre par occasion.

Face à une patiente enceinte ayant une consommation d'alcool qu'ils jugeraient à risque, huit praticiens sur dix indiquent qu'ils mobiliseraient l'expertise d'autres professionnels ou structures (centres de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie par exemple), soit en y adressant la patiente (51 %), soit en travaillant en liaison avec ces partenaires (30 %). Moins de 10 % des praticiens assurent qu'ils prendraient seuls en charge cette situation.

#### Consommation de tabac

La consommation de tabac est plus volontiers abordée de manière systématique par les médecins généralistes : plus de 80 % déclarent évoquer au moins une fois cette question avec toutes leurs patientes enceintes.

Une large majorité (77 %) des praticiens considère que la consommation quotidienne de tabac est à risque pour la femme enceinte ou l'enfant à naître, dès la première cigarette fumée. À cet égard, environ neuf généralistes sur dix conseillent à toutes leurs patientes fumeuses l'arrêt total de leur consommation, que celles-ci fument modérément (moins de 5 cigarettes par jour) ou de manière plus importante.

Face à une patiente enceinte ayant une consommation de tabac qu'ils jugeraient à risque, six praticiens sur dix indiquent qu'ils mobiliseraient l'expertise d'autres professionnels ou structures, soit en y adressant la patiente (32 %), soit en travaillant en liaison avec ces partenaires (28 %). La part des praticiens qui estiment pouvoir prendre en charge seuls ce type de situation (36 %) est beaucoup plus élevée que pour les questions liées à la consommation d'alcool<sup>1</sup>.

1. Les 5 % de praticiens restants ne se prononcent pas.

pour les femmes âgées de 40 ans (59 %) que pour celles de 25 ans (47 %).

### 53 % des généralistes utilisent le carnet de maternité

Les recommandations de la HAS sur le suivi des femmes enceintes décrivent avec précision les modalités de prise en charge, selon les situations à risque identifiées au cours des consultations (HAS, 2007). Parmi les praticiens qui ont effectué des suivis de grossesses au cours de l'année, 62 % déclarent s'être déjà appuyés sur les recommandations de la HAS, 15 % les connaissent mais ne s'y sont jamais

référé, et 23 % ne les connaissent pas. Ces recommandations trouvent un écho très favorable auprès des généralistes qui les ont déjà utilisées : 96 % d'entre eux considèrent qu'elles sont adaptées à leur pratique.

Les réseaux territoriaux de santé périnatale mettent également à disposition certains outils d'aide à la pratique. Bien que ces réseaux couvrent l'intégralité du territoire français<sup>3</sup>, seuls un peu plus de la moitié (55 %) des médecins généralistes effectuant des suivis de grossesses déclarent connaître l'existence d'une organisation de ce type

dans leur zone de patientèle. Parmi ces praticiens, 10 % précisent utiliser « souvent » les outils proposés par le réseau (35 % en utilisent « parfois », et 56 % « jamais »).

Le carnet de maternité (autrefois appelé « carnet de grossesse ») a été relancé par le dernier plan national de périnatalité, afin de faciliter les échanges entre les professionnels des secteurs médical et social. Un peu plus de la moitié (53 %) des généralistes qui effectuent des suivis indiquent l'avoir déjà utilisé, 23 % le connaissent mais ne l'ont jamais utilisé, et 24 % ne le connaissent pas. Parmi les praticiens qui l'ont déjà utilisé, quatre sur dix l'emploient de manière systématique pour leurs suivis (28 % « souvent », 33 % « parfois »). La plupart (90 %) des généralistes qui n'utilisent pas ou peu ce carnet indiquent que les patientes viennent rarement avec en consultation, et 43 % précisent en outre qu'ils remplissent déjà d'autres documents similaires. Près d'un praticien sur quatre (23 %) déclare ne pas voir l'intérêt de remplir le carnet de maternité. D'autres raisons sont invoquées spontanément, en particulier le manque de temps pour remplir le carnet, jugé compliqué.

### Le gynécologue obstétricien, principal interlocuteur du généraliste

Les échanges des généralistes avec les autres professionnels spécialisés dans le suivi de la grossesse sont assez courants, tout particulièrement avec les gynécologues obstétriciens (tableau 2) : près de huit praticiens sur dix déclarent avoir échangé au sujet de leurs suivis avec ces professionnels au cours de l'année (27 % l'ont même fait « systématiquement » ou « souvent »). En cas de non réalisation de suivis de grossesses, ou à la fin des suivis qu'ils ont effectués, les généralistes adressent également les femmes enceintes, dans une très large majorité des cas (plus de 80 %), vers un gynécologue obstétricien.

Les échanges et les orientations des patientes vers les gynécologues médicaux<sup>4</sup> et les sages-femmes sont moins fréquents. À cet égard, près de 15 % à 20 % des généralistes indiquent avoir le sentiment d'être en concurrence avec ces deux types de professionnels pour le suivi de la grossesse, alors que ce sentiment est moins

présent (7 %) envers les gynécologues obstétriciens, ces derniers pouvant plus naturellement être perçus par les généralistes comme les professionnels de second recours vers lesquels ils se tournent en cas de difficultés de prise en charge.

### Des marges de progression attendues dans les échanges avec l'hôpital

Près d'une femme sur cinq est hospitalisée au moins une fois au cours de sa grossesse (Blondel *et al.*, 2011). Cette prise en charge peut aboutir à un transfert plus précoce du suivi de la grossesse vers les équipes des maternités. Une part non négligeable des médecins généralistes ressentent ces transferts de prise en charge d'une manière plutôt négative (que les hospitalisations

soient pertinentes ou non). Un quart d'entre eux estiment qu'il existe une certaine forme de « captation de patientèle » par des établissements ; la suite du suivi de la grossesse de certaines de leurs patientes leur échappe, souvent, après l'hospitalisation. Le ressenti des médecins généralistes devant le retour d'informations lors de l'hospitalisation de leurs patientes témoigne également de certaines difficultés. Parmi les praticiens dont des patientes ont eu une hospitalisation en lien avec leur grossesse, seuls un peu plus de la moitié (52 %) déclarent avoir reçu « systématiquement » un compte-rendu d'hospitalisation de la part de l'établissement (et 26 % en ont tout de même « souvent » reçu). Les échanges plus directs avec le personnel hospitalier (de vive voix, par téléphone,

4. Le gynécologue médical prend en charge les suivis de grossesses à bas risque et les problèmes gynécologiques survenant tout au long de la vie d'une femme (contraception, prévention et dépistage de cancers, traitement hormonal de la ménopause, etc.). Le gynécologue obstétricien reçoit une formation chirurgicale et assure des prises en charge plus centrées sur le déroulement de la grossesse et de l'accouchement.



TABLEAU 2

### Relations entre les médecins généralistes et les autres professionnels effectuant des suivis de grossesses

	En %			
	Gynécologue obstétricien	Gynécologue médical	Sage-femme	Autre médecin généraliste
<b>Part de médecins généralistes</b>				
Ayant des échanges au sujet de leurs suivis de grossesses avec	77	48	44	17
dont échanges systématiques ou fréquents	27	10	10	3
Ayant le sentiment d'être en concurrence pour leurs suivis de grossesses avec	7	14	18	-
<b>Répartition des médecins généralistes selon le type de professionnel</b>				
Auquel ils adressent les patientes enceintes (parmi les praticiens qui n'effectuent pas ou peu de suivis de grossesses)	82	9	6	3
Auquel ils adresseraient la patiente enceinte proposée en vignette (parmi les praticiens qui ne suivraient pas cette grossesse)	86	5	7	1
Auquel ils adresseraient à la fin de leur suivi la patiente enceinte proposée en vignette (parmi les praticiens qui suivraient cette grossesse)	87	1	11	<1

Champ • Médecins généralistes, France métropolitaine.

Source • DREES, Unions régionales des professionnels de santé-médecins libéraux (URPS-ML), Observatoires régionaux de la santé (ORS), Panel d'observation des pratiques et des conditions d'exercice en médecine générale, décembre 2014-avril 2015.

e-mail, ou courrier) sont moins fréquents : 11 % des praticiens ont obtenu systématiquement ou souvent des informations sur l'hospitalisation par ce biais.

### Des praticiens peu informés sur les dispositifs d'accompagnement après l'accouchement

L'Assurance maladie a expérimenté dès 2010 un Programme d'accompagnement du retour à domicile après un accouchement sans complication (PRADO maternité). Ce dispositif, maintenant généralisé à l'ensemble du territoire, commence par une rencontre de la mère avec un conseiller de l'assurance maladie, à la maternité, afin de lui proposer la visite d'une sage-femme libérale dès son retour à domicile.

Moins d'un médecin généraliste sur deux (44 %) connaît ce type de dispositif. Parmi eux, 54 % indiquent que certaines de leurs patientes ont déjà été prises en charge dans ce cadre. Leur ressenti devant le retour d'informations sur le déroulement des suivis à domicile est globalement assez

négligé : une majorité estime ne jamais être tenue informée des suites des prises en charge PRADO, ni par l'assurance maladie (92 %), ni par la sage-femme libérale réalisant les visites (66 %), ni par la maternité d'accouchement (59 %). L'interlocuteur principal des médecins généralistes au sujet du déroulement du PRADO reste la patiente ou son entourage : un peu plus de la moitié des praticiens estiment être « systématiquement » (31 %) ou « souvent » (22 %) tenus informés à travers eux.

Dans le contexte de raccourcissement des durées de séjours en maternité, la HAS a récemment formulé des recommandations introduisant la réalisation d'un examen du nouveau-né, entre le 6<sup>e</sup> et le 10<sup>e</sup> jour postnatal, par un pédiatre ou par un médecin généraliste « ayant l'expérience des pathologies du nouveau-né ». Pour 78 % des médecins généralistes effectuant des suivis de grossesses, cet examen fait bien partie de leurs missions. Ces praticiens peuvent y voir une certaine forme de prolongement des consultations prénatales. En outre, 38 % d'entre eux

estiment qu'ils peuvent planifier l'examen du nouveau-né avec les patientes à la fin de leur suivi. Parmi les praticiens qui ne font pas de suivis de grossesses, la part de ceux considérant que la consultation post-natale relève de leurs missions est un peu moins élevée (68 %). ■

Les auteurs remercient :

- les D<sup>rs</sup> P. de Reilhac, Y. Lequeux, M. Lugand, L. Pons, M. Rocheteau et O. Teffaud (URPS-ML Pays de la Loire),
- E. Agamaliyev et F. Mikol (DREES),
- D<sup>r</sup> B. Branger, R. Collin, D<sup>r</sup> A.-S. Coutin et M. Perennec (Réseau Sécurité Naissance - Naître ensemble Pays de la Loire),
- D<sup>r</sup> B. Bonnet (Réseau régional de santé sexuelle Pays de la Loire) pour leur participation à l'élaboration de l'enquête et à l'interprétation de ses résultats,
- l'ensemble des médecins généralistes libéraux qui ont accepté de participer à l'enquête.

### POUR EN SAVOIR PLUS

- **Blondel B. et Kermarrec M.**, 2011, « Enquête nationale périnatale 2010 : les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003 », Rapport, DREES, mai.
- **Branger B.**, **Réseaux de santé en périnatalité**, 2015, « Prévalence et caractéristiques de l'entretien prénatal précoce : résultats d'une enquête dans les réseaux de santé en périnatalité », France, 2012, *Bulletin épidémiologique hebdomadaire*, InVS, n° 6-7, p. 123-131.
- **Buyck J.-F., Tallec A. et Branger B.**, 2013, « La santé périnatale dans les Pays de la Loire » Rapport, ORS Pays de la Loire, Réseau « Sécurité naissance - Naître ensemble » Pays de la Loire, Nantes.
- **Collange F., Fressard L., Verger P. et al.**, 2015, « Vaccinations : attitudes et pratiques des médecins généralistes », *Études et Résultats*, DREES, n° 910, mars.
- **Haute Autorité de santé (HAS)**, 2007, Recommandations professionnelles. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées.
- **Labarthe G.**, 2004, « Les consultations et visites des médecins généralistes. Un essai de typologie », *Études et Résultats*, DREES, n° 315, juin.
- **Puech F.**, 2008, L'organisation autour de la grossesse et de la naissance. Le Plan de périnatalité 2005-2007, *Actualité et dossier en santé publique*, HCSP, n° 61-62, p. 35-45.

### LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site  
[drees.social-sante.gouv.fr](http://drees.social-sante.gouv.fr)

Retrouvez toutes nos données sur  
[www.data.drees.sante.gouv.fr](http://www.data.drees.sante.gouv.fr)

Pour recevoir nos avis de parution  
[drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution](http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution)

**Directeur de la publication** : Franck von Lennep

**Responsable d'édition** : Souphaphone Douangdara

**Secrétaire de rédaction** : Sabine Boulanger

**Composition et mise en pages** : T. B.

**Conception graphique** : Julie Hiet et Philippe Brulin

**Imprimeur** : Imprimerie centrale de Lens

**Pour toute information** : [drees-infos@sante.gouv.fr](mailto:drees-infos@sante.gouv.fr)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384