

**Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie**

ANNEE 2014

Thèse n°

**THESE
POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

présentée et soutenue publiquement
le 21 novembre 2014 à Poitiers
par Aurore PELTIER

**Les grossesses des médecins généralistes installées en libéral dans la région
Poitou-Charentes : suivi et impacts sur la profession.**

*Etude rétrospective auprès des femmes médecins généralistes installées en libéral au début de
l'enquête*

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur Fabrice PIERRE

Membres : Madame le Professeur Virginie MIGEOT
Monsieur le Docteur Eric BEN-BRIK
Monsieur le Docteur François BIRAULT

Directeur de thèse : Madame le Docteur Martine TOUZARD

Le Doyen,

UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie

Année universitaire 2014 - 2015

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, oncologie–radiothérapie (en disponibilité 1 an à compter de janvier 2014)
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
12. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
13. DROUOT Xavier, physiologie
14. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
15. EUGENE Michel, physiologie (surnombre jusqu'en 08/2016)
16. FAURE Jean-Pierre, anatomie
17. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
18. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
19. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
20. GILBERT Brigitte, génétique
21. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
22. GOJJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
23. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
24. GUILLET Gérard, dermatologie
25. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
26. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
27. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
28. HERPIN Daniel, cardiologie
29. HOUETO Jean-Luc, neurologie
30. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
31. IRANI Jacques, urologie
32. JABER Mohamed, cytologie et histologie
33. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
34. JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
35. KARAYAN-TAPON Lucie, oncologie
36. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (en détachement 2 ans à compter de janvier 2014)
37. KITZIS Alain, biologie cellulaire
38. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
39. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
40. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
41. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
42. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
43. MACCHI Laurent, hématologie
44. MARECHAUD Richard, médecine interne
45. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
46. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
47. MIGEOT Virginie, santé publique
48. MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
49. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
50. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
51. NEAU Jean-Philippe, neurologie
52. ORIOT Denis, pédiatrie
53. PACCALIN Marc, gériatrie
54. PAQUEREAU Joël, physiologie
55. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
56. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
57. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
58. POURRAT Olivier, médecine interne
59. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
60. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
61. RICHER Jean-Pierre, anatomie
62. RIGOARD Philippe, neurochirurgie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (surnombre jusqu'en 08/2017)
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, oncologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ALBOUY-LLATY Marion, santé publique
2. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
3. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
4. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
5. BILAN Frédéric, génétique
6. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
7. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
8. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie

9. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
10. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
11. DIAZ Véronique, physiologie
12. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
13. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
14. HURET Jean-Loup, génétique
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. SAPANET Michel, médecine légale
17. SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
18. THILLE Arnaud, réanimation
19. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeurs associés de médecine générale

BINDER Philippe
VALETTE Thierry

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

BIRAULT François
BOUSSAGEON Rémy
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VICTOR-CHAPLET Valérie

Enseignants d'Anglais

DEBAIL Didier, professeur certifié
PERKINS Marguerite, maître de langue étrangère

Professeurs émérites

1. DORE Bertrand, urologie (08/2016)
2. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie – virologie (08/2015)
3. GIL Roger, neurologie (08/2017)
4. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (08/2016)
5. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (08/2017)
6. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (08/2017)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
7. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
8. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
9. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
10. BURIN Pierre, histologie
11. CASTETS Monique, bactériologie-virologie-hygiène
12. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
13. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
14. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
15. DABAN Alain, oncologie radiothérapie (ex-émérite)
16. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
17. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
18. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
19. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
20. GOMBERT Jacques, biochimie
21. GRIGNON Bernadette, bactériologie
22. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
23. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale

24. KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
25. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
26. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
27. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
28. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
29. MARILLAUD Albert, physiologie
30. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
31. POINTREAU Philippe, biochimie
32. REISS Daniel, biochimie
33. RIDEAU Yves, anatomie
34. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
35. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
36. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
37. VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

A Monsieur le Professeur PIERRE

Je suis honorée de l'attention que vous portez à ce projet. Je vous remercie de présider le jury de thèse.

A madame le Professeur MIGEOT

Merci pour vos encouragements. Je vous suis reconnaissante d'avoir accepté de juger mon travail.

A Madame le Docteur TOUZARD

Pour la direction de ma thèse et d'un stage très formateur ; soyez assurée de ma gratitude et de mes sincères remerciements.

A Monsieur le Docteur BEN-BRIK

Vous me faites l'honneur de participer en tant que juge à ce vaste projet. Je vous en remercie et j'espère avoir répondu à vos attentes.

A Monsieur le Docteur BIRAULT

Un grand merci pour votre aide apportée dans ce travail, et pour votre formation originale. Vos conseils me suivent quotidiennement dans ma pratique.

A mes parents, et ma marraine

Un mot vaut plus que tout un roman : MERCI pour ces 29 ans d'accompagnement.

A mon tipère

Pour ton amour et ton soutien dans la vie de tous les jours, je t'aime.

A mes garçons

Pour leurs cris, qui m'ont permis de relever la tête plus d'une fois lors de la réalisation de ce travail, mais aussi pour leurs sourires charmeurs. Je vous aime mes p'tits lapins.

Aux médecins de Couhé, Emmanuelle et Marika,

Merci de m'avoir accueillie et soutenue depuis le début de l'aventure. Merci pour votre soutien moral et matériel. A bientôt pour l'utilisation du « bureau vide ».

Au Dr Boutin, Marie Rose et Sylvie

Merci pour votre gentillesse, votre disponibilité et pour l'aide précieuse que vous avez apportée à cet édifice.

A tous les médecins généralistes qui ont répondu au questionnaire.

Merci d'avoir pris de votre temps pour « une thèse de plus » qui, j'espère, fera avancer notre situation professionnelle.

A tous mes maîtres de stage ambulatoire

Merci de m'avoir donné le goût de la pratique médicale en libéral.

Aux relecteurs et à tous ceux qui se reconnaîtront sans que je les cite. Vous m'avez aidée, d'une manière ou d'une autre. Un grand merci pour votre soutien, vos compétences et vos encouragements.

Un grand MERCI à tous

Table des matières

<u>LISTE DES ENSEIGNANTS DE LA FACULTE</u>	2
<u>REMERCIEMENTS</u>	4
<u>TABLE DES MATIERES</u>	6
<u>TABLE DES ILLUSTRATIONS</u>	10
<u>LISTE DES ABREVIATIONS</u>	12
<u>INTRODUCTION</u>	13
<u>REVUE DE LITTERATURE</u>	15
<u>MATERIEL ET METHODES</u>	
1. <u>Le matériel</u>	
1.1 Le questionnaire.....	20
1.2 La population étudiée.....	21
1.3 Les outils de réception des données.....	22
2. <u>Les méthodes</u>	
2.1 L'envoi du questionnaire.....	22
2.2 La réception des réponses.....	23
2.3 Les analyses statistiques.....	23
2.3.1 Le classement des données.....	23
2.3.2 L'utilisation des tests statistiques.....	24
<u>RESULTATS</u>	
1. <u>Les répondantes</u>	
1.1 Le nombre de répondantes.....	25
1.2 La situation professionnelle des répondantes.....	26
2. <u>La répartition des grossesses dans le temps</u>	27
3. <u>L'indice de fécondité dans la population médicale</u>	27
4. <u>La confirmation et la déclaration de la grossesse</u>	
4.1 Les examens de confirmation de grossesse.....	28
4.2 La déclaration de grossesse.....	30

5.	<u>Le suivi obstétrical</u>	
5.1	La qualité du suivi	31
5.2	Le suivi clinique	32
5.2.1	Le professionnel obstétricien	32
5.2.1.1	Les cinq premières consultations	32
5.2.1.2	Les deux dernières consultations.....	33
5.2.2	La consultation d'anesthésie.....	34
5.2.3	La préparation à la naissance et la parentalité.....	34
5.2.3.1	L'entretien prénatal précoce.....	34
5.2.3.2	Les cours de préparation	35
5.3	Le suivi paraclinique	37
5.3.1	Le prescripteur des examens complémentaires.....	37
5.3.2	Le bilan de début de grossesse	37
5.3.2.1	Le bilan de début de grossesse	38
5.3.2.2	Le dépistage de la trisomie 21	38
5.3.3	Les échographies.....	39
5.3.4	La surveillance mensuelle.....	39
5.3.5	Les bilans du 6 ^e mois.....	41
5.4	Le cas des grossesses pathologiques	43
5.4.1	Les complications au cours de la grossesse	43
5.4.2	Les consultations d'urgence et les hospitalisations	45
5.4.3	La prescription d'un traitement	46
6.	<u>L'accouchement</u>	
6.1	Le terme à l'accouchement.....	47
6.2	Le lieu de l'accouchement	48
6.3	Les modalités d'accouchement	48
6.3.1	Les différentes méthodes.....	48
6.3.2	Les aides instrumentales	49
6.4	Les complications précoces du post partum.....	50
7.	<u>Le post partum</u>	
7.1	La sortie précoce	51
7.2	La consultation post natale.....	53
8.	<u>Le suivi obstétrical, en résumé.....</u>	54
9.	<u>L'organisation professionnelle</u>	
9.1	L'exercice médical au début de la grossesse	55
9.1.1	Le lieu d'activité	55
9.1.2	L'intensité de l'activité médicale	56
9.2	L'intégration du suivi obstétrical dans l'activité professionnelle	57
9.2.1	La planification des consultations et examens de suivi	57

9.2.2	Les modifications de l'activité professionnelle	59
9.3	L'organisation professionnelle à l'arrêt d'activité	60
9.3.1	La date de cessation d'activité	60
9.3.1.1	Médecins installées avec activité libérale	61
9.3.1.2	Médecins installées avec activité salariée	62
9.3.2	Organisation de la continuité des soins à l'arrêt de l'activité	62
9.4	Conséquences du suivi sur les relations professionnelles	61
10.	<u>Les quelques cas de grossesse vécue par des spécialistes</u>	
10.1	Description de la population	65
10.2	Le suivi obstétrical et l'accouchement	65
10.3	L'organisation du suivi obstétrical et de l'activité professionnelle	66

DISCUSSION

1.	<u>La population étudiée</u>	
1.1	Les différents statuts professionnels	67
1.2	La représentativité de l'échantillon	68
1.3	Comparaison avec la population générale	69
1.3.1	Le suivi obstétrical	69
1.3.2	L'indice de fécondité	70
2.	<u>La prise en charge obstétricale en fonction de la pratique</u>	
2.1	Le suivi clinique	71
2.1.1	La déclaration	71
2.1.2	L'examen clinique mensuel.....	72
2.1.3	La préparation à la naissance.....	72
2.1.4	L'organisation pour le suivi obstétrical	72
2.2	Le suivi paraclinique	73
2.2.1	Les examens de confirmation	73
2.2.2	Les échographies.....	73
2.2.3	Les bilans biologiques.....	73
2.2.4	Le prescripteur des examens complémentaires.....	74
2.3	Les complications au cours de la grossesse	74
2.4	L'accouchement	75
2.4.1	Le terme.....	75
2.4.2	Le lieu et l'accouchement.....	76
3.	<u>Evolution du suivi obstétrical dans le temps</u>	
3.1	Historique du suivi obstétrical.....	77
3.2	Le suivi clinique	78
3.3	Le suivi paraclinique	79

4. <u>Réflexions sur les améliorations à apporter pour les grossesses futures</u>	81
4.1 L'évolution dans la prise en charge administrative	82
4.1.1 L'historique des aides	82
4.1.2 Les aides au 1 ^{er} janvier 2014	82
4.1.3 Les modalités administratives	83
4.2 Quelques cas de grossesses bien vécues	84
4.3 Les aides aux remplacements	85
4.4 Les modifications d'activité professionnelle	86
4.5 Les difficultés financières	87
4.6 L'équivalence de droits salariées/libérales	88
4.7 Les autres modifications	89
5. <u>comparaison avec les avocates</u>	90
5.1 La situation actuelle des avocates.....	90
5.2 Comparaison avec la population médicale	91
CONCLUSION	92
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	94
ANNEXES	
<u>Annexe I.</u> Questionnaire envoyé aux femmes médecins généralistes installées en libéral au moment de l'enquête.....	99
<u>Annexe II.</u> Courrier associé au questionnaire lors de l'envoi.....	104
<u>Annexe III.</u> Le suivi obstétrical selon la HAS en mai 2005	105
<u>Annexe IV.</u> Différences de prise en charge obstétricale dans la population étudiée, en France et dans la région Ouest	106
<u>Annexe V.</u> Décret relatif au suivi obstétrical.....	107
<u>Annexe VI.</u> Décret relatif à la consultation d'anesthésie	108
<u>Annexe VII.</u> Arrêté relatif à l'évolution du dépistage de la Trisomie 21	109
<u>Annexe VIII.</u> Tableau récapitulatif des aides financières au 01/01/2014	110
<u>Annexe IX.</u> Article et décret relatifs aux aides à l'arrêt d'activité	111
RESUME	112
SERMENT D'HIPPOCRATE	113

Table des illustrations

Figure 1 : Situation professionnelle des femmes médecins au début de leur grossesse	26
Figure 2 : Modalités de confirmation de la grossesse	28
Figure 3 : Choix des examens en fonction du statut professionnel.....	29
Figure 4 : Les différents professionnels ayant complété la déclaration	30
Figure 5 : Evolution du nombre de déclarations et de suivis pour chaque professionnel obstétrical déclaré par l'échantillon	32
Figure 6 : Evolution du suivi obstétrical des deux dernières consultations en fonction du temps.....	33
Figure 7 : Pourcentage de participation à l'entretien prénatal en fonction de la parité	35
Figure 8 : Taux de participation aux cours de préparation à la naissance (CPN) en fonction de la parité.....	36
Figure 9 : Evolution dans le temps de la réalisation des examens mensuels.....	40
Figure 10 : Différences de prise en charge des examens paracliniques en fonction du statut professionnel	42
Figure 11 : Proportion des principales complications recensées dans l'échantillon ..	43
Figure 12 : Terme à l'accouchement en fonction du statut professionnel	47
Figure 13 : Pourcentage de sorties précoces en fonction de la parité	52
Figure 14 : Répartition des différentes pratiques des médecins installées.....	56
Figure 15 : Différences de planification en fonction du statut professionnel	58
Figure 16 : Différences de prise du congé prénatal en fonction du statut professionnel	60

Figure 17 : Répercussion de la loi de 2006 sur la prise des congés maternité avant, après et à la date présumée.....	61
Figure 18 : Répartition des méthodes pratiquées pour la continuité des soins à l'arrêt d'activité, en fonction de l'activité libérale ou salariée	63
Figure 19 : Pourcentage des difficultés décrites par les médecins installées.....	81

Liste des abréviations

AMP : Aide Médicale à la Procréation

CAF : Caisse d'Allocations Familiales

CARMF : Caisse Autonome de Retraite des Médecins de France

CDOM : Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins

CFEF : Collège Français d'Echographie Foetale

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CPAM : Caisse Primaire d'Assurance Maladie

DREES : Direction de Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

EHPAD : Etablissement Hospitalier pour Personnes Agées Dépendantes

HAS : Haute Autorité de Santé

HCG : Human Chorionic Gonadotropin ou Hormone Chorionique Gonadotrope

HELLP (syndrome) : Hemolysis - Elevation Liver enzymes - Low Platelet count

HTA : HyperTension Artérielle

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

JORF : Journal Officiel de la République Française

MAP : Menace d'Accouchement Prématuro

MEP : Médecins à Exercice Particulier

PAMC : Praticiens et Auxiliaires Médicaux Conventionnés

RAU : Rétention Aigue d'Urines

RCIU : Retard de Croissance Intra Utérin

SA : Semaine d'Aménorrhée

URPS : Union Régionale des Professionnels de Santé

URSSAF : Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales

Introduction

L'état de santé des médecins généralistes en France est une problématique soulevée de plus en plus fréquemment. Plusieurs enquêtes ont été réalisées dans différentes régions. Celles-ci retrouvent un niveau de santé et de soins correct dans cette population. Dans la région Poitou-Charentes, l'étude réalisée en 2004 met en évidence un bon suivi préventif chez les médecins généralistes [1]. Sur le plan gynécologique, les femmes médecins respectent les recommandations de suivi à 99%.

La féminisation de la formation et de la pratique médicale est un phénomène qui se développe depuis les années 70. En début d'année 2014, le taux de femmes médecins installées atteint 44% en France [2]. Il peut atteindre plus de 60% chez les étudiants dans certaines régions.

De même, l'âge moyen à l'accouchement (30 ans quel que soit le rang) [3] est proche de l'âge moyen d'installation en médecine générale (33,6 ans) [4].

Avec ces deux phénomènes, les femmes médecins sont de plus en plus nombreuses à vivre une grossesse avant, pendant et/ou après l'installation, et à faire évoluer la pratique médicale afin de concilier vie professionnelle et vie personnelle. Les grossesses chez les médecins installées et les modifications de la pratique deviennent des sujets d'actualité mais peu étudiés.

De nombreuses analyses sur les difficultés obstétricales ont été réalisées parmi les internes de médecine. Les résultats mettent en évidence des adaptations professionnelles difficiles, et un taux de grossesses pathologiques plus important que dans la population générale (menaces d'accouchement prématuré et prématurité surtout) [5]. D'autres internes ont décrit un ressentiment de souffrance psychologique au cours de leur grossesse, ainsi qu'une culpabilité auprès de leurs collègues [6]. Selon celles-ci, l'internat n'est pas une période propice pour démarrer une grossesse, même si le statut salarié apporte plus d'avantages qu'en milieu libéral. Qu'en est-il chez les médecins généralistes ?

En milieu libéral, les résultats d'études sont comparables à ceux retrouvés dans la population constituée des internes. Il a été montré que le taux de grossesses

pathologiques parmi les femmes médecins est plus élevé que la moyenne nationale, les accouchements prématurés représentant le double de la moyenne nationale (10% vs 5%) [7].

De même, la diminution ou l'arrêt d'activité professionnelle provoque des difficultés et un impact négatif sur le vécu obstétrical [8]. Par ailleurs, les réglementations qui encadrent la profession libérale lors d'une grossesse sont encore insuffisantes, malgré les évolutions en cours.

Dans la région Poitou-Charentes, aucune étude à ce jour n'a été réalisée sur ce sujet. Pourtant, elle possède une densité moyenne de médecins généralistes qui tend à décroître [2]. La réduction du nombre de confrères peut provoquer, chez les autres, une surcharge de travail et un stress supplémentaire. Cette situation est de nature à influencer l'état de santé, la qualité du suivi obstétrical et donc le vécu des femmes enceintes.

Les études évoquées ci-dessus nous conduisent à nous poser plusieurs questions : Malgré la charge de travail et l'absence de réglementation spécifique, les femmes médecins généralistes ont-elles un suivi obstétrical proche des recommandations de la HAS? Comment s'organisent-elles pour trouver un équilibre entre des exigences professionnelles très spécifiques et leur suivi obstétrical? Quelles améliorations peuvent être proposées aux grossesses futures ? Autant de questions auxquelles nous nous efforcerons de répondre dans cette thèse.

Dans un premier temps, nous évaluerons la qualité du suivi obstétrical des femmes médecins en région Poitou-Charentes. Nous analyserons les différentes méthodes d'organisation professionnelle qui en découlent. Enfin, nous tenterons de proposer quelques améliorations pour les grossesses à venir.

« L'exercice de la profession [médicale] est absolument incompatible avec sa vie de femme » disait un chirurgien dans un journal médical en 1875. Voyons comment les mentalités ont évolué, en commençant par une revue de littérature.

Revue de la littérature

La féminisation dans le domaine médical est un phénomène qui s'accroît à l'échelle nationale et mondiale. Elle atteint toutes les spécialités, médicales et chirurgicales. Au fil des années, le pourcentage de femmes, entrant dans les études médicales ou s'installant, augmente.

Selon un rapport datant de 2005, du Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), le pourcentage de femmes est passé de 10% en 1962, à plus de 60% en 2003 chez les étudiants [9]. En 2014, le taux de féminisation de la profession a augmenté d'1% en un an. La part des femmes ayant une activité régulière est passée de 38% en 2007 à 44% en 2014, et peut atteindre 58% des nouveaux inscrits au Conseil de l'Ordre [2].

La féminisation de la médecine touche d'autres pays, comme le montre le rapport du conseil de l'ordre des médecins de 2005. Voici quelques résultats obtenus :

- Les femmes représentent environ 1/3 de la population médicale en Belgique, en Allemagne, en Hollande, en Autriche, en Italie et en Grèce.
- En Espagne, la proportion des femmes médecins en exercice atteint 54%, et constitue 67% des étudiants. Le taux est identique en Angleterre.
- La Slovénie est un pays qui comprend 60 à 63% de femmes chez les médecins.
- Quant Aux Etats Unis, les femmes représentent 25% de la population médicale, en 2001, et 44% des étudiants en médecine.

La majorité des études étrangères sur les grossesses des femmes médecins ont été faites aux Etats Unis. Très peu d'analyses européennes ont été trouvées dans les différents sites de recherches.

La féminisation de la pratique médicale engendre des modifications et provoque de nouvelles réflexions sur l'offre et la continuité des soins, surtout en cas de survenue de grossesse. Une étude canadienne a été réalisée en 2012 sur les effets de la

féminisation de la médecine générale [10]. Cette étude, comme d'autres réalisées en Israël [11] et en France [9], remarque que les femmes travaillent moins d'heures dans la semaine, reçoivent moins de patients et s'arrêtent plus souvent pour des raisons familiales (congés maternité entre autre). Cette différence d'activité va au profit d'un relationnel centré sur les patients. Il est aussi expliqué que les femmes débutent leur vie de famille plus tôt dans leur carrière, mais prennent leur retraite plus tardivement que leurs confrères.

Sachant que 90% des femmes médecins en formation sans enfant souhaitent en avoir, et que les 2/3 qui exercent en ont, le débat sur la grossesse des médecins est devenu problématique. Les résultats d'enquêtes, réalisées aux Etats Unis, montrent qu'il existe d'importantes influences entre le vécu obstétrical des femmes médecins et leur profession, tant sur le plan relationnel et projets futurs, que sur la grossesse elle-même. Analysons lesquelles.

Les études de Potee et al. aux Etats Unis [12], et de Me Gjerberg en Norvège [13], ont décrit l'influence des projets familiaux sur l'avenir professionnel : les femmes médecins en formation de spécialité retardaient leurs grossesses afin de finir leur cursus. De même, la possibilité de devenir spécialiste diminuait avec l'augmentation du nombre d'enfants. Les femmes médecins en activité et sans enfant pratiquaient plus souvent des spécialités chirurgicales et étaient plus susceptibles de travailler à temps plein. Inversement, les femmes ayant des enfants choisissaient plus facilement les soins primaires et le travail à mi-temps pour concilier profession et responsabilités familiales.

Toujours aux Etats Unis, Frank E. et Cones K. ont analysé la qualité de travail des femmes médecins enceintes aux femmes médecins non gestantes [14]. Il n'en est pas ressorti de grosse différence entre les deux groupes. Ainsi, les femmes gestantes travaillent autant que les non gestantes, avec le même niveau de satisfaction professionnel et de stress. En termes de quantité, la charge est comparable dans les deux groupes. La seule différence ressentie était sur l'état de santé : les femmes enceintes interrogées avaient un meilleur état de santé que les non gestantes.

Par ailleurs, l'influence de la grossesse sur les relations professionnelles a été décrite à deux reprises : d'abord en 1983 par Franco K et al. [15], puis en 1992 par Tamburrino MB et al. [16]. Les auteurs ont interrogé des résidents et professeurs de quelques écoles aux Etats-Unis sur leurs relations avec leurs collègues gestantes. Les

deux études ont conclu que les grossesses des femmes médecins étaient source de conflits au sein des équipes.

Les confrères ont été plus nombreux à penser que la grossesse perturbait les relations. Cet état ajouterait un stress supplémentaire personnel et professionnel (risque de dysfonctionnement dans le service), malgré l'effet humanisant sur l'environnement. Concernant l'avis des consœurs, elles pensaient que leurs collègues enceintes restaient efficaces et intéressées vis-à-vis de leur travail.

Les études ayant été faites dans le milieu hospitalier, les auteurs ont aussi remarqué que l'âge de procréer était un frein à l'embauche.

De même, l'expérience vécue au cours de la périnatalité modifie les relations entre les femmes médecins et les patients. Une étude qualitative a été réalisée en 1987 [17], regroupant plusieurs femmes médecins généralistes en deux catégories : un groupe ayant eu des enfants et un deuxième sans enfant. Il en est ressorti que la grossesse et la maternité ont amélioré les relations avec leurs patients dans différentes caractéristiques : l'identification et la réciprocité, la crédibilité et l'éducation, la disponibilité pour les relations à long terme, et le soutien. La présence des médecins n'ayant pas d'enfants a permis de montrer qu'elles se sentent inadaptées par moment et qu'elles attendent beaucoup d'une grossesse au cours de leur carrière.

Une autre analyse qualitative, australienne datant de 1995 fait remarquer que les femmes médecins ayant accouché ressentaient plus d'empathie envers leurs patientes présentant des complications obstétricales [18].

Les risques professionnels et leurs influences sur l'évolution de la grossesse ont été et sont encore beaucoup étudiés, et ce afin de limiter les risques de mortalité périnatale. Deux études montrent que le travail au cours de la grossesse chez toute femme enceinte en activité fait diminuer le poids de naissance et le périmètre crânien [19]. De longues périodes en station debout et le nombre d'heures de travail par semaine seraient des facteurs influençant la croissance intra utérine. Inversement, le repos des six dernières semaines serait capable de l'améliorer [20].

Les études sur les complications obstétricales dans la population médicale se sont multipliées avec la féminisation du milieu professionnel. En 1985, Schwartz est un des premiers à décrire une augmentation du risque de menace d'accouchement prématuré et de décollement placentaire, à l'origine de l'augmentation de césariennes [21]. Cette tendance est retrouvée dans d'autres enquêtes datant de la même époque.

En 1988, Katz et al. va plus loin en comparant les médecins installées avec les étudiantes et les femmes de même niveau socio-économique [22]. Les complications sont plus importantes chez les résidentes que chez les médecins installées, et plus nombreuses chez les médecins que dans la population de même niveau socio-économique. Par contre, le suivi obstétrical diffère peu entre chaque groupe. Les femmes médecins réalisent autant d'examens (surtout les échographies) que les femmes non médecins.

Dans le début des années 2000, on observe les mêmes tendances. L'étude la plus récente date de mai 2014 [23]. Elle compare le déroulement des grossesses et de l'accouchement du personnel médical de gynécologie-obstétrique à la population générale. Les résultats mettent en évidence un taux plus important de complications (contractions utérines et MAP, pré éclampsies, métrorragies au 2^e et 3^e trimestre) et de césariennes. Il n'a pas été retrouvé de différence du poids de naissance ni d'âge gestationnel à l'accouchement entre la population étudiée et la population générale.

A propos des accouchements, très peu d'enquêtes ont été recensées dans des pays autre que les Etats Unis. En 2006, une étude basée sur le taux de césariennes chez les femmes médecins a été réalisée en Taiwan [24]. Le taux de césariennes est plus faible dans cette population que dans la population générale, avec cependant un taux plus élevé que les moyennes internationales. Puis, en 2009, un chercheur Finlandais analyse les risques professionnels au cours de la grossesse chez les médecins, de 1990 à 2006 [25]. Il n'est pas mis en évidence de différence d'évolution obstétricale entre des femmes médecins et des femmes de même niveau socio-économique. L'auteur remarque cependant une augmentation du risque de gros poids à la naissance et un taux plus faible d'accouchement post terme chez les femmes médecins.

Pour les congés maternités, la prise en charge n'est pas la même concernant les salariées et les libérales. La charge de travail et la perte financière à l'arrêt d'activité incitent les femmes médecins libérales à travailler plus longtemps durant le troisième trimestre de grossesse, et à écourter leur congé maternité post natal.

Afin d'y remédier, les assurances privées se sont développées, en France et aux Etats Unis, mais la problématique reste la même. Il existe des droits bien définis pour les étudiants, mais très peu pour les médecins en activité. En 1993, 1/3 des médecins américains possédaient une assurance privée et une réglementation propre à chaque cabinet, sur les congés maternité. Il s'agissait surtout de médecins travaillant en cabinet de groupe, regroupant plusieurs spécialités. Les assurances fournissent,

salaires et avantages sociaux aux médecins. Malgré tout, 90% des femmes médecins demandaient des lignes directrices légales concernant le congé maternité [26].

En France, la féminisation des études médicales et de la profession a débuté au XIX^e siècle. A cette époque, l'entrée dans cette filière était plus facile pour des étrangères. Ainsi, la première femme à acquérir un diplôme de médecine à Paris est une anglaise, Elizabeth Garrett Anderson, en 1870. Elle part s'installer en Angleterre. 5 ans plus tard, Madeleine Brès est la première femme française à soutenir une thèse (*le 3 juin 1875 : « de la mamelle et de l'allaitement »*) et à obtenir le diplôme. Elle s'installe en tant que pédiatre en libéral, ne pouvant poursuivre son cursus en milieu hospitalier [27].

Le nombre de femmes a très peu évolué, jusqu'au début du XX^e siècle. Deux phénomènes ont permis l'entrée des femmes dans ce métier fait à 94% d'hommes [28] :

- Le premier correspond à la première guerre mondiale, lors de la mobilisation massive des hommes. Ces derniers laissent alors des places vacantes dans les facultés et les hôpitaux, que des femmes vont investir ;
- Le deuxième se situe dans les années 1980. Les hommes s'engageaient vers les métiers de l'entreprise, des finances et du commerce, délaissant les études médicales.

En 2010, une étude a été réalisée sous couvert de l'INRS, sur les risques encourus au travail pendant une grossesse. Plusieurs facteurs dont le stress, les horaires irréguliers, ou encore les expositions biologiques ou aux rayonnements ionisants et électromagnétiques peuvent engendrer des complications telles que des retards de croissance, des accouchements prématurés, etc... [29]

Dans la population médicale, quelques études sur les grossesses pathologiques et l'organisation nécessaire pour les limiter ont déjà été réalisées [7], [30]. Voyons maintenant la manière dont est vécu le suivi obstétrical dans la région Poitou-Charentes.

Matériel et méthodes

1. Le matériel

Dans le cadre de l'enquête, un questionnaire quantitatif a été réalisé de façon à recevoir un maximum de réponses.

Il a été réalisé sur deux supports : un document Word ® imprimable pour des envois postaux, et un document internet créé à partir d'une fonctionnalité de Google ®, pour l'envoi par mail.

1.1 Le questionnaire

Le questionnaire contient deux grandes parties, elles-mêmes se divisant en plusieurs sous-parties (cf. annexe I). Les femmes concernées ont pu répondre à des questions à choix multiples, et noter leurs remarques lors des questions à réponse ouverte, au décours de chaque partie.

La première partie interroge les femmes sur leur suivi obstétrical, de la déclaration jusqu'à l'accouchement. Elle est basée sur les recommandations de suivi de grossesse de la Haute Autorité de Santé (HAS) et contient sept items :

- Dans les généralités, sont indiqués l'année de début de la grossesse et le rang de parité, permettant de classer les données. Une question traitant de la demande d'aide médicale à la procréation a été ajoutée, puisque celle-ci peut être un facteur modifiant le suivi médical ;
- Dans les trois items suivants (la déclaration, le suivi clinique, les examens complémentaires) les questions sont centrées sur les intervenants médicaux qui ont participé au suivi obstétrical, ainsi que sur les outils utilisés pour réaliser ce suivi ;
- Le cinquième item est consacré aux complications, puisqu'en cas d'apparition, le suivi obstétrical est renforcé ;

- Le sixième item sur l'accouchement reprend les mêmes caractéristiques que celui de la déclaration aux examens complémentaires ;
- Le dernier item fait transition avec la deuxième partie, en évaluant le degré de satisfaction du suivi de grossesse.

La deuxième partie du questionnaire est scindée en trois éléments. Elle s'intéresse à l'organisation professionnelle avant et pendant la grossesse pour réaliser le suivi, et à l'arrêt de l'activité.

Le dernier item se termine par une question ouverte sur les aides qui pourraient être apportées. Elle vise les améliorations de prise en charge et de qualité de vie des femmes enceintes médecins.

1.2 La population étudiée

L'étude s'est intéressée à toutes les femmes médecins généralistes de la région Poitou-Charentes, et installées en milieu libéral.

Le principal critère d'inclusion est qu'elles aient vécu au moins une grossesse menée jusqu'à l'accouchement. Ni l'âge des femmes, ni la date de début de grossesse n'ont été un facteur limitant, afin d'obtenir un maximum de réponses.

Le statut et le milieu professionnel ont été les seuls critères d'exclusion : Les femmes médecins travaillant en milieu hospitalier, les remplaçantes et les internes de médecine générale ont été exclues de l'enquête car hors sujet.

En cas de multiparité, le questionnaire s'est intéressé à la dernière grossesse vécue jusqu'à l'accouchement.

1.3 Les outils de réception de données

Les résultats obtenus ont été introduits dans un tableur associé au questionnaire, soit automatiquement pour les retours de mails, soit manuellement pour les retours par courrier.

Ensuite, pour être triées et analysées, les données du tableur ont été transférées sur un tableur EXCEL®, en fonction du statut et du milieu professionnel.

2. Les méthodes

2.1 L'envoi du questionnaire

La liste de diffusion a été demandée aux différents conseils départementaux de l'ordre des médecins (CDOM), ainsi qu'aux caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) départementales, qui n'ont pas eu la possibilité de la fournir.

L'Union Régionale des Professions de Santé (URPS), avec accord de son Président, ont alors mis à disposition les adresses mail et postales des femmes médecins généralistes de la région, à condition de les envoyer à partir de leur bureau. L'URPS a été le centre d'envoi et de réception des données postales.

L'envoi du questionnaire s'est fait à plusieurs reprises, d'abord par mail, puis par courrier avec une relance postale pour l'ensemble des médecins généralistes. Le premier envoi par mail a été réalisé le 08 novembre 2013. Pour les médecins sans adresse mail, un deuxième envoi, postal cette fois ci, a été programmé le 17 novembre 2013. Le questionnaire a été envoyé avec un courrier associé (cf. annexe II) et une enveloppe de retour pré adressée, afin de faciliter les retours.

Une relance par courrier de toutes les femmes listées aux URPS a été programmée pour le 10 janvier 2014.

2.2 La réception des réponses

Concernant les envois par mail, les réponses s'inséraient automatiquement dans le tableur lorsque les médecins remplissaient le questionnaire.

Pour les questionnaires postés, les médecins ont retourné leurs réponses grâce à l'enveloppe pré adressée, au bureau des URPS. Une fois reçues, les réponses étaient insérées manuellement dans le même tableur.

Ensuite, un premier tri a été réalisé en fonction du statut des femmes au début de leur grossesse : médecin généraliste, remplaçante, collaboratrice libérale et interne, libérales ou salariées. Puis, dans chaque groupe, les données ont de nouveau été triées par date de survenue du début de la grossesse, pour analyser les différences de prise en charge.

2.3 Les analyses statistiques

2.3.1 Le classement des données

Comme décrit plus haut, les données ont été triées en fonction du statut professionnel, et de la date de début de grossesse. Ensuite, à chaque question, j'ai réalisé des tableaux regroupant les pourcentages de réponse en fonction du groupe (7 groupes existants : les médecins installées en libéral, les médecins installées ayant une activité salariée, les remplaçantes, les remplaçantes avec activité salariée, les collaboratrices libérales, les internes et l'ensemble de la population).

Ces tableaux ont permis de discerner des tendances et de pouvoir analyser les résultats en fonction :

- du statut professionnel. Les catégories sont les suivantes : installées, remplaçantes, ou internes. Les collaboratrices libérales étant peu nombreuses, et n'étant pas installées définitivement, ni remplaçantes, elles n'ont pu être intégrées dans une catégorie. Les chiffres ont tout de même été présentés mais à titre indicatif.

- du type de pratique, libérale ou salariée. Pour se faire, les installées, les remplaçantes et les collaboratrices pratiquant en libéral ont été regroupées. Pour la pratique salariée, les internes remplacent les collaboratrices libérales et les médecins femmes ayant déclaré une activité salariée ont été retenues.
- de l'année de conception. Les réponses ont été scindées en trois groupes. Les limites de ces groupes correspondent aux plans périnatalité qui ont apportés d'importants changements dans la prise en charge. La première période s'étend de 1972 à 1993, puis de 1994 à 2004 et enfin de 2005 à 2013.

2.3.2 L'utilisation des tests statistiques

Parmi les différents tests statistiques, j'ai utilisé le test exact de Fisher pour les données qualitatives. Certaines valeurs étant inférieures à 5 dans les tableaux de données, le test du khi² n'a pu être utilisé.

Les données des tableaux EXCEL® ont été transférées dans un tableau de contingence sur biostaTGV®, site internet pouvant reproduire des tests statistiques en ligne. Cela a permis de mesurer la valeur p et de savoir s'il existait une relation ou non entre les résultats obtenus et les différentes catégories citées ci-dessus. La marge d'erreur acceptée est estimée à 5%, ce qui veut dire qu'une différence est significative lorsque la valeur p (ou p-value) est inférieure à 0,05.

Pour les données quantitatives, les analyses statistiques ont été réalisées avec le calcul des moyennes.

Résultats

1. Les répondantes

1.1 Le nombre de répondantes

Le soutien des URPS a permis d'envoyer le questionnaire à 476 femmes médecins installées dans la région.

L'envoi par mail a été effectué à 286 femmes, pour lesquelles nous avons l'adresse. Dans ce panel, 190 questionnaires ont été remis effectivement à leur destinataire. Les 96 autres, non aboutis, ont été postés par courrier. Au total, l'envoi postal a concerné 286 femmes.

Dans les quinze premiers jours suivant le premier envoi informatique, le taux de réponses était très faible : à peine 12 femmes sur 190 ont répondu, soit 2% de la population médicale concernée. Les réponses ont été plus nombreuses concernant les questionnaires postés : en un mois, 100 réponses ont été récoltées.

Etant donné la variabilité des taux de résultats en fonction du type d'envoi, il a été décidé, toujours en accord avec les URPS, d'envoyer la relance du questionnaire par courrier, un mois et demi après.

Sur les 476 envois, 243 femmes médecins installées en libéral ont répondu au questionnaire. La majorité des réponses proviennent des questionnaires écrits.

220 réponses ont pu être interprétées, les 23 restantes ont été exclues de l'analyse, pour différentes raisons :

- 11 ont rempli le questionnaire mais de façon incomplète pour 3 d'entre elles. 5 avaient une activité exclusivement salariée au début de la grossesse. 2 n'étaient pas en activité et une 1 femme était externe au début de la grossesse ;
- 3 ont renvoyé le questionnaire non rempli car n'ayant pas eu d'enfants ;
- 5 ont renvoyé le questionnaire non complété, expliquant qu'elles étaient spécialistes et que l'enquête ne les concernait pas. Cet événement est dû au fait que la liste des médecins généralistes libéraux des URPS regroupe quelques femmes Médecins à Exercice Particulier (MEP) ;
- 2 ont renvoyé le questionnaire non rempli, pour des raisons diverses ;
- Les 2 dernières ont retourné le questionnaire complété mais après le début de l'analyse.

1.2 La situation professionnelle des répondantes

Le sujet traitant de la grossesse chez les femmes médecins généralistes installées, un premier tri a été réalisé en fonction de leur statut professionnel en début de grossesse.

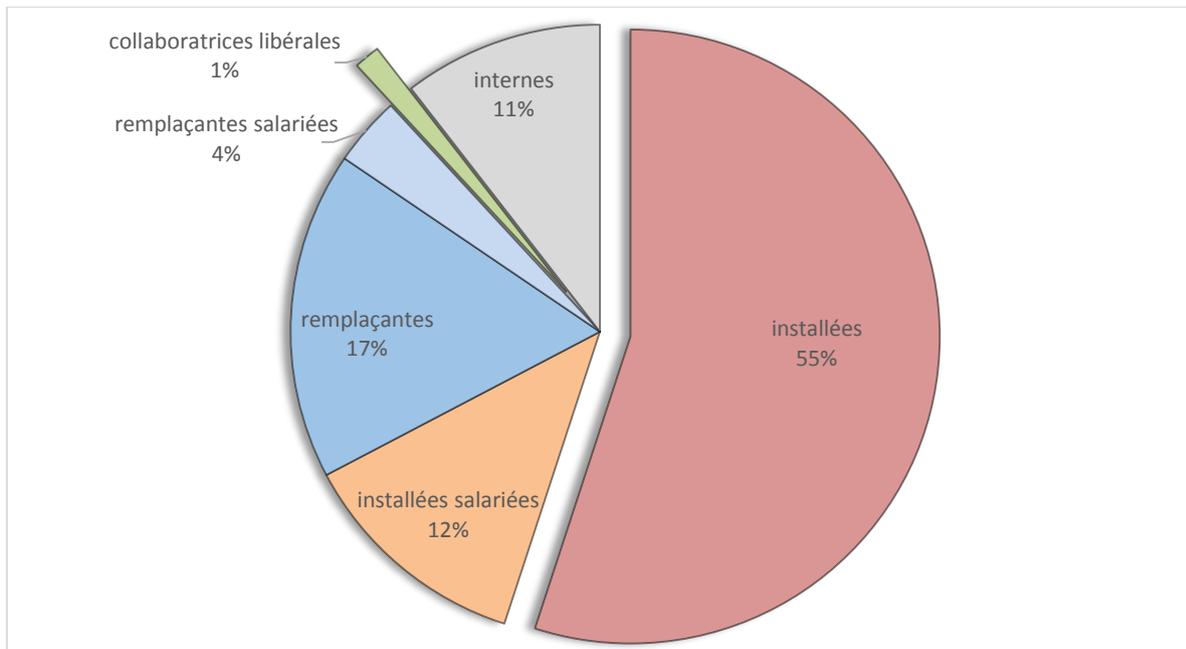


Figure 1 : Situation professionnelle des femmes médecins au début de leur grossesse

Dans les 220 répondantes, 148 médecins étaient installées au début de leur grossesse. 27 de ces médecins installées pratiquaient une activité salariée conjointe.

46 médecins étaient remplaçantes au début de la grossesse, et 8 d'entre elles pratiquaient une activité salariée.

Seulement 3 femmes médecins étaient collaboratrices libérales au début de la grossesse. Les 23 médecins restants étaient internes, donc salariées d'un centre hospitalier.

2. La répartition des grossesses dans le temps

L'année de conception n'a pas été considérée comme un facteur limitant, dans le but de recevoir un maximum de réponses, et de pouvoir évaluer l'évolution des suivis obstétricaux. La période s'étend de 1972 à 2013, avec une majorité des réponses entre 1990 et 2010. Pour rappel, l'envoi n'a pas été réalisé chez les jeunes installées, d'où le peu de réponses pour ces trois dernières années.

Les plans périnatalité réalisés en 1994 et 2005 ont apporté des changements dans le suivi obstétrical. En prenant ces dates comme référence, on remarque que le nombre de grossesses est plus important entre 1994 et 2005 (92 grossesses recensées). 72 grossesses ont été analysées avant 1994, et 56 grossesses après 2005.

La majorité des grossesses chez les internes se situe entre 1972 et 1990. La dernière enregistrée remonte à 2005. Les femmes ayant été internes entre 2005 et 2013 ne se sont probablement pas encore installées ou alors récemment, et n'ont donc pas été incluses dans l'enquête.

Quant aux collaboratrices, le statut étant récent, les premières grossesses débutent à partir de 2006 (date de création du statut) et sont peu nombreuses.

3. L'indice de fécondité dans la population médicale

Le taux de fécondité moyen est de 2.4 enfants par femme, chez les 220 médecins généralistes qui ont répondu à l'étude. Ce taux reste stable dans toutes les catégories professionnelles, entre 2 et 2.7 enfants par femme. Il est un peu plus élevé chez les médecins installés en libéral ou pratiquant une activité salariée, et plus faible parmi les internes et les remplaçantes.

Quatre femmes pratiquant une activité libérale, soit 1,8% de l'échantillon, ont eu recours à une aide médicale à la procréation (une insémination artificielle, deux fécondations in vitro et une non renseignée).

4. La confirmation et la déclaration de la grossesse

4.1 Les examens de confirmation de grossesse

57% des médecins ont utilisé le dosage quantitatif des β HCG comme principal moyen de confirmer la grossesse. L'utilisation du test urinaire vient en second (19%, n=41). A peine 5% des femmes n'ont pas confirmé leur grossesse par un examen.

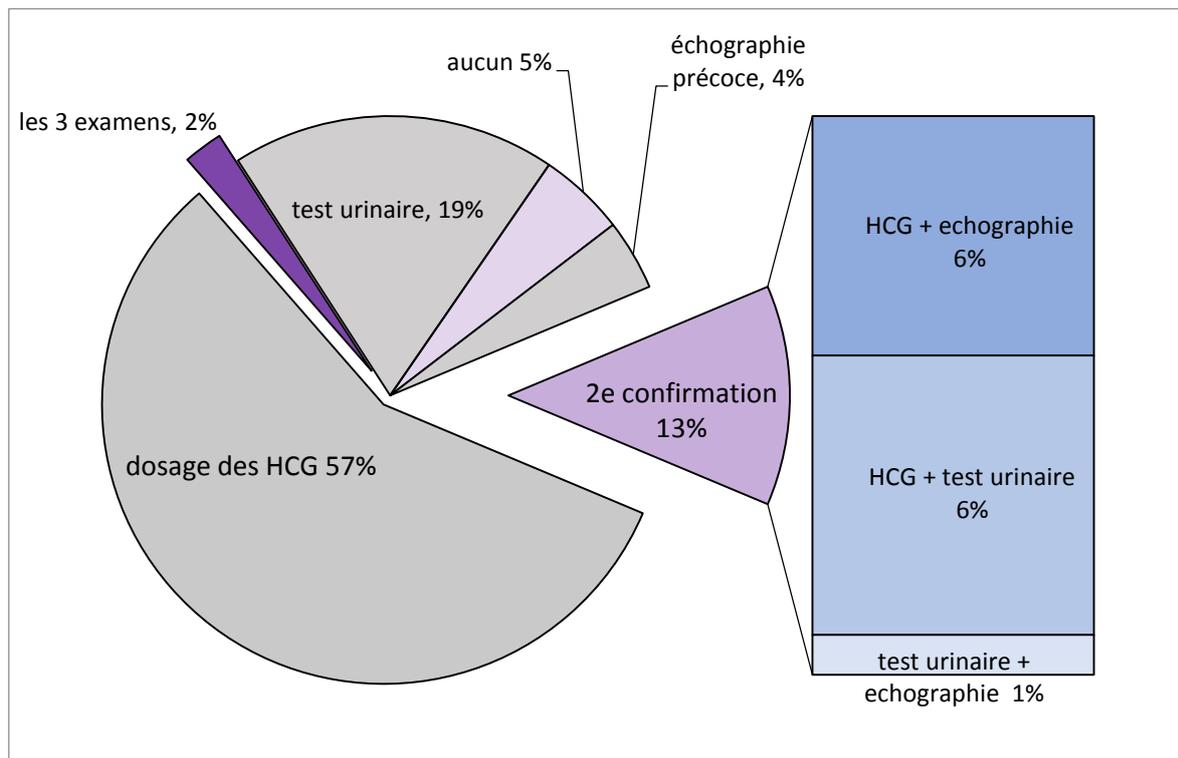


Figure 2 : Modalités de confirmation de la grossesse

Les 15 % restants (soit 33 personnes sur les 220 femmes) ont eu recours à l'utilisation de plusieurs examens. Presque la moitié de ces femmes (n=14) ont utilisé l'association de la détection des β HCG urinaires et sanguines.

Elles ont été 12 à associer une imagerie au dosage quantitatif des β HCG et seulement 2 à associer une échographie précoce à un test urinaire.

Enfin, 5 femmes, soit 2%, ont eu recours aux trois principaux examens pour confirmer leur grossesse.

Dans 80% des cas, un seul examen est nécessaire à la confirmation de grossesse. Comme remarqué plus haut, le dosage des β HCG reste l'examen de référence.

Le statut professionnel influence le choix de l'examen de première intention ($p < 0,05$). Les internes sont plus nombreuses que les autres femmes à utiliser le dosage quantitatif des β HCG (cf. figure 3), mais aussi à ne pas confirmer la grossesse par un examen biologique ou radiologique.

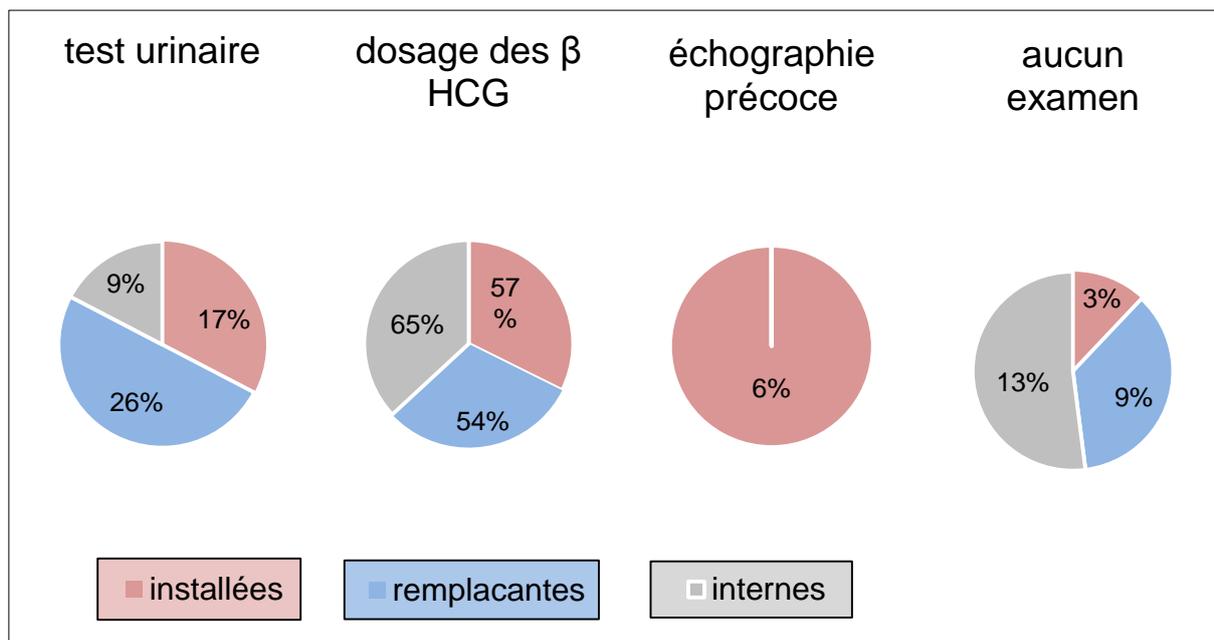


Figure 3 : Choix des examens en fonction du statut professionnel ($p < 0,05$)

Les femmes médecins installées, quant à elles, ont plus facilement accès à l'échographie comme examen de première intention. Elles paraissent plus nombreuses à bénéficier de plusieurs examens de confirmation (16% vs 13 et 11% pour les internes et les remplaçantes), mais les résultats ne sont pas suffisamment significatifs pour pouvoir conclure. Il n'est pas retrouvé de différence de confirmation en fonction de la pratique libérale ou salariée.

Dans notre étude, les mentalités évoluent dans le temps : la confirmation de la grossesse est de moins en moins clinique (10% avant 1994 à 2% après 2005) et l'utilisation de plusieurs examens augmente de 12% dans la même période (11% avant 1994 à 23% après 2005, $p = 0,049$). Le dosage des β HCG reste l'examen de référence mais a tendance à diminuer au profit du test urinaire, sans que l'on puisse l'affirmer ($p > 0,05$).

4.2 La déclaration de grossesse

94,5% d'entre elles ont rempli la déclaration avant les 14 semaines d'aménorrhée légal. Une femme n'a pas répondu à la question.

La quasi-totalité des femmes médecins généralistes (n=192 ; 87%) ont fait remplir leur déclaration par un gynécologue-obstétricien. Les déclarations restantes ont été complétées par :

- Elle-même, s'agissant principalement de femmes installées en libéral ;
- Un confrère ou consœur médecin généraliste pour 3% d'entre elles ;
- Une sage-femme en milieu hospitalier pour 3 femmes sur les 4 ayant choisi ce professionnel obstétrical.

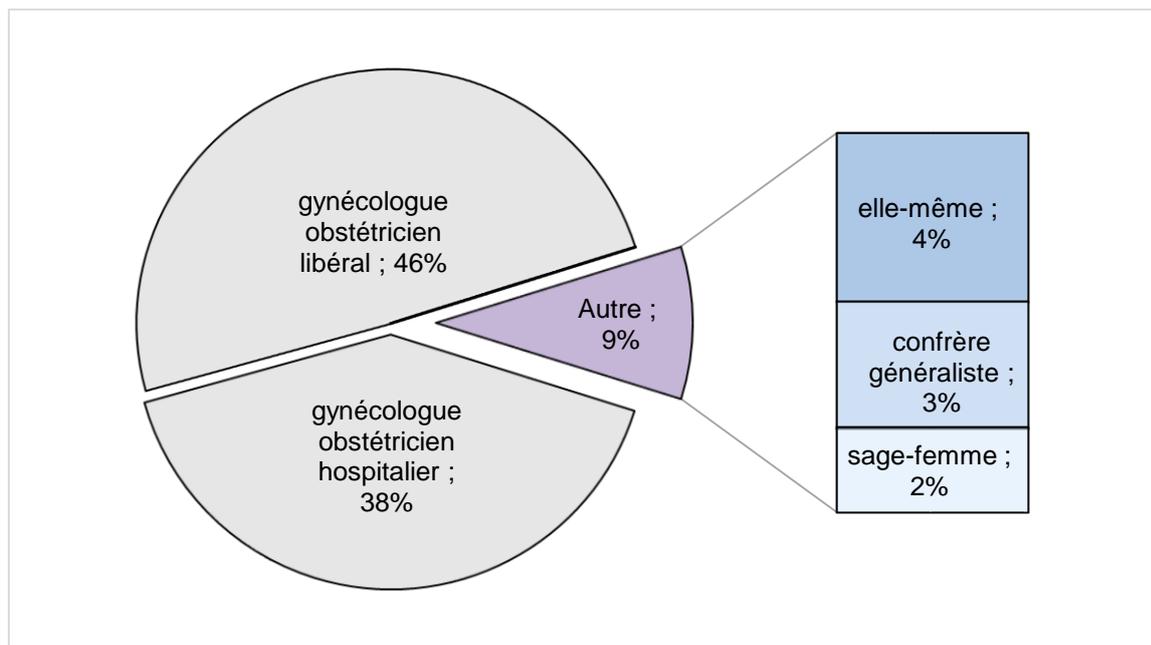


Figure 4 : Les différents professionnels ayant complété la déclaration

Le statut professionnel, la pratique en libéral ou non, et la période de conception ne paraissent pas être des facteurs influençant le choix du professionnel obstétrical pour la déclaration ($p > 0,05$).

Il est à noter que sept femmes ont donné une réponse double, englobant un gynécologue-obstétricien et l'échographiste de datation. Une dernière a indiqué qu'elle-même et un gynécologue-obstétricien hospitalier ont rempli la déclaration de grossesse.

5. Le suivi obstétrical

Dans cette partie, je m'intéresse à la qualité de suivi des médecins généralistes et aux différents professionnels obstétriciens qui y ont participé.

J'intègre toutes les consultations : de suivi, d'anesthésie mais aussi les cours de préparation à l'accouchement, et l'entretien prénatal précoce.

5.1 La qualité du suivi

Les femmes médecins généralistes sont satisfaites de leur suivi à 95%. Une femme installée en libéral au début de la grossesse a déclaré être satisfaite mais a soulevé la pénibilité du travail et la difficulté ressentie pour avoir ses congés. Une autre femme, collaboratrice libérale au début de sa grossesse, a remercié le travail remarquable fait par les sages-femmes.

Sur les 220 médecins, neuf femmes ont été insatisfaites de leur suivi. Trois d'entre elles ont noté leur insatisfaction concernant leur hospitalisation ou leur accouchement. Une quatrième n'a pas exprimée les raisons de son mécontentement. Les cinq dernières ont cité l'influence du statut professionnel sur le suivi gynécologique. Les différentes remarques portent sur :

- Un suivi moins minutieux : « *on entend trop souvent « vous êtes médecin, vous vous ferez vos ordonnances... » »* »
- Une absence de reconnaissance du caractère particulier de l'activité libérale : « *trop de banalisation, suivi ordinaire* » ; « *pas de suivi « rapproché » proposé* » ; « *pas de prise en compte de la pénibilité de travail* » (une interne) ; « *mon activité libérale n'a pas tellement été prise en compte* »
- Une prise en charge des risques différente d'une femme enceinte non médecin concernant les arrêts de travail : « *j'aurais été en arrêt si j'avais été salariée* » ; « *j'ai travaillé jusqu'au bout* »
- Une écoute différente : « *consultation rapide, « entre 2 » gratuite par le gynéco* » ; « *il est plus difficile d'être écoutée* ».

Enfin, une question à réponse ouverte s'est intéressée à la nécessité d'une écoute extérieure en cas de difficultés (alimentaire, intoxication tabagique, etc.). Aucune n'a ressenti ni exprimé de besoin d'aide extérieure.

5.2 Le suivi clinique

5.2.1 Le professionnel obstétricien

5.2.1.1 Les cinq premières consultations

A 89%, les consultations obstétricales ont été effectuées par un gynécologue-obstétricien. Il s'agit, pour la plupart, du même professionnel qui a complété la déclaration.

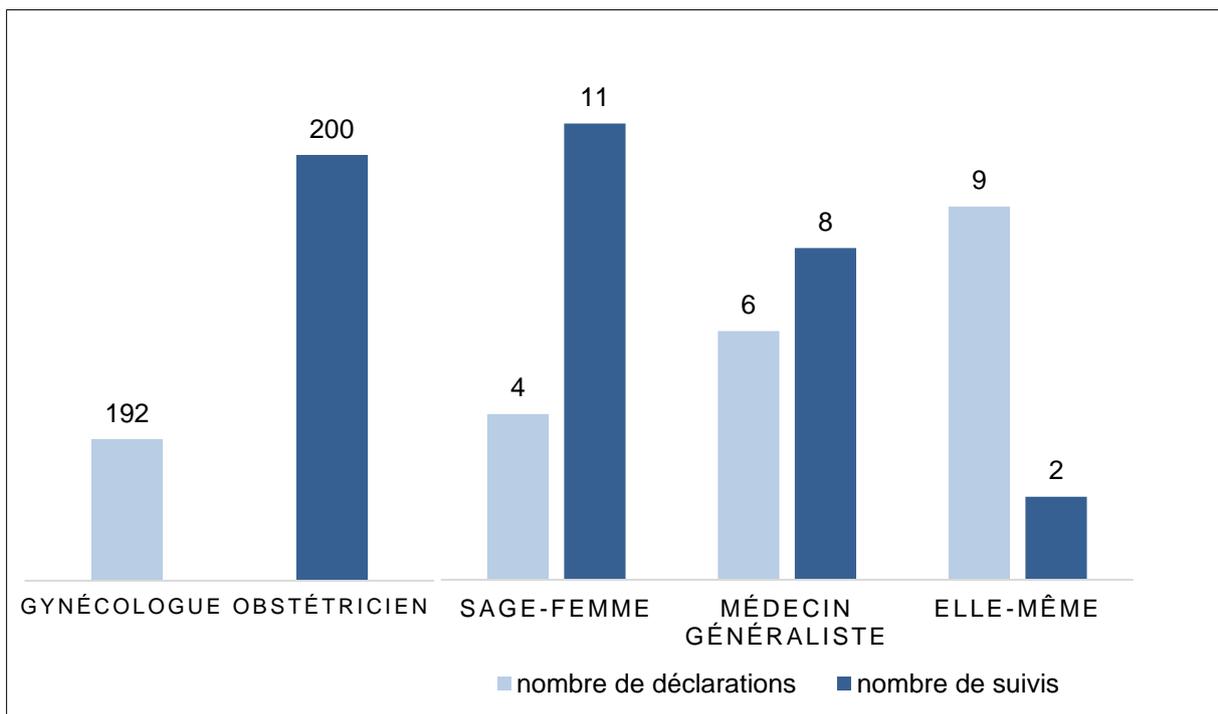


Figure 5 : Evolution du nombre de déclarations et de suivis pour chaque professionnel obstétrical déclaré par l'échantillon

9% (n=20) des femmes ont changé de professionnel pour leur suivi. Comme le montre le graphique ci-dessus, les femmes ayant déclaré elle-même leur grossesse se sont orientées vers les gynécologues-obstétriciens et les sages-femmes pour leur

suivi. Le taux de suivi par ces deux professionnels obstétricaux a augmenté de 3% chacun par rapport au taux de déclaration (de 87% à 90% pour les gynécologues-obstétriciens, de 2% à 5% pour les sages-femmes, $p=0,047$).

Sur la totalité de l'échantillon, elles sont 3 femmes à ne pas avoir cité la spécialité de l'échographiste de datation, empêchant de pouvoir classer leur résultat dans un sous-groupe.

5.2.1.2 Les deux dernières consultations

Pour les deux dernières consultations hospitalières obligatoires, la majorité des femmes ont continué leur suivi par un gynécologue-obstétricien (80%, $n= 177$).

15% d'entre elles ($n=37$) se sont faites examiner par une sage-femme au cours des deux dernières consultations. Aucune n'a été suivie par un(e) interne.

Les 4% restants comprennent l'absence de réponses ou les réponses multiples, signant une prise en charge pluridisciplinaire.

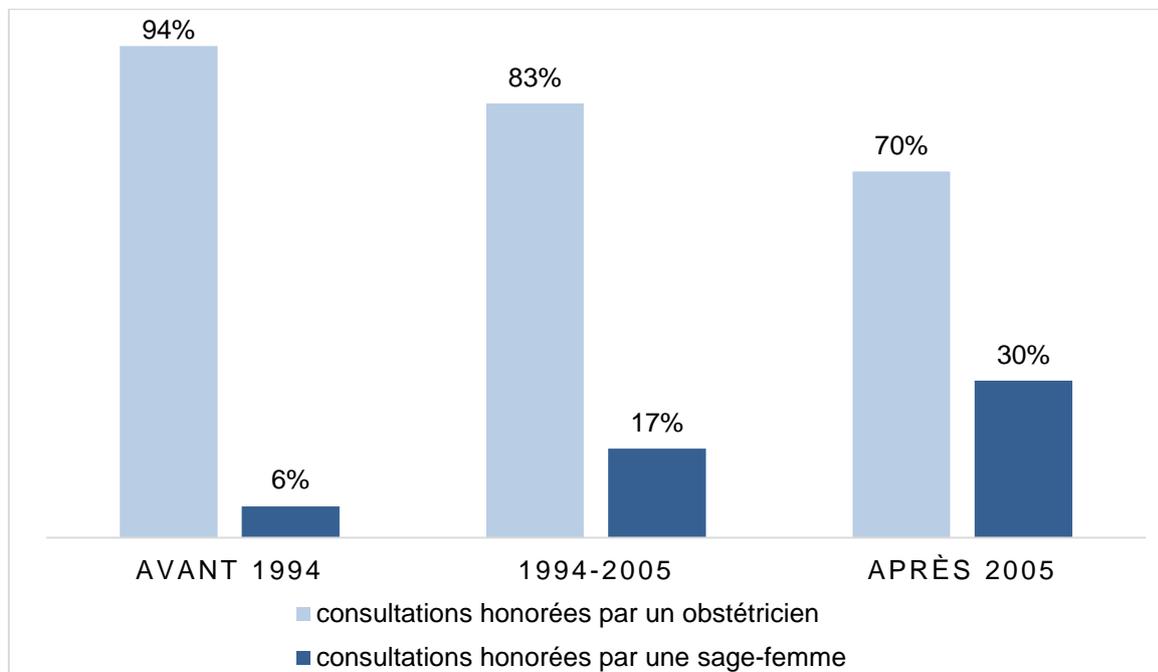


Figure 6 : Evolution du suivi obstétrical des deux dernières consultations en fonction du temps

Le suivi obstétrical des deux dernières consultations a évolué depuis 1972. On remarque que le pourcentage de suivi par un obstétricien décroît, au profit d'un suivi par une sage-femme ($p < 0,05$).

Il n'a pas été retrouvé de corrélation entre le choix du professionnel obstétrical et le statut professionnel, ni avec l'apparition de complications (p value $> 0,05$).

5.2.2 La consultation d'anesthésie

Les femmes médecins sont 75% à avoir consulté un anesthésiste avant l'accouchement. Le taux est inférieur à cette moyenne chez les internes, et chez les remplaçantes ayant une activité salariée.

Le nombre de consultations d'anesthésie a augmenté de façon significative après 2005, de 16%. Le pourcentage de consultations est passé de 68% avant 2005, à 83% après 2005 ($p < 0,001$).

Parallèlement, le taux de consultations d'anesthésies non réalisées chute de 24% entre ces deux périodes. Plus de femmes bénéficient de consultations d'anesthésie avant l'accouchement.

5.2.3 La préparation à la naissance et à la parentalité

La préparation à la naissance et à la parentalité se divise en deux parties :

5.2.3.1 L'entretien prénatal précoce

L'entretien est un temps d'échange réalisé au premier trimestre de la grossesse. Il est proposé à toute femme enceinte depuis 2005 selon les recommandations de la HAS. Tout professionnel de santé peut réaliser cet entretien. Dans notre échantillon,

elles sont peu nombreuses à réaliser l'entretien précoce, soit 26%. Le taux est nul chez les remplaçantes salariées et les collaboratrices libérales. Il est plus important chez les remplaçantes libérales.

La parité modifie cet aspect de suivi : les primipares sont plus nombreuses à réaliser l'entretien prénatal précoce. Près de la moitié d'entre elles participent à l'entretien. A l'inverse, chez les multipares, les participantes représentent 20% de leur groupe ($p < 0,05$).

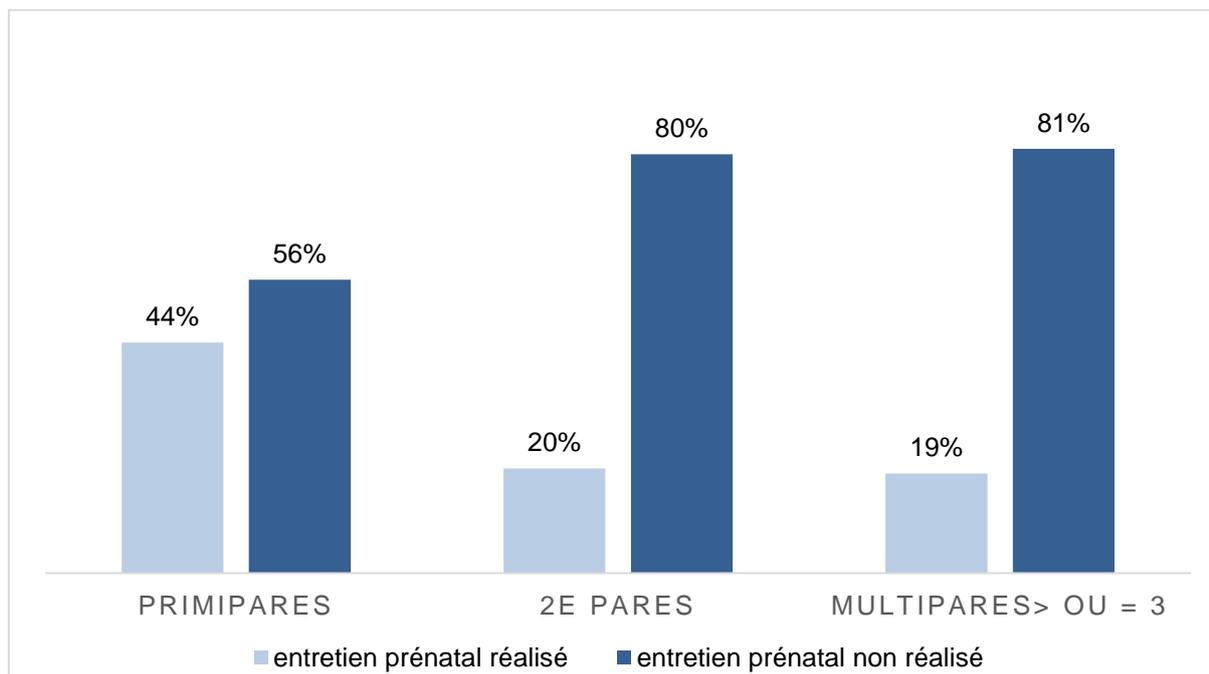


Figure 7 : Pourcentage de participation à l'entretien prénatal en fonction de la parité

Il semblerait que les remplaçantes et les femmes installées en libéral participent plus à l'entretien prénatal mais la p value étant supérieure à 0,05, on ne peut conclure à une différence.

5.2.3.2 Les cours de préparation

En moyenne, 56% des femmes médecins généralistes interrogées n'ont pas suivi de cours de préparation à l'accouchement.

Le taux de participation est plus important chez les collaboratrices libérales, et au contraire plus faible chez les installées libérales.

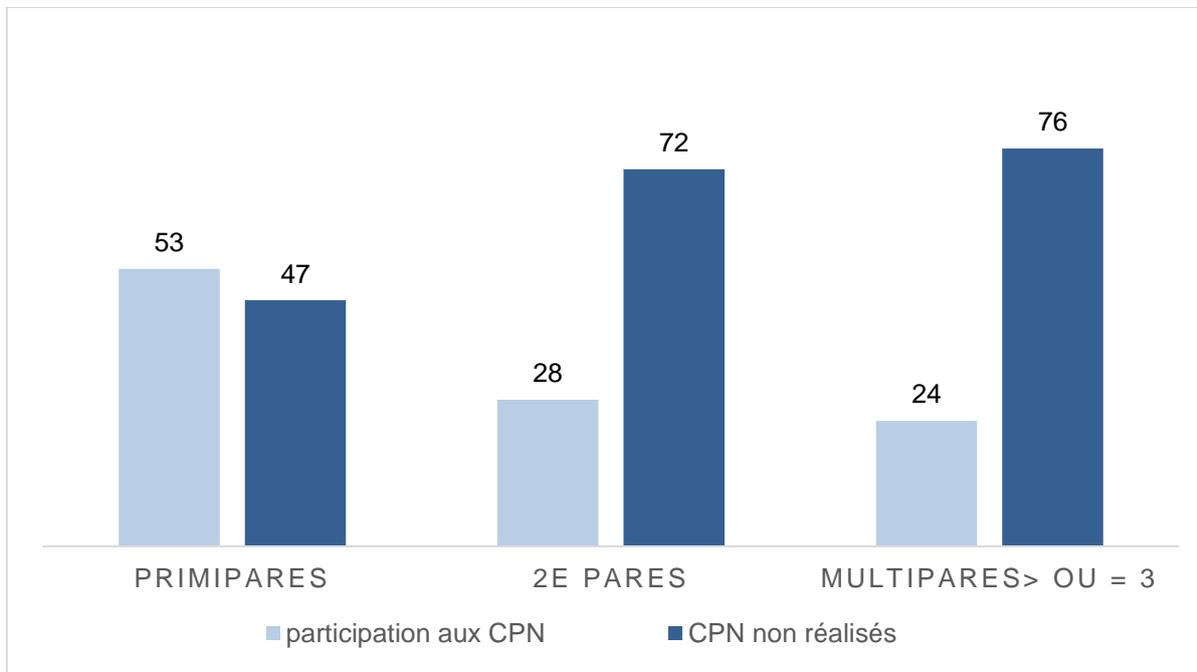


Figure 8 : Taux de participation aux cours de préparation à la naissance (CPN) en fonction de la parité

Comme pour l'entretien prénatal, la parité influe sur les cours de préparation à l'accouchement : les primipares sont plus nombreuses à y participer que les multipares (50% vs 25%, $p < 0,01$).

5.3 Le suivi paraclinique

Le suivi paraclinique regroupe l'ensemble des examens complémentaires utiles au suivi obstétrical. L'intérêt de cette partie est d'analyser la qualité du suivi paraclinique, en prenant comme référence, les recommandations de la HAS (cf. annexe III).

5.3.1 Le prescripteur des examens complémentaires

A 89%, le prescripteur correspond au professionnel obstétrical ayant suivi la grossesse. Le taux atteint 100% chez les internes et les remplaçantes ayant une activité salariée.

5% d'entre elles se sont prescrites les examens complémentaires et autant l'ont fait en association avec le professionnel de suivi. Il s'agit surtout des femmes installées en libéral pour les premières, et ayant une activité salariée associée pour les secondes.

5.3.2 Le bilan de début de grossesse

Afin de planifier le suivi, les recommandations préconisent de réaliser un bilan biologique au début de la grossesse comprenant, entre autre, les sérologies de la toxoplasmose et du VIH, ainsi que le calcul du risque de survenue de la trisomie 21. En cas de positivité pouvant interagir avec le développement fœtal, la surveillance obstétricale est alors plus importante.

4% soit 5 médecins installées en libéral n'ont effectué aucun examen au cours de leur grossesse.

5.3.2.1 Le bilan de début de grossesse

Le bilan de début de grossesse comprend plusieurs éléments nécessaires au suivi : les sérologies et une numération formule sanguine. Afin de rendre la lecture du questionnaire plus facile, j'ai réduit la question aux sérologies VIH et toxoplasmose.

C'est l'examen le plus pratiqué chez les médecins à 93%, toute catégorie confondue. Lorsque ce bilan n'est pas réalisé, aucun autre examen n'a été pratiqué ou alors seulement la recherche d'un diabète gestationnel.

Il n'existe pas de différence de prise en charge en fonction des périodes de grossesse, le pourcentage quelle que soit la période.

5.3.2.2 Le dépistage de la trisomie 21

Le dépistage de la trisomie 21 regroupe près de la moitié des femmes au total (n=108, 49%). Le taux est un peu plus élevé pour les remplaçantes (56%, n=26/46). Il est nettement inférieur chez les internes (26%, n=6/23, p<0,05). Quant aux collaboratrices, de par leur statut et leur grossesse récente, elles ont obtenu 100% de réponse positive à cette question.

Trois examens invasifs ont été décrits par les patientes : deux amniocentèses et une choriocentèse, pour des femmes âgées de plus de 40 ans. Les sérologies n'ont donc pas été réalisées pour celles-ci.

Alors que le dépistage existe depuis 1985, les premières sérologies recensées chez les médecins datent de 1988. On remarque que le taux de réalisation de cet examen va en augmentant depuis 1994. Elles étaient 12% seulement à réaliser le test avant 1994, puis 57% entre 1994 et 2004, et enfin 83% après 2004.

5.3.3 Les échographies

Selon les recommandations de la HAS, le nombre moyen d'échographies au cours de la grossesse est de trois, soit une par trimestre. Dans notre population, plus de la moitié des femmes appliquent les recommandations : elles étaient 126 (soit 57%) à avoir réalisé les trois échographies.

Les femmes médecins sont 31% à nécessiter plus de trois échographies (soit 69 femmes sur les 220 répondantes) pour diverses raisons :

- Dans 40% des cas, la grossesse s'est compliquée (menace d'accouchement prématuré, métrorragies, dysmorphie sur diabète gestationnel), pouvant expliquer l'augmentation du nombre d'échographies ;
- 8% déclarent avoir eu une confirmation échographique de la grossesse, avant la première imagerie des 12 semaines d'aménorrhée ;
- 7% ont accouché après le terme prévu ;
- Quelques-unes ont décrit deux raisons citées ci-dessus ;
- Dans 29% des cas, il n'est pas retrouvé d'explication à la multiplication des examens échographiques.

10% (n=22) des femmes ont subi moins de trois échographies. Seulement deux femmes sur les 22 concernées ont déclaré leur grossesse après les 16 SA. Il n'est pas trouvé de facteur influençant le faible nombre d'échographies.

La période de conception semble influencer sur le nombre d'échographies : les femmes pratiquant moins de trois examens sont moins nombreuses après 2005 qu'avant 1994. Inversement, de plus en plus d'échographies sont faites depuis 1994, mais on ne peut conclure à une différence significative des résultats puisque la p-value est supérieure à 0,05.

5.3.4 La surveillance mensuelle

La surveillance mensuelle inclut l'analyse urinaire, et la sérologie toxoplasmose si celle-ci est négative au bilan de début de grossesse.

Le suivi par une analyse urinaire mensuelle s'est fait dans 74% des cas. C'est le deuxième examen le plus réalisé dans la population médicale, après le bilan de début de grossesse.

46% des femmes médecins ont nécessité la surveillance mensuelle de la sérologie toxoplasmose.

15% ont déclaré ne pas avoir fait de surveillance mensuelle puisque séropositives au début de la grossesse.

Les 39% restants n'ont pas répondu à cette question. On peut supposer que ces femmes étaient séropositives au début de leur grossesse et ne nécessitaient pas de suivi mensuel.

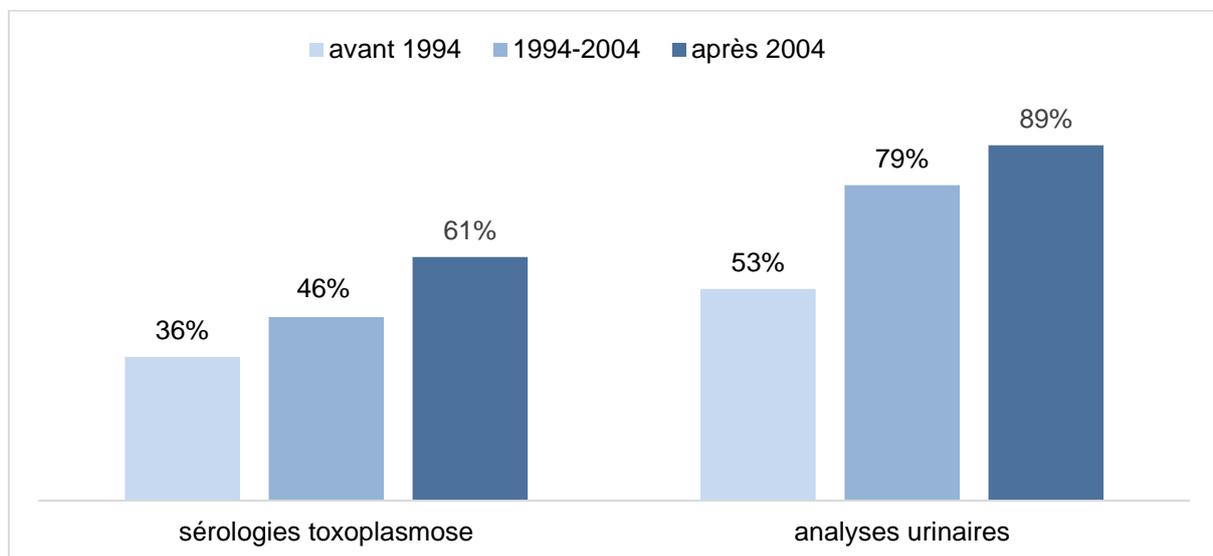


Figure 9 : Evolution dans le temps de la réalisation des examens mensuels

Le suivi mensuel a subi une évolution croissante depuis les années 1970 : les deux examens ont été de plus en plus réalisés. Le taux devient de plus en plus important pour atteindre 89% pour les analyses urinaires (+36% en 20 ans) et 61% pour les sérologies toxoplasmose (+25% en 20 ans, $p=0,02$).

5.3.5 Les bilans du 6e mois

Les bilans du 6^e mois ont été limités à la recherche d'un diabète gestationnel et aux sérologies de l'hépatite B, pour plus de clarté dans le questionnaire.

La recherche d'un diabète gestationnel n'est pas un examen obligatoire, mais proposé en fonction des facteurs de risque. (cf. annexe III). Il fait partie des examens les moins pratiqués par les médecins. Elles ont été 56% à le réaliser.

La sérologie de l'hépatite B est un examen recommandé. Elle est réalisée dans 68% des cas.

Certaines femmes, connaissant leur statut vaccinal, ont déclaré ne pas avoir dosé la sérologie au cours de la grossesse. Cela peut expliquer le faible taux parmi les internes et les remplaçantes salariées, le statut hospitalier nécessitant une attestation de vaccination contre l'hépatite B.

Pour les bilans du 6^e mois, il n'a pas été mis en évidence de différence significative de prise en charge en fonction du statut professionnel. Mais on peut remarquer que ces deux examens sont de plus en plus réalisés. Ainsi, la recherche d'un diabète gestationnel a augmenté de 29% entre 1970 et 2013 ($p= 0,04$).

Le taux de dépistage de l'hépatite B semble croître de façon plus importante (+39% entre 1970 et 2013), mais les données ne sont pas suffisantes pour conclure à une différence significative ($p>1$).

En conclusion, les femmes médecins participent activement au suivi obstétrical et prennent le temps de réaliser les examens nécessaires. Même s'il n'est pas retrouvé de différence significative, on remarque une prise en charge paraclinique différente en fonction du statut professionnel.

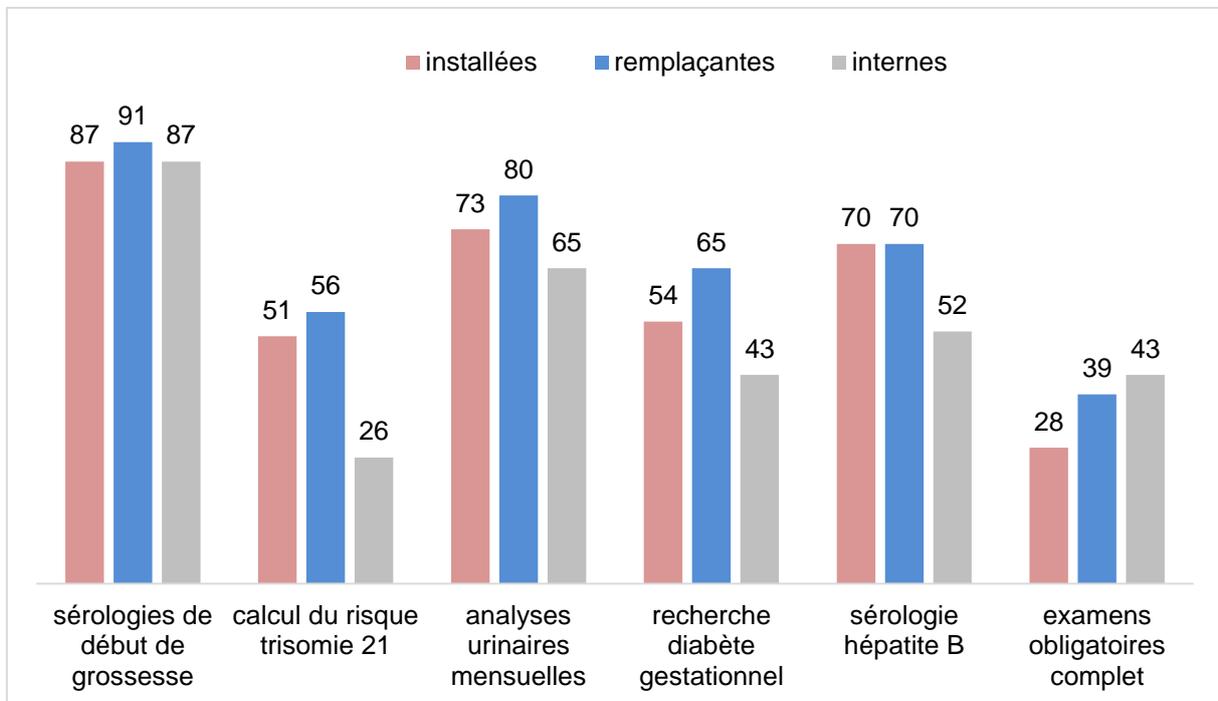


Figure 10 : Différences de prise en charge des examens paracliniques en fonction du statut professionnel

Comme le montre le graphique ci-dessus, les remplaçantes sont plus nombreuses à réaliser les examens décrits plus haut, pris indépendamment. Ensuite, viennent les installées et enfin, les internes.

La réalisation de tous les examens complémentaires obligatoires sont réalisés chez moins de la moitié de chaque catégorie professionnelle. Les internes, qui paraissent être les moins nombreuses à réaliser les examens, sont, en fait, celles qui pratiquent plus souvent tous les examens nécessaires au suivi obstétrical.

L'activité en milieu libéral ou salarié ne modifie pas les comportements.

Voyons ce qu'il en est des grossesses pathologiques dans la population médicale.

5.4 Le cas des grossesses pathologiques

5.4.1 Les complications au cours de la grossesse

Dans l'échantillon, 49 femmes (soit 22%) ont subi des complications au cours de leur grossesse. Cinq d'entre elles en ont recensé plusieurs (2 en moyenne).

Le pourcentage de grossesses pathologiques est plus important chez les remplaçantes (33%), et au contraire, plus faible chez les médecins ayant été internes (17%).

Le nombre de complications augmente dans le temps : le taux double et passe de 14% avant 1994, à 32% après 2005 ($p < 0,05$).

Trois principaux types de complications ont été recensés :

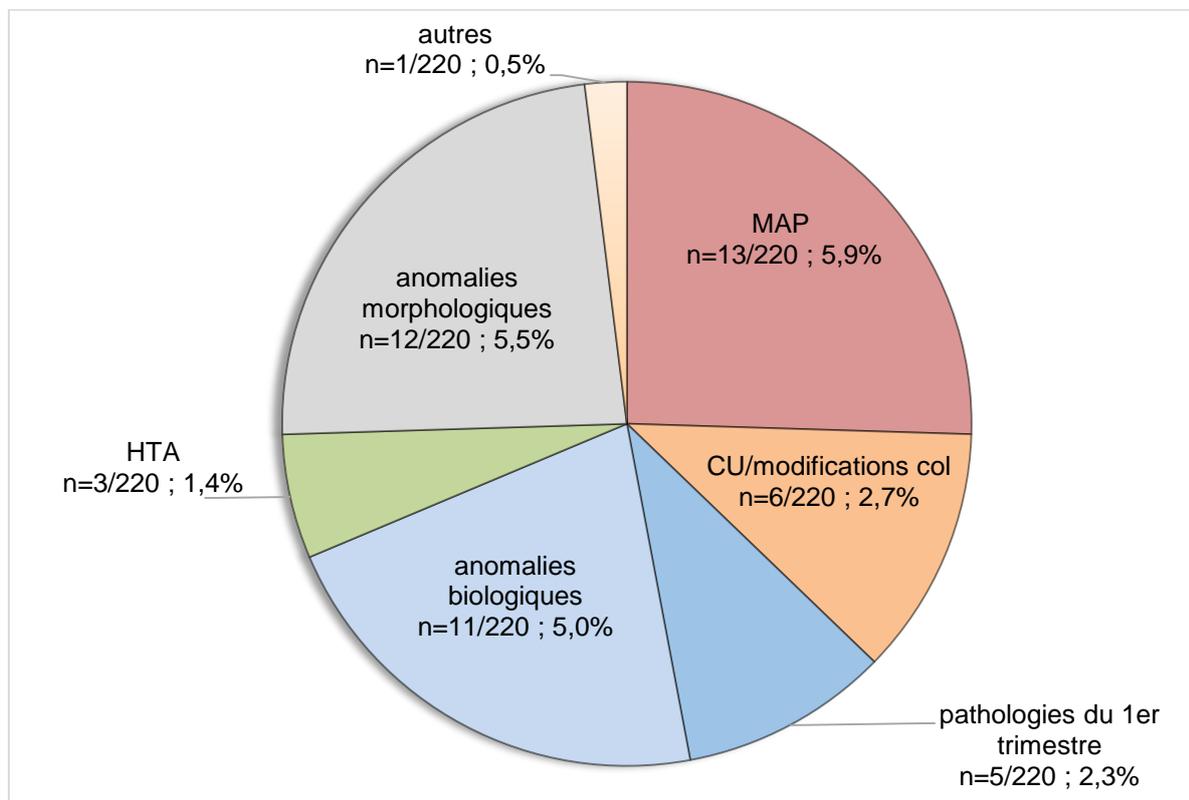


Figure 11 : Proportion des principales complications recensées dans l'échantillon

La menace d'accouchement prématuré, comprenant les modifications cervicales et les contractions utérines, est la première complication recensée. Elle touche 9% de la population médicale.

Dans les anomalies morphologiques, on insère : les RCIU (n=5), les placenta prævia et les mauvaises positions (n=4), les grossesses gémellaires (n=2), et la notion d'un col retro versé avec épisode de RAU.

Neuf diabètes gestationnels, une dysthyroïdie et une cytolyse hépatique ont été décrits dans les anomalies biologiques. La découverte d'un diabète gestationnel est plus fréquente après les années 2000, suite à la généralisation du dépistage.

Les pathologies du premier trimestre regroupent les métrorragies, les vomissements gravidiques et l'apparition d'un kyste ovarien. Une femme a noté l'amniocentèse comme complication.

Les autres complications sont peu nombreuses. On dénombre trois HTA dont un cas compliqué d'HELLP-syndrome, un cas d'oligoamnios et une crise d'appendicite à 5 mois. Une femme a relaté son antécédent de fausse couche à 5 mois ½ sans avoir provoqué de complications, mais pour laquelle une surveillance rapprochée a été instaurée.

Les signes d'HTA et de RCIU ont plus souvent été décrits chez les médecins travaillant seules. A l'inverse, les MAP et signes de dysmorphie ont plus été décrits chez les médecins travaillant en groupe sans qu'il y ait de lien entre le type de complications et le milieu professionnel. On ne peut conclure trop hâtivement, de par le biais de sélection produit par les médecins qui n'ont pas signalé leur mode de pratique, en cabinet de groupe ou seule.

5.4.2 Les consultations d'urgence et les hospitalisations

Le nombre de consultations en urgence est superposable au nombre de complications pour les installées et les remplaçantes ayant une activité salariée. Chez les remplaçantes, le pourcentage de consultations urgentes obtenu est moins important que celui des complications (24% vs 37%). Le contraire est retrouvé chez les internes (26% de consultations en urgence vs 17% de complications).

Lorsqu'elles ont eu besoin de consulter en urgence, le nombre moyen de consultations est d'une visite par femme. Deux médecins ont nécessité plus de deux consultations en urgence.

Trois femmes installées en libéral ont nécessité une consultation en urgence pour des raisons non énumérées dans les complications. On y recense une colique néphrétique, un épisode de métrorragies du 1^{er} trimestre, et la dernière n'a pas répondu.

8% (soit 18 cas) des consultations d'urgence se poursuivent par une hospitalisation. Ce taux est nul chez les collaboratrices et les internes. A noter que l'abstention à cette question est de 37%, pouvant être interprétée comme une absence d'hospitalisation.

La menace d'accouchement prématuré reste la principale raison d'hospitalisation.

Comme pour les complications, le pourcentage de consultations en urgence au cours de la grossesse augmente avec le temps, passant de 12 à 30% en 10 ans ($p < 0,05$).

5.4.3 La prescription d'un traitement

Sur les 220 répondantes, 15% d'entre elles ont eu recours à une thérapeutique médicamenteuse au cours de leur grossesse. Dans ce groupe, 39% (n=13) des prescriptions sont des conséquences de complications. On y retrouve entre autre sept menaces d'accouchement prématuré, deux cas de diabète gestationnel. Pour les quatre dernières prescriptions, divers soucis ont été retrouvés : un antécédent de listériose, des modifications cervicales, une grossesse gémellaire, et une rétention aigue d'urines.

La question n'avait pas été posée mais beaucoup de médecins ont noté en annotations le traitement instauré. Il s'agissait très souvent d'une tocolyse et du repos, ce qui correspond à la remarque faite ci-dessus.

Un gynécologue-obstétricien était à l'origine de la prescription dans 54% des cas. 15% de femmes médecins ont auto prescrit dans le cadre d'une grossesse pathologique.

Les prescriptions de spécialistes (endocrinologues, personnel de garde) représentent 9% des prescripteurs, et les sages-femmes 3 %. A noter que l'abstention de réponse à cette question est de 9%.

6. L'accouchement

Les renseignements demandés dans le questionnaire portent sur le terme, sur le lieu et les différentes manières d'accoucher, choisis par les femmes médecins.

6.1 Le terme à l'accouchement

Sur les 220 médecins généralistes :

- 103 femmes (soit 47%) ont accouché avant le terme prévu ;
- 89 d'entre elles (41%) ont accouché au terme prévu ;
- 27 femmes (12%) ont accouché après le terme prévu ;
- Un médecin généraliste installée en libéral n'a pas répondu car la datation et le terme était imprécis.

Les médecins qui pratiquent une activité libérale exclusive ont un pourcentage d'accouchements avant terme plus important que les salariées (52% vs 31%, $p=0,01$). Inversement, 55% des femmes accouchent à terme chez les salariées.

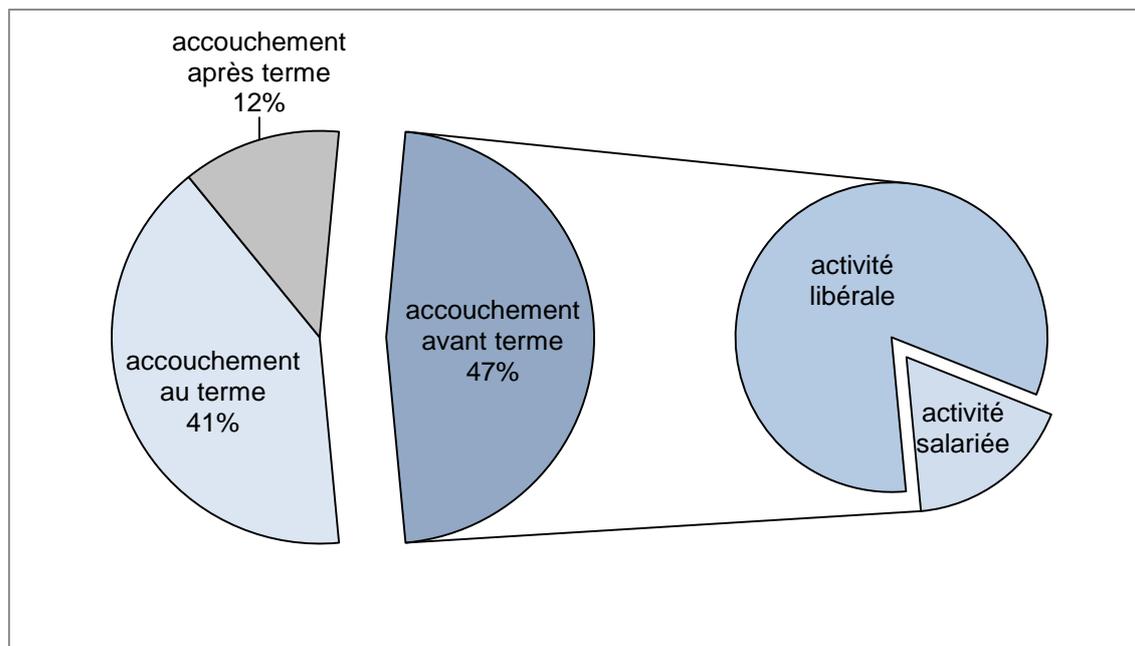


Figure 12 : Terme à l'accouchement en fonction du statut professionnel

Les femmes ayant accouché avant le terme ont décrit leur activité comme moyennement intense à intense.

Le travail en groupe représente 70% du personnel libéral ayant accouché avant le terme. Elles sont 38% à travailler en milieu rural et 25% en milieu urbain.

Mais encore une fois, le taux d'abstention pour les données sur le lieu de travail représente 33% de l'échantillon, provoquant un biais à prendre en compte.

67% des femmes ayant présenté une grossesse pathologique ont accouché avant le terme prévu.

Inversement, le taux d'accouchement à terme ou après terme est plus important lorsqu'aucune complication n'est déclarée (58% d'accouchements à terme sans complication, vs 41% d'accouchements prématurés sans complication, $p < 0,05$).

En ce qui concerne les accouchements survenus après le terme, il s'agit plus souvent d'une deuxième ou troisième grossesse.

6.2 Le lieu de l'accouchement

68% des femmes médecins ont choisi le centre hospitalier comme lieu d'accouchement. La clinique reste le deuxième choix. Aucune d'elles n'a accouché à domicile ou dans un autre lieu déclaré.

6.3 Les modalités d'accouchement

6.3.1 Les différentes méthodes

L'accouchement par voie basse est le mode d'accouchement le plus répandu dans l'échantillon : il représente 88% des accouchements au total.

Les remplaçantes et les médecins installées en libéral semblent plus nombreuses à subir une césarienne (13% vs 7%, $p=0,23$).

Le taux de césarienne est plus important lorsque l'accouchement se produit avant la date prévue : 68% des accouchements par césarienne ont été réalisés avant la date présumée ($n=17/25$), contre 32% à terme ou après ($p=0,03$).

Cependant, il n'a pas été retrouvé de relation entre l'apparition de complications et le taux de césarienne.

6.3.2 Les aides instrumentales

Dans le groupe des femmes ayant accouché par voie basse, 21% d'entre elles ont bénéficié de l'anesthésie péridurale et 6% ont eu recours à une aide instrumentale.

La majorité des aides a été apportée avant les années 2000 (10/13), montrant une évolution dans le temps. Cependant, je ne me suis pas attardée sur les différents types d'aides, provoquant un biais de recrutement.

L'utilisation d'aides instrumentales est plus importante en clinique qu'en centre hospitalier (11% en clinique, 3% en hospitalier, $p=0,03$).

Il n'est pas trouvé de relation avec l'apparition de complications au cours de la grossesse.

Concernant l'utilisation de l'anesthésie péridurale, là encore, aucune relation n'a pu être mise en évidence avec le statut professionnel, le milieu professionnel ou encore la période de début de grossesse.

6.4 Les complications précoces du post partum

Cette question a pour but de rechercher une cause à la modification du personnel obstétrical entre le suivi et la consultation post natale.

Les complications du post partum immédiat sont très peu nombreuses : elles ne représentent que 8% de notre échantillon, soit 17 personnes sur les 220 répondantes.

Peu de diagnostics ont été évoqués puisque la question n'était pas posée. Cependant, deux médecins l'ont décrit. On y retrouve une complication post péricidurale, et une révision utérine. Un troisième médecin n'a pas signalé de complications mais le vécu de l'accouchement n'a pas été simple : elle dit avoir accouché en dehors d'une salle de travail, avec la notion d'un cordon circulaire.

7. Le post partum

Le chapitre du post partum se scinde en deux parties :

- Une première basée sur le post partum immédiat, et la notion de sortie précoce ;
- La deuxième axée sur la visite post natale, réalisée un mois après l'accouchement.

7.1 La sortie précoce

On parle de sortie précoce lorsque les accouchées, n'ayant pas présenté de complications, rejoignent leur domicile plus tôt que prévu. Elle est faite à la demande de la patiente, et avant la fin des trois jours d'hospitalisations nécessaires au suivi du post partum. Celui-ci est alors organisé avec une sage-femme libérale.

La durée moyenne d'hospitalisation, pour celles qui l'ont notifiée, est de 3 jours.

Dans notre étude, elles étaient 30% à avoir bénéficié d'une sortie précoce. Les femmes installées ont été plus nombreuses à en avoir eu recours, puis viennent les remplaçantes et enfin les internes (pourcentages respectifs : 36%, 24% et 9%, $p < 0,01$).

Le taux de sortie précoce paraît plus important chez libérales, et après 1994, mais les résultats ne sont pas significatifs ($p > 0,05$).

On remarque aussi une relation avec le taux de sortie précoce et la parité : les multipares sont 29% à en bénéficier, contre 1% parmi les primipares ($p < 0,001$).

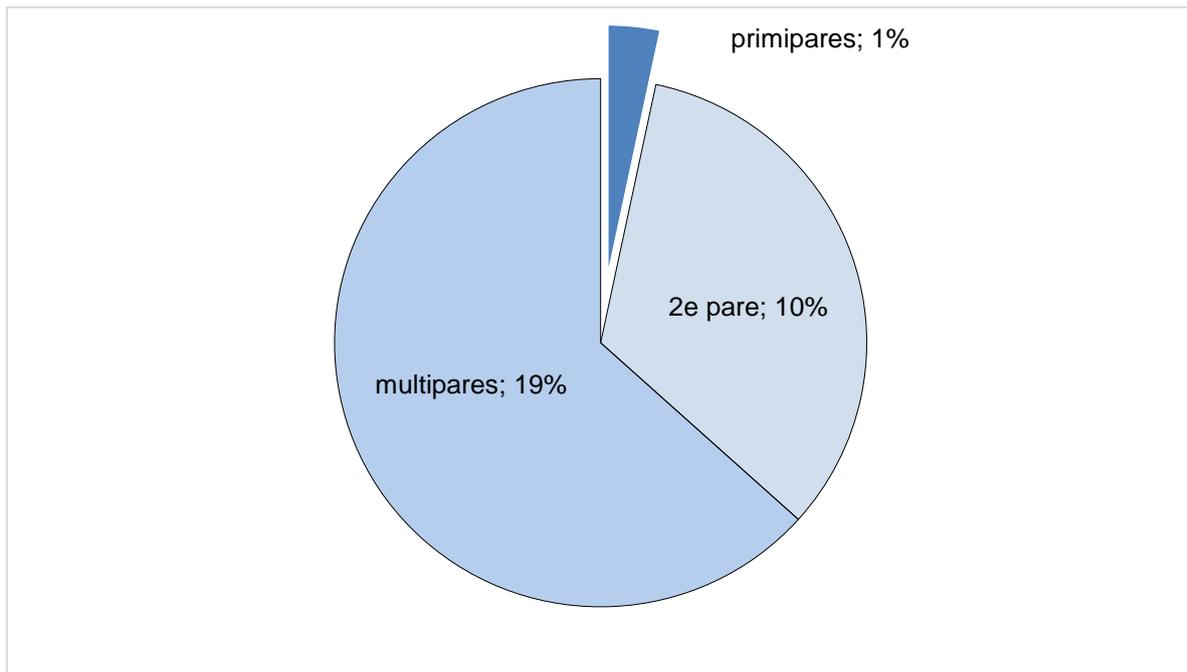


Figure 13 : Pourcentage de sorties précoces en fonction de la parité

Le vécu de ces sorties est très positif, à 83%, pour celles qui ont pu en bénéficier. Les femmes ayant répondu à cette question à réponse ouverte (le taux d'abstention approche les 10%) rappellent que la sortie s'est faite à leur demande et donc bien vécue.

Un médecin généraliste a expliqué ne pas avoir demandé de sortie précoce. Sa demande de rester hospitalisée pour des raisons médicales, a été entendue et acceptée.

7.2 La consultation post natale

La consultation post natale permet de faire le point sur le post partum. Elle peut être faite par tout professionnel obstétricien (médecin généraliste, sage-femme, gynécologue-obstétricien, en milieu hospitalier ou libéral). Mais, en cas d'apparition de complications au cours de la grossesse ou de l'accouchement, la dernière consultation est réalisée par un obstétricien.

Cette consultation n'a pas été réalisée pour 12% de la population médicale. Il n'a pas été demandé les raisons de cette abstention.

Pour la plupart, la consultation post natale a été assurée par le même professionnel ayant réalisé le suivi obstétrical (65% de l'échantillon). Un changement de professionnel a été remarqué lors de l'apparition de complications obstétricales.

Le suivi post natal par une sage-femme représente 7% de la population (n=15/220). 10 d'entre elles ont reçu des cours de préparation à la naissance et autant ont été suivies par des sages-femmes aux consultations des deux derniers mois.

8. Le suivi obstétrical, en résumé

En résumé, le suivi clinique est le même, quel que soit le mode d'exercice, évoluant en fonction des évolutions des recommandations. Il est assuré par un tiers.

Le suivi paraclinique, décrit par la réalisation des examens, est correct si l'on considère les examens indépendamment des autres. Le taux de suivi peut atteindre 50 à 90% d'efficacité. Par contre, la prise en charge globale et obligatoire représente moins de 50% de la population médicale, les internes ayant été les plus assidues. Très peu de femmes se sont lancées dans l'auto prescription et le suivi personnel.

Les médecins lorsqu'elles sont installées, ont moins bien réalisé leur suivi par rapport à celles qui étaient internes et remplaçantes au début de la grossesse. Elles ont pris plus de risques d'un accouchement avant terme, ceux-là se rajoutant aux conditions particulières de l'activité libérale.

Quant aux complications et hospitalisations, elles vont croissantes dans le temps et deviennent nombreuses, surtout les accouchements avant le terme prévu.

L'accouchement et le post partum n'ont pas été source de difficulté, mis à part le suivi post natal qui est très peu suivi malgré l'obligation de le réaliser.

9. L'organisation professionnelle

Dans notre étude, 15% des femmes ont ressenti des difficultés à organiser leur suivi en fonction de leur activité.

Ce chapitre va permettre de déterminer les modifications organisationnelles nécessaires au suivi, et les difficultés rencontrées par les femmes médecins.

Dans certains items, on ne s'intéressera qu'aux femmes médecins généralistes installées. En effet, pour faciliter leur suivi, beaucoup de remplaçantes et d'internes ont cité la possibilité d'arrêter temporairement leurs remplacements ou leurs stages pour assurer le suivi obstétrical.

9.1 L'exercice médical au début de la grossesse

9.1.1 Le lieu d'activité

Rappelons que notre échantillon regroupe 67% (n=148) de médecins généralistes installées, dont 18% ayant eu une activité salariée (n=27), 21% de remplaçantes (n=46) et 10% d'internes au début de leur grossesse (n=23).

Sur les 148 médecins généralistes qui ont répondu, on retrouve une majorité d'activité en groupe : elles sont 69% dans ce cas.

Concernant le lieu, l'activité rurale prédomine à 37%, puis vient l'activité urbaine à 14%. Enfin l'activité semi rurale représente 8% de l'échantillon. L'abstention représente plus de 40% pour cette question (cf. figure 14), provoquant un biais à prendre en compte pour la suite des résultats.

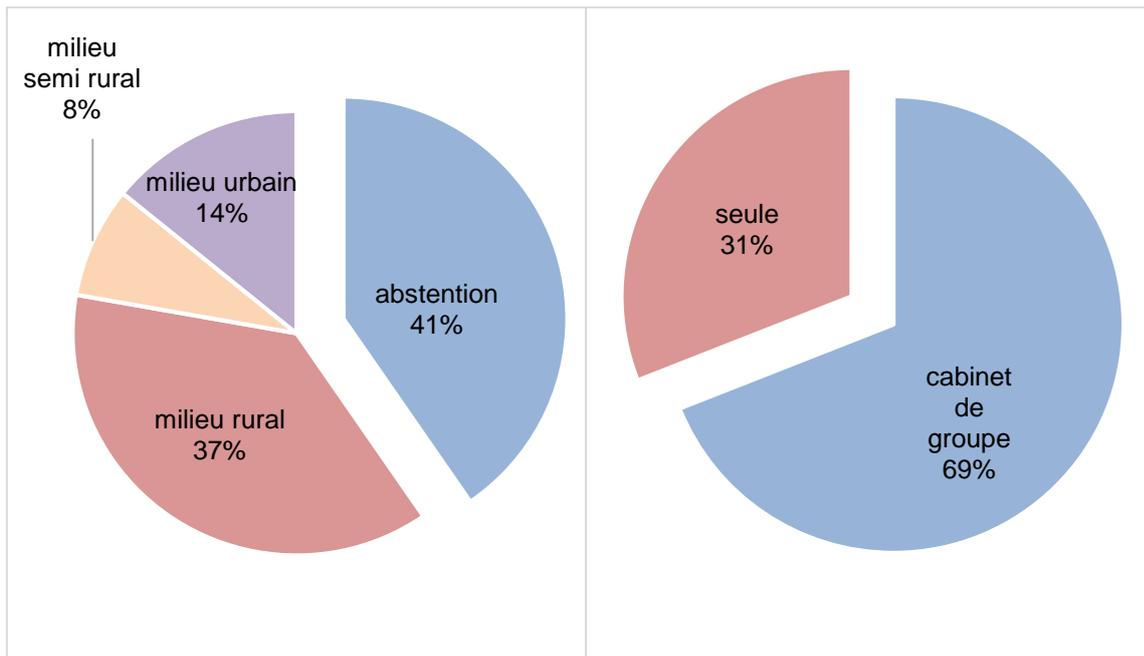


Figure 14 : Répartition des différentes pratiques des médecins installées

Les 3 collaboratrices libérales ont travaillé en cabinet de groupe. Pour les remplaçantes, les réponses sont mitigées puisque leur activité varie en fonction de la demande.

9.1.2 L'intensité de l'activité médicale

L'intensité de l'activité médicale a été laissée à l'appréciation des médecins, pour garder leur subjectivité. Dans le questionnaire, elles avaient le choix entre « intense », « moyennement intense » et « faible ».

En début de grossesse, moins de la moitié des activités est considérée comme intense (44%). Les pourcentages s'en rapprochent pour les activités moyennement intenses (48%). La proportion de la faible activité représente 7% de l'échantillon.

Les installées ayant une activité salariée ont plus souvent déclaré avoir une activité intense (59% vs 45%, $p > 0,05$). Parallèlement, les médecins installées en libéral ont déclaré avoir une activité moyennement intense (52% vs 26%, $p > 0,05$).

9.2 L'intégration du suivi obstétrical dans l'activité professionnelle

9.2.1 La planification des consultations et examens de suivi

L'objectif de cet item est d'évaluer la manière dont les femmes médecins généralistes ont intégré les consultations obstétricales dans leur exercice. Le choix se présentait en cinq possibilités : avant ou après la journée de travail, en cours de journée entre leurs consultations, pendant le déjeuner, ou absence de planification particulière.

Sur la population étudiée, plus de la moitié des médecins ont choisi de réaliser leur suivi dans la journée, en intégrant des pauses dans leurs consultations (55%, n=107 sur les 194 femmes installées et remplaçantes).

26% d'entre elles déclarent n'avoir eu aucune planification particulière pour leur suivi (n=51).

Les réponses restantes sont réparties au cours de la journée : le matin avant leurs consultations, sur leur temps de pause du déjeuner ou le soir.

Le statut professionnel influe sur l'organisation du suivi obstétrical ($p < 0,01$). Comme le montre le graphique ci-dessous, les femmes médecins installées sont plus nombreuses à planifier le suivi dans la journée :

- entre leurs consultations (57% vs 48% chez les remplaçantes),
- le midi pour 11% d'entre elles (aucune parmi les remplaçantes),
- ou le soir dans 7% des cas (2% pour les remplaçantes).

Le taux de prise de rendez-vous matinaux est le même pour les deux groupes (6%).

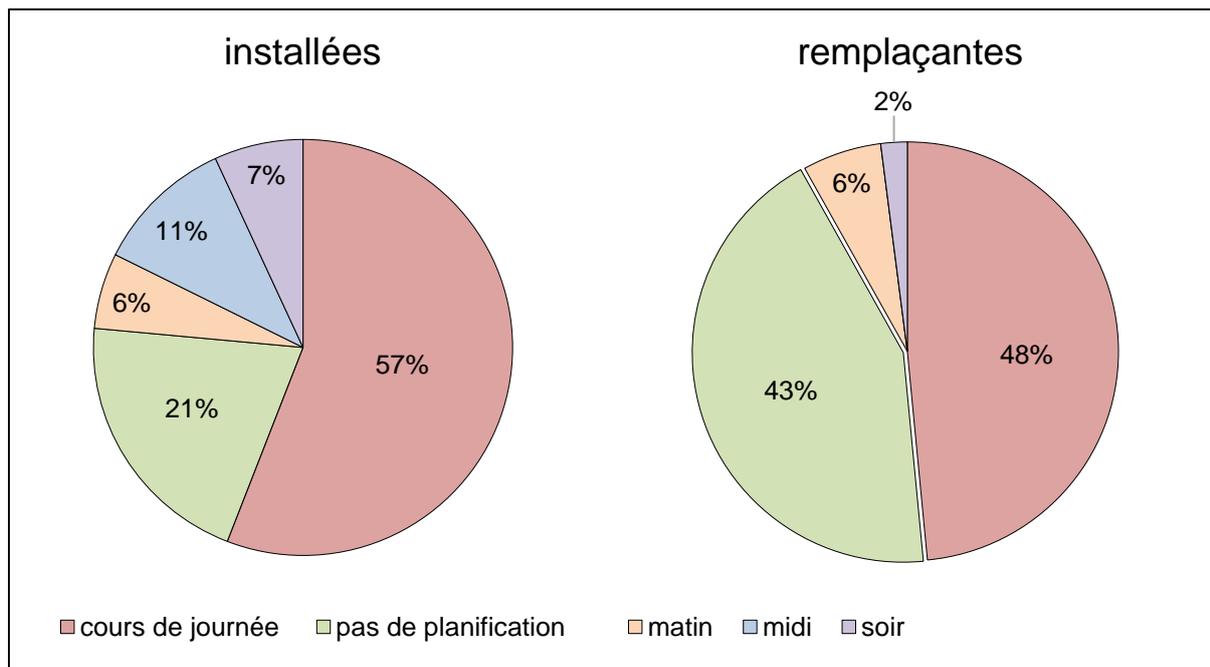


Figure 15 : Différences de planification en fonction du statut professionnel

Seules quelques femmes installées en libéral ont noté avoir planifié le suivi pendant leur jour de repos (n=8/121).

Les médecins libéraux ont tendance à prendre plus de rendez-vous sur leur temps du déjeuner par rapport aux médecins salariés (9% vs 3% ; p=0,76). Cependant, on ne peut conclure à une différence significative d'organisation entre ces deux groupes.

Pareillement, le choix de l'organisation du suivi obstétrical varie en fonction du lieu de pratique.

- Les médecins installées en milieu semi-rural choisissent plus facilement leur jour de repos ou le soir, après leurs consultations ;
- Les médecins pratiquant en milieu urbain ont préféré avoir un suivi matinal, avant le début de leur activité ;
- Quant aux médecins travaillant en rural, elles ont réalisé leur suivi le midi, sur leur temps de déjeuner, ou alors n'ont eu aucune planification particulière concernant leur suivi.

Là aussi, on ne peut pas conclure à une influence du mode d'exercice (seule ou en cabinet de groupe) sur le suivi obstétrical.

9.2.2 Les modifications de l'activité professionnelle

Plus de la moitié des installées n'ont pas modifié leur activité professionnelle afin de réaliser le suivi obstétrical. Sur les 148 médecins installées, seulement 46 d'entre elles (soit 31%) ont changé leur emploi du temps professionnel pour réaliser le suivi.

Huit femmes ont répondu par la négative à cette question, en décrivant tout de même les modifications suivantes :

- Un arrêt de travail à la fin de la grossesse pour trois d'entre elles ;
- Trois autres femmes se sont organisées pour avoir un suivi mensuel pendant la demi-journée ou la journée de repos hebdomadaire ;
- La dernière a changé ses créneaux de consultations.

85% (n=39/46) des femmes ayant modifié leur activité ont changé leurs créneaux de consultations. Celles-ci ont pris les rendez-vous obstétricaux en cours de journée ou ont décrit ne pas avoir eu de planification particulière. L'appel à un remplaçant et les prises de congés pour le suivi obstétrical viennent en second lieu (30%, n=14/46). Aucune n'a créé de collaboration libérale et deux femmes ont demandé de l'aide aux confrères/consœurs.

De nombreux médecins ont choisi plusieurs modifications organisationnelles, à savoir les changements de créneaux horaires et l'appel à un remplaçant.

Deux médecins ayant fait appel à des remplaçants en ont précisé la nature : une hospitalisation en fin de grossesse, et un allègement de l'activité face à un antécédent d'accouchement prématuré précédemment

Les remplaçantes et internes ayant répondu à cette question, ont décrit leurs changements par un allègement de l'activité et l'appel aux confrères remplaçants ou internes.

9.3 L'organisation professionnelle à l'arrêt d'activité

9.3.1 La date de cessation d'activité

A cette question, beaucoup de médecins ont réagi en ajoutant des précisions quant à la date d'arrêt. Afin de simplifier le questionnaire, il y avait trois possibilités de réponses : avant, à la date ou après la date présumée par la sécurité sociale. Même si la réglementation est différente chez les libérales et les salariées, et que la CPAM ne donne pas de date de congé prénatal en milieu libéral, j'ai préféré garder cette limite. Elle est fixée, depuis 2006, 6 à 8 semaines avant le terme pour les médecins installées.

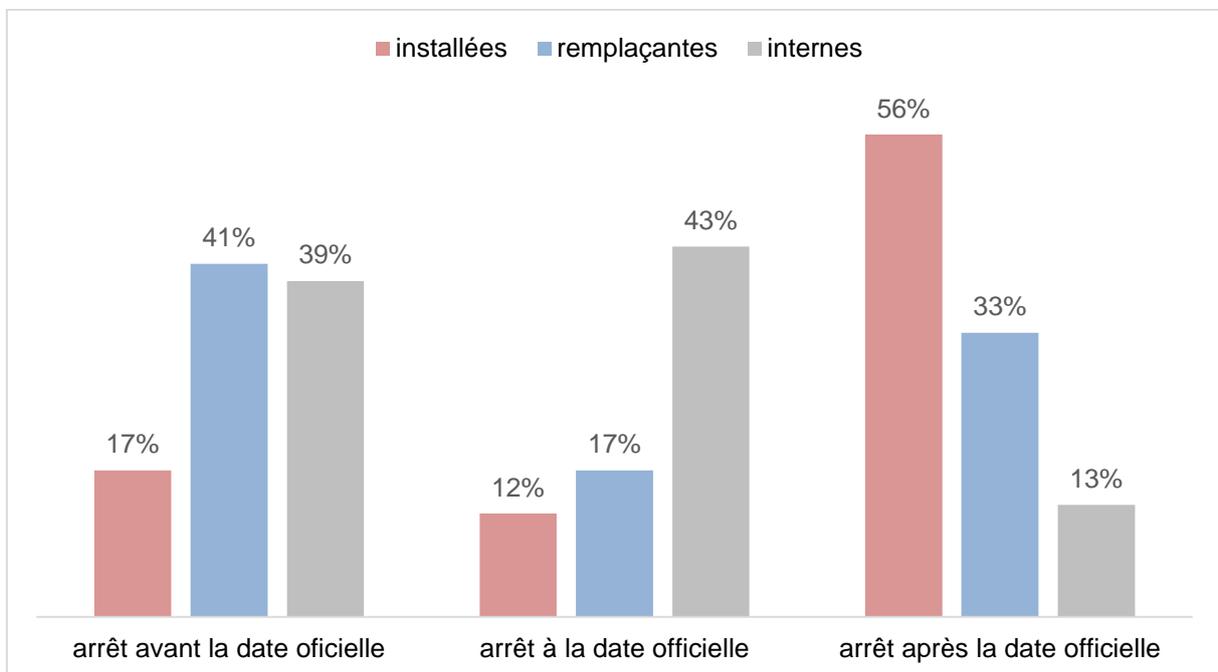


Figure 16 : Différences de prise du congé prénatal en fonction du statut professionnel

Les installées, libérales et salariées confondues, sont plus nombreuses à s'arrêter après la date présumée : elles sont 56%, contre 34% chez les remplaçantes ($p < 0,05$). Inversement, ces dernières sont plus nombreuses à s'arrêter avant la date présumée (41%).

Le statut libéral ou salarié ne modifie pas la date d'arrêt d'activité. En ce qui concerne les internes, elles sont plus nombreuses à s'arrêter à la date officielle, fixée par la sécurité sociale, grâce au statut de salariées hospitalières.

9.3.1.1 Médecins installées avec activité libérale

37 femmes sur 121 ont ajouté des précisions quant à leur période d'arrêt :

- 3 femmes ont justifié leur arrêt avant la date par 2 hospitalisations en urgence et une demande de congé maladie pour « accident et MAP » ;
- 1 femme a modifié son activité pour passer à mi-temps, 1 mois avant le terme sans parler d'arrêt ;
- 31 femmes ont précisé leur date d'accouchement : 4 d'entre elles se sont arrêtées avant la date d'arrêt, pour un accouchement le jour même (entre 37 et 38SA). Les autres médecins ont stoppé leur activité après la date prévue et ont accouché 1 à 2 semaines après pour 11 d'entre elles, et 3-4 jours après l'arrêt pour les 4 autres. Pour finir, 10 médecins ont arrêté le jour même leurs consultations ou visites médicales pour accoucher ;
- 3 femmes ont parlé de la date de reprise qu'elles ont fixé 15 à 45 jours après l'accouchement.

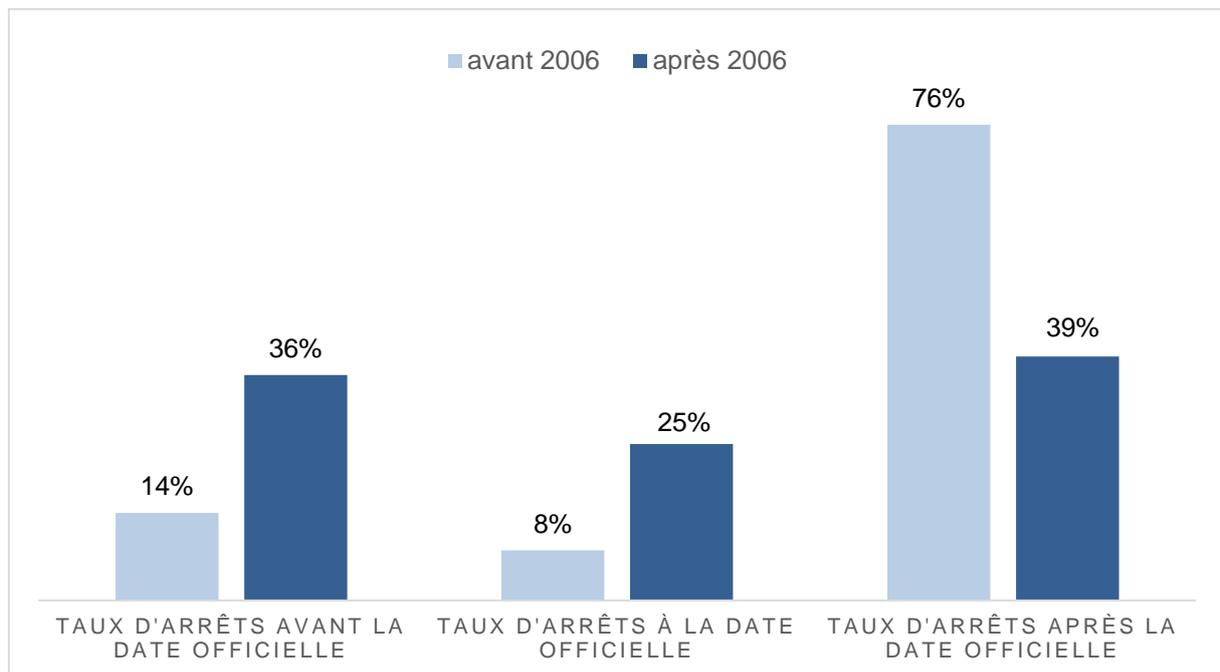


Figure 17 : Répercussion de la loi de 2006 sur la prise des congés maternité avant, après et à la date présumée

Le décret du 02 juin 2006 a permis d'aligner les congés maternité des libérales aux congés des salariées. A partir de cette date, le nombre d'accouchements annuel a doublé, passant de 2.3 grossesses avant 2006, à 4 grossesses par an, après 2006.

De même, ce décret a modifié la date de début des congés maternité, comme le montre la figure 17. Plus de femmes (37%, $p < 0,001$) débutent leur congé avant ou à la date officielle préconisée, et non plus après.

9.3.1.2 Médecins installées avec une activité salariée conjointe

Les médecins installées salariées étaient 14 sur 27 à s'être arrêtées après la date officielle, soit 52%. Un quart d'entre elles ont ajouté des précisions sur la date : toutes ont stoppé leur activité moins d'une semaine avant leur accouchement, dont 2 avant le terme prévu.

L'une d'entre elles a parlé de sa reprise après l'accouchement, 15-21 jours après.

9.3.2 Organisation de la continuité de soins à l'arrêt de l'activité

Afin d'organiser la continuité des soins au moment de l'arrêt d'activité, la majorité des médecins ont fait appel à un ou plusieurs remplaçants. Ce choix est représenté par 73 à 78% des femmes.

La deuxième possibilité, lorsqu'il n'était pas possible de faire appel à un remplaçant, était de demander aux confrères de prendre la suite de leur patientèle. Elles sont 28% en libéral à utiliser ce choix. Pour les médecins ayant une activité salariée, cette option a été moins utilisée que la première. Elles sont finalement peu nombreuses à poursuivre leur activité (entre 3 et 4%).

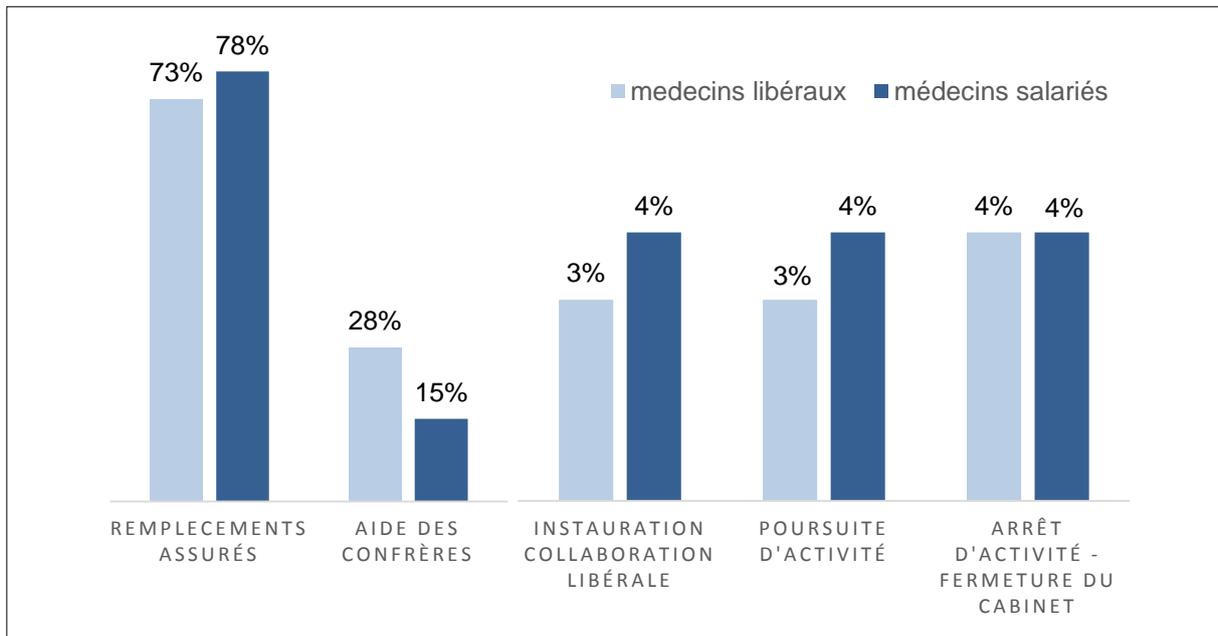


Figure 18 : Répartition des méthodes pratiquées pour la continuité des soins à l'arrêt d'activité, en fonction de l'activité libérale ou salariée

Sur les 148 femmes médecins généralistes installées, 12 d'entre elles ont utilisé d'autres manières de s'organiser à leur arrêt :

- 5 médecins ont instauré une collaboration libérale ;
- 6 d'entre elles ont arrêté leur activité et fermé le cabinet médical ;
- La dernière explique que « les patients se débrouillaient, le système de médecin traitant n'existait pas ».

A noter que certaines remplaçantes et collaboratrices ont fait appel à leurs confrères/consœurs remplaçants pour gérer leur fin de grossesse.

9.4 Conséquences du suivi sur les relations professionnelles

Les modifications d'organisation professionnelle peuvent être mal perçues, autant par les patients que par les confrères. Peu de femmes ont ressenti de conséquences sur leur activité. Elles ne sont que 3% à considérer que leur grossesse a influé sur les relations avec leurs patients.

Les modifications ressenties sont les suivantes :

- Une perte de patientèle ;
- Patients plus prévenants et moins exigeants ;
- Relation avec les patients renforcée malgré la peur de ces derniers de devoir changer de docteur et d'avoir moins de rendez-vous ;
- Complicité avec les patientes elles-mêmes enceintes.

La grossesse a eu moins d'impact sur la relation avec les confrères/consœurs. D'une manière générale, elles ont toutes été aidées par ceux-ci sauf une ou deux qui ont remarqué que les confrères supportaient mal leurs absences. « *A chacun ses problèmes* » a conclu une femme médecin à propos des comportements de ses confrères.

10. Quelques cas de grossesse vécue par des spécialistes

10.1 Description de la population

Le questionnaire a été envoyé à quelques médecins spécialistes. Huit d'entre elles y ont répondu, pour moitié installées en libéral, pour les autres installées avec une activité salariée conjointe. Lorsqu'il s'agissait d'une activité hospitalière, les femmes médecins l'ont spécifié au début du questionnaire.

Le faible nombre de réponses ne nous permet pas de comparer les prises en charge avec celles des médecins généralistes. Cependant, ces médecins ont pris le temps de répondre au questionnaire en justifiant qu'elles étaient « femme et mère avant d'être médecin ». Les résultats y figurent donc à titre indicatif.

On y retrouve :

- deux gynécologues, dont une échographiste qui a réalisé son échographie précoce ;
- deux dermatologues ;
- une allergologue, spécialité faisant partie du groupe des médecins à exercice particulier (MEP) et pouvant être considéré comme un médecin généraliste ;
- Les cinq autres ont notifié être « spécialiste » sans autre précision.

10.2 Le suivi obstétrical et l'accouchement

Les spécialistes sont toutes satisfaites de leur suivi obstétrical. Le suivi obstétrical a été assuré par un gynéco obstétricien libéral pour toutes les femmes. Une seule spécialiste salariée a suivi des cours de préparation à l'accouchement.

Trois femmes sur huit ont eu des complications au cours de la grossesse, principalement des menaces d'accouchement prématuré, et des diabètes gestationnels.

Concernant l'accouchement :

- $\frac{3}{4}$ des femmes ont accouché avant le terme prévu ;
- Il y a eu autant d'accouchement en clinique qu'en centre hospitalier ;
- Quatre femmes ont bénéficié d'une sortie précoce.

10.3 L'organisation du suivi obstétrical et de l'activité professionnelle

La majorité des spécialités pratiquaient une activité en cabinet de groupe (62.5% ; n=5) et en milieu urbain (87.5% ; n=7).

Pour leur suivi obstétrical, ce dernier se réalisait à moitié en cours de journée, et à moitié avant ou après leur activité.

En cas de nécessité de modifier leur organisation professionnelle, les femmes spécialistes ont choisi soit le changement de créneau horaire, soit l'appel à un remplaçant.

L'arrêt de l'activité s'est fait, pour les huit femmes, après la date présumée de la sécurité sociale :

- Trois femmes sur les huit spécialistes (37.5%) ont fait appel aux confrères/consœurs pour la permanence des soins ;
- Quatre autres femmes (50%) ont utilisé le système de remplacement à leur arrêt ;
- La dernière a stoppé son activité et fermé le cabinet, n'ayant pas trouvé de remplaçant.

En conclusion, les réponses des spécialistes suivent de très près celles des femmes médecins généralistes. Le suivi obstétrical est bien organisé de façon à ce qu'il soit bien mené. Les différentes manières d'organiser son activité à leur arrêt ressemblent à celles des médecins généralistes. Il serait intéressant de les prendre en compte dans une étude qui leur est dédiée.

Discussion

Qu'elles aient été installées, remplaçantes, collaboratrices ou internes, les femmes médecins généralistes de la région sont globalement satisfaites de leur suivi obstétrical. Elles n'ont pas présenté de grosses difficultés à organiser celui-ci en fonction de leur activité.

Cependant, de nombreux biais sont à prendre en compte dans l'analyse des résultats, dont, entre autre :

- Un biais de sélection, ou de recrutement. Les jeunes femmes s'étant installées dans l'année précédant l'enquête n'ont pu être intégrées puisque non inscrites aux URPS. De même, certains médecins, dont la grossesse est très éloignée, n'ont pas répondu au questionnaire ;
- Un biais de mémorisation, concernant certaines questions, surtout pour les grossesses les plus anciennes ;
- Un biais de mesure. Afin de limiter la taille du questionnaire, certaines questions manquent de précisions (examens complémentaires par exemple, la date d'accouchement). Ce biais implique aussi les différences d'obligations et de moyens de prise en charge obstétricale dans le temps, alors que les résultats s'étalent sur quarante ans.

Malgré cela, voyons si la population médicale est représentative de la population médicale nationale.

1. La population étudiée

1.1 Les différents statuts professionnels

Sur les 220 femmes ayant répondu :

- 67% étaient installées en milieu libéral, 82% d'entre elles (55% de l'échantillon) pratiquaient en libéral exclusivement. Lors d'une activité mixte (12% de l'échantillon), le nombre d'heures d'activité salariée n'étaient pas demandées. Il peut s'agir d'une

place de médecin coordonnateur dans un EHPAD ou un service de soins de suite. Lorsque les médecins pratiquaient une activité salariée exclusive, elles le précisaient dans la question décrivant leur lieu d'exercice.

Sur le plan administratif, en cas d'activité mixte, le libéral prime sur le salariat, à condition de faire moins de 1200 heures de salariat par an et d'avoir un salaire inférieur à celui du libéral [31]. Les médecins ayant décrit une activité mixte ont alors les mêmes droits qu'en milieu libéral. Raison pour laquelle la comparaison entre le libéral et le salariat n'a pas pu se faire complètement dans notre enquête.

- 21% des femmes interrogées étaient remplaçantes, dont 4% salariées. Cette situation s'explique par la possibilité des internes à remplacer en milieu libéral sous certaines conditions. Les praticiens hospitaliers, attachés et contractuels travaillant à temps partiel peuvent, eux aussi sous certaines conditions, remplacer en milieu libéral. Inversement, des médecins remplaçants libéraux peuvent remplacer des postes hospitaliers en relation avec sa spécialité (soins de suite par exemple pour les médecins généralistes) [32].

- La collaboration libérale est un statut récent, datant d'août 2005. Il est normal que celui-ci soit peu représenté dans notre étude (1% de l'échantillon). Les collaboratrices libérales ne sont ni salariées ni remplaçantes. Elles sont un statut à part, d'où le fait qu'elles n'ont pas été intégrées dans un autre sous-groupe.

- Pour finir, 10% des médecins étaient internes au début de leur grossesse. Les internes possèdent un statut salarié avec les avantages des femmes enceintes salariées. Le vécu reste tout de même différent par les difficultés physiques et les risques liés au travail. Les résultats ont tout de même été intégrés, afin de comparer les prises en charge.

1.2 La représentativité de l'échantillon

Selon les données démographiques médicales du Conseil National de l'Ordre des Médecins, les médecins se répartissent en fonction de leur activité libérale, mixte ou salariée. Pour les médecins généralistes, les données démographiques de 2014 retrouvent 58.2% d'activité libérale exclusive, et 6,8% d'activité mixte [2].

Dans notre étude, l'activité libérale exclusive représente 55% de l'échantillon. L'activité mixte est, quant à elle, deux fois plus représentée dans notre étude : elle atteint 12% de l'échantillon.

Selon les sources de La Médicale [4], les remplaçants représentent 23% de la population médicale en France. Notre échantillon retrouve l'équivalent, remplacements libéraux et salariés confondus.

Concernant les collaborateurs libéraux et les internes, aucune donnée nationale n'a été retrouvée permettant de connaître leur pourcentage en activité libérale.

On peut donc considérer que notre échantillon est représentatif de la population médicale en activité.

1.3 Comparaison avec la population générale

1.3.1 Le suivi obstétrical

Très peu d'études ont été réalisées sur le suivi obstétrical des femmes médecins, ou pour d'autres professions de même niveau socio-professionnel (avocates ou cadres supérieures). Les études existantes portent sur la population générale en France, toute catégorie professionnelle confondue.

Les disparités de taille et de niveau socio professionnel nous empêchent de comparer les résultats obtenus lors de cette enquête avec ceux obtenus dans la population générale, lors de l'enquête périnatale de 2010 [33].

Néanmoins, afin de donner une idée de la situation des médecins par rapport à la population, un tableau en annexe (cf. annexe IV) regroupe les données de notre étude, de la population générale, et de la région Ouest lorsqu'elles étaient disponibles.

1.3.2 L'indice de fécondité

L'indice de fécondité moyen dans notre étude est à 2,4 enfants par femme. Il est plus important chez les installées ayant une activité salariée conjointe. Leur stabilité professionnelle et financière par rapport aux remplaçantes et aux internes (possibilité de déplacement tous les semestres dans le cadre des stages pour les internes) sont en faveur de ces résultats. L'âge un peu plus avancé des installées fait que la parité est plus élevée dans cette population et augmente l'indice de fécondité.

Par rapport à la population générale, l'indice est plus élevé, mais le biais d'échantillonnage est à prendre en compte (différence dans la période des données, différence de taille et de caractéristiques, etc.).

Comme nous l'avons vu dans les résultats, le statut professionnel est susceptible d'influencer le suivi obstétrical et l'organisation qui en découle. Voyons de quelle manière.

2. La prise en charge obstétricale en fonction de la pratique

Les résultats obtenus chez les médecins généralistes ont permis de comparer les différences de prise en charge lorsqu'elles étaient installées, remplaçantes ou internes au moment de leur grossesse. La taille des différents groupes est variable dans cette enquête, provoquant des biais. Pour parfaire l'analyse, il serait intéressant d'interroger les femmes médecins remplaçantes, les collaboratrices libérales, et les internes, pour pouvoir comparer des échantillons de même taille.

Avec les résultats obtenus, nous avons pu comparer aussi les données de suivi en fonction du lieu d'activité (urbain ou rural) et du mode de pratique (groupe ou seule), lorsque les réponses étaient renseignées correctement.

2.1 Le suivi clinique

2.1.1 La déclaration

Peu de femmes ont déclaré tardivement la grossesse (4,5% dans l'étude). Les remplaçantes paraissent plus nombreuses, sans que l'on ait trouvé une différence significative. L'activité intense, la découverte tardive, ou les difficultés de gestion administrative sont autant d'éléments qui peuvent influencer la date de déclaration.

Quant au déclarant, les médecins installées sont les seules à avoir pu compléter elles-mêmes leur déclaration, puisqu'elles accèdent plus facilement au document nécessaire (possession du feuillet de déclaration pour leurs patientes enceintes).

D'une façon plus globale, la population générale s'oriente, au même titre que les femmes médecins, vers un gynécologue-obstétricien installé en libéral (47% dans les deux échantillons). Alors que 22% de la population générale fait remplir sa déclaration par un médecin généraliste, les femmes médecins se tournent plus vers un gynécologue obstétricien hospitalier comme deuxième choix. La pudeur, la recherche d'intimité, la compétence mais aussi la proximité (plus pour les suivis par une sage-femme), sont des facteurs influençant le choix du professionnel obstétrical dans le milieu médical.

2.1.2 L'examen clinique mensuel

Le suivi obstétrical mensuel est réalisé à 89% par le même professionnel qui a rempli la déclaration, pour la plupart un gynécologue obstétricien. Dans la population générale, le taux de suivi réalisé entièrement par un gynécologue obstétricien est plus faible, à 66,8%. Une enquête réalisée en 2007 remarque que les femmes de cadres et les femmes cadres sont plus nombreuses à avoir un suivi obstétrical par un gynécologue obstétricien [34].

2.1.3 La préparation à la naissance

Dans la population étudiée, les médecins installées sont les moins nombreuses à participer aux cours de préparation, la parité plus importante dans ce groupe étant un facteur influençant le choix de présence ou non aux cours.

En France, la parité influe sur ce suivi. 73% des femmes primipares participent aux cours de préparation à la naissance contre 28% des multipares. La participation est plus importante que dans la population médicale (53% primipares, 26% multipares). Les connaissances médicales qu'ont acquises les femmes médecins leur permettent de moins y participer.

Quant à l'entretien prénatal précoce, le taux de participation trouvé dans la population médicale s'approche de celui de la population générale.

2.1.4 L'organisation pour le suivi obstétrical

La prise des rendez-vous obstétricaux diffère en fonction du lieu d'activité. Cette information peut être en rapport avec l'intensité de l'activité qui diffère entre le milieu rural et urbain. De même, la proximité du lieu de suivi en milieu urbain facilite les déplacements et les consultations peuvent donc être faites le matin.

2.2 Le suivi paraclinique

2.2.1 Les examens de confirmation

L'enquête auprès des médecins généralistes a permis de se rendre compte que lorsqu'elles étaient internes, les femmes confirmaient leur grossesse plus facilement avec le dosage des β -HCG. Leur statut hospitalier a pu les aider, en demandant plus facilement aux infirmières de réaliser ce dosage.

Les médecins installées, quant à elles étaient plus nombreuses à bénéficier d'une échographie précoce. Elles sont les seules à en avoir réalisé, probablement grâce à la connaissance d'échographistes, ou par la nécessité de confirmer la grossesse avant d'engager des modifications professionnelles.

2.2.2 Les échographies

Le nombre d'échographies diminue dans le groupe des médecins installées en libéral, seules et en milieu semi urbain, qui ont probablement des difficultés à se libérer pour les réaliser. A l'inverse, les femmes travaillant en groupe ont plus de facilité à cesser leur activité le temps de passer leurs échographies.

Par rapport à la population générale, les femmes médecins sont plus nombreuses à faire trois ou moins de trois échographies. Elles sont, au contraire moins nombreuses à faire plus de trois échographies au cours de la grossesse. Là encore, les connaissances médicales (des recommandations, des signes nécessitant une consultation, etc.) peuvent influencer le suivi obstétrical.

2.2.3 Les bilans biologiques

Le pourcentage de femmes ayant réalisé leur suivi paraclinique obligatoire en totalité (toutes les sérologies obligatoires et analyses urinaires) est inférieur à la moyenne dans tous les groupes. Les internes restent majoritaires à 43%, car plus proches des recommandations. Les médecins installées sont 28% dans cette situation,

(le taux le plus faible) probablement suite à la connaissance de leur statut sérologique (toxoplasmose, rubéole, hépatite, etc.) par des grossesses antérieures, ou par manque de temps.

Indépendamment des autres tests, la recherche de la trisomie 21 en début de grossesse est moins réalisée chez les internes que dans les autres groupes, probablement en lien avec les risques liés à l'âge moins importants.

Les sérologies hépatite sont également moins dosées parmi les internes. Ce phénomène peut être expliqué par le fait que les internes connaissent leur statut sérologique au début de l'internat.

2.2.4 Le prescripteur des examens complémentaires

Le prescripteur des examens reste en majorité le professionnel obstétrical ayant suivi la grossesse. Peu de femmes s'engagent à l'auto prescription, sauf quelques-unes installées en libéral, probablement par manque de temps et face à la faible densité des professionnels obstétricaux en milieu libéral et/ou rural.

En 1997, la région Poitou-Charentes était la 3^e région de plus faible densité en spécialistes médicaux. 20% des professionnels pratiquent en milieu libéral, avec sept fois moins de présence en milieu rural. La distance moyenne à parcourir pour consulter un gynécologue dans la Vienne est de 15 à 30km [35]. Pour les sages-femmes, l'activité libérale représente 11 à 15% de la profession en France, la majorité exerçant en milieu hospitalier [36]. L'activité rurale paraît aussi faible que pour les spécialistes médicaux.

2.3 Les complications au cours de la grossesse

Les principales complications recensées dans les enquêtes auprès des médecins, sont la menace d'accouchement prématuré et l'accouchement prématuré.

Pour rappel, dans notre enquête, le taux de grossesse pathologique atteint 22% comprenant : 6% de MAP, 47% d'accouchement avant terme (dont 5% suite à une MAP), 6% d'hypertension artérielle gravidique.

Le taux de grossesse pathologique est plus important chez les remplaçantes. Cependant, dans une étude réalisée chez les internes à Nancy [5], le taux de grossesses pathologiques atteint 44% dont 39% de MAP et 16% d'accouchement prématuré.

A Lyon, une enquête chez les médecins installées en 2006 retrouve un taux de grossesse pathologique qui correspond à celui de notre région. Il est de 20%, dont 8% de menace d'accouchement prématuré. Le pourcentage d'accouchement avant terme n'a pas été présenté [8]. Enfin, en Indre et Loire, il est mis en évidence un taux d'accouchement prématuré à 10,5% dans la même population médicale [30].

Ces différences de pourcentage dans les différentes régions évoquent une forte disparité qu'il pourrait être intéressant de comparer en fonction de l'intensité de l'activité professionnelle, et du lieu et du mode d'exercice.

2.4 L'accouchement

2.4.1 Le terme

La période de l'accouchement est plus révélatrice de différences. Plus d'accouchements avant le terme prévu sont recensés chez les femmes médecins installées et les remplaçantes. De même, le fait de pratiquer une activité libérale est plus à risque d'accouchement prématuré que l'activité salariée. Les internes ont plus de chance d'accoucher à terme, comme les médecins salariées.

Dans notre région, le pourcentage d'accouchements à terme est plus faible qu'en Indre et Loire (48% parmi les femmes installées) et qu'à Nancy, parmi les internes (56% d'accouchements à terme en 2006).

En ce qui concerne l'arrêt d'activité, les remplaçantes peuvent modifier leur emploi du temps plus facilement et donc s'arrêter avant la date prévue. Les installées

ont tendance à cesser leur activité après la date prévue, suite aux difficultés de trouver un remplaçant pour la continuité des soins.

Le taux d'hospitalisation dans la population générale est plus élevé que dans la population médicale. Les connaissances, les difficultés rencontrées à l'arrêt d'activité font que les médecins se font moins hospitaliser que d'autres femmes enceintes.

2.4.2 Le lieu et l'accouchement

Il n'y a pas eu d'accouchement à domicile, tous ont été réalisés dans un centre hospitalier ou dans une clinique. Comme nous l'avons vu dans la partie résultats, le centre hospitalier est le premier choix des médecins pour accoucher. Le taux est identique à la population générale. La recherche de sécurité et de proximité des plateaux techniques chez des patientes à fort taux d'accouchement prématuré est une des raisons de ce choix.

Les médecins installées en libéral sont plus nombreuses à bénéficier d'une sortie précoce. La multi parité, qui se retrouve plus dans ce groupe, fait que les femmes préfèrent regagner leur domicile plus tôt.

En conclusion, de par des facteurs intrinsèques au domaine médical, la prise en charge obstétricale diffère de la population générale. Peu de modifications ont été retrouvées en fonction du statut professionnel (surtout les examens complémentaires et le terme). Cependant, il ne faut pas oublier les différents biais décrits ci-dessus.

La comparaison des résultats avec les enquêtes de quelques régions ont permis de montrer quelques disparités. Il serait intéressant de poursuivre une comparaison plus complète, à la recherche de facteurs évocateurs de ces disparités.

Voyons s'il existe des modifications dans le suivi obstétrical en fonction du temps.

3. Evolution du suivi obstétrical dans le temps

Les données de l'étude s'étendent de 1972 à 2013. Durant cette période de quarante ans, de nombreux changements dans le suivi obstétrical ont été mis en place, dans le but de diminuer la mortalité et améliorer les vécus de la naissance.

3.1 Historique du suivi obstétrical

Les premiers changements importants remontent aux années 1950, concernant l'accouchement sans douleur. Le Dr Lamaze s'inspire de découvertes russes et anglaises, pour instaurer les principes de base de l'accouchement sans douleur [37]. Les cours de préparation à l'accouchement sont alors mis en place. Devant l'augmentation d'intérêt de l'accouchement sans douleur, les cours deviennent rapidement remboursés (en 1963). Le projet s'amplifie en 1972 avec l'apparition de l'anesthésie par péridurale.

Ensuite est intervenu l'essor de l'échographie fœtale, dans les années 1980. L'examen devient une exploration systématique pour toute femme enceinte, et pris en charge par les collectivités [38]. Depuis 1995, avec la création du Collège Français d'Echographie Fœtale (CFEF), la pratique est en constante réévaluation et évolution.

Le troisième plus gros tournant dans le suivi obstétrical date de 1992. Un décret a été signé, cadrant le suivi clinique (sept consultations prénatales et la consultation post natale) et paraclinique (bilans biologiques au cours de la grossesse). Ce décret a été abrogé et reconduit par le décret du 27 mai 2003 retranscrit en annexe V. En 1994, un autre décret est publié concernant la consultation pré anesthésique (cf. annexe VI). Celle-ci est rendue obligatoire avant tout geste chirurgical programmé (césarienne, péridurale, etc...) De ce fait, cette consultation s'est étendue à toutes les femmes enceintes.

Enfin, en 2005 a été créé l'entretien prénatal précoce (au quatrième mois de grossesse), à la suite du plan périnatal de l'année précédente, permettant ainsi de rechercher les situations à risque, et d'accompagner au mieux les futurs parents.

Le dépistage de la trisomie 21 n'est pas obligatoire mais recommandé. Celui-ci a commencé à la fin des années 1970, avec l'amniocentèse, proposée aux femmes enceintes âgées de plus de 35 ans. Le dosage des marqueurs est apparu un peu plus

tard, au cours des années 80, avec la mise en place d'un modèle mathématique de calcul de risque en 1988. Ce n'est qu'en 1990 que la clarté nucale est intégrée au calcul du risque. Un arrêté du 27 mai 1997 instaure un cadre réglementaire en décrivant la limite à 1/250 [39]. En 2009, une deuxième réglementation législative a été votée, proposant le dépistage à toute femme enceinte, quel que soit son âge, au premier comme au deuxième trimestre de grossesse (cf. annexe VII).

Le dépistage du diabète gestationnel est, quant à lui, proposé en fonction de la présence de facteurs de risque (obésité, antécédents personnels et familiaux, etc.). Mr O'Sullivan, après 10 ans de recherche, a établi des seuils limites au test portant son nom dans les années 1960 [40]. Depuis, deux remises à niveau des méthodes de dépistage ont été réalisées. Peu de recommandations internationales ont été éditées et travaillées depuis 1995. En France, le seul dépistage obligatoire est la recherche d'une glycosurie mensuelle. Les recommandations actuelles et les seuils limites de positivité ont été édités par le Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF) et par l'alfediam (Association de Langue Française pour l'Etude du DIAbète et des maladies Métaboliques).

3.2 Le suivi clinique

L'évolution des réglementations du suivi obstétrical se ressent dans l'étude. En effet, celle-ci a permis de mettre en exergue une augmentation statistiquement significative du nombre de consultations d'anesthésie depuis 1994. Cette hausse est due à l'apparition d'une réglementation sur les consultations pré anesthésiques datant de cette période, citée dans l'historique et disponible en annexe VI.

Pour ce qui est de l'entretien prénatal précoce, instauré depuis 2005, il semblerait que plus de la moitié des médecins en ont bénéficié avant les années 2000. Il est probable que ce genre d'entretien se faisait auparavant, sans avoir de caractère formel, et introduit dans les cours de préparation à l'accouchement.

Parallèlement à l'évolution du suivi obstétrical, et en dehors de toute réglementation, le nombre de complications a augmenté, ainsi que les consultations en urgence et les hospitalisations. Leurs taux ont augmenté significativement de 13% avant 1994, à 32% après 2005. L'enquête a permis de montrer aussi que le type de complications se modifie en fonction du temps : de plus en plus d'anomalies

endocriniennes ont été recensées. Ce phénomène s'explique par le fait qu'avec la médicalisation de la grossesse, les recherches de pathologies endocriniennes se réalisent quasi systématiquement, même si les recommandations sont tout autres.

Enfin, la majorité des suivis obstétricaux ont été réalisés par des gynécologues obstétriciens. Cependant, les consultations hospitalières des deux derniers mois sont de plus en plus assurées par les sages-femmes, probablement par le fait que les gynécologues-obstétriciens sont plus demandés pour des consultations spécialisées (grossesses pathologiques, aide médicale à la procréation, etc.).

3.3 Le suivi paraclinique

Le suivi paraclinique évolue aussi dans le temps, en fonction des recommandations et décrets appliqués. La réalisation de plus de trois échographies obstétricales va en augmentant, passant de 21% avant 1994 à 48% après 2005, sans que l'on puisse conclure à une différence significative. Là encore, l'augmentation de fréquence des complications, et la modernisation des échographies peuvent en être à l'origine.

En ce qui concerne les bilans biologiques, le pourcentage des bilans biologiques (sérologies de début de grossesse, trisomie 21, toxoplasmose et hépatite B) est en augmentation constante depuis 1994. Cet état des lieux reprend le fait qu'un décret a été signé à cette période.

Quant à l'accouchement, il n'est pas retrouvé de modifications importantes au cours des quarante dernières années. Cela peut être dû à la présence des biais décrits au début du chapitre, puisqu'il y a eu beaucoup d'évolutions dans la prise en charge de l'accouchement (péridural, apparition des salles nature, etc.).

Il y a donc eu une évolution dans le temps, du suivi clinique et paraclinique, qui reprend les modifications de prise en charge faites pour la population générale. Le suivi obstétrical des femmes médecins généralistes reste cohérent par rapport aux recommandations du moment.

Il est à noter qu'en fonction de leur statut professionnel, elles ont réussi à trouver une organisation professionnelle-personnelle permettant de concilier le suivi obstétrical et les contraintes de la profession. Cependant, certaines ont décrit leur activité comme une difficulté dans ces moments de gestation, sans l'expliquer. D'autres femmes ont proposé quelques pistes d'amélioration pour les prises en charges à venir.

4. Réflexions sur les améliorations à apporter pour les grossesses futures

L'enquête finissait sur une question à réponse ouverte. Elle était centrée sur les améliorations à apporter pour les suivis obstétricaux futurs. Cette question a permis aux médecins d'y décrire librement les soucis ressentis non décrits par le questionnaire à choix multiples.

Le taux d'abstention est de 31%, toute catégorie confondue. Il est plus important chez les internes qui se sont moins senties concernées par les deux dernières parties, en rapport avec l'organisation libérale.

Les difficultés surviennent surtout lorsque les complications apparaissent et que l'arrêt d'activité devient nécessaire. Trois principales problématiques, véritables piliers d'améliorations possibles, ont été décrites de la façon suivante :

- Les difficultés de trouver un remplaçant ;
- L'aide financière insuffisante pour couvrir les charges lors de l'arrêt ;
- Les différences de prise en charge à l'arrêt d'activité entre le secteur salarié et le libéral.

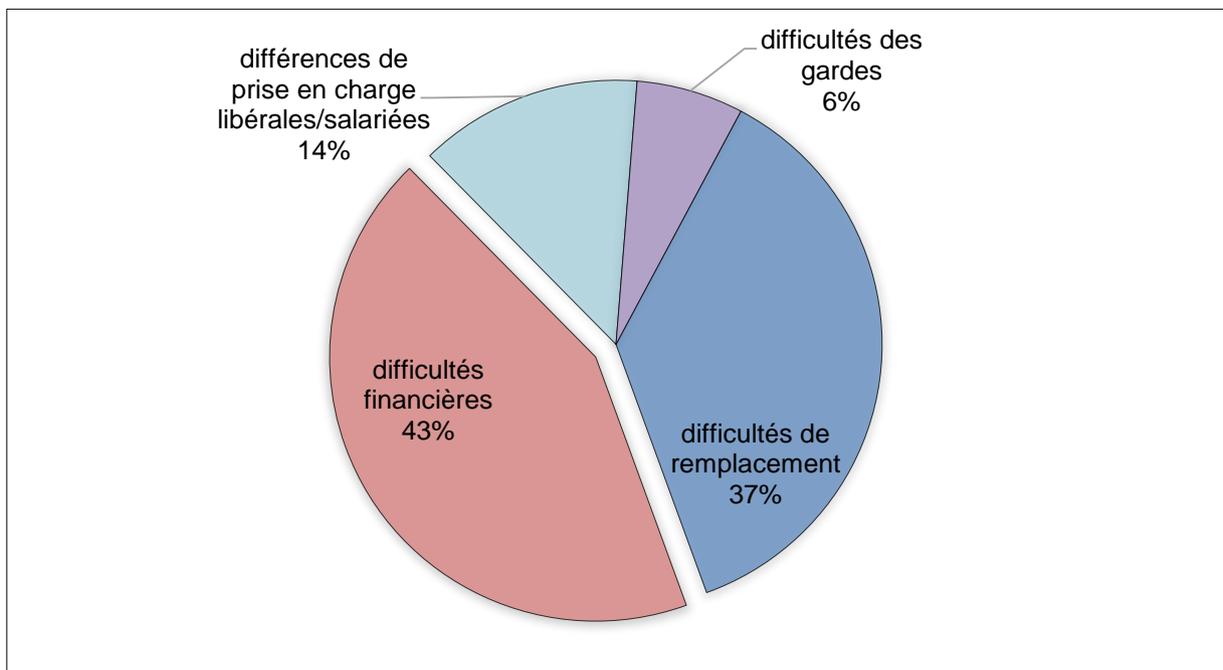


Figure 19 : Pourcentage des difficultés décrites par les médecins installés

4.1 L'évolution dans la prise en charge administrative

4.1.1 L'historique des aides

Trois années importantes prédominent dans l'évolution de la prise en charge des femmes médecins généralistes [41] :

- En 1982, les femmes médecins ont eu la possibilité de percevoir deux SMIC d'indemnités, au même titre des conjointes de médecins et des artisans commerçants à l'accouchement ;
- Puis, en 1994, les médecins ont obtenu les deux mois d'arrêt périnatal indemnisés, ou trois mois pour les grossesses multiples et grossesses pathologiques ;
- Enfin, en 2006, le décret du 2 juin 2006 a été signé, codifiant la prise en charge financière et donc des congés maternité pour les femmes médecins libéraux, décret élargi à toutes les professions libérales de santé.

Depuis 2006, les aides ne cessent d'évoluer, par la réévaluation des indemnités, sans atteindre encore le niveau d'aide des femmes salariées.

4.1.2 Les aides au 1er janvier 2014

Les aides sont scindées en deux parties : les aides financières d'une part et les aides pour la CARMF d'autre part.

S'agissant des aides de la CARMF, les femmes bénéficient de 100 points gratuits pour le trimestre au cours duquel survient l'accouchement pour le régime de base. Concernant le régime complémentaire assurance vieillesse, les médecins en congé maternité d'une durée minimal de 3 mois bénéficient de l'exonération d'un semestre de cotisation et de l'obtention gratuite de 2 points. Pour en bénéficier, il faut cotiser depuis au moins 4 ans, et être à jour de ses cotisations.

Quant aux aides financières, elles sont de deux sortes :

- L'allocation forfaitaire de repos maternel, dont le montant est fixé à 3129 euros, touchée en deux fois (à 7 mois de grossesse puis après l'accouchement) ;
- Les indemnités journalières forfaitaires au moment du congé pré natal. La cessation doit alors débuter au moins deux semaines avant la date d'accouchement, avec un minimum de 8 semaines au total. Le montant de l'indemnité journalière est fixé à 51,43 euros par jour. (cf. annexe VIII). Une date présumée d'arrêt d'activité a été fixée permettant aux médecins de s'organiser dès le début de la grossesse ;
- Les indemnités journalières de la CARMF, institués au 91^e jour d'arrêt, en cas de grossesse pathologique ou d'arrêt avant la date officielle des congés pré natal.

Depuis aout de cette année, les droits aux indemnités journalières en cas d'arrêt d'activité avant les congés pré natal ont été modifiés. Un décret paru dans le JORF n°0191 du 20 aout 2014 prévoit que des indemnités journalières débutent à partir du 4^e jour d'arrêt, pour une durée total de 87 jours. Le relai est pris par la CARMF au 91^e jour. Ces indemnités ne sont pas cumulables avec les indemnités journalières forfaitaires de cessation d'activité décrites ci-dessus (cf. annexe IX). Elles cessent donc au début du congé maternité.

4.1.3 Les modalités administratives

Afin d'obtenir la couverture sociale maternité, quelques conditions sont à remplir. Tout d'abord, les femmes médecins doivent être installées en secteur 1, remplaçantes ou collaboratrices. Elles doivent être affiliées au régime d'assurance maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (PAMC) et être à jour de leurs cotisations. Une fois la déclaration complétée, celle-ci doit être adressée à la CPAM et à la CAF de leur département.

Pour ce qui est de l'indemnité journalière forfaitaire, une déclaration sur l'honneur attestant de la cessation d'activité et un certificat médical mentionnant la durée de l'arrêt de travail sont nécessaires.

4.2 Quelques cas de grossesses bien vécues

Parmi les améliorations à apporter, quelques médecins ont décrit leurs bonnes expériences. Il s'agissait surtout de grossesses non compliquées :

- « *J'ai eu la chance d'avoir une grossesse non compliquée* » ;
- « *quand la grossesse n'est pas pathologique, c'est gérable* » ;
- « *rien à signaler quand la grossesse est normale* » ;
- « *l'indemnité de grossesse par une assurance n'existait pas en 2004. L'indemnité de grossesse par la CPAM était moindre et la période d'indemnité était plus courte que maintenant. J'ai dû reprendre mon activité rapidement. Mes 2 grossesses se sont bien déroulées mais j'ai souffert d'avoir peu profité des enfants bébés* » raconte une autre femme.

D'autres ont noté les avancées déjà réalisées, ayant modifié le confort des fins de grossesse :

- « *Je crois qu'il y a eu de nettes avancées. Tant mieux. Après, tout est réalisable. La preuve !* »
- « *j'ai beaucoup apprécié la durée du congé maternité qui est désormais identique à celle de femmes salariées. MERCI à nos confrères et consœurs qui se sont battus pour cela !* »

Malgré cela, il reste encore beaucoup de modifications à apporter pour améliorer le vécu obstétrical des femmes médecins. Une étude qualitative à ce sujet serait plus appropriée et pourra faire l'objet d'une recherche ultérieure. Pour l'instant, nous limiterons notre analyse aux principaux problèmes cités plus haut.

4.3 Les aides aux remplacements

Les répondantes ont été 45% à décrire des difficultés pour trouver des remplaçants au moment de l'arrêt d'activité, que ce soit en cas d'arrêt brutal ou de congé maternité. La présence d'un remplaçant régulier permettrait, au cours de la grossesse, d'alléger la charge de travail, de prolonger la permanence des soins en cas d'arrêt, et d'apporter une aide financière pendant la période des congés maternité.

Ces difficultés sont plus ressenties en milieu rural et chez les spécialistes, limitant le congé maternité pré et post natal : « *L'absence de remplaçant à la campagne oblige à écourter le congé maternité* ». Une autre femme a décrit le manque de remplaçant comme un facteur d'accouchement prématuré, devant poursuivre l'activité pour pallier aux charges financières d'un cabinet médical. Deux autres médecins ont ressenti plus de difficultés dans le post partum, et surtout au moment de l'allaitement.

Plusieurs propositions ont été faites, afin de favoriser les remplacements réguliers et de faciliter la recherche. De nombreux médecins ont proposé d'instaurer une liste de remplaçants dédiée aux congés (maladie ou maternité), tenue et mise à jour par une institution, et disponible sur une plateforme (internet, service, ...). Cette liste existe auprès des conseils de l'Ordre, mais beaucoup de médecins déplorent l'absence de mise à jour de celle-ci.

Dans les mêmes conditions, une collaboration libérale pourrait être instaurée, afin d'alléger la charge de travail dès les premiers mois de grossesse.

Un médecin propose de pouvoir se « *libérer un jour/semaine pour les examens et le suivi, avec la mise à disposition de remplaçants (ou collaborateur) ou avec aide à la rémunération* ».

Devant le nombre insuffisant de remplaçants et de collaborateurs libéraux, un autre médecin espère avoir une augmentation suffisante du numerus clausus pour pallier à ce manque.

En dehors d'une aide humaine pour l'allègement de l'activité, des médecins demandent une aide, financière ou confraternelle, afin de diminuer l'activité professionnelle, sans en souffrir financièrement.

4.4 Les modifications d'activité professionnelle

Au cours de leur grossesse, des femmes ont souhaité travailler à mi-temps thérapeutique, pour pouvoir diminuer l'activité et participer, ainsi, au suivi obstétrical. Outre le manque de remplaçants et la perte financière que cela implique d'autres difficultés influençant cette décision ont été citées.

Les relations confraternelles semblent être une difficulté supplémentaire à la modification d'activité. En effet, quelques-unes ont soumis la possibilité d'avoir une « meilleure entente » ou une « aide des confrères » plus légale pour permettre quelque soulagement.

Les principales modifications d'activité énumérées par les médecins étaient les changements de créneaux horaires, la diminution ou l'arrêt des visites à domicile, et la diminution voire l'arrêt des gardes. Il est vrai que ces modifications ne peuvent se faire qu'avec la compréhension et la bonne entente des confrères.

Depuis peu, une nouvelle situation professionnelle a été instaurée en France, celle des praticiens territoriaux. Elle a pour objectif de faciliter l'exercice médical libéral dans des régions de faible densité médicale. Le médecin, non ou récemment installé, s'engage à pratiquer dans ces régions. En contrepartie, une rémunération forfaitaire lui est proposée. Il peut pratiquer soit en tant que médecin généraliste, soit en tant que collaborateur libéral. Il peut être intéressant de se pencher sur l'utilité de ce statut en milieu rural où les remplaçants sont peu nombreux. Un seul médecin a mentionné cette possibilité d'amélioration : « *nomination d'un praticien territorial de médecine générale pendant 3 mois distribué par la collectivité* ».

4.5 Les difficultés financières

Les difficultés financières rencontrées à l'arrêt de grossesse sont un frein à la prise des congés maternité pré et post natal. A l'arrêt d'activité, les médecins continuent d'acquitter les charges du cabinet d'une part, et les charges CARMF et URSSAF d'autre part, ces dernières étant basées sur l'activité des deux années précédentes. Les remplacements lorsqu'ils sont honorés, ne couvrent pas toutes les charges liées à l'arrêt.

Depuis 2006, des indemnités forfaitaires ont été instaurés, pour aider les femmes à prendre leur congé maternité au même titre que les salariées. Mais ces indemnités semblent encore faibles par rapport aux charges. En effet, de nombreuses femmes médecins ont demandé une augmentation des indemnités, afin de subvenir aux charges professionnelles et personnelles.

La demande est la même pour le calcul des charges URSSAF et CARMF. Une réévaluation de celles-ci basée sur l'activité mensuelle précédente, ou allégée dès connaissance de la grossesse, serait souhaitable.

D'autres médecins proposent une aide à la rémunération des remplaçants, afin de pouvoir s'assurer un revenu plus élevé que les charges.

Trois femmes ont mentionné la nécessité de thésauriser avant la grossesse et de faire appel à une aide financière familiale : « *j'avais la chance que mon mari puisse subvenir au revenu du foyer* », ou encore « *prise en charge FINANCIERE [...] très difficile si le conjoint ne travaille pas.* »

La création d'une indemnité des journées ou demi-journées liées aux consultations prénatales serait une alternative à l'appel des remplaçants au moment du suivi.

Il est conseillé, en début d'installation, de souscrire à une assurance prévoyance, afin de subvenir aux charges en cas d'arrêt maladie. En effet, les indemnités journalières ne sont versées qu'à partir du 91^e jour d'arrêt. Les assurances privées permettraient de pallier cette carence. Malgré cela, même les indemnités des

assurances paraissent faibles face aux coûts d'un cabinet médical. Comme l'explique un médecin : « *même assurée, les indemnités ne couvraient pas les charges* ». Là aussi, il aurait été intéressant de connaître le nombre de femmes ayant adhéré à une assurance privée avant le début de grossesse.

Depuis l'envoi du questionnaire, les indemnités journalières sont versées au quatrième jour d'arrêt maladie pour grossesse pathologique.

Une évolution de prise en charge des indemnités journalières est en cours d'acheminement. Comme décrit plus haut, les praticiens territoriaux perçoivent un supplément de rémunération. Ils possèdent aussi des avantages concernant la protection sociale. En cas d'arrêt maternité, ceux-ci obtiennent un complément de rémunération maximal (soit 3105 euros bruts par mois), qui se cumule avec les indemnités forfaitaires.

4.6 L'équivalence de droits salariées/libérales

Beaucoup de femmes ont fait la demande d'une égalité entre elles et les femmes salariées, en termes de congé maternité. Même si la situation a bien évolué depuis 1994 pour les congés maternité et les indemnités, elles souhaitent avoir les mêmes conditions de prise en charge, et les mêmes avantages (à savoir une date officielle fixée, une indemnisation et le maintien d'un salaire suffisant à l'arrêt, des charges et une perte de patientèle moindre). Un médecin trouve les indemnités des libérales « injuste par rapport aux aides que bénéficient les salariées », d'autres pensent qu'il « vaut mieux être salariée ». Une dernière souhaiterait que les femmes installées en libéral soient « considérées comme des femmes normales avec les mêmes droits »

Le souci revient à nouveau sur la différence de prise en charge financière et les difficultés rencontrées citées plus haut. L'instauration du statut salarial dans les cabinets de groupe pourrait résoudre cette anomalie mais ne modifierait pas l'activité des médecins, pouvant être un facteur de complications de grossesses. De même, cette proposition ne limiterait pas la perte de patientèle décrite à plusieurs reprises dans les commentaires.

4.7 Les autres modifications

Concernant le suivi, les médecins généralistes souhaitent une prise de rendez-vous plus facile avec des créneaux adaptés à l'organisation spécifique des médecins. Dans la région, un réseau de soignants pour les soignants se met en place. Il a pour objectif de proposer une aide médicale en cas de difficultés liées à la santé du soignant. Pour le moment, ce réseau prend en charge les souffrances psychiques. On peut imaginer que, dans le cadre de l'évolution de ce réseau, le suivi obstétrical (clinique et paraclinique) des femmes médecins soit pris en charge par celui-ci, que la grossesse soit compliquée ou non.

Après ces principales requêtes, quelques médecins ont exprimé leur méconnaissance et le manque de clarté dans les démarches administratives en vue d'obtenir des aides. Elles demandent alors une aide, et une simplification de ces démarches.

Une réflexion peut être menée sur les aides individualisées et personnelles, selon les conditions d'exercice. Cela aurait pour objectif d'apporter plus facilement des aides à la gestion familiale.

Enfin, sans que ce soit une amélioration exécutable, trois médecins ont insisté pour que la grossesse soit vécue en tant que femme et future mère, plutôt que par une femme médecin enceinte.

En résumé, la réévaluation des aides financières et humaines permettrait sûrement d'améliorer la qualité du suivi obstétrical, et de limiter les risques liés à l'inquiétude de l'arrêt dans une population déjà à haut risque de complications.

Une étude récente a été réalisée sur les difficultés rencontrées au cours de la grossesse chez les avocates. Analysons leur situation.

5. Comparaison avec les avocates

5.1 La situation actuelles des avocates

Deux études de l'impact de la grossesse sur la profession des avocates ont été réalisées en 2008 et 2013.

La première, faite au barreau de Paris en 2008 [42], remarque que 70% des femmes éprouvent des difficultés diverses en dehors de toute grossesse, à 50% liées au statut de femme. Plus de 50% de cette population ne peut concilier vie professionnelle et vie personnelle.

Au cours de la grossesse, 71% sont confrontées à des difficultés, pour la plupart liées au congé maternité trop court ou inexistant. Il est à noter que 7% des difficultés rencontrées sont dues à un licenciement en fin de grossesse, ce qui ne peut arriver dans le milieu médical ou salarié.

Ces difficultés se rencontrent plus souvent chez les avocates collaboratrices libérales, « non rentables » pour leurs confrères (versement de rétrocessions d'honoraires pendant les congés maternité sans gain pour l'entreprise), et qui ne possèdent aucune adaptation professionnelle à leur retour, au risque d'un licenciement.

En comparaison avec notre population médicale, les femmes médecins sont nettement moins nombreuses à ressentir des difficultés : elles étaient 15%.

La deuxième étude est plus récente. Elle date de novembre 2013 et a été réalisée sur l'ensemble des avocates parisiennes (collaboratrices, individuelles ou associées), et basée sur l'impact de la grossesse sur la profession [43]. L'auteur conclut que « la maternité nuit gravement à la carrière » pour différentes raisons :

- Difficultés à prendre un congé pathologique ou un congé maternité (25% de la population) suite à l'obligation d'arrêt complet d'activité durant la durée de l'arrêt, la perte de clients (18%) et les difficultés financières suite à une baisse du chiffre d'affaire (15%) ;

- Difficultés financières (21 à 28% en fonction de la situation professionnelle) ;
- Difficultés relationnelles avec les magistrats (16%) et les clients à 35% (dossiers retirés, perte de clientèle) ;
- Complexité des formalités avec manque d'information sur celles-ci ;
- Difficultés de garde d'enfants (55%).

5.2 Comparaison avec le milieu médical

Dans la population médicale, les difficultés ressemblent à celles des avocates, mais les proportions ne sont pas les mêmes. La difficulté la plus importante représente la prise du congé maternité en totalité. Le pourcentage de médecins à s'être arrêtés plus tard que prévu représente 56% de l'échantillon. La deuxième difficulté importante représente le côté financier, à 43%. Les difficultés relationnelles avec les patients, ou les confrères, représentent 3% de l'échantillon.

D'autres difficultés ont été citées chez les médecins en moindre proportion, comme les difficultés administratives avec une demande de simplification des démarches, des difficultés de poursuivre l'allaitement à la reprise du travail, etc.

Les pourcentages retrouvés chez les avocates, pour les trois principales difficultés communes, sont nettement inférieurs à la population médicale. Cette différence peut s'expliquer par deux échantillons qui diffèrent en taille et en caractéristiques (réalisation de l'enquête à Paris, réception de 1000 réponses pour les avocates, le milieu urbain représentant une majorité de l'activité), deux questionnaires amenés différemment, ou par une sous-estimation des difficultés chez les avocates.

Les avocates mettent tout de même plus leur carrière professionnelle en danger avec une grossesse, devant le risque de licenciement existant dans leur profession. Leur situation s'améliore aussi, progressivement, mais les aides sont aussi insuffisantes qu'en médecine générale.

Conclusion

En région Poitou-Charentes, les femmes médecins généralistes ont un suivi obstétrical cohérent avec les recommandations de la HAS. On peut conclure qu'elles ne négligent pas leur suivi obstétrical et qu'elles arrivent à concilier vie professionnelle et vie personnelle.

L'activité libérale ne semble pas constituer un frein au suivi obstétrical mais peut modifier l'évolution de la grossesse (accouchements avant le terme prévu). Ce qui peut poser problème est l'arrêt d'activité et les conséquences induites (difficultés financières, relations confraternelles, etc.) lorsque la grossesse devient pathologique.

D'autres statuts professionnels (internes, remplaçantes) ont plus de facilités à cesser leur activité, car elles possèdent de meilleurs avantages en termes de protection sociale en cas d'arrêt et de grossesse pathologique. De nouvelles situations professionnelles avec des avantages au moment de la grossesse apparaissent afin de simplifier leur prise en charge.

Cette étude était destinée aux médecins généralistes libéraux. Cependant, les difficultés rencontrées au cours d'une grossesse peuvent se rencontrer aussi bien chez les femmes médecins travaillant en milieu hospitalier, que chez des femmes exerçant une autre activité libérale. La gestion du suivi obstétrical et des contraintes professionnelles (ou personnelles) afférentes, peut être différente suivant les secteurs, et il serait intéressant de les évaluer et de les comparer.

Ainsi, cette connaissance nous permettrait de classer la qualité du suivi obstétrical et professionnel des femmes, par activité (infirmières, sages-femmes, avocates, etc.), au sein de la Région Poitou-Charentes. Malheureusement, malgré nos recherches, les données actuelles réunies sont trop lacunaires pour parvenir à un résultat significatif.

Il est important de se soucier de la protection sociale des femmes dans un domaine qui se féminise, afin d'éviter la désertification du libéral, et/ou du milieu rural par celles-ci. Le salariat pourrait leur apporter un confort en cas de grossesse

pathologique (dont le pourcentage reste plus important que dans la population générale) en limitant les difficultés liées à l'arrêt. A nous de trouver des solutions pour l'avenir.

Je terminerai sur cette phrase, qui illustre l'évolution des mentalités et de la pratique en un siècle et demi :

« *Et quand elles seront enceintes comment s'approcheront-elles de leurs malades avec leur gros ventre ?* » (Paru dans « la femme médecin » en 1875, écrit par le Dr Richelot G, chirurgien).

Références bibliographiques

- 1 – NOUGER F. Les médecins généralistes et leur santé, ou « docteur, comment prenez-vous en charge votre santé ? ». Thèse de doctorat en médecine. Poitiers : Université de Poitiers. 2004. 146 p.
- 2 – Le BRETON-LEROUVILLOIS G. Atlas de la démographie médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2014. Site du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2014. [En ligne]. Disponible sur : http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_2014.pdf (page consultée le 18/06/2014)
- 3 – BELLAMY V. et BEAUMEL C. Bilan démographique 2013. Trois mariages pour deux PACS. Enquêtes et études démographiques. INSEE première, janvier 2014, numéro 1482, 4 p.
- 4 – VILANOVA J. La démographie des médecins – situation au 1^{er} janvier 2010. Site de La médicale. [En ligne]. Disponible sur : http://www.lamedicale.fr/documents/201012_demographie_medicale.pdf (document consulté le 16/06/2014)
- 5 – HOSDEZ M. La grossesse chez les internes de médecine générale et de spécialité. Thèse de doctorat en médecine. Nancy : Université Henri Poincaré Nancy 1. 2006. 123 p.
- 6 – FETSCHER PRENAT A. Etre enceinte et interne en médecine. Thèse de doctorat en médecine. Besançon : Université de Franche Comté. 2011. 105 p.
- 7 – BERTRAND P., LERH-DRYLEWICZ A.M., YVON B. Féminisation de la médecine générale, faits et implications. Une enquête qualitative en Indre et Loire. JLE, 2007, volume 3, numéro 2, p.83-88
- 8 – CLAUSTRAT L. La maternité des femmes médecins généralistes libérales depuis le 1^{er} juin 2006 : étude descriptive en région Rhône Alpes. Thèse de doctorat en médecine. Lyon : Université Claude Bernard. 2010. 69 p.
- 9 – KAHN-BENSAUDE I. la féminisation, une chance à saisir. Site du Conseil National de l'Ordre des Médecins, 2005. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/feminisation2005.pdf> (page consultée le 17/06/2014)

- 10 – BIRINGER A., CARROLL J. what does the feminization of family medicine mean ? CMAJ, octobre 2012, volume 184, numéro 15, p. 1752
- 11 – NOTZER N., BROWN S. The feminization of the medical profession in Israel. Med Educ, 1995, volume 29, numéro 5, p.377-381
- 12 – POTEER RA., GERBER AJ., ICKOVICS JR. Medicine and motherhood : shifting trends among female physicians from 1922 to 1999. Acad Med, aout 1999, volume 74, numéro 8, p.911-919
- 13 – GJERBERG E. Women doctors in Norway : the challenging balance between career and family life. Soc Sci Med, octobre 2003, volume 57, numéro 7, p.1327-1341
- 14 – FRANCK E., CONES K. Characteristics of pregnant vs non-pregnant women physicians : findings from the women physician' health study. Int J Gynaecol Obstet, avril 2000, volume 69, numéro 1, p.37-46
- 15 – FRANCO K. et al. Conflicts associated with physicians' pregnancies. Am J Psychiatry. Juillet 1983, volume 140, numéro 7, p.902-904
- 16 – TAMBURRINO MB. Et al. Physician pregnancy : male and female colleagues' attitudes. Mai 1992, volume 47, numéro 3, p.82-84
- 17 – CANDIB LM. Et al. Doctors having families : the effect of pregnancy and childbearing on relationships with patients. Fam Med, mars-avril 1987, volume 19, numéro 2, p.114-119
- 18 – EVAN S. Obstetric experience of female medical practitioners as patients. Aust NZJ Obstet Gynaecol, juillet 1995, volume 35, numéro 3, p.282-285
- 19 – NAEYE RL., PETERS EC. Working during pregnancy : effects on the foetus. Pediatrics, juin 1982, volume 69, numéro 6, p.724-727
- 20 – SNIJDER CA. Et al. Physically demanding work, fetal growth and the risk of adverse birth outcomes. The generation R study. Occup Environ Med. Août 2012, volume 68, numéro 8, p.543-555
- 21 – SCHWARTZ RW. Pregnancy in physicians : characteristics and complications. Obstet Gynecol. Novembre 1985, volume 66, numéro 5, p.672-676

22 – KATZ VL. MILLER NH. BOWES WA. Pregnancy complications of physicians. wjm. Decembre 1988, volume 149, numéro 6, p.704-707

23 – TSAFRIR Z. Et al. Personnel it is : a myth or a pathology ? a retrospective analysis of obstetrical and perinatal outcomes for physicians and nurses. [En ligne] In NCBI, Epub 2014. Disponible sur : <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/m/pubmed/24815051/> (page consultée le 03/07/14)

24 – CHOU YJ. Do physicians and their relatives have a decreased rate of cesarean section ? a 4 year population based study in Taïwan. Birth. Septembre 2006, volume 33, numéro 3, p.195-202

25 – QUANSAH et al. Work as physician and adverse pregnancy outcomes : a Finnish nationwide population based registry study. Eur. J. Epidemiol. Aout 2009, volume 24, numéro 9, p.531-536

26 – BAKER NJ. Maternity leave for practicing family physicians. J Fam Pract. Juillet 1992, volume 35, numéro 1, p.39-42

27 – MEDICA. Histoire de l'entrée des femmes en médecine. BIU Santé.[En ligne]. Disponible sur : <http://www.biusante.parisdescartes.fr/histmed/medica/femmesmed.htm> (page consultée le 22/09/2104)

28 – BIENVAULT P. Les femmes sont l'avenir de la médecine. La croix. Fevrier 2013 [en ligne]. Disponible sur : http://www.la-croix.com/Ethique/Medecine/Les-femmes-sont-l-avenir-de-la-medecine-NP_-2013-02-28-916181 (page consultée le 12/09/2014)

29 – INRS. Grossesse et travail : quels sont les risques pour l'enfant à naître ? EDP sciences. 2010. 560 p.

30 – GEFFROY M. et al. Les femmes médecins généralistes et leur grossesse. JLE. Mai 2010, volume 6, numéro 5, p.236-240

31 – Soigner en Ile-de-France. Mixité exercice libéral et salarié. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.soignereniledefrance.org/evoluer-dans-sa-carriere/mixite-exercice-liberal-et-salarie/> (page consultée le 06/06/2014)

- 32 – CDOM de Côte d'or. Le médecin remplaçant. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.conseil21.ordre.medecin.fr/node/1313> (page consultée le 10/06/2014)
- 33 – BLONDEL B. KERMARREC M. Enquêtes nationale périnatale 2010. Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. DREES. Mai 2011. 132 p.
- 34 – SCHEIDEGGER S. VILAIN A. Disparités sociales et surveillance de grossesse. Etudes et résultats. Site de la DREES. Janvier 2007, numéro 552, 8p. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/12731/1/er552.pdf> (page consultée le 16/09/2014)
- 35 – ARS. Accès aux soins en région Poitou-Charentes. Fiche 3/1. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.ars.poitou-charentes.sante.fr/Acces-aux-soins-en-Poitou-Cha.91332.0.html> (page consultée le 25/10/2014)
- 36 – MIDY F. et al. Sages-femmes. Dans Analyse de trois professions. Sages-femmes, infirmières, manipulateurs d'électroradiologie médicale. Observatoire National de la Démographie des Professions de Santé. 2004. Tome 3. p.9-50
- 37 – VANDER HEYM E. Le docteur Lamaze met au point l'accouchement psychoprophylactique dit sans douleur. Site du ministère de la Culture. 2002 [En ligne]. Disponible sur : <http://www.culture.gouv.fr/culture/actualites/celebrations2002/lamaze.htm> (page consultée le 25/08/2014)
- 38 – CFEF. Historique. Site du Collège Français de l'Echographie Fœtale. Mai 2007. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.cfefpublic.org/historique.php> (page consultée le 02/02/2014)
- 39 – Service évaluation économique et santé publique. Evaluation des strategies de dépistage de la trisomie 21. HAS. Juin 2007. 182p.
- 40 – Service des recommandations professionnelles. Rapport de synthèse sur le dépistage et le diagnostic du diabète gestationnel. HAS. Juillet 2005. 75p.
- 41 – MG France. Historique de la lutte pour la couverture maternité des femmes médecins. Février 2014. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.mgfrance.org/index.php/exercice/la-protection-sociale/la-maternite/historique> (page consultée le 26/08/2014)

42 – MENEGAUX C. Les avocats aussi victimes de discrimination à la grossesse. Le figaro. 16 décembre 2010. [En ligne]. Disponible sur : <http://www.lefigaro.fr/actualite-france/2010/12/09/01016-20101209ARTFIG00764-les-avocates-aussi-victimes-de-discrimination-a-la-grossesse.php> (page consultée le 11/10/2014)

43 – DUEZ-RUFF V. L'impact de la maternité sur la carrière des avocates. Gazette du palais. Novembre 2013. numéro 333-334. p.8-10

44 – Service des recommandations professionnelles. Comment mieux informer les femmes enceintes ? Synthèse des recommandations professionnelles. HAS. Mai 2005. 4p. [En ligne]. Disponible sur : http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Infos_femmes_enceintes_fiche.pdf (page consultée le 10/08/2014)

Annexes

ANNEXE I : Questionnaire envoyé aux femmes médecins généralistes installées en libéral au moment de l'enquête

1^{ère} partie : La grossesse

1) Généralités

- En quelle année a eu lieu le début de la dernière grossesse ?

- Quel était le rang de parité ?

- Avez-vous bénéficié d'une aide à la procréation ? oui non
- si oui, laquelle ? Stimulation ovarienne
 - Insémination artificielle
 - Fécondation in vitro
 - Accueil d'embryons (dons)

2) La déclaration

- Quel(s) examen(s) complémentaire(s) a (ont) été utilisé(s) afin de confirmer le début de grossesse ?
 - Test urinaire
 - Dosage des b HCG plasmatique
 - Échographie précoce (avant 10SA)
 - Aucun

- A quel moment la déclaration de grossesse a-t-elle été faite ?
 - Avant 16 SA
 - Après 16 SA

- Par qui a-t-elle été complétée ? L'échographiste
 - Gynécologue-obstétricien en milieu hospitalier
 - Gynécologue-obstétricien en milieu libéral
 - Sage-femme en milieu hospitalier
 - Sage-femme en milieu libéral
 - Confrère médecin généraliste
 - Vous-même

3) Le suivi clinique

- Qui vous a suivie pendant la grossesse ? (Pour les 7 premiers mois)
 - Même professionnel qui a rempli votre déclaration
 - Autre. Préciser

- Cette (ces) consultation(s) a (ont) t'elle(s) débouchée(s) sur une hospitalisation ? oui non
- Votre état de santé a-t-il nécessité l'instauration d'un traitement? oui non
 - Si oui, qui en était le prescripteur ?
- Avez-vous ressenti le besoin d'aide extérieure (écoute, conseils,...) concernant les modifications d'hygiène de vie pendant la grossesse (par exemple, pour l'arrêt du tabac si vous fumiez, pour de possibles modifications alimentaires, etc....) ?

6) L'accouchement

- A quel période avez-vous accouché ? Avant le terme de 40 SA
 - Au terme de 40 SA
 - Après le terme de 40 SA
- Dans quel établissement avez-vous accouché ? Dans un centre hospitalier
 - Dans une clinique
 - A domicile
 - Autre. Préciser.....
- Comment s'est déroulé votre accouchement ? Par voie basse
 - Par césarienne
 - Avec aide instrumentale
 - Avec péridurale
- Avez-vous consulté un anesthésiste avant l'accouchement ? Oui Non
- Avez-vous présenté des complications immédiates (hémorragie de délivrance, révision utérine ...) ?
 - Oui Non
- Avez-vous bénéficié d'une sortie précoce ? oui non
 - Si oui, l'avez-vous bien vécue ?

- Concernant la consultation post natale, a-t-elle été pratiquée par

- un(e) sage-femme
- Un confrère médecin généraliste
- Un obstétricien hospitalier
- Le professionnel qui a suivi votre grossesse
- Consultation non faite

7) La qualité du suivi

- Etes-vous satisfaite de votre suivi obstétrical ? oui non
 - En cas d'insatisfaction, quelles modifications auraient pu être apportées ?

- Pensez-vous que votre travail a été source de difficultés pour votre suivi ? oui non

2^e partie : La grossesse et le travail en milieu libéral

1) Organisation avant grossesse

- Quel était votre statut professionnel en début de grossesse ? Remplaçante
 - Installée
 - Collaboratrice libérale
 - Interne
- Aviez-vous une activité salariée en plus d'une activité libérale? oui non
- Dans quel milieu pratiquiez-vous la médecine libérale au début de la grossesse ? Seule
 - Dans un cabinet de groupe
 - En milieu rural
 - En milieu urbain
 - Autre. Préciser.....
- Comment qualifieriez-vous votre activité en début de grossesse? Intense
 - Moyennement intense
 - Faible

2) Organisation pendant la grossesse (pour le suivi)

- D'une façon générale, comment avez-vous planifié les rendez-vous liés au suivi de grossesse ?
 - Le matin, avant le début du travail
 - Entre 12 et 14h
 - En cours de journée, sur du temps libre
 - Le soir, après le travail
 - Pas d'organisation particulière

- Afin de réaliser votre suivi avez-vous modifié votre organisation professionnelle ? oui non
 - Si oui, comment avez-vous organisé votre travail ? modification des horaires
 - prise de congés
 - appel à un remplaçant
 - autre(s).

Préciser.....

- Les changements d'activité ont-ils modifié les relations avec vos confrères ou les patients ?

3) Organisation au moment de l'arrêt

- A quel moment de la grossesse avez vous cessé votre activité ?
 - Avant la date officielle du congé maternité donnée par la sécurité sociale
 - A la date officielle du congé maternité donnée par la cpam
 - Après la date officielle du congé maternité donnée par la cpam

- Comment avez-vous pu organiser la permanence des soins à votre arrêt ?
 - Appel à un remplaçant
 - Appel aux confrères
 - Poursuite du travail
 - Instauration d'une collaboration libérale
 - Autre. Préciser.....

- Selon vous, quelles aides seraient intéressantes à proposer pour l'amélioration de la prise en charge des femmes médecins généralistes enceintes ?

ANNEXE II : Courrier associé au questionnaire lors de l'envoi

Sujet du mail : questionnaire de thèse : le suivi de grossesse des femmes médecins généralistes libérales

Chères consœurs,

Je suis interne de médecine générale, et je réalise une thèse sur le suivi de grossesse des femmes médecins généralistes libérales dans la région Poitou-Charentes, sous la direction du Dr Touzard.

L'enquête est destinée à toutes celles qui ont vécu au moins une grossesse, de la déclaration jusqu'à l'accouchement, qu'elle se soit passée avant ou après l'installation. Ce questionnaire, envoyé avec le soutien de l'URPS, reste anonyme, prend moins de dix minutes et est accessible à l'adresse ci-dessous.

Je vous remercie à l'avance pour ces quelques minutes pour y répondre.

Lien du questionnaire : [...]

Veillez recevoir, chères consœurs, mes salutations distinguées.

Aurore Peltier

ANNEXE III : Le suivi obstétrical selon la HAS en mai 2005 [44]

Contenu	3 ^e mois	4 ^e mois	5 ^e mois	6 ^e mois	7 ^e mois	8 ^e mois	9 ^e mois
Examens obligatoires							
Examen clinique	•	•	•	•	•	•	•
Entretien individuel ou en couple	•	Evaluation par une sage-femme des besoins de prévention et d'éducation : séances de préparation à la naissance et/ou orientation vers des dispositifs d'aide et d'accompagnement					
HCG qualitatif	Si doute						
Diagnostic de grossesse	•						
Déclaration de grossesse	Avant 15 SA ⁽¹⁾						
Groupe sanguin	•					2 ^e détermination si non réalisée avant	
Recherche d'agglutinines irrégulières (RAI)	•	Si Rhésus négatif ou si antécédent de transfusion, poursuite des recherches d'agglutinines irrégulières mensuelles au cours des 6 ^e , 8 ^e et 9 ^e mois					
Identification et titrage des anticorps	si RAI +			si RAI +		si RAI +	
Sérologie rubéole	• ⁽²⁾	Si résultat négatif : mensuelle jusqu'à 18 SA					
Sérologie syphilis	•						
Sérologie toxoplasmose	• ⁽²⁾	Si résultat négatif : mensuelle jusqu'au 9 ^e mois et après accouchement					
Recherche antigène HBs				•			
Glycosurie-Albuminurie	•	•	•	•	•	•	•
Hémogramme				•			
Examens à proposer systématiquement							
Échographie obstétricale	entre 11 et 13 SA + 6 jours	entre 20 et 22 SA			entre 31 et 32 SA		
Marqueurs sériques (trisomie 21)	entre 14 et 18 SA						
Sérologie VIH 1 et 2	•						
Prélèvement vaginal : recherche streptocoques B						entre 35 et 38 SA	
Examens à proposer selon la symptomatologie ou les antécédents							
NFS	•						
ECBU	•		•			•	•
Frottis cervical	Si >2 ans						

ANNEXE IV : Différences de prise en charge obstétricale dans la population étudiée, en France et dans la région Ouest (1)

Les données sur les populations et les périodes de temps (de 1972 à 2013 pour notre étude, enquête périnatale de 2010 pour la population générale) sont trop différentes pour envisager une comparaison. Ces résultats permettent, néanmoins, de visualiser des « tendances » entre la population étudiée et la population générale.

suivi obstétrical	pop. Étudiée	pop. Générale	région Ouest
Indice de fécondité	2,4	1,97	1,9
déclaration complétée	95%	100%	
suivi par gynécologue-obst.	89%	67%	
Entretien du 4e mois	26%	22%	31%
préparation naissance	44%	73%	83%
Sérologies T21	49%	84%	89%
moins de 3 échographies	10%	2%	
3 échographies	57%	31%	
plus de 3 échographies	31%	67%	
rech. diabète gestationnel	56%	86%	

Complications	pop. Étudiée	pop. Générale	région Ouest
Diabète gestationnel	4%	7%	
HTA	1%	5%	
RCIU	2%	4%	
MAP	9%	9%	
Accouchement avant terme	47% (2)	7%	7%
Hospitalisation	8%	19%	19%

Accouchement	pop. Étudiée	pop. Générale	région Ouest
Centre hospitalier	68%	64%	
Clinique	32%	33%	
Voie basse	88%	67%	
Césarienne	11%	21%	19%
Aide instrumentale	6%	12%	
Péridurale	21%	78%	

(1) : région Ouest = Bretagne, pays de la Loire, Poitou-Charentes. Selon l'enquête périnatale 2010 de l'INSERM, résultats parus en mai 2011. [33]

(2) : les données de notre étude sont trop floues pour avoir un pourcentage exact d'accouchement prématuré. Ce chiffre correspond au nombre d'accouchements avant terme déclarés, l'âge gestationnel précis n'a pas été indiqué.

ANNEXE V : Décret relatif au suivi obstétrical

Décret n° 2003-462 du 21 mai 2003 relatif aux dispositions réglementaires des parties I, II et III du code de la santé publique paru au JORF n°122 du 27 mai 2003

Décret complet disponible sur le site de legifrance.gouv.fr

Page consultée le 04/09/2014

Article R. 2122-1

Les examens médicaux obligatoires des femmes enceintes [...] sont au nombre de sept pour une grossesse évoluant jusqu'à son terme. Le premier examen médical prénatal doit avoir lieu avant la fin du troisième mois de grossesse. [...].

Article R. 2122-2

Chaque examen doit comporter un examen clinique, une recherche de l'albuminurie et de la glycosurie.

De plus sont effectués :

1° Lors du premier examen prénatal :

- a) En cas de première grossesse, une détermination des groupes sanguins [...] si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complète (deux déterminations) ;
- b) Dans tous les cas, les dépistages de la syphilis, de la rubéole et de la toxoplasmose en l'absence de résultats écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise, ainsi que la recherche d'anticorps irréguliers [...]

2° Au cours du quatrième examen prénatal (sixième mois de grossesse), un dépistage de l'antigène HBs, une numération globulaire, et chez les femmes à rhésus négatif ou précédemment transfusées, la recherche d'anticorps irréguliers [...]

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

4° Au cours des sixième et septième examens prénatals (huitième et neuvième mois de grossesse), chez les femmes à rhésus négatif ou précédemment transfusées, la recherche d'anticorps irréguliers [...].

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

Article R. 2122-3

Un examen médical postnatal doit être obligatoirement effectué dans les huit semaines qui suivent l'accouchement.

ANNEXE VI : décret relatif à la consultation d'anesthésie

Décret n° 94-1050 du 5 décembre 1994 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé en ce qui concerne la pratique de l'anesthésie et modifiant le code de la santé publique paru au JORF n°284 du 8 décembre 1994

**Décret complet disponible sur le site de legifrance.gouv.fr
Page consultée le 04/09/2014**

Article D. 712-40

Pour tout patient dont l'état nécessite une anesthésie générale ou loco-régionale, les établissements de santé [...] doivent assurer les garanties suivantes:

- 1o Une consultation pré-anesthésique, lorsqu'il s'agit d'une intervention programmée;
- 2o Les moyens nécessaires à la réalisation de cette anesthésie;
- 3o Une surveillance continue après l'intervention;
- 4o Une organisation permettant de faire face à tout moment à une complication liée à l'intervention ou à l'anesthésie effectuées.

ANNEXE VII : Arrêté relatif à l'évolution du dépistage de la trisomie 21

Arrêté du 23 juin 2009 fixant les règles de bonnes pratiques en matière de dépistage et de diagnostic prénatals avec utilisation des marqueurs sériques maternels de la trisomie 21

**Décret complet disponible sur le site de legifrance.gouv.fr
Page consultée le 04/10/2014**

Article 1

Lors de la consultation médicale [...], toute femme enceinte, quel que soit son âge, est informée de la possibilité de recourir à un dépistage combiné permettant d'évaluer le risque de trisomie 21 pour l'enfant à naître. Ce dépistage associe le dosage des marqueurs sériques du premier trimestre, réalisé à partir d'un prélèvement sanguin, et les mesures échographiques de la clarté nucale et de la longueur crano-caudale.

Article 2

Si le dépistage combiné du premier trimestre, mentionné à l'article 1er, n'a pu être réalisé, la femme enceinte est informée de la possibilité de recourir à un dépistage séquentiel intégré du deuxième trimestre. Ce dépistage associe le dosage des marqueurs sériques du deuxième trimestre, réalisé à partir d'un prélèvement sanguin, et les mesures échographiques de la clarté nucale et de la longueur crano-caudale qui ont été effectuées au premier trimestre.

Article 3

Si le dépistage combiné du premier trimestre, mentionné à l'article 1er, ou le dépistage séquentiel intégré du deuxième trimestre, mentionné à l'article 2, n'ont pu être réalisés, la femme enceinte est informée de la possibilité de recourir à un dépistage par les seuls marqueurs sériques du deuxième trimestre.

ANNEXE VIII : Tableau récapitulatif des aides financières au 1^{er} janvier 2014
[41]

	Congé pré natal	Congé postnatal	Total du congé	IJ	Indemnité forfaitaire	cumul	mensualité
Congé minimum	2 semaines	6 semaines	8 semaines	2880 €	3129€	6009€	3265,76
Vous attendez un enfant	6 semaines	10 semaines	16 semaines	5760€	3129€	8889€	2402,43
Vous attendez un enfant et vous avez déjà eu au moins 2 enfants ou avez 2 enfants à charge	8 semaines	18 semaines	26 semaines	9360€	3129€	12489€	2081,5
Vous attendez des jumeaux	12 semaines	22 semaines	34 semaines	12240€	3129€	15369€	1970,38
Vous attendez Des triplés	24 semaines	22 semaines	46 semaines	16580€	3129€	19689€	1186,08
Possibilité de 2 semaines supplémentaires pré natales en cas de grossesse pathologique sur certificat médical							
<i>Chiffres au 1^{er} janvier 2014</i>							

ANNEXE IX : Article et décret relatifs aux aides à l'arrêt d'activité

**Article L722-8-2 de la LOI 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la Sécurité Sociale pour 2014. Article 38. Disponible sur le site de legifrance.gouv.fr
Page consultée le 10/09/2014**

Les femmes qui relèvent à titre personnel du régime d'assurance obligatoire institué par le présent chapitre bénéficient d'une indemnité journalière forfaitaire dès lors qu'elles se trouvent dans l'incapacité physique de continuer ou de reprendre leur activité professionnelle en raison de difficultés médicales liées à leur grossesse [...].

L'indemnité prévue au premier alinéa du présent article est accordée à l'expiration d'un délai déterminé à compter du début de l'incapacité temporaire de travail et est due, pendant

durée fixée par décret, pour chaque jour ouvrable ou non [...].

Les modalités d'application du présent article, notamment le montant de l'indemnité journalière mentionnée au premier alinéa, le délai et la durée maximale de versement mentionnés au deuxième alinéa, sont fixées par décret.

Décret n° 2014-900 du 18 août 2014 relatif aux modalités de versement et de détermination du montant de l'indemnité journalière forfaitaire prévue à l'article L. 722-8-2 du code de la sécurité sociale servie aux assurées relevant du régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés en cas de difficultés liées à la grossesse paru dans le JORF n°191 du 20 août 2014.

Article 1

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

3° [...] il est ajouté un article D. 722-18 ainsi rédigé :

« Art. D. 722-18.-Pour l'application de l'article L. 722-8-2 :

« 1° Le point de départ de l'indemnité journalière est le quatrième jour de l'incapacité de travail ;

« 2° La durée maximale de la période pendant laquelle l'indemnité journalière peut être servie est fixée à quatre-vingt-sept jours consécutifs ;

« 3° Le montant de l'indemnité journalière est égal au plafond fixé [...]. »

Article 2

Les dispositions du présent décret s'appliquent aux indemnités journalières versées à l'occasion des arrêts de travail prescrits à compter de l'entrée en vigueur du présent décret.

RESUME

Introduction : La féminisation de la médecine est un phénomène qui va croissant et qui apporte de nouvelles problématiques, surtout dans le domaine obstétrical, avec un risque de grossesse pathologique plus élevé que dans la population générale. L'objectif de cette étude est d'évaluer la qualité du suivi obstétrical chez les femmes médecins pratiquant en libéral en région Poitou Charentes, et d'analyser la manière dont elles s'organisent professionnellement pour réaliser ce suivi.

Résultats : un questionnaire quantitatif a été envoyé à 476 femmes médecins libérales de la région, et ayant vécu une grossesse jusqu'à l'accouchement. La moitié d'entre elles ont répondu, témoignant de l'intérêt qu'elles portent à ce sujet. 67% étaient installées, 23% étaient remplaçantes et 10% étaient internes au début de leur grossesse. Le suivi complet a été réalisé dans 90% des cas par un gynécologue-obstétricien. Les examens complémentaires de suivi, pris indépendamment sont réalisés dans 80% des cas en moyenne. Mais le suivi paraclinique complet obligatoire, n'est réalisé que pour 28% des médecins installées. La menace d'accouchement prématuré reste la principale complication dans cette population (10%). L'accouchement avant terme et les césariennes ont été plus souvent recensés parmi les médecins pratiquant une activité libérale et plus souvent en groupe. Quant à elle, la consultation post natale est peu maintenue, même si elle est obligatoire (12% de l'échantillon).

Concernant l'organisation, 55% des consultations du suivi obstétrical étaient programmées en cours de journée, entre leurs consultations ou pendant leur jour de repos. Pour se faire, les femmes changeaient leur créneau horaire ou faisaient appel à un remplaçant. Des différences organisationnelles ont été remarquées en fonction du lieu d'exercice. 57% des médecins installés ont cessé leur activité quelques jours avant leur accouchement (maximum 2 semaines avant). La principale cause à ce phénomène étant les difficultés financières à l'arrêt d'activité, et ce malgré des aides existantes, une réévaluation des aides financières et humaines devient nécessaire.

Conclusion : Les médecins généralistes sont satisfaites de leur suivi obstétrical. Celui-ci présente quelques particularités en fonction du statut et du milieu professionnel. L'activité libérale ne semble pas être un souci pour le suivi mais plutôt à l'arrêt d'activité. Diverses aides ont déjà permis d'améliorer la qualité de vie des médecins mais elles sont encore largement insuffisantes.

Mots clés : suivi obstétrical ; médecin généraliste ; activité libérale ; organisation professionnelle ; arrêt d'activité ; accouchement



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT D'HIPPOCRATE



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre Suprême, 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 !

