

SOCIÉTÉ
FRANÇAISE
DE MÉDECINE
GÉNÉRALE

N 3
JUIN 2003

ENQUÊTE SUR LE SUIVI
DES FEMMES PAR LE
MÉDECIN GÉNÉRALISTE DANS
LES VOSGES EN 1997

e DOCUMENTS DE RECHERCHES
EN MÉDECINE GÉNÉRALE

SFMG
LE PLAISIR DE COMPRENDRE

Sommaire

<i>Éditorial</i>	3
<i>Introduction</i>	4
<i>Méthode</i>	5
<i>Résultats</i>	6
<i>Discussion</i>	27
<i>Conclusion</i>	30
<i>Annexe</i>	32
<i>Mode d'emploi</i>	33
<i>Liste des investigateurs</i>	37

CLEMENCE Y. Enquête sur le suivi des femmes par le médecin généraliste dans les Vosges en 1997 , eDRMG, janvier 2003, **4, 37**

eDocuments de Recherche en Médecine Générale

Directeur de la publication : Olivier KANDEL
Rédacteur en chef : Didier DUHOT

Maquette : Micro Paddy (eMail : macpaddy@chello.fr)

Reproduction interdite sauf autorisation de la SFMG

Éditorial

Le suivi des femmes enceintes pose et posera encore plus de questions dans les années à venir. En effet la diminution programmée des gynéco-obstétriciens de 4000 actuellement à 500 en 2020.

Avant 1983 coexistait deux voies de formation : l'internat accessible en fin de second cycle et les Certificats d'Étude Spécialisée empruntés très souvent par des médecins déjà thésés. L'internat formait plutôt des futurs gynécologues hospitaliers et orientés vers la chirurgie et l'obstétrique, le CES de gynécologie formait plutôt des « gynécologues médicaux » d'exercice ambulatoire. La directive européenne appliquée en 1983, a entraîné une réforme radicale du mode de sélection et de formation des médecins dit spécialistes. La suppression des certificats d'étude spécialisée a laissé comme seule voie de formation l'internat qualifiant. Cette réforme a eu deux effets : la diminution des gynéco-obstétriciens en formation et l'orientation des étudiant en formation vers une hospitalière qu'elle soit chirurgicale ou obstétricale.

Dans ce cadre il serait inconscient de ne pas envisager une adaptation de notre système de santé. Elle peut s'envisager selon plusieurs axes : soit une augmentation importante du nombre d'obstétriciens en formation, soit une réorientation du suivi des femmes enceintes vers les professionnels de premier recours, médecins généralistes et sages-femmes. On peut penser que ce changement est déjà largement intervenu dans certaines régions (en particulier rurales) et qu'il ne fera que prendre de l'ampleur dans les années futures.

Il nous a semblé intéressant et opportun de publier l'enquête réalisée par un groupe de médecins généralistes des Vosges sur le suivi des femmes enceintes.

Il ne nous reste plus qu'à vous souhaiter bonne lecture.

La SFMG

eDocuments de Recherche en Médecine Générale

Directeur de la publication : Olivier KANDEL
Rédacteur en chef : Didier DUHOT

Maquette : Micro Paddy (eMail : macpaddy@chello.fr)

Reproduction interdite sauf autorisation de la SFMG

CLEMENCE Y. Enquête sur le suivi des femmes par le médecin généraliste dans les Vosges en 1997 , eDRMG, janvier 2003, **3, 35**

Introduction

Fin 1995, l'AMVPPU a été contactée par le médecin départemental de Protection Maternelle et Infantile des Vosges pour mettre en place une formation complémentaire des généralistes au suivi de la grossesse, ceci en articulation avec un projet intitulé "Bien vivre sa grossesse dans les Vosges". Ce dernier avait été initié par les sage-femmes de PMI suite au plan gouvernemental de périnatalité décidé à la suite du rapport remis par le HCSP en 1994.

Plusieurs questions ont alors rapidement émergé : les généralistes vosgiens voient-ils assez de femmes enceintes en consultation pour justifier un séminaire de FMC ? En assurent-ils le suivi ? En dehors du suivi, quelle est la nature de la demande des femmes enceintes consultant ? Quelle réponse les généralistes y apportent-ils ? Rencontrent-ils des difficultés pour y répondre ? Y a-t-il une relation entre morbidité à la naissance et type du suivi (par généraliste, par sage-femme ou par gynéco-obstétricien) ?

Des éléments de réponse ont été obtenus par des investigations ponctuelles, en particulier auprès de la maternité de Remiremont (voir en annexe). D'autre part, l'annonce d'un séminaire sur le sujet a suscité de l'intérêt auprès des confrères. Dès lors nous avons voulu en savoir plus pour répondre à deux questions principales :

1) dans quelle proportion le généraliste voit-il encore des femmes enceintes et en assure-t-il le suivi ?

2) quelles sont les grandes lignes du contenu de consultation d'une femme enceinte en médecine générale ?

En effet, s'il apparaît que les généralistes manifestent un intérêt pour la chose, nous n'avons que peu d'information sur la réalité de leur pratique dans ce domaine. Or, notre souci est d'être au plus près des besoins en matière de FMC. Pour répondre à ce souci, nous avons d'abord envisagé la réalisation d'un audit, avant pour argumenter le séminaire, après pour en évaluer le résultat.

Le questionnaire proposé dans le présent travail a pour objectif secondaire de vérifier la pertinence d'un tel audit, en comptabilisant les actes effectués chez des femmes enceintes, qu'elles soient ou non suivies par le généraliste. En effet, d'une enquête effectuée à la maternité de Remiremont sur 213 dossiers d'accouchement entre le 05 octobre et le 31 décembre 1996, il ressort que la déclaration de grossesse est faite dans 25% des cas par le généraliste mais que seuls 12% des consultations prénatales sont de son fait. Ainsi, si cette activité se révèle effectivement trop rare, l'audit, procédure complexe à mettre en oeuvre, perd de son intérêt. Par contre, les résultats du questionnaire permettront d'alimenter le contenu du séminaire, qui, suite à la réflexion suscitée depuis 1995, voit déjà son cadre déborder le seul suivi de la grossesse, pour aborder tout ce qui tourne autour, avant, pendant et après, sujet de fréquentes questions de la part de nos patientes.

Méthode

Un questionnaire élaboré par un petit groupe de généralistes vosgiens a fait l'objet d'une étude de faisabilité au début de 1997, a été remanié en septembre 1997 et distribué aux généralistes lorrains intéressés à travers un réseau informel de contacts, et par mailing à travers le GLAM (Groupe Lorrain d'Audit Médical), branche du Réseau Épidémiologique Lorrain.

Ce questionnaire permettait de recueillir les éléments suivants (cf annexe) :

- Caractéristiques du médecin : Age, Sexe, Nombre d'actes effectués sur la période d'observation, jusqu'à quel terme accepte-t-il de suivre une grossesse normale, intérêt pour un séminaire sur le sujet.

- Caractéristiques de la femme enceinte : qualité du déclarant (MG, non-MG, non-fait), âge en semaines d'aménorrhée, gestité, est-elle à risque, qualité du praticien qui la suit (MG, non-

MG). Un numéro et un seul est attribué par le médecin à chaque femme qu'il voit, de façon à pouvoir compter le nombre de femmes vues et le nombre de consultations par femme.

- Contenu du contact : motif de l'acte (diagnostic, suivi, problème lié à la grossesse, problème intercurrent), décision prise (poursuite du suivi, biologie, échographie, autre examen, traitement, recours spécialisé), problème de compétence ressenti éventuel.

L'enquête a été menée du 1^{er} octobre au 31 décembre 1997. Un dossier comprenant un bordereau de recueil des données, un texte explicatif sur les raisons de l'enquête et un mode d'emploi détaillé pour le renseignement des rubriques du bordereau a été envoyé à 48 généralistes. 35 ont renvoyé le bordereau complété (72,91%). L'exploitation a été effectuée sur Epi Info 6.0 et sur tableur Works 3.0.

Résultats

1. Caractéristiques des médecins

a) Sexe

28 hommes (80%) - 7 femmes (20%)

b) Age

la moyenne du groupe est de 45,51 ans. Les femmes sont plus jeunes (40,86 ans) que les hommes (46,68 ans) (différence significative avec $p=0,015$). Le regroupement par classes d'âge donne le tableau suivant :

Age	Homme	Femmes	Total
< 40	1	3	4
40-49	20	4	24
50-59	6	0	6
60 et +	1	0	1

Tableau 1 : Répartition des médecins par sexe

c) Répartition par départements

Dépt	Total	Hommes	Femmes	Age moyen
54	4	3	1	44
55	3	2	1	44,67
57	9	6	3	44,44
88	19	17	2	45,53

Tableau 2 : répartition des médecins par département

d) Activité globale

Le nombre moyen d'actes par médecin sur les trois mois d'enquête est de 1505,77. Il n'y a pas de différence significative selon le sexe ou le département d'origine. 6 médecins, dont 1 femme ont pratiqué moins de 1000 actes, 2 en ont pratiqué plus de 2500 (pas de femme). On observe une tendance à l'augmentation du nombre d'actes avec l'âge du médecin (la taille des classes d'âge de l'échantillon ne permet pas de tester l'hypothèse d'une différence statistique)

e) Nombre de femmes vues

Sur les 34 bordereaux exploitables pour cet item, la moyenne s'établit à 7,32 femmes enceintes vues par médecin en 3 mois. Cette moyenne est plus élevée pour les médecins femmes (11/médecin - 77 femmes vues) que pour les hommes (6,37/médecin - 172 femmes vues) mais les variances diffèrent significativement, ne permettant pas de comparer ces moyennes. Il n'y a par contre pas de différence selon le département d'origine du médecin. Tout au plus peut-on observer que la plus forte moyenne sur cet item est observée pour les médecins femmes installées en Moselle (mais elles sont sur-représentées dans l'échantillon). La répartition par classe d'âge montre un effet inverse que pour l'activité (les plus jeunes voient plus de femmes enceintes), mais là encore l'observation est sans doute biaisée par la sur-représentation des médecins femmes dans la tranche des moins de 40 ans :

Dépt	My groupe	My Hommes	My Femmes
54	4,00	3,33	6,00
55	6,33	4,50	10,00
57	11,88	7,40	17,67
88	6,26	6,53	4,00
Total	7,32	6,37	11,00

Tableau 3 : moyenne des femmes vues par médecin

Age	My nb femmes	% MG femmes
< 40	11,50	75,00
40-49	7,08	16,66
50-59	5,50	0,00
60 et +	n.c.	0,00

Tableau 4 : nombre de femmes vues par médecin et tranche d'âge

f) Nombre de contacts "femme enceinte"

En moyenne il y a eu 14,54 consultations de femme enceinte par médecin, ce qui représente 0,9658% de l'activité moyenne (0,5467 pour le résultat de consultation "Grossesse" de l'observatoire de la SFMG). Pour les médecins hommes, cette moyenne est de 11,786 (0,7469% de l'activité) et pour les femmes de 25,571 (2,1% de l'activité). Là encore, les variances sont significativement différentes, empêchant la comparaison statistique des moyennes

g) Terme du suivi

il s'établit à 6,829 mois pour le groupe, 6,571 pour les hommes, 7,857 pour les femmes (comparaison non-possible : variances différentes). La répartition selon le terme accepté est la suivante :

Terme	MG Femme	MG Homme	Total	%
0	0	1	1	2,9
3	0	2	2	5,7
6	0	6	6	17,1
7	2	10	12	34,3
8	4	9	13	37,1
9	1	0	1	2,9

Tableau 5 : nombre de mois de suivi par sexe des médecins

h) Intérêt pour un séminaire sur le sujet

82,9% des médecins sont intéressés par un séminaire sur le sujet. Il n'y a pas de différence pour cet item selon le sexe, l'activité, le nombre de femmes vues et le nombre de grossesses suivies. Il est remarquable également que parallèlement, seuls 9% des contacts ont donné lieu à un problème de compétence ressenti. Ceci illustre une des problématiques fondamentales de cette forme de FMC en général concernant le public médical qu'elle intéresse.

2. Caractéristiques des femmes vues

Un bordereau n'est pas complet pour le comptage des femmes vues; il concerne 19 contacts

pour 8 à 10 femmes qui ont donc été exclues des tableaux utilisant le nombre de femmes vues.

a) Déclaration de la grossesse

Par contact		nb	%
	Non renseigné	1	0,20
	MG	289	56,80
	Non MG	139	27,30
	Non faite	80	15,70
	Total	509	100,00

Tableau 6 : nombre de déclaration de grossesse par contacts

Par grossesse	Nb	%
	1	0,40
	116	46,59
	92	36,95
	40	16,76
	249	100,00

Tableau 7 : nombre de déclaration de grossesse par type de professionnels par grossesse

Selon le sexe du MG		% de grossesse déclarées
	MG homme	35,95
	MG femme	63,69

Tableau 8 : % de déclaration de grossesse selon le sexe du médecin

Le rapprochement des tableaux de déclaration par contacts et par grossesse suggère que lorsque le MG déclare la grossesse, il voit ensuite plus souvent la femme : 56,8% des contacts avec le généraliste concernent les 46,59% de grossesses déclarées par celui-ci (différence significative avec $p=0,0082$); parallèlement, 27,3% des contacts concernent les 36,95% de grossesses déclarées par un non-MG (différence significative avec $p=0,0067$). On peut donc penser que déclarer une grossesse est pour le généraliste un élément prédictif de contacts ul-

térieurs plus fréquents avec la femme enceinte que lorsque c'est un autre professionnel qui réalise cette tâche administrative. Cette hypothèse est analysée dans le dernier paragraphe de ce chapitre.

Concernant la proportion de grossesses déclarées par le généraliste selon qu'il est homme ou femme, la différence observée est significative avec $p=0,000052$: dans le pool des médecins enquêteurs, les femmes sont beaucoup plus souvent les déclarants de la grossesse de leurs patientes que les hommes. Ce phénomène est à confronter à l'âge moyen auquel l'un et l'autre voient les grossesses, puisqu'au-delà du premier trimestre, la grossesse est en principe déjà déclarée (les médecins hommes voient-ils plutôt des grossesses des 2e et 3e trimestres ?)

b) Age de la grossesse

L'âge moyen des grossesses lors des contacts est de 18,85 semaines. Il est de 18,38 pour les grossesses vues par les médecins hommes, 19,72 pour celles vues par les médecins femmes. Il n'y a pas de différence statistique entre ces deux valeurs. La répartition des contacts par trimestre est la suivante :

Trimestre	MG Homme	MG Femme	Total	%
T1	149	67	216	42,4
T2	107	72	179	35,2
T3	74	40	114	22,4
Total	330	179	509	100,00

Tableau 9 : Répartition des contacts par trimestre selon le sexe du médecin

Globalement, on observe une diminution du nombre de contacts au fil de la grossesse. Si on compare cette répartition à une répartition théorique d'un tiers des contacts pour chaque trimestre, il y a significativement plus de contacts observés pour le premier trimestre ($p=0,002963$) et significativement moins pour le troisième ($p=0,000091$). Ceci est à rapprocher du terme du suivi accepté par le médecin (cf 1.f). Par contre, la répartition des contacts par trimestre ne diffère pas selon que le médecin est un homme ou une femme. Contrairement à l'hypothèse émise ci-dessus, la plus forte proportion

de déclarations effectuées par les médecins femmes n'est pas due à un effet "âge des grossesses vues".

Cette conclusion reste valable si on examine le nombre de femmes vues par trimestre selon le sexe du médecin :

Trimestre	MG Homme	%	MG Femme	%
T1	88	51,16	40	51,94
T2	62	36,05	35	45,45
T3	49	28,49	28	36,36
Total*	172		77	

Tableau 10 : nombre de femmes vues par trimestre selon le sexe du médecin

(*) Il s'agit du total de nombre de femmes vues au moins une fois; de ce fait, le total des % dépasse 100, une femme pouvant être vue en T1, T2 et T3

Les moyennes du nombre de femmes vues par médecin selon le trimestre n'apportent pas d'information supplémentaire, d'autant que les variances sont le plus souvent statistiquement différentes, n'autorisant pas les comparaisons de moyenne, sauf pour le troisième trimestre où la moyenne pour les médecins hommes s'établit à 1,81 femme/médecin contre 4 femmes/médecin pour les médecins femmes ($p=0,006756$). De même pour le nombre moyen de contacts par médecin, où la comparaison n'est possible que pour le deuxième trimestre et ne met pas en évidence de différence significative :

	T1	T2	T3
Total nb de femmes vues	128	97	74
My nb femmes/MG	3,76	2,85	2,18
My nb femmes/MG H	3,26	2,30	1,81
My nb femmes/MG F	5,71	5,00	4,00
My nb contacts /MG H	4,735	4,084	2,838
My nb contacts /MG F	9,985	3,986	5,400

Tableau 11 : nombre moyen de contact par médecin et par sexe

c) Gestité

Elle varie de 1 à 12 grossesses et se répartit de la façon suivante (pour 249 femmes sur 34 mé-

decins) :

Gestité	Nombre	%
1	91	36,55
2	75	30,12
3	46	18,47
4	21	8,43
5	4	1,71
6	2	0,80
7	5	2,01
8	3	1,20
10	1	0,40
12	1	0,40

Tableau 12 : nombre de femmes par nombre de grossesses antérieures

La moyenne se situe à 2,31 grossesses par femme vue. De ce tableau on remarque que 85% des femmes sont répertoriées dans les trois premiers rangs et qu'une chute brutale du nombre de femmes a lieu au-delà de la gestité 4, avec un petit rebond pour la gestité 7 (Répartition bimodale). La petitesse des effectifs dans ces classes ne permet pas d'aller plus loin dans l'analyse. Le même tableau ressort de l'analyse sur les 509 contacts, avec une moyenne de 2,422 grossesses par femme, statistiquement identique à celle de l'analyse par femmes vues.

d) Risque

Sur les 509 contacts, 119 concernent une grossesse à risque (23,4% des contacts). Sur 249 femmes enceintes, 63 présentent une grossesse à risque (25,30% des grossesses). Dans le lot des 8 à 10 grossesses exclues pour renseignements incomplets, une est à risque, ce qui, au plus, ramènerait la proportion à 24,71% (64 sur 259). Le risque est identifié 30 fois au cours du premier trimestre, 20 fois pendant le deuxième, 13 fois pendant le troisième. Cet item servira comme critère de sélection pour l'analyse du

nombre de contacts et leur contenu.

e) Suivie par

Pour les contacts avec grossesse à risque, on compte 53 situations où le suivi est assuré exclusivement par le généraliste (44,54% des contacts) et 49 où il l'est par un autre professionnel de santé (41,18%). Dans 17 cas, le suivi est assuré par les deux (14,29%). Rapporté au nombre de femmes avec grossesse à risque, sur 64 femmes on obtient 26 femmes suivies exclusivement par le généraliste (40,63%), 29 par un autre professionnel de santé (45,31%) et 9 par les deux (14,06%).

Par contacts	Homme	%	Femmes	%	Total	%
MG	125	37,88	146	81,56	271	53,24
Non MG	189	57,27	21	11,73	210	41,26
MG + non MG	16	4,85	12	6,70	28	5,50
Total	330	100,00	179	100,00	509	100,00

Par femme	Homme	%	Femme	%	Total	%
MG	45	26,01	57	75,00	102	40,96
Non MG	121	69,94	11	14,47	132	53,01
MG + non MG	7	4,05	8	10,53	15	6,03
Total	173	100,00	76	100,00	249	100,00

Tableau 13 : suivi des contacts et des femmes par sexe du professionnels

Ces tableaux montrent plusieurs choses. Tout d'abord ils confortent l'avantage du sexe féminin pour le MG qui souhaite suivre des grossesses. Si la valeur de p est ici quasi-nulle ($<10^{-6}$), la démonstration de cet avantage n'est pas acquise pour l'ensemble de nos confrères (l'échantillon des médecins femmes investigateurs n'a pas la prétention d'être représentatif de ces dernières). Beaucoup d'arguments non-statistiques plaident néanmoins pour sa réalité. A contrario, pour le généraliste masculin, plus de la moitié des contacts concerne des femmes dont la grossesse est suivie par un autre profes-

sionnel de santé. L'analyse des contenus de ces contacts permettra d'éclairer cet aspect, dont l'intérêt est premier dans la perspective d'une action de formation continue ciblée sur la femme enceinte.

On remarque également qu'en cas de grossesse à risque la proportion de femmes suivies exclusivement par le généraliste ne change quasiment pas mais qu'elle diminue pour celle du spécialiste exclusif. Parallèlement, on note la plus grande fréquence du suivi conjoint (14,06% contre 4,84% pour les grossesses non à risque - $p=0,029$). Ce constat est un argument supplémentaire à l'appui d'une formation continue qui insiste sur le partage d'information entre les intervenants et sur ses modalités. C'est une situation où la notion de FMC spécifique selon les champs d'exercice est à reconsidérer dès l'instant où l'objectif final est centré sur le patient et pas seulement sur la compétence de chaque professionnel de santé. Si la réponse est politique, il lui faut néanmoins s'appuyer sur une connaissance du réel tel qu'il apparaît dans le présent constat.

f) Nombre de consultations

Le nombre de contacts par femme enceinte sur les trois mois d'observation est de 1,97. Si l'on cible les grossesses à risque, ce chiffre descend à 1,86, contre 2,01 pour les autres. Cette différence rend sans doute compte d'un recours plus fréquent au spécialiste lorsque la grossesse est à risque. Si on est loin de la consultation mensuelle souhaitée dans le cadre d'un suivi, cette appréciation ne tient pas compte de l'existence de consultations auprès des autres professionnels de santé. Pour les femmes dont le MG déclare suivre une grossesse à risque, le nombre de contact est de 2,58 par femme, au-dessus de la moyenne des femmes dont la grossesse n'est pas à risque.

Les médecins femmes voient plus souvent leurs patientes (2,32 contacts par femme enceinte) que les médecins hommes (1,81 contact par femme enceinte) ($p=0,002779$). Bien que ne représentant que 20% de l'échantillon des médecins, elles produisent 35,2% des contacts de l'enquête (différence significative - $p=0,00000$) Il n'a pas été possible de vérifier l'hypothèse selon laquelle lorsque le généraliste est le décl-

rant de la grossesse, le nombre de contacts est plus élevé (les variances sont significativement différentes pour cet item); l'observation montre cependant que cette hypothèse est plausible :

Déclarant	Nbre de femmes	My nbre de C/femme	Variance
MG	116	2,52	2,093
Non MG	92	1,52	0,771
Non fait	40	1,41	0,291
Inconnu	1	-	-

Tableau 14 : nombre de contact selon le professionnels déclarant la grossesse

3. Contenu des consultations

a) Motifs de consultation

Le nombre moyen de motifs par contact est de 1,29. Le motif "Suivi" est le plus souvent cité. Onze profils de motifs de consultation sont identifiés. Les trois plus fréquents sont les problèmes intercurrents, puis le suivi de la grossesse et enfin les problèmes liés à la grossesse. Ces trois situations, à motif unique, constituent 76,23% des contacts. La situation à motifs associés la plus fréquente est "Suivi + problème lié à la grossesse", puis "Suivi + diagnostic" et "Suivi + problème intercurrent", rassemblant 17,09% des contacts. Nous avons calculé sur ces données deux taux : un d'associativité, l'autre de présence dans les associations de motifs. Ils sont donnés dans le tableau suivant :



Cumulés		Fréquence	% contacts	% motifs
	Suivi	231	45,47	35,32
	diagnostic	50	9,84	7,65
	Pb grossesse	157	30,91	24,01
	Pb intercurrent	216	42,52	33,03
	Total	654		
Isolés	Suivi	119		
	diagnostic	0		
	Pb grossesse	90		
	Pb intercurrent	179		
	Total	388	76,22	
Par 2	S + Dg	32		
	S + Pb G	37		
	S + Pb I	18		
	Dg + Pb G	0		
	Dg + Pb I	0		
	Pb G + Pb I	8		
	Total	95	18,66	
Par 3	S + Dg + Pb G	14		
	S + Dg + Pb I	3		
	Dg + Pb G + Pb I	0		
	S + Pb G + Pb I	7		
Par 4		1	0,20	
Inconnu		1	0,20	

Tableau 15 : fréquence et pourcentage des motifs de consultation

tifs. Ces taux seront intéressants à suivre selon les caractéristiques du médecin et de la grossesse.

Motif selon le déclarant

On note que le motif "Suivi" est le plus fréquent lorsque le MG est le déclarant, ce qui laisse présager que déclarer une grossesse est un bon critère de prédiction de suivi de celle-ci par le déclarant. D'ailleurs, lorsqu'il n'est pas le déclarant, le motif le plus fréquent est "Problème intercurrent", c'est-à-dire que le MG intervient alors plutôt comme un consultant. Inversement, lorsqu'il est le déclarant, il est plus souvent confronté à des situations à motifs multiples que lorsque la déclaration a été faite par un autre professionnel de santé ($p=0,000163$), situation typique de la médecine générale où le praticien intervient plutôt comme référent. Lorsque la déclaration n'est pas encore faite, on a également un surcroît de situations à motifs multiples. Ceci reflète essentiellement les cas où une IVG est envisagée, ce qui amène ipso

facto au moins un deuxième motif à celui de diagnostic de grossesse.

Motifs	Taux associativité	Taux présence association
Suivi grossesse	48,48	42,11
Diagnostic	100	18,79
Pb grossesse	42,68	25,19
Pb intercurrent	17,13	13,91

Tableau 16 : taux d'associativité et de présence dans les associations de motifs

Ceci signifie par exemple que pour le motif "Diagnostic" il est toujours associé à un autre motif, mais que parmi les situations à motifs multiples, il ne représente que 18,79% des mo-

		MG	Non MG	Non fait	Inconnu
Cumulés	Suivi grossesse	173	11	47	
	Diagnostic	14	1	37	
	Pb grossesse	81	37	38	1
	Pb intercurrent	97	102	17	
	Total	289	139	80	1
Par 1	Suivi grossesse	108	4	7	
	Diagnostic	0	0	0	
	Pb grossesse	41	27	21	1
	Pb intercurrent	71	96	12	
	Total	220	127	40	1
Par 2	S + Dg	11	1	20	
	S + Pb G	28	5	4	
	S + Pb I	17	1	0	
	Pb G + Pb I	3	5	0	
	Total	59	12	24	
Par 3	S + Dg + Pb G	3	0	11	
	S + Dg + Pb I	0	0	3	
	S + Pb G + Pb I	6	0	1	
	Total	9	0	15	
Par 4	S + Dg + Pb G + Pb I	0	0	1	
NR	???	1	0	0	

Tableau 17 : répartition des motifs selon le type du déclarant

Motifs selon le sexe du médecin

Deux particularités ressortent de cette comparaison :

- La hiérarchie des fréquences de motifs diffère selon le sexe du médecin :

Femme : 1. Suivi ; 2. Pb Gross. ; 3. Pb interc.

Homme = 1. Pb interc. ; 2. Suivi ; 3. Pb Gross.

- Les situations à motifs multiples sont plus fréquentes pour les médecins femmes (32,4% de leurs contacts contre 18,79% pour les hommes - $p=0,00055$). Ce phénomène est également illustré par le taux global d'associativité des motifs. Il est particulièrement marqué pour le taux d'associativité du motif "Problème lié à la gros-

sesse" (53,13% contre 35,48% - $p=0,028086$) et pour celui du motif "Problème intercurrent" (29,17% contre 13,69% - $p=0,01208$), alors que leur taux de présence dans les associations n'est pas statistiquement différent (respectivement $p=0,77$ et $p=0,1345$).

En complément des commentaires fait à propos de la déclaration de la grossesse et de l'hypothèse émise que les médecins femmes verraient plutôt des grossesses du premier trimestre (hypothèse non-confirmée par l'analyse) pour expliquer qu'elles en déclarent une plus grande proportion, on trouve peut-être ici l'explication de cette différence, dans la mesure où la moitié des diagnostics de grossesse portés par les médecins de cette enquête ressort des

médecins femmes, alors qu'elles ne représentent que 20% de l'effectif; or, celui qui fait ce diagnostic a, a priori, plus de chances d'être le déclarant. La situation est analogue pour les déclarations non-faites, dont la moitié (39 sur 80) concerne les médecins femmes.

Si on affine l'analyse en croisant Sexe du médecin et Déclarant avec les motifs de consultations, on retrouve l'effet Déclarant=MG sur la fréquence du motif "Suivi", sans différence selon le sexe. Par contre le deuxième motif en fréquence est "Problème intercurrent" pour les médecins hommes, "Problème lié à la grossesse" pour les médecins femmes. On remarque aussi que pour ces dernières, lorsque le déclarant n'est pas le généraliste, il n'y a pas de situation à motifs multiples. L'effet "Réfèrent" paraît donc particulièrement marqué pour elles à l'égard des femmes enceintes, confirmation d'une impression largement répandue dans le

milieu médical et reflet de la préférence naturelle des femmes à parler de leurs problè-

mes spécifiques avec une femme. (tableaux ci-dessous).

Femmes		Nombre de contacts			Tx assoc.	Tx près assoc
		Par situation	Associés	Cumulés		
	Suivi gros	57	58	115	50,43	44,28
	Dg	0	25	25	100,00	19,08
	Pb G	30	34	64	53,13	25,95
	Pb I	34	14	48	29,17	10,69
	S + Dg	15				
	S + Pb G	22				
	S + Pb I	7				
	Pb G + Pb I	1				
	S + Dg + Pb G	7				
	S + Dg + Pb I	2				
	S + Pb G + Pb I	4				
	Total	179	131	252	51,98	

Tableau 18 : nombre de contacts et motifs par médecins femme

Hommes		Nombre de contacts			Tx assoc.	Tx près assoc
		Par situation	Associés	Cumulés		
	Suivi gros	62	54	116	46,55	40,00
	Dg	0	25	25	100,00	18,52
	Pb G	60	33	93	35,48	24,44
	Pb I	145	23	168	13,69	17,04
	S + Dg	17				
	S + Pb G	15				
	S + Pb I	11				
	Pb G + Pb I	8				
	S + Dg + Pb G	7				
	S + Dg + Pb I	1				
	S + Pb G + Pb I	3				
	Total	330	135	377	35,81	

Tableau 19 : nombre de contacts et motifs par médecins homme

Femmes	Déclarant	MG		Non MG		Non fait	
		Nb ctct/sit	Nb ctct/cimul	Nb ctct/sit	Nb ctct/cimul	Nb ctct/sit	Nb ctct/cimul
	Suivi gros	55	189	1	1	1	25
	Dg	0	2	0	0	0	23
	Pb G	15	40	2	2	13	22
	Pb I	22	33	11	11	1	4
	S + Dg	2		0		13	
	S + Pb G	21		0		1	
	S + Pb I	7		0		0	
	Pb G + Pb I	0		0		1	
	S + Dg + Pb G	0		0		7	
	S + Dg + Pb I	0		0		2	
	S + Pb G + Pb I	4		0		0	
	Total	126		14		39	

Tableau 20 : Motifs selon le sexe du médecin et le type de professionnel

Hommes	Déclarant	MG		Non MG		Non fait	
		Nb ctct/sit	Nb ctct/cimul	Nb ctct/sit	Nb ctct/cimul	Nb ctct/sit	Nb ctct/cimul
	Suivi gros	55	84	3	10	6	22
	Dg	0	12	0	1	0	12
	Pb G	26	41	25	35	8	16
	Pb I	49	64	85	91	11	13
	S + Dg	9		1		7	
	S + Pb G	7		5		3	
	S + Pb I	10		1		0	
	Pb G + Pb I	3		5		0	
	S + Dg + Pb G	3		0		4	
	S + Dg + Pb I	0		0		1	
	S + Pb G + Pb I	2		5		1	
	Total	162		125		41	

Tableau 21 : Motifs selon le sexe du médecin et le type de professionnel

+ 1 contact « motif inconnu » (déclarant MG et 1 contact « déclarant inconnu » (motif Pb de grossesse.

Motifs selon le risque

Ce tableau montre que les situations à motifs multiples s'accumulent pour les grossesses à risque (32,77% des situations contre 21,03% pour les grossesses non à risque - $p=0,008$). Il prouve aussi que les généralistes de l'enquête apprécient correctement le risque, puisque le motif "Pb lié à la grossesse" vient en tête.

en %	T1		T2		T3	
	R +	R -	R +	R -	R +	R -
Suivi	45,45	37,76	40,43	38,26	39,29	37,74
Diagnostic	20,45	17,01	0	0	0	0
Pb Grossesse	54,54	18,67	46,81	18,12	57,14	24,21
Pb intercurrent	36,36	26,56	46,81	43,62	35,71	41,05
Total motifs	44	241	47	149	28	95

		Risque +	Risque -
Cumulés	Suivi grossesse	50	181
	Diagnostic	9	41
	Pb grossesse	62	95
	Pb intercurrent	48	168
	Total	169	485
Par 1	Suivi grossesse	15	104
	Diagnostic	0	0
	Pb grossesse	32	58
	Pb intercurrent	33	146
	Total	80	308
Par 2	S + Dg	3	29
	S + Pb G	17	20
	S + Pb I	4	14
	Pb G + Pb I	4	4
	Total	28	67
Par 3	S + Dg + Pb G	4	10
	S + Dg + Pb I	2	1
	S + Pb G + Pb I	5	2
	Total	11	13
Par 4	S + Dg + Pb G + Pb I	0	1
NR	???	0	1

Tableau 22 : répartition des motifs selon le risque

L'analyse par trimestre de grossesse ne modifie pas sensiblement ces données. On remarque seulement que les problèmes liés à la grossesse sont moins fréquents au cours du second trimestre (classiquement plus "calme"), à égalité avec les problèmes intercurrents :

Tableau 23 : répartition des motifs selon le risque et le trimestre

Au premier trimestre, le motif "Suivi" est le plus souvent retrouvé. C'est aussi le trimestre où les situations à motifs multiples sont plus fréquentes (34,72% contre 14,03% au troisième trimestre - $p=0,002396$).

Pour les deuxième et troisième trimestre, c'est le motif "Problème intercurrent" qui vient en tête. On a vu plus haut que ce classement change pour les grossesses à risque (prédominance du motif "Problème lié à la grossesse").

A noter également que le nombre moyen de motifs par consultation tend à diminuer au fil de la grossesse (1,44 en T1, 1,18 en T2 et 1,11 en T3)

Motifs selon le trimestre

		T1	T2	T3
Cumulés	Suivi grossesse	111	76	44
	Diagnostic	50	0	0
	Pb grossesse	69	49	39
	Pb intercurrent	80	87	49
	Total	216	179	114
Par 1	Suivi grossesse	41	48	30
	Diagnostic	0	0	0
	Pb grossesse	37	29	24
	Pb intercurrent	63	72	44
	Total	141	149	98
Par 2	S + Dg	32	0	0
	S + Pb G	11	15	11
	S + Pb I	7	10	1
	Pb G + Pb I	4	2	2
	Total	54	27	14
Par 3	S + Dg + Pb G	14	0	0
	S + Dg + Pb I	3	0	0
	S + Pb G + Pb I	2	3	2
	Total	19	3	2
Par 4	S + Dg + Pb G + Pb I	1	0	0
Inconnu	???	1	0	0

Tableau 24 : répartition des motifs selon le trimestre

	T1	T2	T3
Suivi	63,06	36,84	31,81
Diagnostic	100,00	0,00	0,00
Pb grossesse	46,38	40,32	38,46
Pb intercurrent	21,25	17,24	10,20
Global	54,52	29,72	25,76

Tableau 25 : taux d'associativité

	T1	T2	T3
Suivi	41,42	44,44	41,18
Diagnostic	29,59	0,00	0,00
Pb grossesse	18,93	31,75	44,12
Pb intercurrent	10,06	23,81	14,70

Tableau 26 : taux de présence dans les associations

Motifs selon « suivie par »

en deux mots le(s) motif(s) de consultation, soit

		MG	Non MG	MG + Non MG
Cumulés	Suivi grossesse	184	30	17
	Diagnostic	36	14	0
	Pb grossesse	89	57	11
	Pb intercurrent	67	139	10
	Total	376	240	38
Par 1	Suivi grossesse	101	9	9
	Diagnostic	0	0	0
	Pb grossesse	44	43	3
	Pb intercurrent	41	130	8
	Total	186	182	20
Par 2	S + Dg	20	12	0
	S + Pb G	25	6	6
	S + Pb I	17	1	0
	Pb G + Pb I	1	7	0
	Total	63	26	6
Par 3	S + Dg + Pb G	13	1	0
	S + Dg + Pb I	2	1	0
	S + Pb G + Pb I	5	0	2
	Total	20	2	2
Par 4	S + Dg + Pb G + Pb I	1	0	0
NR	???	1	0	0

dans la colonne correspondant au type de motif dans le bordereau, soit en commentaire. En dehors des cas où il s'agissait du diagnostic de la grossesse, cette notification a été faite pour 319 des 509 contacts, concernant 199 femmes, relevant 369 motifs. Compte tenu de la période d'observation (hivernale), l'importance des motifs ORL/Poumon est à relativiser (environ 80 motifs en rapport avec un épisode viral). Ces cas mis à part, ce sont les troubles digestifs (diarrhée exclue), les problèmes rachidiens (lombalgies, dorsalgies, cervicalgies, sciatiques) et les vulvo-vaginites qui constituent le trio de tête. Viennent ensuite les problèmes tensionnels (dont 2 hypotensions), les infections urinaires (dont 2 pyélonéphrites) et les contractions utérines. Les problèmes psychologiques sont à égalité avec le motif IVG (qui regroupe les demandes et les réalisations effectives).

Tableau 27 : Répartition des motifs selon la nature du praticien

L'observation de ce tableau amène à peu près aux mêmes conclusions que pour l'item "Déclarée par", renforçant l'idée que le déclarant sera celui qui suit la grossesse, avec la plus grande fréquence des situations à motifs multiples lorsque c'est le généraliste qui suit la grossesse. Lors d'un suivi conjoint Généraliste/ Autre professionnel, c'est toujours le motif "Suivi" qui vient en tête, avec en toute logique le motif "Problème lié à la grossesse" dans les situations à motifs multiples.

b) Motifs exprimés en clair

Il avait été demandé aux enquêteurs de notifier



ORL/Poumon		Appareil digestif	
Rhino/laryngo/trachéo	58	Nausées-vomissements	24
Bronchites	12	Diarrhées	10
Asthme	4	Douleurs abdominales	9
Sinusites	3	Douleurs épigastriques	6
Gynéco-obstétrique		RGO	4
Vulvo-vaginites	25	Constipation	4
Contractions utérine	13	Appareil urinaire	
IVG	10	Cystite	13
Métrorragies	6	Pyélonéphrite	2
MAP	5	Colique néphrétique	2
Problème de glycémie	5	Cardio-vasculaire	
Fausse couche	4	Problème de TA	15
Sérologie toxoplasmose	4	Migraine/céphalée	7
Rhumatologie		Insuffisance veineuse membres inférieurs	5
Douleurs rachis-névralgie	33	Divers	
Neuropsychiatrie		Asthénie	6
Dépression	8	Arrêt de travail	5
Anxiété	2	Problème de traitement	3

Tableau 28 : motifs en clair

c) Décisions

Sur les 900 décisions répertoriées (y compris

Décision	Nombre de C par décision			Taux d'association	Taux de prés. Ass.
	Isolée	Associée	Cumulée		
Poursuite suivi	21	161	182	88,46	25,88
Biologie	27	186	213	87,32	29,90
Échographie	4	105	109	96,33	16,88
Autre	1	9	10	90,00	1,45
Recours Spé	34	41	75	54,67	6,59
Traitement	177	113	290	38,97	18,17
Conseil	6	4	13	53,85	1,13
Pas de décision	8	0	8	0,00	0,00
Total	278	622	900	69,11	-

Tableau 29 : répartition par décisions (sur 505 contacts)

l'absence de décision), la plus souvent citée est "Traitement", suivie de "Biologie" puis "Poursuite du suivi". Le nombre moyen de décisions par contact est de 1,752. La décision la plus présente dans les associations décisionnelles est "Biologie", la plus fréquemment isolée est "Traitement". L'échographie est presque toujours associée à

une ou plusieurs autres décisions. On identifie 45 situations décisionnelles, réparties selon le tableau suivant

Situation	Nb de C	Nb de situation	% des C
Par 1	270	8	53,47
Par 2	103	15	20,40
Par 3	84	11	16,63
Par 4	36	8	7,13
Par 5	4	3	0,79
0	8	1	1,58

Tableau 30 : répartition par situations décisionnelles

Les situations à décisions multiples représentent 44,95% des contacts.

Dans les situations à 2 décisions, les décisions les plus fréquentes sont (dans l'ordre) la biologie, la poursuite du suivi et le traitement; les situations les plus fréquentes sont "Poursuite + Biologie", "Biologie + Traitement" et "Poursuite + Traitement"

Dans les situations à 3 décisions, les décisions les plus fréquentes sont "Biologie", "Poursuite du suivi" et "Échographie"; l'ordre de fréquence des situations est "Poursuite + biologie + Echo" puis "Poursuite + Biologie + Traitement". Les autres situations sont anecdotiques (moins de 1% des contacts pour chacune).

Pour les situations à 4 décisions, on retrouve à égalité les décisions "Poursuite du suivi" et "Biologie", puis "Traitement" et "Échographie". Une situation domine l'ensemble : "Poursuite + Biologie + Echo + Traitement" (69,44% des contacts de cette catégorie)

Quant aux 3 situations à 5 décisions, elles ne

regroupent que 4 contacts avec les décisions "Poursuite du suivi", "Biologie", "Echographie" et "Traitement" toujours cités, la 5e étant une fois un conseil, une fois un recours spécialisé et deux fois "Autre".

L'ordre de fréquence des décisions est remarquablement stable d'un trimestre à l'autre, mais on remarque des poids différents pour certaines d'entre elles. Ainsi la proportion d'échographies chute de moitié au 3e trimestre (de 13% en T1 et T2 à 7% en T3); une analyse plus fine montre que l'âge gestationnel moyen de cette décision est 17,33 semaines, avec tendance à une répartition tri-modale : un pic vers la 8e semaine, un deuxième vers la 17e, et un plus petit vers la 29e. Le groupe des médecins enquêteurs semble donc enclin à proposer 3 échographies au cours de la grossesse, avec une "avance de phase" par rapport aux recommandations (12e, 22e et 32e S.A.). Le troisième pic n'est pas à mettre au compte des grossesses à risque, puisque dans ce sous-groupe, le pic de fréquence a lieu avant la 17e semaine. La gestité n'entre pas non plus en ligne de compte (les multipares ne sont pas plus présentes dans les décisions d'échographie)

	T 1			T 2			T 3		
	Isol.	Ass.	Cum.	Isol.	Ass.	Cum.	Isol.	Ass.	Cum.
Poursuite suivi	8	58	66	5	75	80	8	28	36
Biologie	23	75	98	1	74	75	3	37	40
Echographie	3	45	48	1	45	46	0	15	15
Autre	1	4	5	0	3	3	0	2	2
Recours Spé	15	13	28	8	14	22	11	14	25
Traitement	66	36	102	66	53	119	45	24	69
Conseil	1	2	3	3	2	5	2	3	5
Absence	5			2			1		
Total	122	233	350	86	266	350	70	123	192
Nb my de Déc/C	1,62			1,96			1,68		

Tableau 31 : répartition des décisions selon le trimestre

Le recours spécialisé chute un peu en T2 et logiquement remonte en T3 (période où la femme

enceinte est confiée à l'équipe obstétricale) avec en parallèle une chute de la poursuite du suivi (22,85% en T2, 18,75% en T3); la décision "Traitement" quant à elle suit une courbe ascendante continue, passant de 29,14% en T1 à 35,94% en T3.

Curieusement, alors que le nombre de motifs est plus faible dans le T2, le nombre de décisions y est plus important (35,2% des contacts, 32,42% des motifs, 24,79% des motifs associés, 38,89% des décisions, 42,77% des décisions associées). Le nombre moyen de décisions par contact, les taux d'associativité et l'analyse des situations décisionnelles produisent le même

constat (ainsi, les situations à décisions multiples représentent respectivement pour T1 T2 et T3 42,72%, 51,69% et 38,60% des situations).

Les décisions prises pour les grossesses à risque ne diffèrent pas de l'ensemble quant à l'ordre des fréquences (Traitement - Biologie - Poursuite = 70,73% des décisions). Pour les situations décisionnelles, l'ordre des fréquences est "Traitement", "Recours spécialisé", "Poursuite + Biologie + Traitement" et "Poursuite + Biologie + Echographie + Traitement", rassemblant 48,74% des situations. Les taux d'associativité sont superposables à ceux de l'ensemble :

	Cumulée	Isolée	Associée	Taux d'association	Taux de prés. Ass.
Poursuite G	48	4	44	91,67	22,68
Biologie	52	3	49	94,23	25,26
Échographie	26	0	26	100,00	13,40
Autre	4	1	3	75,00	1,55
Recours Spé	37	12	25	67,57	12,89
Traitement	74	30	44	59,46	22,68
Conseil	5	2	3	60,00	1,55
Total	246	52	194	78,86	-

Tableau 32 : Répartition des décisions concernant les grossesses à risque

	Nombre	%
Traitement	30	25,21
Recours Spé	12	10,08
Pours + biol + ttt	9	7,56
Pours + biol + écho + ttt	7	5,88
Autres décisions uniques	10	8,40
Deux décisions (10 types)	27	22,69
Trois décisions (8 types)	14	11,76
Quatre décisions (5 types)	7	5,88
Cinq décisions (3 types)	3	2,52
Total	119	100,00

Tableau 33 : Situations décisionnelles les plus fréquentes (risque +)

d) Relations entre motifs et décisions

Ce paragraphe tente de répondre à deux questions symétriques : quelles décisions induisent les motifs ? Quels motifs sous-tendent les décisions ? En effet, la plupart des évaluations des pratiques portent sur les décisions sans trop se préoccuper a priori des motifs (par exemple quand les services du contrôle médical des CPAM examinent les prescriptions des praticiens). Il en est de même pour la FMC. Peut-on raisonnablement, dans le cadre de la gros-

sesse, axer une action sur les décisions seules ? Oui, si la présente analyse conclut qu'il n'y a pas de grosses différences dans les décisions quelque soit le profil des motifs de consultation, non dans le cas contraire. La question peut paraître triviale ou farfelue, mais a-t-elle jamais été examinée sérieusement ?

1) Décisions selon les motifs et associations de motifs

Motifs isolés

Type de décision	Nombre de contacts	3 situations les + fréquentes	Nombre de C
Isolée	31	Pours + bio + écho	27
2 décisions	35	Pours + bio	21
3 décisions	42	Pours suivi	12
4 décisions	11		

Tableau 34 : suivi de grossesse
119 contacts et 21 situations

Décisions	Total	Isolées	Assoc.
Poursuite	86	12	74
Biologie	88	5	83
Echo	50	1	49
Autre	1	0	1
Spé	20	9	11
Traitement	21	0	21
Conseil	1	0	1

Type de décision	Nombre de contacts	3 situations les + fréquentes	Nombre de C
Isolée	50	Traitement	26
2 décisions	24	Recours Spé	12
3 décisions	12	Bio + ttt	7
4 décisions	4		

Tableau 35 : problèmes liés à la grossesse
90 contacts et 24 situations

Décisions	Total	Isolées	Assoc.
Poursuite	27	5	22
Biologie	29	4	25
Echo	14	0	14
Autre	2	1	1
Spé	22	12	10
Traitement	52	26	26
Conseil	4	2	2

Type de décision	Nombre de contacts	3 situations les + fréquentes	Nombre de C
Isolée	164	Traitement	142
2 décisions	10	Recours Spé	8
3 décisions	2	Conseil	4
4 décisions	2	Pours + ttt	4
5 décisions	1		

Tableau 36 : problèmes intercurrents
119 contacts et 18 situations + 1 inconnue

Décisions	Total	Isolées	Assoc.
Poursuite	10	3	7
Biologie	10	3	7
Echo	3	0	3
Autre	2	0	2
Spé	14	8	6
Traitement	154	142	12
Conseil	6	4	2
Absence	1	1	0
Inconnue	3	3	0

Diagnostic : Pas de cas

Motif Inconnu : 1 contact - Décision inconnue

Nbre de décisions	Nbre de contacts	%
0	5	1,3
1	237	61,6
2	69	17,9
3	56	14,5
4	17	4,4
5	1	0,3
My décisions par C	1,588	-
Variance	0,868	-
Total (*)	385	100

Tableau 37 : récapitulatifs des motifs isolés
621 décisions pour 37 situations différentes
(*) + 3 inconnues

Motifs par deux

Type de décision	Nombre de contacts	3 situations les + fréquentes	Nombre de C
Isolée	17	bio	11
2 décisions	10	Pours + bio	5
3 décisions	4	Bio + écho	3
4 décisions	1	Pours + bio + écho	3
5 décisions	0		

Tableau 38 : suivi et diagnostic
32 contacts et 12 situations

Décisions	Total	Isolées	Assoc.
Poursuite	10	1	7
Biologie	25	11	14
Echo	10	1	9
Autre	1	0	1
Spé	2	1	1
Traitement	2	0	2
Conseil	0	0	0
Absence	3	3	0
Inconnue	-	-	-

Type de décision	Nombre de contacts	3 situations les + fréquentes	Nombre de C
Isolée	5	Pours + bio + écho + ttt	7
2 décisions	8	Pours + bio + ttt	6
3 décisions	12		
4 décisions	9		
5 décisions	3		

Tableau 39 : suivi et problèmes de grossesse
37 contacts et 21 situations

Décisions	Total	Isolées	Assoc.
Poursuite	25	0	25
Biologie	28	1	27
Echo	17	1	16
Autre	2	0	2
Spé	6	1	5
Traitement	28	2	26
Conseil	2	0	2
Absence	-	-	-
Inconnue	-	-	-

Motifs par trois

Type de décision	Nombre de contacts	3 situations les + fréquentes	Nombre de C
Isolée	1	Pours + bio + écho + ttt	5
2 décisions	7	Pours + bio	3
3 décisions	4	Pours + bio + ttt	3
4 décisions	6		
5 décisions	0		

Tableau 40 : suivi et problème intercurrent
18 contacts et 10 situations

Décisions	Total	Isolées	Assoc.
Poursuite	14	0	14
Biologie	13	0	13
Echo	7	0	7
Autre	1	0	1
Spé	2	0	2
Traitement	14	1	13
Conseil	0	0	0
Absence	0	0	0
Inconnue	-	-	-

Type de décision	Nombre de contacts	3 situations les + fréquentes	Nombre de C
Isolée	4	Traitement	3
2 décisions	1		
3 décisions	2		
4 décisions	1		
5 décisions	0		

Tableau 41 : problème grossesse et problème intercurrent
8 contacts et 6 situations

Décisions	Total	Isolées	Assoc.
Poursuite	2	0	2
Biologie	4	0	4
Echo	0	0	0
Autre	1	0	1
Spé	3	1	2
Traitement	6	3	3
Conseil	0	0	0
Absence	0	0	0
Inconnue	-	-	-

Nbre de décisions	Nbre de contacts	%
0	3	3,20
1	24	25,30
2	26	27,40
3	22	23,20
4	17	17,90
5	3	3,20
My décisions par C	2,368	-
Variance	1,490	-
Total (*)	95	100,00

Tableau 42 : récapitulatif motifs par 2
228 contacts pour 29 situations différentes

Tableau 46 : récapitulatif des motifs par trois

Type de décision	Nombre de contacts	3 situations les + fréquentes	Nombre de C
Isolée	2	Pours + bio + ttt	2
2 décisions	0	Pours + bio + écho + ttt	2
3 décisions	3		
4 décisions	2		
5 décisions	0		

Tableau 43 : suivi + Pb grossesse + Pb intercurrent
7 contacts et 5 situations

Décisions	Total	Isolées	Assoc.
Poursuite	4	0	4
Biologie	4	0	4
Echo	3	0	3
Autre	0	0	0
Spé	2	1	1
Traitement	6	1	5
Conseil	0	0	0
Absence	-	-	-
Inconnue	-	-	-

Type de décision	Nombre de contacts	3 situations les + fréquentes	Nombre de C
Isolée	2		
2 décisions	0		
3 décisions	1		
4 décisions	0		
5 décisions	0		

Tableau 44 : suivi + diagnostic + Pb intercurrent
3 contacts et 3 situations

Décisions	Total	Isolées	Assoc.
Poursuite	1	0	1
Biologie	2	1	1
Echo	0	0	0
Autre	0	0	0
Spé	1	0	1
Traitement	0	0	0
Conseil	0	0	0
Absence	-	-	-
Inconnue	-	-	-

Type de décision	Nombre de contacts	3 situations les + fréquentes	Nombre de C
Isolée	4	bio + ttt	3
2 décisions	8	Bio	2
3 décisions	2	Traitement	2
4 décisions	0		
5 décisions	0		

Tableau 45 : suivi + diagnostic + Pb grossesse
14 contacts et 10 situations

Décisions	Total	Isolées	Assoc.
Poursuite	3	0	3
Biologie	10	2	8
Echo	4	0	4
Autre	0	0	0
Spé	3	0	3
Traitement	6	2	4
Conseil	0	0	0
Absence	-	-	-
Inconnue	-	-	-

Nbre de décisions	Nbre de contacts	%
0	0	0,00
1	8	33,33
2	8	33,33
3	6	25,00
4	2	8,33
5	0	0,00
My décisions par C	2,083	-
Variance	0,949	-
Total (*)	24	100,00

50 décisions pour 13 situations

Motifs par quatre

Un seul contact - Décision isolée = Échographie.

AU TOTAL

Le nombre moyen de décision tend à augmenter avec le nombre de motifs : pour 1 motif, la moyenne s'établit à 1,588 décision; au-delà de 1 motif, cette moyenne passe à 2,30, très nettement supérieure à la moyenne globale (1,752 - $p=0,000001$) (A noter que c'est pour les situations à 2 motifs que la moyenne est la plus forte : 2,368, contre 2,083 pour les situations à 3 motifs). Les profils décisionnels sont très variés, tant dans leur fréquence que dans leur type. Il est donc clair que les décisions doivent être évaluées à la lumière des motifs : la logique "intuitive" est respectée... et la FMC doit en tenir compte.

2) Motifs selon les décisions et associations de décisions

a) Profil de motifs par décision (cumulée) (par ordre de fréquence des décisions)

- *Traitement* : 290 contacts (57,09% des contacts) - Motif le plus fréquent = "Pb intercurrent" (53,10% des cas), suivi de "Pb lié à la

grossesse" (17,93%) , puis "Suivi + Pb lié à la grossesse" (9,66%) et "Suivi de grossesse" (7,24%).

- *Biologie* : 213 contacts (41,93% des contacts) - Motif le plus fréquent = "Suivi de grossesse" (41,31%), puis "Pb lié à la grossesse" (13,62%), "Suivi + Pb lié à la grossesse" (13,15%) et "Suivi de la grossesse + Diagnostic" (11,77%).

- *Poursuite du suivi* : 182 contacts (35,83% des contacts) - Motif le plus fréquent = "Suivi de la grossesse" (47,25%), puis "Problème lié à la grossesse" (14,84%) et "Suivi + Pb lié à la grossesse" (13,77%).

- *Échographie* : 109 contacts (21,45% des contacts) - Motif le plus fréquent = "Suivi de la grossesse" (45,87%), puis "Suivi + Pb lié à la grossesse" (15,60%) et "Problème lié à la grossesse" (12,84%).

- *Recours spécialisé* : 75 contacts (14,76% des contacts) - Motif le plus fréquent = "Problème lié à la grossesse" (29,33%), puis "Suivi de la grossesse" (26,67%) et "Problème intercurrent" (18,67%)

- *Conseil* : 13 contacts (2,56% des contacts) - Motif le plus fréquent = "Pb intercurrent" (43,15%), puis "Pb lié à la grossesse" (30,77%) et "Suivi + pb lié à la grossesse" (15,38%).

- *Autre* : 10 contacts (1,97% des contacts) - 3 situations à égalité de fréquence : "Pb intercurrent", "Pb lié à la grossesse" et "Suivi + pb lié à la grossesse" (20%)

b) Profils de motifs pour les situations décisionnelles les plus fréquentes

- *Traitement* : 177 contacts (35,05% des contacts) - Motifs les plus fréquents = "Pb intercurrent" (80,23%), "Pb lié à la grossesse" (14,69%) et "Pb lié à la grossesse + Pb intercurrent" (1,69%).

- *Recours spécialisé* : 34 contacts (6,73% des contacts) - Motifs les plus fréquents = "Pb lié à

la grossesse" (35,29%), "Suivi de la grossesse" (26,47%) et "Pb intercurrent" (23,53%).

- *Poursuite du suivi + biologie* : 33 contacts (6,53% des contacts) - Motifs les plus fréquents = "Suivi de la grossesse" (63,63%), "Suivi + Diagnostic" (15,15%) et "Suivi + pb intercurrent" (9,09%).

- *Poursuite du suivi + biologie + échographie* : 33 contacts (6,53% des contacts) - Motifs les plus fréquents = "Suivi de la grossesse" (81,81%), "Suivi + diagnostic" (9,09%) et "Suivi + pb lié à la grossesse" (6,06%).

- *Poursuite du suivi + biologie + Traitement* : 28 contacts (5,54% des contacts) - Motifs les plus fréquents = "Suivi de la grossesse" (28,57%), "Pb lié à la grossesse" (21,43%) et "Suivi + pb lié à la grossesse" (21,43%).

- *Biologie* : 27 contacts (5,34% des contacts) - Motifs les plus fréquents = "Suivi + Diagnostic" (40,74%), "Suivi de la grossesse" (18,52%) et "Pb lié à la grossesse" (14,81%).

A titre indicatif, l'absence de décision (8 contacts) concerne 8 femmes différentes dont l'âge moyen de la grossesse est 13,87 semaines (=premier trimestre), avec 5 fois le motif "Suivi de grossesse" (dont 3 fois associé à "Diagnostic") et 3 fois le motif "Pb intercurrent". Elles concernent 6 médecins (4 hommes, 2 femmes) d'âge moyen 45,38 ans.

Le nombre moyen de motifs selon le nombre de décisions et la comparaison à la moyenne globale sont repris dans le tableau suivant : (NS = Non-Significatif - NC = Non-comparable)

Tableau 47 : nbre my de motifs par nbre my décision

Nb de décision	Nb de C	My nb motifs	Ecart-type	Variance	P
0	8	1,375	0,518	0,268	NS
1	270	1,159	0,465	0,216	NC
2	103	1,408	0,401	0,401	0,0474
3	84	1,405	0,623	0,388	NS
4 et +	40	1,600	0,591	0,349	0,000698

4. Problèmes de compétence ressentis

19 médecins ont signalé un problème de compétence, pour 45 contacts sur 500, soit 9% des cas. Parallèlement, 82,9% des médecins se disent intéressés par un séminaire sur le sujet (voir chapitre 1. alinea g) p.3).

Sur ces 45 contacts, 25 ont donné lieu à un recours spécialisé (55,6%, contre 14,85% pour l'ensemble des contacts). Les 44,4% restant concernent des questions générales et surtout des problèmes médicamenteux. Les motifs en rapport avec ces cas à problèmes sont les suivants :

Tableau 48 : les motifs des recours spécialisés

Situation	Nb C/situation	Nb C cumulés
Suivi	6	11
Diagnostic	0	0
Pb grossesse	13	20
Pb intercurrent	19	22
S + Pb G	4	
Pb G + Pb I	2	
S + Pb G + Pb I	1	
Total	45	

Sur 39 cas où les motifs sont exprimés en clairs avec commentaire sur le problème de compétence, on relève 10 situations en rapport avec une question sur "médicament et grossesse", 3 sur "quel traitement pour cette situation", 6 sur une difficulté diagnostique étiologique (et incidemment sur la conduite à tenir...), 9 en rapport avec une question de moyens (nécessité d'hospitaliser, passer la main au 8e mois, technique spécialisée...) et 11 en rapport avec une grossesse particulière (FIV, cerclage, HTA, RCIU, hyperglycémie, pb échographique...).

Discussion

1. SUR LA METHODE

Le présent travail constitue avant tout un coup de sonde sur une fraction de l'exercice médical, préalable à une éventuelle investigation plus poussée, type audit. Il ne s'agit pas d'un recueil direct de besoin de soins dans une population particulière, mais d'une étude sur la grossesse vue du côté médecin. Pour ce faire, le recueil des données en temps réel sur un document papier unique reste le moyen le plus simple dès lors que son remplissage ne demande que très peu de temps pour chaque cas et qu'il n'y a pas d'ambiguïté dans les questions. C'est ce dernier point qui a posé le plus de problème : malgré un mode d'emploi très détaillé, aucun bordereau n'est revenu complet. Un temps non-négligeable a été passé à relancer les investigateurs pour récupérer les données manquantes ou faire préciser certaines réponses non-cohérentes. Ce travail supplémentaire a retardé l'exploitation des données et n'a pas toujours abouti car plus le temps passe, plus il devient difficile de retrouver ces données.

Deux raisons expliquent ce raté :

- il n'y a pas eu de réunion préalable des investigateurs pour exposer en détail le bordereau de recueil (question de disponibilité et de délai, comme quoi travailler dans l'urgence n'est jamais satisfaisant et se paie à la sortie). Le mode d'emploi détaillé n'a pu remplacer cette présentation, d'autant moins que certains investigateurs ont avoué ne pas l'avoir lu avant de commencer le travail...
- la présentation de certaines questions dans le bordereau (cf annexe) était telle que les omissions étaient faciles.

Le recueil sur trois mois a paru long pour quelques-uns. Il nous a paru nécessaire pour compenser le faible nombre de participants d'une part, pour avoir un reflet du suivi d'autre part (cette notion de travail dans la durée est une caractéristique de la médecine générale). D'autres méthodes sont possibles (une semaine par mois plusieurs mois de suite par exemple) pour alléger la charge de travail, mais compte tenu

de la raréfaction des consultations pour femme enceinte, cela aurait prolongé encore la durée de l'enquête et remis aux calendes grecques la mise en route d'une FMC sur le sujet, motivation première de ce travail.

L'outil informatique aurait-il permis une meilleure performance ? Oui si

- le bordereau est informatisé et géré par une routine indépendante du logiciel de chaque médecin,
- le logiciel du médecin est paramétrable pour déclencher la routine de recueil lorsque le praticien entre la donnée " femme enceinte " ou " grossesse " dans un dossier patient structuré.

Cette possibilité aurait plusieurs avantages :

- la saisie des bordereaux sur support informatique est démultipliée, donc gain de temps et d'énergie lors de l'exploitation,
- la qualité de la saisie peut être programmée dans la routine de recueil des données, par exemple en n'autorisant pas l'absence de réponse à une question,
- récupérer des données manquantes a posteriori est incomparablement plus facile si le logiciel gérant le fichier patient est bien conçu.

La SFMG vient de montrer que cette possibilité n'est pas une vue de l'esprit, en réalisant à travers ses membres une enquête sur " Varicelle-Zona-Herpès ", incluant 5000 patients en période estivale.

Quel éditeur de logiciel médical acceptera d'intégrer cette fonction dans son produit ?

2. SUR LES RESULTATS

1) l'échantillon des médecins enquêteurs

De nombreux travaux en médecine générale souffrent de la non-représentativité des médecins qui y participent. Celle-ci n'échappe pas au phénomène, tant la recherche dans cette discipline reste encore trop cantonnée à des pion-

niers et quelques mordus. Ainsi, la répartition par lieu d'exercice, âge et sexe des généralistes lorrains est bien différente de notre équipe d'investigateurs :

Lieu d'exercice	Dépt	Lorraine	Échantillon
	54	33,39 %	11,43 %
	55	07,49 %	08,47 %
	57	42,28 %	25,71 %
	88	16,84 %	54,29 %
Age	< 40	30,02 %	11,43 %
	40-49	47,21 %	68,57 %
	50-59	19,95 %	17,14 %
	60 et +	2,82 %	2,86 %
Sexe (1)	F	16,85 %	20,00 %
	H	83,15 %	80,00 %

Tableau 49 : Spécificités des médecins
(1) base Lorraine sans le 54

En ce qui concerne l'activité moyenne, pour la période considérée, les chiffres fournis par les CPAM de Lorraine donnent 1554 actes dans les Vosges, 1594 dans la Meuse, 1519 pour Metz, 1613 pour Thionville, 1679 pour Sarreguemines et 1232 pour Nancy, soit une moyenne de 1531,83 contre 1505,77 pour l'échantillon.

Toute la question est de savoir si ces caractéristiques ont une importance par rapport aux objectifs de l'enquête. En ce qui concerne la part que représentent les consultations pour femme enceinte dans l'activité des généralistes, cela a une certaine importance. Les médecins enquêteurs ont a priori deux caractéristiques non-représentatives de l'ensemble : ce type de travail les intéressent et ils s'intéressent à la femme enceinte malgré les conditions concurrentielles qu'ils vivent. De ce fait, on peut penser qu'ils ont un comportement professionnel qui facilite le recours à leurs services par les femmes enceintes. Il y a donc peut-être une surestimation de cette activité par rapport à l'ensemble des généralistes lorrains.

L'environnement professionnel n'a pas été relevé (présence de spécialistes du domaine à proximité, exercice rural ou urbain, etc...) et il n'est donc pas possible d'argumenter sur la question toujours conflictuelle de l'effet de l'offre sur la demande et donc l'activité des praticiens. Cette donnée n'existe pas non plus pour l'annuaire statistique 94/95 de l'Observatoire de la Médecine Générale, du moins pas directement. On connaît seulement la région d'exercice des médecins du réseau, avec 4 régions dominantes (Paris, Rhône-Alpes, Champagne et Bourgogne) et un exercice urbain dominant ; le niveau élevé de l'offre de soins des deux premières est bien connu, en particulier en spécialités. Pour autant, la part d'activité " grossesse " pour les membres de ce réseau est proche de celle observée ici (0,87% des séances, 0,49% des problèmes de santé), ce qui tend à valider notre résultat.

En ce qui concerne le contenu des consultations, l'objectif était d'ouvrir une porte sur ce que voit et fait le généraliste et non d'obtenir la description fidèle de ce que fait la moyenne des généralistes. La représentativité du groupe est donc moins cruciale à cet égard, et d'autant moins que la FMC prévue est destinée en priorité à ce groupe. Enfin l'expérience acquise dans les groupes de pairs montre que ces contenus de consultations sont relativement semblables d'un généraliste à l'autre, quelque soit son engagement dans la recherche.

2) les caractéristiques des grossesses

A voir les tableaux des déclarants de la grossesse et ceux sur le suivi, on serait tenté de conclure qu'en définitive les généralistes déclarent et suivent une grande proportion des grossesses. En fait il ne s'agit que des femmes enceintes vues par ceux-ci et non de toutes les grossesses en cours dans la région lors de l'enquête.

Si on reprend ces données à la sortie des maternités, la situation est moins flatteuse pour les généralistes. Ainsi dans les Vosges, pour le quatrième trimestre 1996, on obtient 21,36% des grossesses déclarées par un généraliste et

seulement 16% des grossesses suivies par lui (dont 9,9% avec moins de 6 consultations prénatales). Une enquête similaire, limitée à une maternité vosgienne avait donné 25% des déclarations et 12% des consultations prénatales réalisées par le généraliste. Une enquête du CREDES citée par (41) donne 44% des consultations pour grossesse réalisées par des généralistes, sans préciser s'il s'agit du suivi ou de problèmes intercurrents.

Il reste que le généraliste voit des femmes enceintes dont il n'assure pas le suivi (46,76% des contacts dans notre enquête) et que cela suscite des questions, surtout dans les domaines thérapeutique et médico-social.

3) le contenu des consultations

Nous entrons ici dans le pot-au-noir : on dispose de peu de données sur le sujet, avec un contraste curieux entre le discours récurrent sur la raréfaction des suivis de femmes enceintes par le généraliste et la publication régulière d'articles destinés au généraliste sur le bon suivi de la grossesse et tous sujets connexes : 35 articles ou publications relevés dans les revues reçues au cabinet en 18 mois, sans vraiment chercher. Dans le lot, seuls 2 articles concernent un travail de recherche en médecine générale sur ou autour de la grossesse : un dans le *Bouloonnais* en juin 1996 (enquête sur l'information, prévention, éducation à propos de la grossesse), l'autre en *Seine-Maritime* pendant le 4^e trimestre 1996 (audit sur le dépistage et la surveillance des grossesses à risque). Seul ce dernier a véritablement exploré le contenu des actes effectués, en parallèle avec ceux effectués par les spécialistes.

Dans la présente enquête, les contenus n'ont été abordé que dans les grandes lignes, en s'attachant à discerner ce qui ressort de la grossesse normale, des problèmes liés à la grossesse et des problèmes intercurrents. De même pour les décisions prises : en aucune façon il ne s'agit d'une évaluation de ces décisions mais d'une tentative d'éclaircissement sur la fréquence de celles-ci. Dans la mesure où ces différents éléments étaient pré-listés dans le bordereau, cer-

tains ont pu être ignorés, d'autant que la place laissée pour un commentaire ou un complément d'information sur le cas était très limitée. Ainsi, l'item " conseil " dans les décisions n'était pas prévu ; il a été repris a posteriori à travers les commentaires ; sans doute aurait-il été plus souvent noté s'il avait été inclus dans la liste des décisions proposées. On revient là à une critique méthodologique concernant le matériel utilisé pour relever les cas (une fiche par cas aurait été plus souple qu'un bordereau global).

4) les problèmes de compétence

Là encore on ne dispose pas de donnée comparable. Moins de 10% des contacts ont posé un problème suffisant pour que le médecin le signale. Certains médecins ont été plus sensibles que d'autres, en signalant les recours au Vidal[®] pour le contrôle des prescriptions médicamenteuses. Là encore, en l'absence de question systématique dans cette direction, il est possible que le relevé de ces recours soit sous-estimé.

Les questions médico-sociales sont totalement inexistantes : soit ce genre de questions n'est pas abordé par la femme parce qu'elle considère que cela ne relève pas du médecin, soit ce dernier y répond sans difficulté, soit encore il n'y répond pas et ne catégorise pas la question dans le champ de ses (in)compétences, donc ne signale pas la difficulté. Or ce domaine était a priori considéré comme important par les promoteurs de ce travail. De plus, le constat de problème ressenti ne déclenche pas toujours une demande de formation (3 médecins concernés), tout au moins pas sous la forme proposée. En l'absence d'une évaluation spécifique, on ne peut rien conclure à ce sujet, sinon qu'il n'y a pas de besoin de formation exprimé par les enquêteurs.

1. Réponse aux questions

Conclusion

Aux questions soulevées en introduction, nous pouvons répondre ceci :

- les consultations pour femme enceinte constituent une part très succincte de l'activité des généralistes du groupe. Le phénomène est confirmé à une échelle plus vaste par l'annuaire de l'observatoire de la médecine générale de la SFMG.

- Ils assurent moins de la moitié des suivis de femmes enceintes qu'ils voient et environ 15% des consultations prénatales des grossesses de la région.

- En dehors de ce suivi, les affections intercurrentes sont la source de l'essentiel des difficultés rencontrées dans l'exercice, et particulièrement la question des médicaments utilisables dans ce contexte. Les questions médico-sociales sont absentes des problèmes exprimés.

- Être le déclarant de la grossesse constitue un possible avantage pour assurer le suivi ultérieur. On a ainsi le sentiment d'un parcours " d'accroche " vers le suivi de la grossesse : en faire le diagnostic augmente les chances d'en faire la déclaration ; en faire la déclaration augmente les chances d'en assurer le suivi. Lorsque ce suivi est effectif, le généraliste paraît intervenir plutôt comme référent ; dans le cas contraire, il apparaît plutôt comme un consultant occasionnel dans le contexte de la grossesse (position symétrique au spécialiste).

- La réponse aux problèmes rencontrés paraît cohérente, à voir la diversité des décisions en fonction des motifs de consultation. La pertinence de cette réponse ne faisait pas l'objet de cette enquête : cela relève de l'audit. De même, l'existence d'un lien entre morbidité à la naissance et type de suivi concerne un autre type d'enquête (cf infra).

2. Implications pour la FMC.

Une formation du généraliste à propos de la grossesse et de ce qui gravite autour d'elle ne peut faire l'économie d'une réflexion de nature politique. Notre volonté d'effectuer un point au moins sur la part d'activité dévolue à la grossesse avant d'entamer un processus de formation procède de cette démarche, quitte à conclure que cette formation n'est pas opportune, ou non-prioritaire, ou à reconsidérer dans sa forme.

Quels arguments tirer de ce travail pour proposer une FMC adaptée à l'exercice généraliste et attentive à l'amélioration de la qualité des soins ? La première tentation serait de s'en désintéresser, compte tenu de la faible proportion que représentent ces actes dans l'activité du généraliste. Ce réflexe s'accroît si on se cantonne au suivi de la grossesse. Pourtant il y a fort à parier que ce champ d'activité intéresse les généralistes d'une part, que la grossesse reste une situation à forte composante de responsabilité ressentie pour le praticien d'autre part. La prédominance des préoccupations en matière de médicaments illustre ce point. S'y ajoute, d'un point de vue Santé publique, la forte résonance que suscitent les problèmes de la grossesse dans la population, même s'ils ne sont pas très fréquents. L'opportunité existe donc, indépendamment des circonstances qui ont conduit à ce travail.

On a vu aussi que l'écrasante majorité des médecins est intéressée par un séminaire sur le sujet. Là encore, un biais d'intérêt préalable existe puisque ces médecins ont répondu favorablement à l'enquête. Ce qui surprend, c'est le contraste entre les 9% de problèmes ressentis et les 82,9% de médecins intéressés par une formation complémentaire. Pour quel bénéfice ? Une réassurance ? Une mode ? Une habitude ? Une complaisance ? Une récréation ? Que mettre dans une formation pour des médecins sans besoin exprimé ?

A partir des éléments de cette enquête, on pourrait définir deux cibles pour un séminaire " Le

médecin généraliste et la femme enceinte ” :

- Une cible “ technique ”, orientée sur le médical
- Une cible “environnementale”, orientée sur le social et le partage d’informations pour la prise en charge des problèmes suscités par la grossesse (avant, pendant, après)

Cette façon de faire permet de répondre à la demande traditionnelle des médecins et à travers eux celle des personnes-relais du plan “ Bien vivre sa grossesse dans les Vosges ”. Ces dernières sont en effet demandeuses auprès des professionnels de santé d’informations techniques validées pour les réunions qu’elles animent sur le terrain et de connaissances sur les ressources du système de soins pour orienter à bon escient les personnes en difficulté (Cible 1). Un échange de bons procédés est alors envisageable par l’apport aux médecins, même s’ils ne sont pas explicitement demandeurs, d’informations éparses pas toujours faciles à trouver et l’identification et la rencontre des partenaires ad hoc pour orienter les patientes dans le dédale administratif et social lorsque le contexte le nécessite (Cible 2). En effet, la plupart des problèmes de santé nécessitent aujourd’hui un travail en réseau, au moins informel ; le médecin doit pour cela prendre connaissance des moyens et des personnes existant autour de lui et des patients pour assurer cette prise en charge. La complexité n’est pas seulement dans le savoir médical, elle est aussi dans le savoir médico-social et administratif. Les deux sont intriqués, puisqu’une bonne réalisation du technique nécessite toujours un ou plusieurs préalables social, culturel, économique ou administratif.

3. Pistes de travail pour demain

Concernant le projet de réaliser un audit sur le suivi de la grossesse par le généraliste, il sera difficile d’y souscrire tant que les généralistes auront si peu de part à la réalisation des consultations pré-natales. Il serait sans doute plus rentable d’observer ce qui se passe lors de l’accouchement, en relevant dans les maternités deux items en parallèle : qui a suivi la grossesse et y

a-t-il eu une complication (au sens large de l’essai thérapeutique) pour la mère ou l’enfant, afin de savoir s’il existe une différence significative dans le nombre et la gravité de ces complications selon le professionnel qui a assuré le suivi. Une enquête serait alors à mener dans le milieu où un excès serait mis en évidence pour en cerner les causes et y remédier. Un projet de cette nature reste à mettre en œuvre.

Annexe

Mode d'emploi

SUIVI DE LA GROSSESSE PAR LE MEDECIN GENERALISTE ENQUETE DE PRATIQUE POUR TOUT PROBLEME APPELER AU 03 29 62 26 69

A priori, le questionnaire peut sembler complexe. En réalité, son remplissage ne demande que quelques secondes par cas, sauf pour la dernière case si un problème existe (il faut réfléchir une demi minute pour le formuler clairement et brièvement).

Une page Aide-mémoire reprend les points principaux pour aider à ce remplissage. Après séparation de la partie grisée, renvoyer le bordereau au Dr Y. CLEMENCE 19 Bvd Thiers 88200 REMIREMONT.

- 1) IDENTITE

Inclure toute femme enceinte vue en consultation ou en visite à domicile, même s'il s'agit d'un acte "non-facturé" (par exemple conseil à une femme qui consulte pour son enfant enrhumé). S'il s'agit d'un retard de règles et que l'on n'a pas le diagnostic de certitude, il faut attendre un diagnostic de confirmation avant d'inclure la patiente. Comme l'ordre d'inclusion n'a aucune importance, il n'y a aucun inconvénient à remplir la grille dans un deuxième temps, en dehors de la présence de la patiente (ce sera d'ailleurs ainsi pour les visites à domicile). Il arrivera d'ailleurs que le généraliste ne revoie pas cette patiente qui, diagnostic en poche, ira voir le gynéco-obstétricien pour la suite des opérations, déclaration comprise. Toujours est-il que pour ce type particulier de contact, il faudra préciser "Diagnostic" dans la première des cases "Motif de l'acte".

2) NUMERO

Ce numéro est attribué par le médecin à la patiente. Il faut le répéter dans la 3e colonne, car les deux premières seront conservées par le médecin à la fin de la période d'observation. Ceci permet de récupérer une information manquante lors de l'exploitation des réponses tout en garantissant l'anonymat (c'est aussi une des raisons du code médecin, attribué par le coordinateur de l'enquête). Il est important de toujours attribuer le même numéro à la même patiente lors-

qu'elle est vue plusieurs fois au cours de la période, ceci afin de pouvoir compter le nombre de femmes enceintes différentes vues par un même praticien, et pas seulement un nombre de "contacts-femmes enceintes".

3) DECLAREEPAR

Il suffit d'entourer la case MG si c'est le praticien ou un autre généraliste (associé, remplaçant...) qui a effectué la déclaration, Non-MG si ce n'est pas un généraliste, Non-fait si elle n'est pas encore déclarée.

4) AGE GROSSESSE - GESTITE

L'âge de la grossesse est à donner en semaines d'aménorrhée au jour de l'acte. Il est recommandé d'utiliser une réglette abaque pour déterminer cet âge, de manière à éviter les erreurs de compte. Cette donnée servira à évaluer jusqu'à quel âge de grossesse le généraliste voit les femmes enceintes qu'il suit. Elle sera par ailleurs confrontée au motif de l'acte, à la décision prise et à l'existence ou non d'un problème ressenti par le médecin.

La gestité est le nombre de fois où la patiente a été enceinte, y compris les fausses couches et la grossesse actuelle. Elle est à distinguer de la parité (nombre d'accouchements), toujours inférieure d'au moins une unité pour la grossesse en cours.

5) GROSSESSE A RISQUE ?

Entourer OUI ou NON selon que la patiente se trouve ou non dans un des cas de figure suivant :

- Menace d'accouchement prématuré
- Pathologie placentaire (décollement partiel, praevia, etc) Enfant précieux Gémellité
- Retard de croissance intra-utérin
- Pathologie maternelle Cardio-vasculaire - Diabète - Toxémie gravidique, Épilepsie sous traitement - Asthme - Insuffisance rénale, Autre pathologie interférant avec la grossesse

6) SUIVIE PAR

Entourer MG ou Autre de la même manière que pour Déclarée par

7) MOTIF DE L'ACTE

Cocher une ou plusieurs des 3 cases prévues. Il y a assez de place pour écrire en deux mots le (s) motif(s) de l'acte, surtout pour les 2 dernières. Ce peut-être aussi un conseil ou des explications pour une femme inquiète sur l'évolution de sa grossesse suivie par le spécialiste auprès duquel elle aura eu du mal à les obtenir, alors qu'elle est venue consulter pour son premier enfant qui est enrhumé.

8) DECISION

Là encore, il suffit d'entourer les cases correspondant aux décisions prises. Il peut ne rien avoir (ainsi dans le cas d'un conseil comme ci-dessus). Un petit mot de commentaire dans la dernière case montrera qu'il ne s'agit pas d'un oubli, évitant un coup de téléphone lors de l'exploitation des réponses...

9) PROBLEME - COMMENTAIRE

Toujours entourer OUI ou NON pour répondre

à la première partie de la question ; si la réponse est OUI, préciser en clair et brièvement la nature du problème, de même si le cas suscite un commentaire particulier non prévu par la grille.

10) LES TROIS QUESTIONS

La première (Nombre d'actes pendant la période) appelle une réponse obligatoire. Sans elle, il sera impossible d'évaluer la part d'activité que représente les "contacts-femmes enceintes" au sein de l'activité globale du médecin et donc de répondre à la première motivation de ce questionnaire.

La seconde est un recueil d'opinion. Certains d'entre nous acceptent de suivre une grossesse jusqu'au 8e mois, d'autres passent la main à 6 mois, d'autres s'arrêtent à la déclaration. Si la grande majorité ne souhaite pas aller au-delà du 2e trimestre, le contenu de la formation sera à adapter à cette donnée (soit pour s'y conformer, soit pour éventuellement donner les moyens d'aller plus loin)

La troisième question relève du sondage: les généralistes sont-ils demandeurs de formation et sont-ils prêts à s'investir pendant 2 jours de séminaire sur ce thème ?

MERCI POUR VOTRE COLLABORATION

PARTIE A CONSERVER X → ←		PARTIE A RENVoyer				BORDEREAU DE RECUEIL DES DONNEES				Aide-mémoire		
Après le recueil		Code médecin		Code médecin		Age médecin = _____ ans		N'OUBLIEZ PAS DE REpondre AUX 3 QUESTIONS FINALES / Merci				
IDENTITE Nom	N°	N°	Déclarée par		Age gross. en Sb. Am. Gestité	A risque ? (voir protoc.)	Suivie par	Motif de facte		Décision(s)	Avez-vous ressenti 1 pb de compétence ?	
			MG	Non-MG				MG	Non-MG			Suivi de grossesse
N° donné par le médecin Si une femme est vue +1s fois pdt la période, lui donner tjs le même N° (permettra le comptage du nbre de femmes enceintes différentes vues		Age Gross. au jour de l'acte Utiliser une réglette abaque		GROSS. A RISQUE =		Peut être résumé en deux mots		Entourer OUI ou NON Préciser en clair la nature du pb si existe ou le commentaire à propos du cas				
		Gestité		Nième gross. en cours, y compris les fausses couches		Menace d'Accht prématuré Patho placentaire Gémellité Retard de croissance I. U. Enfant préceux Patho mat Insuf. card Insuf rein HTA Edampsie Diabète Epilepsie Asthme Agc						
INCLURE TOUTE FEMME ENCEINTE VUE EN C. OU V. SI L'ACTE EST CELUI DU DIAGNOSTIC DE GROSSESSE ATTENDRE CONFIRMATION ET REMPLIR LA GRILLE DANS UN DEUXIEME TEMPS		Age Gross. au jour de l'acte Utiliser une réglette abaque		GROSS. A RISQUE =		Peut être résumé en deux mots		Entourer les items correspondant à la situation et aux décisions prises				
		Gestité		Nième gross. en cours, y compris les fausses couches		Menace d'Accht prématuré Patho placentaire Gémellité Retard de croissance I. U. Enfant préceux Patho mat Insuf. card Insuf rein HTA Edampsie Diabète Epilepsie Asthme Agc						
X → ←		MG		OUI		MG		Poursuite suivi		OUI / NON		
		Non-MG		sem.		Non-MG		Biol		Commentaire libre		
		Non-fait		NON		Non-MG		Autre Exam.		Commentaire libre		
		Non-fait		NON		Non-MG		Traitement		Commentaire libre		
		Non-fait		NON		Non-MG		Recours spé		Commentaire libre		

POUR TOUT PROBLEME APPELER AU 03 29 62 26 69

LE MEDECIN GENERALISTE ET LA FEMME ENCEINTE

Enquête de pratique – Octobre/Décembre 1995

Liste des médecins enquêteurs

ALIN Gilbert	57070 Metz
BAUDOIN Marie-France	57320 Bouzonville
BEGOM François	54730 Gorcy
BEYEL Pascale	57200 Boulay
BIEDERMANN Dominique	88200 Remiremont
BIRGE Jacques	57220 Boulay
BOULIER Marie-Hélène	55100 Verdun
CAPOBIANCO Joël	88200 Dommartin-les-Remiremont
CORBET Pascal	88500 Mirecourt
DEPOUX Marie-José	88200 Saint-Nabord
DUEZ Christian	88200 Remiremont
FLAMAND-LAM Brigitte	54000 Nancy
FRANCO Louis	54000 Nancy
FRITSCH Jean-Didier	88200 Saint-Etienne-les-Remiremont
GERARD Marie-France	88170 Vicherey
GROSSE Christian	54400 Longwy
HEID Jean-Marie	88210 Senones
HESLER Claude	88370 Plombières-les-Bains
JOSEPH Michel	88200 Remiremont
JUPIN Daniel	88560 Saint-Maurice-sur-Moselle
LAMBERT Lionel	57590 Delme
LEGRAS Gérard	88400 Mirecourt
LEGUERNIGOU Jean-Luc	88200 Remiremont
MARCHAL Gérard	88200 Remiremont
MICLO Jean-Paul	88200 Remiremont
MUNIER Claude	55310 Tronville-en-Barrois
PIQUARD Dominique	88200 Remiremont
RALLI Jean	88200 Remiremont
RAPHAEL Francis	57460 Behren-les-Forbach
REBSTOCK Michel	57330 Vollmerange-les-Mines
ROBIN Nicolas	55000 Bar-le-Duc
SCHLIENGER Claude	88160 Le Ménil-Thillot
STEYER Elisabeth	57525 Talange
STEYER Norbert	57525 Talange

L'auteur tient à remercier les sages-femmes de PMI du département et des maternités publiques du département des Vosges (qui ont réalisé une enquête en parallèle à l'accouchement pour cerner les problèmes rencontrés en fonction du professionnel de santé ayant assuré le suivi de la grossesse), tous les médecins qui ont participé à l'enquête ainsi que la SFMG pour la publication de ce travail.



Société Française de Médecine Générale

Société savante

141, avenue de Verdun - 92130 Issy les Moulineaux

Tél : 01 41 90 98 20 - Fax : 01 41 90 98 21

Email : sfmfg@sfmg.org ☎ . <http://www.sfmfg.org>

ONG agréée auprès de l'OMS

Représentant la France à la WONCA
World Organisation of National Colleges,
Academies and Academic associations of General Practitioners