



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Vécu de la consultation d'orientation par les femmes enceintes à bas
risque à l'hôpital Jeanne de Flandre.**

Présentée et soutenue publiquement le 06 septembre 2018 à 18h
au Pôle Formation
Par Grégoire Pomar

JURY

Président :

Monsieur le Professeur SUBTIL Damien

Assesseurs :

Monsieur le Professeur BERKHOUT Christophe

Madame le Docteur TILLY Anita

Directeur de Thèse :

Monsieur Docteur STALNIKIEWICZ Bertrand

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Remerciements

Liste des abréviations

GBR : Grossesse à bas risque

GHR : Grossesse à haut risque.

HAS : Haute autorité de santé.

CPP : Comité de protection des personnes.

CNIL : Comité national de l'informatique et des libertés.

DGS : Direction générale de la santé

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques

AUDIPOG : Association des Utilisateurs de Dossiers informatisés en Pédiatrie,
Obstétrique et Gynécologie

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

NPDC : Nord pas de Calais

CPC : Consultation préconceptionnelle

Définitions

Taux de mortalité infantile : Nombre d'enfants qui meurent entre la naissance et un an pour 1000 naissances vivantes.

Taux de mortalité néonatale : nombre d'enfants qui meurent entre la naissance et 27 jours révolus pour 1000 naissances vivantes.

Taux de mortinatalité : nombre de morts fœtales après la 22ème semaine (ce taux était compris jusqu'à la 28ème semaine jusqu'en 2001)

Taux de mortalité périnatale : nombre de morts nés additionné au nombre de décès entre zéro et sept jours pour 1000 naissances.

Taux de mortalité maternelle : Nombre de décès pour 100000 naissances pendant la grossesse ou les 42 jours suivant sa fin.

Hypotrophie : Poids trop faible de l'enfant au regard du nombre de semaines de grossesse et inférieur à 2 500 g à la naissance

Résumé

Contexte : En 2014, l'hôpital Jeanne de Flandre a créé une consultation dite d'orientation pour proposer le suivi le plus adapté aux femmes enceintes. L'objectif de l'étude est de recueillir le ressenti des femmes enceintes sur le vécu de la consultation et du suivi ambulatoire afin d'améliorer notre pratique.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de femmes enceintes à bas risque majeur ayant bénéficié d'une consultation d'orientation à l'hôpital Jeanne de Flandre.

Résultat : 15 entretiens ont été réalisés. La consultation d'orientation a été bien vécue par les patientes. Les femmes enceintes déclarent un manque d'information sur le suivi de grossesse. Cette consultation permet de s'informer sur le suivi de grossesse, de se sentir en sécurité et d'être rassurée. Au final, cette consultation permet de se préparer à la suite du suivi. Les critiques sur la consultation sont le caractère redondant en cas de grossesse précédente, le trop plein d'informations, la survenue tardive dans le suivi, le faible choix dans les professionnels libéraux. Suite à cette consultation, elles acceptent le principe d'un suivi ambulatoire. Elles reconnaissent ne pas avoir besoin d'un suivi plus important. Le suivi ambulatoire a été globalement bien vécu par les patientes. Elles en apprécient la proximité, l'intimité, la flexibilité. Ce suivi ambulatoire apparaît équivalent au suivi hospitalier et leur paraît également plus adapté avec le recul. Enfin, les patientes ont relevé peu d'échanges entre professionnels de la périnatalité mais notent que ces échanges se font correctement avec le dossier obstétrical.

Conclusion : La consultation d'orientation permet de redonner un sens au caractère physiologique de la grossesse. Le suivi ambulatoire est accepté et apprécié des patientes. La création de cette consultation devrait ainsi permettre un retour du suivi de femmes enceintes vers la ville et la médecine ambulatoire.

TABLES DES MATIERES

INTRODUCTION	1
I) Evolution de la périnatalité en France	1
II) Les recommandations HAS	3
III) La périnatalité en 2010	4
A) Chiffre de la périnatalité en 2010	4
B) Qui réalise le suivi.....	4
IV) Caractéristique des femmes enceintes en 2010.....	5
V) La périnatalité dans le Nord-Pas-de-Calais	5
VI) La Communauté périnatale de Jeanne de Flandre.....	6
A) Création.....	6
B) La consultation d'orientation	7
MATERIEL ET METHODES	9
I) Recueil des données.....	9
A) Paramètres de situation des entretiens.....	9
B) Déroulement de l'entretien.....	10
II) Retranscription des données	10
III) Population de l'étude	11
A) Taille de l'échantillon.....	11
B) Population étudiée	11
C) Présentation de l'échantillon.	11
D) Mode de recrutement.....	12
IV) Méthode d'analyse	12
V) Ethique et respect des droits des patientes.....	13
RESULTATS.....	14
I) La consultation d'orientation.....	15
A) Satisfaction des femmes enceintes.....	15
1) Une satisfaction globale	15
2) Une consultation pertinente	15
3) Une consultation rassurante.....	16
B) Les raisons	16
1) La qualité de la prise en charge des sages-femmes.	16
2) La consultation d'orientation, une préparation pour la suite du suivi.....	16
3) La consultation d'orientation, pour sécuriser la grossesse.....	17
4) Un premier contact avec l'hôpital.....	17
5) L'inclusion du conjoint.....	18
C) La consultation d'orientation : Une réponse à un besoin d'information.....	18
1) Des femmes enceintes perdues à l'annonce de la grossesse.....	18
2) Des informations sur les modalités de suivi difficiles à trouver.....	18
3) Un manque d'information sur les professionnels de santé pouvant suivre une grossesse	19
4) Un besoin d'être entourée et de consulter.....	19
5) Une consultation apportant des réponses.....	20
D) Critiques.....	21
1) Une consultation redondante.....	21
2) De trop nombreuses informations	21
3) Une liste de contact trop restreinte	22
4) Une consultation survenant tard dans le suivi.....	22

E)	Souhaits d'amélioration.....	22
1)	Elargir la liste de contact.....	22
2)	Etablir un livret récapitulant les informations.....	23
3)	Adapter la longueur de la consultation au nombre de grossesses.....	23
4)	Diminuer le nombre d'informations.....	23
II)	Vécu de l'orientation en ville.....	24
A)	Une bonne acceptation de l'orientation en ville.....	24
1)	Une réorientation bien vécue.....	24
2)	Sauf dans de rares cas.....	24
B)	Les raisons de l'acceptation.....	25
1)	Ne pas sentir le besoin d'un suivi plus important.....	25
2)	La confiance dans les professionnels de santé.....	25
3)	Un geste altruiste.....	26
4)	Le rôle de la maternité pour les femmes enceintes.....	27
5)	Un principe de suivi déjà connu des patientes.....	27
C)	Une surprise pour certaines patientes.....	28
D)	Se sentir perdue après l'annonce de la réorientation.....	28
III)	Vécu du suivi ambulatoire après la consultation d'orientation.....	29
A)	Satisfaction.....	29
B)	Avantage du suivi en ville.....	30
1)	La proximité du suivi.....	30
2)	La flexibilité.....	30
3)	La disponibilité.....	30
4)	La limitation du nombre d'intervenants.....	30
5)	L'intimité.....	31
6)	Un suivi finalement équivalent au suivi hospitalier.....	31
7)	La continuité dans la prise en charge.....	31
8)	Un suivi plus adapté.....	31
IV)	Les échanges entre praticiens.....	32
A)	Peu d'échange entre professionnels.....	32
B)	Le dossier médical partagé.....	32
1)	Des échanges se résumant au dossier médical partagé.....	32
2)	Un moyen d'inclure le médecin traitant.....	33
3)	Des échanges facilités par la consultation d'orientation.....	33
C)	Les critiques.....	33
1)	Le dossier obstétrical, un outil à améliorer.....	33
2)	Améliorer les échanges des résultats de prise de sang.....	34
3)	Quelques discordances entre professionnels.....	34
DISCUSSION.....		35
I)	Force et faiblesse de l'étude.....	35
A)	Faiblesse.....	35
1)	Facteur d'investigation.....	35
2)	Facteur d'influence.....	36
3)	Facteur d'interprétation.....	36
B)	Force.....	36
1)	La crédibilité ou validité interne.....	36
2)	La fiabilité ou fidélité.....	37
3)	La transférabilité ou validité externe.....	37
II)	Principaux résultats.....	38
A)	La consultation d'orientation.....	38
1)	Une consultation appréciée des patientes.....	38
2)	Le respect du caractère physiologique de la grossesse.....	38
3)	Une sécurisation de la grossesse.....	39
4)	Une réponse à un besoin d'information.....	39
5)	Des possibilités d'amélioration.....	39

B) Le suivi en ville	40
1) Un suivi en ville globalement accepté	40
2) Une nouvelle prise en charge appréciée.....	41
C) Des échanges rares mais de qualité	41
III) Perspective d'évolution	42
A) Informer en amont sur le suivi de grossesse.....	42
B) Renforcer l'encadrement tout en laissant la liberté.....	43
C) Elargir le réseau.....	44
1) Elargir la liste de contacts	44
2) Accroître la connaissance de l'existence de la consultation.	44
D) Améliorer les échanges.	45
IV) Les apports de notre étude pour la médecine générale.	45
CONCLUSION.....	47
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	49
ANNEXES	54
Annexe n°1 : Les recommandations HAS 2009	54
Annexe n°2 : Tableau des caractéristiques des femmes enceintes en 2010	63
Annexe n°3 : Le guide d'entretien.....	64
Annexe n°4 : Recueil du consentement écrit des patientes	65
Annexe n°5 : Tableau des caractéristiques des patientes de l'étude.....	66
Annexe n°6 : un exemple de verbatim, l'entretien N°3	67

INTRODUCTION

I) Evolution de la périnatalité en France

Avant les années 1970, la France est en retard par rapport aux autres pays d'Europe. La mortalité périnatale y est importante (25 pour 1000 en France contre 16,4 en Suède) tout comme la mortalité néonatale (12 pour 1000) et la mortalité maternelle (28,2 pour 100 000 naissances)(1).

Un premier plan de périnatalité voit donc le jour en 1970. Il s'articule autour de 2 axes(2). Le premier concerne la prévention avec la création de 4 consultations obligatoires. Le deuxième axe concerne la sécurité avec 3 mesures :

- Renforcement technique.
- Formation des professionnels.
- Disponibilité immédiate.

La mise en place de ces mesures permet une diminution de la mortalité périnatale à 12,9 pour 1000 en 1980(1).

Un deuxième plan périnatalité est mis en œuvre en 1990 pour continuer à sécuriser les grossesses.

Ce plan délimite 5 objectifs principaux(3) :

- Une baisse de la mortalité maternelle de 30%.
- Une baisse de la mortalité périnatale de 18%.
- Une réduction des hypotrophies de 25%.
- Une réduction de moitié du nombre de femmes peu ou pas suivies pendant la grossesse. La consultation du 7^{ème} mois dans le cadre d'un établissement d'accouchement devient obligatoire.
- Une diminution de 35% de décès dus à la mort subite du nourrisson.

Le 2^{ème} plan va ainsi continuer à renforcer la sécurité autour de la femme enceinte. Les normes sont renforcées ainsi que la sécurisation des accouchements. Les maternités de moins de 300 accouchements par an sont fermées. Il sera également introduit par décret en 1998, la création des maternités de niveau I, II et III ainsi que des réseaux de périnatalité. Suite à ce plan, la mortalité périnatale baissera jusqu'à 6,7 pour 1000 naissances pendant l'année 2000. La mortalité périnatale est alors de 5,6 en Suède, 6,1 en Allemagne(1).

La sécurisation introduite par ces deux plans successifs entraîne une surmédicalisation de la grossesse(4). Une enquête périnatale effectuée en 2003 rapporte que les femmes enceintes, ainsi que les professionnels se plaignent d'une déshumanisation du suivi de grossesse(5).

Une nouvelle politique de périnatalité va donc être créée.

L'idée est de proposer un suivi personnalisé privilégiant la continuité du suivi de la déclaration de grossesse, à l'accouchement. La femme enceinte est au centre du processus décisionnel. C'est à elle d'élaborer un projet de suivi de la grossesse à la naissance.

Les rôles de chacun dans la prise en charge des femmes enceintes sont redéfinis :

- Les GBR sont suivies par les gynécologues libéraux, les sages-femmes, les médecins généralistes.
- Le suivi des GHR est réservé aux gynécologues obstétriciens.

Un nouveau plan périnatal sur 2005-2007 va donc dégager quatre mots clefs : Humanité, proximité, sécurité, qualité(6). L'idée d'une consultation de début de grossesse réalisée par un professionnel appartenant aux réseaux de soins périnataux est introduite.

Cette consultation doit permettre d'établir le caractère à bas risque ou haut risque de la grossesse.

Un entretien prénatal précoce est créé permettant la prise en compte des attentes et des besoins des futurs parents.

II) Les recommandations HAS

En décembre 2009, des nouvelles recommandations HAS établissent des niveaux de risque relatifs à la grossesse. Ces niveaux de risque doivent permettre de proposer le suivi le plus adapté à chaque grossesse(7). (Annexe n°1)

- **Niveau de risque A** : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).
Pour les grossesses A1, un avis est conseillé auprès d'un gynécologue obstétricien ou d'un autre spécialiste.
Pour les grossesses A2 un avis auprès d'un gynécologue est nécessaire, avec l'avis complémentaire d'un autre spécialiste si besoin.
- **Niveau de risque B** : Un suivi par un gynécologue obstétricien est obligatoire.

Les recommandations introduisent l'idée d'une consultation précoce du 1^{er} trimestre permettant de définir le niveau de risque d'une grossesse.

Cette consultation doit contenir un temps d'informations sur le niveau de risque de la grossesse. Les patientes doivent également recevoir des conseils de prévention adaptés à l'environnement familial et à son cadre de vie.

Ces recommandations vont également donner une place centrale au réseau de périnatalité. En effet, si le suivi de femmes enceintes doit être le plus souvent ambulatoire, des liens étroits avec l'hôpital sont conservés. Les premiers réseaux créés par la loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé(8) étant surtout des réseaux inter établissement, ils vont être élargis à la ville. **En effet, en 2012, la cour des comptes a précisé que l'apport réel des réseaux ne s'effectue que lorsqu'ils sont ouverts vers la ville.** Un carnet de santé de maternité est également conçu.

III) La périnatalité en 2010

A) Chiffre de la périnatalité en 2010

En France, les indicateurs de périnatalité sont établis à travers des enquêtes de périnatalité. Elles ont eu lieu en 1995, 1998, 2003, 2010 et 2016. Le recueil des données est effectué dans les maternités sur la totalité des naissances pendant une semaine. Les informations proviennent de trois sources : un interrogatoire auprès des femmes, un recueil des données dans le dossier médical et une fiche remplie par la maternité. Ces enquêtes sont réalisées par trois institutions : l'institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm), la direction générale de la santé (DGS) et la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)(9).

L'enquête de périnatalité effectuée en 2010 retrouve :

- Une mortalité à 10 pour 1000 naissances.
- Un taux de mortalité maternelle à 8,4 pour 100 000 naissances.
- Une mortalité néonatale à 2,4 pour 1000.
- Un taux d'hypotrophie à 6,4%.

La mortalité maternelle est ainsi toujours supérieure à la moyenne européenne qui est de 6,2 pour 1000. Concernant la mortalité néonatale, la France a rattrapé son retard sur les pays scandinaves et rejoint ses voisins européens (Mortalité néonatale de 2,4 pour 1000 en Allemagne et 2,5 pour 1000 aux Royaume unis.)(10).

B) Qui réalise le suivi

Les femmes enceintes ont consulté principalement un gynécologue dans 66,8% des grossesses, une sage-femme dans 11,4% et le médecin généraliste dans 4,7%.

Un généraliste a été consulté au moins une fois pendant la grossesse dans 23,8% des cas, une sage-femme libérale dans 16,1%, un gynécologue libéral dans 48,7%. Les professionnels de santé hospitaliers étaient sollicités au moins une fois dans 63,4% des cas pour les gynécologues et dans 39,4% pour les sages-femmes(11).

On constate depuis 2003, une diminution des suivis effectués par le médecin généraliste, avec au contraire une augmentation des suivis par les sages-femmes.

IV) Caractéristique des femmes enceintes en 2010

L'âge moyen des femmes enceintes en France est de 29,7 ans en 2010. 43,4% de ces femmes sont primipares, 34,5% en sont à leur deuxième grossesse, 14,3% à leur troisième. Les femmes enceintes célibataires représentent 7,3% et les femmes étrangères 13,4% des grossesses.

Le niveau d'étude est supérieur au bac dans 51,1% des cas avec 20,5% des femmes enceintes ayant au moins un niveau licence. 70,2% des femmes exercent un emploi durant leur grossesse.

Sur le plan financier, les ressources des ménages proviennent dans 70,8% des revenus du travail. Dans 27,4% des cas, elles proviennent d'indemnité chômage, RSA ou autre. 0,8% des ménages sont sans ressource. Enfin, on estime à 4,4%, le nombre de femmes n'effectuant pas toutes les consultations ou examens pour raisons financières(11).

Ces résultats sont résumés dans un tableau situé en annexe. (Annexe N°2)

V) La périnatalité dans le Nord-Pas-de-Calais

Le Nord-Pas-de-Calais (NPDC) recense 4 millions d'habitants. C'est la région la plus jeune de France. Il y a eu 110 000 naissances pour une mortalité totale de 8,5 pour 1000 naissances dont 3,5 induites entre 2012 et 2013(12).

Les caractéristiques principales de cette population sont :

- Des femmes enceintes plus jeunes. En 2004 l'âge moyen des mères était de 28,7 ans contre 29,6 ans pour la France entière.
- Un niveau d'éducation plus faible. En France, le niveau d'éducation des parents est supérieur au bac pour 42,6%, contre 35,1 dans le Nord Pas de Calais.
- Un taux de fécondité supérieur à 55,7% contre 53,1% en France en 2004
- Plus 10,5% des femmes ont moins de 7 consultations prénatales contre 9,2% en France(15).

Il existe cinq réseaux de périnatalité dans le NPDC.

- **Le réseau OMBREL** : Organisation Mamans Bébé de la Région Lilloise. Il comprend les villes de Hazebrouck, Seclin, Lille, Armentières, Roubaix, Tourcoing ainsi que Villeneuve d'Ascq.
- **Le réseau bien naître en Artois** : Organisé autour des maternités de Divion, Douai, Arras, Béthune et Lens.
- **Le réseau périnatal du Hainaut** : Organisé autour des maternités de Valenciennes, Cambrai et Sambre-Avesnois.
- **Le réseau Pauline** : Il s'agit du réseau Périnatal de l'Audomarois et du Littoral autour de la Naissance et de l'Enfant regroupant Dunkerque, Calais, Saint-Omer et Rang du Fliers.
- **La communauté périnatale de Roubaix** créée sur le même modèle de la communauté périnatale de Jeanne de Flandre et introduisant une consultation d'orientation à l'hôpital de Roubaix.

VI) La Communauté périnatale de Jeanne de Flandre.

A) Création

La communauté périnatale de Jeanne de Flandre regroupe les différents professionnels intervenant dans le suivi des femmes enceintes. Elle vise à s'engager avec les acteurs de santé de la ville pour proposer le parcours de soins le plus adapté à la situation clinique de la patiente.

La communauté s'engage à établir une meilleure coordination entre les partenaires. Ces engagements sont réunis dans une charte à laquelle adhère chaque membre de la communauté :

- Offrir le suivi le mieux adapté au niveau de risque de chaque patiente.
- Assurer le plus souvent possible un retour précoce à domicile après l'accouchement, en lien avec les mêmes acteurs.
- Organiser et maintenir une meilleure coordination entre les différents partenaires libéraux ou hospitaliers.
- Elaborer et respecter des protocoles de soins pour les grossesses normales et pathologiques.

- Développer des formations relatives au suivi des grossesses.
- Avoir une base commune de documentation à destination des femmes enceintes.
- Evaluer régulièrement le respect de ces engagements.

B) La consultation d'orientation

La consultation d'orientation a été créée en novembre 2014, suite aux nouvelles recommandations de l'HAS. Elle rentre dans le cadre de la communauté périnatale de Jeanne de Flandre.

Elle a pour objectif de :

- Adapter le parcours de soins à la situation de chaque patiente.
- Accroître la collaboration avec la ville.
- Réintroduire la consultation du post partum pour les patientes le nécessitant.

Il s'agit d'un entretien individuel entre la 14^{ème} et 17^{ème} semaine d'aménorrhée. Cette consultation d'orientation est donnée par la secrétaire de consultation pour toutes patientes souhaitant être suivies par Jeanne de Flandre ou pour tous professionnels de la communauté périnatale souhaitant orienter une patiente vers l'hôpital JDF.

La consultation a pour but de recueillir les informations nécessaires pour établir si la grossesse est à bas risque ou haut risque.

Il s'agit donc d'une consultation de 45 minutes menée par une sage-femme. Elle permet de faire le point sur les antécédents médicaux et psycho sociaux de la patiente afin d'établir le niveau de risque de la grossesse. Pendant cette consultation est rempli le dossier obstétrical. Les résultats des examens biologiques et échographiques du 1^{er} trimestre sont également récupérés ou prescrits si besoin. Un premier examen gynécologique est réalisé, avec frottis.

Une fois le niveau de risque expliqué ainsi que les différentes possibilités de suivi, le choix du type de suivi est laissé à la femme enceinte. Toutefois on mettra l'accent sur le suivi ambulatoire avec choix du professionnel.

A noter qu'à partir de septembre 2016, les modalités de la consultation d'orientation ont légèrement changé. En effet, supposant que 45 minutes de consultation pouvaient être longs à la fois pour la patiente et la sage-femme, il a été décidé de diviser la consultation en deux interventions de 20 minutes chacune séparées d'un mois. Cependant cette consultation reste marginale et très peu proposée.

La consultation d'orientation a été créée pour répondre à un souhait des femmes enceintes de ne pas surmédicaliser la grossesse. Le vécu de cette consultation n'avait pas été exploré. L'objectif du travail était de recueillir et d'analyser les perceptions des femmes enceintes à bas risque au sujet de la consultation d'orientation et du suivi ambulatoire.

MATERIEL ET METHODE

Quel est le vécu des femmes enceintes à bas risque de la consultation d'orientation ?

Afin de répondre à la question, une **étude inductive**, avec recueil des données par **entretiens semi dirigés** a été menée auprès de **femmes enceintes majeures à bas risque ayant bénéficié d'un suivi ambulatoire après consultation d'orientation à l'hôpital Jeanne de Flandre**. L'analyse inductive a été de type phénoménologique.

I) Recueil des données

Le guide d'entretien a été construit après une recherche bibliographique. Il comprenait quatre grands thèmes :

- Les connaissances préalables des patientes sur la consultation d'orientation.
- Les impressions générales et le vécu de cette consultation.
- Le vécu du suivi ambulatoire post consultation.
- La qualité perçue des échanges entre professionnels.

Le guide d'entretien est disponible en annexe N°3.

A) Paramètre de situation des entretiens.

- Le lieu : L'entretien se déroulait à Jeanne de Flandre dans un bureau adjacent à la consultation d'anesthésie. Cet endroit a été choisi pour sa neutralité mais aussi par commodité pour faciliter la participation aux entretiens des participantes en limitant leurs déplacements.
- Le moment : L'entretien était réalisé le jour de la consultation d'anesthésie au 8^{ème} mois. Ce moment a été choisi pour que les patientes aient bénéficié de l'ensemble du suivi ambulatoire avant la reprise du suivi hospitalier au 8^{ème} et 9^{ème} mois. L'entretien se déroulait avant ou après la consultation d'anesthésie, selon la convenance de la patiente. Il était simplement demandé de prévoir 30 minutes de délai pour réaliser l'entretien sans pression de temps.

B) Déroulement de l'entretien.

L'entretien avait donc lieu dans un bureau de la maternité Jeanne de Flandre. L'étude était brièvement présentée sans rentrer dans les détails du guide d'entretien. L'anonymat était garanti.

Une fois l'étude et le déroulement de l'entretien présentés, un consentement écrit était signé. Les premières minutes de l'entretien servaient à mettre la patiente à l'aise. Il était mentionné que les réponses pouvaient être le plus large possible sans risque de mauvaise réponse.

Il était ensuite expliqué aux patientes la nécessité de l'enregistrement afin de retranscrire au mieux leurs mots et leur vécu. Il était également dit aux patientes qu'un exemplaire de l'entretien leur serait envoyé afin de leur laisser un droit de modification. Il était rappelé également le but de la consultation d'orientation.

Enfin, l'entretien commençait par une question large, « qu'avez-vous pensé de la consultation d'orientation » afin d'obtenir les réponses les plus larges possibles et laisser la possibilité à l'enquêteur de rebondir dessus.

II) Retranscription des données

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide dictaphone et d'un téléphone portable. Le temps moyen de retranscription était de 4 heures par entretien.

Les entretiens ont été retranscrits mot par mot sans déformer les propos de l'interviewé et de l'enquêteur. Les rires ou exclamations ont également été reportés afin de faciliter la compréhension et éviter une mauvaise interprétation des propos.

L'entièreté de l'entretien constituait donc le verbatim servant de base à l'étude. Ce verbatim étant ensuite analysé par l'enquêteur et un deuxième chercheur.

L'anonymisation des données a été effectuée en remplaçant le nom des intervenants par un chiffre. Ainsi le premier patient était nommé « P1 », le deuxième « P2 » etc. Les noms cités également par l'enquêteur ou les patientes étaient supprimés. L'enquêteur était nommé par ses initiales « GP ».

Un exemple d'entretien peut être retrouvé en Annexe. (Annexe N°6)

III) Population de l'étude

A) Taille de l'échantillon

Pour les études qualitatives, l'échantillon ne doit pas être représentatif quantitativement mais qualitativement. Ainsi une donnée est rendue significative par son contexte et non par sa quantité. Comme il s'agit de comprendre plutôt que de mesurer, une idée ne sortant qu'une seule fois peut avoir plus d'importance qu'une idée récurrente. (13)

Lorsque le recueil de données n'apporte plus de données nouvelles, on estime avoir atteint la saturation des données et donc la fin de l'inclusion de nouveaux sujets.

Dans notre étude nous avons confirmé l'obtention de la saturation des données en réalisant deux entretiens n'apportant aucune nouvelle donnée.

B) Population étudiée

Les critères d'inclusions étaient :

- Etre considérée comme une GBR selon les recommandations de la HAS (Voir annexe N°1).
- Avoir bénéficié d'une consultation d'orientation à l'hôpital Jeanne de Flandre.
- Bénéficier d'un suivi ambulatoire après la consultation d'orientation.
- Etre majeure.
- Avoir une maîtrise correcte du français.

Les critères d'exclusion de notre étude étaient :

- Etre une GHR.
- Avoir un suivi hospitalier après la consultation d'orientation.

C) Présentation de l'échantillon.

Afin d'être le plus exhaustif, nous avons inclus des femmes enceintes aux caractéristiques variées. Le but n'étant pas d'avoir un échantillon représentatif mais d'avoir un échantillon contenant l'ensemble du champ des possibles :

- De tous âges.
- Primipares ou Multipares.

- Ayant déjà eu une consultation d'orientation.
- Ayant déjà un suivi ambulatoire avant la consultation ou non.
- Suivi par des gynécologues, médecin généraliste ou sage-femme de ville.

D) Mode de recrutement.

Le recrutement des patientes se faisait à travers le logiciel Sillage®. Les coordonnées des patientes ayant bénéficié d'une consultation d'orientation et n'ayant pas eu de suivis ultérieurs à l'hôpital étaient relevées. Le premier contact se faisait par téléphone. Lors de l'appel, il était mentionné uniquement le sujet de l'étude sans rentrer dans les détails de l'entretien. Le caractère anonyme de l'entretien était également stipulé. Si la patiente acceptait le principe de l'entretien, un rendez-vous était alors fixé le jour de leur consultation d'anesthésie.

IV) Méthode d'analyse

Une fois l'entretien retranscrit, celui-ci était analysé, et un codage ouvert était réalisé. Le codage ouvert est une étape purement descriptive permettant d'attribuer une étiquette générale au propos émis par l'interviewé. Cette étiquette doit pouvoir représenter une idée suffisamment large pour être utilisée dans d'autres entretiens mais également assez précise pour ne pas perdre le sens du propos initial(14). Elle donne du sens au contenu du verbatim.

Lors de cette phase, les données étaient triangulées avec un autre chercheur. Les codes émis par chacun des chercheurs étaient confrontés.

Une fois le codage ouvert effectué, les codes étaient confrontés, afin d'effectuer un codage axial. Ce codage regroupe les codes ensemble afin de faire sortir des thèmes du verbatim. Enfin, le chercheur, conceptualise par thèmes les idées émergentes du codage axial.

Le codage a été effectué à l'aide du logiciel Nvivo® pour Macintosh® 11.4.0 de QSR international. Ce logiciel permet de collecter et ordonner les codes.

V) Ethique et respect des droits des patientes.

Une demande auprès du comité de protection des personnes (CPP) a été effectuée.

Pour le CPP, l'étude étant un travail de recherche non interventionnelle, aucun avis préalable n'était nécessaire.

Le référent de la CNIL du centre hospitalier universitaire de Lille, a conclu qu'il n'était pas nécessaire d'inscrire la thèse au registre du correspondant informatique et liberté. En effet aucune table ou aucun document ne permet de retrouver l'identité d'une patiente. Les données étaient donc anonymes.

Enfin, avant chaque entretien, un consentement écrit était recueilli. De plus les participantes avaient un droit de regard sur les verbatim des entretiens qui leur étaient envoyés.

Le modèle de consentement écrit est disponible en annexe n°4.

RESULTATS

Déroulement des entretiens :

- Les entretiens ont été effectués entre octobre 2016 et mai 2017. Au final, quinze entretiens ont été réalisés.
- Ils se sont tous déroulés dans un bureau de consultation de Jeanne de Flandre.
- Leurs durées varient entre six minutes pour l'entretien 12, et vingt minutes pour l'entretien 9 avec une moyenne de treize minutes par entretien.
- Ils sont classés par ordre chronologique de réalisation. Les patientes sont désignées par la lettre P suivi du numéro de l'entretien. Le chercheur est désigné par les initiales GP.

Les participantes :

- Les participantes étaient toutes majeures, âgées de 21 à 39 ans pour une moyenne de 28,5 ans.
- Neuf patientes étaient primipares, quatre patientes étaient dans leur deuxième grossesse et deux dans leur troisième.
- Parmi les six multipares, quatre avaient déjà eu une consultation d'orientation pour leur première grossesse.
- Sept patientes connaissaient le principe de la consultation d'orientation avant d'en bénéficier.
- Huit patientes avaient déjà un suivi en route avant la consultation d'orientation.
- Concernant le suivi post consultation d'orientation, onze patientes ont choisi un suivi par une sage-femme, quatre par un gynécologue.

Le tableau des caractéristiques des patientes se trouve en annexe n°7.

I) La consultation d'orientation.

A) Satisfaction des femmes enceintes.

Lors des entretiens, les patientes mettent en avant leur satisfaction vis à vis de la consultation d'orientation. Pour elle, cette consultation est pertinente et rassurante.

1) **Une satisfaction globale**

En général, les patientes déclaraient que la consultation s'est très bien passée. Elles sont satisfaites de son déroulement, des informations données, des sujets abordés.

Ils ont répondu à toutes mes questions. Et euh... Et ils m'ont appris des choses auxquelles je n'aurais pas forcément pensé. Plutôt un bilan positif.

(P10)

Bah, on a été très bien reçus. Ils ont été à notre écoute. J'ai pu poser toutes les questions, donc ça a été.

(P8)

2) **Une consultation pertinente**

Elles mettent en avant l'utilité de cette consultation.

Je trouve que c'est pertinent finalement cette consultation (...) Je pense quand y'a une grossesse à risque, on se sent peut-être bien entouré et aussi par rapport à ça mieux pris en charge. Et quand on a pas de risque on est rassuré par rapport à ça

(P6)

3) Une consultation rassurante

Au final, les patientes trouvent cette consultation rassurante. Elle est d'abord vue comme un moyen de préparer le suivi et l'accouchement.

Moi, je suis de nature assez anxieuse et comme j'ai fait des fausses couches entre les grossesses c'est vrai que ça me rassure toujours de parler à une sage-femme, un médecin ou un gynécologue. Euh, de revoir un peu comment tout ça va se passer, de savoir que le bébé va bien parce qu'on écoute son cœur. Donc voilà, effectivement, moi c'était ce côté rassurant que j'apprécie à chaque fois.

(P7)

B) Les raisons

1) La qualité de la prise en charge des sages-femmes.

Parmi les motifs de satisfaction, la qualité de la prise en charge, ainsi que l'écoute des sages-femmes est souvent mise en avant.

J'étais bien aiguillée, bah, au niveau, notamment de ma sage-femme que la sage-femme que j'ai vu ici, a vu que j'avais besoin d'être, pas cocoonée mais rassurée beaucoup

(P1)

2) La consultation d'orientation, une préparation pour la suite du suivi.

La consultation d'orientation permet de préparer la suite du suivi ainsi que l'accouchement. Les femmes enceintes se sentent ainsi plus encadrées, et ont les idées claires sur la suite de prise en charge. Elles ont le sentiment d'avoir eu des réponses à toutes leurs questions.

Elle nous a tout de suite mis à l'aise. Du coup elle nous a tout de suite expliqué les différentes étapes, comment il...Comment cela allait se passer pour la suite des examens.

(P13)

3) La consultation d'orientation, pour sécuriser la grossesse.

La consultation d'orientation a également permis aux femmes enceintes ayant des antécédents personnels ou familiaux particuliers de bénéficier d'avis complémentaires. Elles ont ainsi pu rentrer rapidement dans un parcours de soin leur permettant d'être rassurées pour la suite de la grossesse.

Et en fait c'est vrai que j'ai pu évoquer une pathologie que mon frère avait rencontré à la naissance (...) La sage-femme que j'avais rencontrée m'avait dit : « bon bah du coup je ne sais pas si il faut une échographie de référence ou pas, je vais me renseigner. ». Et ça avait été vraiment efficace à ce sujet-là.

(P4)

4) Un premier contact avec l'hôpital.

Les patientes déclaraient également qu'un des bénéfices de cette consultation était de se faire connaître de l'hôpital et de ne pas rester anonyme pour le reste de la grossesse.

Parce que je savais que j'allais revoir ma sage-femme ici et je me suis dit que si ça va pas ou quoi que ce soit je peux toujours l'appeler, elle, pour savoir si je peux être suivie que par cette sage-femme-là.

(P8)

Qu'on soit rassuré sur le fait qu'on vous laisse pas complètement partir, vous pourrez revenir. Et ça du coup c'est bien d'avoir des dates, c'est la bonne foi... (Rires)

(P2)

5) L'inclusion du conjoint.

Enfin, les patientes soulignent également que l'inclusion du conjoint dans la consultation a été appréciée.

Ce que j'ai trouvé bien quand même c'est que mon compagnon est venu à la consultation et elle l'a inclus dedans. Elle lui a posé des questions sur lui. (...) Enfin j'ai apprécié qu'elle le fasse.

(P2)

C) La consultation d'orientation : Une réponse à un besoin d'information.

1) Des femmes enceintes perdues à l'annonce de la grossesse.

Une partie des femmes enceintes se disent perdues lorsqu'elles apprennent leur grossesse. Surtout les primipares qui déclarent se retrouver face à un vide.

Moi je connaissais rien en fait. La première fois que je suis tombé enceinte, je me suis retrouvée face à un vide. Où peu de gens arrivaient à m'expliquer ce qu'il fallait que je fasse, quels étaient les examens que je devais faire etc...

(P6)

2) Des informations sur les modalités de suivi difficile à trouver.

Elles sont nombreuses à souligner le manque d'information disponible sur les possibilités de suivi.

Je trouve qu'on manque d'information en tant que maman. Pourtant c'est ma troisième grossesse donc je sais. Mais j'ai l'impression que c'est tout, il fallait prendre rendez-vous à l'hôpital point barre.

(P14)

Je me suis dit qu'on manquait d'information sur le parcours de soin (...)

(P2)

3) Un manque d'information sur les professionnels de santé pouvant suivre une grossesse

Les femmes interviewées soulignent également le manque d'information sur les professionnels pouvant suivre leur grossesse. Ayant besoin d'une relation de confiance, elles regrettent les difficultés à trouver des informations.

J'ai su que j'étais enceinte et je savais pas ce que je devais faire. Je trouve que c'est très mal expliqué. Y'a peu de... 'Fin y'a pas beaucoup de gens qui nous expliquent bien. Est ce qu'il faut prendre rendez-vous à la maternité tout de suite ? Parce que y a des bouquins qui disent ça. Est-ce qu'il faut voir son médecin ? Est ce qu'il faut voir sa gynéco ?

(P6)

Jusqu'à dans certains cas attendre le rendez-vous de consultation d'orientation pour enclencher un suivi.

Oui, c'est lui. Au début il m'avait orienté vers une gynécologue privée, mais bon, elle m'a pas inspiré confiance, donc j'ai arrêté. Donc euh, j'ai vraiment attendu mon rendez-vous, vraiment les débuts à l'hôpital pour être euh...

(P9)

4) Un besoin d'être entourée et de consulter.

Certaines patientes déclarent avoir un besoin de consulter souvent pendant la grossesse pour être rassurée et se sentir entourée.

Et je trouve que c'est important. Et là c'est un moment où j'ai beaucoup besoin de consulter, où j'ai besoin justement de ce réseau médical autour de moi

(P2)

5) Une consultation apportant des réponses.

Ainsi, face à ce besoin d'information, la consultation apparaît pour les patientes comme un bon outil permettant de s'informer :

- Sur le suivi

Quand j'étais à cette réunion d'orientation, elle m'a un peu recadré les choses. Elle m'a expliqué le déroulement et à qui je devais m'adresser en fait.

(P6)

- Sur l'accouchement

C'était surtout des informations pratiques sur la manière dont allaient se dérouler les choses ici au niveau du suivi, sur les 8ème et 9ème mois. Aussi au niveau de l'accouchement et au niveau de l'hospitalisation après.

(P4)

- Sur les intervenants à travers la liste de contact

Ah, tout à fait, tout à fait. Parce que je savais pas où me faire suivre et que je ne voulais pas me faire suivre par un gynécologue parce que je trouvais que j'en avais pas forcément besoin. J'ai pas une grossesse à risque donc pour moi je voulais plutôt me faire suivre soit par une sage-femme soit par un médecin généraliste et c'est toujours un peu bizarre de prendre dans l'annuaire. Bon je l'aurais fait.

(P2)

D) Critiques.

1) Une consultation redondante.

La principale critique portait sur le caractère parfois redondant de la consultation. Les informations avaient tendance à se répéter ou à être déjà connues par certaines femmes enceintes.

Soit du fait d'un suivi en ville déjà démarré :

Et donc oui c'est surtout ça. Après ce qui m'avait été... enfin il y'a vraiment des questions qui été reposées alors c'était un peu redondant par rapport au suivi de la gynécologue
(P4)

Euh... C'est vrai que je me souviens ça devait être mi-septembre et début septembre j'avais vu ma gynécologue donc il y'a eu un peu répétition forcément entre guillemet.
(P7)

Soit du fait d'une grossesse précédente :

Oui, c'est vrai que moi j'ai eu des grossesses quand même assez rapprochées donc ce qu'on m'a dit sur le fonctionnement de Jeanne de Flandre tout ça, c'était assez frais dans ma tête.
(P7)

2) De trop nombreuses informations

Les patientes soulignent également que ces informations sont parfois trop nombreuses. Elles étaient parfois surchargées de documents à remplir.

Qu'on soit, enfin je veux dire, c'est quand même pas mal d'informations, de bien se dire que à chaque rendez-vous, bah on les oublie pas. (...). Du coup c'est plus ça qui, pour moi, fait beaucoup d'informations à digérer
(P3)

3) Une liste de contact trop restreinte

Le manque de choix dans les intervenants était également une critique faite par les femmes enceintes. Elles déploraient notamment la faible présence de médecin généraliste dans la liste de contact.

Oui, j'avais vraiment un choix très limité. Enfin, entre deux, trois sages-femmes qui n'étaient pas loin de chez moi. (...) Alors j'étais étonnée de pas voir de généraliste.
(P2)

4) Une consultation survenant tard dans le suivi.

Pour certaines patientes, ce premier contact avec la maternité intervient tard. Surtout pour les patientes n'ayant pas de suivi en ville ou en cas de grossesse à risque.

Euh, moi j'ai trouvé qu'elle venait un peu tard dans le suivi, puisqu'elle a eu lieu début août et donc ma grossesse a débuté début avril.
(P4)

Les informations étaient données tard par rapport aux besoins de femmes enceintes.

Voilà, là y'a pas mal d'information. Mais bon il arrive trop tard par rapport au moment où on a besoin de faire les démarches.
(P6)

E) Souhaits d'amélioration.

1) **Elargir la liste de contact.**

Un des premiers souhaits des patientes est que la liste de contact comprenne plus de sages-femmes mais également plus de médecins généralistes.

J'enrichirais encore plus les contacts qu'on donne sur la liste pour nous permettre de nous réorienter.
(P2)

2) Etablir un livret récapitulant les informations

Elles souhaiteraient également qu'un livret comportant toutes les informations données résume la consultation d'orientation.

Du coup, je pense que si il y avait un petit livret récapitulatif en disant vraiment, par exemple, si on est une grossesse à bas risque ou à haut risque, 'fin du coup, les mesures à prendre. Un petit récap, on va dire, en sortant.

(P3)

3) Adapter la longueur de la consultation au nombre de grossesses

Selon certaines patientes, la longueur de la consultation pourrait être adaptée au nombre de grossesses antérieures. Notamment lorsqu'un suivi en ville est déjà enclenché avant la consultation.

Mais effectivement là si vous me dites 45 minutes ça me paraît beaucoup. Notamment dans le cadre d'une troisième grossesse, euh, et puis d'un suivi ou 15 jours avant je voyais ma gynécologue et 15 jours après je la revoyais parce que voilà, c'était tous les mois. (P7)

4) Diminuer le nombre d'informations

Enfin, le nombre d'informations données pendant la consultation étant important, les patientes proposent de supprimer certaines informations qui leur paraissent inutiles.

Après le reste des informations, la personne de confiance, enfin tout ça je sais pas si c'est le meilleur moment.

(P2)

II) Vécu de l'orientation en ville.

A) Une bonne acceptation de l'orientation en ville.

1) **Une réorientation bien vécue.**

Dans la plupart des cas la réorientation vers la ville n'a pas posé de problème. L'annonce du caractère à bas risque ainsi que du suivi en ville a été globalement bien vécu.

Ah moi ça m'allait très bien. Ça m'allait très bien. Donc euh... Je voyais pas du tout d'inconvénient à le faire comme ça.

(P5)

Bah je l'ai pas mal pris du tout. C'est bien.

(P14)

2) **Sauf dans de rares cas.**

Rarement, le caractère à bas risque de la grossesse n'était pas accepté, notamment du fait d'antécédent particulier insuffisamment pris en compte selon les femmes enceintes.

Alors j'aurai attendu de l'hôpital qu'il soit un peu plus attentif à mon passé, par rapport à mon infertilité dans le passé, par rapport à un suivi plus... parce qu'en plus j'étais déjà suivie en gynécologie avant. (...) J'aurais préféré un suivi plus important et une écoute peut être.

(P9)

B) Les raisons de l'acceptation.

Pour justifier l'acceptation de cette nouvelle méthode de suivi, les patientes mettent en avant plusieurs raisons.

1) Ne pas sentir le besoin d'un suivi plus important.

La raison principale est la volonté des patientes d'avoir un suivi moins important, en phase avec le caractère à bas risque de leur grossesse.

Bah comme ma grossesse n'était pas compliquée, j'ai trouvé que le suivi en ville ne m'a pas du tout inquiété.

(P2)

Pour elles, le suivi n'avait pas besoin d'être plus important.

Bah, j'ai pas besoin de plus au final. Parce que je vois ma sage-femme régulièrement.

(P1)

Un suivi plus intense aurait même pu être plus stressant selon certaines patientes.

Non parce que ça stresse après. Trop de suivi c'est stressant.

(P11)

2) La confiance dans les professionnels de santé.

Dans l'ensemble, les femmes enceintes font part de leur confiance dans les professionnels de santé.

D'une part, dans Jeanne de Flandre pour l'orientation.

Bah, je pense la réputation de l'hôpital. Donc euh... qui ai une bonne partie de confiance par rapport à sa réputation.

(P9)

D'autre part, dans les professionnels libéraux suivant la grossesse.

Après, je suis assez dans l'optique où un professionnel reste un professionnel. Comme là ma sage-femme qui me suit ici m'a dit que ce serait pas elle qui ferait l'accouchement. Bah c'est pas grave je vais avoir une autre sage-femme qui va aussi bien faire son travail. Donc j'ai facilement confiance.

(P1)

3) Un geste altruiste.

Les femmes enceintes mettent en avant le fait de laisser la place aux grossesses à haut risque.

Pour les grossesses à haut risque c'est peut-être mieux qu'on laisse la place. Quand il y'a pas besoin, il y'a pas besoin.

(P6)

La maternité Jeanne de Flandre a la réputation de suivre les grossesses à risque.

Jeanne de Flandre, c'est une maternité réputée justement pour les cas, entre guillemet, particuliers.

(P1)

Mais bon après je savais qu'en choisissant Jeanne de Flandre, 'fin le suivi se fait prioritairement pour les grossesses un petit peu compliquées.

(P14)

Elles souhaitent également ne pas surcharger les plannings.

Et puis d'un point de vue un peu plus collectif, santé publique, euh, oui, je comprends que si on libère un peu l'hôpital c'est quand même bien.

(P7)

4) Le rôle de la maternité pour les femmes enceintes.

Pour les participantes, le rôle de la maternité est la prise en charge de l'accouchement plutôt que le suivi de grossesse.

Bah oui parce que c'est plus l'accouchement et la naissance du bébé qui m'angoissent, plutôt que le suivi de la grossesse en soit.

(P14)

Elles comptent également plus sur la maternité pendant la période post natale.

Ce que je compte vraiment c'est le, c'est à mon séjour à la maternité. Où là j'ai vraiment, je vais avoir besoin qu'on me guide.

(P1)

5) Un principe de suivi déjà connu des patientes.

Dans la majorité des cas, ce type de suivi avec réorientation n'était pas une surprise. Soit parce qu'elles étaient orientées par un professionnel.

Ba alors quand... Justement au moment, après la première échographie. Moi, j'ai revu ma gynécologue qui m'a dit qu'il fallait du coup faire un choix de maternité. Et donc elle m'a expliqué que ça se passait comme ça.

(P4)

Soit elles connaissaient le principe de par leur entourage.

Je connaissais vis à vis de mon ex belle-sœur. Etant donné que j'allais à ses rendez-vous avec elle. Du coup elle aussi, elle m'a expliqué. Avec les échos aussi.

(P11)

De ce fait, la consultation d'orientation était parfois vue comme un moyen de s'inscrire à Jeanne de Flandre.

'Fin je le savais ça. (...) que du coup c'était vraiment la première consultation pour faire connaissance (...) pour s'inscrire entre guillemet ici pour l'accouchement.

(P4)

C) Une surprise pour certaines patientes.

Quelques patientes se déclaraient surprises à l'annonce de la réorientation, sans pour autant être déçues ou gênées par celle-ci.

En fait je savais pas trop si j'allais être suivie à Jeanne de Flandre. Donc j'ai été un peu surprise au départ que le suivi soit externalisé

(P5)

Non, ça m'a un peu étonné mais je me suis dis, c'est tout tant pis c'est comme ça, c'est peut-être le fonctionnement de Jeanne de Flandre.

(P14)

Les raisons de cet étonnement sont le manque de connaissance sur les modalités de suivi ainsi que l'absence d'explication donnée lors de la prise de rendez-vous.

Je savais pas particulièrement que c'était une consultation d'orientation quand j'ai appelé la première fois.

(P5)

D) Se sentir perdue après l'annonce de la réorientation.

Les participantes qui devaient chercher un nouveau professionnel de santé avaient parfois du mal à en trouver un rapidement.

Faut s'adapter, faut trouver dans le mois qui suit une sage-femme qui veuille bien nous suivre, qui soit pas trop loin de chez nous. Enfin y'a pas mal de critères...

(P2)

Quelques femmes déclaraient ne pas avoir su exactement ce qu'il fallait faire.

Ah bah maintenant faut encore que je trouve, 'fin, qui va me suivre, on peut se sentir un peu perdu à la fin de cette consultation.

(P2)

Certaines femmes mettaient en avant le fait qu'il y'a un risque pour la suite du suivi.

Après ce que je me disais aussi, c'est que ça peut être, même si ça peut paraître anodin de prendre juste un rendez-vous, pour d'autre personne ça doit être un peu plus compliqué. Il peut y avoir un risque pour le suivi par la suite.

(P15)

Au point parfois de ne pas enclencher de suivi après la consultation.

Par contre du fait que j'étais une grossesse à bas risque, j'avais pas tout de suite compris que je devais être suivie à l'extérieur. Donc du coup au bout du 3ème, 4ème mois (...) je me suis redirigée vers Jeanne de Flandre en demandant si c'était normal et en fait j'avais pas bien compris justement que je devais aller voir à l'extérieur.

(P3)

III) Vécu du suivi ambulatoire après la consultation d'orientation.

A) Satisfaction.

Les participantes étaient satisfaites de leur suivi et de leur prise en charge.

Elles sont satisfaites du suivi ambulatoire.

Bah très bien. J'ai pu avoir les rendez-vous au bon moment à chaque fois. Euh...J'allais faire mes prises de sang en ville également avant d'aller la voir. Non ça a été très satisfaisant.

(P5)

Ainsi que de la prise en charge proposée par Jeanne de Flandre

Non, là j'ajouterais rien parce que là, c'est vrai que c'est la troisième fois que je reviens, ça prouve bien que je me sens bien à Jeanne de Flandre, bien suivie.

(P7)

B) Avantage du suivi en ville

Elles relataient un certain nombre d'avantage à la prise en charge en ambulatoire par rapport à un suivi hospitalier.

1) La proximité du suivi

Le premier avantage était la proximité avec les cabinets libéraux, avec une diminution des temps de trajets.

Bah moi dans un sens ça m'arrangeait parce que comme je venais en transport en commun, c'était plus près d'aller chez ma femme-sage à côté de chez moi.

(P8)

Les plannings de rendez-vous pour ma sage-femme sont beaucoup plus faciles. Enfin elle est plus adaptable sur les rendez-vous.

(P2)

2) La flexibilité

Oui parce que si j'avais la moindre question, je pouvais appeler au bureau. Et puis si elle pouvait pas me répondre tout de suite, elle me rappelait dans la matinée ou dans l'après-midi. Donc j'ai pas eu de problème de ce côté-là

(P13)

3) La disponibilité

Et puis je me dis, qu'à l'hôpital ça aurait pu être une personne différente à chaque fois. Là, du quatrième mois au huitième mois, j'ai quand même eu la même personne.

(P9)

4) La limitation du nombre d'intervenants

Et puis je me dis, qu'à l'hôpital ça aurait pu être une personne différente à chaque fois. Là, du quatrième mois au huitième mois, j'ai quand même eu la même personne.

(P9)

5) L'intimité

Etait mis également en avant, le fait de pouvoir continuer le suivi par un professionnel de santé déjà connu, qui faisait déjà partie du projet de grossesse.

J'ai été suivie par ma gynécologue. Ce qui est bien, vu que c'est plus intime.

(P6)

6) Un suivi finalement équivalent au suivi hospitalier.

Pour moi, les deux sont compétentes aussi bien ici que les sages femmes à côté de chez moi.

(P10)

7) La continuité dans la prise en charge

Enfin, quelques femmes soulignaient le fait d'assurer une continuité dans le suivi avec la possibilité d'être prise en charge par le même professionnel après l'accouchement,

Je veux dire, pareil dans la facilité, je vais pas prendre une sage-femme qui n'a pas forcément du coup tout le matériel nécessaire pour faire le suivi après accouchement et retrouver du coup une autre sage-femme. Du coup j'ai pris quelqu'un qui pouvait me suivre.

(P3)

8) Un suivi plus adapté

La plupart des participantes trouvaient que le suivi en ville était plus adapté.

C'était mieux de me faire suivre en ville pour la grossesse que j'avais. Parce que tout s'est bien passé.

(P2)

IV) Les échanges entre praticiens.

A) Peu d'échange entre professionnels.

Pour la plupart des patientes, il n'existait aucun échange entre professionnels.

Je pense pas vraiment qu'il y'ai eu d'échange entre elles.

(P9)

Si des échanges ont eu lieu, c'était alors uniquement en cas de problème

Mais je pense que si il y'avait eu des problèmes, elle aurait pu avoir avec des contacts avec l'hôpital. Mais heureusement il y'a eu aucun problème.

(P2)

B) Le dossier médical partagé

1) Des échanges se résumant au dossier médical partagé.

Pour la plupart des patientes, les échanges se résumaient au dossier partagé.

Bah, après, ils notent seulement dans le dossier de grossesse. Je pense pas qu'ils s'appellent après. Mais sinon je pense que leur seul moyen, c'est dans ce dossier.

(P8)

Cependant, elles soulignaient que les échanges se font très bien avec cet outil.

Pour moi c'est vrai que c'est... Bah quand on écrit dedans, c'est pas très compréhensif pour nous. Ca reste un bon support de correspondance entre les différents corps médicaux.

(P9)

2) Un moyen d'inclure le médecin traitant

Quelques patientes rapportent également que ce dossier permet d'inclure le médecin traitant dans la prise en charge.

Moi, j'ai été agréablement surprise d'avoir ce document là pour faire le lien entre le médecin généraliste et la gynéco. (...) ça m'est arrivé de la voir plusieurs fois pour des petits soucis qui ne nécessitaient pas forcément une consultation gynéco ou à la maternité. Et donc oui, du coup elle s'est appropriée et elle a utilisé le document pour communiquer aussi sur les informations nécessaires.

(P4)

3) Des échanges facilités par la consultation d'orientation.

Certaines patientes mettaient en avant le fait que choisir une sage-femme recommandée par la maternité permet de faciliter les échanges.

Bah comme elles se connaissent personnellement, déjà, je pense que ça facilite un peu la chose (Rire)

(P1)

C) Les critiques

1) Le dossier obstétrical, un outil à améliorer.

Certaines patientes trouvaient le dossier obstétrical archaïque.

Cela me semble être un peu archaïque entre guillemets, le dossier manuscrit que la patiente ramène à chaque consultation, et qui, enfin, je trouve ça un peu risqué.

(P2)

Elles se demandaient également ce qui arrivait en cas de perte de ce dossier.

Moi je me demande, si on perd le dossier ce qui se passe mais bon...

(P2)

Elles se demandaient si une informatisation du dossier était possible.

Cela me semble bien que ce soit informatisé...

(P2)

2) Améliorer les échanges des résultats de prise de sang.

Les patientes déclaraient ne pas savoir si les échanges des résultats de prises de sang se faisaient correctement.

Bah là, je sais pas comment ça se passe, parce que je l'ai fait la semaine dernière, fin de semaine dernière, je suppose que du coup Jeanne de Flandre envoie à la sage-femme mais je ne sais pas.

(P1)

3) Quelques discordances entre professionnels.

Enfin, de rares patientes soulignent des discordances entre les propos tenus entre la ville et l'hôpital.

Notamment par rapport à ce diabète gestationnel. Où donc ma première gynéco m'avait orienté vers un endocrinologue en ville. Qui pour lui il y'avait pas à s'alarmer, je devais juste refaire une prise de sang à 6 mois et demi de grossesse et puis j'arrive ici, elle me dit, (...) Vous avez des taux qui dépassent légèrement. Donc vous allez être suivie, vous allez vous piquer 6 fois par jour etc. Donc voilà c'est un peu comme ça que je l'ai vécu

(P1)

DISCUSSION

I) Force et faiblesse de l'étude

A) Faiblesse

On peut déplorer l'absence de femme enceinte suivie par un médecin généraliste dans notre recueil. Ceci peut être dû à l'absence de patiente venant d'un milieu rural. En effet selon les études, les médecins ont une plus grande tendance à suivre les grossesses en milieu rural. La maternité Jeanne de Flandre concentre surtout des patientes venues de milieu urbain.

Il manque également à cette étude de s'intéresser aux patientes en situation de précarité, qui ont également plus tendance à être suivies par un médecin généraliste. Enfin, on peut regretter que l'étude ne se soit pas attachée à recruter des patientes ayant eu une consultation d'orientation mais ayant refusé le principe d'une prise en charge ambulatoire. Ceci aurait permis de connaître les représentations de ces femmes par rapport au suivi en ville et les raisons de leur refus.

1) **Facteur d'investigation.**

Il s'agissait pour le chercheur d'une première expérience d'étude qualitative. Les entretiens semi dirigés demandant des compétences particulières, il est possible que la faible expérience du chercheur ait influencé les résultats.

A noter également l'investissement inégal des patientes dans l'entretien. Il est à remarquer que les patientes les plus jeunes répondaient de manière plus concise et sans développer leur réponse.

2) Facteur d'influence.

Le chercheur s'était présenté comme Interne de l'hôpital Jeanne de Flandre. Les entretiens s'étant déroulés dans l'enceinte de la maternité, il est possible que les patientes ne soient pas toujours allées jusqu'au bout de leur pensée.

Pour diminuer l'influence de ce biais, la garantie de l'anonymat était rappelée avant chaque entretien.

Les patientes étant satisfaites de leur prise en charge, elles se retenaient parfois d'adresser des critiques.

3) Facteur d'interprétation.

Le chercheur ayant sa subjectivité, il est possible lors de l'entretien que ses réactions dévient l'entretien de son objectif.

De même lors de l'analyse des données, la subjectivité du chercheur peut l'entraîner à interpréter les propos des patientes et écarter les données de leur sens original. Pour pallier ce biais, la triangulation des données a été effectuée après chaque entretien. Les à priori des chercheurs n'ont pas été mentionnés ce qui est un facteur limitant l'objectivité de l'analyse.

B) Force

1) La crédibilité ou validité interne

L'étude respecte les différentes étapes de la méthodologie qualitative et chaque décision méthodologique a été explicitée pour que n'importe quel chercheur puisse retracer le fil de la réflexion scientifique effectuée.

Cette thèse a été rédigée à l'aide de la liste de contrôle Evaluation Tool for Qualitative Studies 2012 pour la recherche qualitative(15). Cette liste anglaise traduite en français liste les points de contrôle pour attester de la rigueur scientifique d'une étude qualitative.

Enfin, les résultats préliminaires de l'étude ont été remis aux patientes interrogées afin de les faire valider par les actrices ayant participé à la recherche. Nous n'avons cependant eu aucun retour.

2) La fiabilité ou fidélité

Afin d'obtenir les données les plus fiables possibles et les moins subjectives, les données apportées par chaque entretien ont été triangulées avec un autre chercheur. De plus un nouvel entretien ne pouvait être effectué tant que le dernier n'avait pas été triangulé. Ceci permet de modifier éventuellement le canevas d'entretien après chaque nouvel d'entretien en cas d'émergence d'idée nouvelle.

3) La Transférabilité ou validité externe

Comme nous avons vu précédemment, il existe peu d'études sur le sujet de la consultation d'orientation et du ressenti des patientes sur cette nouvelle prise en charge. Cependant, les résultats de notre étude restent cohérents par rapport à l'étude effectuée au CHU de Roubaix (16) ainsi que dans d'autres études effectuées à la maternité Jeanne de Flandre (17)(18)(19). On peut regretter que ces résultats ne puissent pas être croisés avec d'autres maternités dans le reste de la France.

Nous sommes arrivés à saturation des données au bout du treizième entretien. Deux entretiens supplémentaires ont été effectués pour s'assurer que cette saturation était bien effective et que plus aucune donnée ne pouvait être apportée.

II) Principaux résultats

A) La consultation d'orientation

1) Une consultation appréciée des patientes.

Globalement, les femmes enceintes étaient satisfaites de la consultation d'orientation. Elles mettaient en avant le professionnalisme et l'écoute des sages-femmes. Une étude de 2008 sur la satisfaction des femmes enceintes par rapport à leur suivi démontre en effet que c'est ce critère qui est le plus important aux yeux des femmes enceintes, avant les compétences du professionnel (20).

Elles appréciaient également de pouvoir faire participer leur conjoint lors de cette consultation.

2) Le respect du caractère physiologique de la grossesse.

La consultation répond au souhait émis par les femmes enceintes de bénéficier d'un suivi plus physiologique et moins médicalisé, lors de l'enquête de périnatalité de 2003 (21).

Les femmes interrogées dans notre étude voulaient initialement bénéficier d'un suivi hospitalier. Après les explications données lors de la consultation d'orientation, elles adhéraient au principe d'un suivi ambulatoire. Ceci était renforcé par leur confiance envers les professionnels hospitaliers et libéraux. Elles font confiance au professionnel les orientant et à celui qui prendra en charge la grossesse. Au final elles trouvent ce type de suivi plus adapté à leur grossesse.

Cette consultation permet également d'humaniser la prise en charge en rendant les patientes moins anonymes. Les femmes enceintes se sentent donc plus actrices de leur suivi, d'autant plus que le choix leur est laissé. Ainsi la consultation d'orientation paraît comme une réponse adaptée au volet « humanité » du plan périnatal 2005.

3) Une sécurisation de la grossesse.

Grâce au premier contact avec l'hôpital, les participantes se sentaient entourées et encadrées. Elles se sentaient rassurées. De plus cette nouvelle prise en charge permet d'enclencher des avis complémentaires, sans dévier d'une prise en charge ambulatoire. Ceci toujours dans l'esprit de sécuriser la grossesse sans rendre le suivi plus important. L'objectif étant toujours de faire moins et mieux pour ces grossesses à bas risque.

4) Une réponse à un besoin d'information.

Les patientes manquent d'informations sur les modalités de prise en charge de la grossesse. Elles sont en demande d'informations sur les possibilités de suivi. Globalement, la consultation d'orientation permet un temps d'information et d'écoute pour les femmes enceintes. Elle est l'occasion d'une mise à plat des connaissances des femmes enceintes pour les préparer à la suite de la grossesse. Elles se sentent ainsi plus encadrées.

Cependant, Il persiste un risque de perte de suivi, notamment chez les primipares, qui n'ont pas totalement compris la suite de la prise en charge après la consultation. Elles ne savent pas forcément vers quel professionnel se tourner malgré la liste de contact remise.

5) Des possibilités d'amélioration

Selon les patientes, la consultation peut encore s'améliorer. Les patientes ayant déjà été enceintes, ou ayant déjà enclenché un suivi ambulatoire avant la consultation trouvaient les informations trop nombreuses, redondantes et parfois contradictoires.

Certaines patientes souhaiteraient également un livret récapitulatif des informations les plus importantes. Une plaquette récapitulative du déroulement du suivi était souhaitée par certaines participantes. Cela permettrait également de faire ressortir les informations essentielles parmi toutes celles données pendant les 45 minutes.

Il existe également un souhait d'élargir la liste des contacts, surtout avec des médecins généralistes. Certaines patientes souhaitaient en effet avoir une continuité dans la prise en charge avec un professionnel pouvant suivre leur grossesse, mais également le futur nourrisson et la future maman.

Enfin, les patientes primipares ou n'ayant pas de suivi ambulatoire avant la consultation voudraient bénéficier de la consultation d'orientation plus tôt dans leur grossesse. Elles restent en effet trois à quatre mois sans consultation alors qu'elles sont à la recherche d'informations et qu'elles voudraient être rassurées sur cette grossesse débutante. Cependant, les patientes le soulignent elles-mêmes, il paraît difficile d'effectuer la consultation d'orientation avant, étant donné les risques plus importants de fausse couche.

B) Le suivi en ville

1) **Un suivi en ville globalement accepté**

L'annonce d'un suivi ambulatoire a été dans son ensemble bien vécue par les femmes enceintes. Bien qu'elles soient venues à Jeanne de Flandre pour trouver une expertise et une réputation, celles-ci acceptent de ne pas être suivies sur le lieu de leur choix initial.

Elles voient en effet la maternité comme un lieu où accoucher et attendent son expertise dans l'accouchement et dans la période post natale. Elles n'ont donc pas de problème à faire leur suivi en ambulatoire. Elles ont suffisamment confiance dans les professionnels pour accepter l'idée d'un suivi externalisé. La consultation d'orientation ayant réussi à les rassurer, elles en acceptent le principe.

De plus, cette nouvelle prise en charge est déjà connue des patientes, soit par leur entourage, soit par le professionnel libéral les ayant orientées vers l'hôpital. Elles ne sont, pour la plupart, pas surprises à l'annonce de cette redirection et en avaient accepté le principe avant. Les patientes surprises à l'annonce de la redirection sont peu nombreuses et l'acceptent sans problème.

D'autre part, l'enjeu de santé publique est également compris et souligné par les femmes enceintes. Cette consultation permet, pour elles, de laisser la place à des grossesses nécessitant un suivi plus important. Ceci est confirmé dans les faits puisqu'une thèse effectuée en 2006 a ainsi démontré que si le suivi adéquat était proposé à chaque patiente, ceci permettrait de dégager, à l'hôpital Jeanne de Flandre, 27% de consultations en plus pour les grossesses à haut risque (17).

2) Une nouvelle prise en charge appréciée

Le suivi ambulatoire a été dans son ensemble apprécié par les femmes enceintes.

Il est plus disponible, plus flexible. Son principal avantage étant la proximité, il facilite la vie des patientes. Elles mettent également en avant le fait qu'il est plus intimiste. Notamment en limitant le nombre d'intervenants. On retrouve les mêmes résultats dans une thèse sur la consultation d'orientation du CHU de Roubaix faite en 2012(16).

Il répond également au souhait d'avoir une prise en charge continue avec des professionnels pouvant assurer le suivi de grossesse ainsi que post natal. Le professionnel libéral est choisi pour pouvoir accompagner, en cas de sortie anticipée et également pour s'occuper du nouveau-né.

Au final le suivi aura été équivalent aux yeux des patientes et elles ne font pas de distinction de compétence entre le suivi ambulatoire et celui en maternité. Elle trouve cette prise en charge plus adaptée à leur grossesse avec le recul.

C) Des échanges rares mais de qualité

Les patientes ont pour la majorité perçu peu d'échanges entre les différents professionnels suivant leur grossesse. Pour elles, le dialogue ne s'effectuait qu'en cas de problème.

Cependant, elles mettent en valeur le rôle du dossier médical partagé comme un outil tout à fait suffisant pour permettre ces échanges. Il apparaît également comme un moyen d'inclure le médecin traitant dans la prise en charge.

III) Perspective d'évolution

A) Informé en amont sur le suivi de grossesse

Une des principales idées ressortant de ce travail est la nécessité d'informer les patientes en amont de la consultation sur les possibilités de suivi. En effet, on remarque que :

- Il existe un besoin d'information chez les primipares qui sont perdues à la découverte de la grossesse.
- La consultation d'orientation répond à ce besoin d'information mais trop tardivement dans le suivi.
- Les femmes enceintes ne sont pas surprises à l'annonce de la redirection en ville, et ont déjà préparé la suite lorsqu'elles connaissent les modalités de suivi.
- Il existe un risque de perdre de vue certaines patientes et de ne pas enclencher de suivi chez les primipares ou les patientes ne sachant pas vers quel professionnel se tourner.

De plus, l'information autour de l'accouchement et le choix laissé à la patiente pendant sa grossesse devient progressivement un sujet de société. Une revue des articles publiés cette année dans Le Monde, montre que les médias généraux commencent à s'emparer du sujet(22)(23)(24).

Ce manque d'information est retrouvé dans de nombreuses études en France(25)(26), comme dans le reste du monde(27).

Les femmes enceintes sont trop peu informées sur les professionnels qu'elles peuvent consulter. Elles ne connaissent pas le déroulement du suivi.

En 2005, L'HAS a justement établi des recommandations pour améliorer l'information donnée aux femmes enceintes(28). Ceci afin d'aider le couple à prendre les meilleures décisions dans le cadre du suivi de grossesse et de l'accouchement.

Cependant l'obligation de consultation prénuptiale qui était l'occasion de délivrer ces informations a été supprimée en décembre 2007.

En 2009 l'HAS met donc l'accent sur la réalisation d'une consultation pré-conceptionnelle(CPC)(29). Selon l'HAS, elle peut être réalisée lors de la demande d'arrêt de contraception ou spontanément pour répondre aux questions d'un couple ayant un projet de grossesse. Cet entretien est l'occasion d'échanger sur le contenu du suivi de grossesse ainsi que sur la prévention de la toxoplasmose, le syndrome d'alcoolisation fœtal ou le tabagisme(30). Il a prouvé être un bon moyen de prévention maternelle et périnatale(31)(32).

Or dans les faits, la CPC est peu réalisé en France. Une thèse de Céline Puget Dupanloup a démontré que la CPC n'était pas assez connue tout comme son intérêt(25). Elle montre également que les femmes ne se sentent pas concernées. Elles ont peur de poser des questions. Néanmoins, une fois le contenu de cette consultation expliqué aux patientes, elles en comprennent l'intérêt. Par contre, elles ne souhaitent pas que celle-ci soit rendue obligatoire.

La façon de distiller ces informations fait également encore débat dans les études : soit lors d'une consultation dédiée, soit tout au long du suivi classique d'une femme. De même l'intérêt de faire réaliser cette consultation par un spécialiste en gynécologie ou un MG est sujet à discussion(33)(34).

Tout ceci nous montre que chaque occasion doit être prise pour informer les patientes, que ce soit lors d'une consultation de gynécologie ou de médecine générale.

B) Renforcer l'encadrement tout en laissant la liberté.

Malgré l'encadrement et les informations données pendant la consultation, certaines femmes se sentent encore perdues après celle-ci. Il existe le risque que ces patientes ne se fassent pas suivre régulièrement et soient perdues de vue par l'hôpital. L'information autour de la redirection reste donc primordiale et doit rester une des informations clefs de la consultation d'orientation. Une attention toute particulière doit être donnée aux primipares.

De même, il a été démontré dans la thèse sur la consultation d'orientation à la maternité Paul Gelée de Roubaix (16), que les femmes enceintes apprécient d'être tenues au courant de la possible redirection ambulatoire par le secrétariat dès la prise de rendez-vous. Il pourrait s'agir d'une piste d'amélioration.

Les informations étant également jugées trop abondantes pendant cette consultation, une diminution de leur nombre pour accentuer les plus importantes pourrait être une solution. Enfin comme le suggèrent les patientes, un livret récapitulatif des informations avec les démarches à suivre en sortant de la consultation pourrait être établi.

C) Elargir le réseau

1) Elargir la liste de contacts

Les patientes sont à la recherche d'un professionnel disponible, proche d'elle, aussi bien sur le plan géographique, que relationnel mais également capable de les suivre tout au long de la grossesse et après l'accouchement.

Or la liste de contact proposée pendant la consultation manque de médecins généralistes. De même, il manque dans cette liste des informations pour guider les patientes vers les professionnels de leur choix, notamment à savoir si les sages-femmes sont agréées pour les sorties anticipées.

2) Accroître la connaissance de l'existence de la consultation.

Nous remarquons qu'au final, la majorité des patientes connaissent cette nouvelle démarche, soit par le professionnel de santé qui les suivait déjà ou par leur entourage.

Il reste donc à faire connaître cette consultation par un nombre plus important de patientes et de professionnels. Il pourrait être envisagé de recruter à nouveau des médecins généralistes, en visant spécialement les jeunes médecins installés. En effet, il a été démontré qu'ils sont les plus enclins à suivre des grossesses(35).

La prise de contact pourrait également être élargie aux médecins généralistes ne souhaitant pas rejoindre la communauté périnatale ou faire du suivi de grossesse.

Ils pourraient être contactés par mail ou courrier pour leur faire part des nouvelles modalités de prise en charge à l'hôpital Jeanne de Flandre.

D) Améliorer les échanges.

Un des derniers points d'améliorations concerne les échanges entre praticiens. Globalement ceux-ci s'effectuent correctement avec le dossier obstétrical. Un mémoire sur le taux de remplissage du dossier obstétrical dans la maternité du réseau OMBREL trouve même que le dossier est mieux rempli en cas de consultation d'orientation(18).

Cependant une informatisation du dossier et des prises de sang paraît souhaitable. Cette informatisation du dossier obstétrical est déjà effective dans d'autres régions. Une utilisation renforcée d'APICRYPT avait également déjà été souhaitée par le passé pour améliorer la communication(19).

Enfin des rencontres interprofessionnelles pourraient être mises en place pour échanger sur le rôle et les compétences de chaque professionnel de la périnatalité.

IV) Les apports de notre étude pour la médecine générale.

Les médecins généralistes sont impliqués dans le suivi des grossesses comme le démontre l'enquête de périnatalité effectuée en 2010.(10) Ils réalisent encore 22% des déclarations et participent dans 23,8% des suivis de grossesses. Ce pourcentage augmente dans les milieux ruraux ou à plus grande précarité(36), cas dans lesquels l'accès au gynécologue et à la sage-femme est plus difficile. Or, en 2012, le NPDC était au premier rang des régions pour son taux de bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire avec un taux de 10,1% pour une moyenne métropolitaine de 6% (9% pour la métropole Lilloise.) De même, 11% de la population en âge de travailler touche le RSA contre 6,6% dans le reste de la France(37).

On observe cependant une diminution des suivis par le médecin généraliste depuis 2003. Cette consultation devrait permettre de remettre au centre de la prise en charge le médecin traitant. En effet l'élargissement de la communauté périnatale doit permettre de redonner au médecin généraliste son rôle.

Selon une étude de l'observatoire national de la démographie des professionnels de santé, on observe dans le Nord pas de Calais une plus faible densité de sages-femmes et de gynécologues par rapport aux autres régions. Seule la densité de médecin généraliste est légèrement supérieure.

De plus selon la cour des comptes, le médecin généraliste dispose de la confiance de la femme enceinte ainsi que de sa connaissance préalable lui permettant d'avoir une approche psychologique adaptée et d'humaniser la prise en charge pour ne pas transformer la grossesse en maladie(38).

On observe également une désertification médicale dans le NPDC avec diminution du nombre de gynécologue et de sage-femme. Plus de 50 bassins de vie ne contenait aucun spécialiste en gynécologie médicale et obstétrique(39). La prise en charge du suivi de grossesse par le médecin généraliste est donc également un enjeu de santé publique.

Ce travail de thèse montre que l'information des patientes reste la clef pour un retour du suivi de grossesses vers la médecine ambulatoire. En effet, elles acceptent le principe d'un suivi en ville, se sentent autant en confiance et en sécurité qu'à l'hôpital et y trouvent même des avantages. Par contre, elles ne savent pas que leur médecin de famille peut effectuer ce suivi, ou si celui-ci ne souhaite pas l'effectuer, que des sages-femmes travaillant en collaboration avec lui le peuvent(40). La thèse de Sophie HUREAU notait que 80% des patientes ne savaient pas que les médecins généralistes réalisaient des suivis de grossesse et des suivis gynécologiques et plus de la moitié n'ont jamais posé la question à leur médecin généraliste. Les médecins généralistes ne communiquent donc pas assez sur leurs compétences(41).

Pour autant, si le médecin généraliste ne souhaite pas effectuer de suivi, il importe qu'il s'entoure de professionnels de confiance permettant d'assurer la continuité des soins demandés par les patientes. Il s'agit également d'encadrer les patientes et de répondre à leur besoin de consulter et d'être informées. Il s'agira donc de délivrer à la patiente lors du début de grossesse une information claire sur les possibilités de suivi et sur les nouvelles modalités de prise en charge qui tendent à se généraliser dans les maternités.

CONCLUSION

Cette étude aura permis de dégager le ressenti des femmes enceintes par rapport à une nouvelle façon de penser le suivi de grossesse.

En s'intéressant directement à celles qui sont au cœur de ce nouveau processus, cette étude permet d'explorer les représentations de ces femmes sur le suivi de grossesse et en dégager des attentes pour le futur.

Ainsi nous avons vu que les femmes enceintes manquaient d'informations sur ce qu'était le suivi de grossesse et sur les professionnels pouvant effectuer ce suivi. Elles sont en effet à la recherche de professionnels de santé pouvant les accompagner non seulement dans leur suivi mais également dans le post partum.

En ce sens, la consultation d'orientation apparaît comme un outil pour les femmes enceintes. Celle-ci permet de poser les bases du futur suivi. Elle reste un temps privilégié pour répondre aux questions et aux inquiétudes des femmes enceintes.

La consultation d'orientation a donc permis de rassurer les femmes enceintes sur le caractère physiologique de leur grossesse et de les orienter vers le suivi le plus adapté pour elle. La consultation d'orientation est donc une réponse appropriée à la demande des femmes enceintes de ne pas surmédicaliser la grossesse mise en avant lors du dernier plan de périnatalité.

Cette étude a pu démontrer également que les femmes enceintes étaient satisfaites de la qualité du suivi en ville. Elles en ressortent principalement des avantages de proximité, flexibilité, intimité. Avec le recul, elles approuvent l'idée que ce suivi est plus adapté pour elles tout en étant de même qualité qu'à l'hôpital.

Elles déclarent ainsi ne pas avoir besoin de plus pour leur suivi.

Tout ceci montre que médecin généraliste a plus que jamais sa place dans le suivi de grossesse. En étant capable d'effectuer un suivi global, en ayant un rapport privilégié déjà établi avec la patiente, tout en respectant le caractère physiologique de la grossesse, il apparaît comme un partenaire privilégié des femmes enceintes. Il est à même de répondre au besoin d'information et d'encadrement des femmes enceintes. Il apparaît donc nécessaire de continuer à communiquer sur les compétences des médecins généralistes et de renforcer l'information donnée aux femmes enceintes en médecine ambulatoire.

Concernant les échanges entre professionnels, elles l'estiment être peu présent et se résumant surtout au dossier médical partagé. Pour elles, cela reste un très bon outil d'échange, permettant d'inclure leur médecin traitant dans leur prise en charge. Ainsi peu d'informations se perdent en route. Ces échanges pourraient être améliorés en informatisant le dossier. Il pourrait également permettre de rendre compte des informations reçues par les patientes.

La prise en compte du témoignage des femmes enceintes à bas risque ayant refusé de se faire suivre en ville permettrait d'explorer leur représentation et les raisons de ce refus. Ceci permettrait d'améliorer les informations données et de trouver des arguments pour replacer la médecine ambulatoire au cœur du suivi des femmes enceintes.

De même il serait intéressant d'explorer la raison de ce manque d'information chez les femmes et de trouver un moyen d'y pallier.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. La politique de périnatalité | Cour des comptes]. Available from: <https://www.ccomptes.fr/fr/media/1327>
2. Rumeau-Rouquette C. L'effet des politiques publiques sur les résultats périnataux en France. Santé Société Solidar. 2004;3(1):57–68.
3. La sécurité et la qualité de la grossesse et de la naissance. Available from: <http://www.hcsp.fr/Explore.cgi/ouvrage?clef=7>
4. Durif-Bruckert C, David S, Durif-Varembont J-P, Scharnitsky P, Mamelle N. Évaluation qualitative de l'application du décret périnatalité. Un renforcement des mécanismes de la surmédicalisation, Summary. Santé Publique. Jan;19(3):229–39.
5. Mamelle N, Vendittelli F, Riviere O, Crenn-Hebert C, Lemery D, Mares P, et al. La santé périnatale en 2002-2003. L'observatoire des pratiques médicales. Résultats du réseau sentinelle Audipog. Gynécologie Obstétrique Fertil. 2004;32:4–22.
6. Molénat F. Le tournant du Plan Périnatalité 2005-2007. Contraste. 2012 Nov 15;(26):127–35.
7. Haute Autorité de Santé - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_567727/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
8. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

9. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F, 1 la C nationale des ENP. La santé périnatale en France métropolitaine de 1995 à 2010. Résultats des enquêtes nationales périnatales. 2012 Mar 31; Available from: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/703520/resultatrecherche/2>
10. La situation périnatale en France en 2010 - Premiers résultats de l'enquête (...) - Drees - Ministère des Affaires sociales et de la Santé. Available from: <http://www.drees.sante.gouv.fr/la-situation-perinatale-en-france-en-2010-premiers-resultats-de-l-enquete-nationale-perinatale,9630.html>
11. Blondel B, Lelong N, Kermarrec M, Goffinet F, Coordination nationale des Enquêtes Nationales Périnatales. [Trends in perinatal health in France between 1995 and 2010: Results from the National Perinatal Surveys]. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris). 2012 Apr;41(2):151–66.
12. BEH n°6-7/2015. Available from: <http://invs.santepubliquefrance.fr/Publications-et-outils/BEH-Bulletin-epidemiologique-hebdomadaire/Archives/2015/BEH-n-6-7-2015>
13. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. Prat Psychol - PRAT PSYCHOL. 2004;10(1):79–86.
14. Ringsted C, Hodges B, Scherpbier A. « La boussole de la recherche » : Une introduction à la recherche en éducation médicale : Guide AMEE n° 56. Pédagogie Médicale. 2013 Feb 1;14(1):49–72.
15. Gedda M. Traduction française des lignes directrices ENTREQ pour l'écriture et la lecture des synthèses de recherche qualitative. Rev Francoph Int Rech Infirm. 2017 Mar 1;3(1):37–41.
16. Blary L, Claude C. Evaluation de la communauté périnatale de Roubaix: Un réseau périnatal de proximité. 2012 Dec 12.

17. Roquette E. Mise en place d'un suivi prénatal adapté au niveau de risque des patientes dans une maternité de type III : typologie des parcours de soins et proposition d'organisation. Available from: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-6355>
18. Cimetiere C. Le remplissage du dossier obstétrical dans les maternités du réseau OMBREL. 2016 May 12;41.
19. Gonce C. Identifier chez les gynécologues-obstétriciens et pédiatres de la maternité Jeanne de Flandre : les représentations et les perspectives d'amélioration de la coordination des soins en périnatalité. Available from: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-3145>
20. Satisfaction des usagères des maternités à l'égard du suivi de grossesse et du déroulement de l'accouchement - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé. Available from: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/satisfaction-des-usageres-des-maternites-a-l-egard-du-suivi-de-grossesse-et-du>
21. Blondel B, Supernant K, Du Mazaubrun C, médicale I national de la santé et de la recherche, Breart G. Enquête nationale périnatale 2003 : situation en 2003 et évolution depuis 1998. Available from: <http://lara.inist.fr/handle/2332/1299>
22. Dupont G. Accouchement : « Je me suis fait crier dessus, traiter de grosse feignasse ». Le Monde.fr. Available from: http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/08/30/acouchement-je-me-suis-fait-crier-dessus-traiter-de-grosse-feignasse_5178450_1651302.html
23. Dupont G. Accouchement : la parole des femmes sur les « violences obstétricales » se libère. Le Monde.fr. Available from: http://www.lemonde.fr/sante/article/2017/08/30/la-violence-de-l'accouchement-en-question_5178270_1651302.html

24. LV Médecin hospitalier, « Non, nos obstétriciens ne sont pas violents. Ils sont simplement déjà d'une autre époque ». Le Monde.fr. Available from: http://www.lemonde.fr/idees/article/2017/08/30/non-nos-obstetriciens-ne-sont-pas-violents-ils-sont-simplement-deja-d-une-autre-epoque_5178609_3232.html
25. Dupanloup CP. Obstacles à la consultation préconceptionnelle en médecine générale : enquête qualitative auprès de 20 femmes en âge de procréer. 2012 Jun 14;98.
26. Archive du Service Commun de la Documentation de l'Université de Nantes. Available from: <http://archive.bu.univ-nantes.fr/pollux/show.action?id=422c9b8e-2de3-4cf0-9436-c2b474e833a4>
27. Fitzgerald EM, Cronin SN, Boccella SH. Anguish, Yearning, and Identity: Toward a Better Understanding of the Pregnant Hispanic Woman's Prenatal Care Experience. J Transcult Nurs Off J Transcult Nurs Soc. 2016 Sep;27(5):464–70.
28. Haute Autorité de Santé - Comment mieux informer les femmes enceintes? Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_454394/fr/comment-mieux-informer-les-femmes-enceintes
29. Haute Autorité de Santé - Projet de grossesse : consultation préconceptionnelle. Available from: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1122036/fr/projet-de-grossesse-consultation-preconceptionnelle
30. Raynal P. La consultation préconceptionnelle. Available from: <http://www.em-premium.com.doc-distant.univ-lille2.fr/article/258697/resultatrecherche/21>
31. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion number 313, September 2005. The importance of preconception care in the continuum of women's health care. Obstet Gynecol. 2005 Sep;106(3):665–6.
32. Prévention des risques pour l'enfant à naître. Nécessité d'une information bien avant la grossesse | Académie nationale de médecine. Available from: <http://www.academie-medecine.fr/publication100035504/>

33. Mazza D, Chapman A. Improving the uptake of preconception care and periconceptional folate supplementation: what do women think? BMC Public Health. 2010 Dec 23;10:786.
34. Frey KA, Files JA. Preconception Healthcare: What Women Know and Believe. Matern Child Health J. 2006 Sep 1;10(1):73–7.
35. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé. Available from: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/attitudes-et-pratiques-des-medecins-generalistes-dans-le-cadre-du-suivi-de-la>
36. Disparités sociales et surveillance de grossesse - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé. Available from: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/disparites-sociales-et-surveillance-de-grossesse>
37. Nord-Pas de Calais - Publications régionales - Ministère des Solidarités et de la Santé. Available from: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/technique/publications-regionales/article/nord-pas-de-calais>
38. Les maternités | Cour des comptes. Available from: <https://www.ccomptes.fr/fr/publications/les-maternites>
39. Atlas national | Conseil National de l'Ordre des Médecins. Available from: <https://www.conseil-national.medecin.fr/node/1476>
40. Tesse-Skaf M. Déterminants conditionnant le choix du praticien pour le suivi de grossesse. Available from: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-361>
41. Hureau S, Desmarchelier P, Université de Bordeaux II. Le suivi des femmes enceintes parcours de soins et raisons du non-choix du médecin généraliste pour la surveillance de la grossesse. [S.l.]: [s.n.]; 2008.

ANNEXES

Annexe n°1 : Les recommandations HAS 2009



Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative)

Types de suivi recommandés

- **Suivi A** : selon le choix de la femme, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien).
 - **Avis A1** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et/ ou d'un autre spécialiste est conseillé.
 - **Avis A2** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.
- **Suivi B** : le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

Types de structures requises

- **Unité d'obstétrique** : telle que définie dans l'article R. 6123-43 du Code de la santé publique « *une unité d'obstétrique assure, tous les jours de l'année, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, les accouchements ainsi que les actes de chirurgie abdomino-pelvienne liés à la grossesse, à l'accouchement et à la délivrance. Elle participe également au dépistage des facteurs de risques durant la grossesse, notamment dans le cadre des consultations prénatales. Elle assure les soins suivant l'accouchement pour la mère et les enfants nés dont la naissance est intervenue dans l'établissement. Si l'établissement dans lequel est né l'enfant ne peut assurer sa prise en charge adaptée, il organise son transfert vers un autre établissement apte à délivrer les soins appropriés.* »
- **À adapter** en fonction du risque pour la mère et l'enfant à naître.

Abréviations et acronymes : indice de masse corporelle (IMC), hypertension artérielle (HTA), interruption volontaire de grossesse (IVG) et interruption médicale de grossesse (IMG), retard de croissance intra-utérin (RCIU), mort fœtale intra-utérine (MFIU), *hemolysis, elevated liver enzymes and low platelet* (HELLP), syndrome des anticorps antiphospholipides (SAPL), lupus érythémateux disséminé (LED), virus d'immunodéficience humaine (VIH), fécondation *in vitro* (FIV)

Période préconceptionnelle ou 1 ^{re} consultation de grossesse		
Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Âge (moins de 18 ans et au-delà de 35 ans)	A1 pour les extrêmes	Unité d'obstétrique si facteur isolé
Poids (IMC inférieur ou égal à 17,5 kg/m ² et supérieur ou égal à 40 kg/m ² pour obésité morbide)	A1 pour les extrêmes	À adapter pour les extrêmes
Facteurs individuels et sociaux, vulnérabilité émotionnelle (rupture, deuil, isolement)	A	Unité d'obstétrique
Risque professionnel (exposition avérée par des produits toxiques ou tératogènes par exemple)	A2	À adapter
Antécédents familiaux - Pathologies génétiquement transmissibles ou entraînant une incidence accrue dans la descendance (proches au 1 ^{er} degré) - Pathologies génétiques : caryotypique, génique	A2	À adapter en fonction de l'anomalie
TOXIQUES		
Sevrage alcoolique	A1	À adapter en fonction des conséquences
Prise de médicaments potentiellement tératogènes ou de toxiques en préconceptionnel (exposition avérée)	A2	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS NON GYNÉCOLOGIQUES		
Antécédents chirurgicaux généraux et neurochirurgicaux		
Traumatisme du bassin ou du rachis (fracture déplacée)	A2	À adapter
Chirurgies, pathologies cardiaques (avec retentissement hémodynamique) dont Marfan, Ehlers-Danlos et autres	B	À adapter
Pathologie rétinienne (dont myopie grave)	A1	Unité d'obstétrique
Hémorragie cérébrale, anévrisme	B	À adapter

Antécédents médicaux et pathologies préexistantes non gynécologiques		
Usage de drogues illicites (héroïne, ecstasy, cocaïne sauf cannabis) et substituts (méthadone) et sevrage	A1	Unité d'obstétrique si antécédent ancien
Hypertension artérielle	B	À adapter
Diabètes	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde- embolie pulmonaire	B	À adapter
- Affections thyroïdiennes équilibrées (selon la pathologie) hors maladie de Basedow	A1	Unité d'obstétrique
- Maladie de Basedow	B	À adapter
Épilepsie traitée ou non traitée	A2 précoce	À adapter
- Asthme ou pathologie pulmonaire (avec incidence sur la fonction respiratoire)	B	À adapter
- Asthme modéré, ancien, contrôlé	A	Unité d'obstétrique
Maladies inflammatoires digestives (maladie de Crohn ou rectocolite hémorragique traitée)	A2 précoce	À adapter
Drépanocytose et autres hémoglobinopathies :		
- mère homozygote	B	À adapter
- mère hétérozygote	A2	Unité d'obstétrique
Anomalies de la coagulation, thrombopénie maternelle et purpura thrombopénique auto-immun	B	À adapter
Maladies de système et maladies rares (sclérose en plaques, Addison, Cushing, LED, SAPL, sclérodermie, polyarthrite rhumatoïde)	B	À adapter
- Néphropathie	B	À adapter
- Uropathie	A2	Unité d'obstétrique si sans retentissement
Affection hépatique (cholestase, maladie biliaire, adénome)	A2 précoce	À adapter
Chimiothérapie et radiothérapie	A2	Unité d'obstétrique
Maladies psychiatriques sévères (pathologie elle-même et facteurs de risque liés à la thérapeutique) : schizophrénie, troubles bipolaires, syndromes dépressifs sévères	A2 précoce	À adapter

Maladies infectieuses		
Séropositivité VIH	B	À adapter
Portage antigène HBs	A1	Unité d'obstétrique
Hépatite C ou B active	A2	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS PRÉEXISTANTS GYNÉCOLOGIQUES		
Pathologies utéro-vaginales		
Malformation utéro-vaginales	B	À adapter
Mutilations sexuelles	A1	À adapter
Chirurgie cervico-utérine		
Chirurgie du prolapsus (reconstruction pelvienne, traitement)	A2	À adapter
Conisation (amputation cervicale, cryothérapie, résection à l'anse)	A2	À adapter
Myomectomie, utérus cicatriciel (cicatrice gynécologique)	A2	À adapter
Distylbène syndrome	B	À adapter
ANTÉCÉDENTS PERSONNELS LIÉS À UNE GROSSESSE PRÉCÉDENTE		
Antécédents médicaux		
Infections urinaires récidivantes (plus de 2) hors uropathie	A1	Unité d'obstétrique
Diabète gestationnel	A	À adapter en fonction d'une récurrence au cours de la grossesse
Antécédents obstétricaux		
Césarienne	A2	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter
Béance cervicale ou cerclage, selon la pathologie	B	À adapter en fonction du terme
Hypertension gravidique	A2	À adapter en fonction de la récurrence
Pré-éclampsie, syndrome de HELLP	B	
<u>Fausse couches répétées au cours du 1^{er} trimestre :</u>		
- sans étiologie	A2	Unité d'obstétrique si évolution de la grossesse sans complications À adapter en fonction de la récurrence
- avec étiologie SAPL	B	
<u>Fausse couches tardives au cours du 2^e trimestre</u>	B	



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Accouchement prématuré	A2 précoce B	À adapter en fonction de la récurrence
Interruption volontaire de grossesse (IVG) (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique
Interruption médicale de grossesse (IMG)	A2	À adapter en fonction du motif de l'IMG et de la situation actuelle
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter en fonction du déroulement de la grossesse
- Retard de croissance intra-utérin sévère (RCIU) (< 3 ^e percentile)	B	À adapter
- Mort fœtale <i>in utero</i> (MFIU) d'origine vasculaire	B	À adapter
Antécédents liés à l'enfant à la naissance		
Asphyxie périnatale avec séquelles	B	À adapter
Mort périnatale inexpliquée	B	À adapter
Anomalie congénitale ou génétique	A2	À adapter
Antécédents liés à l'accouchement précédent		
Hémorragies <i>post-partum</i> sévères	A1	À adapter
Déchirure du sphincter anal	A2	Unité d'obstétrique
Dépression du <i>post-partum</i> , stress post-traumatique	A	Unité d'obstétrique
Psychose puerpérale	A2	À adapter
Dystocie des épaules	A1	À adapter

Durant la grossesse (de la 2^e à la 7^e consultation - du 4^e au 8^e mois)

Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE GÉNÉRAUX		
Traumatisme abdominal	A2	À adapter en fonction de la pathologie générée par le traumatisme
Accouchement secret sous x	A1	Unité d'obstétrique
TOXIQUES		
Usage de drogues illicites (héroïne, méthadone, ecstasy et cocaïne)	A2	À adapter
Cannabis	A1	À adapter
Alcool	A2	À adapter selon degré d'alcoolémie
Tabac	A1	Unité d'obstétrique
Consommation de médicaments potentiellement tératogènes ou toxiques (exposition avérée)	A2	À adapter
Intoxication au plomb	B	Unité d'obstétrique
Oxyde de carbone	B	À adapter
Irradiation	A2	Unité d'obstétrique si aucune répercussion
FACTEURS DE RISQUE MEDICAUX		
Diabète gestationnel	A2	À adapter
HTA gravidique (selon les chiffres tensionnels)	B	À adapter
Néphropathie gravidique (protéinurie isolée)	B	À adapter
Thrombose veineuse profonde	B	À adapter
Coagulopathies et thrombopénie maternelles	B	À adapter
Anémie gravidique	A	À adapter en fonction de la sévérité et de l'étiologie
Récidive d'infection urinaire basse (plus de 2)	A1	Unité d'obstétrique

Pyélonéphrite (cf. Infections urinaires)	A2	À adapter
Vomissements gravidiques sévères (perte de poids, troubles ioniques, hépatiques...)		
- au 1 ^{er} trimestre de grossesse	A2	Unité d'obstétrique
- au 2 ^e ou 3 ^e trimestre de grossesse	B	À adapter
Cholestases gravidiques	B	À adapter
MALADIES INFECTIEUSES APPARUES/CONSTATEES		
Toxoplasmose	B	À adapter si pathologie fœtale
Rubéole	B	À adapter si pathologie fœtale
Infection à cytomégalovirus	B	À adapter si pathologie fœtale
Herpès génital primo-infection ou récidive	B	À adapter si survenue durant 3 ^e trimestre de grossesse
Infection à parvovirus B19	B	À adapter si pathologie fœtale
Varicelle/ zona	B	À adapter si pathologie fœtale
Hépatite B aiguë	B	À adapter
Hépatite virale A, C, D ou E	B	À adapter
Tuberculose	B	À adapter
Infection VIH	B	À adapter
Syphilis	B	À adapter
Grippe	A1	À adapter en fonction du terme et des répercussions materno-fœtales
Listériose	B	À adapter
Paludisme	B	À adapter
Chikungunya	B	À adapter
Maladie périodontale	A	Unité d'obstétrique
FACTEURS DE RISQUE CHIRURGICAUX		
Laparotomie en cours de grossesse	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE GYNECOLOGIQUES		
Cancer du col	A2	À adapter
Fibrome(s) utérin(s) (prævia et/ou volumineux et/ou symptomatique et/ou endocavitaire)	A2	À adapter



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Kyste ovarien	A2	Unité d'obstétrique
Cancer du sein	B	À adapter
Infections vaginales	A1	Unité d'obstétrique
Vaginoses bactériennes	A2	À adapter
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Traitement de l'infertilité (> 1 an)	A1	Unité d'obstétrique
Datation incertaine d'une grossesse de découverte tardive	A2	Unité d'obstétrique
Oligoamnios (< 37 SA)	B	À adapter
Hydramnios	B	À adapter
Pré-éclampsie, pré-éclampsie supposée, syndrome HELLP	B	À adapter
Amniocentèse/ponction des villosités choriales	A2	À adapter en fonction de la pathologie concernée et du résultat du prélèvement
Réduction embryonnaire	B	À adapter
Pertes de sang persistantes		
- avant 16 SA	A2	Unité d'obstétrique
- après 16 SA	A2	À adapter
Hémorragies fœto-maternelles	B	À adapter
Hématome rétroplacentaire	B	À adapter
Béance cervicale	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Menace d'accouchement prématuré	B	À adapter en fonction du terme atteint (cf. protocoles de réseaux entre 36 et 37SA)
Grossesse gémellaire		
- bichoriale	A2	Unité d'obstétrique
- monochoriale	B	À adapter
Grossesse triple	B	À adapter
Incompatibilité fœto-maternelle (érythrocytaire et plaquettaire)	B	À adapter



HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Diagnostic prénatal/suspicion de malformation ou de pathologie congénitale	A2	À adapter en fonction de la pathologie et du résultat
Retard de croissance fœtale	B	À adapter
Mort fœtale <i>in utero</i>	B	À adapter
Anomalies de localisation du placenta	B	À adapter
Placenta bas inséré avec métrorragies, placenta ou vaisseaux prævia après 32 SA	B	À adapter en fonction du terme atteint
Grande multipare (supérieur à 5)	A1	Unité d'obstétrique

Consultation du 9^e mois (et/ou jusqu'à l'accouchement)

Situations à risque	Suivi	Structure
FACTEURS DE RISQUE OBSTETRICAUX		
Grossesse non suivie	B	Unité d'obstétrique
Dépassement de terme	B	À adapter
Macrosomie	A2	À adapter
Présentation non céphalique à terme	B	À adapter
Suspicion de dystocie	B	À adapter

Annexe n°2 : Tableau des caractéristiques des femmes enceintes en 2010

Age	
<20ans	2,5
20-24 ans	14,5
25-29ans	33,2
30-34ans	30,7
35-39ans	15,7
>40ans	3,5
Moyenne	29,7 +/-5,3
Parité	
0.	43,4
1.	34,5
2.	14,3
3.	5
4.	2,8
Pas de vie en couple	7,3
Nationalité étrangère	13,4
Niveau d'études	
1er cycle ou inférieur	28,3
2ème cycle	19,9
Niveau supérieur au bac	51,8
Bac+1 ou 2	21,3
Bac+3 ou 4	17,7
Bac+5 ou plus	12,8
Emploi exercé pendant la grossesse	70,2
Ressource du ménage	
API,RMI, RSA	22,9
Indemnité chômage, Autres aides	5,5
Revenus du travail	70,8
Aucune	0,8
Consultations ou examens non faits pour raison financière	4,4

Source : Enquête nationale périnatale 2010. Insee

Annexe n°3 : Le guide d'entretien.

1) Connaissance de la consultation d'orientation

- Que connaissiez-vous de la consultation d'orientation ?
- Quelle connaissance aviez-vous sur réseau de périnatalité ?
- Comment envisagiez-vous votre suivi initialement avant cette consultation ?
- Comment avez-vous été orienté à cette consultation ?

2) Impressions générales par rapport à cette consultation

- Qu'avez-vous pensé de cette consultation ?
- Comment avez-vous reçu les informations données ? quelles informations avaient vous retenu
- Comment avez-vous vécu cette consultation ?
- Quel changement apporteriez-vous à cette consultation ?

3) Impact sur le suivi

- Comment la consultation d'orientation a impacté le choix de votre suivi ?
- Comment la consultation d'orientation a impacté votre suivi en lui-même ?
- Quel aurait été pour vous le suivi idéal ?
- Comment avez-vous trouvé les échanges entre l'hôpital et le professionnel vous suivant ? (Dossier partagé)

Annexe n°4 : Recueil du consentement écrit des patientes

Bonjour Madame,

Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon travail de thèse en médecine générale sur l'évaluation de la consultation d'orientation de l'hôpital Jeanne de Flandre.

L'objectif de ce travail est d'améliorer la prise en charge des femmes enceintes à bas risque à l'hôpital Jeanne de Flandre.

L'entretien qui va suivre vise à recueillir votre point de vue sur cette consultation d'orientation.

Je pourrai ensuite vous envoyer un exemplaire de notre entretien si vous le désirez.

Grégoire Pomar

Je soussignée..... (Nom, Prénom) avoir été informé de manière loyale et claire de l'enregistrement de mes dires dans le cadre de ma participation au travail de thèse mené par Grégoire POMAR.

Je donne mon consentement pour participer à cette recherche en toute liberté.

Fait à..... le

Signature du patient précédé de la mention « lu et approuvé »

	Age	Parité	A déjà bénéficié d'une consultation d'orientation	Suivi ambulatoire avant la consultation d'orientation	Type de suivi choisit	Suivi pour les précédentes grossesses	Connaissait le principe de la consultation d'orientation.	Emploi
P1	23	1	Non	Oui	Sage-femme	/	Oui	Commerciale
P2	26	1	Non	Non	Sage-femme	/	Non	Interne en médecine
P3	25	1	Non	Non	Sage-femme	/	Non	Comptable
P4	27	1	Non	Oui	Gynécologue	/	Oui	CPE de Collège
P5	33	1	Non	Non	Sage-femme	/	Non	Radiologue
P6	34	2	Oui	Oui	Gynécologue	Gynécologue libérale	Non	Kinésithérapeute libérale
P7	32	3	Oui	Oui	Gynécologue	Sage-femme hospitalière	Oui	Sans Emploi
P8	21	1	Non	Non	Sage-femme	/	Non	Commerciale
P9	36	1	Non	Oui	Sage-femme	/	Oui	Educatrice
P10	39	2	Oui	Oui	Sage-femme	Sage-femme hospitalière	Oui	Enseignante
P11	23	2	oui	Non	Sage-femme	Sage-femme libérale	Non	Sans Emploi
P12	23	1	Non	Non	Sage-femme	/	Oui	Garde d'enfant
P13	28	1	Non	Oui	Sage-femme	/	Oui	Fonctionnaire de police
P14	31	3	Non	Oui	Gynécologue	Sage-femme hospitalière	Non	Vendeuse
P15	27	2	Non	Non	Sage-femme	Sage-femme hospitalière	Non	Responsable d'agence

Annexe n°5 : Tableau des caractéristiques des patientes de l'étude

Annexe n°6 : un exemple de verbatim, l'entretien N°3

GP : Comment est-ce que vous avez trouvé cette consultation ?

P3 : La première consultation ? Bah, je l'ai trouvé assez intéressante. Comme c'était le cas d'une première grossesse en plus. C'était surtout pour nous expliquer tout le fonctionnement donc savoir comment ça allait se passer. Nous expliquer, 'fin, si c'était une grossesse à risque, pas grossesse à risque. Donc savoir si on allait être suivi, 'fin moi pour le coup c'était pas une grossesse à risque. Donc j'ai dû être suivie par une sage-femme extérieure jusque du coup le dernier trimestre où là au dernier trimestre ils m'ont suivie en interne à Jeanne de Flandre. Donc du coup, 'fin, c'était assez complet, c'est intéressant, 'fin, ils ont répondu à toutes nos questions.

GP : D'accord. Et comment vous avez vécu justement, comment dire, les informations qui ont été données ?

P3 : Bah, c'est beaucoup d'information à retenir d'un coup mais bon après. 'Fin , moi dans mon entourage, j'ai eu beaucoup de grossesses donc je veux dire je savais déjà un peu à quoi m'attendre. Je savais déjà un peu le déroulement. Donc je veux dire y'avait pas mal de choses que je savais.

GP : D'accord, ok. Et comment vous avez reçu le fait que vous soyez justement à bas risque et que vous deviez aller en ville plutôt qu'à Jeanne de Flandre ?

P3 : Bah, je l'ai bien vécu dans le sens, ou, 'fin, comme ça je laisse la place aux personnes qui en ont le plus besoin. Je préfère être à bas risque plutôt qu'à haut risque. Euh, après je veux dire, pour moi, c'était plutôt arrangeant dans le sens où j'ai pris une sage-femme qui était affiliée à Jeanne de Flandre parce que du coup ils nous donnent des sages-femmes affiliées chez eux. Donc c'est des personnes qui ont soit déjà travaillé à Jeanne de Flandre ou qui y sont depuis des années donc qui sont toutes aussi compétentes. Donc, en plus de ça, c'était proche de chez moi donc plus pratique.

GP : D'accord, ok. Et hum, justement vous dites qu'il y'a eu énormément d'informations. Euh, quelles sont pour vous les informations que vous avez retenues de cette consultation ?

P3 : Bah, c'est là où ils nous expliquent que, tous les mois, on doit faire une prise de sang parce qu'on est pas immunisé contre la toxo, qu'ils nous expliquent que bah, les échographies dans quelle semaine d'aménorrhée on doit les faire, qu'ils nous expliquent le fonctionnement ici, comment ça va se passer. Donc on va recevoir nos convocations au fur et à mesure par courrier. Que on doit remplir des papiers, par exemple au cas où il se passe quelque chose pendant l'accouchement. Donc on a quand même pas mal de documents à remplir dès le départ. Donc il faut quand même se souvenir que tous les mois on doit aller consulter une sage-femme pour vérifier son col. Qu'il faut faire la prise de sang pour être sûre, que durant toute la grossesse, on reste bien immunisée contre la toxo. Qu'on soit, enfin je veux dire, c'est quand même pas mal d'informations, de bien se dire que à chaque rendez -vous, bah on les oublie pas. Qu'on reçoit bien les convocations en temps et en heure. Du coup c'est plus ça qui est pour moi beaucoup d'informations à digérer. C'est bien de savoir gérer son planning, ou son agenda et de dire qu'à ce moment-là il faut être organisé du début jusqu'à la fin.

GP : D'accord, ok. Et, justement est ce que vous apporteriez des changements par rapport à cette consultation, son déroulement.

P3 : Je dirais que ce qui serait pratique c'est d'avoir peut-être un petit livret récapitulatif. Parce que moi pour le coup j'avais tout bien compris au niveau des écho tout ça. Par contre du fait que j'étais une grossesse à bas risque j'avais pas tout de suite compris que je devais être suivie à l'extérieur. Donc du coup au bout du 3ème, 4^{ème} mois comme je me suis rendue compte que j'avais toujours pas eu de consultation de sage-femme pour vérifier mon col, là du coup je me suis redirigée vers Jeanne de Flandre en demandant si c'était normal et en fait j'avais pas bien compris justement que je devais aller voir à l'extérieur.

GP : Et, comment dire, Vous n'avez eu aucun suivi en fait entre la consultation d'orientation et une consultation au 3^{ème} ou 4^{ème} mois si j'ai bien compris ?

P3 : oui, non par ce que pour moi j'avais pas compris que je devais de moi-même appeler la sage-femme, du coup, externe, et que c'était elle qui allait me suivre jusqu'au dernier trimestre à l'extérieur.

GP : D'accord. Du coup comment vous avez choisi le suivi ultérieur en fait ? Après la consultation ?

P3 : Bah, en fait, ce qui s'est passé, c'est que moi j'ai fait tous les rendez-vous que Jeanne de Flandre propose. 'Fin j'ai fait toutes les vidéos de préparation à la naissance, sur les rythmes de vie de l'enfant donc je suis venue à tous ces rendez-vous là. Et donc c'est en entendant parler les autres mamans et puis bah, celles de mon entourage ou du coup à la fin de ces rendez-vous, là, je suis allée voir la sage-femme qui était présente en lui disant que bah je comprenais pas parce que plus ou moins tout le monde était suivi par une sage-femme alors que moi j'avais toujours pas consulté. Donc de ce fait là comme j'étais venue avec mon dossier, la sage-femme a tout de suite regardé mon dossier. Elle m'a dit qu'en effet c'était pas normal. Elle m'a réexpliqué ce que j'avais pas compris à la première, au premier rendez-vous. Et de ce fait là du coup elle a pris l'initiative de me mettre directement dans son agenda, le lendemain matin, à la première heure, pour bien me réexpliquer et faire du coup mon premier bilan.

GP : D'accord

Patient n°3 : Du coup, dès lors où j'avais pas compris, ils m'ont tout de suite pris en charge derrière, ils m'ont tout de suite bien réaiguillée et là du coup ils m'ont conseillé des noms de personnes qui étaient à proximité de chez moi et que je pouvais contacter pour faire du coup le restant du suivi.

GP : Et initialement quel suivi vous souhaitiez pour votre grossesse ?

P3 : Quel suivi ? Bah, pas plus que ce qu'il n'en faut. 'Fin je veux dire, bah un suivi normal. Je voulais pas trop de rendez-vous parce que il y a le travail à côté et il faut suivre avec les horaires. Non, comme là, je trouve, ça a pas du tout été contraignant. J'ai trouvé ça très bien. Même au niveau des horaires, même des fois quand je travaillais, le peu de rendez-vous que j'ai eu du coup avec mes échographies où là c'était très très tôt le matin c'était cohérent avec mes horaires où je peux décaler et arriver un peu plus tard. Donc euh...

GP : Donc Comment vous avez ressenti le fait qu'on vous dise voilà vous voulez être suivie à Jeanne de Flandre mais non non vous allez être suivie en ville ?

P3 : Bah je vous dis, 'fin après moi je l'ai bien compris, je l'ai bien ressenti dans le sens où à la base je n'étais pas censée être suivie ici chez Jeanne de Flandre. J'étais censée être suivie dans une clinique privée. J'ai pris l'initiative de venir à Jeanne de Flandre parce que j'ai un petit frère handicapé et du coup qui est né ici et qui avait été suivi par, du coup, les personnes qui ont analysé et qui ont fait les tests pour trouver son syndrome. Et donc du coup comme mes parents n'ont pas voulu savoir si c'était accidentel ou si c'était maternel ou paternel, j'ai juste dû évaluer si il y avait un risque pour moi. Et donc du coup pour moi Jeanne de Flandre comme les tests de mon petit frère ont été, entre guillemets, faits là, c'était plus cohérent de venir ici. Du coup, moi, du fait qu'ils ont fait tout, ils m'ont posé bien toutes les questions, qu'ils ont bien tout regardé. Qu'ils se sont mis en service. Parce que du coup, là, avec le premier rendez-vous avec la sage-femme c'était pareil, même pas dans la semaine elle m'a recontacté en disant qu'elle avait contacté les services concernés, que pour moi y'avait pas besoin de faire une amniocentèse. Donc du coup dès le départ j'ai vu que il y avait un suivi. Même que bah, après le rendez-vous le travail en amont il avait bien été fait. Ils m'ont recontacté pour me dire pas de soucis, pas besoin de faire d'amniocentèse, pas besoin de vous alerter, vous êtes considérée comme une grossesse normale. Donc, du coup à partir de ce principe-là, ayant quelqu'un d'handicapé dans ma famille, je préfère qu'on m'appelle et qu'on me dise : laissez la place à ceux qui en ont vraiment besoin et ceux qui ont besoin d'un suivi plus...

Et libérez les urgences, entre guillemets, et les rendez-vous. Allez à l'extérieur. Sachant que moi, j'ai mon permis ça m'arrange et que 'fin voilà. Plutôt que de me dire : j'aurais préféré venir à Jeanne de Flandre et réagir égoïstement.

GP : D'accord, justement vous disiez que vous deviez être suivie en clinique. C'est à dire ? A la base vous aviez prévu un suivi en clinique ?

P3 : Euh, à la base oui parce que l'année dernière j'ai eu un œuf clair. Du coup j'ai déjà du faire un curetage d'évacuation. Ce curetage d'évacuation je l'avais fait en clinique privée par ma gynécologue parce qu'habituellement ma gynéco se trouve en privé. Et ça été juste pour moi une question de facilité dans le sens où euh, où je me voyais pas faire le début de ma grossesse à la clinique ensuite revenir et faire, enfin je veux dire, faire les analyses et les premières écho pour tout ce qui était, enfin, concernant mon petit frère et ensuite reprendre mon dossier et revenir à la clinique privée. Donc je veux dire, ma gynéco reste dans cette clinique privée où elle me suit tous mes moyens de contraceptions autres. Enfin par contre elle savait très bien que pour l'accouchement, la grossesse, surtout la première je serais mieux à Jeanne de Flandre.

GP : et vous avez pas souhaité faire votre suivi, juste le suivi, par votre gynécologue ?

P3 : Bah non, parce qu'après en terme de route, terme de... Parce que ma gynécologue, elle est aussi obstétricienne donc autant tout centraliser au même endroit. Parce que après c'est pareil au niveau des envois. Une fois que tout est fait à Jeanne de Flandre ou même en extérieur tout y est relié dans ton dossier. Donc au moins, tu... Comme ça le jour où j'accouche tout mon dossier médical est ici. Ils ont toutes les informations concernées. C'est pas moi qui doit tout balader. Au moins, ils ont tout préparé les rendez-vous. Donc moi je suis sûre qu'ils ont toutes les informations au moment voulu.

GP : Et justement, comment vous avez trouvé les échanges entre votre sage-femme en ville et l'hôpital Jeanne de Flandre ?

P3 : Bah, c'est super bien fait parce qu'on a un dossier obstétrical qui est pas forcément que destiné à Jeanne de Flandre ou à la sage-femme. Ce dossier obstétrical peut aussi faire euh, le lien avec notre médecin traitant. Parce que moi pour le coup quand j'avais des petites questions, quand j'avais pas forcément besoin de venir en urgence à l'hôpital, je consultais mon médecin. Et mon médecin a également pris part, enfin il a également pu avoir les informations données. Il a pu mettre, lui aussi, ses annotations quand il me voyait pour avoir un suivi plus complet. Pour le suivi de la prise de poids ou pour savoir si il y'avait quelque chose. Fin voilà. Du coup c'est quand même assez bien fait. Parce que c'est nous qui avons le dossier. On le remet à toutes les personnes, toutes les personnes le remplissent. Et puis bah, quand on arrive au prochain rendez-vous ils ont plus qu'à lire et ils nous reposent pas forcément tout le temps, 'fin, les mêmes questions.

GP : qu'est ce qui a fait que vous n'avez pas choisi votre médecin traitant par exemple ?

P3 : Parce que mon médecin traitant n'est pas habilité en gynécologie. Il est juste médecin traitant et il ne peut pas regarder... Enfin... Il ne fait pas...

GP : Il ne fait pas de gynécologie habituellement ?

P3 : Non, donc du coup ça fait que forcément, il me fallait une sage-femme. Et en plus de ça dans les premiers rendez-vous donc, euh... Le premier rendez-vous avec la sage-femme, la vidéo d'accueil que Jeanne de Flandre met à disposition, ils expliquent que prendre une sage-femme qui est affiliée à Jeanne de Flandre, ils nous expliquent les intérêts, parce que si on a une grossesse et un accouchement qui se passent très très bien on peut avoir une sortie anticipée. Et donc dès lors où on a une sortie anticipée il y a un suivi à la maison à faire. Et du coup il nous explique que si on choisit une sage-femme qui est affiliée et qui a du coup...

Ils nous expliquent qu'une sage-femme affiliée chez eux c'est une sage-femme qu'ils connaissent et qui en plus de ça a le matériel pour faire le suivi après grossesse, enfin après accouchement à la maison. Et donc du coup, je veux dire, pareil dans la facilité, je vais pas prendre une sage-femme qui n'a pas forcément du coup tout le matériel nécessaire pour faire le suivi après accouchement et retrouver du coup une autre sage-femme. Du coup j'ai pris quelqu'un qui pouvait me suivre.

GP : Du coup vous avez l'impression de rester dans le réseau ?

P3 : Oui, voilà. Comme ça au moins, je vais dire, c'est quelqu'un que Jeanne de Flandre connaît, c'est quelqu'un que je sais qui m'a suivie pendant ma grossesse donc qui va me connaître et c'est quelqu'un qui va du coup venir chez moi, en qui je vais avoir confiance, que j'aurais déjà vue en amont et qui va venir me donner des conseils. Donc comme ça, je veux dire, ça reste toujours dans le même réseau.

GP : Et qu'est ce vous connaissiez de cette consultation d'orientation ?

P3 : Rien du tout. Je connaissais rien. C'était une première vraie grossesse. Je savais, 'fin qu'il y allait avoir des rendez-vous, qu'il y allait avoir des échos, 'fin mais après je savais pas exactement quand les faire. Pareil ils nous expliquaient qu'on allait sûrement devoir faire du diabète gestationnel. 'Fin voilà toutes des analyses. Je savais qu'y avaient des examens. Je ne savais pas l'intérêt des examens. Je veux dire là, le premier rendez-vous, ils nous aiguillent. Ils pointent du doigt sur l'importance de ce à quoi on doit être vigilant.

GP : Comment vous avez pris cette consultation alors ?

P3 : Bah c'est moi même en fait. Parce que dès lors où on tombe enceinte, entre guillemet, on sait qu'il y a un suivi. Donc la première chose que j'ai faite quand j'ai fait mon test, je suis allée chez mon médecin traitant. Le médecin traitant qui demande une analyse, une prise de sang. Du coup prise de sang positif. Donc de là, suite à mes antécédents j'ai dû faire une datation de grossesse. Donc la datation je l'ai faite dans un cabinet de radiologie. Et après coup comme on est dans le premier trimestre, le médecin traitant ils nous dit : bon bah attention, il faut choisir votre maternité.

Donc bah de là j'ai pris mon téléphone, j'ai téléphoné à Jeanne de Flandre, je leur ai dit bon bah voilà je suis enceinte, je suis dans mon premier trimestre, je veux m'inscrire. Ils m'ont dit : Bon ok. Ils ont pris mes informations. Mon nom, mon prénom, mon numéro. De là, ils m'ont envoyé les premières convocations, cohérent avec mes dates pour que ce soit ni trop tôt ni trop tard et après tout s'est enchainé.

GP : Et qu'est-ce que vous connaissiez du réseau Jeanne de Flandre avec les sages-femmes etc...

P3 : Qu'est-ce que je connaissais ? Je peux pas dire. Je ne suis pas une habituée des hôpitaux. Je ne connaissais pas grand-chose. Je savais juste que ma mère avait toujours été très bien prise en charge ici. Que mon petit frère avait eu un très bon suivi. C'est un hôpital très bien réputé et que du coup j'ai la chance d'avoir près de chez moi. Je veux dire, à partir de là je savais que j'allais avoir un bon suivi.

GP : Est-ce que vous changeriez des choses par rapport à ce suivi ? Le suivi que vous avez eu pendant votre grossesse ?

P3 : Non. Dans l'ensemble j'ai été assez satisfaite. Je vous dis juste peut être beaucoup d'informations dans le premier rendez-vous, du coup, parfois, on peut-être un peu confus. Du coup, je pense que si il y avait un petit livret récapitulatif en disant vraiment, par exemple, si on est une grossesse à bas risque ou à haut risque, 'fin du coup, les mesures à prendre. Un petit récap on va dire en sortant. Après je changerais rien parce que le suivi dans l'ensemble est très très bien fait et tout se fait, ça se fait... Je sais pas comment vous dire le mot...

GP : Ça coule de source

P3 : Ouais, voilà. Par exemple pour nous faire gagner du temps à l'extérieur ça fait deux fois que je viens ici, parce que du coup ça fait qu'aujourd'hui que je recommence le suivi à Jeanne de Flandre.

A chaque fois que j'ai dû faire des prises de sang ou chose autre, ils nous disent tout le temps, vous êtes sur place vous embêtez pas, faites tout ici, n'allez pas comme habituellement en laboratoire où vous avez l'habitude d'aller. Et donc du coup, je veux dire, eux donc du coup ils savent que c'est du temps donc ils essayent d'en faire gagner.

GP : Et donc du coup les échanges entre la sage-femme en ville et l'hôpital se font bien ?

P3 : Bah après, oui, ils se font bien dans le sens où les ordonnances que j'ai eu par Jeanne de Flandre forcément c'est Jeanne de Flandre qui a eu le deuxième résultat. Après moi j'ai toujours un exemplaire que je l'ai fait en laboratoire que ce soit une demande de Jeanne de Flandre ou que ce soit de ma sage-femme. Et donc là après comme mon diabète gestationnel par exemple je l'ai fait à l'extérieur suite à la demande de ma sage-femme parce que c'était elle qui me suivait. Là aujourd'hui j'ai re-eu mes rendez-vous à Jeanne de Flandre, j'ai tous mes doubles, j'ai (mon) tout mon dossier donc j'ai juste à leur fournir ce compte rendu. Ils prennent les données dont ils ont besoin et le dossier au final il est rempli.

GP : Si pour vous il y avait un suivi idéal ?

P3 : Un suivi idéal ? Après je pense que c'est fonction des personnes. En fonction des moments, comment elles vivent leur grossesse. Euh, un suivi idéal je pense que c'est un suivi où dès lors, là quand on téléphone à Jeanne de Flandre comme moi j'ai pu le, 'fin moi je me suis posé deux trois questions quand j'ai eu des nausées ou des...J'ai toujours eu quelqu'un à n'importe quelle heure au téléphone qui a répondu à mes questions. Donc c'est quand même un service qui est très à l'écoute. Qui donne pas mal de conseil. C'est pas parce qu'on a pas forcément de suivi en interne chez Jeanne de Flandre qu'ils nous prêtent pas d'attention. 'Fin je veux dire si on appelle, ils répondent à nos questions. Euh... Non je ne changerais pas le suivi. Parce que même le relationnel, les sages-femmes, la prise en charge, les gynécologues internes, les anesthésistes internes. Qu'il soit ou pas interne : le professionnel. Dans l'ensemble, c'est un très bon suivi.

Après au moins je trouve que c'est bien parce que comme moi pour le coup j'ai eu deux rendez-vous, j'ai eu des internes qui étaient là pour apprendre avec des spécialistes. 'Fin du coup je pense que si on veut pas avoir plusieurs personnes dans la chambre ou dans...on prend pas un hôpital public et universitaire.

GP : Ça marche. Est-ce que vous avez des choses particulières à ajouter ?

P3 : Non. Je suis pressée d'accoucher

AUTEUR : Nom : Pomar

Prénom : Grégoire

Date de Soutenance : 6 septembre 2018

Titre de la Thèse : Vécu de la consultation d'orientation et du suivi ambulatoire par les femmes enceintes à bas risque à l'hôpital Jeanne de Flandre.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine générale

Mots-clés : consultation d'orientation, grossesse à bas risque, Hôpital Jeanne de Flandre, médecine générale, suivi ambulatoire

Résumé :

Contexte : En 2014, l'hôpital Jeanne de Flandre a créé une consultation dite d'orientation pour proposer le suivi le plus adapté aux femmes enceintes. L'objectif de l'étude est de recueillir le ressenti des femmes enceintes sur le vécu de la consultation et du suivi ambulatoire afin d'améliorer notre pratique.

Méthode : Une étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de femmes enceintes à bas risque majeur ayant bénéficié d'une consultation d'orientation à l'hôpital Jeanne de Flandre.

Résultat : 15 entretiens ont été réalisés. La consultation d'orientation a été bien vécue par les patientes. Les femmes enceintes déclarent un manque d'information sur le suivi de grossesse. Cette consultation permet de s'informer sur le suivi de grossesse, de se sentir en sécurité et d'être rassurée. Au final, cette consultation permet de se préparer à la suite du suivi. Les critiques sur la consultation sont le caractère redondant en cas de grossesse précédente, le trop plein d'information, la survenue tardive dans le suivi, le faible choix dans les professionnels libéraux. Suite à cette consultation, elles acceptent le principe d'un suivi ambulatoire. Elles reconnaissent ne pas avoir besoin d'un suivi plus important. Le suivi ambulatoire a été globalement bien vécu par les patientes. Elles en apprécient la proximité, l'intimité, la flexibilité. Au final ce suivi ambulatoire apparaît équivalent au suivi hospitalier et leur paraît également plus adapté avec le recul. Enfin, les patientes ont relevé peu d'échanges entre professionnels de la périnatalité mais notent que ces échanges se font correctement avec le dossier obstétrical.

Conclusion : La consultation d'orientation permet de redonner un sens au caractère physiologique de la grossesse. Le suivi ambulatoire est accepté et apprécié des patientes. La création de cette consultation devrait ainsi permettre un retour du suivi de femmes enceintes vers la ville et la médecine ambulatoire

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien Subtil

Asseseurs : Monsieur le Professeur Christophe Berkhout
Madame le Docteur Anita Tilly

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Bertrand Stalnikiewicz