



UNIVERSITE DE LILLE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG
Année : 2019

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

Evaluation de l'apport d'un outil multimédia dans le suivi de grossesse à faible risque :
Etude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes des Hauts de France.

Présentée et soutenue publiquement le 7 novembre 2019 à 16h
au Pôle Formation
Par Alexandra Loridan

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien Subtil

Assesseurs :

Madame le Professeur ChrysteLe Rubod Dit Guillet

Monsieur le Docteur Philippe Hannequart

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Estelle Jean Dit Gautier

Avertissement

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

Liste des abréviations

AUEC : Attestation Universitaire d'Etude Complémentaire

CNGOF : Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français

CRAT : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes

DIU : Diplôme Inter-Universitaire

FMC : Formation Médicale Continue

HAS : Haute Autorité de Santé

IVG : Interruption Volontaire de Grossesse

MAP : Menace d'Accouchement Prématurée

MG : Médecine Générale

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	2
MATERIELS ET METHODES	6
RESULTATS	10
I. Données générales sur les entretiens :.....	10
II. Profils des médecins généralistes interviewés :	10
III. L'analyse des entretiens :.....	12
A. La consultation prénatale en MG :.....	12
1. Le médecin généraliste : un interlocuteur privilégié.	12
2. Ce qui donne au médecin généraliste un sentiment de sérénité lors de la prise en charge des suivis de grossesse :	13
1. L'Expérience.	14
2. L'importance de la formation continue	14
3. Utilisation d'outil de réassurance en cours de consultation.	15
4. L'auto-évaluation.	15
3. Les outils utilisés par le médecin au cours de sa consultation :	15
1. Comme outils d'aide diagnostique et thérapeutique :.....	15
2. Pour informer ses patientes :.....	16
4. Les questions les plus fréquentes des femmes enceintes :.....	18
1. Sur le déroulement de la grossesse.	18
2. Sur l'accouchement.	20
B. L'outil vidéo en médecine générale :	21
1. Les idées préconçues	21
1. Sur la forme.....	21
2. Sur le contenu.....	22
2. Le potentiel qu'offre l'outil.....	22
1. Pour le Médecin, dans le cadre de sa formation	22
2. Comme outil d'éducation des patientes.	23
3. Préjugés négatifs sur l'outil vidéo.....	24
1. Préférence pour d'autres outils.	24
2. Questionnement sur l'assimilation de l'information.	24
3. Risque de Bug.	25
4. Risque de perdre l'attention de sa patiente.	25
5. Outil chronophage.....	25
C. Analyse de nos deux vidéos :	25
1. Pourquoi promouvoir nos deux vidéos :	25
1. De manière générale	25
2. Points forts de nos vidéos.....	27
2. Les freins à l'utilisation de nos deux vidéos :	28
1. De manière générale :.....	28
2. Points faibles de nos vidéos	29
3. Les idées d'améliorations	30
1. Sur la forme.....	30
2. Sur le contenu.....	31
D. Projection face à notre outil.....	32
1. Utilité de nos deux vidéos pour les médecins généralistes.....	32
1. En formation Initiale.	32
2. En formation Continue.	32
2. Ce qu'apportent les vidéos pour la patiente	34
1. Outil de réassurance.....	34
2. Apprentissage de l'anatomie.	34
3. Comprendre les modifications corporelles.	34
4. Gommer les idées reçues.	35
5. Ouvrir un dialogue	35
6. Se représenter l'évolution du fœtus.....	35
7. Appréhender la phase de l'accouchement.	35
8. Comprendre le toucher vaginal.....	36
3. Comment utiliser ces deux vidéos auprès des patientes	36
1. En consultation chez le médecin généraliste.....	36
2. Au domicile de la patiente.....	37

3. Sur Internet.....	37
4. En salle d'attente.....	37
5. En cours de préparation à l'accouchement.....	38
6. Autres.....	38
4. Quelles sont les conséquences sur la routine des consultations prénatales si le médecin intègre ce nouvel outil à sa pratique.....	38
1. Changement de support.....	38
2. Adapter la durée de consultation.....	39
3. Être disponible pour répondre aux questions.....	39
E. Discussion autour de l'outil.....	39
1. Questionnement sur l'information donnée aux patientes, la vidéo va-t-elle les rassurer ou les angoisser ?.....	39
2. Le concept du cas par cas.....	40
3. Le concept du couple dans la grossesse.....	41
DISCUSSION	44
CONCLUSION	51
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	52
ANNEXE 1 :.....	55
ANNEXE 2 :.....	57
ANNEXE 3 :.....	59

RESUME

Contexte : Le suivi de grossesse en France, comporte sept consultations prénatales. Dans le cadre d'une grossesse à bas risque, la parturiente peut décider d'être suivie par son médecin généraliste. Celui-ci possède une formation théorique sous forme de cours magistraux et pratique, acquise lors de ses stages. Il possède une place importante dans le suivi de la femme enceinte et dans son éducation. Notre travail s'intéresse à évaluer un nouvel outil multimédia, une vidéo portant sur la grossesse et le travail physiologique, dans la formation initiale et continue du médecin généraliste, ainsi que dans l'éducation des femmes enceintes.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretien individuel semi-dirigé auprès des médecins généralistes des Hauts de France pratiquant le suivi de grossesse, recrutés par la méthode de proche en proche. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits mot à mot en verbatim. Une triangulation des données et une analyse thématique via le logiciel N-Vivo ont été réalisées.

Résultats : Douze entretiens ont été réalisés de novembre 2018 à septembre 2019. Les médecins s'accordent sur la complexité de l'obstétrique, avec la nécessité de continuellement se former. Dans cette optique, l'outil vidéo semble posséder sa place dans l'apprentissage initiale, ainsi que dans la formation continue à condition que le médecin présente un intérêt pour le sujet. Le cas de l'accouchement inopiné peut être responsable d'inquiétude. Notre vidéo semble être vue comme un outil de réassurance. La connaissance des femmes sur la grossesse semble être insuffisante et cet outil possède un réel potentiel pour pallier ce manque. Des pistes d'amélioration, ainsi que la discussion sur un mode de diffusion ont pu être explorées.

Conclusion : A l'ère du multimédia, notre outil possède un réel potentiel dans le cadre de la formation des médecins, initiale ou continue, et dans l'éducation des patientes. Il semble judicieux d'évaluer notre outil auprès des femmes.

INTRODUCTION

En 2018, en France on compte 758 000 naissances. (1)

Au cours de la grossesse, sept consultations prénatales sont obligatoires, prévues par l'article L. 2122-1 du code de santé public et également prises en charge à 100%. (2) Associé à ces consultations, trois échographies fœtales de dépistage sont systématiquement proposées aux femmes. Toute femme enceinte est pourvue gratuitement, lors du premier examen, d'un carnet de grossesse, permettant de faire la liaison entre les différents intervenants médicaux suivant la parturiente.(3)

Le médecin généraliste a sa place dans le suivi de grossesse de ses patientes. En effet, il possède une connaissance plus poussée des antécédents personnels et familiaux du patient, du fait du suivi continu depuis plusieurs années. Il peut donc rapidement évaluer le degré de risque de la grossesse et confirmer ou non la possibilité pour lui de suivre la parturiente. Il a également l'avantage de connaître le contexte psycho-social qui entoure le projet de grossesse. De plus, il existe déjà une relation de confiance entre le médecin et sa patiente, permettant une meilleure adhésion aux soins et au suivi. Il devra le plus précocement possible identifier les situations à risque ou les situations pouvant potentiellement se compliquer, pour orienter le plus tôt possible la patiente. Le médecin généraliste a, à sa disposition, des recommandations professionnelles délivrées par la haute autorité de santé, pour lui permettre de différencier les grossesses à risque des grossesses physiologiques.(4) Dans le cadre d'une grossesse physiologique ou à bas risque, le médecin généraliste peut assurer seul les consultations jusqu'au 7ème mois inclus puis la patiente est orientée pour sa fin de grossesse vers la maternité pour les consultations du 8ème et 9ème mois. L'ensemble des examens à effectuer au cours de ce suivi sont disponibles via les recommandations du collège national de gynécologie et obstétrique. (5) Selon l'enquête nationale de périnatalité de 2010, la déclaration de grossesse est effectuée par le médecin généraliste dans 22,4 % des cas. Dans cette même études, 4.7% des femmes étaient suivies par un généraliste, avec une hausse de ce chiffre depuis 2003.(6) Il joue donc un rôle non négligeable dans l'initiation du suivi, dans l'orientation et la surveillance des grossesses principalement physiologiques. Dernièrement, en 2012, un rapport de l'HAS, montrait que près de 11% des femmes mettaient plus de trente minutes pour se rendre sur le lieu de leur accouchement. Il met en relation ce laps de temps avec la fermeture de certaines maternités.(7) Il reste également le premier acteur de santé auquel la patiente pourra se tourner, permettant ainsi une continuité des soins et du suivi. Il pourra lui fournir une écoute attentive et un soutien moral en se rendant disponible pour elle de façon plus adaptée à ses besoins, du per et du post-partum.

Depuis 2002, l'accès à la médecine générale se fait après passage de l'ENC. La médecine générale devient une spécialité médicale. (8) La formation des médecins généralistes en France comporte trois cycles successifs, les deux premiers constituant l'externat, pendant lequel tous les médecins sont réunis quel que soit leur future spécialité, puis le troisième cycle ou internat, auquel on accède après avoir validé l'ENC et ouvrant les portes vers une spécialité. (9) En ce qui concerne la gynécologie et l'obstétrique, le médecin généraliste bénéficie d'une formation théorique commune à tous les étudiants au cours de son externat. Au cours de son internat, un semestre de gynécologie-obstétrique est obligatoire pour valider la maquette de Médecine Générale. (10) Le médecin Généraliste a également la possibilité de compléter ses connaissances et sa pratique grâce au Diplôme inter-universitaire de formation complémentaire en gynécologie et obstétrique. (11) Ce diplôme donne l'occasion de réaliser ou parfaire des gestes techniques non acquis pendant le cursus général, voire d'explorer des sujets de façon plus spécialisée. De plus, il est devenu primordial que le médecin généraliste se familiarise à la gynécologie-obstétrique et au suivi de grossesse, en terme de démographie médicale, pour pallier le manque d'effectif attendu. Les Hauts de France ont déjà subi une diminution de densité de médecins spécialiste en gynécologie et obstétrique entre 2007 et 2016. Soit une baisse effective de 35.8% pour le Nord et 26.7% pour le Pas de Calais. De plus, la moyenne d'âge des médecins exerçant cette spécialité étant de 60ans pour les femmes et 65ans pour les hommes, cela risque de ne pas s'améliorer avec les années. (12)

Le médecin généraliste a, à sa disposition plusieurs outils pour l'aider lors de ses consultations de suivi de grossesse. Il peut utiliser les différentes recommandations qu'offre la Haute autorité de santé. Dans un document fourni par l'HAS, il pourra retrouver l'ensemble des éléments du suivi de grossesse répertorié en fonction des différentes consultations de suivi. (4) Sur le plan de l'éducation au cours de la grossesse, le médecin peut délivrer son information éducative lors de ses consultations par le biais de conseils oraux, mais il possède également des guides mis à disposition par l'INPES, comme le guide nutrition de la grossesse. (13) Il existe également des sites internet médicaux adressés aux médecins. En ce qui concerne la prescription médicamenteuse au cours de la grossesse, nous avons le CRAT. Il s'agit d'un site mis au point par l'Hôpital Armand Trousseau, il donne des informations sur les risques des médicaments, vaccins, et radiations pendant la grossesse et l'allaitement. (14) Le site GESTACLIC, peut également être un outil utilisé par le médecin généraliste. Développer au décours d'un travail de thèse de médecine générale en 2014, il offre un support pour chacune des 7 consultations prénatales, une synthèse de l'examen clinique et des examens paracliniques à prescrire. (15) (16)

Du côté des futures mamans, elles reçoivent en début de grossesse leur carnet de maternité, où elles peuvent retrouver des informations sur la grossesse.(3) Il est devenu important à l'heure actuelle que le patient soit acteur de sa santé. Le but de l'éducation des patients étant que celui-ci lorsqu'il consulte un médecin puisse contribuer à sa prise en charge et au maintien de sa santé et de sa qualité de vie. Le médecin généraliste de par sa proximité est un acteur clé dans l'éducation de ses patients.(17) Il existe également à leur disposition gratuitement un jeu vidéo pour se préparer à accoucher : Born to Be Alive. (18) Il a été conçu avec l'aide de médecin de l'Université Paris Descartes et le groupe Dassault Système. La femme enceinte est exposée à des situations en rapport avec l'accouchement, comme par exemple l'apparition des premières contractions au domicile : elle doit choisir entre plusieurs propositions la marche à suivre. Il s'agit d'un jeu réaliste, interactif et pédagogique, destiné au grand public, ayant pour but de tester les connaissances du joueur sur différents points de la grossesse, de l'accouchement, et de la prise en charge initiale du nouveau-né.

Les jeunes futures mamans ont également pris l'habitude d'utiliser des applications sur leur téléphone, téléchargeable gratuitement. Bien sûr, il existe une multitude d'application, où les professionnels de santé n'ont aucun regard sur les informations y étant délivrées. D'où l'importance de connaître ce mode d'information auquel les patientes ont accès, de les questionner et d'en démêler le vrai du faux. Il est important que le médecin généraliste puisse jouer son rôle de modérateur face aux informations que la patiente a pu collecter.(19) Cependant, dans la majeure partie, les patients ont appris à juger la qualité de l'information donnée. (20) Certaines de ses applications ont été créées par des professionnels de santé. Nous pouvons prendre l'exemple de l'application My DIABBY DG, dans le cadre du diabète gestationnel. Par le biais de cette application la patiente peut renseigner ses glycémies. Le médecin référent de la patiente y a accès et peut directement communiquer par message via l'application. Des fiches conseils alimentaires y sont également accessibles.(21)

Les femmes enceintes ont également tendance à avoir recours à internet soit pour partager leurs expériences face à la grossesse, soit s'informer.(22)

De manière générale, l'audiovisuel a déjà fait ses preuves dans l'éducation des patients.(23) Son efficacité a déjà également été démontrée dans l'éducation prénatale.(24)

A l'heure actuelle, l'enseignement de la mécanique et des bonnes pratiques obstétricales auprès des médecins et des sages-femmes est majoritairement dispensé sous la forme de cours théoriques magistraux. La pratique s'acquiert quant à elle sur le terrain, en salle de naissance, par un compagnonnage entre les professionnels diplômés et les professionnels en

cours de formation. Des recommandations récentes de la Haute Autorité de Santé affirment cependant qu'il est nécessaire d'intégrer la simulation comme outil d'enseignement en formation initiale et continue afin d'améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. Cependant, bien que complexes et coûteux, les outils de simulation existants actuellement pour l'enseignement de l'obstétrique ne répondent pas à toutes les attentes des professionnels et des étudiants. Le projet MAMAN a permis la mise au point d'un nouvel enseignement dont l'objectif est d'améliorer la formation des médecins et des sages-femmes dans le domaine de la santé de la femme, et en particulier de l'accouchement et ses complications, via des innovations pédagogiques. Les ressources d'apprentissage sont variées dans leurs formats afin de se compléter et incluent notamment l'élaboration de vidéo d'animations 3D sur la grossesse et l'accouchement, eutocique et dystocique.

Dans notre étude, nous souhaitons explorer la place de l'outil multimédia en consultation de Médecine Générale lors des consultations de suivi de grossesse. Nous recherchons, ce que peut apporter un tel outil, dans le cadre de la formation des médecins installés, en terme de formation initiale, continue et d'éducation auprès des patientes. Pour cela, nous avons développé un questionnaire visant à l'évaluation de deux vidéos pédagogiques portant sur le déroulement de la grossesse physiologique, de l'accouchement eutocique et dystocique, et de leur potentiel intérêt dans la pratique médicale clinique des médecins généralistes effectuant un suivi de grossesse.

MATERIELS ET METHODES

Une équipe de gynécologue obstétricien travaillant sur le développement de nouveaux outils de simulation permettant l'enseignement de la maïeutique, menée par le Pr Rubod au CHU de Lille a développé des vidéos d'animation 3D en partenariat avec l'université Lyon 1, portant sur la grossesse et l'accouchement eutocique et dystocique.

Dans ce cadre différentes vidéos ont été développées portant sur :

- La grossesse
- La physiologie du travail et l'accouchement eutocique
- La délivrance artificielle avec révision utérine
- L'accouchement par forceps
- L'accouchement par ventouse
- La dystocie des épaules

Chaque vidéo était élaborée de la même façon. Le scénario initial était écrit par un gynécologue obstétricien, en décrivant de façon précise les différentes étapes de mécanique obstétricale. Ces étapes étaient détaillées de façon bien précise permettant à un ingénieur pédagogique la réalisation de l'animation en 3D. Chaque vidéo était ensuite retravaillée en double équipe. La réalité médicale a par ailleurs été validée par différents obstétriciens expérimentés (PU-PH).

Pour évaluer le potentiel de l'outil multimédia en médecine générale, nous avons décidé de n'utiliser que la vidéo traitant de la grossesse et celle sur la physiologie du travail et l'accouchement eutocique. En effet, nous avons pris le parti que ces deux thèmes correspondaient le mieux à la pratique du médecin généraliste dans le cadre du suivi de grossesse à bas risque.

Nous avons mené une étude qualitative en interrogeant lors d'un entretien individuel des médecins généralistes à l'aide d'un guide d'entretien. En effet, le qualitatif explore le ressenti et le quantitatif cherche à prouver une hypothèse. Les deux types de recherche répondent à deux démarches différentes conduisant à deux raisonnements différents.(25) L'approche qualitative explore un phénomène du domaine de l'interprétation et du subjectif, alors que la méthode quantitative le mesure, teste des hypothèses et reste objective. (26) Nous cherchons à explorer le ressenti des médecins traitants face à nos deux vidéos et l'intérêt d'utiliser l'outil multimédia en médecine générale. L'objectif était de recueillir leurs visions, interprétations et ressentis face à cet outil et rechercher leurs points de vue sur le mode de diffusion des vidéos, sur les améliorations à apporter par exemple. La recherche qualitative est particulièrement adaptée à

la médecine générale.

Le critère principal étudié, le ressenti du médecin généraliste face à ces deux vidéos, était donc purement qualitatif.

Deux types d'entretiens étaient possible. Soit le focus-group ou entretien collectif soit l'entretien individuel. Pour le focus group, la technique consiste à recruter un nombre de groupes diversifiés, composés de six à douze personnes volontaires, et à susciter une discussion ouverte structurée autour d'une grille d'entretien définissant les différents thèmes de l'étude. Les limites au focus group sont marquées par les réticences possibles à exprimer des idées personnelles en groupe. De plus, dans notre cas, il me semblait difficile de diffuser les vidéos à un groupe et d'en attendre leur ressenti, le risque étant de dissiper l'attention des participants lors de la diffusion des vidéos, par l'apparition de commentaire en cours de diffusion. Nous avons mené des entretiens individuels, me permettant d'être présente au moment où le praticien visionnait les vidéos. Nous évaluions ainsi le ressenti via leurs expressions non verbales face aux deux vidéos. Les entretiens individuels ont également favorisé la libre expression des médecins.

Lors de l'entretien individuel, il est possible de réaliser un entretien ouvert, ou un entretien semi-dirigé via un questionnaire ou guide d'entretien, soit dirigé via un questionnaire avec questions fermées. La force de l'entretien semi-dirigé est de favoriser la liberté d'échange autour d'une ou plusieurs thématiques définies par l'intervieweur. Cependant dans l'optique ultérieure de l'analyse des résultats, il est nécessaire de structurer l'entretien via un questionnaire afin de favoriser la richesse des réponses et leurs exploitations. L'ensemble des questions devaient être ouvertes, cohérentes, neutres et faciles à comprendre.

Pour favoriser un climat de confiance, la première partie de l'entretien consistait à recueillir des données purement épidémiologiques afin de pouvoir par la suite classer notre panel d'interviewer, mais également de recueillir leur ressenti général, avant la visualisation des vidéos, sur l'utilisation d'un tel outil en médecine générale. La seconde partie de l'entretien était représentée par la visualisation des vidéos. A ce moment-là, mon travail consistait à recueillir un maximum d'expressions non verbales, il arrivait également que le médecin parle durant la visualisation des vidéos. Ce qui était dit durant la visualisation des vidéos a également été analysé. Le dernier temps consistait à recueillir les appréciations du praticien sur nos deux vidéos. Je concluais l'entretien en remerciant le médecin pour sa participation.

Comme le permet l'étude qualitative, ce qui en fait d'ailleurs sa force, le questionnaire ou guide d'entretien a été élaboré dans un processus continu de réflexion, avec un remaniement

continuel entre chaque entretien. En effet, la première version du guide d'entretien ne permettait pas assez l'ouverture des réponses, ou même avait tendance à orienter celles-ci. Notre premier guide d'entretien est disponible en Annexe 1. Le guide d'entretien définitif est disponible en Annexe 2.

Dans une analyse qualitative, ce n'est pas la taille de l'échantillon qui est important mais sa qualité. Le but est de diversifier au maximum les données, d'explorer la plus grande diversité possible. On recherche le plus grand éventail de personnes représentées pour refléter au mieux la réalité. La population cible était représentée par les médecins généralistes des Hauts de France concernés par le suivi de grossesse. Nous n'avons pas voulu sélectionner uniquement des médecins faisant du suivi de grossesse, puisque tout médecin généraliste est confronté au cours de sa carrière à consulter une femme enceinte. De plus, le but était d'obtenir un échantillon dit « en recherche de variation maximale », puisque la diversité des perceptions, des opinions et des comportements était recherchée.

La taille de l'échantillon a été estimée dès le début de l'enquête puis déterminée par la saturation de données. Nous nous sommes basés sur dix entretiens au total pour obtenir la saturation et deux entretiens pour confirmer cette saturation.

Tous les médecins ont été contactés par téléphone, soit directement, soit via leur secrétariat. Après un premier contact téléphonique, où je présentais mon travail de recherche, certains médecins acceptaient directement de me rencontrer et un rendez-vous était convenu, d'autres, préféraient que nous les contactions par mail plus amplement explicatif et après réception de celui-ci de convenir d'un rendez-vous.

L'inclusion des médecins a été réalisée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens.

J'ai essuyé trois refus, les médecins ne possédant pas le temps nécessaire pour me recevoir.

Le questionnaire a été testé au cours d'un premier entretien, celui-ci n'a pas été pris en compte dans l'analyse.

Chaque entretien a été enregistré intégralement après accord oral du médecin par deux modes différents pour éviter un éventuel problème technique le premier au moyen d'un appareil d'enregistrement audio et le second par un téléphone portable.

Durant les entretiens les aspects non verbaux ainsi que des commentaires généraux étaient notés.

Au cours de l'entretien, mon travail était de guider la discussion, de créer un climat de

confiance en gardant une attitude respectueuse des pratiques de mes confrères, de garder une attitude la plus neutre possible sans exprimer mon propre point de vue. Il me fallait parfois devoir reformuler les idées de l'interviewé, savoir écouter et réfléchir en même temps pour pouvoir s'adapter à l'interviewer. Il me fallait également garder une certaine flexibilité notamment dans l'ordre de mes questions.

J'ai également dû apprendre à pratiquer la pause active. C'est-à-dire, d'attendre quelques secondes en gardant le contact visuel, sans vouloir passer à la question suivante trop rapidement, pour permettre l'émergence de nouvelles idées dans l'esprit de l'interviewé.

Une demande auprès des CPP a été faite, avec tirage au sort du CPP de Lyon, celui-ci nous a confirmé que nous étions hors champs du domaine de compétence des CPP.

L'ensemble des entretiens ont été anonymisés. Pour plus de clarté, les médecins ont été identifiés en gardant la première lettre de leur nom. Si deux médecins présentaient la même, j'ajoutais la seconde lettre et ainsi de suite.

Les entretiens ont été retranscrits dans leur intégralité sous la forme du mot à mot. Le fichier ainsi recueilli permettait de constituer un verbatim. Ce dernier sert de base de données pour l'étude. Les entretiens sont sous la forme d'un français parlé et non écrit. Ceci permet de conserver la spontanéité et le sens premier des paroles. Les hésitations, les silences, les rires ont également été retranscrits. L'intégralité des verbatim est fournie en Annexe 3.

Puis, on débute l'analyse par un codage linéaire des verbatims, pour y extraire les différentes idées, suivi d'un codage transversal pour ressortir des entretiens des concepts en rapport avec la question posée. A noter que certaines parties de texte peuvent contenir plusieurs idées, ainsi elles ont pu être classées dans plusieurs catégories différentes. Pour notre travail, nous nous sommes aidés du logiciel N VIVO 12.

Dans notre étude, les données ont été triangulées avec un chercheur indépendant. En effet, chaque verbatim a été transmis au second chercheur qui codait indépendamment du premier chercheur. Ensuite, je rencontrais le second chercheur après chaque entretien pour mettre en commun nos différents codages.

La fin de l'étude a été obtenue lorsque les entretiens n'apportaient plus d'éléments nouveaux, c'est à dire lors de la saturation de données. Lorsque celle-ci a été obtenue, nous avons encore effectué deux entretiens pour nous assurer de cette saturation.

RESULTATS

Cette étude, s'est déroulée dans les Hauts de France de novembre 2018 à septembre 2019.

I. Données générales sur les entretiens :

Douze entretiens ont été réalisés de novembre 2018 à septembre 2019. Dix entretiens ont été réalisés au cabinet du médecin interviewé, deux à leur domicile. Les entretiens chez le médecin présentaient l'avantage de ne pas être interrompu par le téléphone, le secrétariat ou un patient. Les entretiens ont duré entre dix-huit et soixante-cinq minutes : pour une durée moyenne de trente-neuf minutes par entretien. Les entretiens ont été classés par ordre chronologique de réalisation.

II. Profils des Médecins généralistes interviewés :

Dans le cadre d'une étude qualitative, notre échantillon se devait non pas d'être représentatif de la population des médecins généralistes mais d'en refléter sa diversité.

Notre échantillon comporte dix femmes pour deux hommes. L'âge de la population interrogée s'échelonne de 24 à 63 ans, pour une moyenne d'âge de 40 ans.

Un des médecins interviewés n'avait pas soutenu sa thèse de médecine mais effectuait déjà des remplacements en médecine générale.

Sur les douze médecins, huit étaient installés, deux étaient en collaboration et deux étaient remplaçant.

Sept possédaient la formation complémentaire en gynécologie et obstétrique de la faculté de médecine Henri Warembourg de Lille.

L'ensemble des caractéristiques des médecins est récapitulé dans le tableau suivant.

Profil des Médecins généralistes interrogés : (Tableau 1)

Médecins	Sexe	Age	Thésée	Installé/ Remplaçant	Exercice en dehors du cabinet	Formations	Nb de suivi de grossesse/ An	Durée de suivi de grossesse
Docteur P	Fe	28 Ans	Oui	Collaboration	Aucun	Internat de MG	<5	1ere consultation
Médecin M	Ho	24 Ans	Non	Remplaçant	Aucun	Internat de MG	Aucun	-
Docteur D	Fe	63 Ans	Oui	Installée	Maitre de stage, Professeur à la faculté de médecine de la Catho de Lille	- Formation complémentaire en Gynécologie et Obstétrique	<5	Six mois
Docteur B	Fe	29 Ans	Oui	Installée	PMI, Centre Hospitalier	- Formation complémentaire en Gynécologie et Obstétrique - AU EC IVG - Colposcopie	10-20	Six mois
Docteur La	Fe	28 Ans	Oui	Remplaçant	Aucun	Formation complémentaire en Gynécologie et Obstétrique	<5	1ere consultation
Docteur Bo	Fe	52 Ans	Oui	Installée	Maitre de stage	Formation complémentaire en Gynécologie et Obstétrique	10-20	Six mois
Docteur W	Ho	47 Ans	Oui	Installée	Maitre de stage	Internat de MG	5-10	1ere consultation
Docteur O	Fe	50 Ans	Oui	Installée	Professeur à l'université de médecine de Lille de la Catho	Formation complémentaire en Gynécologie et Obstétrique	10-20	Sept-huit mois
Docteur C	Fe	35 Ans	Oui	Installée	Aucun	Internat de MG	> 20	Sept mois
Docteur L	Fe	45 Ans	Oui	Installée	Aucun	-Formation complémentaire en Gynéco-Obstétrique	<5	Six mois
Docteur Bu	Fe	54 Ans	Oui	Installée	Aucun	Internat de MG	40-50	Six mois
Docteur S	Fe	35 Ans	Oui	Collaboration	Aucun	- Formation complémentaire en Gynécologie et Obstétrique - AU EC IVG	10-20	Trois-quatre mois

III. L'analyse des entretiens :

A. La consultation prénatale en MG :

Durant mes différents entretiens, les médecins généralistes m'ont donnée leur vision sur la place du médecin généraliste dans le suivi de grossesse mais également ce qui les rassure dans leur connaissance ainsi que leur prise en charge.

1. Le médecin généraliste : un interlocuteur privilégié.

Lorsque l'on parle de suivi de grossesse, les médecins interrogés pensent posséder une place privilégiée dans celui de leurs patientes, mettant en avant la relation Médecin-Patient basée sur la confiance.

Docteur S	« Elles ont confiance en moi [...] je les suis depuis longtemps. Parce que je connais leur mari, leur enfant, leur parent. On connaît toute la famille, ici, en médecine de ville. »
-----------	--

Ils évoquent l'importance de la connaissance à long terme des patientes et notamment de leur projet de vie. Ainsi l'anticipation de la grossesse, d'autant plus si la patiente présente des antécédents, est moins à risque de complication.

Docteur O	« Souvent, je suis déjà dans leur projet de vie. »
-----------	--

De plus, la notion d'interlocuteur unique leur semble important pour les femmes enceintes, cela rejoint également la notion précédente sur la relation de confiance.

Docteur C	« A l'hôpital il n'y a pas toujours le même interlocuteur. En général, c'est ça qui les freinent. Le fait de ne pas toujours avoir la même personne. »
-----------	--

Lorsque l'on questionne le médecin généraliste sur son rôle dans le suivi de grossesse, ce qui est fortement mise en avant est la place qu'il possède dans la coordination du suivi.

Docteur S	« Faire le lien entre toutes les équipes. »
-----------	---

Il représente un référent pour enclencher les examens et faire le relai entre la maternité et la patiente et le réseau de ville dont il fait partie.

Docteur L :	« Elles sont suivies en maternité et en parallèle, elles viennent me voir. Elles viennent ici quand il y a des signes qui les inquiètent. »
Docteur D :	« Après en cas de problème, en cas d'une consultation non honorée que l'on soit là pour prendre le relais. »

La diminution du nombre de gynécologue-obstétricien de ville est également mise en avant. Pour la plupart des médecins, ils leur semblaient normal d'essayer de combler ce manque.

Docteur L :	« Quand j'ai commencé à remplacer je me suis rendu compte qu'en campagne, on faisait pas mal de gynéco quand même. »
Docteur O :	« Enfin, je me suis rendu compte que... il y avait des gynécos de ville, mais ils étaient en passe de disparaître. »

D'autres part, certains poursuivaient le suivi au-delà des 7 mois légaux, devant un défaut de place en maternité.

Docteur Bo :	« Six mois. Enfin, ça m'est arrivé de faire plus longtemps, parce que les dames n'avaient pas de places ou c'était inscrite trop tardivement à la maternité, du coup c'était pratiquement jusqu'au bout mais enfin. »
--------------	---

Découlant de la relation de confiance, le médecin présente un rôle majeur dans la délivrance de conseils et dans l'éducation de ses patientes. Pour certains médecins, il est important que le médecin généraliste conseille à ses patientes les cours de préparation à l'accouchement.

Docteur O :	« Après, on en parle, parce que je leur conseille vivement de faire les cours de préparation à l'accouchement. »
-------------	--

Ils considèrent également présenter un rôle majeur de réassurance, durant une période faite de multiples bouleversements.

Docteur L :	« Donc, c'est rassurer. Je pense qu'elles veulent être rassurées »
Docteur S :	« Après quand on est cool derrière eux, elles se détendent. »

Ce qui ressort majoritairement des entretiens, c'est l'intérêt des médecins généralistes interrogés pour l'obstétrique. Pour la plupart, c'est ce qui leur a donné envie d'en faire au sein de leur cabinet.

Docteur Bo	« C'était mon dada, et j'aurai voulu faire gynéco-obstétrique en tant qu'interne.»
Docteur Bu	« Je pense que c'est lié à mon intérêt personnel. J'ai été intéressé par ça. J'aime bien. »

2. Ce qui donne au médecin généraliste un sentiment de sérénité lors de la prise en charge des suivis de grossesse :

Dans l'ensemble les médecins interrogés présentaient une certaine assurance dans leur qualité de prise en charge.

1. L'Expérience.

De multiples choses rendent le médecin serein lors de ses suivis de grossesse, la première est représentée par leur expérience professionnelle, apportée lors de l'externat et l'internat, à la fois sur le plan pratique que théorique.

Docteur Bo	« Mais, j'ai fait quand même pas mal de stage en gynéco-obstétrique, donc je reste à l'aise en consultations. »
------------	---

Pour certains médecins, leur expérience personnelle de parturiente leur apporte une certaine expérience pour aborder plus sereinement leur suivi au cabinet.

Docteur L	« Parce que j'ai été moi-même enceinte. Mon expérience personnelle sur la grossesse. »
Docteur C	« Globalement, le fait d'avoir eu moi-même des grossesses. »

2. L'importance de la formation continue

Certains abordent la nécessité de continuellement se former, l'obstétrique étant vécue comme spécialité en éternel mouvement.

Docteur Bo	« Tout ce qui touche au domaine de la gynéco, c'est mon dada, du coup j'aime me tenir au courant. Donc quand il y a un nouveau thème, j'essaye de m'informer et de m'actualiser. »
Docteur D	« Toujours en alerte à apprendre, les nouvelles recommandations, les nouvelles façons de voir. »

Dans cette optique, la plupart des médecins interrogés était inscrit en Formation Médicale Continue (FMC), ou assistait aux journées Régionale de gynécologie et obstétrique.

Docteur Bo	« Bah, je suis secrétaire d'une formation médicale continue sur Hazebrouck, donc voilà on essaye de se tenir au courant. »
Docteur L	« Alors, j'essaye d'aller aux formations ou en discutant avec l'un et l'autre, on sait qu'il y a telle chose qui a été mis en place. »

Certains ont été amenés à s'inscrire au DIU de gynécologie-obstétrique ouvert aux médecins généralistes, considérant la formation initiale du médecin généraliste insuffisante dans ce domaine.

Docteur La	« ça été aussi le choix de faire le DIU. C'était, justement pour me donner plus confiance et maîtriser plus. Avoir un peu plus de bagage et d'expérience grâce aux stages au cours de cette formation. »
Docteur B	« La formation en elle-même, n'est pas suffisante, il faut compléter par le DIU. La formation du DIU est indispensable. »

3. Utilisation d'outil de réassurance en cours de consultation.

Certains en cours de consultation avouent effectuer des recherches sur internet, ainsi que vérifier les nouvelles recommandations.

Docteur Bo	« Oui un support au cas où ! A visée de réassurance peut-être. »
Docteur B	« J'hésite pas, par contre, au cours de la consultation, à regarder, en fonction du mois de la consultation prénatale, les choses à faire. »

Un médecin m'expliquait que cela était plutôt bien perçu par les patientes. Cependant, elle m'évoque la réticence de certains collègues face à ce procédé, probablement lié à la peur du jugement.

Docteur Bo	« Ah oui, j'en ai pas mal discuté avec des confrères ou quelquefois des jeunes internes qui m'expliquent qu'ils n'osent pas aller regarder. Moi je trouve que si. Les patients préfèrent un médecin qui va chercher plutôt qu'un médecin qui affirme et qui dit des bêtises quoi. Moi, je n'ai absolument pas honte. »
------------	--

4. L'auto-évaluation.

Les médecins mettaient en avant la nécessité de connaître ses limites, de savoir s'auto-évaluer.

Docteur Bu	« Juste mes limites en tant que médecin généraliste. Quand je ne peux pas faire plus, j'oriente. »
Docteur B	« On est pas obstétricien. Et c'est là que sont nos limites. »

3. Les outils utilisés par le médecin au cours de sa consultation :

Au cours de leur consultation de suivi de grossesse, comme vu précédemment, le médecin généraliste possède de nombreux outils à sa disposition. Ils peuvent être des outils d'aide diagnostique et thérapeutique mais également des outils d'éducation pour informer leurs patientes.

1. Comme outils d'aide diagnostique et thérapeutique :

Les outils décrits été nombreux. Le principal utilisé par les médecins généralistes interrogés reste leur propre logiciel de consultation.

Docteur P	« Donc pour les suivis de grossesse, moi, je travaille de toute façon sur informatique. »
Docteur L	« Je retranscrit tous sur mon logiciel informatique Hellodoc. »

Certains utilisaient le carnet de maternité pour permettre une continuité des soins.

Docteur C	« Je note plus sur le carnet de grossesse, parce que ça elles vont le ramener après à la
-----------	--

	maternité, donc c'est bien d'avoir une trace de ce que l'on a fait, nous. »
Docteur Bu	« Et quand on récupère le dossier maternité, là on peut aussi ... Enfin, je note, pour laisser une trace, comme coordination, pour là aussi la maternité. »

D'autres préféraient utiliser leurs outils personnels sous forme de fiches ou de feuille de suivi personnel.

Docteur D	« Dans ce cas-là c'est une fiche que je vais mettre ici (<i>me montre un rangement sur son bureau</i>) tranquillement et que je vais vérifier au niveau de la grossesse etc. Vous voyez, j'ai mes petites fiches. »
Docteur B	« Donc, moi j'ai une feuille de suivi qu'on m'avait fourni en temps qu'interne qui décrit mois par mois ce que l'on doit faire ou leur faire faire comme examen complémentaire etc. »

Mais il existe de nombreux autres outils comme les roues de grossesse, les recommandations disponibles sur les sites de référence, mais également du CRAT.

Docteur La	« Et puis il y a aussi les roulettes des grossesses, moi j'en ai une qui est super, avec « qu'est-ce qu'il faut faire entre telle tranche et telle tranche de semaine d'aménorrhée » et ça en ayant l'habitude, ça me permet des bons rappels. »
Docteur C	« Après, si elles sont malades, je me sers beaucoup du CRAT pour prescrire. »

Certains utilisaient le site internet GESTACLIC.

Docteur P	« Et j'utilise Gestaclic pour tout ce qui est sorti d'ordonnance et des données. »
Docteur B	« Non, c'est vrai que la fois dernière pour calculer le terme de la grossesse... Euh, j'utilise Gestaclic. »

Dans l'ensemble, les médecins connaissaient les nombreux outils mis à leur disposition et les utilisaient facilement et fréquemment.

2. Pour informer ses patientes :

Les médecins ont été interrogés sur les différents outils qu'ils utilisaient pour informer leurs patientes. Tous privilégiaient l'information orale, le support papier étant rarement utilisé.

1. L'information orale.

La plupart des médecins interrogés utilisait une information orale pour divulguer les informations à leurs patientes.

Docteur C	« En général, c'est très oral. »
Docteur Bu	« Je pense que je parle beaucoup. [...] Mais tout ça se fait lors d'un dialogue »

Les médecins insistent sur la nécessité de répéter les messages clés à chaque consultation.

Docteur P	« Mais sinon c'est uniquement des informations orales. Donc répéter systématiquement à chaque consultation, mais tout ce qui est prévention et information c'est uniquement à l'oral. »
Docteur La	« Mais j'essaye toujours de répéter l'information, au fur et à mesure de la consultation. »

Ils leur semblaient important d'adapter leur discours à leur patiente, en fonction de ses antécédents, de son vécu personnel.

Docteur C	« J'adapte et j'essaye de répondre le plus clairement possible. Du cas par cas. »
-----------	---

Certains médecins insistent sur l'importance de garder un discours positif.

Docteur La	« Euh, moi, ce que je dis souvent, quand je les vois en début de grossesse, que « c'est génial », je suis hyper positive, c'est « un bel évènement de vie ». »
Docteur C	« Je leur dis qu'il ne faut pas penser que le début de grossesse, il faut s'arrêter de vivre. Qu'elles peuvent aller se balader, si elles faisaient un peu de piscine, de sport, qu'il n'y a pas de risque. »

Mais également de gommer les idées reçues lié à la grossesse.

Docteur C	« Alors, facilement sur les premiers bébés, je vais parler sur les idées reçues. Notamment de penser que le début de grossesse c'est risqué, qu'il ne faut pas avoir de rapport sexuel. Le travail, attention si on est fatigué... Donc, je dédramatise. »
Docteur S	« Elles ont toujours dans leur entourage quelqu'un qui a accouché. Une maman qui va leur raconter des accouchements horribles, la Grand-Mère, la meilleure amie. »

Les médecins insistent sur les deux derniers points, gommer les idées reçues et garder un discours positif, car cela peut permettre à la femme de ne pas vivre la grossesse comme une maladie.

Docteur La :	« Surtout je leur dis que ce n'est pas une maladie, et qu'enceinte, on bouge.»
Docteur C :	« Et je leur dis qu'elles peuvent continuer à avoir des relations sexuelles sans soucis, qu'il n'y a aucun risque pour le bébé, que le col est fermé. Que le rapport sexuel ne risque pas de déclencher une fausse couche. »

Lors de leur discours, certains médecins utilisent la gestuelle pour argumenter leur propos.

Docteur B	« Non, je fais les gestes, je fais une sorte de ballon et des ligaments, comme des élastiques tendus à l'avant, à l'arrière et sur les côtés. »
-----------	---

Pour illustrer leur propos, certains utilisent des planches anatomiques ou des dessins, notamment pour expliquer les rapports anatomiques.

Docteur O	« Après, j'ai des planches anatomiques, sur lesquels je peux leur montrer. »
Docteur Bu	« Alors, il m'arrive de faire des petits dessins. Justement pour expliquer le col interne et le col externe. Parce que les femmes n'ont aucune notion de leur anatomie et donc ça peut... Souvent ça marche bien. »

2. Support papier.

Peu de médecins complétaient leur éducation en donnant un support papier aux femmes enceintes. Pour certains cela n'était pas nécessaire car il privilégiait le support apporté par leur patiente.

En effet, un médecin m'a surpris en m'expliquant qu'elle privilégiait le support apporté par la patiente, notamment les informations sur les forums, pour éviter la confusion.

Docteur D	« Dans mon exercice, je travaille avec ce qu'elles vont chercher comme information. » « Elles savent bien aller sur des forums et chercher elles même les informations. Hein. Elles sont même plus douées que nous pour ça. Non, elles sont toutes sur les forums. Ça, il faut travailler avec ça. »
-----------	---

Pour les autres, certains se remettaient en question, en expliquant qu'un second support d'informations pouvait être un plus pour la patiente.

Docteur P	« Au niveau de l'information, malheureusement pour l'instant rien, même si j'espère que ça va changer, quand je prendrai le temps de faire des fiches. »
Docteur La	« Je pense qu'il existe des notes d'informations, des fiches infos par l'HAS ou le CNGOF mais j'avoue que je ne le fais pas. Parce que j'en ai pas en tête, mais je pense que ça pourrait être une très bonne chose. »

4. Les questions les plus fréquentes des femmes enceintes :

En interrogeant les médecins, j'ai pu identifier les questions les plus fréquemment posées par les femmes au cours de la grossesse.

1. Sur le déroulement de la grossesse.

Avant de donner des exemples un médecin a tenu à mettre en avant la difficulté pour certaines de poser des questions, car cela équivaut à avouer ses lacunes.

Docteur W	« Alors, c'est souvent le problème avec la médecine générale. On ne sait pas trop sur quoi elles basent leurs expériences. Est-ce qu'elles n'ont aucune connaissance, et du coup, c'est difficile de dire qu'on n'a aucune connaissance. C'est difficile de l'avouer. »
-----------	---

Pour d'autres, il serait plus facile pour la patiente, de poser ses questions, et donc d'avouer ces lacunes chez le médecin généraliste, au vu de la relation de confiance déjà nouée. Mais également lié au mode de consultation qui reste un moment en tête à tête avec le médecin, contrairement à l'hôpital lors des cours de préparation à l'accouchement, souvent collectif.

Docteur S	« Mais des fois, elles ont des questions un peu plus poussées, qu'elles n'ont pas eu l'occasion de poser en cours. Et puis il y avait plusieurs dames donc elles se sont senties peut-être un peu bête de poser ces questions-là. Donc elles me les posent à moi. Ça arrive souvent. »
Docteur La	« Mais, je trouve qu'elles en parlent. Quand il y a un climat de confiance, elles en parlent assez facilement. »

Devant cette difficulté, certains médecins préféreraient même anticiper les questions.

Docteur Bo	« Alors, après peut-être que j'anticipe leurs questions. Enfin que je réponds à leurs interrogations avant qu'elles ne posent leurs questions. »
------------	--

De manière générale, les femmes se questionnent sur ce qu'elles ressentent et vivent.

Docteur P	« Dans le sens où elles posent des questions à chaque fois en fonction du stade, où elles en sont de leur grossesse, donc au début de la grossesse c'est vraiment ce qu'il faut faire, mesure de prévention, milieu de grossesse c'est l'évolution, les symptômes et répondre à leurs questions. »
-----------	--

Les thèmes les plus fréquemment abordés concernent les modifications corporelles, et notamment ceux permettant le diagnostic de grossesse.

Docteur P	« Ça, au final ce sont uniquement des changements qui leurs mettent la puce à l'oreille ou elles se doutent qu'elles sont enceintes, Notamment sur la tension dans la poitrine ou sur l'augmentation de taille de la poitrine. »
Docteur S	« Question aussi fréquente, « quand est-ce que ça va se voir docteur ? » »

Mais également, les différents maux liés à la grossesse, la fatigue, les nausées, l'infection urinaire par exemple.

Docteur D	« Oui, moi elles posent plutôt des questions médicales, sur l'infection urinaire, sur les seins, la constipation, les troubles du sommeil, toujours avoir faim, les jambes qui gonflent. Elles orientent leurs questions sur leur problème. »
Docteur L	« Elles évoquent aussi beaucoup la fatigue en début de grossesse, ou les nausées. Ce sont souvent ces questions-là qu'elles évoquent. »

Mais aussi, la question de la prévention reste fréquente. Notamment sur ce qui est autorisé au cours de la grossesse, en termes d'activité ou d'alimentation.

Docteur W	« Alors, ce qu'elles peuvent faire ou ne pas faire au cours de grossesse. C'est souvent de cet ordre-là. »
Docteur Bu	« C'est surtout autour de l'alimentation, les risques sur la toxoplasmose. Là encore ce matin, la question sur le CMV. Les précautions à prendre par rapport à tout ça. »

2. Sur l'accouchement.

A contrario, pour certains médecins, la question de l'accouchement serait rarement abordée lors du suivi par le médecin généraliste.

Docteur W	« Non, c'est vrai que je ne m'étais jamais posé la question. Mais, l'accouchement, ce n'est pas un sujet abordé souvent. »
Docteur C	« Ça vient un peu plus tard en général. C'est vraiment pas la priorité de début de grossesse. »

Plusieurs causes sont mises en avant par mes confrères, soit elles n'anticipent pas cette étape car le médecin généraliste n'intervient qu'au début de la grossesse, soit l'abordent directement en cours de préparation à l'accouchement.

Docteur La	« Parce que surtout nous quand on les voit, c'est quand même très précoce et elles se projettent pas aussi loin, ce qui est peut-être bien aussi. »
Docteur D	« Elles sont aussi suivies par les sages-femmes, beaucoup plus. Et les sages-femmes, par rapport à avant, où elles s'impliquent beaucoup plus, elles font beaucoup de cours de préparation à l'accouchement. Et elles posent leur question-là. »

Si la femme a déjà vécu un accouchement compliqué, elle l'aborde volontiers en début de grossesse.

Docteur C	« Ça dépend les femmes après, celles souvent qui ont eu un antécédent d'accouchement compliqué. Facilement, ça va être leur stress dès la première consultation. »
-----------	--

Ce qu'elles demandent fréquemment ce sont les symptômes qui doivent la faire aller à la maternité.

Docteur Bu	« Alors, oui, sur les signes qui doivent les amener devoir partir à la maternité. »
Docteur B	« Quand est-ce qu'elles doivent aller à la maternité »

Par contre, beaucoup s'accordent sur un point, l'importance d'anticiper l'accouchement, et de préparer la femme, que ce soit les médecins qui l'évoquent déjà ou non.

Docteur W	« Peut-être que j'ai une carence là-dessus. Peut-être que je devrais les questionner plus sur ce terrain-là. C'est peut-être un manque ou une faille de ma part. »
Docteur B	« Après, il y en a qui ne se questionnent pas du tout mais je les informe. Les deux derniers mois, je leur dis. Pourquoi elles doivent aller à la maternité. Qu'est-ce qui doivent les faire aller à la maternité, enfin ce qui doivent les faire s'inquiéter. Enfin, pas s'inquiéter, mais les choses

	qui doivent les faire amener à se bouger. »
--	---

Pour finir, elles abordent facilement ce point en post partum.

Docteur La	« Elles en parlent pas mal, après l'accouchement. Oui, elles parlent pas mal de leur accouchement, comment ça s'est passé »
Docteur W	« Oui, s'il a été bien vécu ou mal vécu. Et moi, je les invite à revenir sur cette période-là. Je les questionne pour savoir si l'accouchement s'est bien passé. Je pense que c'est important sur l'aspect psychologique. »

B. L'outil vidéo en médecine générale :

Avant de proposer la visualisation de nos deux vidéos, j'ai cherché à connaître le point de vue de chacun sur cet outil. Je trouvais intéressant de connaître leurs éventuelles attentes et conceptions face à l'outil vidéo. En général, les médecins restaient ouverts d'esprit, même si pour la plupart il leur était difficile de se projeter. D'autres m'ont spontanément fait part de leurs attentes tant sur le fond que sur la forme de l'outil.

1. Les idées préconçues

Deux des douze médecins interrogés utilisaient déjà l'outil multimédia dans le cadre de leur consultation, en dehors de leur suivi de grossesse. Ils étaient donc déjà plus que disposés à l'utiliser dans le cadre du suivi de grossesse.

Docteur W	« Pour un tout autre domaine, qu'est la rhinopharyngite et la désinfection rhinopharyngée, il y a un petit appareil qui s'appelle Rhino-Horn. [...] Donc, Rhino-Horn a fait une petite vidéo qui explique la désinfection rhino-pharyngée. Et je la montre aux patients. »
Docteur C	« Oui, des fois, moi, je leur montre des choses sur l'ordinateur. Je tourne l'écran. Par exemple pour des lecteurs Free-style, je leur montre des vidéos. [...] Je leur montre la vidéo et je commente avec eux. »

Pour la plupart des médecins généralistes interrogés, l'outil vidéo devait présenter certaines particularités à la fois sur la forme que sur le contenu.

1. Sur la forme

Sur la question de la forme, tous les médecins s'accordent sur un point, la durée des vidéos. Celle-ci doit pouvoir être courte pour permettre de l'intégrer dans une routine de consultation de médecin généraliste qui dure en moyenne entre quinze et trente minutes.

Docteur Bu	« Voir la durée de cette vidéo, justement. Parce que... Pour qu'on puisse contrôler le temps de
------------	---

	la consultation, c'est important. Ce sont des consultations qui sont forcément toujours plus longue mais, il ne faut pas non plus que ça prenne 2h par consultation. »
Docteur O	« Il faut que ce soit très court. »

Il semblait également important que la vidéo puisse être disponible pour être visionnée par les patientes, même en dehors du cabinet.

Docteur C	« Je leur explique mais elles vont arriver chez elles et avoir un doute. Donc, elles vont aller chercher sur internet et elles reviennent parfois avec des informations qui sont fausses. Donc, dans ce cadre-là, ça pourrait être bien d'avoir un support sur les conseils alimentaires. »
-----------	---

2. Sur le contenu

Quand on parle d'outil vidéo, dans le cadre de la formation, ils s'imaginaient une vidéo qui explique les gestes pratiques.

Docteur La	« Alors, pour moi l'outil vidéo, c'est surtout pour les gestes techniques, par exemple, le stérilet, la pose d'implant, l'infiltration euh... Je pense que c'est important de voir pour un geste. »
------------	---

Dans le cas où l'outil vidéo serait utilisé avec les patientes, il semblait important que les informations soient bien sélectionnées, simples, et synthétiques.

Docteur W	« Après, c'est toujours le problème de l'information. Faut que ce soit assez concis. On a l'habitude de dire que l'on ne retient que deux ou trois informations sur une consultation. S'il y en a déjà deux ou trois, c'est déjà beaucoup. », « Il faut que ce soit quelque chose de synthétique. »
Docteur B	« Il faudrait bien sélectionner les sujets quoi. »

2. Le potentiel qu'offre l'outil

Même si les médecins présentaient quelques difficultés pour se projeter sur l'outil, ils trouvaient tout de même une utilité éventuelle à la vidéo. Il leur était beaucoup plus facile de s'imaginer l'utiliser comme support pour l'éducation des patientes, plutôt que dans le cadre de la formation des médecins généraliste.

1. Pour le médecin, dans le cadre de sa formation

Sur ce point, les médecins interrogés restaient perplexes, arrivant difficilement à se projeter sur l'outil pour pouvoir envisager son utilité pour eux même.

Docteur La	« Bon après, je n'ai jamais vu de vidéo, pour le suivi de grossesse, donc je pense que je peux être étonné en voyant un contenu et me dire que c'est bien. »
------------	--

Docteur Bo	« Je ne suis pas sûre d'en avoir vraiment besoin mais bon pourquoi pas. Je reste ouverte. »
------------	---

Certains médecins restaient ouverts pour utiliser ce type d'outil dans le cadre de la formation continue, à utiliser de temps en temps comme pique de rappel mais pas avant chaque consultation.

Docteur P	« Ça peut être utile effectivement, ça peut faire tous les rappels à avoir d'un coup à avoir en tête donc ça peut être intéressant. »
Docteur La	« Ça serait de réviser, si je sais qu'une femme vient en consultation, ça serait de le revoir avant. »

Même en restant ouvert face à l'outil, certains précisent qu'il ne peut se substituer au compagnonnage et partage de connaissance qui se crée lors des cours physiques données par un expert.

Docteur B	« Je ne pense pas qu'un jour on puisse faire que ça, parce que l'interaction avec les confrères ou quand on va aux journées de gynéco, c'est bien de pouvoir poser les questions fines sur ce que l'on a compris ou pas compris. »
-----------	--

2. Comme outil d'éducation des patientes.

Les médecins interrogés présentaient donc plus de faciliter à se projeter dans l'outil vidéo comme outil d'éducation auprès de leurs patientes.

1. Outil d'avenir.

Pour la plupart, il s'agit d'un outil d'avenir, dans l'ère du temps.

Médecin M	« C'est à la mode... »
Docteur S	« Et puis c'est dans l'ère du temps, les outils multimédias. »

2. Bonne adhérence.

Cela peut être responsable d'une très bonne adhérence des patients.

Docteur La	« Surtout que je pense que maintenant, à l'air du numérique, les gens de notre « temps » tout ce qui est vidéo ils adhèrent vachement bien quand même. »
Docteur S	« Elles sont friandes de ça. Elles aiment bien les films, les documentations. Elles aiment bien. »

3. Nouvel outil.

Malgré ce potentiel, les médecins s'accordaient sur un point, il s'agit d'un concept inexploité encore actuellement.

Docteur L	« La vidéo en médecine générale ce n'est pas encore utilisé. »
Docteur B	« Parce que c'est vrai que c'est pas utilisé, par forcément en gynéco mais de façon globale, il y

	a peu de cabinet où il y a de la vidéo. Il y a souvent de la musique, de la radio etc... Mais il n'y a pas souvent de vidéo. »
--	--

4. Complémentarité.

Pour les médecins interrogés, la vidéo a le potentiel de délivrer l'information différemment, d'être complémentaire avec les outils déjà utilisé par le médecin, mais également de pouvoir alléger la première consultation en la montrant aux patientes.

Docteur P	« Surtout ça peut faire un support à montrer en parallèle, en consultation avec des patientes, ça peut être plus simple en image plutôt que faire un dessin ou expliquer de façon abstraite à des patientes qui peuvent être stressées et qui n'écoutent pas forcément pendant la consultation »
Docteur S	« Parce que c'est quelqu'un d'autre que moi qui explique. C'est comme un deuxième avis. »

5. Rôle du médecin.

De ce concept découlait le rôle du médecin de vérifier la compréhension de la patiente après avoir visionné la vidéo.

Docteur D	« L'intérêt ça serait d'avoir une rétroaction aussi. Savoir ce qu'elles ont compris. »
Docteur W	« Euh, proposer la vidéo ou diffuser la vidéo, sans explication ou sans accompagnement derrière. Ça, je pense que c'est le problème d'internet. Les gens vont chercher l'information et quand il n'y a pas l'avis du professionnel ou de l'expert derrière, ça peut être angoissant. »

3. Préjugés négatifs sur l'outil vidéo.

Malgré le potentiel de l'outil, certains médecins évoquaient leur réticence, avant même de visionner nos vidéos, sur ce mode d'information.

1. Préférence pour d'autres outils.

Certaines réticences mises en avant étaient purement imputables au médecin interrogé. En effet, certains évoquaient spontanément leur préférence pour le support papier.

Médecin M	« Moi j'ai besoin de support écrit et d'un travail personnel. »
Docteur O	« Et puis, je ne suis pas sûr que tous passer par la vidéo ce soit bien. Moi, j'utilise beaucoup le support papier. »

2. Questionnement sur l'assimilation de l'information.

Un médecin se questionne sur l'assimilation de l'information lorsque celle-ci est délivrée via un outil multimédia.

Médecin M	« C'est comme un film, ce sont des informations qui viennent qui viennent qui viennent... mais la question se pose de l'assimilation et de ce qui reste à la fin. Peut-être qu'en voyant plusieurs fois un film on peut réussir à l'assimiler. »
-----------	--

3. Risque de Bug.

Les plus récalcitrants m'évoquaient le risque de bug informatique, risque non prévisible.

Docteur D	« En plus, en consultation, c'est quand vous allez vouloir leur montrer que vous allez avoir un bug. »
-----------	--

4. Risque de perdre l'attention de sa patiente.

Pour d'autres il ne semblait pas judicieux de disperser l'attention de la patiente via une vidéo, au risque qu'elle n'écoute plus son médecin.

Docteur D	« Il ne faut pas disperser les gens sur un écran. [...] En fait, il y a une maxime qui dit : « lire rend sourd ». C'est-à-dire, qu'ils vont regarder ça et ils vont pas écouter. Il y a deux sources d'information. »
-----------	---

5. Outil chronophage.

Certains évoquent également la question du temps. En effet, pour eux, l'utilisation de l'outil risque d'être chronophage.

Docteur L	« On a beau dire mais on nous en rajoute toujours plus en médecine générale. C'est 5 minutes plus 5 minutes plus 5 minutes... J'ai l'impression de passer des consultations de plus en plus longues et de voir de moins en moins de monde. »
Docteur O	« Je ne suis pas sûre du tout, j'ai peur que ça me prenne plus de temps que cela ne va m'aider. »

C. Analyse de nos deux vidéos :

Après visualisation des vidéos, j'ai tenté de recueillir l'avis de mes confrères sur notre outil. Ils se sont tous montrés bienveillants et agréablement surpris par le potentiel qu'il offrait.

1. Pourquoi promouvoir nos deux vidéos :

Les médecins ont pu me faire part de leur point de vue sur la qualité de nos vidéos, sur leurs points forts, à la fois imputable à l'outil multimédia seul mais également lié à la qualité de l'outil qui leur a été présenté.

1. De manière générale

De manière générale, le qualificatif le plus employé par mes confrères lorsqu'ils évoquaient

l'outil vidéo était le mot pertinence.

Docteur W	« Pertinent, oui. »
Docteur Bo	« Parce que, clairement, je n'en voyais pas l'intérêt. Enfin je n'étais pas fermé à l'idée. Mais, en regardant vos vidéos, j'ai changé d'avis. C'est intéressant et je serai encline à leur proposer de les regarder. Je leur proposerai en tout cas. »

La visualisation de nos deux vidéos n'a pas changé le point de vue positif des médecins sur l'utilité de l'outil. Cela a même confirmé qu'il s'agissait un outil dans l'ère du temps, très apprécié par la nouvelle génération.

Docteur B	« Je suis déjà convaincue par l'utilité de cet outil. Je n'avais pas besoin d'être convaincue, je l'étais déjà. Pour moi, la vidéo c'est l'avenir, c'est un outil d'avenir en tout cas. »
Docteur Bo	« Mais le 3D, c'est tellement mieux. Et puis, c'est dans l'ère du temps. C'est clairement plus moderne. »

De plus, les médecins mettaient en avant le « tout connaître » que les patientes expriment en consultation. Notre outil semble donc répondre à cette demande.

Docteur W	« Qui est plus dans l'ère du temps de : « je veux tous savoir », « je veux tous comprendre de mon corps »
-----------	---

Après le visionnement le docteur W, confirme qu'il s'agit d'un thème qui n'est pas encore abordé par l'outil multimédia.

Docteur W	« Mais, je ne pense pas qu'il y ait beaucoup d'émissions qui abordent ce que vous venez de me montrer. », « Je ne pense pas qu'on puisse trouver facilement, ni sur les médias, internet, ni sur les images que l'on peut voir à la télé ou autre. », « Mais je n'ai pas l'impression qu'il y ait des émissions médicales qui soient consacré à l'accouchement ou aux phases du développement du fœtus. »
-----------	---

Le grand potentiel relevé par les médecins interrogés était le coté cinétique et visuel de cet outil.

Docteur P	« Alors les points fort c'est vraiment que l'on voit bien les modifications corporelles de façon cinétique tout au long de la grossesse, ce ne sont pas des clichés fixes, c'est vraiment les rapports tout au long de la grossesse. Donc ça c'est intéressant. »
Monsieur M	« Une vidéo c'est cool, parce que c'est visuel. »

Pour les médecins, le 3D permet de délivrer une information qui sera plus facilement comprise et enregistrée par les femmes enceintes.

Docteur La	« Les points forts, c'est déjà que ça met des images sur des mots qu'on leur dit. »
Docteur P	« Et ce qui est très intéressant c'est que c'est beaucoup plus facile de se représenter l'évolution

	de la grossesse. »,
--	---------------------

Au total, le côté cinétique et visuel représenté par la 3D peut permettre de répondre aux nouvelles attentes des patientes tant sur le contenu de l'information qu'elle recherche, que sur la forme dont elle est délivrée. En effet, notre outil apparaît comme pertinent, à l'heure où le numérique a la côte et où les patientes désirent tout connaître.

2. Points forts de nos vidéos.

1. Vidéo de qualité.

Les médecins mettaient en avant la qualité de l'outil avec notamment la qualité du média.

Docteur Bo	« C'est un bel outil. C'est vrai que du coup, sans en avoir, je me disais « je n'ai pas besoin de ça. ». Mais c'est vrai que si je l'avais à ma disposition en fin de grossesse, je le présenterai facilement. »
Docteur W	- « En tout cas, c'est un bel infographiste » - « Elles sont très bien faites en tout cas. C'est un bel outil. »

Ils relevaient également le réalisme des images et la simplicité des informations délivrées.

Docteur C	« C'est assez simple et imaginé », « Là, vous me donnez la première vidéo, je l'utilise tout de suite avec mes patientes. »
Docteur L	« Non, c'est vraiment bien dessiné, détaillé et reproduit. »

2. Vidéo pédagogique.

Un autre concept mis en avant était la pédagogie de l'outil.

Docteur Bo	« Ça reste très bien expliqué. Il est très pédagogique. »
Docteur W	« C'est vachement éducatif. »

3. Valoriser le discours du médecin.

Un médecin évoquait également la notion que la vidéo permettait de valoriser le discours du médecin.

Docteur O	« Alors, il y a des choses intéressantes, mais je pense que c'est plus un outil pour valoriser ce qu'il y a déjà été dit, qui permet d'avoir une réminiscence de ce qui a été dit. »
-----------	--

4. Un référentiel unique.

Mais aussi de permettre à tous les acteurs du suivi, sage-femme, médecin et la maternité, d'avoir un même outil, un même référentiel.

Docteur O	« Et maintenant, l'avoir nous, derrière, pour aller dans le même sens, pour avoir le même discours, pour être sur la même... Enfin, être toujours tous ... Avoir une uniformisation du
-----------	--

	discours. »
--	-------------

5. Sources fiables.

Et qu'il s'agisse d'un outil créé par des médecins, une source fiable semblait être important pour les médecins. En effet, ils ne s'imaginent pas proposer un outil éducatif dont les sources ne seraient pas vérifiables.

Docteur S	« Là, ça a l'air d'être un outil adapté, fait par un professionnel de santé. Quelque chose de fiable. »
-----------	---

2. Les freins à l'utilisation de nos deux vidéos :

Comme pour l'évaluation de tous outils, des points négatifs ont pu être mis en avant, même si pour la plupart cela ne remettait pas en question la pertinence des vidéos.

1. De manière générale :

1. Devoir modifier ses habitudes.

Certains médecins étaient réticents à l'idée de modifier leurs habitudes, ou de devoir s'habituer à un outil.

Docteur O	« C'est ça, c'est de changer son mode de fonctionnement, ce qui n'est pas toujours évident. »
Docteur L	« Alors, je n'y penserai peut-être pas à chaque fois non plus. S'il n'y a pas de demande, je ne sais pas si je penserai à la montrer. C'est nouveau, donc faut s'y habituer. »

2. Pas de projection sur l'utilité de l'outil.

D'autres, présentaient une conception personnelle sur la consultation en médecine générale et ne s'imaginaient pas utiliser ce type d'outil, ou possédaient une préférence pour les outils autre que multimédia.

Docteur D	« Non, je vais pas passer une vidéo à un patient. »
Monsieur M	« Moi j'ai toujours une préférence sur les bouquins. Enfin c'est juste mon point de vue sur la question. »

3. Moins bonne intégration.

Un médecin revenait sur le concept de moins bonne intégration de l'information, si celle-ci est diffusée via une vidéo.

Monsieur M	« C'est à la fois la force et la faiblesse du multimédia. Une vidéo c'est cool, parce que c'est visuel mais qu'est-ce qu'on en a retenu à la fin ? »
------------	--

2. Points faibles de nos vidéos

1. Les présentations.

Le gros point noir mis en avant par les médecins sur nos vidéos est représenté par la partie sur les présentations. Les médecins trouvent ce passage trop spécialisé, n'apportant rien au médecin ni à la patiente.

Docteur Bu	« Mais le début, sur les présentations, pour moi, c'est inutile. »
Docteur B	« Pour nous, les médecins généralistes, savoir toutes les sortes de présentation, occipitale, machin et truc... Finalement, on va pas s'en servir... »

2. Rapidité du Texte.

De même, tous étaient d'accord sur la rapidité du texte, rendant difficile sa lecture.

Docteur Bo	« Alors il y a des moments, où je regardai la vidéo et où je n'arrivai pas à lire en même temps ce qui était noté. C'est passé trop vite. Il y a des choses trop rapides. »
Docteur W	« Alors, c'est un petit peu rapide, au niveau des explications, pour lire le texte et regarder les images en même temps. »

3. Idéalisation.

Certains médecins évoquaient leurs craintes de faire idéaliser l'accouchement à la patiente.

Docteur La	« De parler avant d'un accouchement, le risque pour moi, c'est qu'elle s'imagine un accouchement comme on l'a expliqué et que ça ne se passe pas comme ça. »
Docteur C	« Alors, après on peut toujours critiquer en disant que c'est dans un monde idéal, où l'accouchement se passe dans le calme et où tous se passe bien. Ça ne se passe pas toujours comme ça dans la vraie vie. »

4. Durée.

De plus, pour pouvoir être utilisé en consultation, certains médecins considéraient les deux vidéos trop longues.

Docteur P	« Mais il faudrait que ce soit court. Parce qu'en vrai pratico-pratique on ne le ferait pas en médecine générale, Là, il y a quand même 8mins de vidéos donc c'est trop long et pour chercher un moment précis, c'est pas pratique. »
Docteur W	« La première est plus longue, donc plus difficile à mon avis à utiliser en consultation. »

Même si ce point mérite d'être en opposition avec d'autres médecins interrogés pour qui la durée des vidéos leur semblait correcte. Et n'était pas considérée comme un frein à l'utilisation de l'outil en consultation, considérant qu'un médecin qui fait le choix de faire du suivi de grossesse prend déjà l'habitude de prendre son temps.

Docteur Bo	<ul style="list-style-type: none"> - « Non, je n'en ai pas l'impression. Une fois qu'on est dedans, on ne se rend pas compte. Je n'ai pas regardé l'heure mais bon... » - « Je pense que c'est important. C'est un moment particulier dans la vie d'une femme.
------------	--

	Je pense que l'on peut s'y attarder deux fois vingt minutes. Ce n'est pas trop. [...] Si on veut faire du suivi de grossesse, c'est qu'on est intéressé. Donc on prend le temps qu'il faut. »
Docteur W	« Non. Je maîtrise très mal le temps. Non, ça ne me fait pas peur. Oui, ça prend du temps, mais on est là pour leur donner du temps. Et pour leur donner, au moins une information fiable. »

3. Les idées d'améliorations

Après avoir évoqué les points positifs et les points négatifs de notre outil, les médecins m'ont fait part de leurs suggestions pour le rendre plus optimal.

1. Sur la forme

1. Le son.

Souvent, la première remarque lors de du démarrage de la vidéo était sur le son. Qu'elle soit négative ou positive, la question du son était systématique. Pour certains il semble judicieux d'y incorporé une petite ambiance musicale pour rendre la vidéo plus humaine.

Docteur Bo	« Je trouve qu'il manque du son. Une musique. »
Docteur S	« Alors, après moi je trouve que ça manque un peu de musique. Je pense que ça serait peut-être bien que ce soit un peu plus égayé. Pour capter un peu plus l'attention. »

D'autres évoquaient la possibilité d'y ajouter des commentaires oraux, soit en remplacement du texte, celui-ci défilant trop rapidement pour être lu, soit en complément.

Docteur Bo	« Pourquoi ne pas parler. Supprimer le texte et avoir une voix qui explique ce qui se passe. Il manque un orateur. Avec un orateur, on aurait pas besoin de texte et on se concentrerait que sur les images. »
Docteur La	« Les deux. Je pense qu'il faut les deux. Tous ce qui est écrit c'est bien mais c'est vrai qu'il y a pas mal de chose écrite et donc de l'entendre c'est bien aussi. Parce qu'il y a des gens qui vont plus retenir, être plus sensible à ce qui est dit et d'autre en lisant. »

A contrario, pour d'autre l'absence de son, semble plus adapté à la consultation, ou permet au médecin de délivrer personnellement les messages qui lui semble important.

Docteur C	« Ça ne me choque pas. Parce qu'on est là pour leur expliquer. Par exemple, « vous, vous avez tel gêne, et bien, ça vient de là ». Je trouve que l'absence de son, c'est plus adapté à une consultation. »
-----------	--

2. Le fractionnement.

Certains médecins évoquaient également la possibilité de fractionner les vidéos, pour permettre

de les diffuser aux patientes en fonction de la progression de leur grossesse, pour coller au maximum aux questions qu'elles se posent.

Docteur P	, il faudrait qu'elles soient accessibles que par séquence... Enfin de mon point de vue... Par séquence de la grossesse pour vraiment viser les moments où on veut montrer aux patientes tous nos rappels.
Docteur O	« Après, ça peut être intéressant, si au lieu 'avoir un film, on a plusieurs films coupés, enfin que chaque partie soit coupée. Pour que l'on puisse l'expliquer au fur et à mesure. »

L'autre avantage pour eux avec le fractionnement, serait de rendre les vidéos plus courtes donc plus facilement utilisables en consultation.

2. Sur le contenu

1. Informations souhaitées.

Pour les patientes, en termes de contenu, les médecins se proposaient d'ajouter certaines informations pour les éduquer et les préparer au mieux à la grossesse et l'accouchement.

Pour les rendre optimal, certain évoquaient l'importance de délivrer une information sur les règles hygiéno-diététiques, l'alimentation, la contre-indication au tabac et à l'alcool.

Docteur S	« Par exemple, redire que l'alcool c'est zéro, que le tabac, c'est zéro. »
Docteur La	« Alors, moi une partie qui me paraît intéressant, c'est tout ce qui est prévention. Faire un message sur l'alimentation, l'alcool, et prévention toxo, CMV, tout ça... »

Pour la seconde vidéo, d'autres informations peuvent également être données par la vidéo, comme les symptômes de début de travail, ou la délivrance.

Docteur Bo	« Là, par exemple, le début du travail, peut-être déjà expliqué ce qu'est le début du travail. Enfin, ça semble naturel, mais pour la patiente, ça arrive peut-être comme un cheveu sur la soupe. Enfin, je n'ai pas eu l'impression que ça a été expliqué. »
Docteur L	« Peut-être évoquer la suite. Parce que là on voit l'accouchement mais on ne parle pas de l'évacuation du placenta, les révisions utérines. »

Ou ajouter des messages clés devant alerter la patiente et la faire consulter.

Docteur S	« Ça, ça serait bien de mettre des petits points essentiels. Avec les symptômes qui doivent les alerter et les faire consulter. Parce que des fois elles trainent un peu. En tant que femmes enceintes, il ne faut pas trainer. »
-----------	---

2. Simplifier les termes.

Toujours si l'on reste dans l'idée de l'utiliser avec les patientes, il semble important de simplifier les termes médicaux employés.

Docteur B	« Si on utilisait des termes plus simples, effectivement pourquoi pas. »
-----------	--

Docteur La	« Et simplifier un petit peu quand même. »
------------	--

3. Supprimer les présentations.

Le plus important semblait de supprimer le passage sur les présentations à la fois pour le médecin et pour la patiente.

Docteur Bo	« Ça pourrait, si c'était raccourci cette fois-ci et sans les différentes présentations. Faut pas s'embêter avec ça. »
Docteur W	« Enfin, je ne sais pas si c'est un point faible, mais moi je ne l'aurai pas mis, c'est les présentations. Je crois que vous l'avez compris. »

4. Humaniser.

Dernièrement, le concept « d'humaniser » la vidéo a également été abordé.

Docteur O :	« D'humaniser un peu la vidéo. »
Docteur Bo :	« Ça reste quand même un joli moment, quelque chose de bien dans la vie. Une fois que le bébé est né, il y a toute l'émotion, donc peut être mettre un peu plus ça en avant. »

D. Projection face à notre outil

1. Utilité de nos deux vidéos pour les médecins généralistes.

En terme de formation, il est nécessaire de différencier la formation initiale du médecin généraliste au suivi de grossesse, de sa formation en continu nécessaire au vu du constant mouvement inhérent à cette spécialité.

1. En formation initiale.

Cet outil semble posséder une place de choix dans la formation initiale des professionnels de santé.

Docteur La	« Alors, moi je pense que l'intérêt, ça serait aussi pour les internes. En formation initiale, c'est pas évident pour tout le monde. »
Docteur L	« Ça peut l'aider dans sa formation pour pouvoir faire du suivi de grossesse »

2. En formation continue.

L'utilité de nos deux vidéos dans le cadre de la formation continu restait discutable, certains ne jugeaient pas utile dans leur pratique quotidienne les rappels fournis par l'outils.

Docteur La	« Pour le médecin, par exemple pour l'aider dans un suivi de grossesse, je ne pense pas que ça puisse l'aider dans son suivi de grossesse. Ça peut l'aider dans sa formation pour pouvoir faire du suivi de grossesse. »
Docteur D	« C'est pas pour le médecin généraliste. Oui il vous manque toute la surveillance. Ah moins

	qu'on se remette à faire des accouchements ! »
--	--

Même si pour la plupart la vidéo leur a permis de bon rappel.

Docteur B	« Pour un médecin généraliste, c'est un bon moment pour refaire le point. »
Docteur La	« Alors, je pense que pour le médecin généraliste c'est bien. Ça permet de faire un rappel, de voir un petit peu ... de se rappeler l'accouchement, ce qu'il se passe. »,
Docteur L	« On revoit un peu d'anatomie et les différentes étapes. Donc c'est vrai que ça permet de remettre les choses en tête. »

Mais, il permet également de donner confiance dans les connaissances et la pratique actuelle du médecin.

Monsieur M	« Ça m'aura donné une sérénité sur ce que je sais. Encore une fois, ce sont des informations que j'ai déjà apprises. Ça n'aura pas étoffé mon examen clinique, mais ça lui a donné un coup de jeune. Ça m'a permis de réviser. »
Docteur La	« Mais ça me mettra peut-être plus en confiance. En l'ayant vu et en confortant... Enfin, ça conforte notre pratique quand même. On se dit, c'est comme ça et ce que je fais c'est bien ça. Donc, ça nous rassure aussi. »

Le seul apport de connaissances mis en avant par les médecins concernant nos vidéos, était la visualisation des étapes de l'accouchement. Ceux-ci, dans le cas où le médecin serait confronté à un accouchement inopiné au domicile.

Monsieur M	« C'est très intéressant quand les praticiens sont amenés à faire des accouchements en urgences, Moi c'est ce que je me suis dit en visualisant les deux vidéos. »
Docteur P	« Donc à domicile si j'étais face à un accouchement inopiné, c'est très rassurant pour le médecin d'avoir une vidéo qui montre vraiment comment bouger la tête, les bras, pour faire un accouchement sécurisé. Donc ça, ça rassurerait un médecin généraliste seul sans équipe associée, en attendant que les autres arrivent en parallèle. »
Docteur La	« Même en tant qu'interne, pendant notre formation, on avait eu des cours sur l'accouchement inopiné, ça peut être intéressant de mettre une vidéo comme celle-là, avant un atelier pratique sur mannequin. C'est parfait ça. Ça montre exactement, la tête, la rotation des épaules. »

Même si la majorité des médecins ne voient pas la place de cet outil dans le cadre de leur formation continue, d'autres trouvaient que l'outil pouvait être utilisé en FMC, notamment s'il était présenté par un expert. Dans le cadre de la formation continue, les médecins s'accordaient sur l'intérêt de viser un public intéressé par la gynécologie et l'obstétrique.

Docteur Bo	« En soirée de FMC. Un expert qui présente la vidéo, bien sûr auprès d'un public intéressé. J'ai des collègues qui ne font pas de suivi de grossesse, ça ne les intéresserait pas. »
Docteur La	« Euh, alors tous les médecins ne vont pas utiliser cet outil c'est sûr. »
Docteur Bo	« J'ai des collègues qui ne font pas de suivi de grossesse, ça ne les intéresserait pas. »

A contrario l'utilisation de l'outil par le médecin dans le cadre de l'éducation des patientes semble pertinente pour la plupart des médecins interrogés. En effet, ils se projettent sur l'outil, son éventuelle utilisation en consultation.

Docteur P	« Donc je l'utiliserai, plus comme informations complémentaires pour la patiente mais pas pour moi en tant que médecin. »
Docteur Bo	« Ça peut faire partie de la routine de ma dernière consultation, ou tout au moins le proposer aux dames. »

2. Ce qu'apportent les vidéos pour la patiente

1. Outil de réassurance.

La vidéo pourrait permettre de combattre le stress entourant la grossesse, à la fois en expliquant les maux liés à la grossesse, pour ne pas vivre la grossesse comme une maladie.

Docteur P	« Ça peut être très pertinent grâce à la vidéo, qu'elles se rendent compte que ce ne sont pas des douleurs liées à une maladie mais juste de charge. Donc ça peut être intéressant pour la patiente. »
Docteur L	« Donc, ça pourrait expliquer certains symptômes qu'elles peuvent ressentir. »

2. Apprentissage de l'anatomie.

La vidéo présente également l'avantage de décrire l'anatomie du corps féminin, qui semble un élément non maîtrisé par la femme selon mes confrères.

Docteur Bu	« Alors oui, parce que les femmes ne connaissent pas leur corps. Donc leur expliquer, surtout l'histoire du col, ça peut être intéressant. »
Docteur W	« En dehors de la grossesse, les femmes connaissent rarement leur anatomie. Ça peut être un bel outil pour leur montrer leur anatomie. »
Docteur S	« C'est pas mal. Ça permet un petit rappel de l'anatomie, parce que des fois c'est compliqué. Elles ne savent pas très bien, toujours, où ça se passe. »

De plus, connaître son anatomie, permet d'expliquer le périnée, sa fonction, partie du corps qui apparaît toujours flou aux patientes

Docteur O	« Enfin, la première vidéo, là où il y a l'anatomie, vraiment cette zone anatomique qui peut être intéressante pour expliquer le périnée, comment le préserver pendant la grossesse »
-----------	---

3. Comprendre les modifications corporelles.

La vidéo peut également permettre à la patiente d'appréhender les modifications corporelles qu'elle subit lors de la grossesse.

Docteur P	« Ça pourrait être intéressant, de rajouter ça quoi qu'il arrive au moins pour qu'elles soient préparées psychologiquement aux modifications pour qu'elles ne s'inquiètent pas, Mais donc ça oui ça pourrait être une évolution. »
-----------	--

Docteur L	« Et ensuite, je trouve ça bien de voir l'évolution et pourquoi quand on grossit, comment il est le bébé, comment il se positionne »
-----------	--

4. Gommer les idées reçues.

Les médecins insistent sur le rôle que l'on a de supprimer les idées reçues. Certains se voient parfaitement utiliser cet outil dans cet optique-là, un des médecins donné l'exemple des relations sexuelles. Thème peu abordé par les patientes, plus par peur que manque d'intérêt selon elle.

Docteur C	« Oui, je pourrai leur montrer. Et leur expliquer, le col, qui est en effet fermé, qu'il y a un orifice, que l'on ne va pas toucher le bébé. Et que l'on risque pas de toucher quoi que ce soit. Oui, ça peut être un bon moyen d'appuyer mes propos. »
-----------	---

5. Ouvrir un dialogue.

De même, l'outil peut permettre d'ouvrir le dialogue, de délier les langues, pour que les femmes puissent aborder leurs craintes ou simplement leurs lacunes sans avoir le sentiment d'être jugées.

Docteur C	« Beaucoup de patientes ont peur de ça (en parlant de l'épiso). Elles entendent beaucoup de fausse-idées à ce sujet. Les vidéos pourraient permettre d'ouvrir le dialogue, leur permettre de poser des questions. »
Docteur W	« Il y a des patientes qui peuvent venir, chez qui on ne détecte pas leur lacune ou qui n'ose pas le dire. Le fait de montrer, ça peut permettre d'ouvrir la consultation, d'ouvrir le dialogue. »

6. Se représenter l'évolution du fœtus.

De plus, elle permet aux patientes de se projeter sur l'évolution du fœtus au cours de la grossesse.

Docteur O	« Et en dernière, le développement du bébé, ça peut être intéressant. » « Le développement du fœtus dans le ventre, je pense que ça a un intérêt. Pour eux, c'est hyper important de savoir combien il mesure, combien il pèse. Ça, ça les intéresse. »
-----------	--

7. Appréhender la phase de l'accouchement.

Pour mes confrères, la vidéo permettrait également de préparer leurs patientes à l'accouchement.

Docteur La	« Après l'accouchement pour la patiente, je pense que ça peut être très bien, qu'elle voit comment ça se passe. [...] Ça, c'est bien, pour qu'elle ne soit pas surprise le jour où ça lui arrive. »
Docteur W	« Le point fort, ça permet vraiment aux femmes de visualiser ce qu'elles ne voient pas forcément. Au cours de l'accouchement, elles n'ont pas les yeux dans le périnée. »

Au-delà de la compréhension même de l'accouchement, leur permettre de comprendre les examens en salle de naissance, le tocogramme, l'amiotome. Mais également sur l'attente éventuelle en salle de travail.

Docteur C	« Ça, c'est pas mal. La différence entre la tête engagée et non engagée. Pour la patiente, ça permet de comprendre, pourquoi elle attend. »
Docteur Bo	« La partie avec le tocogramme est intéressante pour la dame par contre. Pour qu'elles comprennent ce que c'est. Peut-être décrire ce que c'est qu'un amiotome. On voit que c'est une grande aiguille. »
Docteur La	« Pour qu'elle voit comment le bébé il progresse, comment se passe la rupture de la poche des eaux. Ça, c'est bien, pour qu'elle ne soit pas surprise le jour où ça lui arrive. »

Certains médecins trouvaient qu'il existait un intérêt pour la patiente de visualiser la mécanique des poussées et des contractions, qui malgré les séances de préparation à l'accouchement semble difficile à visualiser pour la femme.

Docteur La	« Alors, ça, c'est intéressant. L'effet qu'ont les poussées concomitantes aux contractions, le fait de les voir au niveau de la cage thoracique, ce que ça implique, l'effet mécanique. Pour la patiente, pour qu'elle comprenne que les poussées sont importantes et que la qualité de poussée est importante. »
Docteur Bo	« Expliquer que les efforts de poussées, permettent de faire avancer le bébé, la maman doit le savoir aussi. »
Docteur S	« Après, elles le verront en cours de préparation à l'accouchement, mais quand tu es dedans avec la douleur tu as un peu oublié ce que tu devais faire. Le voir sur la vidéo, ça peut être plus parlant. »

8. Comprendre le toucher vaginal.

La vidéo permet également d'expliquer le toucher vaginal à la patiente.

Docteur Bu	« Parce que l'on fait de moins en moins, enfin moi je continue de le faire, mais on ne fait plus de toucher vaginaux systématiques mais leur expliquer pourquoi on le fait. »
Docteur La	« Et quand il y a les gestes de touchers vaginaux, c'est bien parce que au moins elles voient ce que c'est. »
Docteur Bo	« Quand on parle de col, la plupart ne savent pas ce que c'est. Là, elles pourraient bien le visualiser. L'explication sur le toucher vaginal, à quoi ça sert. »
Docteur C	« Après l'intérêt de voir un examen, ce que cherchait le médecin avec le col, de montrer la modification du col, ça c'est intéressant qu'elles l'entendent. Et qu'elles le voient. »

3. Comment utiliser ces deux vidéos auprès des patientes

1. En consultation chez le médecin généraliste.

Les médecins ont suggéré différentes possibilités pour utiliser ses deux vidéos avec leurs patientes.

La première étant en consultation avec elle seule ou accompagnée de leur conjoint.

Docteur P	« L'avantage, c'est que si on leur montre en consultation, on pourra les rassurer et répondre à leur question donc ça c'est bien. »
Docteur L	« Oui, moi je pense que l'idéal c'est de les regarder avec elle. De commenter »

2. Au domicile de la patiente.

Mais également de donner la possibilité à la patiente de visionner la vidéo tranquillement à son domicile.

Docteur La	« Bah peut-être dans la sensibilisation de la patiente, lui donner un support. Moi je serai pour lui donner un support vidéo. »
Docteur O	« Après, le développement de la grossesse avec les différentes étapes du premier, deuxième et troisième trimestre, ça, ça peut être un lien pour donner aux mamans. »

3. Sur internet.

Dans la même optique de pouvoir visionner la vidéo à la maison, certains évoquaient la possibilité de rendre disponible la vidéo directement sur internet.

Docteur O	« Honnêtement, ce genre de film, va vite se retrouver sur une centrale. Ça peut être un lien. Soit il est en mode protégé et il est sur un lien diffusé au niveau des Hauts de France. En le diffusant aux médecins ou aux sages-femmes, par n'importe quel biais. Soit, ça sera visible et disponible sur une banque de données. »
-----------	---

Certains évoquent l'idée de la mettre sur You-Tube, mais d'autre se questionnent sur le risque d'absence de réponse de l'outil si la femme enceinte la regarde seule, sans être accompagnée par un professionnel.

Docteur C	« Oui, pourquoi pas You-tube. Moi, les vidéos que je montre, c'est sur You-tube. Aucun souci. En général, je copie le lien et je leur dis de regarder ça. »
Docteur Bo :	« Youtube. Après, il y a tellement de chose qui y traîne, c'est pas terrible quoi. »

Pour d'autres, mettre la vidéo en lien sur le site Gestaclic semble pertinent et facile d'accès. Le problème serait lié au fait que l'on ne sélectionnera qu'une petite population de médecin qui utilisent déjà le site. Tous les médecins ne connaissent et n'utilise pas Gestaclic.

Docteur P	« De plus, actuellement en médecine générale, beaucoup de mes confrères et moi-même, utilisons gestaclic, je vous en ai déjà parlé. [...] ce qui pourrait être intéressant d'intégrer les vidéos à ce site-là. Pour qu'il est accès facile entre les deux, quitte à ce qu'il soit ouvert au niveau du programme.
-----------	--

4. En salle d'attente.

Autre mode de diffusion également évoqué, celle de la salle d'attente.

Docteur B	« Idéalement, elles ont le temps dans la salle d'attente. Si elles attendent au moins dix minutes, euh..., c'est là que l'on peut vraiment les capter. Elles ont pas grand-chose à faire. »
-----------	---

Docteur Bo	« Et puis, pourquoi ne pas le diffuser en salle d'attente aussi. »
Docteur O	« Après, ça peut être très intéressant de... Après, nous on a des écrans en salle d'attente, mais avoir une petite vidéo sur le suivi qui pourrait être mis en salle d'attente. »

5. En cours de préparation à l'accouchement.

D'autres voient principalement cet outil, notamment la seconde vidéo, chez la sage-femme, lors des cours de préparation à l'accouchement.

Docteur Bu	« Donc, je pense qu'il a plus sa place au cours des cours de préparation à l'accouchement. »
Docteur W	« La seconde vidéo, je la verrai sur l'obstétricien, qui expliquera les phases de l'accouchement, lors des cours de préparation à l'accouchement. »

En terme de timing, pour la plupart, il semble judicieux de proposer la visualisation de la première vidéo en début de grossesse.

Docteur W	« Je pense qu'en début de grossesse, je pourrai être amené à utiliser la première vidéo »
Docteur C	« La première, c'est un bon outil à utiliser en début de grossesse. Pour leur montrer leur anatomie, les modifications physiologiques qu'elles peuvent ressentir, les risques qu'elles peuvent avoir pour faire telle ou telle activité, ou les non-risques. C'est un bon outil. »

6. Autres.

Un médecin se voit également l'utilisé en consultation de gynécologie tout venant.

Docteur Bo	« Oui, pourquoi pas, en consultation de gynéco, en consultation tout venant, même pas forcément que lors des consultations de suivi de grossesse. Pour bien expliquer. »
------------	--

Une autre m'expliquait qu'elle le proposerait en consultation pré conceptionnelle, voir même en post-partum, pour permettre de revenir l'accouchement.

Docteur O	<ul style="list-style-type: none"> - « Parce que je pense que sur l'anatomie, celui-là on peut l'utiliser en pré-conceptionnel et en début de grossesse, au premier trimestre. » - « Ou même de fois, en post partum. Parce que des fois, elles n'ont pas compris ce qui s'est passée. Ça peut être intéressant de réexpliquer en post-partum. »
-----------	--

4. Quelles sont les conséquences sur la routine des consultations prénatales si le médecin intègre ce nouvel outil à sa pratique.

Certains médecins sont d'ores et déjà, prêt à modifier leur consultation où leur suivi, en y ajoutant la vidéo à leur routine.

1. Changement de support.

Cela ne serait pas forcément responsable d'une modification de l'information délivrée, mais un changement de support.

Docteur O	« Je le fais déjà. Ça sera juste un autre support. Au lieu d'avoir un support papier, ça sera un support vidéo. C'est pas pareil. Enfin, c'est pareil mais pas pareil »
-----------	---

2. Adapter la durée de consultation

En faisant le choix de diffuser la vidéo en consultation, les médecins évoquent soit la nécessité d'augmenter la durée de leur consultation, soit d'ajouter une consultation supplémentaire. Dans tous les cas, cela ne semble aucunement un problème pour eux.

Docteur Bo	« Non, peut être que du coup j'ajouterai du temps. Je fais, de base, des consultations de vingt minutes. Donc, voilà ça déborderait sûrement sur la suivante, donc je prendrai peut-être deux consultations. Donc, au total une quarante de minutes. »
Docteur W	« Les consultations, oui. Parce que je pourrai être amené à leur montrer. [...] Je pense qu'il faudrait que je les invite à revenir pour séparer l'administratif et leur montrer l'évolution. »

3. Être disponible pour répondre aux questions.

Si le médecin décide de donner la vidéo à la patiente pour permettre son visionnement à la maison, il semble important pour lui d'être disponible pour revoir sa patiente et répondre aux questions de celle-ci.

Docteur L	« A ce moment, je serai amenée à la revoir plus vite. J'adapterai mon suivi, je n'attendrai pas un mois pour répondre à leurs questions. »
Docteur W	« Pourquoi ne pas ajouter à la fin de la vidéo, un petit message expliquant que le médecin traitant est disponible pour répondre à leur question si elles le désirent. »

E. Discussion autour de l'outil.

1. Questionnement sur l'information donnée aux patientes, la vidéo va-t-elle les rassurer ou les angoisser ?

Certains médecins se sont questionnés sur le risque d'angoisser leurs patientes en leur montrant la vidéo.

Docteur P	« Mais par contre effectivement, pour l'accouchement, là pour les patientes à ce stade là, ça serait trop angoissant de voir la vidéo. »
Docteur L	« Parfois, donner trop d'information ça peut créer de la peur. Parce que ce n'était pas dans leur imaginaire, dans leur tête ce n'était pas visualiser comme cela. »

A contrario pour d'autre, les vidéos ne semblent pas être anxiogène pour les patientes.

Docteur W	« Non. Plutôt, le sentiment inverse. Le fait de savoir, en connaissance de cause... L'anxiété vient plutôt des choses que l'on ne sait pas. »
Docteur Bo	« Non, je ne trouve pas que ce soit anxiogène pour la dame. »

Voir même permettre de lutter contre l'anxiété.

Docteur La	« D'autres qui sont intéressées, justement ça peut lutter contre l'anxiété. »
Docteur O	« Ou s'il y a des questions sur l'accouchement, ou des peurs. Parce qu'il y a des femmes qui ont peur d'accoucher. »

2. Le concept du cas par cas.

Concrètement les avis restent très variés. A la fois, certains médecins ne s'imaginent pas du tout utiliser nos deux vidéos, alors que d'autres oui. De plus, certains médecins évoquaient la notion de cas par cas, inhérent à la profession de médecin généraliste. Devoir s'adapter à nos patientes, leur vie, leurs attentes, qui évoluent en fonction de la période de leur vie.

Docteur O	« Alors pas systématiquement. Mais ça pourrait être utile. La médecine générale ça reste du cas par cas, donc je m'adapterai à la demande de la patiente. »
Docteur C	« A la demande. Après, je pense que certaines préfèrent ne pas savoir. »

Ce concept du cas par cas peut également être extrapolé au médecin.

Docteur O	« Ça doit dépendre de l'implication de chacun et du secteur aussi. »
-----------	--

Avec notamment le concept que tout médecin s'approprie les outils pédagogiques dont il dispose et les utilise à sa façon, qui ne sera pas forcément identique à celle de son confrère.

Docteur O	« Après je pense que tout outil pédagogique peut être utile et peut apporter quelque chose. Après, c'est à chacun de l'utiliser ou pas. C'est, bénéfique d'un outil... Chacun va utiliser à sa manière et d'une certaine façon. »
-----------	---

De plus, le mode de fonctionnement des médecins et la vision propre face à l'outil divergeaient entre eux. Certains médecins se sont questionnés sur leur rôle durant la grossesse. Pour certains, l'éducation de la patiente sur leur anatomie, les modifications corporelles, et la période de l'accouchement, n'étaient pas de leur ressort mais plutôt celui de la sage-femme, ou des cours de préparation à l'accouchement. Certains ne se sentaient pas concernés par le message véhiculé par les vidéos.

Docteur D	« Non, je vais pas passer une vidéo à un patient. Y a pas de... L'objectif pour moi d'une consultation et du suivi de grossesse, c'est pas d'expliquer l'anatomie d'un accouchement. »
Docteur Bu	« En médecine de ville ? Non, parce que c'est très orienté accouchement. Donc nous on est plus orienté, suivi, que la grossesse se passe bien pour qu'elle puisse être amenée à son terme. Donc là, c'est plus ciblé accouchement. Je pense que nous on est pas ciblé accouchement. »

De plus, certains se demandaient même s'il était nécessaire de les informer sur ce sujet.

Médecin M	« Pareil, pour les patientes, est-ce qu'elles ont besoin de savoir tout ça. C'est une question qu'on peut se poser, peut être que oui. »
Docteur D	« Non. Si elles me demandent un cours d'anatomie, je vais le donner. Mais je peux vous dire que dans toutes les parturientes que j'ai, il n'y en a jamais une qui me le demande. Et, est-ce qu'elles doivent le savoir pour accoucher ? »

Pour d'autres, même si la vidéo les intéresse, malheureusement, comme ils ne suivent que le début de grossesse, la patiente n'est pas encore prête à se projeter dans l'accouchement.

Docteur O	« Maintenant, concrètement, le premier trimestre on est tôt, elles ne sont pas dans ce projet là encore. Les femmes, elles sont encore avec leurs signes sympathiques de grossesse. Tant qu'elles n'ont pas encore eu leur première échographie, elles ne sont pas du tout dans cette dynamique-là. »
Docteur S	« Pas pour mes suivies de grossesse au début. Comme moi, je fais beaucoup de début, je ne vais pas leur montrer tout de suite. »

D'autres considèrent que le médecin possède également un rôle important dans la préparation à l'accouchement.

Docteur Bo	« Dans le suivi de grossesse, moi je pense que je les utiliserai bien. [...] Je les voie jusque six mois, donc peut-être à la dernière consultation. »
Docteur S	« Si on me demande comment se passe un accouchement. La deuxième vidéo je pourrai la monter. »

Avec, notamment, une autre qui expliquait qu'il serait judicieux d'aborder le plus tôt possible la période de l'accouchement, pour préparer au mieux la femme enceinte.

Docteur C	« Après, je sais que beaucoup de sage-femme, dans leur suivi, elles en parlent. Mais c'est vrai que les cours de préparation à l'accouchement, en générale, elle arrive un peu tardivement. Parfois même trop tard. [...] Donc, moi, je trouve que les informations doivent être données avant. Parce que parfois, en effet, attendre les derniers mois, c'est trop tard. C'est bien que ce soit déjà un peu expliqué avant, parce que parfois, il y a déjà des questions qui se posent avant. »
-----------	--

3. Le concept du couple dans la grossesse.

Après quelques entretiens, la question de la place de l'homme dans la grossesse a émergé. J'ai donc intégré par la suite cette question à mon guide d'entretien. La présence du partenaire au cours des consultations prénatales reste très variable.

Dans la majorité des cas, il semble peu présent lors des consultations prénatales.

Docteur Bu	« Alors très peu. La première consultation très peu et après en consultation de suivi... Non très peu. »
Docteur W	« Je leur propose souvent de revenir avec le futur papa. Et ce n'est pas souvent que ça arrive. »

Pour la plupart, il semble plus présent lorsqu'il s'agit une première grossesse.

Docteur C	« Ça dépend. C'est souvent fréquent dans une première grossesse et beaucoup moins dans les suivantes. »
-----------	---

Ou lors des premières consultations, notamment lors du diagnostic de grossesse.

Docteur W	« Donc, c'est souvent sur les premières consultations. Quand on fait le diagnostic de grossesse. »
Docteur O	« Souvent les premières, après... »

Quand ils sont présents leurs questions sont très variables allant de comprendre ce que ressent leur femme, des questions purement administratives ou des inquiétudes relatives au travail de leur compagne.

Docteur L	« Oui, si si, des questions sur ce qu'elles peuvent manger, sur pourquoi elle est fatiguée. Sur les symptômes qu'elles ressentent. »
Docteur W	« Mais c'est le plus souvent, administratif. »
Docteur Bu	« Ou l'activité professionnelle de la patiente qui peut interroger le papa, qui s'inquiète. C'est surtout ça. »

Pour certains médecins, le compagnon ne possède pas de place dans le suivi de la grossesse, voir même complique la gestion de la consultation du médecin quand il est présent.

Docteur O	« Je ne suis pas sûre qu'il y ait un intérêt grandiloquent à venir pour voir un examen gynécologique. »
Docteur S	« Quand, ils sont présents, ils sont plutôt relou. [...] Quand ils sont là, bah, moi personnellement, ils ne me servent pas à grand-chose. Après ils peuvent être là, mais moi, ils ne me servent pas à grand-chose. »

De plus, pour un médecin la vision de l'accouchement présente un coté dégradant pour la femme, elle considère que l'homme ne devrait pas avoir cette vision de sa compagne.

Docteur Bu	« Moi je ne trouve pas ça très valorisant pour une femme d'accoucher. De voir un périnée qui se dilate, c'est pas très... Donc, je trouve que c'est un coté peut-être un peu plus dégradant pour la femme. [...] Donc, c'est pour ça que le partenaire n'a pas du tout sa place à ce moment-là. »
Docteur S	« Je ne suis pas partisante du compagnon au pieds de la dame quand elle accouche. Je pense que son rôle c'est de soutenir sa dame à la tête. [...] Je ne suis pas très partisante qu'ils voient tout. »

Pour eux, proposer le visionnement des vidéos aux futurs papa, ne semble pas être juger utile, voir même risquer de leur faire peur.

Docteur Bu	« Pour lui faire peur ? Non. »
------------	--------------------------------

Pour d'autres, cela pourrait permettre au couple d'avoir la même vision de la grossesse et de l'accouchement.

Docteur La	« En ayant vu les mêmes images, ils auront la même représentation de la grossesse et de l'accouchement. »
------------	---

Permettre d'intégrer le compagnon à la grossesse et à la naissance de son futur enfant.

Docteur C	« Pour le faire investir aussi parfois la grossesse. Il se sentira un peu plus concerné. Lui permettre de comprendre les symptômes qu'elle peut avoir. Globalement, moi je suis content quand il y a un homme et qu'il investit la grossesse. »
-----------	---

De même, permettre de connaître le corps féminin et d'en comprendre les modifications au cours de la grossesse, pour leur permettre de comprendre les symptômes dont se plaint leur compagne.

Docteur W	« C'est pareil si les femmes ne connaissent pas bien leur corps, les maris, pas forcément non plus. »
Docteur La	« Alors déjà qu'il voit le corps de la femme, avec la première partie, je pense que ça peut être pas mal, pour qu'il comprenne ce qu'il se passe. Euh, les organes génitaux, je pense que ça peut être très intéressant qu'il sache ce que c'est. »
Docteur C	« Lui permettre de comprendre les symptômes qu'elle peut avoir. »

Permettre également d'ouvrir le dialogue au sein du couple.

Docteur La	« Donc, s'ils ont une même représentation, ça permet d'en discuter éventuellement. »
Docteur C	« Les vidéos pourraient permettre d'ouvrir le dialogue, leur permettre de poser des questions. »

En tout cas, il semble important, comme pour la femme, de proposer les vidéos sans les imposer. C'est à dire tenir compte du ressenti du futur papa, de son niveau d'implication et d'intérêt face à la grossesse.

Docteur L	« Il y en a certains qui ne veulent rien voir ou rien savoir. Ils ne veulent pas voir le corps de leur compagne se déformer. Ça peut être à titre indicatif, très intéressant mais faut que ce soit à partir de leur demande. »
Docteur Bo	« Alors, on est dans les Flandres. Certains oui, d'autres non. Disons, qu'il y a certains papas très modernes, qui sont protecteur avec leur épouse, et qui on envi de savoir. Et d'autres... « c'est une histoire de femme ». »

DISCUSSION

Notre étude nous a permis d'explorer la place d'un outil multimédia lors des consultations de suivi de grossesse par le médecin généraliste. Les médecins interviewés nous ont donné leur point de vue sur un outil vidéo développé portant sur le thème de la grossesse et le travail physiologiques. Les retours sont positifs, et révèlent un réel potentiel, à ce jour inexploré dans son utilisation notamment dans l'information dispensée aux parturientes.

Formation des médecins généralistes

Parmi les médecins interrogés, tous présentaient un attrait pour le domaine de l'obstétrique, c'est ce qui leur a donné envie de proposer ce domaine de compétence dans leur pratique quotidienne. Ils pensent jouer un rôle important dans le suivi de leur patiente enceinte, principalement basé sur la relation de confiance qu'ils ont liée au fil des années. La plupart des médecins se sentaient à l'aise lors de leur consultation de suivi de grossesse, grâce à leur expérience professionnelle acquise lors de leur internat et externat. Certains ont choisi de participer au DIU de formation complémentaire en Gynécologie et Obstétrique pour confirmer leur compétence. Les difficultés évoquées étaient soit liées directement à la médecine générale soit à certaines situations cliniques. Les médecins connaissaient les principaux outils mis à leur disposition pour encadrer leurs consultations, comme le carnet de maternité vu comme un outil de liaison avec la maternité. Mais également les outils disponibles sur internet, comme les recommandations HAS, celle du CNGOF ou encore les sites internet comme le CRAT ou GESTACLIC.(4),(5),(14),(15) Lorsque l'on évoque la possibilité d'utiliser un outil en cours de consultation, la question du jugement des patientes a pu être abordée. Un médecin évoquait la réticence de certains de ses confrères à effectuer des recherches, par exemple sur internet ou dans le Vidal, en cours de consultation en présence de la femme. En effet, dans une précédente étude, l'un des obstacles à l'utilisation d'internet en cours de consultation était la peur de la détérioration de la relation médecin-patient. (27) Pour autant, ils leur semblaient important de connaître leurs limites et d'adresser facilement leurs patientes lorsque leurs compétences de médecins généralistes n'étaient plus suffisantes pour permettre un suivi optimal. En effet les médecins généralistes semblent conscients de leurs limites et de l'importance des FMC pour améliorer leur savoir-faire. (28) L'utilisation de l'outil multimédia dans le cadre de la formation du médecin généraliste possède un haut potentiel, notamment concernant la formation initiale. Ce type d'enseignement a déjà été évalué dans de précédentes études, dans la formation initiale d'étudiant en médecine ou non. (29) (30) Même si ce type

d'enseignement seul ne semble pas encore, supérieur aux cours magistraux.(31) Dans le cadre de la formation continue, l'opinion des médecins interrogés sur notre outil restait divergeant. Le médecin a obligation de se former en continu légalement depuis 1996. Depuis 2013, tous les professionnels de santé doivent s'engager dans au moins un programme de DPC tous les 3ans.(32) Les besoins de formation des généralistes en gynécologie s'inscrivent dans un contexte très dépendant de la demande des femmes et des contraintes d'exercice. (33) (34)

L'outil vidéo, un outil novateur

A l'heure actuelle, la formation continue peut être dispensée à la fois par des cours magistraux mais également par E-Learning. Cette dernière forme, en plein essor, ne tend pas à sursoir aux méthodes traditionnelles d'apprentissage dirigé par un professeur mais comme une méthode complémentaire.(35) L'outil multimédia peut être facilement assimilé au E-Learning. Les freins à l'utilisation du E-learning ont pu être mis en évidence dans précédentes études et rejoignent ceux que nous avons évoqués.(36) Notamment par le manque de convivialité, ainsi que d'interaction tant entre les apprenants qu'avec les experts et l'absence de superviseur.

Le concept de l'outil multimédia ne semble pas encore être utilisé en pratique médecine générale. Parmi notre panel d'interviewés, seul deux médecins utilisaient déjà cet outil dans l'éducation de leur patient. Mais les vidéos ne concernaient pas le domaine de la gynécologie et l'obstétrique, puisqu'à ce jour il ne semble pas exister de support adapté. Tous les médecins s'accordaient sur la nouveauté et le potentiel qu'offrait notre outil tant dans la formation des médecins que dans l'éducation de leurs patientes.

Pour les médecins, le domaine de l'obstétrique est en éternel mouvement. Même si le fond de l'enseignement est toujours le même, le rapport patients/médecin dans ce domaine est en évolution. Par conséquent, devoir continuellement se former sur le sujet semble indispensable. Notre outil, pour certains, leur a permis de nombreux rappels, ainsi que de rafraichir leur connaissance, voir même de leur donner une sérénité lors de leurs prochaines consultations. Outre ce rappel de connaissances, certains médecins ont évoqué le risque d'être confronté lors de leur carrière à l'accouchement inopiné. Même si, pour la plupart, cela reste du domaine de l'exceptionnel, ce risque a été spontanément abordé par plusieurs médecins, lors de la visualisation de notre seconde vidéo. L'utilisation de ce support, pour notamment visualiser le passage de la filière génitale par l'enfant, semble pouvoir permettre d'aborder plus sereinement ce risque si jamais il y était confronté.

Même si l'outil multimédia semble trouver une place dans la formation continue des médecins, il ne peut encore suppléer un cours magistral. En effet, la possibilité de raisonner avec nos confrères gynécologues n'est pas envisageable lors de l'utilisation de l'outil vidéo. De même,

l'utilisation de nos deux vidéos présente un intérêt dans la formation médicale continue si le public est intéressé par la thématique de la maïeutique. En effet il ne semble pas intéressant de proposer l'outil à un public qui n'effectue pas de suivi de grossesse.

Tous s'accordent sur l'utilité de diffuser notre outil aux étudiants en médecine lors de leur internat. Ainsi outre, le potentiel dans le cadre de la formation continue, notre outil présente un intérêt dans la formation initiale du médecin généraliste.

Utilité pour les patientes

Les questions fréquemment posées par les patientes à leur médecin concernent les modifications corporelles au cours de la grossesse. Les médecins évoquent la volonté des femmes de « tout connaître ». Pour cela, elles vont facilement rechercher des réponses sur internet. Cela semble poser problème à certains médecins, notamment sur la fiabilité des informations trouvées. Notre outil, répond donc à une attente des femmes, et présente l'avantage d'être un outil médicalement maîtrisé : celui-ci présente une réalité anatomique et médicale validée par différents professeurs de la spécialité. De plus, nous sommes actuellement dans l'ère du numérique, notre outil possède le potentiel d'être un support apprécié par la nouvelle génération.

Pour les médecins interrogés, les femmes ne connaissent qu'insuffisamment leur anatomie. Cette notion a été explorée lors d'un récent travail de thèse. Lors de ce travail, les femmes ont pu être interrogées sur les organes reproducteurs et la plupart ne possédait que peu de connaissance sur le sujet, il en est de même pour le mécanisme de la reproduction et la fertilité/infertilité. La principale source d'information des patientes interrogées était représentée par les médias. (37) Une seconde thèse explorait les connaissances sur la physiologie de la grossesse. Les femmes semblaient connaître les différentes modifications corporelles sans forcément en connaître la physiologie. De plus, le vécu de l'accouchement a pu être exploré. Pour la plupart celui-ci était mal vécu. (38) D'où l'importance de librement communiquer dessus, et revenir sur le sujet en post partum. L'avantage de la 3D par rapport au planche anatomique est représenté par le côté cinétique et visuel. Son utilisation pour expliquer l'anatomie et notamment le corps féminin permet de faciliter la compréhension et l'assimilation.

Les médecins effectuant du suivi de grossesse s'accordent sur leur rôle dans l'éducation de leurs patientes, et notamment sur l'importance de gommer les idées reçues. La visualisation de nos vidéos auprès des patientes leur permettrait d'ouvrir le dialogue et de communiquer une information claire, précise et orientée à la femme enceinte. En ce qui concerne l'éducation de la patiente, des règles de bonnes pratiques ont été éditées par l'HAS, préconisant la participation active de la femme et du couple dans leur projet de naissance. Cela passe par une continuité de la démarche de soins et une meilleure coordination par un travail en réseau, quels que

soient la discipline et le mode d'exercice. Pour l'HAS, le médecin généraliste possède une place dans cette éducation de la femme et du couple lors de cette période de vie charnière pour la santé de la femme. (39)

En termes d'éducation des patientes, les outils multimédias sont bien perçus par ses derniers, étant visuellement attrayant et divertissant. Cependant, il faut que les scénarios pédagogiques soient fondés sur des preuves scientifiques pour pouvoir être utilisé comme outils éducatifs. (40) Le médecin doit donc pouvoir connaître ce type d'outil. Il semble intéressant qu'il puisse également en conseiller à ses patients, notamment ceux issus de sources scientifiques. Les points forts de nos vidéos mis en avant par mes confrères étaient sa pédagogie, la qualité des images et le réalisme des scénarios, ainsi que la simplicité du discours. La seconde vidéo portant sur l'accouchement a porté plus à discussion que la première. En effet pour certain, le médecin généraliste ne possède pas sa place dans la préparation à l'accouchement, pour d'autre c'est tout l'inverse. En effet, la visualisation de la seconde vidéo apporte à la patiente des explications sur les différents examens réalisés en salle de naissance, permet de visualiser la mécanique des poussées par exemple.

En apportant cet outil aux patientes, certains médecins évoquaient la crainte de provoquer une réaction contraire à celle attendue initialement. En effet, ils évoquaient le risque que l'outil soit anxiogène pour leurs patientes, et s'interrogeaient sur l'utilité d'apporter ces informations. Pour d'autres, l'outil semble répondre à une attente des femmes et peut être utilisé à visée de réassurance. Un médecin a utilisé la maxime suivante : « c'est l'inconnu qui fait peur ».

L'utilisation de cet outil auprès des patientes nécessiterait que le médecin modifie ses habitudes, pour lui permettre de s'adapter à un nouvel outil. Cela peut représenter un frein à son utilisation.

Critères de l'étude

Ce type d'étude nous semblait adapté puisque nous recherchions le point de vue des médecins généralistes face à notre outil et également leurs critiques constructives positives ou négatives. C'est donc tout naturellement que le choix de l'étude qualitative s'est imposé à nous.

En effet ce type d'étude est communément appelée par certains auteurs recherche « compréhensive ». (41),(42) Il s'agit d'une étude rigoureuse qui répond aux critères de scientificités de l'étude qualitative (43) :

- L'existence d'un entretien test pour valider le questionnaire, dont le résultat n'a pas été pris en compte dans l'analyse des données
- La neutralité de l'interviewer, n'étant pas l'un des auteurs des vidéos, il m'était d'autant plus facile de garder un regard neutre sur le jugement de mes confrères.

- Le respect d'une méthodologie systématique clairement expliqué au début de mon travail, permettant la reproductibilité de l'étude.
- La triangulation des données, en effet la totalité de mes entretiens a été codé une seconde fois par une interne en médecine générale Mme COPPIN Julie, qui ne présentait aucun conflit d'intérêt avec l'étude.
- L'obtention de la saturation de données, avec deux entretiens supplémentaires pour confirmer celle-ci.

Limites et biais

Il est important de noter que je n'ai pas été formée à la technique de l'entretien. Cela a pu se ressentir lors de mes premiers entretiens. En effet, au commencement, mon guide d'entretien était beaucoup trop directif avec des questions qui n'ouvraient que peu à la discussion. Mon questionnaire a beaucoup évolué sur mon année de recueil. Au fur et à mesure, j'ai pu acquérir certaines compétences. Notamment, réduire au maximum mes interactions et garder pour moi mes opinions personnelles. J'ai pu expérimenter certaine technique de reformulation notamment celle de la relance (« Et puis ? », « Mais encore ? ») ou celle de l'approfondissement (« Qu'entendez-vous par là ? », « Pouvez-vous développer ? »). J'ai également appris à pratiquer l'écoute active, en cherchant à « faire dire plutôt que de dire ». L'ensemble de ces nouvelles compétences me seront utiles au quotidien dans ma pratique de la médecine générale en consultation avec mes patients.

Le recrutement des médecins s'est fait sous le mode du « snowball sampling » ou « effet boule de neige » en français. En effet, les médecins interviewés identifiaient dans leur connaissance des personnes susceptibles d'être de bon participant à l'étude. Ce mode de recrutement plus opportuniste que raisonné peut-être responsable de tronquer certaines réponses. De plus l'intervieweur étant de la même profession que l'interviewé, cela peut être à l'origine d'un certain biais d'investigation. Dernièrement, je n'ai pu recruter que deux hommes pour dix femmes. La population féminine des médecins généralistes n'est pas majoritaire avec 48.2%. (44) Il est important de noter que dans une étude récente, 66 % des médecins généralistes femmes déclarent avoir vu au moins une fois par trimestre une patiente pour le suivi régulier d'une grossesse, contre 53 % des généralistes hommes. La probabilité de suivre au moins une fois par trimestre une patiente pour le suivi régulier d'une grossesse est plus élevée chez un médecin femme que chez un homme, à autres caractéristiques données identiques (odds-ratio significativement supérieur à 1, au risque de 5 %). (45) Au total, les médecins interrogés ne sont pas représentatifs de la population des médecins des Hauts de France. Mais, sur ce point, il s'agit d'une étude qualitative qui ne demande pas d'obtenir un

échantillonnage représentatif mais en variation maximale. C'est-à-dire que la recherche de la variété des intervenants permet d'obtenir une multitude de réponses aussi variées que possible jusqu'à l'obtention de la saturation de donnée.

Pour m'adapter au maximum au planning des médecins, je les laissai choisir le lieu de l'entretien. Pour dix d'entre eux, l'interview s'est déroulée au cabinet, ayant pour conséquence prévisible des interruptions intempestives pour certains. De plus, même si lors de l'entretien téléphonique les médecins étaient prévenus sur la durée prévisionnelle de l'interview, certains ne l'avaient pas pris en compte dans leur planning de rendez-vous. Ce manque de temps a pu être responsable d'un empressement dans la réalisation de l'entretien.

Perspectives

Nos différents entretiens ont permis de nous donner quelques pistes sur le mode de diffusion de notre outil. Certains médecins proposaient de le mettre à disposition sur internet. Le risque de dérive a été évoqué. En libre accès sur internet, les questions qui peuvent émerger dans l'esprit des femmes risquent de rester sans réponse. Un médecin a proposé d'ajouter une note à la fin des vidéos pour rediriger les patientes vers leur médecin traitant. Pour d'autres, il semblait plus opportun de garder l'outil au sein d'un public d'initiés, en le diffusant par exemple via les FMC. D'autres utilisant le site GESTACLIC, voient la possibilité d'intégrer nos vidéos au sein de celui-ci. Le médecin ayant accès à la vidéo, pourra proposer à la femme enceinte de la visualiser au cours d'une consultation, ou même lui communiquer pour permettre de la visionner à la maison. Un autre mode de diffusion a été suggéré, notamment via nos collègues sage-femme, comme support à leur cours de préparation à l'accouchement.

Notre travail nous permis d'aborder des pistes d'améliorations, à la fois sur le fond et sur la forme, pour l'optimiser. En ce qui concerne le contenu de nos vidéos, les médecins proposent de supprimer le passage portant sur les différentes présentations du pôle céphalique, considérant l'information trop spécialisée à la fois pour le médecin et pour la patiente. Ils évoquent également la possibilité d'étoffer les informations en y incorporant les règles hygiéno-diététiques, le concept « zéro alcool, zéro tabac » etc. Pour d'autres, il semble intéressant d'aborder le début du travail ainsi que la délivrance. Néanmoins ce dernier sujet fait l'objet d'une autre vidéo. Pour la forme, la question du son associé à la vidéo était constante. En effet, nos vidéos ne sont accompagnées d'aucun commentaire audio ou de bande son. Pour certains, cela s'adapte plus facilement à la consultation de médecine générale. Pour d'autres, les textes défilant trop rapidement, l'ajout de commentaire audio permettrait de se concentrer sur les images. Un autre point a été soulevé : la durée des vidéos. Certains la jugeaient trop longue pour s'intégrer dans une routine de consultation, et se proposaient de fractionner les deux

vidéos. D'autres considéraient que le médecin faisant le choix de faire du suivi de grossesse, doit pouvoir prendre son temps. Ce temps étant nécessaire dans l'éducation de leurs patientes.

Notre étude a permis de recueillir le point de vu des médecins généraliste sur notre outil. Pour eux, il présente une place privilégiée dans l'éducation auprès des femmes enceintes. Il semble intéressant de pouvoir directement confronté notre outil à l'avis des femmes enceintes. Une prochaine étude pourra explorer le point de vu des femmes enceintes sur l'apport de l'outil multimédia dans l'apprentissage de leur corps et sur leur approche de la grossesse et de l'accouchement.

CONCLUSION

Le médecin généraliste possède sa place dans le cadre du suivi de grossesse. Actuellement sa formation s'effectue lors de cours magistraux et lors de ses stages. Il peut parfaire ses connaissances sur le sujet soit sous la forme de DIU ou lors de réunion FMC. Il est important que la formation du médecin généraliste soit de qualité, à la fois pour permettre un suivi adapté de ses patientes mais également pour apporter une information claire et fiable aux femmes enceintes de son cabinet. Lors de notre étude, les médecins s'accordent sur ce sujet.

A l'heure du multimédia, il semblait intéressant d'étudier la place d'un nouvel outil multimédia de type vidéo dans le cadre de la formation des médecins ainsi que dans l'information fournie aux patientes. Cet outil, dans l'ère du temps et apprécié par la nouvelle génération, a suggéré son utilité dans la formation médicale initiale des médecins généralistes. Dans le cadre de la formation continue, les opinions semblent diverger. Ce qui est certain, c'est qu'il s'agit d'un outil complémentaire permettant de bons rappels et à destination de médecins soucieux de se former sur le sujet. La place de l'outil, à visé de réassurance, en cas d'accouchement inopiné a également été évoquée.

Pour les patientes qui recherchent de plus en plus d'information sur internet, le médecin possède un rôle non négligeable de modérateur. Notre outil a l'avantage de répondre à la curiosité des femmes actuelles relative à leur anatomie et à leur grossesse, tout en étant un outil médicalement validé. Les médecins interrogés se projettent facilement sur l'utilité de notre outil dans l'interaction avec leurs patientes dans le cadre de leur éducation portant sur la grossesse.

En ce qui concerne notre outil, certaines pistes d'amélioration vont pouvoir être explorées, afin de pouvoir optimiser le fond et la forme. De même, en ce qui concerne la diffusion de nos deux vidéos, certaines pistes ont émergé, avec par exemple, la présentation par expert lors de soirée de FMC, ou sa diffusion auprès de nos collègues sages-femmes.

Dans cette ère du tout numérique, notre outil semble pouvoir trouver sa place.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Institut national de la statistique et des études économiques (Insee). Naissances et taux de natalité en 2018 [Internet]. Insee. 2019. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380>
2. Légifrance. Examens médicaux obligatoires [Internet]. Code de la santé publique | Legifrance juin 14, 2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006190389&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
3. Légifrance. Examens de prévention durant et après la grossesse. [Internet]. Code de la Santé Public juin 14, 2019. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171127&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
4. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. 2016 [cité 6 oct 2019]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees
5. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français. Grossesse normale [Internet]. Chapitre 24 Item 22 – UE 2 – Grossesse normale. [cité 14 juin 2019]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/E-book/GO-2016/CH-31.html>
6. Blondel B, Kermarrec M. Enquête Nationale Périnatalité 2010: les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003. Unité de Recherches Épidémiologiques en Santé Périnatale et la Santé des Femmes et des Enfants; 2011 mai p. 21-2. Report No.: INSERM-U.953.
7. Haute Autorité de Santé. Données épidémiologiques générales liées à la grossesse [Internet]. 2012 janv p. 8. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2012-07/donnees_epidemiologiques_generales_liees_a_la_grossesse.pdf
8. Légifrance. Arrêté du 22 septembre 2004 fixant la liste et la réglementation des diplômes d'études spécialisées de médecine [Internet]. sept 22, 2004. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000807238#LEGISCTA000022798384>
9. Légifrance. Arrêté du 12 avril 2017 portant organisation du troisième cycle des études de médecine [Internet]. avr 12, 2017. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000034419758>
10. Faculté de médecine Henri Warembourg, Département de Médecine Générale de Lille, Collège des Enseignants de Médecine Générales de Lille. Objectifs de stages de Gynéco Obstétrique pour les internes de médecine générale [Internet]. [cité 17 juin 2019]. Disponible sur: http://medecine.univ-lille.fr/dmg_stages/
11. Université de Lille. Diplôme Inter-universitaire de formation complémentaire en gynécologie et obstétrique [Internet]. [cité 6 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.univ-lille.fr/formations/fr-MDUQU216.html>
12. Conseil National de l'Ordre des Médecins. La démographie médicale [Internet]. Conseil National de

- l'Ordre des Médecins. 2019 [cité 27 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medecale>
13. Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé. Le guide nutrition de la grossesse [Internet]. [cité 27 juin 2019]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=1059>
 14. CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte [Internet]. Disponible sur: <https://lecrat.fr/>
 15. GESTACLIC - Accueil [Internet]. Disponible sur: <http://gestaclic.fr/>
 16. Awatef BH. GESTACLIC Création et évaluation d'un site Internet d'aide au suivi de grossesse en médecine générale [Thèse de médecine générale]. Université Paris Diderot; 2014.
 17. Sandrin-Berthon B. L'éducation du patient au secours de la médecine. Biennales de l'éducation. Paris; 2000. (puf).
 18. Born to be alive | Naissance virtuelle en 3D [Internet]. Disponible sur: <http://www.borntobealive.fr/>
 19. Lagan BM, Sinclair M, Kernohan WG. What is the impact of the Internet on decision-making in pregnancy? A global study. *Birth Berkeley Calif.* déc 2011;38(4):336-45.
 20. Akrich M, Méadel C. Internet : intrus ou médiateur dans la relation patient/médecin ? *Santé Société Solidar.* 2009;8(2):87-92.
 21. myDiabby Healthcare [Internet]. mydiabby. [cité 27 juin 2019]. Disponible sur: <https://www.mydiabby.com>
 22. Burton-Jeangros C, Hammer R. Recherche d'informations sur internet : quels sont les usages des femmes enceintes ? *Rev Médicale Suisse.* 2013;9:895-7.
 23. Gagliano ME. A literature review on the efficacy of video in patient education. *J Med Educ.* oct 1988;63(10):785-92.
 24. Prieto-Pinto L, Lara-Díaz MF, Garzón-Orjuela N, Herrera D, Páez-Canro C, Reyes JH, et al. Effectiveness assessment of maternal and neonatal health video clips in knowledge transfer using neuromarketing tools: A randomized crossover trial. *PloS One.* 2019;14(5):e0215561.
 25. Crahay M. Chapitre 1. Qualitatif – Quantitatif : des enjeux méthodologiques convergents ? De Boeck Supérieur; 2006.
 26. Borges Da Silva. La recherche qualitative: un autre principe d'action et de communication. *Rev Méd Assur Mal.* juin 2001;32(2):117-21.
 27. Croste Emmanuel. Utilisation de l'internet dans le cadre de l'exercice professionnel. Enquête auprès de 300 médecins généralistes d'Aquitaine. [Diplôme d'état de docteur en médecine]. Université de Bordeaux 2- Victor Segalen; 2005.
 28. Lévasseur G, Bagot C, Honnorat C. L'activité gynécologique des médecins généralistes en Bretagne. *Santé Publique (Bucur).* 2005;Vol. 17(1):109-19.
 29. Koscinski I, El Alaoui-Lasmali K, Di Patrizio P, Kohler C. Videos for embryology teaching, power and weakness of an innovative tool. *Morphologie.* 1 juin 2019;103(341, Part 2):72-9.

30. Miller CJ, Metz MJ. Can Clinical Scenario Videos Improve Dental Students' Perceptions of the Basic Sciences and Ability to Apply Content Knowledge? *J Dent Educ.* 1 déc 2015;79(12):1452-60.
31. McNulty JA, Hoyt A, Gruener G, Chandrasekhar A, Espiritu B, Price R Jr, et al. An analysis of lecture video utilization in undergraduate medical education: associations with performance in the courses. *BMC Med Educ.* 27 janv 2009;9(6).
32. Agence nationale du Développement Professionnel Continu. Le DPC - Le DPC en pratique [Internet]. [cité 7 oct 2019]. Disponible sur: <https://www.agencedpc.fr/le-dpc-en-pratique>
33. Levasseur G, Bagot C, Honnorat C. Que disent les médecins généralistes de leurs besoins de formation en gynécologie ? *Pédagogie Médicale.* 1 févr 2002;3(1):19-24.
34. Ombelli J, Pasche O, Sohrmann M, Monti M. L'informatique : un outil remarquable pour l'enseignement de la médecine interne générale ! *Rev Médicale Suisse.* 2015;1074-80.
35. Ruiz JG, Mintzer MJ, Leipzig RM. The impact of E-learning in medical education. *Acad Med J Assoc Am Med Coll.* mars 2006;81(3):207-12.
36. Estriché de Baracé M. Quels sont les freins et les motivations à la participation à une formation e-learning pour les médecins généralistes du Finistère ? Enquête qualitative par entretiens semi dirigés de médecins généralistes ayant participé à une session d'e-learning du CHEM [Thèse de doctorat en médecine]. Université de Bretagne Occidentale; 2014.
37. Marchand J. Que savent les femmes ? : évaluation du niveau de connaissance des femmes âgées de 18 à 65 ans sur la physiologie gynécologique : étude qualitative [Doctorat de médecine]. [Lille]: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2019.
38. Mentre J. Que savent les femmes ? : évaluation du niveau de connaissance des femmes de 18 à 43 ans sur la physiologie de la grossesse : étude qualitative [Doctorat de médecine]. [Lille]: Faculté de Médecine Henri Warembourg; 2019.
39. Haute Autorité de Santé. Préparation à la naissance et à la parentalité [Internet]. Haute Autorité de la santé; 2005. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_272500/fr/preparation-a-la-naissance-et-a-la-parentalite
40. Lopez-Olivo MA, Suarez-Almazor ME. Digital Patient Education and Decision Aids. *Rheum Dis Clin North Am.* 2019;45(2):245-56.
41. Dumez H. Qu'est-ce que la recherche qualitative? *Libellio D'AEGIS.* 2011;7(4-Hiver):47-58.
42. Dumez H. Méthodologie de la recherche qualitative: Les questions clés de la démarche compréhensive. Vuibert; 2016. 256 p.
43. Drapeau M. Les critères de scientificité en recherche qualitative. *Prat Psychol.* 2004;1(10):79-86.
44. Mourgues Jean-Marcel. Atlas de la démographie médicale de France. Ordre Natl Médecins Cons Natl Ordre. :70.
45. Jean-François Buyck, Lelièvre Françoise, Tuffreau François, Hérault Thomas, Barlet Muriel, al. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse. oct 2016 [cité 22 oct 2019];(977):3. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er977.pdf>

ANNEXE 1 :

Questionnaire première version :

- Données épidémiologiques et activité du médecin :
 - 1) Quel est votre âge ?
 - 2) Quel est votre sexe ? F/M
 - 3) Qui êtes-vous ? Quel est votre formation en gynécologie-obstétrique?:
 - a Statut universitaire de base
 - b Diplome universitaire de gynécologie-obstétrique
 - c Formation médical continue
 - 4) Combien de suivi de grossesse effectuez-vous par an ?
(Moins de 10/an, 10 à 50 /an, 50 à 100/an, Plus de 100/an)
 - 5) Avez-vous le sentiment de maîtriser tous les paramètres de suivi de la femme enceinte ?
oui/partiellement/insuffisamment/pas du tout
 - 6) Quels outils utilisez-vous pour vous accompagner lors du suivi de la femme enceinte ?
Internet/ Livre/ Recommandations...
 - 7) Quels outils utilisez-vous pour délivrer les conseils et informations pratiques la grossesse aux femmes enceintes que vous suivez en soins primaires ? Tableau/site internet/ fascicule...
 - 8) Les trouvez-vous pratiques et complet ? oui/non
 - 9) Au cours de vos suivies de grossesse en soins primaires, les femmes enceintes vous posent-elles des questions sur les modifications corporelles qu'elles subissent ? Si oui, comment les renseignez-vous ?
 - 10) Au cours de vos suivies de grossesse en soins primaires, les femmes enceintes vous posent-elles des questions sur les phases de l'accouchement ? Si oui, comment les renseignez-vous ?
 - 11) L'idée de promouvoir un outil multimédia d'aide à l'information des patientes enceinte à faible risques suivies par les médecins généralistes en soins primaires vous paraît-elle

pertinente ? Tout à fait d'accord/ plutôt d'accord/ plutôt pas d'accord/ pas du tout d'accord/ ne se prononce pas

12) Pensez-vous maîtriser la totalité de vos consultations de suivi de grossesse ? Ou pensez-vous présenter des lacunes ?

13) Vous arrive-t'il de rencontrer des difficultés à renseigner vos patientes enceintes ?

- Évaluation de l'outil Multimédia

1) Que pensez-vous de l'utilisation d'un support multimédia comme outil de formation continue ?

2) Pensez-vous pouvoir utiliser ce type de support en consultation de médecine général ? Oui/Non, développez votre réponse

3) En ce qui concerne les vidéos, le choix de ces 2 scénarios pédagogiques vous semblent-ils pertinent ? Oui/Non, développez votre réponse

4) Ces vidéos ont-elles répondu à certaines de vos interrogations ? Si oui, lesquels ?

5) Ces scénarios pédagogiques vous ont-ils permis d'enrichir vos connaissances : de la grossesse, de l'accouchement ?

6) Après visualisation de ces 2 vidéos, votre examen clinique a-t'il été modifié ? Si oui, que faites-vous différemment ?

7) Après visualisation de ces 2 vidéos, votre suivi a-t'il été modifié ? Si oui, qu'allez-vous faire différemment ?

8) Ces informations vous ont-elles permis d'enrichir l'information que vous délivrez aux patientes ? Si oui comment ?

9) Si on vous propose de montrer ses vidéos à vos patientes, le feriez-vous ? Oui/Non

10) Selon vous quels sont les points forts de cet outil ?

11) Selon vous quels sont les points faibles de cet outil ?

ANNEXE 2 :

Questionnaire dernière version :

- Données épidémiologiques et activité du médecin :
 - 1) Quel est votre tranche d'âge ?
 - 2) Quel est votre sexe ? *Question non posée mais relevé par l'examineur.*
 - 3) Pourriez-vous me parler de votre parcours professionnel, et notamment sur le plan de la gynécologie-obstétrique ?
 - 4) Combien de suivi de grossesse effectuez-vous par an environ ? Combien de femme enceinte voyez-vous en consultation par mois environ pour un motif autre que le suivi de grossesse ?
 - 5) Quels sont les difficultés rencontrées lors de vos consultations prénatales ? Qu'est-ce qui vous fait vous sentir à l'aise en consultation de suivi de grossesse ?
 - 6) Quels sont les outils que vous utilisez pour vous accompagner dans vos suivis de grossesse ?
 - 7) Selon vous, dans quel mesure un outil vidéo vous semble-t-il pertinent en médecine générale ? Et quel pourrait être ses limites ?
 - 8) Utilisez-vous un outil pour délivrer les conseils et informations pratiques la grossesse aux femmes enceintes que vous suivez en soins primaires ? Tableau/site internet/ fascicule...
 - 9) Au cours de vos consultations quelles sont les questions les plus fréquentes que vous poses les femmes enceintes ? Vous questionnent-elles sur la période de l'accouchement ?
 - 10) Comment les renseignez-vous ?
 - 11) L'utilisation d'un outil vidéo en cours de consultation en présence de la femme pour la renseigner vous semble-t-il pertinent ?
 - 12) Lors de vos consultations, les femmes enceintes sont-elles accompagnées de leur partenaire ? Dans quelles mesures prennent-ils part à la consultation ? Vous posent-ils des questions ?
- Évaluation de l'outil Multimédia

- 1) En ce qui concerne les vidéos, en quoi le choix de ces 2 scénarios pédagogiques vous semble-t-il pertinent ?
- 2) En terme de connaissance sur la grossesse et l'accouchement, que vous apporte la visualisation de ses deux scénarios pédagogiques ?
- 3) Après visualisation de ces 2 vidéos, en quoi votre examen clinique pourrai-t'il être modifié ?
- 4) Après visualisation de ces 2 vidéos, en quoi votre suivi pourrai-t'il être modifié ?
- 5) Selon vous quels sont les points forts de cet outil ?
- 6) Selon vous quels sont les points faibles de cet outil ?
- 7) Dans quel contexte pourriez-vous être amené à utiliser ses deux vidéos ?
- 8) Au cours d'une consultation de MG pensez-vous pouvoir utiliser ces 2 vidéos avec vos patientes ?
- 9) De manière plus générale, dans quel but pourriez-vous être amené à montrer ses deux vidéos aux partenaires ?
- 10) Avez-vous des suggestions pour optimiser cet outil ?
- 11) Avez-vous d'autre chose à ajouter ?

ANNEXE 3 :

Verbatims :

Cf CD joint.

AUTEUR : Nom : LORIDAN

Prénom : ALEXANDRA

Date de Soutenance : 7 Novembre 2019

Titre de la Thèse : Evaluation de l'apport d'un outil multimédia dans le suivi de grossesse à faible risque : Etude qualitative réalisée auprès des médecins généralistes des Hauts de France.

Thèse - Médecine - Lille 2019

Cadre de classement : Médecine générale

DES + spécialité : Médecine Générale

Mots-clés : Outil multimédia, suivi de grossesse, médecine générale, formation initiale - continue, éducation.

Résumé :

Contexte : Le suivi de grossesse en France, comporte sept consultations prénatales. Dans le cadre d'une grossesse à bas risque, la parturiente peut décider d'être suivie par son médecin généraliste. Celui-ci possède une formation théorique sous forme de cours magistraux et pratique, acquise lors de ses stages. Il possède une place importante dans le suivi de la femme-enceinte et dans son éducation. Notre travail s'intéresse à évaluer un nouvel outil multimédia, une vidéo portant sur la grossesse et le travail physiologique, dans la formation initiale et continue du médecin généraliste, ainsi que dans l'éducation des femmes enceintes.

Méthode : Il s'agit d'une étude qualitative par entretien individuel semi-dirigé auprès des médecins généralistes des Hauts de France pratiquant le suivi de grossesse, recrutés par la méthode de proche en proche. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits mot à mot en verbatim. Une triangulation des données et une analyse thématique via le logiciel N-Vivo ont été réalisées.

Résultats : Douze entretiens ont été réalisés de novembre 2018 à septembre 2019. Les médecins s'accordent sur la complexité de l'obstétrique, avec la nécessité de continuellement se former. Dans cet optique, l'outil vidéo semble posséder sa place dans l'apprentissage initiale, ainsi que dans la formation continue à condition que le médecin présente un intérêt pour le sujet. Le cas de l'accouchement inopiné peut être responsable d'inquiétude. Notre vidéo semble être vu comme un outil de réassurance. La connaissance des femmes sur la grossesse semble être insuffisante et cet outil possède un réel potentiel pour pallier ce manque. Des pistes d'amélioration, ainsi que la discussion sur un mode de diffusion ont pu être exploré.

Conclusion : A l'ère du multimédia, notre outil possède un réel potentiel dans le cadre de la formation des médecins, initiale ou continue, et dans l'éducation des patientes. Il semble judicieux d'évaluer notre outil auprès des femmes.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Damien Subtil

Asseseurs :

- Madame le Professeur Chrystele Rubod Dit Guillet
- Monsieur le Docteur Philippe Hannequart

Directeur de Thèse : Madame le Docteur Estelle Jean Dit Gautier

