

UNIVERSITÉ LILLE 2 DROIT ET SANTÉ
FACULTÉ DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2024

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

**État des lieux par les patientes
de leur première consultation de grossesse**

Présentée et soutenue publiquement
le Vendredi 8 Novembre 2024 à 18 heures
Au Pôle Formation
par **Mme VALIN Sacha**
Née le 23/05/1997 à Évreux (27)

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Damien SUBTIL

Assesseurs :

Madame le Docteur Constance DEVEMY

Madame le Docteur Judith OLLIVON

Directeur de Thèse :

Madame le Docteur Fanny SERMAN

Avertissement

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

I. Sommaire

A. Liste des abréviations

CNIL	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
DGS	Direction Générale de la Santé
DRESS	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
DROM	Départements et Régions d'Outre-Mer
ENP	Enquête Nationale Périnatalité
EPP	Entretien Prénatal Précoce
FCU	Frottis Cervico-Utérin
HAS	Haute Autorité de Santé
HDF	Hauts-de-France
HPV	Papillomavirus Humain
IMC	Indice de Masse Corporelle
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
NPDC	Nord-Pas-De-Calais
PMI	Centre de Protection Maternelle et Infantile
RSA	Revenu de Solidarité Active
SA	Semaines d'Aménorrhées
SASPAS	Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée
VIH	Virus de l'Immunodéficience Humaine

B. Définitions :

- **Aménorrhée** : Absence de menstruations chez une femme enceinte ou pas. (1)
- **Grossesse** : État de la femme entre la fécondation et l'accouchement, ensemble des phénomènes durant lesquels le fœtus se développe dans l'utérus maternel. (2)
- **Semaine d'aménorrhée** : Il est habituel de calculer le terme de la grossesse en « semaines d'aménorrhée » (SA), comptées après le premier jour des dernières règles constatées. Comme l'ovulation a lieu deux semaines après le début des dernières règles, la grossesse commence en réalité deux semaines après le premier jour des dernières règles. (1)

Table des matières

I. Sommaire.....	3
A. Liste des abréviations	3
B. Définitions :.....	4
II. Résumé.....	7
A. Contexte	7
B. Objectifs	7
C. Méthode.....	7
D. Résultats.....	7
E. Discussion	7
F. Conclusion.....	8
III. Introduction	9
A. Contexte historique	9
B. Évolution de la périnatalité	10
1. Les grandes évolutions observées, depuis 1995.....	10
2. Les objectifs de l'Enquête Nationale Périnatale	11
C. L'Enquête Nationale Périnatalité de 2021.....	11
1. Caractéristiques des femmes enceintes en 2021	11
2. Suivi de grossesse	12
3. L'Entretien Prénatal Précoce (EPP)	12
4. Dans les Hauts-de-France	13
D. Les recommandations de la HAS	13
1. Bon déroulement d'une grossesse	14
2. La première consultation de grossesse.....	14
E. Contenu et conditions du déroulement des consultations prénatales.....	15
1. Les symptômes de grossesses	15
2. Le carnet de Santé Maternité.....	16
3. Concernant les recommandations de l'examen clinique et biologique	16
F. État des lieux de la consultation pré-conceptionnelle chez les médecins généralistes.....	17
1. Participation des médecins généralistes dans la découverte de la grossesse	17
2. Le ressenti des femmes par rapport à la consultation pré-conceptionnelle	18
3. Ce que recherchent les femmes au cours de leur suivi de grossesse.....	19
G. Pourquoi ce travail ?	20
H. Objectifs de l'étude	20
IV. Matériels et méthodes.....	21
A. Type d'étude.....	21

B.	Contexte de l'étude	21
C.	Population.....	21
D.	Réalisation de l'étude	21
E.	Analyses statistiques.....	23
V.	Résultats.....	24
A.	Description socio-démographique de l'échantillon	24
B.	Résultat principal	26
1.	Préoccupations avant la consultation.....	26
2.	État émotionnel suite à la consultation :	27
3.	Nouvelle consultation pour faire le point	28
4.	Suggestion d'un document récapitulatif des principales informations.....	28
5.	Recueil du ressenti final des patientes.....	28
C.	Critères secondaires de jugement	31
1.	Déroulement de la consultation chez le médecin généraliste	31
2.	Besoin d'un document récapitulatif en analyse bivariée par test de χ^2	36
VI.	Discussion	38
A.	Interprétation des résultats	38
1.	Expériences positives	38
2.	Expériences négatives	38
B.	Forces et limites	39
1.	Biais de l'étude et limites	39
2.	Forces de l'étude.....	40
C.	Comparaison avec la littérature	41
D.	Perspectives	42
1.	Amélioration continue des pratiques cliniques	42
2.	Recherche future.....	42
3.	Formation et sensibilisation	42
4.	Intégration de la technologie	42
5.	Groupes de soutien entre patientes.....	43
VII.	Conclusion	44
VIII.	Références bibliographiques	45
IX.	Annexes.....	48

II. Résumé

A. Contexte

En France, la première consultation de grossesse se déroule généralement avant la fin du troisième mois. Elle est codifiée par les recommandations de la HAS. Cette consultation est souvent réalisée par un médecin généraliste. Contrairement à la suite du suivi de grossesse, réalisée principalement par les sage-femmes et les gynécologues, Elle inclut un examen clinique, des prescriptions d'analyses biologiques et des conseils préventifs. Elle est cruciale pour le déroulement du suivi de grossesse.

B. Objectifs

L'objectif principal était de connaître le point de vue et l'évaluation des patientes sur le déroulement de leur première consultation de grossesse par un médecin généraliste. L'un des objectifs secondaires est de comparer ce ressenti selon la parité des patientes (première grossesse ou non).

C. Méthode

Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale analytique par méthodes mixtes de recherche avec un design convergent. Les patientes ont été interrogées par un questionnaire anonyme diffusé par QR-code via les réseaux sociaux sur l'ensemble du territoire français et via un affichage dans les salles d'attente de médecins généralistes recrutés par le Conseil de l'Ordre ou par leur messagerie de santé. Les critères d'inclusion étaient d'être une femme majeure enceinte d'une grossesse désirée ayant réalisé la première consultation de grossesse chez un médecin généraliste. Les réponses quantitatives ont été analysées par des statistiques descriptives et analytiques bivariées par les logiciels Excel et Jamovi.

Les réponses en champ libre ont fait l'objet d'une analyse qualitative sémantique.

D. Résultats

285 patientes ont répondu au questionnaire dont 59 % concernent une première grossesse. La durée moyenne d'une consultation est de 20 minutes. Les patientes relatent majoritairement un bon suivi des recommandations de la HAS.

Après la consultation, un état émotionnel positif était prédominant chez les patientes, avec 73% d'entre-elles qui déclaraient ne pas ressentir le besoin d'une nouvelle consultation. 77% des patientes étaient favorables à la création d'un document remis en fin de consultation. Par ailleurs, une femme sur cinq correspondant à 20 % de l'échantillon, n'a pas été rassurée suite à cette consultation.

E. Discussion

Les principales limites de l'étude incluent des biais de sélection et de désirabilité sociale. Parmi les forces, l'originalité de l'étude, sa transversalité géographique et le fait de

donner la parole aux patientes pour évaluer leur première consultation sont soulignés. Les perspectives incluent la proposition d'un document conjoint médecin-patiente pour améliorer cette consultation ainsi qu'une application ressource.

F. Conclusion

L'étude met en lumière l'importance de cette première consultation et le besoin potentiel d'améliorer la communication et le suivi à travers des supports spécifiques. Elle offre également une base pour des améliorations futures dans la prise en charge des femmes enceintes par les médecins généralistes.

III. Introduction

A. Contexte historique

En Grèce antique, la déesse des accouchements et des sage-femmes se nommait Maïa. Socrate et Aristote ont eu des sage-femmes pour mère. Hippocrate pensait que l'accouchement était une affaire de femmes. La sage-femme devait être ménopausée et n'avait pas de formation particulière. L'accouchement se faisait en position assise et à l'aveugle, la parturiente gardant ses jupes.

Il faudra attendre le XVII^e siècle pour qu'une maîtresse sage-femme, Angélique du Coudray se préoccupe de l'enseignement de l'accouchement, puis progressivement les barbiers-chirurgiens devinrent des accoucheurs. (3)

Le XIX^e siècle est marqué par le développement de l'obstétrique, de l'anesthésie et de l'hygiène qui changent les conditions d'accueil dans les hôpitaux ce qui conduira au XX^e siècle au basculement définitif des femmes accouchant à la maison à une majorité d'accouchements en milieu hospitalier. Ce n'est qu'après ce phénomène que le suivi des grossesses trouve sa place. (4)

À partir du XIX^e siècle, les hôpitaux s'ouvrirent à de nouvelles pratiques. Les femmes pauvres furent obligées de s'y rendre pour accoucher et le risque infectieux devint alors majeur. C'est Ignace Semmelweis qui proposa les premières règles d'hygiène hospitalière en 1846 ce qui lui valut un renvoi de l'hôpital de Vienne.

Le problème infectieux était tel qu'on faillit fermer les maternités. C'est Stéphane Tarnier qui mis en place les règles d'hygiène des principes de Joseph Lister : lavage des mains et antiseptiques. Les résultats furent immédiats avec une chute de la mortalité des accouchées.

La prise en charge de la grossesse est un élément essentiel pour diminuer la mortalité maternelle et infantile.

C'est au XVI^e siècle que Jacques Guillemeau (1563-1613) , chirurgien-obstétricien, dans son ouvrage : « De la grossesse et accouchement des femmes », informe sur de nombreux aspects de la grossesse et de la naissance. (5)

Il y traite de la grossesse, de son diagnostic, de ses symptômes, des vomissements et nausées, des « fausses grossesses », des grossesses gémellaires, de la perte d'appétit, des accouchements prématurés, des césariennes, des morts fœtales in utero et des suites de couches.

Le diagnostic de grossesse est à l'époque très tardif. Une grossesse est avérée seulement quand un enfant bouge, autour du quatrième mois.

Selon Jacques Guillemeau, les yeux de la femme enceinte en début de grossesse sont plus enfoncés et les paupières sont « molasses ». On retrouve une dilatation artérielle et veineuse au niveau du col, un changement de couleur des veines sublinguales et des urines, un gonflement des seins et le changement de couleur des mamelons. (6)

Il décrit également le changement d'attitude de la femme enceinte : mauvaise habitude alimentaire et changement de comportement envers son mari.

La surveillance médicale des femmes enceintes est une préoccupation très ancienne. Hippocrate donnait déjà des conseils d'hygiène et diététiques.

Nous retrouvons également certaines croyances et coutumes, voire des rituels. Les populations y sont attachées. Les matrones (anciennes sage-femmes) conseillent l'arrêt de toute sexualité pendant la grossesse. Elles conseillent le port d'une ceinture pendant un an comme la ceinture de la Vierge. Cette ceinture permettrait de protéger des dangers de la grossesse et favoriserait un heureux accouchement.

François Mauriceau, chirurgien obstétrique (1637-1709), explique le bec de lièvre à la naissance par le fait que la mère ait rencontré quelqu'un présentant la même particularité lors de sa grossesse.

Louise Bourgeois (1563-1636), sage-femme, qui fut longtemps une référence dans son domaine, écrit que l'enfant se retourne systématiquement deux mois avant le terme. Pour éviter les fausses-couches, elle conseille de mettre de la pierre d'aigle ou de grelottante sous l'aisselle pendant la grossesse. (7)

Des amulettes protègent contre les malformations. Il ne faut plus éternuer mais croiser les mains et se protéger du soleil.

À noter, c'est uniquement depuis 1982 que le métier de sage-femmes peut être exercé par des hommes.

B. Évolution de la périnatalité

Depuis 1995, des Enquêtes Nationales Périnatalités (ENP) sont réalisées régulièrement à la demande des Services Publics. Elles fournissent des données sur l'état de santé des mères et des nouveau-nés, les pratiques médicales pendant la grossesse et l'accouchement ainsi que les caractéristiques démographiques et sociales des femmes et des familles. Elles permettent de décrire l'évolution de la santé périnatale et fournissent des informations aux cliniciens et aux femmes. (8)

1. Les grandes évolutions observées, depuis 1995

- Augmentation régulière de la prématurité (9)
- Stabilisation du taux de césariennes à 20%
- Concentration des accouchements dans des maternités de grande taille
- Développement du suivi prénatal assuré par les sage-femmes en maternité ou en libéral.

- Stabilisation de la proportion des femmes qui fument pendant la grossesse (17%)
- Changements contrastés des caractéristiques maternelles : augmentation du niveau d'études et du taux d'activité professionnelle, mais aussi de l'âge (21% ont plus de 35 ans en 2016) et du pourcentage de femmes en surpoids ou obèses (32% en 2016).

2. *Les objectifs de l'Enquête Nationale Périnatale*

Les objectifs de l'ENP sont de produire des indicateurs sur la santé, les pratiques médicales et les facteurs de risques qui ne sont pas connus par d'autres sources. Cette enquête permet de connaître les attentes des femmes et leurs réactions par rapport à la qualité des soins et de leur accompagnement pendant la grossesse. (8)

Dans le cadre de notre étude, l'ENP a permis de mettre en lumière :

- Une prévention périnatale qui s'est améliorée en 2021 avec des femmes qui ne fument pas au troisième trimestre de grossesse et qui se vaccinent en plus grande proportion contre la grippe.
- Une augmentation constante des femmes qui bénéficient d'un rendez-vous prénatal, mis en place afin de faciliter le dépistage de la vulnérabilité maternelle pendant la grossesse.

C. L'Enquête Nationale Périnatalité de 2021

Il s'agit de la sixième enquête depuis 1995. La dernière enquête a été conduite en mars 2021 auprès de 12.724 femmes en métropole. Le recueil des données a été effectué dans des maternités sur la totalité des naissances en une semaine. Les informations provenaient d'un interrogatoire direct auprès des femmes, du dossier médical et d'une fiche remplie à la maternité. Ces enquêtes ont été réalisées par la Direction Générale de la Santé (DGS), l'INSERM et la Direction de la Recherche, des Études et de l'Évaluation et des Statistiques (DRESS).

1. *Caractéristiques des femmes enceintes en 2021*

L'âge moyen des femmes enceintes en France était de 30,9 ans en 2021 et est de 31 ans en 2023 (10).

Le taux de femmes pacsées ou mariées au moment de la naissance de l'enfant atteint 60,5% avec une augmentation des femmes pacsées. La grande majorité des femmes vit en couple avec leur partenaire (92,1%). La part des femmes de nationalité étrangère est de 15,1%.

Le niveau d'études continue d'augmenter avec une part des femmes ayant suivi des études au-delà du baccalauréat de 59,4% en 2021. 67,9% des femmes ont un emploi à la fin de leur grossesse.

70,9 % des femmes avaient arrêté leur contraception dans le but d'avoir un enfant et 6,7 % des femmes ont eu recours à un traitement de l'infertilité (taux stable comparativement à 2016).

Seulement 37,9 % des femmes consultent en prévision de la grossesse, chiffre en légère augmentation depuis 2016 (35,3%) alors qu'une consultation pré-conceptionnelle est conseillée depuis 2009.

L'état psychologique des femmes semble s'être dégradé : 8,9 % d'entre elles se sentaient assez mal et pour 3,4 % se sentaient mal durant leur grossesse, chiffres en hausse comparés à 2016. Seulement 0,7 % des femmes consultent leur médecin généraliste pour des difficultés psychologiques.

2. *Suivi de grossesse*

Suite au plan de périnatalité de 2005-2007 : un carnet de santé a été mis au point donnant une large place à l'information à destination des femmes sur leurs droits et le déroulement de la grossesse. La diffusion de ce carnet relève de la responsabilité du Conseil Départemental et est assurée par les services de la PMI.

56,1% des femmes déclarent ne pas l'avoir reçu en 2021.

3. *L'Entretien Prénatal Précoce (EPP)*

L'Entretien Prénatal Précoce (EPP) a été mis en place en 2007 afin de repérer précocement les problèmes médico-psychosociaux et de permettre aux couples d'exprimer leurs attentes et leurs besoins. Cependant, seuls 36,5 % des femmes déclarent en avoir eu un contre 28,5 % en 2016.

Depuis le 1^{er} mai 2020, l'EPP est rendu obligatoire ce qui devrait tendre à une généralisation de sa réalisation.

Le principal professionnel de santé pour le suivi est le gynécologue-obstétricien libéral. Dans 40% des cas, le suivi a été réalisé par une sage-femme libérale ou en maternité publique ou en centre périnatal de proximité. Cette évolution pourrait s'expliquer par la hausse du nombre de sage-femmes libérales avec une meilleure visibilité de leurs compétences.

Cet entretien est un moment d'échange individuel ou en couple pour parler de l'arrivée de l'enfant, exprimer les interrogations, les difficultés éventuelles et les besoins en termes d'accompagnement avant et après l'accouchement. Il est recommandé à partir du quatrième mois de grossesse.

Il est pris en charge par l'assurance maladie à hauteur de 100 %.

En 2021, le médecin généraliste réalise le suivi dans 4,4 % des cas contre 6,5 % en 2016.

En 2021, 36,5% des femmes interrogées avaient pu bénéficier d'un EPP dont 30,4 % au quatrième mois de grossesse et uniquement 21,4 % lors du premier trimestre. Cet

entretien est très majoritairement réalisé par des sage-femmes (95,8 %) ou par le gynécologue-obstétricien.

D'après la majorité des femmes lors de la grossesse, il est toujours facile d'avoir de bonnes discussions sur la santé (61,7 %) et de parler avec les professionnels de santé jusqu'à bien tout comprendre (55,7 %).

4. *Dans les Hauts-de-France*

En 2021, la population des Hauts-de-France se composait de 5.995.300 personnes. On constate un excédent des naissances sur les décès. La fécondation régionale était presque égale à la moyenne nationale. La région était la plus jeune de France après l'Île-de-France. (11)

65.500 bébés sont nés dans la région en 2020 avec une part de femmes en âge de procréer en baisse car elles représentaient 42 % des habitants.

En 2021, l'âge des femmes pour leur premier bébé est plus jeune dans le Nord-Pas-de-Calais par rapport au reste de la Métropole, 29 ans en 2010 (8). Les Hauts-de-France ont subi un repli démographique. (12)

L'indice de fécondité régionale rejoignait la moyenne nationale alors qu'historiquement, il était supérieur jusqu'en 2014 (13).

La part des femmes ayant un niveau d'études supérieur au baccalauréat était plus faible dans les Hauts-de-France (52,6 %) d'après l'enquête périnatale de 2021.

Dans la région, les femmes de plus de 35 ans représentaient 20,6 % des grossesses sur le territoire. 29,6 % percevaient une allocations chômage et/ou le RSA, ce qui en faisait de la région la plus concernée hormis les DOM. Les Hauts-de-France étaient parmi les régions dans lesquelles la part des femmes enceintes ayant un IMC de plus de 30 est significatif (17,2 % : (ENP 2021).

37,2 % des femmes des Hauts-de-France ont bénéficié d'un EPP (ENP 2021).

D. Les recommandations de la HAS

Les recommandations actuelles de la Haute Autorité de Santé ont pour objectif **d'informer toute femme enceinte du bénéfice pour elle et son bébé de réaliser un suivi régulier de sa grossesse** devant être complété par une **éducation périnatale** au cours de séances de préparation à la naissance et à la parentalité. Ces informations sont fondées sur les recommandations actuelles de la littérature.

Il est primordial d'offrir un accompagnement afin de guider la femme enceinte et le couple à une décision éclairée en prenant en compte la situation psycho-sociale, les examens obligatoires de dépistage et ceux qui ne le sont pas.

Chaque femme enceinte peut et doit bénéficier d'une préparation à la naissance et à la parentalité dès le premier trimestre.

Le suivi d'une grossesse normale peut être assuré par les sage-femmes et les médecins généralistes ainsi qu'en PMI. (14).

1. *Bon déroulement d'une grossesse*

Afin de veiller au bon déroulement d'une grossesse, les femmes bénéficient de :

- 7 consultations médicales ;
- Examens complémentaires et d'examens biologiques ;
- 3 échographies recommandées ;
- Un entretien prénatal précoce obligatoire qui est l'occasion de faire le point avec un professionnel de santé sur le projet de naissance et les besoins spécifiques de chaque grossesse ;
- Un bilan prénatal de prévention portant sur les consignes relatives à l'alimentation et les comportements à risques ainsi que l'importance de la vaccination et du suivi bucco-dentaire. Ce bilan est réalisé par une sage-femme ou en PMI et est accessible dès la déclaration de grossesse avant la vingt-quatrième SA ;
- 7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité ;
- Un bilan bucco-dentaire gratuit au quatrième mois.

2. *La première consultation de grossesse*

La première consultation de grossesse a lieu au cours du premier trimestre, avant la fin du troisième mois de grossesse.

Concernant cette consultation, les professionnels de santé ne disposent pas d'une liste exhaustive de questions pertinentes. Le médecin doit s'informer sur la santé de sa patiente et identifier une éventuelle exposition à des toxiques environnementaux. Il est également nécessaire d'informer la patiente sur la nécessité de ne prendre aucun médicament. Seul l'acide folique peut-être prescrit jusqu'à la fin du troisième mois (avec des antalgiques compatibles si nécessaire).

Cette consultation est également le moment propice pour aborder les difficultés à arrêter de fumer ou de boire de l'alcool.

L'examen clinique doit comporter une **prise de poids, une prise de la tension artérielle**, la réalisation d'un frottis cervico-utérin ou d'un test HPV et si besoin la prescription d'examens complémentaires si nécessaire.

À l'issue de cette consultation, la patiente doit disposer de différentes ordonnances :

- **Bilan sanguin** avec une détermination de groupe et du rhésus ainsi que la présence éventuelle d'agglutines irrégulières, la recherche d'une immunisation contre certaines maladies : rubéole, toxoplasmose, syphilis, hépatite B, la présence du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et l'existence d'une anémie.

- **Bilan urinaire** recherchant la présence de sucre et de protéines dans les urines et si besoin, un examen cyto bactériologique des urines.
- **Première échographie dite de datation** qui permet de dater précisément le début de la grossesse à réaliser entre la onzième et treizième semaine d'aménorrhée.
- **Dépistage de la trisomie 21**, permettant d'évaluer le risque reposant sur trois facteurs : la recherche de la clarté nucale, un dosage des marqueurs sériques et l'âge de la patiente.

Pour préparer au mieux cette consultation, la patiente est invitée à :

- Signalez ses allergies, problèmes de santé, traitements en cours.
- Présenter les principales caractéristiques de son hygiène de vie et les éventuels facteurs de risques vis à vis de la grossesse : tabac, alcool, alimentation, activité sportive...
- Présenter ses conditions de travail afin d'être orientée vers la médecine du travail si besoin.
- Exprimer ses interrogations, émotions ou craintes ainsi qu'à poser toutes les questions souhaitées.

E. Contenu et conditions du déroulement des consultations prénatales

La première consultation de grossesse est un moment clé qui permet d'établir le diagnostic de grossesse, d'identifier le besoin de la femme et du couple et de donner de nombreuses informations. (15).

En début de grossesse des visites plus longues sont nécessaires afin de procéder à un bilan complet et de pouvoir dialoguer ; le volume d'information étant très important une consultation supplémentaire peut être nécessaire.

Un entretien individuel ou en couple est proposé lors du premier trimestre de grossesse. Cet entretien est l'occasion de réparer des situations d'insécurité, de vulnérabilité, des signes de violences domestiques et d'orienter vers un soutien spécialisé si nécessaire. **Son objectif est de créer un lien sécurisant avec les partenaires du réseau de périnatalité** (16).

La santé psychosociale doit être une préoccupation au cours de chaque consultation. En début de grossesse il est important de dépistée une anxiété, une dépression ou des troubles du sommeil.

1. Les symptômes de grossesses

Une attention aux symptômes courants de la grossesse est importante. Les femmes doivent être encouragées à signaler ces symptômes qui regroupent principalement :

- Nausées et vomissements
- Pyrosis

- Constipation
- Hémorroïdes
- Varices
- Prévention des vergetures
- Leucorrhées
- Lombalgies
- Crampes
- Syndrome du canal carpien

2. *Le carnet de Santé Maternité*

Un carnet de Santé Maternité (17) peut être fourni aux patientes. Elles y trouvent des renseignements sur le déroulement du suivi médical de grossesse, les droits des femmes enceintes, également leurs obligations (visites médicales) et les aides existantes. Il facilite la coordination du suivi de grossesse par les professionnels de santé et les intervenants sociaux. Il est actuellement en cours d'actualisation et est accessible en ligne. Il est délivré gratuitement par les services du Département auprès du praticien. Le praticien remet ce carnet à la patiente à la fin du troisième mois.

Il s'agit d'un dossier médical, propriété de la patiente. Il peut être téléchargé au format PDF sur internet ou être commandé auprès de la caisse primaire d'assurance maladie par un professionnel de santé afin de le délivrer. Il comporte une cinquantaine de pages.

Dans les faits, il est peu distribué et utilisé par les médecins généralistes. (8)

3. *Concernant les recommandations de l'examen clinique et biologique*

Le poids ainsi que l'IMC doivent être connus dès la première consultation. Une attention particulière doit être apportée aux femmes en surpoids. La moyenne de prise de poids est de 1 kg par mois en moyenne et 1,5 kg les deux derniers. (15)

Le professionnel de santé doit réaliser un **examen des seins** si les femmes n'ont pas de suivi gynécologique. On ne retrouve pas de recommandation concernant le toucher vaginal.

Un frottis cervico-utérin doit être proposé à la première consultation prénatale en particulier chez les femmes qui ne bénéficient pas d'un suivi gynécologique.

Il est obligatoire de réaliser un **dépistage par des sérologies** concernant la rubéole, l'hépatite B, la toxoplasmose et la syphilis. Une recherche de **glycosurie et d'albuminémie** est également effectuée. On pourra proposer de façon systématique un dépistage pour le VIH. Selon certains critères, le professionnel de santé peut rechercher une bactériurie asymptomatique et une sérologie hépatite C.

On ne retrouve pas de dépistage biologique systématique pour l'infection à Chlamydia et le cytomegalovirus.

F. État des lieux de la consultation pré-conceptionnelle chez les médecins généralistes

1. Participation des médecins généralistes dans la découverte de la grossesse

a) Étude de la DRESS

Une étude de 2016 de la DRESS (18) relevait une implication des médecins généralistes dans le diagnostic de grossesse au moins une fois par mois pour 49 % d'entre eux. Les médecins considéraient pour 84 % d'entre eux que ce suivi fait partie de leurs missions cependant la part de ceux qui effectuaient réellement cette prise en charge est plus faible : 57 %.

La venue d'une patiente pour la confirmation d'une grossesse est assez commune pour les médecins généralistes : 87 % d'entre eux indiquaient avoir vu une de leurs patientes au moins une fois par trimestre pour ce motif. Pour 10 % d'entre eux, le diagnostic de grossesse représentait environ une consultation par semaine. 30 % des médecins indiquaient avoir vu au moins une fois par mois des patientes pour des déclarations de grossesse.

Les praticiens qui ne voyaient pas ou peu de patientes dans le cadre de suivis de grossesse précisaient que les femmes enceintes viennent rarement les consulter pour commencer un suivi avec eux (84 %).

b) Etude de Branger et Al

L'étude de Branger et Al, en 2015 (18), démontrait que l'entretien prénatal précoce était encore peu inscrit dans les pratiques. 30 % des généralistes qui effectuaient le suivi des patientes déclarent connaître ce type d'entretien. Parmi les praticiens concernés, lors de cet entretien, plus de la moitié orientait la patiente vers un autre professionnel pour sa réalisation, 12 % ne le proposeraient pas et 37 % déclaraient qu'ils effectueraient l'entretien mais que plus d'une fois sur deux l'échange prenait une forme différente que celle recommandée. Le contenu serait abordé sur plusieurs visites et non pendant une seule consultation dédiée de 45 minutes.

c) Le suivi des femmes

Ce suivi est majoritairement effectué par des femmes à la hauteur de 66 %, ainsi que par des praticiens de moins de 40 ans (63 %) et ayant effectué un diplôme universitaire ou inter-universitaire ou une séance de formation médicale continue de gynécologie-obstétrique au cours des deux dernières années : 76 %.

Un médecin qui s'est formé en gynécologie-obstétrique après son cursus universitaire a une probabilité plus grande de réaliser au moins une fois par trimestre des consultations de suivi de grossesse.

La thèse du Dr VALIN Marie-Sophie (19) montrait, en 2018, un état des lieux sur les freins de la consultation pré-conceptionnelle chez les médecins hauts-normands tels que :

- L'âge : les médecins âgés de 35-45 ans sont les plus impactés
- On ne retrouvait pas de différence selon le lieu d'installation
- 65% des médecins ne pensaient pas aborder le sujet pré-conceptionnel.
- Le temps à consacrer à cette consultation rentrait également en compte tout comme la méconnaissance du bénéfice de cette consultation et l'aisance sur le sujet.

d) *Le ressenti des médecins généralistes*

Le travail de thèse du Dr BABINET-BOULNOIS Capucine (20), en 2013, montrait le ressenti des médecins généralistes au cours du suivi de grossesse. Ces résultats démontraient que 84 % des médecins apprécient ce rôle de médecin de famille. 60% des médecins interrogés y trouvaient de la satisfaction et considéraient ces consultations comme source d'intérêt et de réjouissance. Cette activité représentait plus d'intérêt que de contraintes ou de craintes.

La thèse du Dr DAPOIGNY Sébastien concernait (21), en 2015, la représentation des médecins de l'arrière-pays niçois dans le suivi des femmes enceintes. Ces résultats indiquaient une frustration des médecins généralistes ayant l'impression que le suivi de grossesse leur échappait ainsi qu'un manque de légitimité dans le suivi obstétrical. Cependant, les médecins généralistes mettaient en avant des atouts majeurs tels que la relation de confiance déjà établie, la disponibilité, la proximité, l'envie de développer cette activité qui permettrait aux médecins traitants d'occuper une place plus centrale au sein du suivi des femmes enceintes.

Les médecins généralistes assurent 25 % des déclarations de grossesses mais sont surtout sollicités par la patiente pour les maux et pathologies intercurrentes (22).

2. *Le ressenti des femmes par rapport à la consultation pré-conceptionnelle*

La thèse du Dr VALIN Marie-Sophie (19) montrait, en 2018, qu'une partie des femmes était sensible à la consultation pré-conceptionnelle puisqu'elles étaient venues de leur plein gré dans 36% des cas.

On retrouve cependant également des freins liés à la patiente car seulement 11 % des participantes ont parlé de leur projet de grossesse. Pour les patientes ayant déclaré leur projet, le médecin n'a pas eu le temps de faire une consultation pré-conceptionnelle.

La thèse du Dr GENTRIC Audrey, effectuée en 2013 (23), a permis une meilleure connaissance sur l'avis des femmes sur le choix du professionnel de santé et de la place du médecin généraliste. Parmi les déterminants pris en compte par les femmes dans le choix du professionnel de santé, on retrouvait : la proximité du domicile, un professionnel conseillé par internet ou par un proche. Elles attendaient différentes qualités du professionnel pour les accompagner notamment une attitude calme et rassurante, un besoin de se sentir en confiance mais également une forte disponibilité du professionnel.

La thèse du Dr YILDIZ Habibe (24) datant de 2018, s'intéressait à l'expérience des femmes enceintes suivi par leur médecin généraliste. Les facteurs favorisant ce choix étaient la disponibilité, la qualité de la relation médecin-patiente ainsi que la confiance. Elles appréciaient une approche moins médicalisée et plus humaine.

Ce travail mettait l'accent sur les capacités d'empathie et de compréhension qui étaient très recherchées. Les femmes déclaraient avoir besoin de réassurance. Elles expliquaient leur choix par une qualité d'écoute et la capacité du médecin généraliste à soulever des interrogations. Les patientes appréciaient la connaissance antérieure du professionnel de santé avec un lien privilégié. Toutes les femmes interrogées lors de cette étude déclaraient avoir bénéficié de l'écoute attendue de leur médecin généraliste apprécié pour ses compétences.

L'article de la revue *Grossesses à suivre* : « *Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux* », réalisé en 2015 (25), repose sur l'analyse d'interrogatoires visant à rechercher les déterminants de l'usage de l'offre de soins périnataux afin de mieux comprendre ce que les femmes attendaient des professionnels de santé dans leur projet de grossesse.

3. Ce que recherchent les femmes au cours de leur suivi de grossesse

Ces différents travaux mettent en évidence un besoin de proximité relationnelle, sociale et géographique, ce que le médecin généraliste représente par la médecine de premiers recours ; c'est donc naturellement vers eux que les patientes se tournent lors d'une grossesse désirée.

Les patientes attendent des réponses à leurs questions et un accompagnement dans cette étape de vie.

Chaque médecin réalise cette consultation avec plus ou moins d'aisance en fonction de ses habitudes et de ses attraits pour l'obstétrique. Une patiente, selon l'appétence de son médecin généraliste sur cette spécialité de la médecine, peut donc ressortir de cette consultation avec plus ou moins d'informations mais surtout ressentir un besoin d'informations complémentaires.

Par ailleurs, de nombreuses études ont permis de montrer que les médecins généralistes sont prêts à s'investir dans le suivi de grossesse et à conserver leur rôle

central de coordination de soins. Cette prise en charge semble, en effet, optimale et rassurante pour les patientes.

G. Pourquoi ce travail ?

Après plusieurs premières consultations de grossesses, je me suis rendu compte que les patientes sont dans un état émotionnel qui ne leur permet pas de retenir la masse importante d'informations communiquées par le professionnel de santé.

Si seulement 10% des informations sont retenues alors quel document synthétique remettre à mes patientes ? J'ai donc démarré mes recherches et constaté une carence certaine dans la forme et surtout dans la diffusion d'un tel document.

L'objet de ma thèse est donc de présenter le ressenti des patientes à l'issue de leur première consultation de grossesse et les pistes d'amélioration pour que toutes les femmes puissent bénéficier d'un accompagnement qui réponde à leurs besoins spécifiques.

H. Objectifs de l'étude

L'objectif principal est de connaître le point de vue et l'évaluation des patientes sur le déroulement de la première consultation de grossesse par leur médecin généraliste.

Le critère de jugement principal est de décrire l'ensemble des informations et émotions retenues par les patientes après cette première consultation.

Les objectifs secondaires de cette étude sont de :

- Comparer le déroulement selon la parité
- Construire une consultation claire et précise avec des appuis papiers ou numériques des différents points abordés
- Revaloriser cette consultation chronophage.

IV. Matériels et méthodes

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude transversale descriptive par méthode mixte de recherche à design convergent, avec analyse statistique analytique des données quantitatives et analyse sémantique des données qualitatives.

B. Contexte de l'étude

Les patientes incluses dans cette étude ont été recrutées en France entre le dernier trimestre 2023 et le deuxième trimestre 2024.

Il s'agissait d'une étude multicentrique réalisée sur le territoire français.

C. Population

Patients inclus :

- Femmes
- Âgés d'au moins 18 ans
- Débutant une grossesse désirée ou acceptée.

Sujets exclus :

- Hommes
- Femmes de moins de 18 ans
- Femmes ménopausées.

D. Réalisation de l'étude

Une déclaration de notre travail a été enregistrée par le délégué à la protection des données de l'Université de Lille afin de permettre la protection des données selon la législation RGPD. L'autorisation été reçue le 14 juin 2023. Cette déclaration porte la référence 910546402.

Le recrutement des médecins généralistes a été fait par effet boule de neige sur la région Nord-Pas-de-Calais, via des connaissances puis via l'annuaire santé de l'assurance maladie. Ils ont été contactés par mail, appel téléphonique ou SMS de manière individuelle.

Par ailleurs, nous avons contacté l'Ordre des Médecins du Nord-Pas-de-Calais afin de permettre une diffusion du questionnaire sur leur site internet pendant 3 mois à partir de décembre 2023.

Devant la difficulté de recrutement et le manque de réponses, le protocole initial a été modifié par un partage du QR code à travers la France.

Le lien du questionnaire a été visible directement sur trois réseaux sociaux : LinkedIn, Facebook et Instagram afin de toucher un maximum de patientes.

Les médecins devaient remettre un QR code préalablement fourni à la patiente.

La patiente pouvait alors remplir un questionnaire en ligne directement via son smartphone.

Certains médecins ont demandé à avoir également des exemplaires papiers de ce questionnaire afin de pouvoir le remettre à leurs patientes ne disposant pas d'un smartphone. Le contenu était identique entre le questionnaire numérique et le questionnaire papier. Le temps de réponse moyen était de moins de 5 minutes.

L'interlocuteur était principalement le médecin généraliste lui-même, son étudiant en première année d'internat ou son étudiant SASPAS et parfois son secrétariat. Il a été nécessaire de relancer plusieurs fois certains médecins en raison de leur manque de temps.

Il a été reçu 2 types de réponses :

- Accord pour participer à l'étude,
- Refus de participer à l'étude par manque de temps, manque d'intérêt pour cette thématique ou absence de patientèle correspondante.

Le formulaire utilisé était un questionnaire semi-qualitatif (Annexe N°1).

Ce questionnaire a été organisée en 5 parties :

- Administratif.
- Anamnèse.
- Examen clinique réalisé ou non.
- Ordonnances ou documents fournis par le médecin.
- Ressenti de la patiente après la consultation.

Pour certains items, plusieurs réponses étaient possibles, pour d'autres des champs libres étaient à disposition. L'élaboration du questionnaire, aussi bien dans le contenu, le nombre de questions et la présentation, a été faite dans le souci permanent d'être le moins chronophage possible, agréable à lire et facile d'usage. Il s'agit d'un questionnaire original établi par mes soins.

Le QR code (Annexe n°2) a été réalisé en ligne via le site qrcode-monkey.com qui a permis une création facile et une durée de vie illimitée du QR Code. Une fois celui-ci scanné par la patiente, le questionnaire était directement disponible sur le site des enquêtes de l'Université de Lille. La patiente pouvait donc répondre aux questions après un contrôle via un calcul simple mis en place par mesure de sécurité par le site de l'Université.

La période pendant laquelle les QR codes ont été distribués s'est déroulée du 9 septembre 2023 au 11 mars 2024 soit 6 mois.

E. Analyses statistiques

Les résultats de l'enquête ont été téléchargés depuis la plateforme d'enquête de l'Université de Lille puis traités via le logiciel Excel.

Nous avons pu recueillir un nombre total de 1320 questionnaires, obtenus uniquement par retours numériques.

Parmi ces questionnaires, seulement 303 étaient complets et donc exploitables soit 23%.

Au sein des questionnaires complets, après un tri manuel des formulaires ayant été reçu par une sage-femme, nous sommes arrivés à un total de 285 questionnaires analysables.

Les réponses quantitatives ont été analysées par des statistiques descriptives et analytiques bivariées par les logiciels Excel et Jamovi (26)

Le calcul du nombre de sujets nécessaires pour un niveau de confiance a été réalisé à l'aide du logiciel SurveyMonkey (27). Le calcul de l'écart-type a pu être réalisé manuellement par mes soins.

V. Résultats

A. Description socio-démographique de l'échantillon

Le tableau 1 résume les caractéristiques clinico-démographiques des 285 sujets inclus. Il s'agit de femmes de plus de 18 ans, enceintes, d'une grossesse désirée.

	Nombre de sujets (n=285)
Sexe	
Féminin	285
Age (années) <i>n</i> (%)	
15-20 ans	0
20-25 ans	23 (8)
25-30 ans	118 (41)
30-35 ans	109 (38)
35-40 ans	33 (12)
Plus de 40 ans	2 (1)
Nombre de grossesse <i>n</i> (%)	
Première	167 (59)
Deuxième	85 (30)
Troisième	21(7)
Quatrième	4 (1)
Cinquième et plus	8 (3)
Durée de la consultation <i>n</i> (%)	
Moins de 10min	14 (5)
10-15min	70 (25)
15-20min	101 (35)
20-30min	65 (23)
Plus de 30min	35 (12)

Tableau 1: Analyse de l'échantillon

Les femmes incluses dans cette étude sont majoritairement âgées entre 20 à 35 ans.

On relève une proportion plus importante de première grossesse à hauteur de 59 %.

Le tiers (35 %) des consultations chez leur médecin dure entre 15 et 20 minutes.

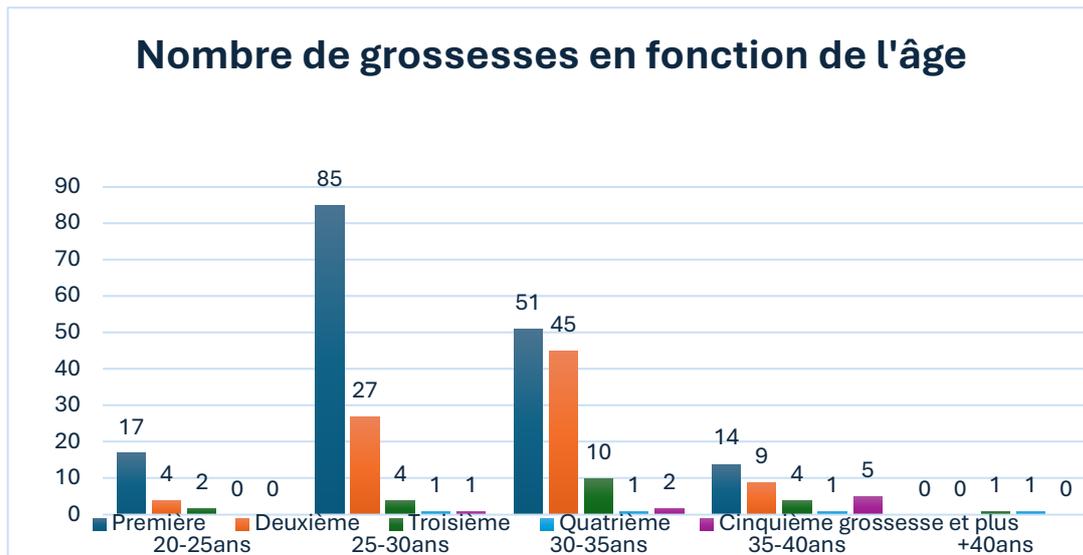


Figure 1 : Nombre de grossesse en fonction de l'âge

La Figure 1 représente le nombre de grossesses en fonction de l'âge.

On constate que la plupart des premières grossesses a lieu entre 25 et 35 ans.

La proportion de troisième grossesse ou plus est faible (11 %).

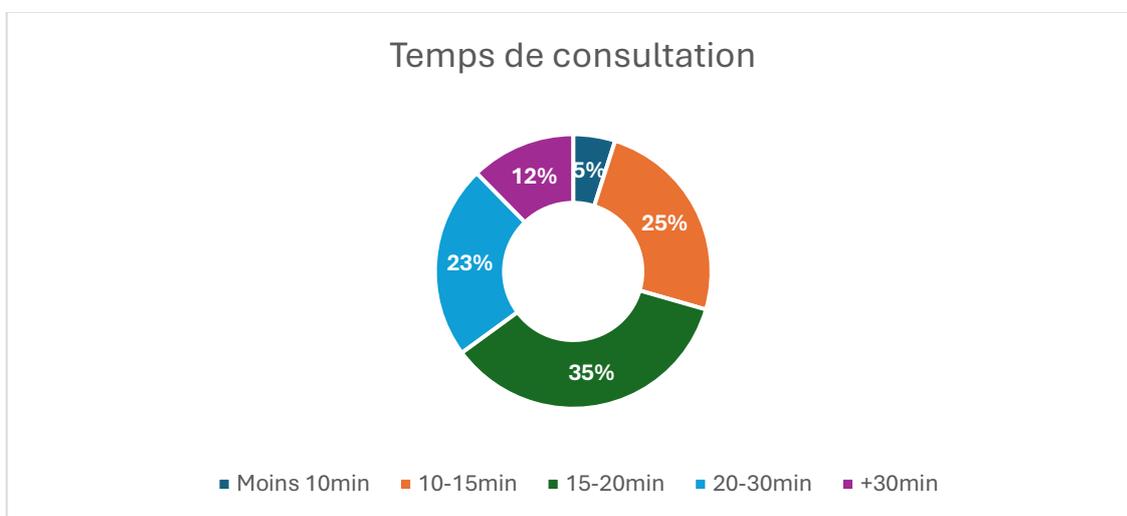


Figure 2 : Temps de consultation

Concernant les temps de consultation, la Figure 2 nous montre que la majorité des consultations dure moins de 20 minutes.

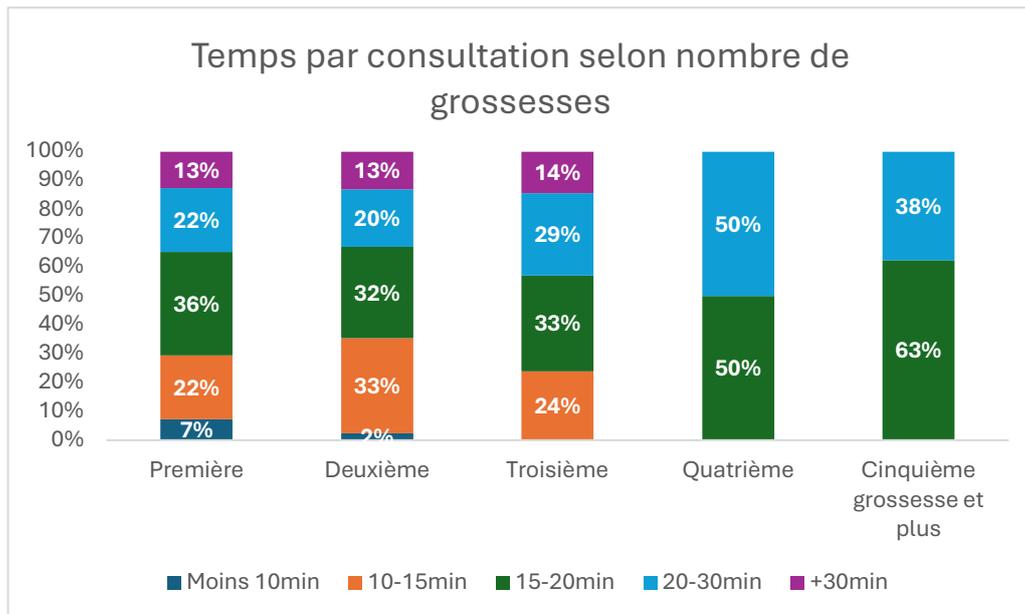


Figure 3 : Temps de consultation selon le nombre de grossesses

Les consultations dans un cadre de première grossesse sont généralement plus longues que pour les femmes ayant déjà eu des grossesses avec un temps de plus de 20 min.

Le temps de consultation n'est pas lié à la parité de manière signification ($p = 0,256$).

B. Résultat principal

Notre travail de thèse s'intéresse au vécu des patientes : leurs interrogations avant la consultation ainsi que leur sentiment à la suite de cette consultation permettent d'explorer ce vécu.

1. Préoccupations avant la consultation

Les questions couvrent un large spectre commun pour la plupart des femmes notamment concernant le déroulement de la grossesse et de l'accouchement ainsi que les modalités de consultations et de suivi :

- « Comment va se dérouler ma grossesse ? »
- « Comment va se dérouler mon accouchement ? »
- « Que dois-je faire (nourriture, vitamines, échographies) ? »

Certaines patientes ont des interrogations par rapport à leur vie quotidienne aussi bien professionnelle et personnelle :

- « Dois-je arrêter le sport ? »
- « Peut-on voyager ? »
- « Mon métier est-il compatible avec une grossesse ? »
- « Quand dois-je en parler à mon employeur ? »

On retrouve également des questions plus relatives à la médicalisation de la grossesse et des précautions hygiéno-diététiques ainsi qu'en fonction des antécédents médicaux personnels :

- « Quand et comment déclarer ma grossesse ? »
- « Comment faire un dépistage de la trisomie 21 ? »
- « Certains produits d'entretien sont-ils dangereux ? »
- « Comment pose-t-on une péridurale ? »
- « Comment me mettre en lien avec une maternité ? »
- « Ya-t 'il un suivi particulier compte tenu de ma césarienne lors d'une précédente grossesse ? »
- « Ya-il un risque compte tenu de mes antécédents de Sleeve ? »
- « Comment gérer mon traitement d'asthme ? »

2. État émotionnel suite à la consultation :

Une majorité de patientes ressent plutôt dans des émotions positives : **Apaisée : 94 (33%)**, **Heureuse : 34 (12%)**, **Rassurée : 38 (13%)**, **Intéressée : 34 (12%)**, **Sereine : 33 (12%)**, **Confiante : 19 (7%)**, **Soulagée : 13 (5%)**, Excitée : 5, Informée : 4, Joyeuse : 4, Impatiente : 3, Curieuse : 3, Orientée : 2, Détendue : 1, Euphorique : 1, Rêveuse : 1, Amoureuse : 1, Fièrè : 1, Optimiste : 1, Combative : 1.



Figure 3 : Émotions positives des patientes

On constate cependant que certaines patientes ressentent des émotions négatives : **Submergée : 22 (8%)**, **Stressée : 19 (6%)**, Anxieuse : 7, Seule : 2, Inquiète : 4, Perturbée : 1, Fatiguée : 1



Figure 4 : Émotions négatives des patientes

3. *Nouvelle consultation pour faire le point*

Suite à ces réponses, nous nous sommes intéressée à la nécessité d'une nouvelle consultation pour les patientes.

Pour la majorité (70,5%), les patientes ne déclarent pas ressentir le besoin d'une nouvelle consultation.

4. *Suggestion d'un document récapitulatif des principales informations*

Certaines patientes ont exprimé ce souhait spontanément :

- « J'ai reçu beaucoup d'informations mais je ne suis pas sûre d'avoir tout retenu, un document récapitulatif aurait pu être intéressant notamment sur l'alimentation et les prochaines étapes ».
- « On retrouve beaucoup d'informations lors de cette consultation, un récapitulatif écrit ne serait pas de refus ».
- « Je trouve dommage qu'il n'y ait pas un petit livret qui rassemble l'ensemble des informations : tabac, drogues, vaccinations, alimentation, congés, date des prochains rendez-vous et éventuellement les numéros à connaître ».
- « Il manque un petit carnet avec les informations et toutes les démarches, j'aurais aimé avoir ce livret et prendre le temps de me poser une fois rassurée ».

5. *Recueil du ressenti final des patientes*

a) *À l'issue de cette consultation, les femmes qui se sentent plutôt **stressées voire inquiètes***

- « Pas assez de suivi sur les troubles psychologiques et sur l'allaitement. Le suivi reste 100% médical. On se sent seule d'un point de vue moral et le corps médical reste peu sensibilisé au sujet de l'allaitement ».
- « Le plus difficile étant que la grossesse n'a pas d'existence médicale avant l'échographie du premier trimestre et les femmes manquent de soutien, surtout en début de grossesse, surtout si cette dernière est difficile ou qu'il s'agit d'une fausse couche ».
- « Les médecins généralistes sont très peu formés au suivi de grossesses. »
- « Le médecin ne fait pas suffisamment attention à l'aspect psychologique de la maman notamment au surmenage : travail, enfants, rendez-vous médicaux à venir ».
- « Pas de prise en compte de l'état de stress du premier trimestre ».
- « Le médecin ne me semblait pas formé à l'obstétrique ».

Une patiente déclare : « Je suis interne en médecine et ma médecin est une jeune médecin tout juste installée. Elle essaye au maximum de me traiter comme n'importe quelle patiente mais il persiste un biais car elle part du principe que je suis suffisamment informée du fait de ma formation, mais je suis interne en psychiatrie et j'ai bien évidemment tout oublié du suivi de grossesse ».

b) *Certaines patientes se sont **senties incomprises voire délaissées** lors de cette consultation*

Une patiente a trouvé « un médecin froid et qui n'explique pas ». Une autre : « Le médecin n'a pas montré d'intérêt à cette consultation car considéré banale ». D'autres remarques ressortent : « Médecin sans intérêt pour ses patientes, 2 minutes de consultation et une ordonnance de BHCG », « consultation rapide, questions sur les symptômes de grossesse », « examen sommaire, le médecin m'a dit de ne pas boire d'alcool et d'aller consulter un gynécologue, pas de prise en compte de mes nausées ni de mes vomissements ».

Une patiente a qualifié la consultation de « rapide et angoissante », une autre « d'expéditive ».

Une patiente décrit : « un médecin pas du tout à l'écoute, suivant son protocole à la lettre, avec des phrases toutes faites ».

On note également :

- « Au vu de mon âge et de ma situation d'étudiante, le médecin n'a pas pris au sérieux ma grossesse, il a tout de suite orienté la consultation sur le délai pour réaliser une IVG ou non ».
- « Je ne retournerai plus chez ce médecin ».

Un autre témoignage relate : « Pas assez de dialogue, pas assez de recommandations sur l'hygiène alimentaire et les rapports sexuels, pas de soutien psychologique ».

Certaines patientes reprochent : « une prise en charge trop scientifique, aucune considération pour la personne globale ».

c) *D'autres patientes n'ont pas réussi à poser leurs questions ou à obtenir des réponses*

Elles l'expriment ainsi :

- « Pas de mention de CMV, ma cousine et son bébé l'ont eu et le bébé est sourd ».
- « Plusieurs sujets non abordés notamment l'activité physique et sexuelle, les risques pendant la grossesse et les symptômes à surveiller ».
- « Pas assez de prévention, le rôle de l'homme, les changements du corps à venir ».
- « Médecin très empathique et gentil mais la séance est trop courte pour tout développer. Il souhaite que j'aie des informations tout au long de la grossesse pour ne pas être submergée mais j'ai manqué de repères ».

d) *Mais, point positif, la majorité correspond à des patientes **apaisées et qui se sentent bien accompagnées** par leur médecin*

Elles le relatent de la façon suivante :

- « Médecin très impliqué dans le suivi de la grossesse ».
- « Tous les documents m'ont été donnés, ordonnances et recommandations ».

- « Très bon relationnel et examen de mon médecin, il me connaît depuis des années, j'avais besoin de le voir pour être rassurée compte tenu de ma fausse couche spontanée précédemment. »
- « J'avais eu une très mauvaise expérience qui m'avait poussée à la démedicalisation gynécologique et cela m'a réconciliée avec le suivi ».
- « J'avais l'impression qu'elle avait préparé son entretien, elle m'a tout expliqué étape par étape ».
- « Elle a pris le temps de répondre à mes questions, je ne me suis pas sentie jugée, très en confiance, ça a tout changé par rapport à ma précédente expérience ».
- « Il s'agit de mon médecin traitant, elle a suivi ma première grossesse. Elle prend le temps nécessaire pour répondre aux questions. »

Une patiente évoque avoir écrit ses questions en amont de la visite : « Mon médecin y a répondu entièrement et très sereinement ».

Une patiente déclare avoir consulté son médecin traitant en complément de son suivi en PMA : « Suivi de santé réalisé par mon gynécologue en PMA, la consultation chez mon médecin traitant a permis une prise en compte de ma personne dans sa globalité vis à vis de ma grossesse ».

e) *Les patientes sont ravies de leur relation médecin-patient*

Elles relatent ainsi leur avis :

- « J'ai de la chance d'avoir un bon médecin ».
- « J'ai un super médecin traitant, très attentive et à l'écoute ».
- « Je suis très contente de cet entretien, médecin à l'écoute et non jugeant, très douce dans ses propos et des propositions d'aides à la gestion de la grossesse dans ce contexte de premier bébé. »
- « Professionnel qui me suit depuis plus de 10 ans donc sereine d'être avec elle ».

f) *Certaines patientes **préfèrent consulter d'elles-mêmes d'autres professionnels de santé** à la suite de cette consultation*

Les déclarations suivantes en attestent :

- « Je préfère aller voir une sage-femme directement qu'un médecin traitant, elle est spécialiste ».
- « J'ai ensuite été voir une sage-femme qui a fait tous les examens et m'a donné les informations que je n'avais pas eues et auxquelles je ne pensais pas. Elle a prescrit tous les bilans et l'échographie. »
- « C'est une consultation que les sage-femmes peuvent faire et il serait préférable que les médecins généralistes se concentrent sur ce pour quoi ils sont formés : la pathologie ».
- « Ma première consultation a eu lieu chez mon gynécologue qui m'a fait une échographie tout de suite, j'ai pu voir mon bébé tout de suite, j'ai vraiment apprécié qu'elle prenne le temps de faire ça »

- « Je fais complètement confiance à mon médecin, cependant j'ai continué mon suivi avec une sage-femme. Je considère mon médecin comme un soutien psychologique ».

C. Critères secondaires de jugement

1. Déroulement de la consultation chez le médecin généraliste

	En nombre	En pourcentage
Vos antécédents médicaux personnels	224	79
Vos antécédents médicaux familiaux	185	65
Vos antécédents obstétricaux	198	69
Votre profession	183	64
Votre hygiène alimentaire	97	34
Votre consommation d'alcool	155	54
Vos vaccinations	132	46
Votre consommation de tabac	190	67
Votre consommation de drogues (cannabis, cocaïne, héroïne, autres)	103	36
Autres :		
- Aucune	1	
- Situation familiale	2	
- PMA	1	
- Symptômes de grossesse	1	
- Méthode contraceptive	1	
- Date des dernières règles	1	
- Victime de violence	1	

Tableau 2 : Anamnèse

En ce qui concerne l'**anamnèse**, elle est plutôt complète et bien réalisée.

Le *Tableau 2* illustre le fait que le médecin pose beaucoup de questions concernant les antécédents personnels et familiaux des patientes. Une attention particulière sur la consommation de tabac et d'alcool est à noter. Cependant, on relève que les questions concernent moins l'hygiène alimentaire et la consommation de stupéfiants.

Seulement 11% des patientes indiquent que toutes les questions leur ont été posées.

	En nombre	En pourcentage
Du déroulement de la grossesse	174	61
Des examens à réaliser	250	88
Des symptômes qui doivent faire consulter rapidement	96	34
Des précautions infectieuses	77	27
Des précautions liées à votre profession	76	27
Du congé maternité	38	13
De l'allaitement	13	5
De votre projet de naissance	26	9
De votre vie sexuelle durant la grossesse	17	6
Des précautions vis-à-vis de certains sports	55	19
Autres :		
- Santé mentale	1	2,8
- Alitement	1	
- PMA	2	
- Vie sexuelle	1	
- Aucun	8	
- Fausse couche	1	
- Fausse couche	1	

Tableau 3 : Discussion avec le médecin

Concernant les **sujets abordés lors de cette consultation**, le *Tableau 3* montre que la majorité des patientes a reçu des informations concernant le déroulement de la grossesse et les différents examens à réaliser.

On retrouve assez peu d'informations concernant le congé maternité, l'allaitement, le projet de naissance, la vie sexuelle durant la grossesse et les précautions vis-à-vis de certains sports.

De manière similaire, en fonction du nombre de grossesses déjà menés par une patiente, ces sujets ne sont pas forcément repris. Il est à noter que les questions sur l'allaitement, le projet de naissance, la vie sexuelle pendant la grossesse et le congé maternité sont quasiment absentes après la deuxième grossesse.

Dans la *Figure 4*, on retrouve les différents sujets abordés selon le nombre de grossesses.

On constate que selon le nombre de grossesses, les interrogations des patientes ne sont pas les mêmes.

Pour les premières et deuxième grossesse, les patientes demandent des informations sur le projet de naissance (45 %), le déroulement de la grossesse (40 %), les examens à réaliser (40 %) ou les précautions infectieuses (45 %).

Pour les patientes qui entament une troisième grossesse ou plus, les sujets les plus abordés sont les sujets administratifs comme le congé maternité (13 %) et les précautions par rapport à leur profession (37 %).

Les symptômes qui doivent faire consulter font partie de la discussion pour 13 % des patientes primipares et 9% pour les deuxièmes grossesses.

Dans tous les cas, l'activité sexuelle durant la grossesse reste un sujet peu abordé (10 %) mais qui préoccupe les patientes.

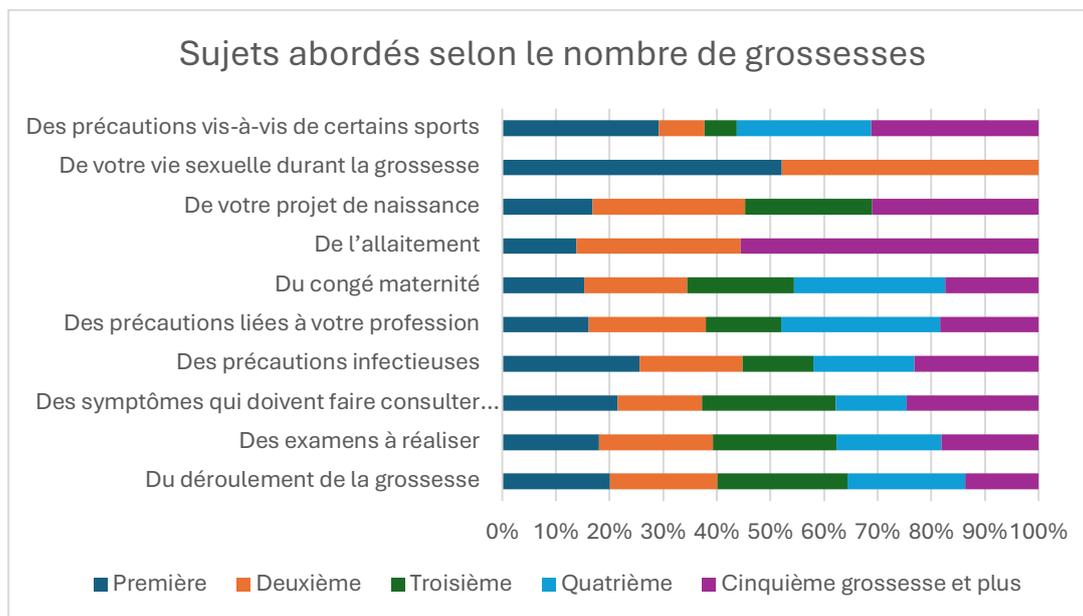


Figure 4 : Sujets abordés par le médecin selon le nombre de grossesses

	En nombre	En pourcentage
Prise de poids	172	60%
Prise de la tension	233	82%
Examen des seins	52	18%
Examen abdominal	83	29%
Pose de spéculum	29	10%
Réalisation d'un Frottis Cervico-Utérin ou Test HPV	19	7%
Autres		
- Échographie endovaginale	25	8,7%
- Pas d'examen	13	4,5%
- Auscultation cardio-pulmonaire	3	1%
- Téléconsultation	1	
- Toucher vaginal	2	

Tableau 4 : Examen clinique

Concernant l'examen clinique, les données du Tableau 4 démontrent que la prise de poids et de tension sont dans la grande majorité des consultations réalisées.

On retrouve uniquement 18 % de réalisation d'un examen des seins, 10 % de réalisations d'un examen au spéculum et 7 % de réalisation de frottis cervico-utérin ou d'un test HPV.

Les recommandations de la HAS précisent que la grossesse est un moment privilégié pour commencer ou reprendre un bon suivi gynécologique.

4,5% des femmes n'ont pas eu d'examen.

Uniquement 2 femmes soit 1% ont bénéficié d'un examen complet.

	En nombre	En pourcentage
Pas d'ordonnance	11	4%
BHCG sanguin	169	59%
Sérologies : toxoplasmose, syphilis, rubéole	232	81%
Sérologie VIH	158	55%
Sérologie CMV	95	33%
Détermination de groupe sanguin et RAI	139	49%
Analyse d'urines	186	65%
Échographie du premier trimestre	151	53%
Numération Formule Sanguine (NFS) à la recherche d'une anémie	115	40%
Prescription pour le dépistage de la T21	98	34%
Autres :		
- Échographie de datation	12	4,2%
- TSH	5	1,75%
- Glycémie à jeun	4	1,4%
- Timoférol	1	
- Vitamines	3	1%
- Ionogramme	1	
- Fer / Ferritinémie	1	
- Bas de contention	1	

Tableau 5: Ordonnance reçues après la consultation

Concernant la **prescription d'ordonnances par les médecins**, selon le *Tableau 5*, on peut remarquer que les médecins suivent les recommandations de la HAS en prescrivant une prise de sang avec le dosage des BHCG, les sérologies obligatoires (syphilis, toxoplasmose et rubéole) ainsi qu'une analyse d'urines.

L'identification du groupe sanguin et de RAI a été proposée uniquement une fois sur deux alors qu'il s'agit d'un examen à prescrire obligatoirement selon les recommandations. À noter que le groupe sanguin de la patiente était peut-être déjà connu.

La prescription d'une sérologie CMV, non obligatoire concerne 33 % des patientes. À noter, que cette analyse de sang peut être refusée par la patiente.

La sérologie VIH est prescrite dans plus de la majorité des cas : 55 %.

53 % des patientes ont obtenu avec une ordonnance pour une échographie du premier trimestre et 34 % d'entre elles, avec une prescription afin de réaliser un dépistage concernant la trisomie 21.

4 % des patientes n'ont pas eu d'ordonnance pour des examens complémentaires suite à cette consultation.

	En nombre	En pourcentage
Pas de document d'informations	180	63%
Oui, concernant les précautions médicamenteuses	16	6%
Oui, concernant les précautions alimentaires	64	22%
Oui, concernant les précautions en lien avec mon travail	2	1%
Oui, concernant les précautions en lien avec mes déplacements	2	1%
Oui, concernant les précautions en lien avec l'alcool, le tabac ou drogues	18	6%
Oui concernant les précautions contre la toxoplasmose	62	22%
Oui concernant les précautions contre la listeria	47	16%
Oui, concernant le dépistage de la T21	42	15%
Oui, concernant les précautions contre le CMV	21	7%
Autres :		
- Carnet de Santé Maternité du Département	3	1%
- Document de déclaration de grossesse	3	1%
- Informations sur les perturbateurs endocriniens	1	
- Précautions sur le sport	1	
- Documents sur la maternité	1	

Tableau 6 : Documents d'informations remis suite à la consultation

Suite à cette consultation, le *Tableau 6* nous montre que dans plus de 63% des consultations, les patientes repartent sans document d'information.

Il existe pourtant des recommandations de la HAS qui indiquent aux professionnels de santé qu'il faut fournir des documents écrits d'informations fondées sur des données de la littérature afin de compléter l'information donné oralement.

Comme dit précédemment, il existe effectivement des documents de source, nombreux mais difficilement accessibles ou méconnus des médecins généralistes.

Lorsque des documents ont été remis, il s'agit majoritairement d'informations concernant les précautions alimentaires (22 %) et contre la toxoplasmose (22 %).

Trois femmes ont reçu le carnet de Santé Maternité du Département soit moins de 1 % de l'échantillon ce qui doit constituer une piste d'amélioration très forte.

	En nombre	En pourcentage
Non	167	59
Oui, à un autre médecin généraliste	1	0
Oui, à un médecin généraliste ayant un diplôme complémentaire en gynécologie-obstétrique	0	0
Oui, à une sage-femme	94	33
Oui, à un radiologue	10	4
Oui, à un gynécologue médicale	6	2
Oui, à un gynécologue-obstétricien	45	16
Oui, auprès de la maternité	36	13
Oui, à un autre spécialiste (endocrinologue, échographiste)	9	3

Tableau 7 : Adressage à un confrère

Quelques médecins ont adressé leurs patientes vers d'autres professionnels de santé comme en témoigne le *Tableau 7*.

Pour la majorité, 59 % des patientes, le médecin généraliste ne les a pas adressées à un autre professionnel.

33 % des patientes ont été adressés pour la poursuite du suivi auprès d'une sage-femme et 16 % d'entre elles à un gynécologue-obstétricien.

À noter, une femme a été adressée à un kinésithérapeute compte tenu de ses douleurs articulaires.

2. *Besoin d'un document récapitulatif en analyse bivariée par test de χ^2*

La durée moyenne d'une consultation de médecine générale est de 16 minutes. (24).

Nous avons qualifié de consultation « longue » les consultations de plus de 20 minutes, ce qui correspond à 4 minutes de plus soit 25 % de temps supplémentaire que pour une consultation classique. Dans notre étude, les consultations d'une durée strictement supérieure à 20 minutes représentent le tiers (35 %) des consultations.

Les résultats montrent une forte majorité de femmes exprimant un besoin de documents récapitulatifs après la consultation, quelle que soit la variable étudiée.

Parmi les femmes ayant eu une consultation longue, 77,19 % (220/285) ont déclaré avoir besoin d'un document récapitulatif des principales informations reçues.

Ce résultat est statistiquement significatif avec une valeur de $p = 0,007$, indiquant que la durée de la consultation a un impact important sur le besoin perçu de documentation post-consultation. Les équations et tableaux de contingences se trouvent en annexe 7.

Pour les femmes ressentant le besoin d'une nouvelle consultation : Le même pourcentage de 77,19 % (220/285) des femmes souhaitent également un document

récapitulatif. La significativité statistique de ce résultat ($p < 0,001$) montre qu'il existe une corrélation forte entre le besoin d'une nouvelle consultation et le besoin de documentation.

Concernant la parité Que ce soit lors de leur première grossesse ou pour une grossesse ultérieure, 77,19 % des femmes (220/285) déclarent avoir besoin de documents après la consultation. Cependant, la valeur de $p = 0,081$ montre que cette relation n'est pas statistiquement significative, suggérant que le nombre d'accouchements antérieurs n'influence pas de manière notable le besoin en documents.

Enfin pour l'âge, le pourcentage de femmes ayant besoin d'un document récapitulatif varie légèrement en fonction de l'âge. Dans cette étude, 69,82 % (199/285) des femmes ont exprimé ce besoin. La valeur de $p = 0,138$ montre que l'âge n'a pas un effet significatif sur cette variable, ce qui suggère que le besoin de documentation est relativement homogène à travers les différentes tranches d'âge.

Ces résultats indiquent que le besoin de documents récapitulatifs après une consultation est globalement élevé parmi les femmes, avec des différences significatives pour la durée de la consultation et la perception du besoin d'une nouvelle consultation. Cependant, des facteurs comme la parité et l'âge semblent avoir un effet moindre sur cette demande, du moins dans cette étude.

Besoin d'un document récapitulatif	Nombre de femmes « oui »	Pourcentage	<i>p</i>
Consultation longue	220	77%	0,007
Besoin d'une nouvelle consultation	220	77%	< 0,001
Parité	220	77%	0,081
Âge	199	69%	0,138

Tableau 8 : Besoin d'un document récapitulatif selon différents critères

VI. Discussion

A. Interprétation des résultats

1. *Expériences positives*

Il est important de souligner que la majorité des patientes rapporte une expérience positive lors de leurs consultations prénatales. Ces femmes se sentent écoutées et soutenues. Elles reçoivent les informations qui leur semblent nécessaires pour aborder leur grossesse avec confiance. Ce constat indique que les pratiques actuelles répondent en grande partie aux attentes des patientes.

Les patientes qui se sentent rassurées mentionnent souvent une communication claire et empathique avec les professionnels de santé qui leur dispensent des explications détaillées sur les différentes étapes de leur grossesse, et leur assurent une disponibilité suffisante pour répondre à leurs préoccupations. Ces éléments semblent jouer un rôle crucial dans la création d'un environnement de confiance et de sécurité.

L'analyse des expériences positives permet d'identifier des pratiques qui pourraient être standardisées et intégrées de manière systématique dans le suivi prénatal. Cela inclut non seulement la qualité des interactions, mais aussi l'adaptation des consultations aux besoins individuels, qui pourrait bénéficier à toutes les patientes.

2. *Expériences négatives*

Une femme sur cinq, met en évidence une certaine anxiété, un manque de soutien ou un besoin de réassurance. Ces sentiments peuvent évidemment influencer le suivi de la grossesse, leur implication et leur bien-être émotionnel. Ces femmes se sentent mal informées ou présentent des attentes non satisfaites.

Il est important d'en analyser les causes. Une mauvaise qualité d'information et/ou une relation patient-médecin insatisfaisante telles qu'un manque de confiance ou une communication sont des facteurs qui doivent être pris en compte pour pouvoir y remédier.

Ces consultations doivent être adaptées, personnalisées selon les besoins émotionnels et les préoccupations spécifiques de chaque patiente, avec un suivi plus régulier ou des consultations supplémentaires pour celles qui le souhaitent.

Il est important de ne pas les abandonner et d'insister sur l'importance du suivi. Il semble nécessaire de proposer de référer ces patientes à des sage-femmes ou des psychologues en cas de besoin pour un soutien plus spécialisé.

Des solutions concrètes sont accessibles notamment via un document ou une application récapitulative qui pourrait être une source de réassurance.

B. Forces et limites

La méthode utilisée repose sur l'analyse qualitative et quantitative reposant sur un questionnaire semi-ouvert comportant plusieurs biais.

1. Biais de l'étude et limites

a) Biais de sélection

Le fait que les patientes soient volontaires pour répondre au questionnaire peut constituer un premier biais. Les femmes qui acceptent de participer sont peut-être celles qui se sentent plus concernées ou qui ont des opinions plus fortes sur la consultation, ce qui pourrait ne pas refléter la réalité de l'ensemble du ressenti des patientes.

La population de patientes primipares s'établit à 59% et elles se situent dans une moyenne d'âge entre 25 et 30 ans.

Il n'a été obtenu que peu de réponses de patientes enceintes pour la troisième fois ou plus.

b) Biais de recrutement

Le recrutement a été réalisé de deux manières différentes :

Dans un premier temps par effet boule de neige via les connaissances professionnelles du Docteur SERMAN ou été obtenues des miennes. Ce qui constitue un biais d'entourage.

Devant la stagnation des réponses, le questionnaire a ensuite été diffusé sur les réseaux sociaux tels que Facebook et Instagram. Les utilisatrices d'Instagram sont majoritairement nées entre 1995 et 2005 (78 %) et de Facebook entre 1959 et 1964 (84 %). (25). Il en résulte donc un deuxième biais relatif à l'appétence aux réseaux sociaux.

c) Biais de désirabilité sociale

L'analyse qualitative peut entraîner une distorsion de l'information. En effet, les patientes peuvent ne pas communiquer leur véritable ressenti à des fins de déculpabilisation compte tenu de l'image très positive véhiculée par la grossesse. Il est évidemment très difficile de détecter ce biais ainsi l'accent a-t-il été mis sur l'anonymat des données.

2. Forces de l'étude

a) Originalité et pertinence du sujet

Ce travail qui aborde un aspect peu étudié de la santé en France apporte des informations récentes.

On retrouve également un impact sociétal et clinique, avec une pertinence en termes de santé publique et de bien-être des patientes. On s'interroge sur le ressenti et les émotions des patientes avant et après leur consultation, ce qui en fait un sujet original et ce qui permet la mise en lumière du déroulé de la consultation du point de vue des patientes et non pas de celui des professionnels de santé.

Cette étude est donc centrée sur l'humain, paramètre essentiel dans le domaine de la santé.

Ce travail pourrait avoir des répercussions sur l'amélioration des pratiques cliniques et les politiques de santé en faveur d'un meilleur suivi des femmes enceintes.

b) Approche par méthodes mixtes

L'utilisation combinée des méthodes qualitative et quantitative a permis à la fois un état des lieux méthodique du contenu de cette consultation mais aussi une compréhension plus nuancée et fine des représentations des participantes à un moment clé de leur grossesse.

c) Échantillon représentatif

L'une des forces de cette étude est la transversalité géographique avec un recrutement sur l'ensemble du territoire français.

Il est important de noter un retour de plus de 1300 questionnaires en un peu plus de 6 mois, preuve que les femmes se sentent profondément concernées par cette thématique.

Les questionnaires ont été enregistrés informatiquement et de manière anonyme, ce qui permet une meilleure sincérité et exactitude des réponses. Il n'y a donc pas d'influence de l'enquêteur.

L'utilisation des réseaux sociaux dans le recrutement est également une force, permettant un recrutement plus vaste. Par ailleurs, ce procédé de diffusion n'aurait pas pu être possible il y a encore une dizaine d'années. Ce travail est donc en accord avec son temps.

En présentiel, le déroulé et le contenu de la consultation ont été laissés à l'entière initiative des médecins généralistes selon leurs habitudes et leur art de pratique.

d) Applicabilité des résultats et pratique clinique

Ce travail pourrait aboutir à des recommandations pratiques pour améliorer la prise en charge des patientes notamment dans la qualité des consultations prénatales et renforcer le soutien aux femmes enceintes.

L'empathie et la relation patient-médecin ont une particulière importance, ainsi que l'écoute et le soutien. Ce travail peut aider à humaniser davantage la pratique clinique, ce qui en fait une contribution significative.

e) *Engagement et motivation*

Ces points forts, en plus de mon investissement dans cette recherche, montrent que ce travail a le potentiel de faire une réelle différence dans le domaine de la santé maternelle, en améliorant à la fois la pratique clinique et la qualité de vie des patientes.

C. Comparaison avec la littérature

Ce travail a permis de réunir une majorité de femmes primipares entre 25 et 30 ans ; or d'après les données de la littérature, l'âge moyen des femmes enceintes était de 31 ans en 2023.

Les consultations durent en moyenne 20 minutes. Nous savons que d'après une étude de la DRESS, la durée de la consultation moyenne en médecine générale est de 16 minutes (28). Ce qui nous montre que cette consultation particulière ne demande que peu de temps supplémentaire. Toutefois, quatre minutes supplémentaires correspondent à une augmentation d'un quart du temps d'une consultation moyenne.

Nous avons pu constater que les recommandations de la HAS sont plutôt bien suivies. On constate cependant que 4 % des patientes n'ont pas eu d'ordonnance suite à cette consultation.

Les recommandations de la HAS précisent qu'il faut fournir des informations écrites ou indiquer où en trouver ce qui est rarement le cas dans la pratique.

63 % des patientes déclarent en effet, ne pas avoir reçu de documents d'informations.

Ces recommandations déclarent qu'il faut proposer si nécessaire une consultation supplémentaire ; or d'après notre étude près de 70 % des femmes ne souhaitent pas une autre consultation d'information.

L'état émotionnel des patientes est positif à la suite de cette consultation avec une majorité de femmes apaisées, heureuses et rassurées. Nous retrouvons le même ressenti dans la thèse de Mr YILDIZ (24) concernant le suivi de grossesse par les médecins généralistes. Les patientes déclarent apprécier l'approche généraliste du médecin. Elles déclarent leur médecin à l'écoute, sont rassurées et en confiance pour exprimer leurs angoisses.

D'après le travail du Docteur PUGET- DUPANLOUP Céline (29), la relation médecin-patient joue un rôle primordial. Les femmes expriment des besoins et des attentes

vis-à-vis de leur médecin ainsi qu'une motivation certaine à l'écoute des conseils et des changements d'habitudes de vie à effectuer.

Plus des trois quarts des femmes expriment le besoin de disposer d'un document explicatif suite à cette consultation. Rapporté à la population française, ce besoin correspond à 67 à 87 % des patientes selon notre écart-type soit 7 à 9 femmes sur 10.

D. Perspectives

1. Amélioration continue des pratiques cliniques

Il semble possible de créer des protocoles plus sensibles aux besoins des patientes, en particulier pour celles qui se sentent moins rassurées. Cela pourrait inclure des check-lists pour les médecins afin de s'assurer que les préoccupations des patientes sont abordées. Une autre piste, consiste à l'évaluation régulière de la satisfaction des patientes qui permettrait de recueillir des retours et d'ajuster les pratiques en conséquence.

2. Recherche future

Il semble intéressant de réaliser des études longitudinales pour suivre les patientes au cours de leur grossesse et même après leur accouchement, afin de mesurer l'impact d'une meilleure prise en charge sur leur santé mentale et leur bien-être.

Nous pouvons également approfondir la recherche avec l'analyse des facteurs socio-culturels sur la perception de la consultation.

3. Formation et sensibilisation

Nous pouvons proposer d'élargir les formations continues des professionnels de santé sur la gestion de l'anxiété et des attentes des patientes, en mettant l'accent sur la communisation et l'empathie ou bien en développant des programmes éducatifs pour les patientes, afin de les informer davantage sur le processus de suivi de grossesse et les rassurer.

4. Intégration de la technologie

Une majorité des femmes aujourd'hui ont un smartphone. La piste principale de progrès est la création d'une application qui regrouperait : les recommandations, les « interdictions », les différents examens à réaliser avec la possibilité d'y intégrer les résultats des différentes analyses voir des échographies, un espace de discussion en ligne où les patientes pourraient poser leurs questions et recevoir des informations supplémentaires si elles le souhaitent.

Les téléconsultations et le suivi à distance semblent également être une bonne piste car ils permettent avec un suivi plus flexible.

5. *Groupes de soutien entre patientes*

La mise en place de groupes de soutien où les femmes peuvent partager leurs expériences et se rassurer mutuellement, éventuellement encadrées par des professionnels de santé semble être une piste à explorer, en concentration et en partenariat avec des associations qui œuvrent pour le soutien des femmes enceintes.

VII. Conclusion

Dans nos pays développés, la majorité des patientes a la chance d'être très bien écoutée et accompagnée soit quatre femmes sur cinq.

Je souhaite que ce travail puisse être utile à la cinquième patiente sur cinq qui se sent désemparée et seule.

C'est pour elles qu'il est primordial de s'investir et d'améliorer la consultation de première consultation de grossesse.

La voie est grande ouverte vers de vraies améliorations pour une prise en charge empathique et responsable.

Cette étude montre que, bien que la majorité des patientes soit satisfaite de leurs consultations prénatales, il est crucial de ne pas négliger celles qui expriment des besoins supplémentaires. En nous inspirant des expériences positives, nous pouvons aspirer à un suivi prénatal qui soit rassurant et efficace pour toutes les femmes, indépendamment de leurs besoins individuels.

Cette thèse souligne la nécessité d'une prise en charge prénatale qui ne se limite pas uniquement à la surveillance médicale, mais qui intègre pleinement les dimensions émotionnelles et psychologiques du parcours de la grossesse.

En plaçant les patientes au cœur de cette approche, nous pouvons espérer un avenir dans lequel chaque femme se sentira écoutée, rassurée et véritablement accompagnée dans cette étape cruciale de sa vie.

VIII. Références bibliographiques

1. aménorrhée - Définitions, synonymes, prononciation, exemples | Dico en ligne Le Robert [Internet]. [cité 27 mai 2024]. Disponible sur: <https://dictionnaire.lerobert.com/definition/amenorrhée>
2. Larousse É. Définitions : grossesse - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/grossesse/38395>
3. Bercovici P, Fabiani-Salmon JN. L'incroyable histoire de la médecine. Nouvelle éd. augmentée. Paris: les Arènes; 2020. (Les Arènes BD).
4. Morel - Histoire de la naissance en France (xviiie-xxe siècle).pdf.
5. Mémoire SF Limoges / Médicalisation grossesse.
6. Guillemeau J (1549 1613) A du texte, Guillemeau C (1588 1656) A du texte. De la grossesse et accouchement des femmes ; du gouvernement de celles-ci et moyen de survenir aux accidents qui leur arrivent, ensemble de la nourriture des enfans, par feu Jacques Guillemeau,... augmenté de... plusieurs maladies secrettes, avec un traité de l'impuissance, par Charles Guillemeau,... [Internet]. 1621 [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5701564n>
7. Louise Bourgeois (1563-1636). Une sage-femme entre deux mondes - Cour de France.fr [Internet]. [cité 9 sept 2024]. Disponible sur: <https://cour-de-france.fr/vie-quotidienne/medecine-sciences-et-savoirs/etudes-modernes/article/louise-bourgeois-1563-1636-une-sage-femme-entre-deux-mondes>
8. Enquête nationale périnatale : résultats de l'édition 2021 [Internet]. [cité 26 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/presse/2022/enquete-nationale-perinatale-resultats-de-l-edition-2021>
9. Le Ray C, Lelong N, Cinelli H, Blondel B, Collaborators - Members of the ENP2021 Study Group. Results of the 2021 French National Perinatal Survey and trends in perinatal health in metropolitan France since 1995. J Gynecol Obstet Hum Reprod. déc 2022;51(10):102509.
10. Âge moyen de la mère à l'accouchement | Insee [Internet]. [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390#tableau-figure1>
11. L'essentiel sur... les Hauts-de-France | Insee [Internet]. [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4481460>
12. Les Hauts-de-France : un repli démographique amplifié par la Covid-19 - Insee Analyses Hauts-de-France - 126 [Internet]. [cité 2 mars 2024]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/5397245>
13. La fécondité régionale diminue et rejoint le niveau métropolitain - Insee Flash Hauts-

de-France - 125 [Internet]. [cité 2 mars 2024]. Disponible sur:
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5429018>

14. Haute Autorité de Santé [Internet]. [cité 25 avr 2023]. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_547976/fr/suivi-et-orientation-des-femmes-enceintes-en-fonction-des-situations-a-risque-identifiees

15. Grossesse : programme de suivi et première consultation [Internet]. [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/grossesse/grossesse-programme-de-suivi-et-premiere-consultation>

16. Suivi et accompagnement de la femme enceinte [Internet]. [cité 22 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/suivi-orientation-femme-enceinte>

17. Carnet de santé maternité .pdf.

18. Buyck JF, Lelièvre F, Truffeau F, Hérault T, Barlet M, Chaput H, et al. Attitudes et pratiques des médecins généralistes dans le cadre du suivi de la grossesse [Internet]. 2016 oct p. 8. (Etudes et Résultats). Report No.: 0977. Disponible sur: <https://www.bnsp.insee.fr/ark:/12148/bc6p0701304.pdf>

19. Valin MS. État des lieux et freins de la consultation préconceptionnelle chez les médecins Haut-Normands en 2017. 15 févr 2018;111.

20. Babinet-Boulnois C. Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse : intérêts et difficultés. 4 juin 2013;104.

21. Dapoigny S. Représentations des médecins généralistes de l'arrière-pays niçois dans le suivi des femmes enceintes.

22. Flori M, Le Goaziou M. Suivez-vous des grossesses ? 12 sept 2006;20(740/741):873-8.

23. Object object. Suivi de grossesse : avis des femmes sur le choix du professionnel de santé et la place du médecin généraliste. [cité 3 déc 2023]; Disponible sur: <https://core.ac.uk/reader/52780280>

24. Yildiz H. Suivi de grossesse par le médecin généraliste : expériences et vécus des femmes. Etude qualitative auprès de femmes ayant confié le suivi de leur grossesse à leur médecin traitant [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2010 [cité 3 déc 2023]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01733329>

25. Hardy AC, Jourdain M, Catimel B, Clautour L, Canévet JP. Grossesses à suivre. Les déterminants de l'usage de l'offre territoriale de soins périnataux. Rech Fam. 2015;12(1):57-70.

26. The Jamovi Project [Internet]. Computer Software; 2023. Disponible sur: <https://www.jamovi.org/>

27. SurveyMonkey [Internet]. 2024. (Calcul du nombre de participants nécessaires). Disponible sur: <http://help.surveymonkey.com/fr/surveymonkey/solutions/calculating-respondents/>
28. La durée des séances des médecins généralistes | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 10 sept 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
29. Dupanloup CP. Obstacles à la consultation préconceptionnelle en médecine générale: enquête qualitative auprès de 20 femmes en âge de procréer.

IX. Annexes

a) *Questionnaire de thèse – transmis aux patientes via un QR code en ligne : Annexe 1*

1. Le médecin a-t-il discuté avec vous :
 - a. Du déroulement de la grossesse
 - b. Des examens à réaliser
 - c. Des symptômes qui doivent faire consulter rapidement
 - d. Des précautions infectieuses
 - e. Des précautions liées à votre profession
 - f. Du congé maternité
 - g. De l'allaitement
 - h. De votre projet de naissance
 - i. De votre vie sexuelle durant la grossesse
 - j. Des précautions vis-à-vis de certains sports
 - k. Autre :

2. Le médecin vous a-t-il examiné lors de la consultation ? Si oui, qu'a-t-il fait ?
 - a. Prise de poids
 - b. Prise de tension
 - c. Examen des seins
 - d. Examen abdominal
 - e. Pose de spéculum et TV
 - f. Réalisation d'un FCV ou test HPV
 - g. Autre

3. Êtes-vous ressortie de la consultation avec des ordonnances pour réaliser des examens complémentaires ? Si oui, lesquels ?
 - a. Non
 - b. BHCG sanguin
 - c. Sérologies : toxoplasmose, syphilis, rubéole
 - d. Sérologie CMV
 - e. Sérologie VIH
 - f. Détermination de groupe sanguin et RAI
 - g. Analyse d'urines
 - h. Échographie du premier trimestre
 - i. Numération Formule Sanguine (NFS) à la recherche d'une anémie
 - j. Prescription pour le dépistage de la T21
 - k. Autre

4. Le médecin vous a-t-il remis des documents informatifs suite à cette consultation ?
 - a. Non
 - b. Oui, concernant les précautions médicamenteuses
 - c. Oui, concernant les précautions alimentaires
 - d. Oui, concernant les précautions en lien avec mon travail
 - e. Oui, concernant les précautions en lien avec mes déplacements
 - f. Oui, concernant les précautions en lien avec l'alcool, le tabac ou drogues.

- g. Oui concernant les précautions contre la toxoplasmose
- h. Oui concernant les précautions contre la listeria
- i. Oui, concernant les précautions contre le CMV.
- j. Oui, concernant le dépistage de la T21

5. Après cette consultation, reste-t-il des interrogations auxquelles le médecin n'a pas répondu ? Si oui, lesquels ?

6. Le médecin vous a-t-il adressé à un autre professionnel ?

- a. Non
- b. Oui, à un autre médecin généraliste
- c. Oui, à un médecin généraliste ayant un diplôme complémentaire en gynécologie-obstétrique
- d. Oui, à une sage-femme
- e. Oui, à un radiologue.
- f. Oui, à un gynécologue médical
- g. Oui, à un gynécologue-obstétricien
- h. Oui, auprès de la maternité
- i. Oui, à un autre spécialiste.
- j. Autre

7. Comment décririez-vous en 5 mots votre état émotionnel à la fin de cette consultation ? (apaisée, sous le choc, intéressée, submergée...)

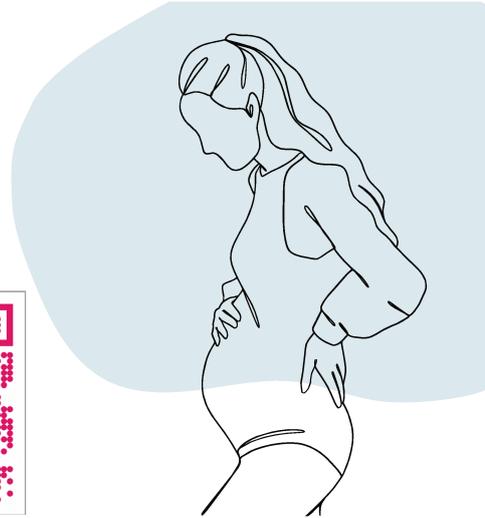
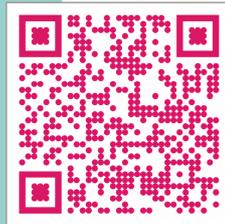
8. Pensez-vous avoir besoin d'une nouvelle consultation pour faire le point ?
- a. Oui
 - b. Non

9. Pensez-vous qu'un document récapitulatif des principales informations vous serez utile après cette consultation ?
- a. Oui
 - b. Non

10. Que pourriez-vous nous dire de plus par rapport à cette consultation ?

QUESTIONNAIRE POUR LE DIPLÔME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

POUR TOUTE INFORMATION COMPLÉMENTAIRE
N'HÉSITEZ PAS À ME CONTACTER VIA :
SACHA.VALIN.ETU@UNIV-LILLE.FR



Bonjour,

Je m'appelle Sacha Valin. Je suis interne en Médecine Générale.

Dans le cadre de ma thèse, je réalise un questionnaire sur la première consultation de grossesse chez les patientes.

Il s'agit d'une recherche scientifique ayant pour but d'étudier le déroulement de cette consultation chez votre médecin .

Si vous le souhaitez, je vous propose de participer à l'étude. Pour y répondre, **vous devez avoir plus de 18 ans et être enceinte.**

Ce questionnaire est facultatif, confidentiel et il ne vous prendra que 5 minutes !

Ce questionnaire n'étant pas identifiant, il ne sera donc pas possible d'exercer ses droits d'accès aux données, droit de retrait ou de modification.

Pour assurer une sécurité optimale vos réponses ne seront pas conservées au-delà de la soutenance de thèse.

Merci à vous! Ce questionnaire contient des champs d'expression libre, afin de préserver le caractère confidentiel et anonyme de la recherche, je vous prie d'être particulièrement vigilant, et de ne pas communiquer de données directement identifiantes lors de vos réponses.

c) *Fiche d'informations transmises aux médecins – Annexe 3*

« Bonjour Docteur, je me permets de vous contacter dans le cadre de ma thèse.

Ma question de recherche est la suivante : « Que retiennent les patientes après une première consultation de grossesse désirée chez leur médecin traitant ? »

L'objectif principal est de décrire au maximum les informations et émotions retenues par les patientes lors de cette consultation. Cette thèse permettra dans le futur de construire des outils et des recommandations pour cette première consultation de grossesse standardisées pour les médecins généralistes avec une conduite à tenir ainsi que de fournir des documents ressources pour une prise en charge optimale.

Il s'agit d'une étude transversale descriptive par méthode mixte de recherche : quantitative et qualitative avec des champs de réponses libres.

Le recrutement se fait via les médecins généralistes à travers la France.

Le but est d'étudier le déroulement de cette consultation. Les patientes concernées doivent avoir plus de 18 ans et il doit s'agir d'une grossesse désirée (critères d'inclusion).

Votre rôle est le suivant : après avoir reçu une patiente enceinte en consultation pour une grossesse désirée ou acceptée il vous faudra lui remettre le QR code (joint à ce mail). La patiente pourra le remplir directement via son smartphone après la consultation. Le QR code amène la patiente à un questionnaire en ligne, anonyme, qui dure moins de 3min.

Le recrutement dure sur 6 mois à 1 an, en fonction du retour de réponses.

Je peux vous faire parvenir par voie postale d'autres QR code pré imprimés à remettre à vos patientes.

Vous trouverez également une fiche explicative pour les patientes à leur remettre ou à afficher dans votre cabinet.

Merci par avance pour votre aide précieuse.

Sacha Valin
Interne en médecine générale »

d) *Calendrier du suivi médical pendant la grossesse selon l'assurance maladie – Annexe 4*

L'essentiel

Le calendrier du suivi médical pendant la grossesse

Pendant la grossesse

Consultations obligatoires

Les 7 examens prénataux

- Le professionnel de santé contrôle le bon déroulement de la grossesse et peut prescrire des examens complémentaires (dépi­st­age de la rubéole, de la toxoplas­mose, de l'hépatite B...).
- Quand ?
Le 1^{er} avant la fin du 3^e mois de grossesse, puis chaque mois jusqu'à l'accouchement.

Prise en charge de l'Assurance Maladie
100 %



• Avec qui ?

-  Médecin traitant
-  Sage-femme
-  Gynécologue
en maternité, en libéral ou en PMI

Une consultation avec l'anesthésiste, qu'une péridurale soit prévue ou non

- Pour faire le point sur votre santé, les allergies et les traitements médicaux en cours.

Prise en charge de l'Assurance Maladie
100 %

• Quand ?
8^e mois de grossesse.

Un entretien prénatal précoce

- Un moment d'échange individuel ou en couple pour parler de l'arrivée de l'enfant, exprimer les interrogations, les difficultés éventuelles (médicales, sociales, psychologiques) et les besoins en termes d'accompagnement avant et après l'accouchement.
- Quand ?
À partir du 4^e mois de grossesse.

Prise en charge de l'Assurance Maladie
100 %

• Avec qui ?

-  Médecin traitant
-  Sage-femme
-  Gynécologue
en maternité, en libéral ou en PMI

Rendez-vous recommandés

Un bilan prénatal de prévention

• Pour faire le point sur les habitudes de vie (alimentation, tabac, alcool...), les vaccinations, et être informée sur les offres de prévention pour la femme enceinte (examen bucco-dentaire...).

• Quand ?

Dès la déclaration de grossesse et si possible avant le 6^e mois de grossesse.

• Avec qui ?



Sage-femme

Prise en charge de l'Assurance Maladie
70 %
avant le 5^e mois de grossesse.



puis
100 %
à partir du 6^e mois de grossesse.



3 échographies, 1 par trimestre

• Pour surveiller le développement du fœtus à chaque stade de son évolution.

• Quand ?

Avant la fin du 3^e mois de grossesse puis au 5^e mois et au 8^e mois de grossesse.

• Où ?

À l'hôpital ou en ville.

• Avec qui ?



Médecin traitant



Sage-femme



Gynécologue

Prise en charge de l'Assurance Maladie
70 %
jusqu'à la fin du 5^e mois de grossesse.



puis
100 %
à partir du 6^e mois de grossesse.



Un bilan bucco-dentaire

• Pour contrôler la santé des dents et des gencives, avoir des conseils pour en prendre soin...

• Quand ?

À partir du 4^e mois de grossesse.

• Avec qui ?



Dentiste

Prise en charge de l'Assurance Maladie
100 %
avec le bon de prise en charge téléchargeable sur votre compte ameli



7 séances de préparation à la naissance et à la parentalité

• Pour préparer l'accouchement et l'accueil de l'enfant.

• Quand ?

Entre le 7^e et le 9^e mois de grossesse.

• Avec qui ?



Médecin traitant



Sage-femme



Gynécologue

Prise en charge de l'Assurance Maladie
100 %



Bon à savoir : vous pouvez consulter la sage-femme et le gynécologue sans passer par le médecin traitant.

Examens à proposer systématiquement

- échographie obstétricale entre 11 et 13 SA + 6 jours : détermination à ± 5 jours de la date de conception et du terme théorique de la grossesse, dépistage des malformations majeures à expression précoce et des signes d'appel de malformations fœtales et d'anomalies chromosomiques ;
- marqueurs sériques pour le dépistage sanguin de la trisomie 21 associés à la mesure de la clarté nucale ; recherche de maladies génétiques chez la femme ayant des antécédents familiaux et/ou personnels ;
- caryotype fœtal par amniocentèse ou choriocentèse si le taux du test sérique est élevé ($> 1/250$) ou en cas de clarté nucale anormale ;
- information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH et proposition d'une sérologie VIH 1 et 2.

Examens à proposer éventuellement

- dépistage de l'anémie (NFS) en cas de facteurs de risque ;
- examen cyto bactériologique des urines (ECBU) ;
- frottis cervical de dépistage des dysplasies cervicales si date de plus de 2 à 3 ans.

Encadré 1. Examens prescrits à la femme enceinte à la 1^{re} consultation

Examens prescrits obligatoirement

- détermination des groupes sanguins (ABO et phénotypes rhésus complet et Kell). Si la femme ne possède pas de carte de groupe sanguin complète, deux prélèvements sont effectués ;
- recherche d'une éventuelle incompatibilité de groupes sanguins entre la mère et l'enfant (recherche d'agglutinines irrégulières ou RAI). Si la recherche est positive, l'identification et le titrage des anticorps sont obligatoires ;
- sérologie de la syphilis (TPHA-VDRL) ;
- sérologie de la toxoplasmose sauf en cas de résultats écrits faisant considérer l'immunité comme acquise ;
- sérologie de la rubéole sauf en cas de résultats écrits faisant considérer l'immunité comme acquise (datant de moins d'un an : possibles cas de ré-infestation) ;
- glycosurie et albuminurie.

Carnet de santé maternité



g) Tableaux de contingences du χ^2 – Annexe 7

Pensez-vous qu'un document récapitulatif des principales informations vous serez utile après cette consultation ?			
consultation longue (>20 min)	Non	Oui	Total
non	33	152	185
oui	32	68	100
Total	65	220	285

Tests χ^2			
	Valeur	ddl	p
χ^2	7.40	1	0.007
N	285		

Équation 1: Besoin document si consultation longue

Tables de contingence

Pensez-vous qu'un document récapitulatif des principales informations vous serez utile après cette consultation ?			
Pensez-vous avoir besoin d'une nouvelle consultation pour faire le point ?	Non	Oui	Total
Non	59	142	201
Oui	6	78	84
Total	65	220	285

Tests χ^2			
	Valeur	ddl	p
χ^2	16.6	1	< .001
N	285		

Équation 2: Besoin de document et besoin d'une deuxième consultation

Tables de contingence

Pensez-vous qu'un document récapitulatif des principales informations vous serez utile après cette consultation ?			
parité	Non	Oui	Total
autre	33	85	118
premiere	32	135	167
Total	65	220	285

Tests χ^2			
	Valeur	ddl	p
χ^2	3.04	1	0.081
N	285		

Équation 3 : Besoin d'un document selon la parité

Pensez-vous qu'un document récapitulatif des principales informations vous serez utile après cette consultation ?				
M			Oui	Total
	Non			
+40ans	0		2	2
20-25ans	3		20	23
25-30ans	22		96	118
30-35ans	28		81	109
35-40ans	12		21	33
Total	65		220	285

Tests χ^2			
	Valeur	ddl	p
χ^2	6.96	4	0.138
N	285		

Équation 4 : Besoin d'un document selon l'âge

AUTEURE : Nom : VALIN

Prénom : SACHA

Date de soutenance : 8 Novembre 2024

Titre de la thèse : État des lieux par les patientes de la première consultation de grossesse

Thèse - Médecine - Lille 2024

Cadre de classement : Médecine Générale

DES + FST/option : Médecine générale

Mots-clés : consultation, grossesse, premier trimestre, médecin généraliste, ressenti.

Résumé :

Contexte : La première consultation de grossesse se déroule avant la fin du troisième mois. Elle est codifiée par les recommandations de la HAS. Cette consultation inclut un examen clinique, des prescriptions d'analyses biologiques et des conseils préventifs. Elle est cruciale pour le déroulement du suivi de grossesse.

Méthode : Il s'agit d'une étude épidémiologique transversale analytique par méthodes mixte de recherche. Les patientes ont été interrogées par un questionnaire anonyme diffusé par QR-code via les réseaux sociaux. Les critères d'inclusion étaient **d'être une femme majeure enceinte d'une grossesse désirée ayant réalisé la première consultation de grossesse chez un médecin généraliste.**

Les réponses en champ libre ont fait l'objet d'une analyse qualitative sémantique.

Résultats : 285 patientes ont répondu au questionnaire dont 59 % concernent une première grossesse. Les patientes relatent majoritairement un bon suivi des recommandations de la HAS.

Après la consultation, un état émotionnel positif étaient prédominant chez les patientes, avec 73% d'entre-elles qui déclaraient ne pas ressentir le besoin d'une nouvelle consultation. 77% des patientes étaient favorables à la création d'un document remis en fin de consultation. Une femme sur cinq correspondant à 20 % de l'échantillon, n'a pas été rassurée suite à cette consultation.

Les principales limites de l'étude incluent des biais de sélection et de désirabilité sociale. Les forces sont l'originalité de l'étude, la transversalité géographique et le fait de donner la parole aux patientes pour évaluer leur première consultation sont soulignés. Les perspectives incluent la proposition d'un document conjoint médecin-patiente pour améliorer cette consultation ainsi qu'une application ressource.

Conclusion : L'étude met en lumière l'importance de cette première consultation et le besoin potentiel d'améliorer la communication et le suivi à travers des supports spécifiques. Elle offre également une base pour des améliorations futures dans la prise en charge des femmes enceintes.

Composition du Jury :

Président : Professeur SUBTIL Damien

Asseseurs : Docteur DEVEMY Constance, Docteur OLLIVON Judith

Directeur de thèse : Docteur SERMAN Fanny