



**HAL**  
open science

## La première consultation de grossesse en cabinet de médecine générale

Pauline Glevarec

► **To cite this version:**

Pauline Glevarec. La première consultation de grossesse en cabinet de médecine générale. Sciences du Vivant [q-bio]. 2016. dumas-01615892

**HAL Id: dumas-01615892**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01615892>**

Submitted on 12 Oct 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# AVERTISSEMENT

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

*Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4*

*Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2-L 335.10*

UNIVERSITÉ PARIS DESCARTES  
Faculté de Médecine PARIS DESCARTES

Année 2016

N° 224

THÈSE  
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT  
DE  
DOCTEUR EN MÉDECINELa première consultation de grossesse en cabinet  
de médecine généralePrésentée et soutenue publiquement  
le 18 octobre 2016

Par

***Pauline GLEVAREC***

Née le 16 décembre 1988 à Nogent-sur-Marne (94)

Dirigée par M. Le Docteur François Bloede

Jury :

M. Le Professeur Alain Lorenzo ..... Président

Mme Le Professeur Frédérique Noël

Mme Le Docteur Camille Bideau

Except where otherwise noted, this work is licensed under  
<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>

# REMERCIEMENTS

Au Professeur Alain Lorenzo, qui m'a fait l'honneur de bien vouloir présider cette thèse.

Au Docteur François Bloede, d'avoir accepté de diriger ce travail et d'avoir rendu ces « cours du jeudi matin » si sympathiques.

Au Professeur Frédérique Noël, de faire partie du jury de cette thèse.

A Camille Bideau, amie sincère et membre de ce jury, pour tout ce que l'on a traversé ensemble depuis le premier jour de notre internat et pour toutes les bonnes choses à venir !

A mes parents, pour leur amour inconditionnel. Merci d'avoir toujours cru en moi et d'être à mes côtés quoi qu'il arrive.

A Joanne, sœur et amie, d'avoir toujours su m'écouter, me motiver et d'avoir toujours relu mes écrits ! J'y suis arrivée !

A Hugues, pour tout le bonheur que tu m'apportes et ton soutien au quotidien. Merci d'être là !

A Papy et Mamie, d'être vous. J'espère vous rendre fiers !

Au Clan, inébranlable, pour ce lien si particulier qui nous unit.

A Jimmy, le « moelleux », l' « écrevisse », pour chanter « le top pour le boudin » toujours au moment opportun et pour ton soutien à toute épreuve durant ces neuf années !

A Lollo, ma mma depuis 18 ans (aie !), parce qu'on a grandi ensemble et que tu m'as toujours soutenue et aidée à avancer.

Aux Glamotté, pour tous ces moments de vie partagés et à cette famille qui s'agrandit.

A Aurore, dernier pilier du trio, que je n'arrive pas à quitter depuis ce premier jour d'internat, pour ces brunchs à gogo, ces coups de stress et ces fous rires !

A Anne-Sophie, Estelle, Denis et Thibault pour ce semestre de folies et ces soirées à l'Académie ! Aux « Roumains », pour les baby-foot et les barbecues cristoliens.

Au Docteurs Mathias Wargon et Maximilien Guericolas pour leur aide précieuse dans le maniement des chiffres et des statistiques.

A toutes les rencontres qui m'ont fait grandir et arriver jusque-là, avec une pensée toute particulière à l'équipe de Saint Camille, à Fabienne Jouatte pour ces gardes dingues passées ensembles et aux pyjamas bleus bichatiens.

## SERMENT D'HIPPOCRATE

*« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.*

*Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.*

*Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.*

*J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.*

*Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.*

*Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.*

*Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.*

*Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.*

*J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »*

# TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS .....	3
SERMENT D'HIPPOCRATE .....	5
TABLE DES MATIERES .....	6
TABLE DES ABREVIATIONS .....	8
TABLE DES TABLEAUX.....	9
TABLE DES FIGURES.....	10
INTRODUCTION.....	11
MATERIEL ET METHODE .....	26
Type d'étude .....	26
Population étudiée .....	26
Questionnaire.....	27
Saisie et exploitation des données .....	27
RESULTATS .....	28
Population étudiée .....	28
Flow chart .....	28
Caractéristiques générales.....	29
Formation et pratique quotidienne en gynécologie – obstétrique.....	30
Caractéristiques des patientes.....	35
Déroulement de la consultation .....	36
Durée de consultation .....	36
Prévention.....	37
Prévention infectieuse .....	37
Prévention de la iatrogénie.....	38
Prévention toxicologique.....	39
Pénibilité du travail .....	40
Aspect psycho-social .....	41

Grossesses à risques .....	42
Examen clinique.....	45
Prescriptions d'examens complémentaires .....	47
Prescription de folates.....	49
Suivi de cette grossesse.....	50
DISCUSSION .....	52
Limites de l'étude .....	52
Principaux résultats.....	53
Caractéristiques et pratiques des médecins généralistes .....	53
Comparaison avec la recommandation HAS .....	55
L'examen clinique.....	55
Les prescriptions d'examens complémentaires.....	56
Les grossesses à risque .....	61
Les risques tératogènes.....	62
Supplémentation en folates .....	64
Prévention infectieuse .....	64
« Elaboration d'un projet de naissance » .....	66
Ce que les généralistes font en plus .....	67
Durée de la consultation.....	68
CONCLUSION .....	71
BIBLIOGRAPHIE .....	75
ANNEXES .....	81
Annexe 1 : Recommandation HAS - Synthèse.....	81
Annexe 2 : « Questionnaire Première consultation de grossesse » .....	85
Annexe 3 : Courrier d'accompagnement aux médecins généralistes .....	92
RESUME.....	95
SUMMARY .....	95



# TABLE DES ABREVIATIONS

**AINS** : Anti inflammatoires non stéroïdiens

**Alpha-FP** : Alpha foeto-protéine

**B-hCG** : Béta - hormone gonadotrophique chorionique

**DIU** : Dispositif intra-utérin

**DU** : Diplôme universitaire

**ECBU** : Examen cytobactériologique des urines

**FCV** : Frottis cervico-vaginal

**HAS** : Haute Autorité de Santé

**HbA1c** : Hémoglobine glyquée

**HGPO** : Hyperglycémie provoquée orale

**IMC** : Indice de masse corporelle

**IST** : Infections sexuellement transmissibles

**NFS** : Numération-Formule Sanguine

**ORL** : Oto - rhino - laryngologie

**PAPP-A** : Pregnancy-associated plasma protein A

**PMI** : Protection maternelle et infantile

**PNP** : Préparation à la naissance et à la parentalité

**RAI** : Recherche d'agglutinines irrégulières

**RCIU** : Retard de croissance intra utérin

**SA** : Semaines d'aménorrhée

**TSH** : thyroïdostimuline (thyroid-stimulating hormone)

**VHB** : Virus de l'hépatite B

**VIH** : Virus de l'immunodéficience humaine

**WONCA** : World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations  
of General Practitioners/Family Physicians

## **TABLE DES TABLEAUX**

*Tableau 1 : actes de gynécologie réalisés au cabinet*

*Tableau 2 : facteurs influençant le suivi de grossesse*

*Tableau 3: risques identifiés et mode de suivi*

*Tableau 4 : examens complémentaires*

*Tableau 5 : prescription des sérologies*

## TABLE DES FIGURES

*Figure 1 : Flow Chart*

*Figure 2 : Âge des médecins généralistes*

*Figure 3 : supports de formation*

*Figure 4 : Suivi de grossesse en cabinet*

*Figure 5 : Terme du suivi des grossesses au cabinet*

*Figure 6 : Nombre de grossesses suivies par an*

*Figure 7 : âges des patientes*

*Figure 8 : Durée de consultation*

*Figure 9 : Conseils de prévention infectieuse*

*Figure 10 : Prévention de la iatrogénie*

*Figure 11 : Consommation de toxique*

*Figure 12 : Pénibilité du travail*

*Figure 13 : Evaluation psycho-sociale*

*Figure 14 : Grossesses à risques*

*Figure 15: éléments de l'examen clinique*

*Figure 16 : raisons de l'absence d'examen clinique*

*Figure 17 : prescription de folates*

*Figure 18 : suivi de cette grossesse par le médecin généraliste*

*Figure 19 : grossesses non suivies par le médecin généraliste*

# INTRODUCTION

Le médecin généraliste est défini en 2002 par la WONCA (Société européenne de médecine générale – médecine de famille) comme étant le professionnel que les patients consultent en première ligne quels que soient leur âge, leur sexe et leur problème de santé (1).

La relation de confiance, la proximité géographique et l'accessibilité incitent un bon nombre des femmes à se faire suivre par leur médecin généraliste. Le nombre moyen de consultation pour motif gynécologique chez le médecin généraliste est de 3,6 par femme et par an, avec un chiffre qui croît avec l'âge de la patiente (2).

Ces actes gynécologiques sont dominés par la prise en charge « physiologique » des femmes : prescription de la contraception (35%), prise en charge de la ménopause (23,8%) et suivi de la grossesse (18,1%).

Nous nous sommes intéressés au suivi de grossesse par les généralistes, qui représente donc une part importante de leur pratique de la gynécologie – obstétrique. Pourtant, en raison de la diversité de ses activités, le suivi de grossesse constitue en réalité moins de 1% de l'activité d'un généraliste (2) (3). Mais la pénurie relative et les tarifs plus élevés des spécialistes ne fait qu'augmenter le nombre de ces consultations en médecine générale.

Donc les médecins vont être de plus en plus confrontés à une situation qu'ils rencontrent actuellement peu.

Une étude de 2013 s'est intéressée au ressenti des médecins généralistes quant au suivi des grossesses au cabinet (4), aux éléments qui les attirent et aux obstacles qui les freinent.

Il s'agit d'une activité qui plait aux généralistes.

Cette grossesse, moment si particulier dans la vie de sa patiente, permet d'approfondir la relation de confiance qu'il a déjà tissée avec elle et en fait un lien privilégié.

De plus, le médecin connaît l'entourage de cette femme, a suivi ses parents, frères et sœurs, va la suivre pendant sa grossesse et s'entretenir avec le couple et très souvent suivra l'enfant à naître. C'est ainsi que la notion de médecin de famille prend tout son sens.

Enfin, la grande majorité des grossesses en France sont de déroulement estimé comme « normal » et ne nécessite qu'une surveillance médicale simple. Le rôle du médecin est alors préventif de la survenue de complications et de dépistage de celles-ci. Cette médecine préventive est un versant qui intéresse les généralistes.

Mais il existe des obstacles qui freinent certains d'entre eux à suivre les grossesses.

Beaucoup de médecins expriment une difficulté voir une réticence à la prescription des médicaments pendant la grossesse. En effet, il faut prendre en compte à la fois la femme enceinte, avec un métabolisme modifié, et le fœtus, ce qui complexifie la prescription médicamenteuse.

Certains d'entre eux se sentent freinés par le risque professionnel et médico-légal engendré par l'activité obstétricale. Le rôle de coordinateur du dépistage de la trisomie 21 semble un poids trop lourd pour certains.

Un grand nombre des généralistes jugent la formation initiale en gynéco-obstétrique inadaptée, rapportant une inadéquation entre l'activité hospitalière et la pratique de ville. Ils rapportent également une difficulté d'accessibilité aux stages d'obstétriques ou aux consultations au sein du stage. Beaucoup se sentent obligés d'avoir recours à une formation secondaire pour pouvoir pratiquer cette activité au cabinet.

Enfin, le dernier élément faisant obstacle est le manque de temps avec des consultations estimées chronophages. Ce sont en effet des consultations très riches en informations à échanger. Les futures mamans arrivent avec des questions ou des inquiétudes, plus ou moins nombreuses, qui peuvent nécessiter des explications approfondies et un temps d'écoute adapté. De plus, l'obstétrique est une médecine de l'intime, il faut du temps pour respecter la pudeur des femmes et maintenir un climat de confiance.

Il est possible pour les médecins généralistes qui le souhaitent de suivre leurs patientes enceintes, dès lors que la grossesse est de déroulement normal et présente un faible niveau de risque (5).

Les situations à risques doivent donc être dépistées le plus précocement possible, en pré-conceptionnel ou lors de la première consultation prénatale, et réévaluées de façon régulière tout au long de la grossesse (6).

S'il existe un risque maternel, fœtal ou obstétrical, en fonction de la fréquence ou de la nature de celui-ci, il faudra réaliser des investigations poussées et/ou un suivi spécialisé. Le suivi obstétrical régulier de ces patientes sera assuré par le (ou les) professionnel(s) de santé le(s) plus adapté(s) selon le degré de complexité de la situation (médecin généraliste, gynécologue-obstétricien ou médical, sage-femme) et le lieu d'accouchement se devra d'être lui aussi adapté (5).

La bonne orientation des femmes enceintes, selon les risques qu'elles présentent, est encadrée par une recommandation HAS de 2009 (6). Le type de suivi à mettre en place est classé en A, A1, A2 et B (6) (7).

Le suivi « A » concerne les grossesses de déroulement sans ou à faible niveau de risque, et peut être réalisé par une sage-femme, ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou obstétricien) selon le choix de la patiente.

Ces grossesses peuvent néanmoins recourir à un avis spécialisé, classé en « A1 » si un avis obstétrical et/ou d'un autre spécialiste est conseillé ou « A2 » si l'avis d'un gynécologue obstétricien est nécessaire. A l'issue de ces avis, si le risque est infirmé ou faible, le suivi peut se poursuivre dans le groupe « A ».

Le suivi « B » concerne les grossesses à risque élevé, nécessitant un suivi régulier par un gynécologue-obstétricien.

L'évaluation du niveau de risque est donc un temps que tout médecin généraliste doit savoir réaliser, qu'il suive ou non la suite de la grossesse, pour permettre d'orienter au mieux la patiente si cela est nécessaire et ce, le plus précocement possible.

En France, le suivi d'une grossesse est encadré par des recommandations, rédigées par la HAS en 2007 puis révisées récemment en mai 2016 (5), détaillant le déroulement de chaque consultation.

Dans cette étude, nous nous sommes intéressés à la première consultation de grossesse qui est celle la plus souvent réalisée par les médecins généralistes. Ils y seront confrontés, qu'ils suivent ou non le reste de la grossesse.

Il s'agit d'un entretien qui doit avoir lieu avant 10 semaines d'aménorrhée (SA) (5) et qui a plusieurs objectifs clairement spécifiés.

Le médecin doit en premier lieu confirmer la grossesse. Puis il doit réaliser un examen clinique, général et gynécologique, comprenant la mesure de la tension artérielle, du poids et de la taille, ainsi que d'un examen des seins et un FCV si le dernier réalisé date de plus de 2 à 3 ans.

Un deuxième temps de prescription s'impose avec des examens biologiques ou d'imagerie dont certains sont obligatoires, d'autres obligatoirement proposés ou encore uniquement selon le contexte clinique.

Parmi ces examens, il y a des prescriptions que l'on pourrait considérer comme étant « classiques » (groupe sanguin, bandelette urinaire voir ECBU, NFS) et d'autres plus spécifiques comme les sérologies et le dépistage de la trisomie 21.

Un grand nombre de sérologies est recommandé au vu des risques potentiellement graves de ces infections sur la grossesse ou le fœtus : la toxoplasmose, la rubéole, la syphilis, le VHB et le VIH. Ces prescriptions doivent s'accompagner d'information sur la prévention de ces différentes infections, comme les règles hygiéno-diététiques ou les conduites sexuelles à risques.

Les risques de l'atteinte congénitale toxoplasmique sont principalement neurologiques et oculaires, de gravité variable. L'atteinte fœtale est d'autant plus sévère et d'autant moins fréquente que l'infection est précoce (8). Le plus souvent (80% des cas), il s'agit de formes infra-cliniques, avec un risque de chorioretinite à l'adolescence ou l'âge adulte. L'atteinte la plus grave est l'encéphalo-méningomyélite toxoplasmique, devenue rare (9).

La rubéole est à l'origine de complications obstétricales (avortement spontanés, mort fœtale in utero et RCIU), mais également d'anomalies congénitales. Il existe un risque majeur de surdité (60-75%), ainsi que de malformations cardiaques, ophtalmologiques et du système nerveux central. Certaines complications sont plus tardives, notamment des diabètes sucrés, des thyroïdites et des troubles du comportement. Le risque d'embryopathie rubéolique varie en fonction de l'âge gestationnel au moment de l'infection maternelle : les risques d'anomalies congénitales sont limités aux 16 premières semaines de gestation, et le RCIU semble être la seule séquelle d'une infection au 3<sup>e</sup> trimestre (10).

La transmission verticale de la syphilis est de l'ordre de 29% à 59% selon le stade de la maladie. Les conséquences sont graves. Un seuil de 40% de mortalité périnatale est atteint en cas de syphilis non traitée au 1<sup>e</sup> trimestre. Deux tiers des enfants nés vivants seront asymptomatiques, mais 35% d'entre eux présenteront des symptômes allant jusqu'à une atteinte multi-viscérale, avec un risque de séquelles, principalement neurologiques ou osseuses (11).

Le risque principal de l'infection par le VHB est la transmission verticale materno-fœtale au moment de l'accouchement. Un traitement antiviral doit être discuté au cours de la grossesse pour diminuer au maximum ce risque. Si la charge virale de la patiente est faible (< 6 Log), un accouchement par voie basse peut être envisagé, sinon, il faudra réaliser une césarienne préventive. Dans tous les cas, la sérovaccination du nouveau-né est systématique (12).

Comme pour le VHB, le principal risque de l'infection par le VIH pendant la grossesse est la transmission materno-fœtale du virus. On estime qu'environ 1500 nouveau-nés naissent par an en France de mères infectées. 20% d'entre elles découvrent leur séropositivité au cours de leur grossesse (13). Actuellement, les traitements antirétroviraux permettent une prévention quasi-complète de la transmission mère-enfant. En l'absence d'un tel traitement, le taux de transmission est de l'ordre de 20 à 25% pour le VIH-1 et de 1 à 4% pour le VIH-2. Il est estimé à 0,3% en cas de charge virale indétectable (< 50 copies) au moment de l'accouchement (13). Un traitement antirétroviral doit être instauré chez la femme enceinte et



ce, à vie. Lorsque la charge virale plasmatique maternelle est indétectable, on peut désormais autoriser des attitudes obstétricales se rapprochant de plus en plus de celles appliquées chez les femmes non infectées (14). Mais pour les femmes dont le profil virologique n'est pas contrôlé, une césarienne sera programmée à 38 SA ou en urgence en cas de début de travail (13). Le traitement prophylactique du nouveau-né est systématique (14).

La trisomie 21 est la première cause de handicap mental d'origine génétique (15). S'y associe une dysmorphie faciale caractéristique, des malformations cardiaques et digestives et une susceptibilité à développer d'autres pathologies notamment hématologiques (16). Sa prévalence à la naissance est estimée à 1/2000 (15).

Le dépistage de cette anomalie chromosomique doit être proposé mais n'est pas obligatoire. Sa réalisation nécessite un consentement écrit de la patiente, qui peut refuser ou changer d'avis à tout moment (16).

Avant 2009, le dépistage de la trisomie 21 était séquentiel et consistait en la mesure de la clarté nucale fœtale sur une échographie réalisée entre 11SA et 13SA + 6 Jours puis un dosage des marqueurs sériques maternels au 2<sup>e</sup> trimestre de la grossesse (alpha-FP, oestriol non conjugué et hCG).

En s'appuyant sur les recommandations HAS de 2007, l'arrêté en date du 23 juin 2009 (JO du 3 juillet 2009) permet à la femme de bénéficier en première intention du dépistage combiné du 1<sup>e</sup> trimestre, associant la mesure de la clarté nucale et le dosage des marqueurs sériques maternels du 1<sup>e</sup> trimestre (PAPP-A et B-hCG libre). Ce calcul du risque combiné vis à améliorer la sensibilité et la spécificité du dépistage.

En cas de découverte tardive de la grossesse, un dépistage par les seuls marqueurs du 2<sup>e</sup> trimestre peut être prescrit, par défaut (15).

Ces résultats sont associés à l'âge maternel, principal facteur de risque, pour calculer un risque. Si ce risque est supérieur ou égal à 1/250, deux méthodes diagnostiques, invasives, peuvent être proposées pour obtenir un caryotype fœtal et donc un diagnostic : l'amniocentèse (prélèvement de liquide amniotique dès 15 SA, résultat en 3 semaines) et la choriocentèse (prélèvement de villosités choriales dès 11 SA, résultats en 2 jours). Le risque de fausse couche provoquée ou d'accouchement prématuré est de 0,5 à 1% pour ces deux techniques (15).

Une interruption médicale de grossesse peut être proposée aux couple ayant reçu la confirmation d'une trisomie 21 foetale.

Puis un troisième volet de prévention et d'information est prévu. Celui-ci doit concerner de nombreux thèmes notamment les risques de la iatrogénie (médicaments tératogènes) et la sensibilisation aux effets des toxiques (tabagisme, alcool, drogues).

L'automédication est fréquente. Elle concerne 95% de la population (17) et 17% des médicaments vendus (18). Les molécules les plus utilisées sont les antalgiques, avec en tête le paracétamol, puis les AINS (17) (19).

Le paracétamol est l'antalgique le mieux connu et le plus étudié chez la femme enceinte. Quelques données reviennent contradictoires quant à l'apparition de cryptorchidies chez le fœtus masculin, ce qui ne permet pas d'établir de lien de causalité. Ce traitement peut donc être instauré ou reconduit au cours de la grossesse et ce, quel que soit son terme (20).

Les AINS posent plus de problèmes. Le risque concerne principalement les grossesses au-delà de 24 SA, avec une toxicité cardiaque et rénale de sévérité variable, pouvant être mortelle. Une légère augmentation du risque de fausse couche spontanée précoce semble est liée à la prise d'AINS au début de grossesse, sans qu'il ne semble y avoir de risque malformatif à ce terme. Les AINS (dont l'aspirine à des doses supérieures à 500mg) sont donc formellement contre indiqués à partir de 24 SA et sont à éviter avant ce terme (20).

Le versant médico-légal de l'automédication n'est pas négligeable. Plusieurs responsabilités sont engagées lors de la prise de médicaments en automédication. En priorité il s'agit de celle de la patiente, mais également celle du médecin et celle du pharmacien (18). Le recours à l'automédication par une patiente peut être mis sur le compte de l'absence de dialogue du médecin avec elle ou de l'oubli d'avertir des risques de cette pratique et donc de la mise en défaut du devoir d'information (art. 47, 58, 63, 64 du Code de Déontologie) (21).

Les principales toxiques consommées en France sont le tabac, qui concerne 37% des femmes (22) et l'alcool, qui est la substance psychoactive la plus utilisée (23) avec 5% des femmes déclarant en consommer quotidiennement et 36% de façon hebdomadaire (22).

Le tabac présente des risques dose-dépendants liés à ses produits de combustion. Il s'agit d'hématomes rétro-placentaires, de placentas bas insérés, de retards de croissance intra utérins, ainsi que de prématurités et de morts fœtales in utéro. Il semble qu'il n'y ait pas d'augmentation du risque de malformation globale mais qu'il existe un lien entre tabagisme maternel et fentes faciales, laparoschisis et craniosténoses.

Devant la gravité potentielle de ces situations, un sevrage tabagique est recommandé, au mieux avant la conception, sinon le plus tôt possible au cours de la grossesse, avec un recours possible aux substituts nicotiniques si cela s'avère nécessaire. Malgré cela, on estime que 19,5% des femmes continuent de fumer au cours de leur grossesse (20).

L'alcool passant très bien le placenta, les concentrations maternelles et fœtales sont identiques. Sa principale cible est le système nerveux central fœtal avec des répercussions neurocomportementales ou malformatives de gravité variable selon la dose d'alcool ingérée et l'âge gestationnel. L'atteinte la plus sévère constitue le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) associant un retard de croissance intra-utérin et post natal, une dysmorphie faciale caractéristique et un syndrome poly-malformatif. Il toucherait 1 naissance sur 1000 en France (20).

L'objectif « zéro verre » est conseillé pendant la grossesse. En cas de dépendance à l'alcool, une prise en charge multidisciplinaire avec obstétriciens et addictologues peut s'avérer nécessaire.

La consommation de drogues illicites est beaucoup moins fréquente dans la population générale et notamment chez les femmes, que le tabac ou l'alcool. Mais on estime qu'en France, 3 à 10% des femmes enceintes consomment du cannabis et 0,5 à 3% de la cocaïne, les autres drogues illicites restant plus marginales. De plus, ces toxiques ne sont pas dénués de risques pour la grossesse.

Le delta-9-tétrahydrocannabinol, composant du cannabis, traverse facilement la barrière placentaire. Il est à l'origine d'une augmentation de la prématurité, des retards de croissance intra utérins, ainsi que des troubles de l'attention et de l'hyperactivité dans l'enfance. Ceci est avéré pour une consommation importante et régulière de cannabis (20).

Les risques liés à la cocaïne sont multiples et potentialisés par la prise d'autres toxiques. On note une augmentation des retards de croissance intra-utérins, des hématomes rétro-

placentaires, des hydramnios, de la prématurité ainsi que des troubles du rythme cardiaque fœtal. Le rôle malformatif de la cocaïne est controversé, et serait principalement urinaire et cardiaque (20). De plus, les consommatrices sont à risque de contracter des infections telles que le VIH et les hépatites A, B et C, qui peuvent compliquer le déroulement de la grossesse.

Enfin, les recommandations HAS de 2009 (6) préconisent de donner à toute femme enceinte, dès la consultation du premier trimestre, toutes les informations sur l'offre de soin et de prévention existants et à sa portée. Il faut donc l'informer sur les différents types de personnels de santé aptes à la suivre (médecin généraliste, gynécologue médical ou obstétricien, sage-femme, échographistes...), sur la possibilité de suivre une préparation à la naissance, sur les différents lieux d'accouchements possibles.

A la fin de cette consultation, il est recommandé de fournir deux documents qui vont constituer un support écrit de toutes les consultations et du dialogue entre le praticien et la patiente : le carnet de maternité et un document d'information du réseau de santé périnatal (description du réseau de proximité et des maternités, des professionnels de ville et de maternités) (6).

Il s'agit donc d'une consultation évidemment primordiale, qui contient un grand nombre d'informations clefs pour le suivi ultérieur et le bon déroulement de la grossesse.

Plusieurs éléments interpellent cependant à la lecture de cette recommandation comme la notion de temps de consultation, le dépistage systématique de la toxoplasmose, le diabète gestationnel et la supplémentation médicamenteuse en folates.

Ce premier contact entre le médecin et sa patiente enceinte est un temps où nombre d'informations doivent être recueillies ou fournies, de façon réciproque. Pour y parvenir de façon exhaustive, il va s'agir d'une consultation longue comme l'évoquent les recommandations Belges et Australiennes en 2014 (24), préconisant une première

consultation prénatale plus longue que les suivantes en raison de « l'important volume d'informations qui doit être échangé ».

De plus, en Belgique (24) le nombre de consultation recommandées est lié à la parité de la patiente. En effet, une patiente qui a déjà vécu une ou plusieurs grossesses aura certainement des connaissances préalables sur son déroulement et son suivi qu'une primipare ne peut connaître. Les patientes multipares auront donc sept consultations dédiées, tandis qu'une patiente primipare pourra bénéficier de dix consultations pour obtenir toutes les informations nécessaires dans les meilleures conditions possibles.

En France, sept consultations sont dédiées à la femme au cours de sa grossesse, quelle que soit sa parité. Il existe cependant des séances de préparation à la naissance et à la parentalité (PNP) (25), organisée en parallèle du suivi de grossesse. Historiquement, la préparation à la naissance était centrée sur la prise en charge de la douleur. Actuellement, la PNP s'oriente vers un accompagnement global de la femme et du couple en favorisant leur participation active dans le projet de naissance.

Sa mission principale est d'accompagner la femme ou le couple dans ses choix et des décisions concernant sa santé, sa grossesse, l'accouchement et le post partum, le tout dans une relation de confiance avec les réseaux de professionnels concernés. Elle permet d'encourager les échanges et les partages d'expérience à partir des préoccupations des parents avant et après la naissance. En période prénatale, il a pour objectif de soutenir la construction harmonieuse des liens familiaux en préparant le couple à l'accueil de l'enfant, de renforcer la confiance en soi des futurs parents, de s'assurer du soutien affectif de la femme et d'encourager un style de vie sain. Puis, la PNP permet de donner aux parents les connaissances essentielles sur l'allaitement maternel, l'alimentation et le développement psychomoteur du nouveau-né, ainsi que les clefs pour associer le mieux possible la vie de couple et la fonction de parents.

Ce PNP est facultatif, mais il est obligatoirement proposé aux femmes lors du premier contact avec le médecin, même si celui-ci ne suivra pas la grossesse. Si la patiente le souhaite, il sera organisé une consultation appelé « entretien précoce du premier trimestre », individuel voir mieux, à deux avec le futur père, qui permet d'informer sur le contenu de cette PNP.

Cet entretien pourra être suivi de 7 consultations individuelles ou en groupe, de 45 minutes minimum, prises en charge par la sécurité sociale. Celles-ci ont lieu en prénatal, à la maternité et en post partum.

Ces consultations font l'objet d'une cotation spécifique (arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la nomenclature générale des actes professionnels), C2,5 pour l'entretien précoce et C2 pour les suivants (26).

Ceci permet en effet de prendre en charge de façon plus globale la femme et le couple pendant cette grossesse et après la naissance. Mais, ceci ne modifie pas le contenu recommandé de la première consultation, qui reste chargée. En cabinet de médecine générale, les consultations ont une durée moyenne de 16 minutes (27), ce qui peut, a priori, sembler peu pour pouvoir aborder correctement tous les éléments recommandés dans la première consultation.

Actuellement, en France, la toxoplasmose est crainte au cours de la grossesse. Ceci est à l'origine d'un dépistage rendu obligatoire de cette infection, par une sérologie, dès la première consultation (et en pré conceptionnel si possible, du fait des difficultés d'interprétation en période gestationnelle), qui sera répétée tous les mois jusqu'à la fin de la grossesse en cas de négativité (IgG et IgM) (5). En cas de positivité montrant une infection ancienne, le dépistage ne sera pas renouvelé (5).

Si une patiente présente une séroconversion pour la toxoplasmose, devant les risques de morbi-mortalité néonataux, une stratégie diagnostique et thérapeutique invasive sera alors mise en place.

La patiente devra consulter dans un centre spécialisé et avoir recours à une amniocentèse 4 semaines après la séroconversion, ou sans délai si le terme est supérieur à 33 SA, pour rechercher une contamination fœtale (8). Un traitement antibiotique par Rovamycine® sera instauré jusqu'à la fin de la grossesse (9). Selon le terme de l'infection et les arguments échographiques potentiels d'atteinte neurologique fœtale, certaines équipes proposent aux parents une interruption médicale de grossesse.

Il s'agit donc d'une surveillance non dénuée de conséquences pour le couple et pour l'enfant.

Cette prescription systématique est controversée dans les autres pays. Au cours des dernières années, des doutes sont apparus quant à l'efficacité du traitement de la toxoplasmose pendant la grossesse.

Une revue de littérature européenne de 2007 (28) montre l'absence de preuve scientifique d'efficacité du traitement maternel sur la prévention de la transmission verticale ni sur la morbidité fœtale. Les résultats de cette étude ont eu un impact majeur, notamment en Suisse et en Belgique, où les recommandations ont été complètement modifiées.

En effet, en Suisse, la séroprévalence de la toxoplasmose maternelle est à la baisse ainsi que l'incidence de la toxoplasmose congénitale avec une infection symptomatique chez 1/14 000 enfant né vivant. De plus, seules 130 femmes sur 73 000 développeront une toxoplasmose aiguë pendant leur grossesse (29). Enfin, le risque de mort fœtale in utero entraîné par l'amniocentèse reste élevé à 1% (30) alors que parallèlement, il est très difficile de prédire avec certitude le risque de séquelles fœtales de la toxoplasmose.

D'après ces éléments, la balance bénéfice risque ne semble plus en faveur d'un dépistage systématique des femmes enceintes. Leur stratégie nouvelle date de 2008 (31) : le dépistage systématique de la toxoplasmose n'est plus recommandé et l'indication de la sérologie est limitée à une suspicion clinique ou échographique (29). L'accent est mis sur la prévention primaire par des règles hygiéno-diététiques.

En Belgique, le même raisonnement a été appliqué. La prévention primaire est le principal axe développé, avec des règles simples : lavage des mains, lavage des fruits et légumes, cuisson des viandes, portage de gants pour le jardinage et évitement du contact avec les excréments de chats.

Le dépistage systématique de la toxoplasmose n'est plus recommandé (24).

Un dépistage sérologique unique peut être envisagé en début de grossesse ou en prénatal dans le but d'inciter les femmes séronégatives à un meilleur suivi des recommandations de prévention, mais le niveau de preuve de l'efficacité de cette mesure est très faible. La répétition de cette sérologie n'est pas recommandée faute de preuve suffisante de son efficacité (24).

En France, malgré ces résultats, la conduite à tenir recommandée par la HAS n'a pas été modifiée avec le maintien des sérologies toxoplasmose mensuelles (5).

Les recommandations HAS n'évoquent pas le dépistage du diabète gestationnel.

Pourtant, les recommandations pour la pratique clinique de la Société Francophone du Diabète (SFD) et du Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF) recommandent, elles, un dépistage en deux temps : un dosage de la glycémie à jeun au 1<sup>e</sup> trimestre puis une HGPO entre 24 et 28 SA (32) (33).

Il s'agit d'un dépistage ciblé concernant les patientes avec un ou plusieurs facteurs de risque parmi un âge maternel supérieur à 35 ans, un IMC  $\geq 25$ , un antécédent de diabète au 1<sup>e</sup> degré ou un antécédent personnel de diabète gestationnel ou de macrosomie. Ceci permet un dépistage des deux entités du diabète gestationnel : l'intolérance au glucose apparaissant en deuxième partie de grossesse et disparaissant à la fin de celle-ci, dépistée par l'HGPO, et le diabète patent, généralement de type 2, préexistant à la grossesse et persistant après l'accouchement, dépisté par le dosage de la glycémie à jeun du premier trimestre (seuil  $> 0,92\text{g/L}$ ) (33). Différencier ces deux aspects de la pathologie est importante pour la prise en charge spécifique du diabète en post partum.

Le diabète gestationnel est une pathologie fréquente, estimée à 2 à 6% (33). associée à des complications qui peuvent être préoccupantes comme des pré-éclampsie, des syndromes dépressif du post partum, macrosomie, cardiomyopathies et hypoglycémie néonatale (33). Son dépistage chez les patientes à risque est donc nécessaire. Il semblerait important que ces examens figurent dans les recommandations HAS.

Les folates (ou vitamine B9) interviennent dans la division cellulaire lors de l'embryogénèse. Un déficit au moment du développement du système nerveux embryonnaire, qui intervient entre le 14<sup>e</sup> et le 30<sup>e</sup> jour de grossesse, peut se traduire par des malformations neurologiques graves, par défaut de fermeture du tube neural. L'incidence de ces anomalies est estimée à 1 grossesse sur 1 000 en France (34). Les folates permettraient de diminuer ce risque malformatif dans deux tiers des cas s'il est pris précocement (34).

Les recommandations (5) (35), devant ce risque, préconisent une supplémentation systématique en folates dès la période pré-conceptionnelle (4 semaines avant la conception) et jusqu'à la 8<sup>e</sup> SA, à la dose de 0,4mg en une prise quotidienne. Pour les patientes présentant des facteurs de risques (antécédents de spina bifida, diabète et traitement antiépileptique qui multiplient par 10 le risque malformatif), la posologie quotidienne est augmentée à 5mg. Mais en pratique, ce traitement reste encore trop peu prescrit puisqu'en 2010, seules 34,2% des femmes ont été supplémentée en période anténatale. 53,5% n'ont pas reçu de folates pendant



leur grossesse et parmi celles qui en ont bénéficié, 64% ont eu une supplémentation trop tardive (34).

Il est vrai que la supplémentation pré-conceptionnelle ou très précoce n'est pas évidente à mettre en pratique.

Un temps obligatoire était prévu pour, entre autre, informer sur la prescription de ce traitement : la consultation prénuptiale. Mais celle-ci n'existe plus depuis 2007 (article 8 de la loi du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit des particuliers (n° 2007-1787). De plus, près de la moitié des conceptions sont faites hors mariage en France (36). Cette consultation a été remplacée par la consultation pré-conceptionnelle dont il n'existe pas de chiffre officiel quant à la fréquence de sa réalisation avant chaque grossesse.

De plus, une part non négligeable des grossesses n'est pas planifiée par les futurs parents.

Tout ceci peut expliquer la supplémentation trop tardive, au moment de la découverte de la grossesse, voir absente.

L'Inpes a fait de la supplémentation en folates une priorité, et propose aux médecins une campagne d'information des femmes en âge de procréer à l'aide de dépliants et d'affiches à disposer dans la salle d'attente (34). Le slogan « Vous avez un projet de bébé ? Pensez dès maintenant à la vitamine B9 » incite les femmes dans cette situation à en informer leur médecin. Ils recommandent également d'interroger régulièrement les femmes sur un projet de grossesse.

L'apport alimentaire en folates apparait comme une voie intéressante.

Certains pays, comme le Canada, les Etats-Unis et le Chili, ont organisé un enrichissement en folates des farines utilisées à grande échelle, en association avec la supplémentation médicamenteuse. Les études réalisées depuis montrent une diminution de 10 à 35% des anomalies de fermeture du tube neural dans ces pays par rapport aux pays utilisant une supplémentation uniquement per os (35). Le rôle de l'apport alimentaire en folates semble donc évident et la question se pose d'un apport alimentaire seul.

En France, près de trois quart des femmes en âge de procréer ont des apports alimentaires en folates insuffisants et 7% d'entre elles présentent un risque de déficit en folates (< 3 ng/mL) (34). Des progrès sont donc à faire en termes d'information et d'éducation nutritionnelle des femmes.

Actuellement, la supplémentation médicamenteuse est recommandée de façon systématique en France mais également au Royaume Unis et aux Etats unis, malgré l'enrichissement de l'alimentation en folates dans ces pays. D'autant qu'une méta-analyse Cochrane de 2010 rappelle l'absence de risque rapporté pour la femme et son enfant, ainsi qu'une bonne tolérance des traitements aux doses prescrites.

Aucune étude n'a été faite jusqu'à présent sur le déroulement de la première consultation de grossesse en cabinet de médecine générale. Il semble donc intéressant de faire un état des lieux des pratiques professionnelles concernant cette consultation dédiée.

L'objectif de cette étude est d'évaluer l'application de la recommandation HAS de 2007 révisée en 2016 par les médecins généralistes. Nous étudierons les éléments divergents entre la théorie et la pratique, pour tenter de mettre en évidence d'éventuel axes d'amélioration des pratiques professionnelles quant au déroulement de cette première consultation de grossesse.

# MATERIEL ET METHODE

## *Type d'étude*

Il s'agit d'une étude quantitative observationnelle prospective.

Les données ont été recueillies sur une période de 3 mois, d'avril à juin 2016.

## *Population étudiée*

La population étudiée dans cette étude a été les médecins généralistes installés en cabinet dans le Val de Marne (94), qu'ils soient installés ou remplaçants.

Ces médecins ont été sélectionnés dans le registre Ameli et randomisés de façon aléatoire. Ils ont été contactés par téléphone puis après leur accord, un questionnaire leur a été envoyé par mail. Un mail de relance a été envoyé après un délai de 1 mois.

L'objectif était d'obtenir 100 réponses. En se basant sur un taux de participation d'environ 30%, 400 cabinets ont été contactés par téléphone.

153 médecins généralistes ont accepté de donner leur adresse mail.

21 des médecins contactés n'avaient pas d'adresse mail et proposaient de recevoir le questionnaire par courrier. Cela n'a pas été réalisé dans cette étude pour faciliter la récupération et l'interprétation des données. Tous les questionnaires ont été envoyés par mails. Ces médecins n'ont donc pas participé à l'étude.

32 médecins ne pratiquaient plus de médecine générale au cabinet pour se diriger exclusivement vers des activités telles que l'acupuncture, la diététique ou la mésothérapie. Ne suivant plus de femmes enceintes, ils n'ont pas participé à l'étude.

Le nombre de réponses au questionnaire a été de 82 au terme de la période de recueil.

## *Questionnaire*

Le questionnaire a été créé sur Google Formulaires®.

Il a été testé auprès de 8 médecins généralistes, internes ou appartenant au groupe de pair de mon directeur de thèse, avant l'envoi aux sujets interrogés.

Il était construit en deux parties :

Une première concernait les caractéristiques du médecin :

- Age, sexe
- Mode d'exercice : remplacement, secteur, maître de stage
- Formation et actes en gynécologie-obstétrique en pratique courante.

Une seconde partie concernait le déroulement de la consultation. Cette partie était à remplir au décours immédiat de la consultation.

Les médecins avaient la possibilité de remplir à plusieurs reprises le questionnaire, autant de fois que la situation se présentait à eux pendant la période de recueil.

Le questionnaire était anonyme. La première partie étant facultative dès la deuxième réponse au questionnaire, un code d'identification a été utile pour maintenir le lien entre les différentes questions, tout en maintenant l'anonymat.

Le questionnaire a été envoyé exclusivement par mail.

## *Saisie et exploitation des données*

L'exploitation des résultats a été traitée avec le logiciel Excel®. Les méthodes statistiques utilisées étaient le  $\chi^2$ , le test de Fisher et le test de Mann-Whitney.

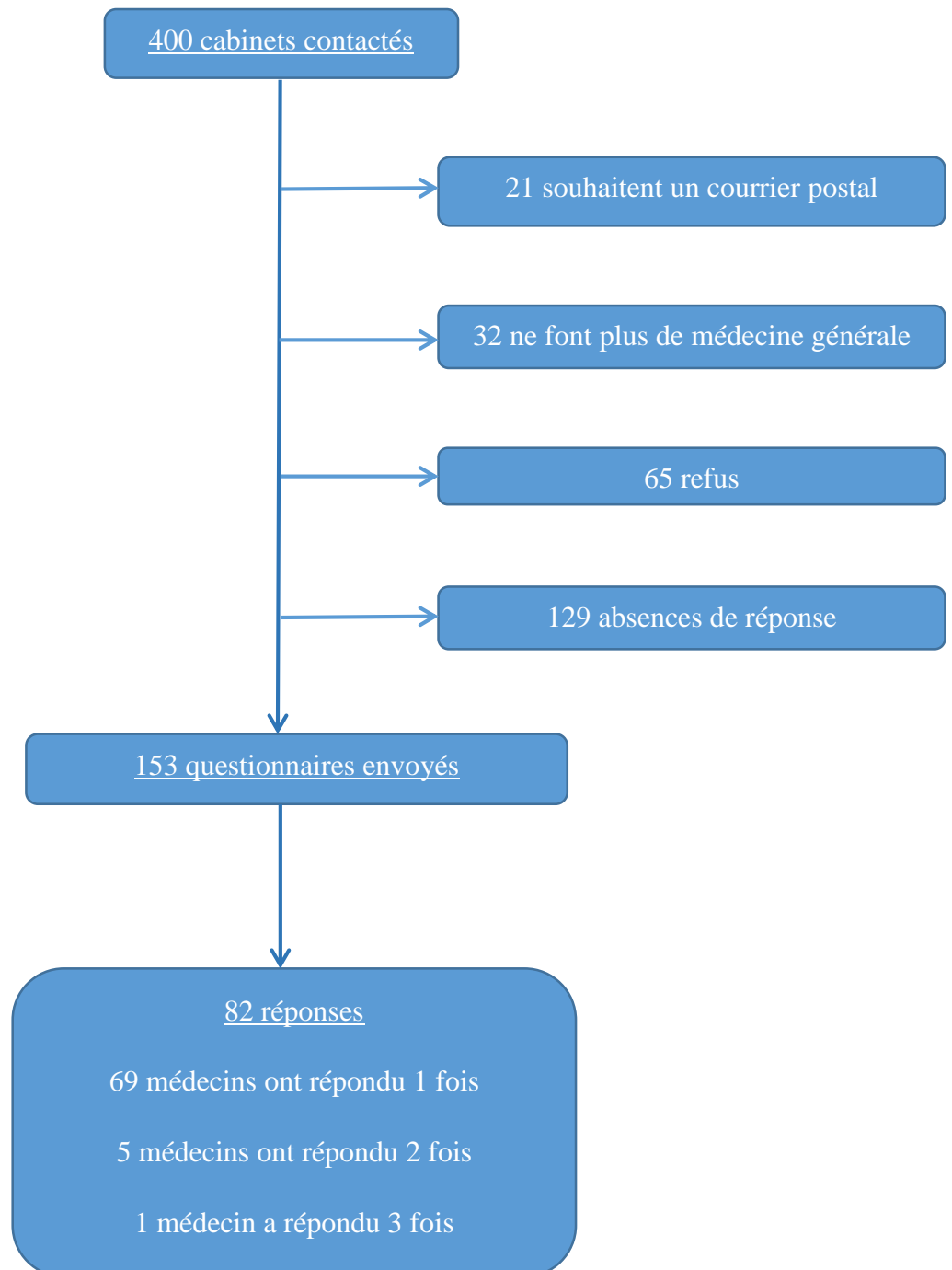
Lors de la recherche bibliographique, l'importation des références dans le texte a été réalisée avec le logiciel Zotero®.

# RESULTATS

## *Population étudiée*

### *Flow chart*

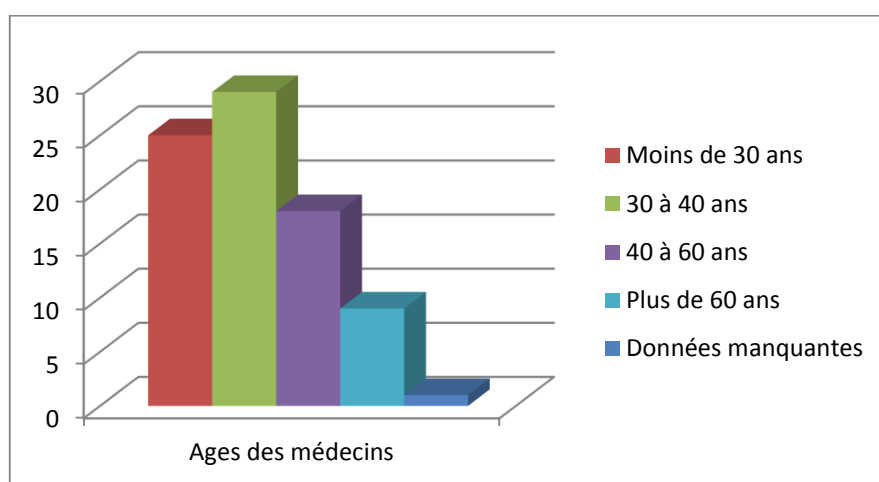
*Figure 1 : Flow Chart*



### *Caractéristiques générales*

Parmi cette population, on dénombre 54 femmes (65.9%) et 27 hommes (32.9%).

*Figure 2 : Âge des médecins généralistes*



25 médecins (30.5%) ont moins de 30 ans, 29 (35,4%) ont entre 30 et 40 ans, 18 (22%) ont entre 40 et 60 ans et 9 (11%) ont plus de 60 ans.

Parmi les médecins interrogés,

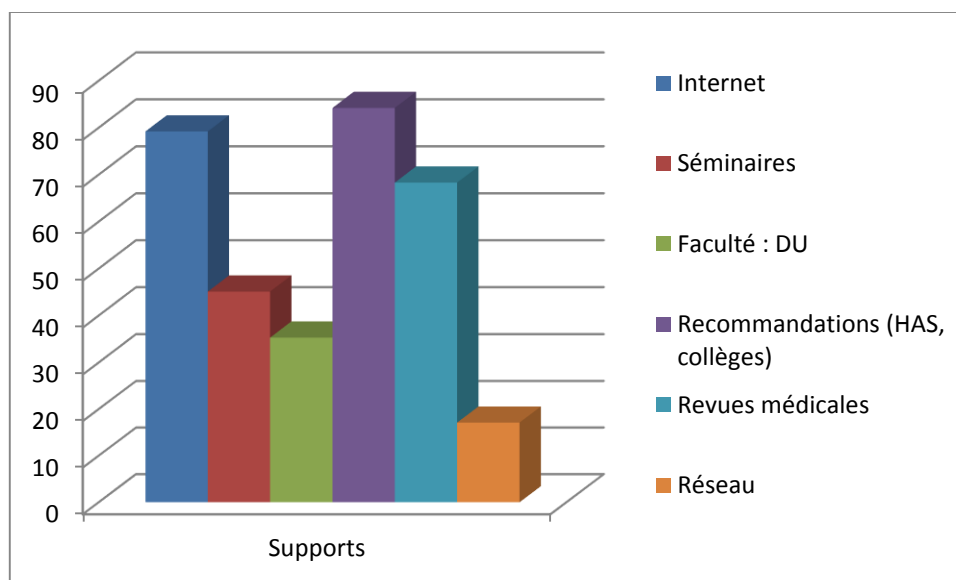
- 39% sont remplaçants,
- 18.3% sont maitres de stage.
- 92 % exercent en secteur 1.

### *Formation et pratique quotidienne en gynécologie – obstétrique*

Nous avons étudié le parcours et la formation continue de ces médecins généralistes en gynécologie obstétrique.

73.2% des médecins interrogés ont fait un stage en gynécologie pendant leurs études (internat ou externat).

*Figure 3 : supports de formation*



Pour leur formation continue, les supports utilisés sont les recommandations (HAS, collège de gynécologie obstétrique) (84,2%), internet (79,2%) et les revues médicales pour 68,3% des médecins. D'autres se forment à des séminaires (45,1%) ou à la faculté avec des diplômes universitaires (DU) pour 35,3% des généralistes. 17,1% font partie de réseaux de formation en gynécologie obstétrique.

Nous avons étudié les pratiques quotidiennes des médecins en les interrogeant sur les actes gynécologiques qu'ils réalisent au cabinet.

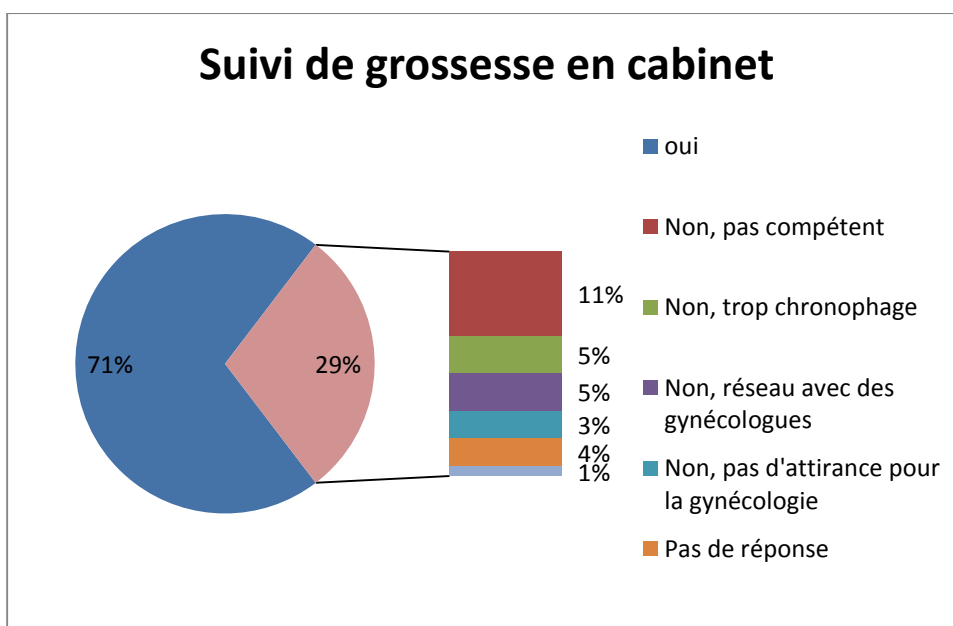
*Tableau 1 : actes de gynécologie réalisés au cabinet*

	Oui	Non, je n'ai pas d'attrance pour la gynécologie	Non, je ne me sens pas compétent	Non, je travaille en réseau avec des gynécologues	Non, cela est trop chronophage	Pas de réponse
<b>Toucher vaginal</b>	56 (68,3%)	9 (11%)	8 (9,8%)	6 (7,3%)	2 (2,4%)	1 (1,2%)
<b>Examen des seins</b>	70 (85,3%)	1 (1,2%)	3 (3,7%)	6 (7,3%)	1 (1,2%)	1(1,2%)
<b>FCV</b>	44 (53,6%)	5 (6,1%)	13 (15,8%)	9 (11,0%)	8 (9,8%)	3 (3,7%)
<b>Pose d'implant contraceptif</b>	24 (29,2%)	6 (7,3%)	36 (43,9%)	7 (8,5%)	6 (7,3%)	3 (3,7%)
<b>DIU</b>	23 (28,0%)	7 (8,5%)	37 (45,1%)	6 (7,3%)	6 (7,3%)	3 (3,7%)
<b>Primo-prescription de contraception</b>	72 (87,8%)	4 (4,9%)	3 (3,7%)	2 (2,4%)	0 (0%)	1 (1,2%)
<b>Renouvellement de contraception</b>	78 (95,1%)	0 (0%)	1 (1,2%)	2 (2,4%)	0 (%)	1 (1,2%)



Nous avons demandé aux médecins s'ils suivent habituellement des grossesses au cabinet.

Figure 4 : Suivi de grossesse en cabinet



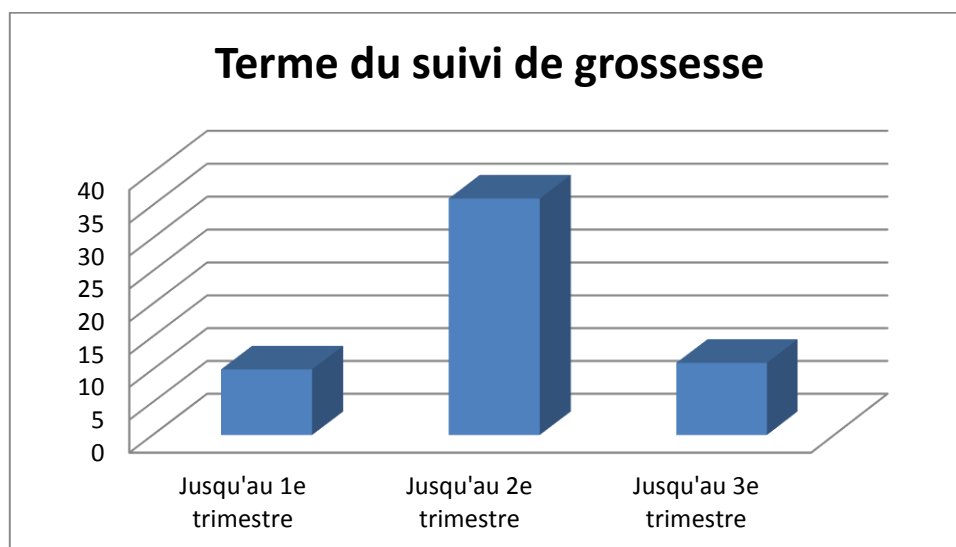
58 (70,7%) suivent leurs patientes enceintes et 23 médecins (28%) ne suivent pas de grossesse dans leur pratique.

Parmi ceux qui suivent les grossesses, nous avons recherché le nombre de suivis par an et jusqu'à quel terme.

Tableau 2 : facteurs influençant le suivi de grossesse

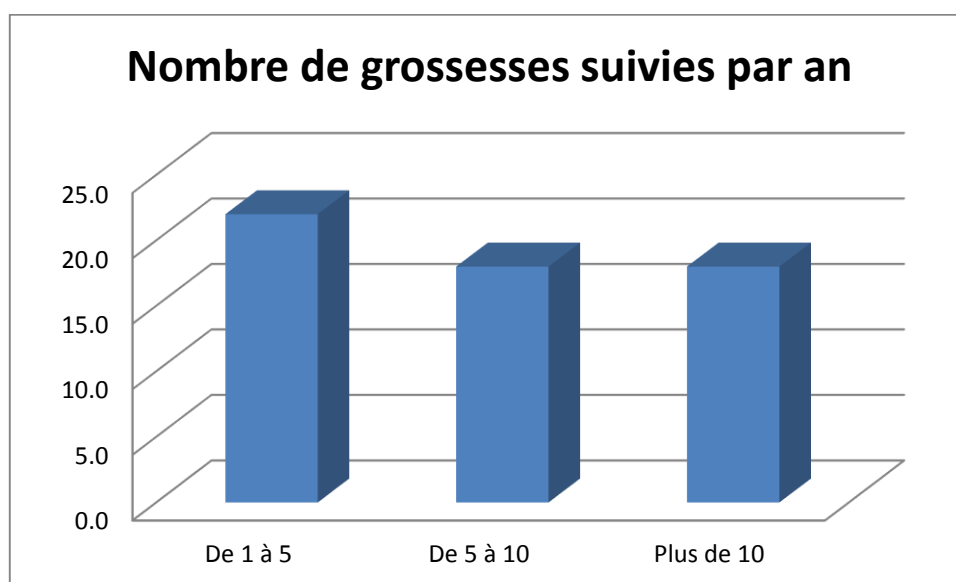
Caractéristiques	Suivi	p
<b>Moins de 30 ans</b>	84 %	< 0,01
<b>30 à 40 ans</b>	62 %	(test U / Z 725)
<b>40 à 60 ans</b>	61 %	
<b>Plus de 60 ans</b>	89 %	
<b>Homme</b>	67 %	0,486
<b>Femme</b>	74 %	(chi <sup>2</sup> 0,4858)
<b>Remplaçant</b>	75 %	0,683
<b>Non remplaçant</b>	71 %	(chi <sup>2</sup> 0,1672)
<b>Secteur 1</b>	72 %	>0,05
<b>Secteur 2</b>	67%	(Fisher 1)
<b>Maitre de stage :</b>		
<b>Oui</b>	67 %	0,638
<b>Non</b>	73 %	(chi <sup>2</sup> 0,2208)
<b>Stage en gynéco-obstétrique :</b>		
<b>Oui</b>	78 %	0,023
<b>Non</b>	52 %	(Chi <sup>2</sup> 5,1529)

Figure 5 : Terme du suivi des grossesses au cabinet



10 médecins (17,2%) suivent leurs patientes enceintes jusqu'au 1<sup>e</sup> trimestre de la grossesse, 36 médecins (62,1%) jusqu'au 2<sup>e</sup> trimestre et 11 médecins (19,0%) les suivent jusqu'au 3<sup>e</sup> trimestre. 1 (1,7%) n'a pas répondu.

Figure 6 : Nombre de grossesses suivies par an



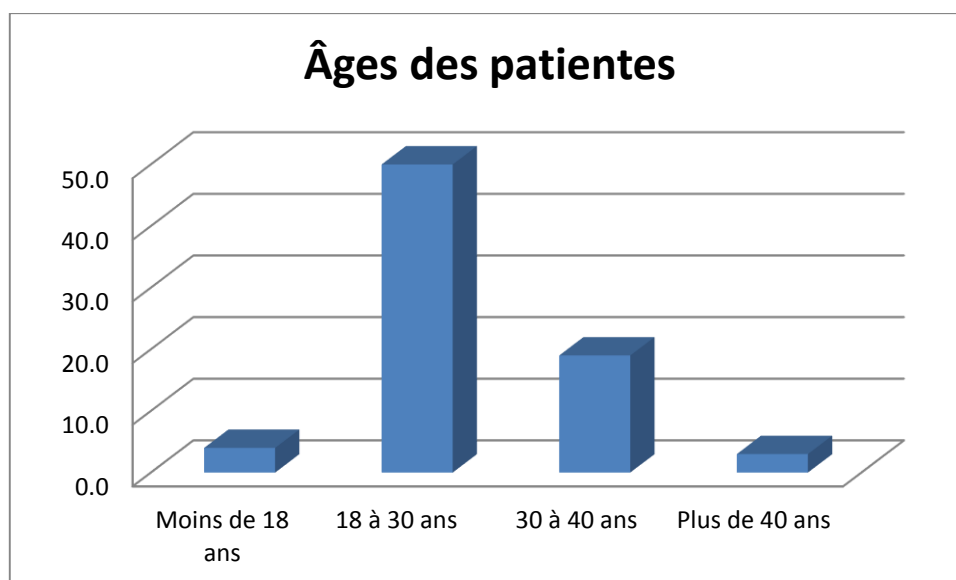
22 médecins (38,0%) suivent moins de 5 grossesses par an, 18 (31,0%) entre 5 et 10 grossesses et 18 (31,0%) plus de 10 grossesses par an.

## ***Caractéristiques des patientes***

62 patientes (75,6%) sont venues consulter à un terme de grossesse estimé avant 10 SA, 14 (17,1%) après le terme de 10 SA.

52 d'entre elles (63,4%) sont des femmes premières gestes. 24 (29,3%) ont déjà eu au moins une grossesse antérieure.

*Figure 7 : âges des patientes*



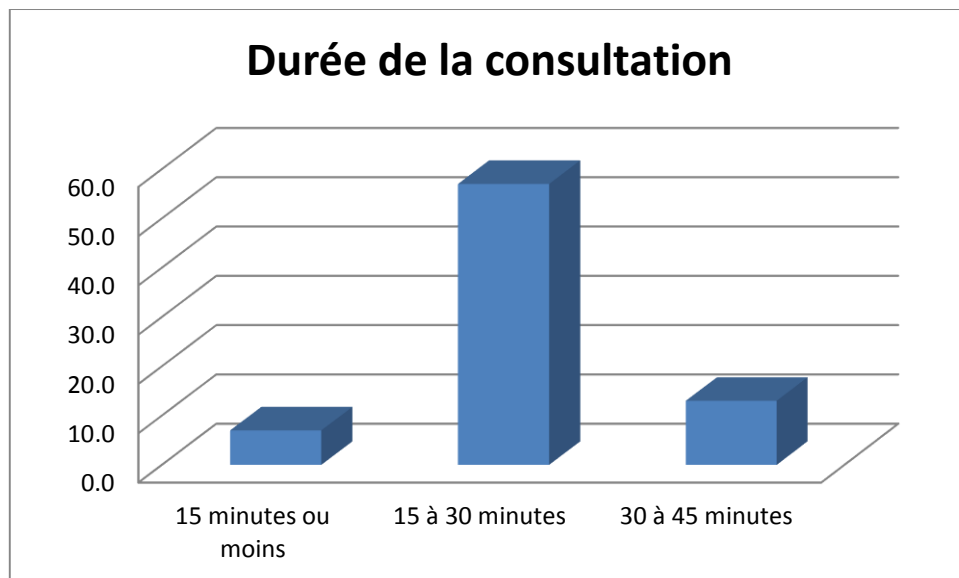
4 patientes (4,9%) ont moins de 18 ans, 50 patientes (61%) ont entre 18 et 30 ans, 19 d'entre elles (23,2%) ont entre 30 et 40 ans et 3 (3,7%) ont plus de 40 ans.

Les données sont manquantes pour 6 patientes.

## *Déroulement de la consultation*

### *Durée de consultation*

*Figure 8 : Durée de consultation*



57 consultations (69,5%) ont duré entre 15 et 30 minutes. 7 (8,5%) se sont déroulées en moins de 15 minutes et 13 (15,9%) entre 30 et 45 minutes.

Les données sont manquantes pour 5 patientes.

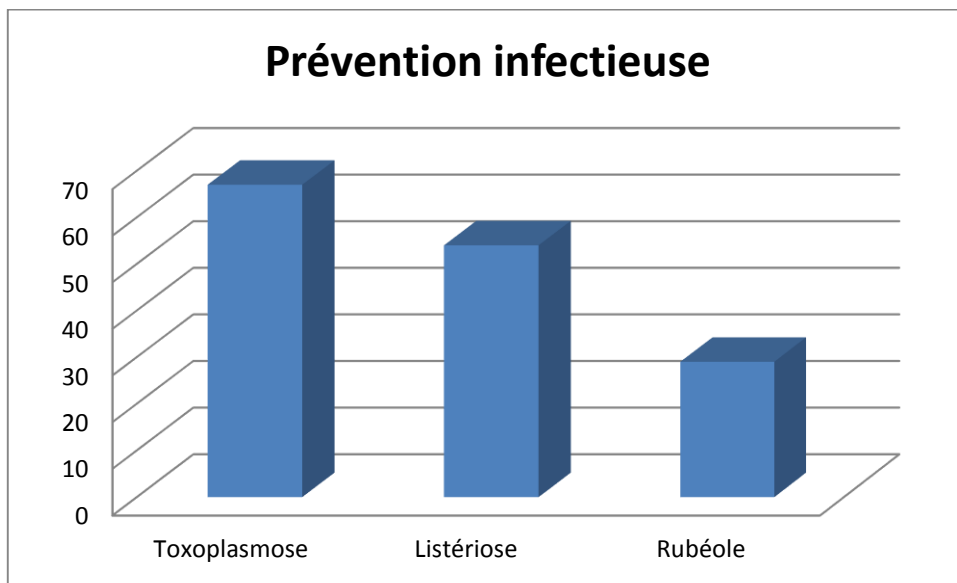
## ***Prévention***

### ***Prévention infectieuse***

72 (87,8%) médecins ont donné des conseils de prévention infectieuse.

56 (68,3%) ont donné les informations par oral, 16 (19,5%) ont fourni des documents écrits.

*Figure 9 : Conseils de prévention infectieuse*



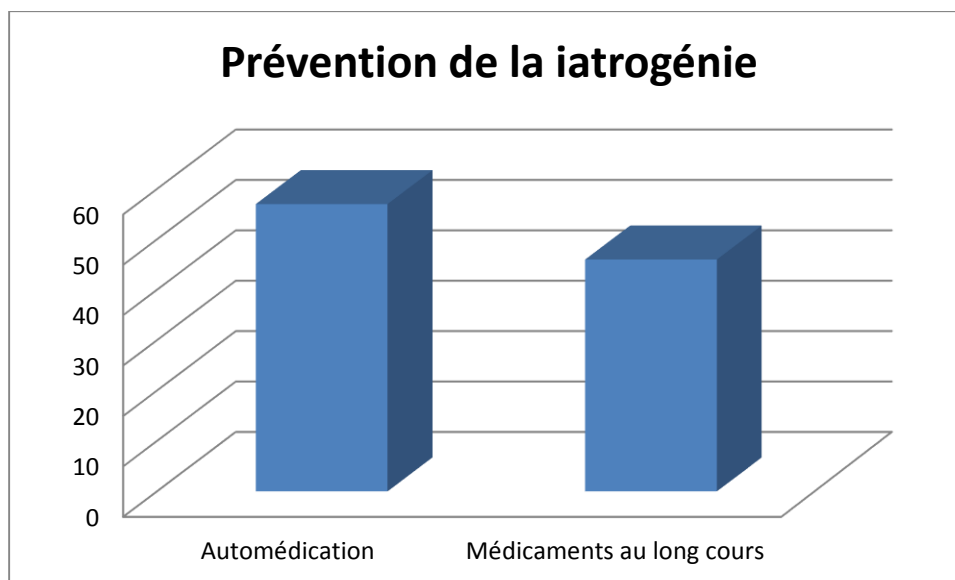
67 (81,7%) ont abordé la toxoplasmosis, 54 (78%) la listériose, 29 (35,4%) la rubéole.

Parmi ceux qui n'ont pas donné de conseils, les raisons évoquées par les médecins sont :

- l'absence de temps lors de cette première consultation (prévu à la prochaine) pour 8 médecins,
- 2 d'entre eux laissent le soin au gynécologue de le faire
- 2 médecins pensent que la patiente connaît déjà ses informations
- 4 médecins attendent le résultat des sérologies pour fournir dans un deuxième temps une information ciblée
- 2 médecins n'y ont pas pensé
- 4 patientes sont déjà immunisées
- 1 médecin ne connaissait pas les informations à donner

## *Prévention de la iatrogénie*

Figure 10 : Prévention de la iatrogénie



57 médecins (69,5%) ont informé les patientes sur les médicaments tératogènes, contre indiqués et les risques de l'automédication.

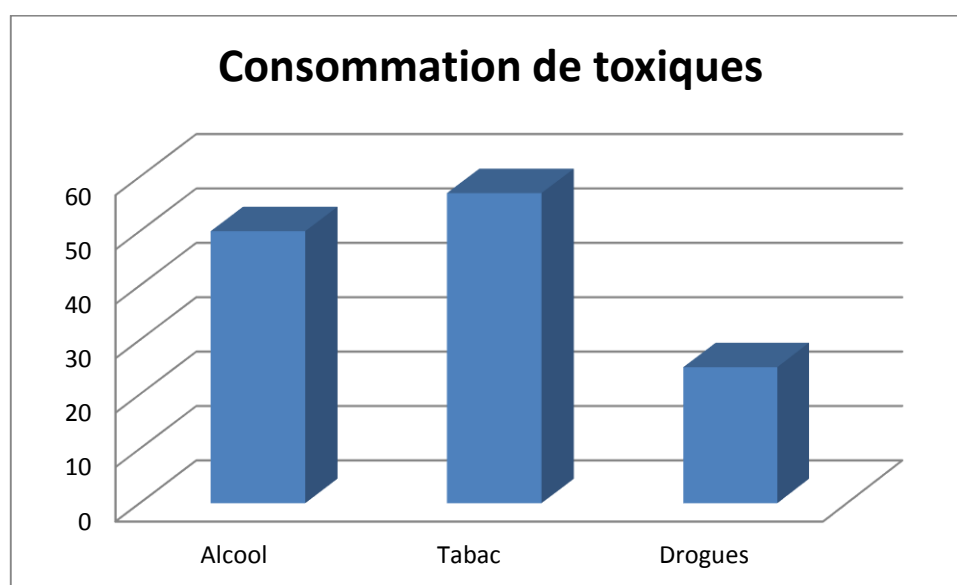
46 médecins (56,1%) ont demandé à leur patiente si elle prenait des médicaments. 13 patientes prennent des médicaments au long cours (6 levothyrox, 1 metformine, 1 pompe a insuline, 1 paroxetine, 1 risperdal, 2 antihypertenseurs (temerit, ramipril, hydrochlorothiazide).

- 5 médecins n'ont pas modifié le traitement car cela n'était pas nécessaire
- 4 ont laissé au gynécologue le soin de modifier le traitement si besoin
- 1 a arrêté le traitement
- 1 a modifié la classe thérapeutique
- 1 a modifié la dose
- 1 n'a pas pensé à faire d'adaptation.

### *Prévention toxicologique*

68 médecins (82,9%) ont abordé le sujet de la consommation de toxiques.

*Figure 11 : Consommation de toxiques*



50 (61,0%) ont parlé d'alcool avec leur patientes, 57 (69,5%) ont discuté du tabac et 25 (30,5%) ont évoqué la prise de drogues.

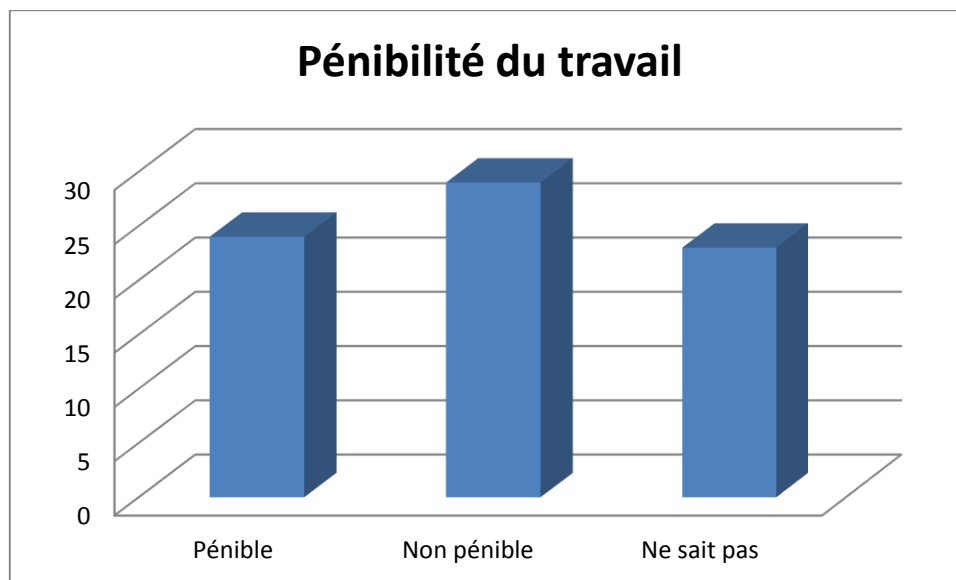
Parmi ceux qui n'ont pas abordé ce sujet :

- 12 (14,6%) connaissent bien la patiente et donc connaissent déjà la réponse
- 7 (8,5%) n'y ont pas pensé
- 1 (1,2%) n'avait pas le temps et prévoit de le faire à la prochaine consultation
- 2 (2,4%) n'ont pas abordé le sujet car la patiente exprime un désir d'IVG.



## *Pénibilité du travail*

Figure 12 : Pénibilité du travail



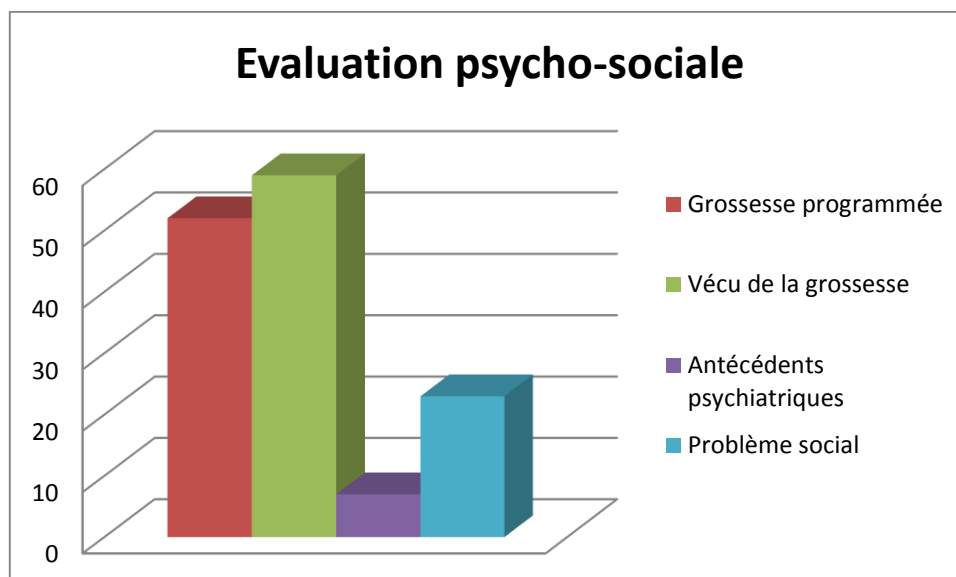
24 (29,3%) médecins ont connaissance d'un travail ou d'un trajet pour s'y rendre difficile pour leur patiente.

29 (35,4%) d'entre eux ne retrouvent pas de pénibilité dans ces éléments.

23 (28%) des médecins ne savent pas.

## *Aspect psycho-social*

Figure 13 : Evaluation psycho-sociale



52 médecins (63,4%) ont demandé à leur patiente si la grossesse était programmée.

25 médecins (30,5%) n'ont pas posé la question. Parmi eux :

- 12 savaient qu'elle désirait une grossesse
- 7 n'y ont pas pensé
- 2 n'ont pas eu le temps et prévoient de le faire à la prochaine consultation
- 2 n'ont pas osé
- 1 pense que sa patiente lui aurait dit si cette grossesse n'était pas désirée
- 1 pense que cela n'avait pas d'intérêt

59 médecins (72%) ont demandé à leur patiente comment elle vivait sa grossesse.

7 médecins (8,5%) ont recherché des antécédents psychiatriques.

66 médecins (80,5%) n'ont pas demandé. Parmi eux,

- 31 n'y ont pas pensé
- 30 connaissent déjà la réponse car connaissent bien la patiente

- 2 n'ont pas osé
- 1 pense qu'elle lui aurait dit si cela avait été le cas
- 1 n'avait pas le temps et prévoit de la demander à la prochaine consultation
- 1 laisse le gynécologue lui poser la question.

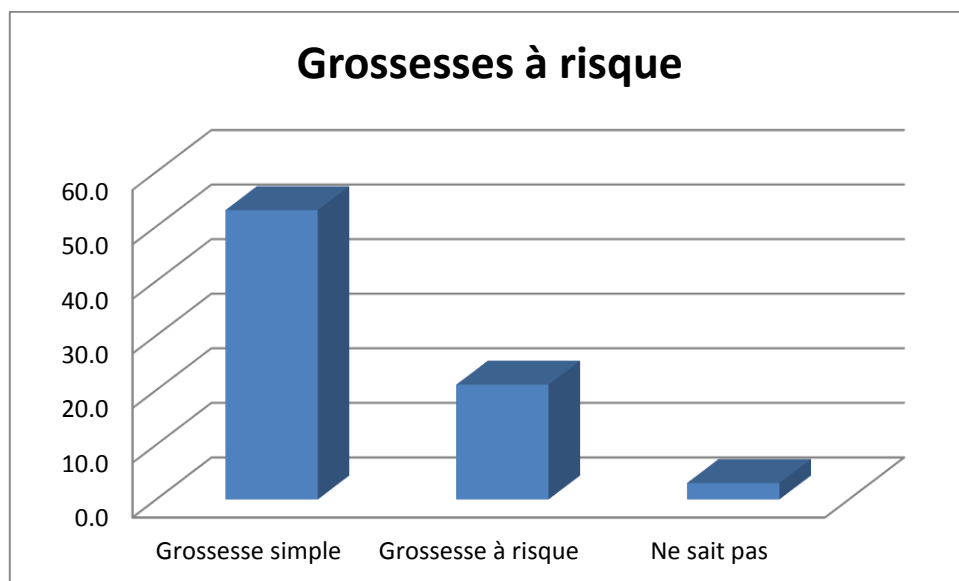
23 médecins (28%) ont recherché et demandé à leur patiente si elle présentait un problème social.

50 médecins (70%) n'ont pas demandé. Parmi eux :

- 23 n'y ont pas pensé
- 22 connaissent bien la patiente et donc la réponse
- 3 n'avaient pas le temps et prévoient de la faire à la prochaine consultation
- 2 pensent que la patiente lui aurait dit si cela était le cas
- 1 laisse le gynécologue lui demander

### ***Grossesses à risques***

*Figure 14 : Grossesses à risques*



Parmi les consultations étudiées, 53 grossesses (64,6%) étaient considérées comme simples. 21 grossesses (25,6%) étaient évaluées comme des grossesses à risque. 3 médecins (3,7%) ne savaient pas stratifier le risque.

*Tableau 3: risques identifiés et mode de suivi*

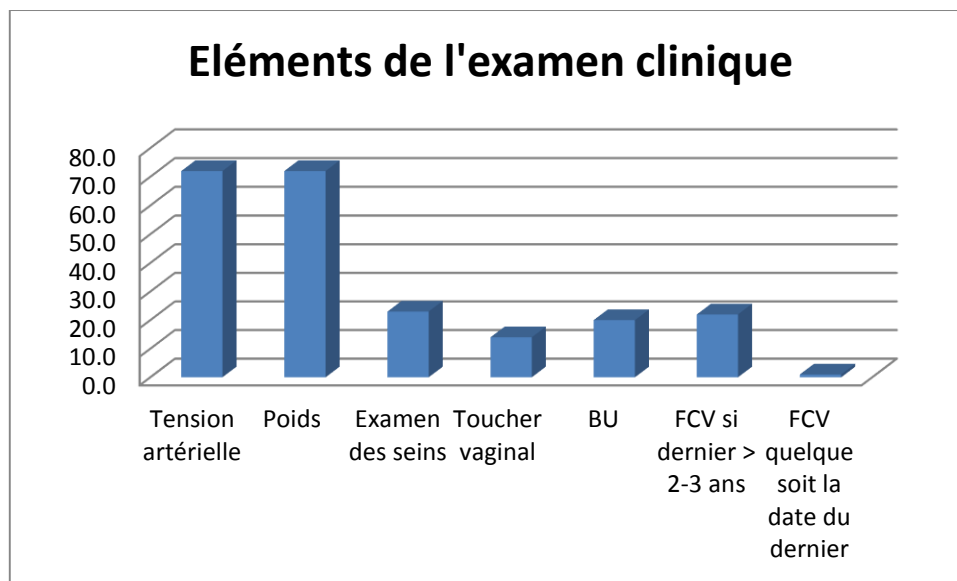
Type de risque	Mode de suivi choisi par le médecin	Niveau de risque HAS
<b>Obésité, syndrome dépressif, hypothyroïdie</b>	Par le gynécologue car grossesse à risque	A1, A2 si sévère, A1
<b>Gémellarité</b>	Conjointement avec le gynécologue	A2 ou B
<b>Diabète de type 1</b>	Conjointement avec le gynécologue	B
<b>Gémellarité</b>	Conjointement avec le gynécologue	A2 ou B
<b>Difficultés sociales, grossesse non prévue avec 2 IVG récentes</b>	Par le gynécologue, souhait de la patiente	A, A1
<b>Patiente de plus de 40 ans</b>	Conjointement avec le gynécologue	A1
<b>Maladie de Basedow</b>	Conjointement avec le gynécologue	B
<b>Valve aortique biologique</b>	Suivi exigé par la maternité choisie	B
<b>Antécédent RCIU sur anomalie du facteur V</b>	Conjointement avec le gynécologue	B, B
<b>Antécédents de pré-éclampsie</b>	Par le gynécologue car grossesse à risque	B
<b>Situation sociale précaire</b>	Conjointement avec le gynécologue	A

<b>Hypothyroïdie</b>	Par le gynécologue car grossesse à risque	A1
<b>Patiente de 40 ans</b>	Par le gynécologue car grossesse à risque	A1
<b>Patiente mineure</b>	Par le gynécologue car grossesse à risque	A1
<b>Hypothyroïdie</b>	Par le gynécologue car grossesse à risque	A1
<b>Patiente de 41 ans</b>	Par le gynécologue car grossesse à risque	A1
<b>Patiente mineure, situation sociale précaire</b>	Ne souhaite pas suivre cette grossesse	A1, A
<b>HTA et diabète</b>	Par le gynécologue car grossesse à risque	B, B
<b>Patiente mineure et souhait d'IVG</b>	Orientée au centre d'IVG	-
<b>Patiente mineure et souhait d'IVG</b>	Orientée au centre d'IVG	-

### *Examen clinique*

72 médecins (87,8%) ont réalisé un examen clinique lors de ces consultations.

*Figure 15 : éléments de l'examen clinique*



72 médecins (87,8%) ont pris une tension artérielle.

72 médecins (87,8%) ont fait une mesure du poids.

23 médecins (28%) ont examiné les seins de leurs patientes.

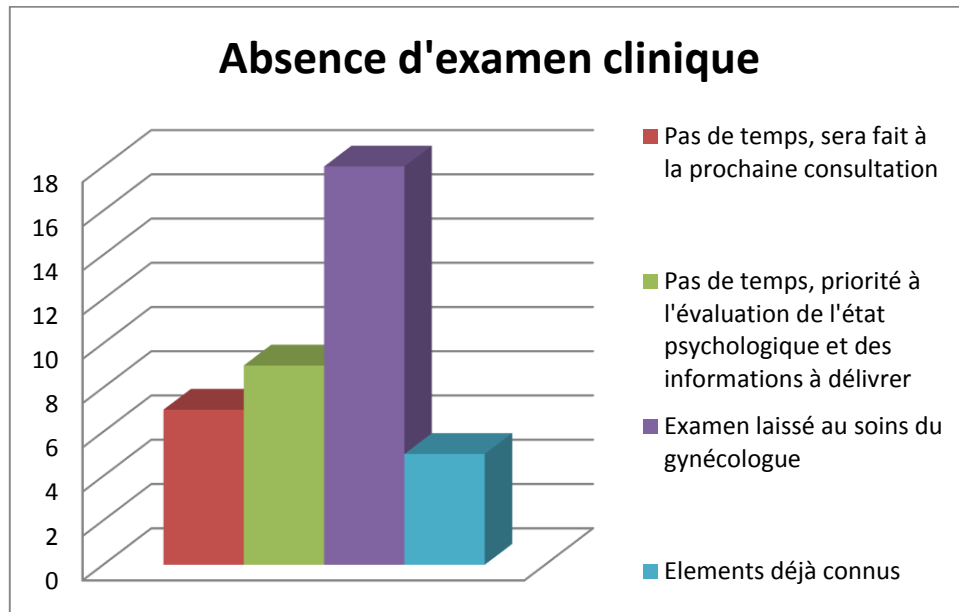
14 médecins (17,1%) ont réalisé un toucher vaginal.

20 médecins (24,4%) ont fait une bandelette urinaire.

22 médecins (26,8%) ont réalisé un frottis cervico-vaginal si le dernier datant de plus de 2-3 ans, et 1 médecin (1,2%) en a réalisé un quelle que soit la date du dernier.

11 médecins (13,4%) n'ont pas réalisé d'examen clinique au cours de ces consultations.

Figure 16 : raisons de l'absence d'examen clinique



5 médecins (6,1%) n'ont pas réalisé d'examen clinique car les données étaient déjà connues.

7 médecins (8,5%) n'avaient pas le temps de le réaliser et prévoient de le faire à la prochaine consultation.

9 médecins (11%) n'avaient pas le temps et privilégient l'évaluation de l'état psychologique et les informations à délivrer au cours de cette consultation.

18 médecins (21,9%) ont laissé au gynécologue à qui la patiente est adressée le soin de réaliser l'examen clinique.

## *Prescriptions d'examens complémentaires*

*Tableau 4 : examens complémentaires*

	Oui	Non, non recommandé à ce terme	Non, sera prescrit par le gynécologue	Non, résultats récents disponibles
<b>NFS</b>	52 (63,4%)	15 (18,3%)	6 (7,3%)	2 (2,4%)
<b>TSH</b>	29 (35,4%)	31 (37,8%)	5 (6,1%)	6 (7,3%)
<b>Glycémie à jeun</b>	43 (52,4%)	23 (28,0%)	5 (6,1%)	3 (3,7%)
<b>Groupe, rhésus*</b>	60 (73,2%)	2 (2,4%)	8 (9,8%)	6 (7,3%)
<b>RAI*</b>	62 (75,6%)	2 (2,4%)	7 (8,5%)	3 (3,7%)
<b>Sérologie toxoplasmose et rubéole*</b>	67 (81,7%)	1 (1,2%)	6 (7,3%)	3 (3,7%)
<b>ECBU</b>	23 (28%)	32 (39,0%)	8 (9,8%)	6 (7,3%)
<b>Dépistage Trisomie 21 (PAPP-A et B- HCG libre)*</b>	31 (37,8%)	15 (18,3%)	24 (29,3%)	2 (2,4%)
<b>Dépistage Trisomie 21 (alpha-FP + oestriol non conjugué + HCG)</b>	5 (6,1%)	32 (39,0%)	25 (30,5%)	3 (3,7%)
<b>Prélèvement vaginal</b>	3 (3,7%)	39 (47,6%)	23 (28,0%)	3 (3,7%)
<b>Echographie 1<sup>e</sup> trimestre*</b>	56 (68,3%)	5 (6,1%)	15 (18,3%)	0 (0,0%)

*Les examens suivies d'une astérisque \* sont les examens recommandés par la HAS*



6 médecins ont prescrit une sérologie CMV.

2 patientes ont eu une prescription de ferritinémie.

1 patiente a réalisé un ionogramme sanguin et un dosage des transaminases.

1 médecin a prescrit une HbA1c.

1 médecin a prescrit une échographie cardiaque devant la découverte d'un souffle à l'examen clinique.

*Tableau 5 : prescription des sérologies*

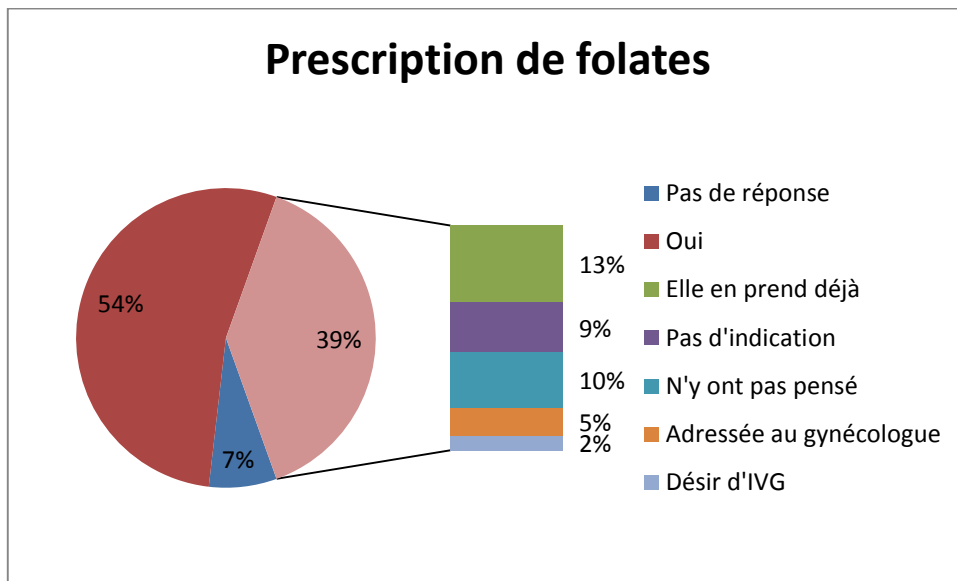
	<b>oui</b>	<b>Non, sera prescrit par le gynécologue</b>	<b>Non, résultats récents disponibles</b>	<b>Non, demandé mais pas de conduites à risque</b>	<b>Non, je sais qu'elle n'a pas de conduites à risque</b>	<b>Non, non recommandé</b>
<b>Syphilis*</b>	56 (68,3%)	9 (11%)	4 (4,9%)	3 (3,7%)	3 (3,7%)	1 (1,2%)
<b>VIH 1 et 2*</b>	57 (69,5%)	9 (11%)	6 (7,3%)	1 (1,2%)	1 (1,2%)	2 (2,4%)
<b>VHB*</b>	54 (65,9%)	9 (11%)	6 (7,3%)	2 (2,4%)	2 (2,4%)	3 (3,7%)
<b>VHC</b>	46 (56,1%)	12 (14,6%)	5 (6,1%)	3 (3,7%)	3 (3,7%)	5 (6,1%)

*Les examens suivies d'une astérisque \* sont les examens recommandés par la HAS*

### *Prescription de folates*

44 médecins (53,7%) ont prescrit des folates à leur patiente.

*Figure 17 : prescription de folates*



Parmi ceux qui n'en ont pas prescrit,

11 patientes (13,4%) prenaient déjà une supplémentation en folates.

8 médecins (9,8%) n'ont pas pensé à les prescrire

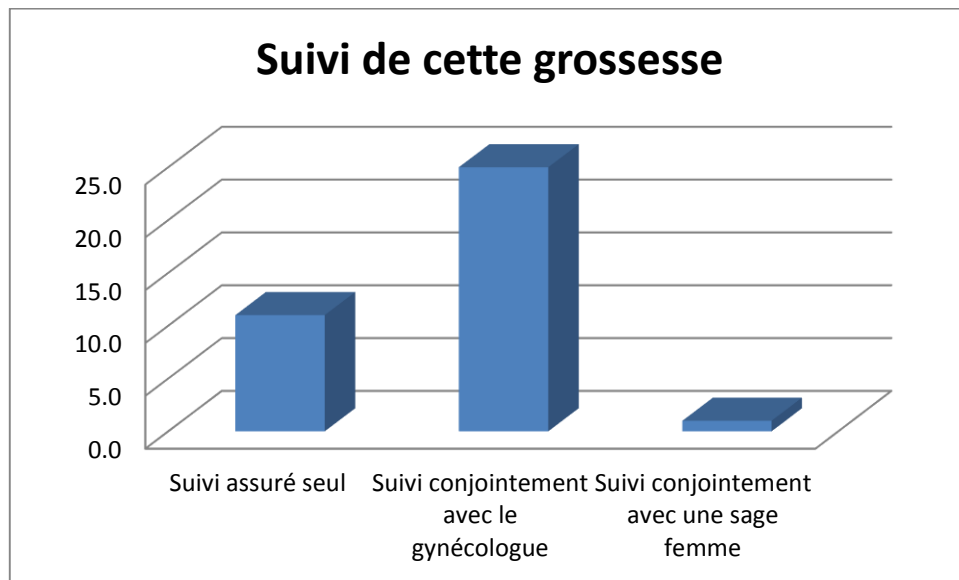
7 médecins (8,5%) pensent que les folates ne sont pas indiqués

4 médecins (4,9%) ont laissé le soin au gynécologue qui suivra la grossesse de prescrire ce traitement.

### *Suivi de cette grossesse*

37 médecins (45,1%) vont suivre leur patiente au cours de cette grossesse.

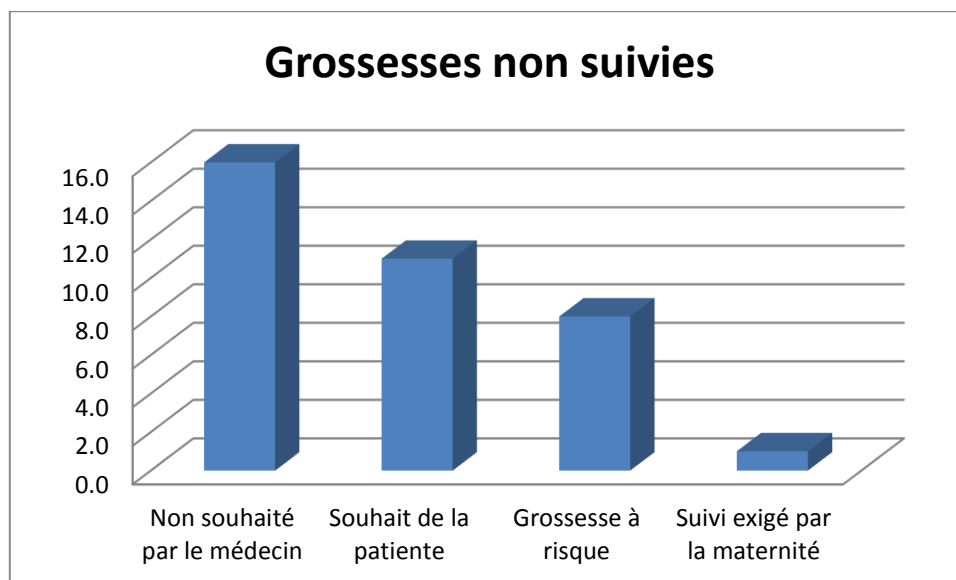
*Figure 18 : suivi de cette grossesse par le médecin généraliste*



11 (13,4%) assureront le suivi seuls, 25 (30,5%) conjointement avec le gynécologue et 1 (1,2%) conjointement avec une sage-femme.

36 médecins (43,9%) ne suivront pas leur patientes.

Figure 19 : grossesses non suivies par le médecin généraliste



16 médecins (19,5%) ne le souhaitent pas

11 (13,4%) patientes désirent être suivies par un gynécologue ou une sage-femme

8 grossesses (9,8%) sont estimées à risque

1 maternité exige le suivi sur place dès le début de grossesse (1,2%).

# DISCUSSION

## *Limites de l'étude*

L'échantillon de notre étude était inférieur à celui attendu a priori, avec une puissance de fait limitée.

Plusieurs éléments peuvent expliquer ce faible nombre de réponses.

Comme nous avons vu précédemment, le nombre de questionnaires envoyés a été limité par les médecins qui souhaitaient recevoir exclusivement le questionnaire par voie postale, ceux qui ne pratiquaient plus de médecine générale et ceux qui ont refusé de participer.

De plus, la majorité des cabinets médicaux contactés bénéficiaient d'un secrétariat médical, et pour la plupart délocalisé. Les secrétaires n'avaient pas systématiquement l'autorisation de divulguer les adresses mails des médecins, peu joignables directement, ce qui a rendu difficile l'obtention des coordonnées. De plus, n'ayant pu parler de vive voix avec tous les médecins, l'absence de présentation du sujet de cette thèse a pu limiter leur implication et le taux de participation.

Le type d'étude réalisée risque d'introduire un biais. En effet, par une approche quantitative, le questionnaire est en lui-même une intervention auprès des médecins. Mais adopter cette méthode est un choix. Cette première étude pourrait introduire d'autres travaux sur le sujet, notamment en utilisant la méthode du patient simulé.

De plus, cette étude a été réalisée dans un seul département d'île de France, concernant uniquement les médecins généralistes du Val de Marne. Ceci peut limiter l'extrapolation des résultats à la population générale.

D'autres biais peuvent être secondaires aux caractéristiques des médecins généralistes interrogés. En effet, ils semblent pour la plupart avoir bénéficié d'une formation en gynécologie obstétrique : 73,2 % d'entre eux ont déjà fait un stage en gynécologie dans leur

parcours, 45,1 % assistent à des séminaires de cette spécialité et 35,3 % ont passé un DU. De plus, 39 % sont remplaçants et donc plutôt jeunes et proches de la fin de leurs études. De même, 18,3 % sont maitres de stage avec une activité universitaire et de formation des étudiants.

L'interprétation des résultats quant à la durée de cette consultation peut être limitée par le fait que la durée moyenne habituelle de consultation des médecins généralistes interrogés n'a pas été recueillie dans le questionnaire initial.

Enfin, 17,1 % des patientes étaient vues en consultation après 10 SA, alors que la première consultation concerne les grossesses avant cet âge gestationnel. Ceci peut introduire un biais puisque les recommandations diffèrent au-delà de ce terme.

## ***Principaux résultats***

### ***Caractéristiques et pratiques des médecins généralistes***

Nous avons interrogé ces médecins sur les actes gynécologiques et obstétriques qu'ils réalisent en pratique courante.

L'examen des seins et le toucher vaginal sont réalisés largement au quotidien (respectivement 85,3 % et 68,3 %). De même, la prise en charge de la contraception fait partie intégrante de leur activité avec 87,8 % qui réalisent des primo prescriptions et 95,1 % des renouvellements.

L'activité obstétrique du suivi de grossesse intéresse également un grand nombre de médecins (70,7 %), principalement jusqu'au 2<sup>e</sup> trimestre de gestation. Nous avons pu voir que la réalisation d'un stage en gynécologie obstétrique influençait cette pratique : en effet, ceux qui ont bénéficié de cette formation suivent plus de grossesse au cabinet que les autres. De plus, les médecins de moins de 30 ans et ceux de plus de 60 ans suivent significativement plus

de grossesse. Peut être les plus jeunes ont-ils eu plus l'occasion de participer à un stage. Par contre, le sexe, la condition de remplaçant ou de maître de stage et le secteur d'activité n'influencent pas la pratique du suivi de grossesse.

Les gestes techniques gynécologiques sont, eux, moins réalisés par ces médecins : 53,6 % des médecins réalisent des frottis cervico-vaginaux, 29,2 % posent des implants contraceptifs et 28 % posent des dispositifs intra utérins. Malgré ces faibles résultats, ces actes semblent plus largement réalisés par les médecins généralistes interrogés que dans d'autres études réalisées : une thèse de 2014 s'intéressant aux actes techniques réalisés par les généralistes dans le Tarn, montrait que 12,3 % de médecins réalisent la pose d'implants contraceptifs et 6,7 % posent des dispositifs intra utérins (37).

En nous intéressant aux raisons évoqués par les généralistes qui ne pratiquent pas ces différents actes au cabinet, un élément est systématiquement cité : le sentiment d'incompétence vis-à-vis de la réalisation de ces techniques, examens ou suivis.

Pourtant, notre population d'étude semble avoir bénéficié de façon importante de formation primaire en gynécologie-obstétrique puisque 73,2 % d'entre eux ont déjà réalisé un stage dans cette spécialité.

Mais, 35,3 % d'entre eux ont ressenti le besoin de compléter leur formation par l'obtention d'un DU de gynécologie. Ceci semble venir confirmer les résultats que nous évoquions précédemment quant aux freins au suivi de grossesse exprimés par les médecins généralistes. Ils reprochaient en effet en premier lieu un manque d'accès à la formation initiale hospitalière en gynécologie obstétrique, ou une formation inadaptée à la pratique de la médecine de ville. Il semblerait donc important de renforcer l'accès et d'adapter le contenu de cette formation pour permettre aux généralistes de pratiquer plus aisément cette spécialité au quotidien, notamment en intensifiant l'apprentissage des gestes techniques.

En parallèle de ces formations universitaires, les généralistes utilisent très largement différentes sources dans le cadre d'un apprentissage continu. 45 % des médecins interrogés participent à des séminaires spécialisés pour approfondir leurs acquis et obtenir de nouvelles compétences. 84,2 % se réfèrent aux recommandations HAS et aux collègues de gynécologie, 79,2 % utilisent internet et 68,3 % lisent les revues médicales.

La deuxième raison qui explique que les médecins généralistes ne réalisent pas d'actes techniques ou de suivi de grossesse est le manque de temps. En effet, beaucoup considèrent ces consultations et ces gestes comme trop chronophages pour faire partie de leur pratique au cabinet.

Enfin, plusieurs médecins ne pratiquent pas de gynécologie obstétrique au quotidien car ne ressentent pas d'attrance pour cette spécialité et les actes qui lui sont liés. Ils orientent alors leurs patientes vers des gynécologues.

### *Comparaison avec la recommandation HAS*

#### *L'examen clinique*

L'examen clinique lors de cette consultation doit être général et gynécologique. Il doit comprendre une mesure de la tension artérielle, de la taille et du poids, un examen des seins et un frottis cervico-vaginal si le dernier date de plus de 2 à 3 ans.

Les données générales sont parfaitement bien recueillies par les médecins généralistes puisque la totalité de ceux qui ont réalisé un examen clinique (72 médecins soit 87,8 %) ont mesuré la tension artérielle et le poids.

L'examen gynécologique est, lui, peu réalisé.

26,8 % des médecins ont fait un FCV à leur patiente enceinte, alors qu'ils étaient 53,6 % à déclarer en réaliser au quotidien.

De même, les résultats sont discordants quant à l'examen des seins puisqu'une majorité de médecins (85 %) déclarait le faire dans leur pratique courante, alors qu'il est très peu réalisé lors de cette consultation (28 %).



Ces examens ne sont que trop peu réalisés par les médecins généralistes lors de cette consultation qui conduit pourtant des patientes jeunes à consulter un médecin, créant une opportunité de dépistage des cancers de la femme non négligeable.

Par ailleurs, dans cette étude, 13,4 % des médecins n'ont pas réalisé d'examen clinique.

La plupart d'entre eux explique ceci par le fait qu'ils orienteront cette patiente vers un gynécologue pour son suivi de grossesse, lui laissant alors le soin de réaliser cet examen (21,9%).

D'autres déplorent l'absence de temps au cours de cette consultation (19,5 %) et préfèrent différer celui-ci en privilégiant les informations à délivrer et l'évaluation de l'état psychologique de la patiente. Réapparaît alors la notion de consultation longue et inadaptée au temps d'entretien possible. Certains médecins vont fragmenter cette consultation pour pouvoir être exhaustifs.

### *Les prescriptions d'examens complémentaires*

Les examens complémentaires constituent une part importante de cette recommandation. Ils sont classés en trois catégories : les examens obligatoires, les examens systématiquement proposés et les examens éventuellement proposés.

La détermination du groupe sanguin (A, B, O, phénotype rhésus complet et Kell) et la recherche d'agglutinines irrégulières (RAI), ainsi que les sérologies toxoplasmose et rubéole font partie des examens obligatoires.

Ces examens sont effectivement très réalisés : 73,2 % des médecins généralistes prescrivent la détermination du groupe sanguin et la recherche des RAI et 81,7 % prescrivent les sérologies

toxoplasmose et rubéole. Les médecins qui disposaient de résultats récents ou qui confiaient leur patiente au gynécologue n'ont pas prescrit ces examens.

Ils suivent donc strictement les recommandations HAS, notamment en ce qui concerne la sérologie toxoplasmose malgré les débats générés par ce dépistage systématique.

Parmi les autres examens obligatoires, les sérologies syphilis et VHB sont moins souvent prescrites (respectivement 68,3 % et 65,9 %). La sérologie VIH 1 et 2, systématiquement proposée mais non obligatoire, a été prescrite dans 69,5 % des cas. Dans ces situations également, les deux principales raisons de non prescription sont des résultats récents et le suivi assuré par le gynécologue.

Mais une autre cause apparaît : l'absence de conduite à risque, évoquée par plusieurs médecins n'ayant pas prescrit ses sérologies.

Parmi eux, la moitié a recherché ces facteurs de risques à l'interrogatoire et n'a pas prescrit les sérologies en leur absence. Pourtant, celles-ci sont actuellement obligatoires pour toutes les grossesses, sans condition de facteur de risque. Elles sont également recommandées de façon systématique dans d'autres pays comme la Belgique (24).

De plus, dans 50 % des cas, les médecins estiment connaître suffisamment leur patiente et ne posent pas la question : ils ne prescrivent pas les sérologies, assurés qu'elle n'a pas de conduite à risque ou qu'elle lui aurait dit si cela avait été le cas.

Une étude s'est intéressée aux barrières quant à l'abord de la sexualité par les patientes en consultation de médecine générale (38). Les freins qui ont été évoqués sont la timidité, la gêne, la honte, l'éducation et les tabous. Les patientes expriment une gêne toujours présente, étant un frein mais pas un obstacle. En effet, « l'intimité » et « le jardin secret » peuvent être dévoilés sous certaines conditions et notamment lorsqu'il s'agit de la santé ou du bien être : « quand il faut, il faut ». L'abord de la sexualité avec le généraliste par les patientes est donc vécu comme un devoir.

De plus, l'auteur de ce travail a été surpris de voir qu'une personne très réservée pouvait aborder sans aucune réticence ses pratiques, tandis que cela a été beaucoup plus difficile pour d'autres femmes ayant un discours a priori plus libre sur ce sujet : il ne faut donc pas se fier aux apparences (38).

Enfin, la prise de conscience de la nécessité d'en parler est souvent longue et les patientes consultent très rarement pour ce motif, mais profitent plutôt d'une consultation de routine pour aborder ce sujet. La totalité des patientes déclarent qu'elles auraient saisi l'opportunité si le médecin lui avait posé la question (38).

Le fait que le médecin se repose sur ce qu'il pense savoir de sa patiente ou sur la certitude que celle-ci lui aurait dit si elle avait des conduites à risque pose un problème de sous-estimation des risques. Ces situations sont peu évoquées spontanément par les patientes et peuvent rester dissimulées si le médecin n'aborde pas explicitement le sujet.

Le dépistage combiné du 1<sup>e</sup> trimestre de la trisomie 21 est systématiquement proposé mais non obligatoire, la patiente pouvant le refuser.

Ce dépistage est composé de deux éléments qui permettent de calculer un risque combiné : la mesure de la clarté nucale sur la 1<sup>e</sup> échographie et le dosage des marqueurs sériques maternels (PAPP-A et B-hCG libre).

L'échographie fœtale du 1<sup>e</sup> trimestre a été prescrite par 68,3 % des médecins généralistes. 18,3 % d'entre eux ont laissé le soin au gynécologue qui va suivre la grossesse le soin de le faire. Il faut cependant rester vigilant quant aux délais de prescription puisque cette mesure doit être réalisée entre 11 et 13SA + 6 jours pour obtenir une mesure fiable pour les calculs de risque.

La prescription des marqueurs sériques maternels pose plus de problème : ils ont été prescrits par 37,8 % des médecins. 29,3 % d'entre eux laisse le soin au gynécologue de le faire, mais cette fois encore il faut être attentif au délai de prescription, le terme au moment du prélèvement étant très important pour obtenir un résultat fiable.

De plus, 18,3 % des médecins interrogés pensent que le dépistage par dosage du PAPP-A et B-hCG libre n'est pas recommandé à ce terme, et 6,1% ont prescrit des dosages de marqueurs du 2<sup>e</sup> trimestre (alpha-FP, oestriol non conjugué et hCG). Ceci peut être expliqué par le nombre non négligeable de patientes consultant après 10 SA ayant dépassé le terme des dosages du 1<sup>e</sup> trimestre dans cette étude, ou d'un manque de connaissances des médecins généralistes quant aux modalités exactes du dépistage des anomalies chromosomiques fœtales.

Une étude s'est intéressée au ressenti des médecins généralistes face au dépistage de la trisomie 21 (4). 32 % d'entre eux s'estiment insuffisamment informés quant aux modalités de ce dépistage. Beaucoup déplorent la nécessité d'un consentement à faire signer, ce qui peut entacher la relation de confiance qu'ils ont instauré avec leur patiente. Enfin, 41 % considèrent que le médecin traitant, en tant que coordinateur responsable du dépistage, occupe une place à risque professionnel et médico-légal qui les freine.

L'information et la formation des médecins généralistes devraient donc être renforcées et améliorées pour leur permettre de proposer plus largement ce dépistage, sans crainte et de façon plus aisée pour maintenir un climat de confiance.

Enfin, certains examens doivent être éventuellement proposés : l'ECBU et le dépistage d'une anémie par la réalisation d'une NFS en cas de facteurs de risque.

La NFS a été beaucoup prescrite (63,4 %). 18,3 % d'entre eux ne l'ont pas prescrite devant l'absence de recommandation.

Il s'agit pourtant d'un examen non indispensable : la NFS est recommandée en cas de facteurs de risque (antécédents personnels, ration alimentaire insuffisante (< 2000 Kcal/j), peu variée ou excluant les aliments d'origine animale) à la première consultation ou systématiquement au 6<sup>e</sup> mois de grossesse (5).

23 médecins (28 %) ont prescrit un ECBU à leur patiente. Il semble donc acquis pour la plupart qu'il ne s'agit pas d'un examen indispensable, d'autant plus si la BU, recommandée, est réalisée. Pourtant, la BU est peu réalisée (20 médecins (24,4 %)) et 8 médecins ont réalisé à la fois une BU et un ECBU.

Par ailleurs, trois examens sont souvent prescrits par les médecins interrogés malgré l'absence de recommandation : la TSH et la glycémie à jeun, et dans une moindre mesure la sérologie CMV.

35,4 % des médecins ont prescrit une TSH tandis que 37,8 % précisent que cet examen est non recommandé.

Une des raisons qui peuvent expliquer cette prescription importante serait l'antécédent de dysthyroïdie chez la patiente, mais dans notre étude, seules 4 d'entre elles en étaient atteintes.

Le dépistage systématique d'une dysthyroïdie frustre n'est pas recommandé. Par contre, en cas de signe clinique évocateur de thyrotoxicose, un dosage de TSH et de T4L est recommandé (39). De même, un dépistage ciblé de l'hypothyroïdie doit être réalisé (grade A) en cas de signes cliniques évocateurs, d'antécédents auto-immuns ou d'antécédents personnels ou familiaux de pathologie thyroïdienne (40).

52,4 % des médecins ont fait réaliser à leur patiente une glycémie à jeun, alors que 28 % considèrent cet examen comme non recommandé.

En effet, nous avons pu voir que la recommandation HAS n'aborde pas le dépistage du diabète et, ne préconise donc pas de glycémie à jeun dans le bilan biologique initial. Mais les médecins généralistes semblent sensibilisés à cette pathologie et sont nombreux à réaliser ce dépistage, préconisé par les recommandations de gynécologie-obstétrique et d'endocrinologie, qui doit cependant rester un dépistage ciblé.

Il semblerait important que les modalités et les facteurs de risques amenant à ce dépistage figurent dans les recommandations HAS, rendant ainsi celle-ci la plus complète possible quant à la prise en charge globale de la femme enceinte.

Dans notre étude, 7,3 % des médecins ont prescrit une sérologie CMV à leur patiente.

Ce dépistage n'est pas inclus dans les recommandations françaises (5), ni dans les recommandations étrangères notamment belges (24). La balance entre la fréquence, les risques de cette infection et la cascade d'examens invasifs, de risques fœtaux et de stress engendré par une découverte d'une séroconversion n'est pas en faveur du dépistage systématique.

En effet, il s'agit d'une infection peu fréquente : près de 50 % des femmes sont séropositives pour le CMV en pré conceptionnel, et parmi les séronégatives, moins de 1,4 % feront une primo infection (41).

L'infection materno-fœtale à CMV touche 0,5 à 2 % des nouveaux nés. Les conséquences sont très variables, principalement neurologiques, oculaires et ORL avec des surdités. En cas de primo infection, le risque de transmission fœtale est de 30 à 40 %, alors qu'il est inférieur à 3 % en cas de récurrence (41).

Malgré l'absence de dépistage systématique, des règles de prévention simples peuvent être données, notamment aux femmes à risque étant les mères de famille et celles travaillant au contact des enfants. Il s'agit du lavage des mains en cas de contact avec un enfant en bas âge (salive, urines), voir port de gants pour les manipulations de couches ou du linge sale (24).

Il n'existe pas de recommandation claire quant à l'aptitude au travail des femmes enceintes travaillant au contact des enfants, qui doit être évalué au cas par cas (42) (43). Il semble exister un sur-risque pour les femmes travaillant en crèches, un risque limité pour les activités hospitalières de nursing (auxiliaires de vie, aides-soignantes) sous réserve du respect des précautions standard, mais pas de sur-risque pour les gestes techniques (infirmières) (42). Peut-être existe-il dans ces cas un intérêt à l'évaluation du statut sérologique de la femme au début de grossesse pour évaluer le risque professionnel et adopter les mesures nécessaires (renforcement des mesures préventive, arrêt de travail, reclassement professionnel transitoire).

### *Les grossesses à risque*

L'un des objectifs de cette consultation est de dépister les grossesses qui présentent un risque personnel, obstétrical ou fœtal pour pouvoir stratifier ce niveau de risque et planifier le suivi avec les intervenants adaptés.

Dans notre étude, 20 situations à risque (24,4 %) ont été identifiées.

Parmi elles, 12 patientes (60 %) ont eu le suivi recommandé la situation. Une patiente souhaitant être suivie par un gynécologue, malgré une grossesse non compliquée, a été adressée au spécialiste, ce qui est également l'attitude préconisée.

5 patientes (25 %) ne seront pas suivies par le généraliste et ont été adressées au gynécologue-obstétricien devant une grossesse estimée à risque. Il s'agissait en réalité de cinq femmes présentant un problème social. Les recommandations classent ce type de risque en A1, c'est-

à-dire nécessitant un avis spécialisé éventuellement mais non nécessairement d'un obstétricien (5). Le recours à une assistante sociale peut s'avérer suffisant avec un suivi possible par le généraliste. Ces grossesses présentaient donc un risque qui a été surestimé.

Nous pouvons donc voir que les médecins généralistes savent repérer les situations à risque et adresser les femmes enceintes aux spécialistes quand cela est nécessaire. Ils ont même plutôt tendance à adresser facilement les femmes pour un suivi spécialisé dès lors qu'elles présentent un risque de niveau faible, alors qu'ils auraient pu suivre cette grossesse.

### *Les risques tératogènes*

Il est recommandé de sensibiliser la patiente aux effets tératogènes de la consommation de toxiques (tabac, alcool et usage de drogues) et de médicaments.

Le risque tératogène est craint durant toute la grossesse, et est de mieux en mieux connu.

Ces risques sont recensés par le Centre de référence des agents tératogènes (CRAT) et facilement accessibles par tous les professionnels de santé.

Nous pouvons remarquer que la plupart des médecins interrogés (82,9 %) abordent la consommation de toxiques avec leurs patientes.

Le tabac et l'alcool sont des toxiques fréquemment consommés et non dénués de risques tératogènes, ce qui semble être assez connu des médecins généralistes. En effet, 69,5 % des médecins ont parlé de tabac avec leur patiente au cours de la consultation, tandis que 61 % ont abordé l'alcool.

Mais ceci pourrait être encore amélioré puisqu'un tiers d'entre eux n'a pas évoqué ces sujets, et que seuls 30,5 % ont abordé la consommation de drogues, pourtant non anecdotique.

Ces résultats sont également retrouvés dans d'autres études, où près de deux tiers des médecins déclarent avoir parlé de la consommation de tabac au moins une fois avec chaque patient, mais où le repérage de la consommation d'alcool et de cannabis est moins

systematique (70 % n'aborde la question qu'avec des patients jugés « à risque », et un quart d'abordent jamais le cannabis, ou seulement à la demande du patient) (44).

Parmi les médecins qui n'ont pas abordé le sujet des toxiques, la plupart considèrent déjà connaître la réponse. En effet, 14,6 % estiment bien connaître leur patiente et donc non nécessaire de lui poser la question.

Ceci donne l'écho à ce que nous avons vu sur le dépistage des IST, avec la sous-estimation des conduites à risques quand le sujet n'est pas abordé par le médecin. En effet, les mêmes freins peuvent empêcher le patient d'aborder sa consommation de toxiques (45).

De plus, dans les recommandations, l'accent est mis sur l'importance du repérage précoce, répété, des consommations de toxiques, pour tous les patients, ce qui est réalisé le plus souvent par les médecins généralistes (46). Ceci renforce l'idée que le médecin doit poser la question pour engager le dialogue sur ce sujet.

Le deuxième versant des complications tératogènes concerne la iatrogénie.

Beaucoup de médicaments sont contre indiqués ou déconseillés au cours de la grossesse, avec des risques propres à chaque type de molécule ainsi qu'à sa posologie. Deux situations sont à considérer : les patientes présentant des pathologies chroniques et l'automédication.

56 % des médecins ont demandé à leur patiente si elle prenait des médicaments au long cours.

L'information des patientes sur les médicaments tératogènes et les risques de l'automédication est délivrée plus fréquemment (69,5 %).

Les médecins généralistes abordent assez aisément les situations à risques tératogènes. Mais pour améliorer encore cette prévention, l'accent doit être mis sur l'évaluation de la consommation de drogues qui reste trop peu évoquée et sur les mises en garde concernant l'automédication qui, devant sa grande fréquence, devrait être systématique.



### ***Supplémentation en folates***

Dans notre étude, seuls 53,7 % des médecins ont prescrit des folates à leur patiente.

13,4 % d'entre elles étaient déjà supplémentées, probablement depuis la période pré conceptionnelle.

8,5 % des médecins estiment qu'il n'y a pas d'indication à instaurer ce traitement. 17,1 % des patientes consultaient après 10 SA, donc au-delà de terme de 8SA jusqu'auquel le traitement pas folates est recommandé, ce qui peut en partie expliquer ce résultat. Mais 9,8 % des médecins n'ont pas pensé à prescrire ce traitement, ce qui semble montrer que certains médecins ne connaissent pas cette recommandation.

4,9 % des médecins laissent le soin au gynécologue qui suivra cette grossesse de prescrire ce traitement médicamenteux. Pourtant, l'efficacité de la supplémentation dépendant de la précocité de son instauration, celle-ci devrait être prescrite sans attendre la consultation spécialisée.

Ces faibles résultats semblent corroborer ceux retrouvés dans la population générale : la supplémentation médicamenteuse en folates est encore insuffisante.

Il semble alors nécessaire de renforcer l'information auprès des médecins et des femmes sur la nécessité de ce traitement et de sa précocité. En parallèle, l'enrichissement de l'alimentation en vitamine B9 à grande échelle, comme aux Etats Unis, au Canada et au Chili, et son efficacité supposée sur les anomalies de fermeture du tube neural dans ses pays semble être une piste intéressante pour éviter les carences délétères en l'absence de supplémentation adaptée.

### ***Prévention infectieuse***

Un des thèmes qui doit être abordé au cours de cette consultation concerne les risques infectieux alimentaires. 87,8 % des médecins ont donné à leur patiente des conseils de prévention

Ils sont très nombreux à avoir informé leur patiente sur la toxoplasmose (81,7 %).

Les règles de prévention d'hygiène et de diététique sont simples (47) (48) : laver les fruits et légumes, bien cuire la viande et le poisson, éviter le contact avec les excréments de chats et avec la terre, bien se laver les mains après contact avec la viande crue ou la terre et éviter de manger de la charcuterie crue, du lait cru même sous forme de fromage et des fruits de mer crus.

Ils sont également nombreux à informer sur la prévention de la listériose (78 %).

Il s'agit aussi de règles simples (49) : éviter la consommation de fromages au lait cru, de poissons fumés, de charcuterie, de graines germées crues, de produits de la mer crus. Il faut bien cuire les viandes et poissons, laver soigneusement des légumes, bien se laver les mains. Il faut également nettoyer fréquemment son réfrigérateur avec de l'eau javellisée.

Par contre, les médecins donnent peu d'informations sur la rubéole (35,4 %).

La prévention contre la rubéole repose en effet principalement par la vaccination par le ROR. Ce vaccin est contre indiqué pendant la grossesse et doit être réalisé avant celle-ci si la patiente n'a pas été vaccinée dans l'enfance.

En l'absence de vaccination, il faut éviter d'être en contact avec des personnes présentant une éruption cutanée d'allure virale. Il faudra penser à vacciner cette patiente en post partum.

Il s'agit là de règles qui semblent simples.

Mais lorsque l'on veut aborder tous ces thèmes clairement, cela prend du temps. Temps qui semble encore une fois manquer puisque 9,8 % des médecins interrogés prévoient de donner ces informations lors de la prochaine consultation.

4,9 % d'entre eux attendent les résultats des sérologies toxoplasmose et rubéole pour pouvoir fournir dans un deuxième temps des informations ciblées.

Les recommandations préconisent d'étayer les informations orales par un support écrit, comme des dépliants ou le carnet de maternité, ce qui permet également d'expliquer plus

rapidement ces règles aux patientes en leur laissant le temps d'approfondir les données chez elles. Mais ceci n'est fourni que par trop peu de médecins actuellement (19,5 %).

### *« Elaboration d'un projet de naissance »*

Cette recommandation évoque l'élaboration d'un projet de naissance avec la femme enceinte ou le couple.

Il s'agit d'une notion très large qui englobe toutes les informations sur le déroulement de la grossesse, de l'accouchement, de l'allaitement, du congé maternité et sur les droits sociaux. Il permet également d'organiser le calendrier des consultations prénatales et d'informer sur l'adaptation possible des conditions de travail avec le médecin du travail si besoin.

Nous n'avons pas abordé tous ces thèmes dans notre questionnaire, mais avons interrogé les médecins généralistes sur le travail de leur patiente.

Près d'un tiers des patientes présente un travail ou un trajet pour s'y rendre difficile. Mais près d'un tiers également des médecins ne connaissent pas la pénibilité du travail de leur patiente.

Le risque professionnel est cité dans les situations à risque pour la grossesse, avec comme exemple l'exposition à des agents toxiques ou tératogènes, nécessitant un avis A2. La pénibilité du travail et du trajet ne sont pas explicités mais devraient pourtant être pris en compte car pouvant être à l'origine de troubles musculo-squelettiques, de douleurs (50), des contractions utérines, voire des menaces d'accouchement prématuré (51) et de prématurité.

### *Ce que les généralistes font en plus*

L'évaluation psycho-sociale n'est pas abordée dans les recommandations de cette première consultation de grossesse. Elle ne l'est qu'à la deuxième consultation avec la recherche d'éventuels facteurs de stress ou toute forme d'insécurité, qu'il s'agisse de précarité, d'insécurité affective au sein du couple ou de la famille. Ceci doit conduire si besoin à un soutien spécialisé (5).

Pourtant, les médecins généralistes interrogés se sont posé la question de l'état psychologique de leur patiente dès cette première consultation.

63,4 % d'entre eux lui ont demandé s'il s'agissait d'une grossesse programmée. Ceci est une notion très importante et qui mériterait grandement sa place dans ce premier contact avec la femme enceinte. En effet, deux notions découlent de ces questions.

Cette question permet d'ouvrir le dialogue sur une éventuelle souffrance psychologique ou un mal-être face à une situation inattendue ou inconnue.

De plus, s'agit-il d'une grossesse désirée ou la patiente se pose-t-elle la question d'une éventuelle IVG ? La plupart de ceux qui n'ont pas posé la question savaient que la patiente désirait une grossesse. 1,2 % des médecins interrogés pensent que la patiente l'aurait dit si la grossesse n'était pas désirée, mais la demande d'IVG peut être un sujet difficile à aborder à la fois par le médecin (2,4 % des médecins n'ont pas osé poser la question) et surtout par la patiente à cause d'incertitudes, de la peur de la réaction des autres, du médecin, du conjoint, de la peur du retentissement psycho-social et affectif (52). Ceci pourrait être facilité si le médecin pose la question.

72 % d'entre eux ont demandé à leur patiente comment elle vivait sa grossesse, ce qui montre que les médecins s'attachent particulièrement au vécu et au ressenti de leur patiente. Certains ont même privilégié cette évaluation psychologique par rapport à d'autres éléments de cette consultation comme l'examen clinique (11 %).

Pourtant, 31 n'ont pas pensé à demander les antécédents psychiatriques de leur patiente, alors que ceux-ci peuvent conditionner le ressenti psychologique de la grossesse et son évolution dans le post partum. Les médecins sont-ils mal à l'aise ou en difficulté face à la prise en

charge psychiatrique ? Cela semble contradictoire avec l'intérêt évident qu'ils portent à l'évaluation psychologique des femmes.

L'aspect social a été moins abordé par les médecins généralistes interrogés. En effet, seuls 28% ont recherché un problème social.

Parmi ceux qui n'ont pas posé la question, près de la moitié pensent déjà savoir la réponse car connaissent bien leur patiente.

Mais l'autre moitié déclare ne pas y avoir pensé. De plus, nous avons vu précédemment que les patientes dont ce type de problème était avéré, avaient été systématiquement adressées au gynécologue. Pourtant certaines situations peuvent être gérées en ville par le généraliste avec l'aide d'une assistante sociale. Peut-être que le but de cette orientation était une prise en charge globale hospitalière organisée par l'obstétricien. Mais devant ces résultats, il semble quand même que la prise en charge sociale des patientes soit une difficulté pour le médecin généraliste.

Les recommandations révisées en 2016 n'abordent ces éléments qu'à partir de la deuxième consultation (5). Pourtant la recommandation HAS de 2009 (6) évoque la recherche des facteurs de risques sociaux éventuels pour la grossesse (déménagement prévu, distance travail-domicile, nombre d'enfants à charge, isolement, précarité, difficultés conjugales) dès le premier contact.

### *Durée de la consultation*

Les recommandations concernant cette consultation sont, comme nous avons pu le voir, très riches en informations à recueillir et à donner, en examen clinique, en examens complémentaires à prescrire et expliquer, en facteurs de risques à recueillir et niveaux de risques à stratifier, ainsi qu'en temps d'écoute. Il s'agit donc d'une consultation contenant un « important volume d'informations qui doit être échangé », comme le soulignent les recommandations Belges et Australiennes de 2014 (24).

Dans notre étude, ce premier entretien de grossesse a été, comme nous l'attendions, plutôt long.

15,9 % durent 30 à 45 minutes, ce qui correspond à deux à trois fois le temps moyen de consultation (16 minutes (27)). Pour la plupart, cette consultation a une durée supérieure ou égale à la moyenne puisque 85,4 % de celles-ci se sont déroulées en plus de 15 minutes. Seules 8,5 % des consultations ont été réalisées en moins de 15 minutes.

La notion de manque de temps est très souvent évoquée dans cette étude. Il semble donc qu'il y ait une inadéquation entre la théorie et la pratique, avec une recommandation chargée inadaptée au temps disponible en une consultation de médecine générale.

Deux pistes d'amélioration potentielle ressortent de nos résultats et semblent intéressantes à proposer.

Une première serait de fragmenter cet entretien en deux temps rapprochés, amenant alors le nombre de consultations dédiées à huit.

C'est l'attitude qui est déjà retenue par certains médecins interrogés, qui préfèrent privilégier les éléments qui leur paraissent essentiels en reportant d'autres sur des consultations ultérieures.

Les belges ont également adopté ce type de suivi, en augmentant le nombre de consultations dédiées à la période prénatale, mais seulement pour les patientes primipares.

Cette différence entre les femmes primipares et multipares est à discuter selon les résultats de notre étude. En effet, 63,4% des patientes étaient primipares. 94% d'entre elles ont bénéficié d'une consultation de plus de 15 minutes et, parmi les entretiens de plus de 30 minutes, 84% concernait ces femmes, ce qui semble corroborer le postulat belge. Mais, les consultations courtes de moins de 15 minutes concernaient indifféremment des femmes primipares ou multipares. De plus, 87% des femmes ayant déjà vécu une grossesse ont également bénéficié d'un entretien d'une durée supérieure à 15 minutes.

Il semble donc que la primiparité soit effectivement un facteur à prendre en compte, mais qu'elle n'est pas le seul élément à influencer la durée de consultation. L'augmentation du nombre de consultations dédiées pourrait alors concerner l'ensemble des femmes.

L'autre piste serait de recommander une consultation longue, comme l'est l'entretien précoce du premier trimestre qui doit durer au moins 45 minutes. Cette attitude devrait s'associer à une revalorisation de la cotation, à l'instar des consultations de préparation à la naissance et à la parentalité, cotées C2,5 et C2. En effet, l'un des freins à la pratique de la gynécologie obstétrique exprimée par les médecins généralistes est un rapport défavorable entre la rémunération et le temps passé ainsi que le matériel utilisé (53).

# CONCLUSION

Les médecins généralistes vont être de plus en plus confrontés à la première consultation de grossesse, qui est régie par une recommandation rédigée par la HAS en 2007 et révisée en mai 2016.

Cette étude avait pour but de comparer cette recommandation à la pratique des généralistes au quotidien. Les résultats mettent en lumière plusieurs éléments qui semblent être des pistes intéressantes à travailler pour améliorer la prise en charge précoce des grossesses.

Cette consultation est très riche en examen clinique, prescriptions et en informations à échanger. Lorsque les généralistes ne réalisaient pas l'un des actes recommandés, les deux principales raisons évoquées étaient le manque de temps ou le sentiment d'incompétence.

Pour être exhaustifs, les médecins interrogés adoptent deux types d'attitudes : certains remettent une partie des actes à la consultation suivante et d'autres allongent la durée de cet entretien. De plus, l'inadéquation entre le temps passé en consultation, le matériel éventuellement utilisé et la rémunération, représente parfois un frein à la pratique du suivi de grossesse en cabinet.

Il semblerait donc intéressant de reconsidérer l'actuel déroulement de cette consultation. Deux propositions découlent de ces observations. La première serait d'amener le nombre de consultations prénatales dédiées de sept à huit, avec deux entretiens rapprochés au premier trimestre. Ceci permettrait d'alléger le contenu de cette première consultation en répartissant les actes et échanges d'informations. La seconde serait de recommander une première consultation longue, à l'instar des entretiens de PNP qui ont une durée minimale de 45 minutes. Ceci devrait s'associer à une réévaluation de sa cotation.

Le sentiment d'incompétence exprimé par certains généralistes semble être lié à une formation primaire inadaptée à la pratique de ville. L'accès aux stages hospitaliers est limité



et l'enseignement hospitalier peu conforme aux attentes des futurs généralistes, surtout en ce qui concerne les gestes techniques. Beaucoup d'entre eux ont ressenti le besoin de compléter leur formation par l'obtention d'un DU de gynécologie ou la participation à des séminaires.

De plus, nous avons mis en évidence une relation significative entre la réalisation d'un stage et le suivi de grossesse par les généralistes au cabinet.

Il paraîtrait donc important de renforcer l'accès des internes de médecine générale à une formation adaptée pour la médecine de ville, notamment au sein des plannings familiaux ou des centres de PMI.

Il semble important de citer un outil d'aide au suivi de grossesse, issu d'un travail de recherche : le site Gestalic (54). Il est basé sur les dernières recommandations en vigueur et put s'avérer utile en cabinet.

Certains éléments présents ou absents de la recommandation HAS interrogent.

En effet, un élément majeur manque à cette recommandation HAS : le dépistage du diabète gestationnel.

Ce dépistage ciblé est pourtant bien codifié par la Société Française des Gynécologues Obstétriciens et la Société Française d'Endocrinologie depuis plusieurs années, recommandant un dépistage en deux temps : une glycémie à jeun précoce permettant de dépister les diabètes préexistants qui nécessiteront une prise en charge obstétricale spécifique ainsi qu'un traitement au-delà de l'accouchement, puis une HGPO plus tardive pour le diabète lié à la grossesse.

Malgré l'absence de recommandations de la part de la HAS quant à la prescription de la glycémie à jeun lors de la première consultation, les généralistes interrogés sont très nombreux à la prescrire.

De plus, le dépistage systématique de la toxoplasmose fait débat et n'est plus recommandé dans plusieurs pays comme la Belgique et la Suisse depuis 2009. La balance bénéfice risque des bénéfices d'un tel dépistage et de la cascade d'examens complémentaires

à risque, d'incertitudes diagnostiques et pronostiques et d'angoisse parentale n'est plus considéré comme en faveur de la prescription systématique de cette sérologie. L'accent est mis sur la prévention primaire avec des règles hygiéno-diététiques simples.

En France, malgré les résultats des études menées dans ces pays, le dépistage systématique est encore de vigueur dans la révision HAS de mai 2016, ce qui peut poser question.

Les recommandations sont bien suivies par les généralistes. Mais certains éléments méritent notre intérêt et peuvent encore être améliorés.

Lorsque l'on interroge les médecins généralistes sur le dépistage des IST et la consommation de toxiques, deux réponses apparaissent : « elle me l'aurait dit » et « je la connais, elle n'a pas de conduites à risque ». Pourtant il s'agit de sujets facilement ressentis comme gênants par les patientes, notamment pour l'abord de la sexualité, de l'alcool et des drogues illicites. Cela rend plus difficile pour elles d'aborder spontanément ces thèmes avec le médecin généraliste et expriment que ceci serait simplifié si le médecin posait la question. Le dépistage précoce de ces conduites à risque est d'ailleurs recommandé de façon répétée chez tous les patients, à l'initiative du médecin.

Le dépistage de la trisomie 21 est trop peu réalisé. Beaucoup laissent au gynécologue le soin de prescrire les marqueurs sériques maternels, et dans une moindre mesure, l'échographie fœtale, ce qui peut poser un problème d'interprétation des résultats si celui-ci est consulté après 13 SA + 6 jours. Une étude retrouvait l'information insuffisante, le risque professionnel engendré par la coordination de ce dépistage et la gêne de la présence d'un consentement signé au sein d'une relation de confiance comme des freins à la réalisation de ce dépistage par les généralistes. Le renforcement de l'information de ces derniers et de leur formation semble donc être un élément capital dans l'amélioration du dépistage de la trisomie 21, première cause de handicap mental d'origine génétique.

La supplémentation systématique en folates doit être précoce et si possible débutée quatre semaines avant la conception. Actuellement, trop de femmes ne bénéficient pas de cet apport médicamenteux, ou de façon trop tardive, ce qui diminue l'efficacité de cette prévention sur la réduction des anomalies de fermeture du tube neural. Il existe des campagnes d'information des patientes par l'Inpes via des affiches et des dépliants. Le médecin généraliste doit renforcer cette campagne en informant ses patientes et en recherchant régulièrement un désir de grossesse. La piste de l'enrichissement alimentaire des farines en folates semble montrer de bons résultats et pourrait venir compléter ce traitement pour un meilleur résultat possible.

Cette étude montre que les médecins généralistes sont intéressés par l'activité obstétrique en cabinet, d'autant plus qu'ils ont eu un contact préalable avec cette spécialité en formation universitaire. Nos résultats mettent en évidence des pistes intéressantes qui pourraient encore améliorer la prise en charge précoce des femmes enceintes, qui mériteraient d'être étudiées plus spécifiquement dans d'autres travaux de recherche pour renforcer ces idées.

# BIBLIOGRAPHIE

1. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille - WONCA 2002 [Internet]. [cité 4 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/WONCA%20definition%20French%20version.pdf>
2. CNGOF (Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français). Gynécologie et santé des femmes : la prise en charge des femmes françaises [Internet]. 2000 [cité 4 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/d\\_cohen/coA\\_06.htm](http://www.cngof.asso.fr/d_cohen/coA_06.htm)
3. 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 - Thèse, Médecine générale, Nancy, 2010 [Internet]. [cité 18 févr 2016]. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED\\_T\\_2010\\_YILDIZ\\_HABIBE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/SCDMED_T_2010_YILDIZ_HABIBE.pdf)
4. Capucine Babinet-Boulnois. Le ressenti du médecin généraliste au cours du suivi de la grossesse : intérêts et difficultés. Human health and pathology. 2013. < dumas-00845720 > [Internet]. [cité 1 sept 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00845720/document>
5. Haute Autorité de Santé - Recommandations mises à jour Mai 2016 - Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées [Internet]. [cité 22 août 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi\\_des\\_femmes\\_enceintes\\_-\\_recommandations\\_23-04-2008.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_des_femmes_enceintes_-_recommandations_23-04-2008.pdf)
6. Haute Autorité de Santé - Recommandations décembre 2009 - Grossesses à risque : orientation des femmes enceintes entre les maternités en vue de l'accouchement [Internet]. [cité 18 févr 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses\\_a\\_risque\\_-\\_recommandations.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-04/grossesses_a_risque_-_recommandations.pdf)
7. Haute Autorité de Santé - Types de suivi et structure recommandés pour l'accouchement en fonction des situations à risque identifiées chronologiquement au cours de la grossesse (liste indicative non limitative) [Internet]. [cité 17 août 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/05r08\\_fiche\\_tech\\_suivi\\_des\\_femmes\\_enceintes\\_type\\_de\\_suivi\\_recommande.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2013-03/05r08_fiche_tech_suivi_des_femmes_enceintes_type_de_suivi_recommande.pdf)
8. Protocole toxoplasmose congénitale [Internet]. Réseau Périnat Guyane. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: <http://www.mdr-973.fr/reseau-perinat/espace-professionnels/protocoles/protocoles-neonataux/item/476-toxoplasmose-congenitale>
9. Brenier-Pinchart M.-P., Pelloux H., La toxoplasmose, Faculté de Médecine de Grenoble, mai 2003 [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: <http://www-sante.ujf-grenoble.fr/SANTE/corpus/disciplines/parasitomyco/parasito/hp1/leconimprim.pdf>

10. Dontigny L., Arsenault et al., Rubéole au cours de la grossesse, *J Obstet Gynaecol Can*, vol. 30, n° 2, 2008, p. 159–16 [Internet]. [cité 3 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)32741-4/pdf](http://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)32741-4/pdf)
11. Nizard J, Benoist G. Syphilis et grossesse. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction-Elsevier Masson-Vol 37-N° HS1*. mars 2008;p.29-33.
12. Mennequier D. Gros Plan sur la Grossesse et l'hépatite virale B [Internet]. *Hepato Web*. 2013 [cité 23 août 2016]. Disponible sur: <http://hepatoweb.com/hepatite-B-grossesse.php>
13. Laurichesse H., Jacomet C., Infection VIH et Grossesse, Procédure Médicale, CHU Clermont-Ferrand [Internet]. [cité 3 sept 2016]. Disponible sur: <https://www.chu-clermontferrand.fr/Documents/file/CoreVIH/Onglet%20VIVRE%20AVEC%20LE%20VIH/VIH%20et%20maternit%C3%A9/Protocole%20VIH,%20grossesse%20et%20nouveau-n%C3%A9/Protocole-HIV-grossesse-et-nouveau-n%C3%A9.pdf>
14. Mandelbrot L, Berrebi A, Matheron S. Infection par le VIH et grossesse : nouvelles recommandations 2013 du groupe d'experts français. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction-Elsevier Msson-VOL 43-N°7*. sept 2014;543-8.
15. Grossesse et accueil de l'enfant - Fiche action: Le dépistage et le diagnostic de la trisomie 21 - Inpes [Internet]. [cité 3 sept 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1310-3b.pdf>
16. Information destinée aux femmes enceintes sur la possibilité de recourir, à leur demande, au dépistage prénatal de la trisomie 21 [Internet]. [cité 3 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/documents/cngof\\_T21-mai\\_2014-francais\\_final.pdf](http://www.cngof.asso.fr/documents/cngof_T21-mai_2014-francais_final.pdf)
17. L'automédication [Internet]. *Fil Santé Jeunes*. [cité 16 août 2016]. Disponible sur: <http://www.filsantejeunes.com/l-automedication-5958>
18. Pouillard J., L'automédication, Conseil National de l'Ordre des médecins [Internet]. [cité 16 août 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/automedication.pdf>
19. Gotlibowicz S. Automédication : les 10 médicaments les plus vendus sans ordonnance en 2014 | Santé Magazine [Internet]. *Santé magazine*. 2015 [cité 16 août 2016]. Disponible sur: <http://www.santemagazine.fr/actualite-automedication-les-10-medicaments-les-plus-vendus-sans-ordonnance-en-2014-59801.html>
20. CRAT - Centre de référence sur les agents tératogènes chez la femme enceinte [Internet]. [cité 11 août 2016]. Disponible sur: <http://lecrat.fr/sommaireFR.php>
21. Code de déontologie médicale, Novembre 2012, Ordre National des Médecins [Internet]. [cité 16 août 2016]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
22. Les usages de drogues féminins - Synthèse des connaissances - OFDT [Internet]. *Observatoire français des drogues et des toxicomanies*. [cité 11 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/populations-et-contextes/les-usages-de-drogues-feminins/>

23. Richard J.-B., Palle C., Guignard R.; La consommation d'alcool en France en 2014 - Évolutions n°32 - Avril 2015 [Internet]. [cité 11 août 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1632.pdf>
24. Gyselaers W, Jonckheer P, Ahmadzai N, Ansari MT, Carville S, Dworzynski K, Gaudet L, Glen J, Jones K, Miller P, Tetzlaff J M, Alexander S , Allegaert K, Beeckman K, Ceysens G, Christiane Y, De Ronne N, de Thysebaert B, Dekker N , Denys A, Eeckeleers P, Hernandez A, Mathieu E, Seuntjens L, Verleye L, Stordeur S. Quels sont les examens recommandés pendant la grossesse ? – Synthèse. Good Clinical Practice (G CP) Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2015. KCE Reports 248B s. D/2015/10.273/ 56. [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: [https://kce.fgov.be/sites/default/files/page\\_documents/KCE\\_248Bs\\_examens\\_recommand%C3%A9s\\_pendant\\_grossesse\\_Synthese.pdf](https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/KCE_248Bs_examens_recommand%C3%A9s_pendant_grossesse_Synthese.pdf)
25. Haute Autorité de Santé - Recommandations Novembre 2005 - réparation à la naissance et à la parentalité (PNP) [Internet]. [cité 7 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation\\_naissance\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/preparation_naissance_recos.pdf)
26. Arrêté du 11 octobre 2004 modifiant la Nomenclature générale des actes professionnels des médecins, des chirurgiens-dentistes, des sages-femmes et des auxiliaires médicaux - ORF n°271 du 21 novembre 2004 page 19635 texte n° 11 [Internet]. Legifrance. [cité 7 sept 2016]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000605779>
27. Breuil-Genier P, Goffette C. La durée des séances des médecins généralistes [Internet]. Ministère des Affaires sociales et de la Santé. 2010 [cité 17 août 2016]. Disponible sur: <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/la-duree-des-seances-des-medecins-generalistes>
28. Benard A., Petersen E. et al. for the EUROTOXO, Survey of European programmes for the epidemiological surveillance of congenital toxoplasmosis [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: [http://www.hal.inserm.fr/inserm-00405336/file/EUROTOXO\\_Surv-Syst\\_Eurosurveill.pdf](http://www.hal.inserm.fr/inserm-00405336/file/EUROTOXO_Surv-Syst_Eurosurveill.pdf)
29. Boubaker K., Hohlfeld P., Vaudaux B., Abandon du dépistage de la toxoplasmose durant la grossesse, Forum Med Suisse 2009,9(5);105-106 [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: [http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/05571/index.html?download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1ae2IZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCHeIB7g2ym162epYbg2c\\_JjKbNoKS6A--&lang=fr](http://www.bag.admin.ch/themen/medizin/00682/00684/05571/index.html?download=NHzLpZeg7t,lnp6I0NTU042l2Z6ln1ae2IZn4Z2qZpnO2Yuq2Z6gpJCHeIB7g2ym162epYbg2c_JjKbNoKS6A--&lang=fr)
30. Collège National des Gynécologues Obstétriciens de France (CNGOF). Fiche d'information des patientes - Amniocentèse [Internet]. CNGOF. 2009 [cité 23 août 2016]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/D\\_PAGES/PUFIC\\_13.HTM](http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PUFIC_13.HTM)
31. Boubaker K., Bucher H. U. et al., Abandon du screening de la toxoplasmose pendant la grossesse, Lettre d'experts No 31, 2010, Gynécologie Suisse [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: [http://www.sggg.ch/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/3\\_Fachinformationen/1\\_Experte\\_nbriefe/Fr/31\\_Screening\\_de\\_la\\_toxoplasmose\\_pendant\\_la\\_grossesse\\_2010.pdf](http://www.sggg.ch/fileadmin/user_upload/Dokumente/3_Fachinformationen/1_Experte_nbriefe/Fr/31_Screening_de_la_toxoplasmose_pendant_la_grossesse_2010.pdf)

32. Kerlan V. Nouvelles recommandations pour le diagnostic du diabète gestationnel [Internet]. SFendocrino.org. 2011 [cité 17 août 2016]. Disponible sur: <http://www.sfendocrino.org/article/342/nouvelles-recommandations-pour-le-diagnostic-du-diabete-gestationnel>
33. Puech. F., Extrait des mises à jour en Gynécologie et Obstétrique, Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français, Décembre 2010 [Internet]. [cité 17 août 2016]. Disponible sur: [http://www.cngof.asso.fr/D\\_TELE/RPC\\_DIABETE\\_2010.pdf](http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/RPC_DIABETE_2010.pdf)
34. Vincent I., Noirot L., Folates et désir de grossesse : informer et prescrire au bon moment. Les essentiels de l'Inpes [Internet]. [cité 17 août 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1430.pdf>
35. Haute Autorité de Santé - Argumentaire septembre 2009 - Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer [Internet]. [cité 16 août 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet\\_de\\_grossesse\\_informations\\_messages\\_de\\_prevention\\_examens\\_a\\_proposer\\_-\\_argumentaire.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_argumentaire.pdf)
36. Boog G, Le Vaillant C. Gynécologie & obstétrique pratique. De la consultation pré-nuptiale... à la consultation préconceptionnelle [Internet]. 2008 [cité 3 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.gynecologie-pratique.com/journal/article/de-la-consultation-prenuptiale-la-consultation-preconceptionnelle>
37. Luz X. Les gestes techniques en médecine générale : enquête auprès des médecins généralistes du Tarn [Internet] [exercice]. Université Toulouse III - Paul Sabatier; 2014 [cité 8 sept 2016]. Disponible sur: <http://thesesante.ups-tlse.fr/726/>
38. Christopher Fievet. Comment aborder le sujet de la sexualité en consultation de médecine générale ? Enquête qualitative auprès de patientes à La Réunion. Human health and pathology. 2014. < dumas-01133386 > [Internet]. [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: <http://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01133386/document>
39. ANAES - Recommandations pour la pratique clinique février 2010 - Diagnostic et surveillance biologiques de l'hyperthyroïdie de l'adulte [Internet]. [cité 7 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hyperthy\\_recos.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hyperthy_recos.pdf)
40. Société Française d'Endocrinologie - Recommandations avril 2007 : Hypothyroïdies frustrées chez l'adulte : diagnostic et prise en charge [Internet]. [cité 7 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hypothyroidies\\_frustes\\_-\\_recommandations\\_vf.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hypothyroidies_frustes_-_recommandations_vf.pdf)
41. INRS. CytomégaloVirus (CMV) - Agent de l'infection à CytomégaloVirus [Internet]. [cité 23 août 2016]. Disponible sur: [http://www.inrs.fr/eficatt/eficatt.nsf/\(allDocParRef\)/FCCMV?OpenDocument](http://www.inrs.fr/eficatt/eficatt.nsf/(allDocParRef)/FCCMV?OpenDocument)
42. Ripault, Buisson-Valles, Sobaszek, CytomégaloVirus (CMV) [Internet]. [cité 10 sept 2016]. Disponible sur: <http://www.chu-rouen.fr/mtph/fiches/CYTOMEGALOVIRUS.pdf>

43. Haute Autorité de Santé - Argumentaire novembre 2015 - Diagnostic par sérologie et/ou par recherche du génome viral de l'infection congénitale à cytomégalovirus [Internet]. [cité 10 sept 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/argumentaire\\_cmv\\_me\\_vd.pdf](http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-11/argumentaire_cmv_me_vd.pdf)
44. Gautier A., dir. Baromètre santé médecins généralistes 2009. Saint Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2011 : 266 p [Internet]. [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>
45. Terrade P. Attentes des patients alcoolo dépendants vis à vis de leur médecin généraliste avant et après sevrage. Etude auprès de 199 patients pris en charge pour sevrage dans quatre centres de référence. [Internet] [Thèse - Médecine Générale]. Poitiers; 2009 [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: <http://docslide.fr/documents/attentes-des-patients-alcoolo-dependants-vis-a-vis-de-leur-medecin-generaliste-avant-et-apres-sevrage-etude-aupres-de-199-patients-pris-en-charge-pour.html>
46. Anderson P., Gual A., Colom J., INCa trad. Alcool et médecine générale. Recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves [Internet]. [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1146.pdf>
47. Scemama O. Haute Autorité de Santé - Toxoplasmose et rubéole au cours de la grossesse : quelles recommandations pour la prévention et le dépistage ? [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2010 [cité 17 août 2016]. Disponible sur: [http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_950864/fr/toxoplasmose-et-rubeole-au-cours-de-la-grossesse-queelles-recommandations-pour-la-prevention-et-le-depistage](http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_950864/fr/toxoplasmose-et-rubeole-au-cours-de-la-grossesse-queelles-recommandations-pour-la-prevention-et-le-depistage)
48. Toxoplasmose : des gestes de prévention à adopter au quotidien [Internet]. Ameli-santé.fr. 2015 [cité 17 août 2016]. Disponible sur: <http://www.ameli-sante.fr/toxoplasmose/toxoplasmose-des-gestes-de-prevention-a-adopter-au-quotidien.html>
49. Institut National de Veille Sanitaire (Invs). Recommandations listériose [Internet]. 1997 [cité 17 août 2016]. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr/publications/listeriose/reclist.html>
50. Capron J.-L., Efforts physiques et Grossesse, Groupe grossesse et travail, juin 2012 [Internet]. [cité 17 août 2016]. Disponible sur: [http://www.presanse.org/arkotheque/client/presanse/\\_depot\\_arko/basesdoc/3/5717/efforts-physiques-et-grossesse.pdf](http://www.presanse.org/arkotheque/client/presanse/_depot_arko/basesdoc/3/5717/efforts-physiques-et-grossesse.pdf)
51. Collège National des Gynécologues et Obstétriciens Français (CNGOF). Item 23 : Principales complications de la grossesse - Menace d'Accouchement Prématuro (MAP) [Internet]. [cité 17 août 2016]. Disponible sur: [http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item17\\_6/site/html/2.html#2](http://campus.cerimes.fr/gynecologie-et-obstetrique/enseignement/item17_6/site/html/2.html#2)
52. Espace témoignage-IVG : elles ont avorté, elles témoignent. [Internet]. AvortementIVG.com. 2008 [cité 23 août 2016]. Disponible sur: <http://www.avortementivg.com/article-22595804.html>
53. Brosset M., Les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique gynéco-obstétricale, Rencontres Prescrire, Paris, 23-24 mai 2014 [Internet]. [cité 8 sept



2016]. Disponible sur:

[http://www.prescrire.org/Docu/PostersRencontres2014/Poster\\_BROSSETmarie.pdf](http://www.prescrire.org/Docu/PostersRencontres2014/Poster_BROSSETmarie.pdf)

54. Gestaclic [Internet]. [cité 11 sept 2016]. Disponible sur: <http://gestaclic.fr/>

# ANNEXES

## Annexe 1 : Recommandation HAS - Synthèse



### SUIVI ET ORIENTATION DES FEMMES ENCEINTES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES

Mise à jour Mai 2016

**OBJECTIF** : aider au suivi de la grossesse normale et améliorer l'identification des situations à risque de complications maternelles, obstétricales et fœtales (hors accouchement) pouvant potentiellement compliquer la grossesse afin d'en adapter si besoin le suivi.

#### QUEL SUIVI POUR QUELLE GROSSESSE ?

##### DIFFÉRENTS SUIVIS ET DEMANDES D'AVIS POSSIBLES POUR LES GROSSESSES EN FONCTION DES SITUATIONS À RISQUE IDENTIFIÉES (ACCORD PROFESSIONNEL)

**Suivi A** : lorsque la grossesse se déroule sans situations à risque ou que ces situations relèvent d'un faible niveau de risque, le suivi régulier peut être assuré par une sage-femme ou un médecin (généraliste, gynécologue médical ou gynécologue-obstétricien) selon le choix de la femme.

**Avis A1** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien et /ou d'un autre spécialiste est conseillé.

**Avis A2** : l'avis d'un gynécologue-obstétricien est nécessaire. L'avis complémentaire d'un autre spécialiste peut également être nécessaire.

**Suivi B** : lorsque les situations à risque détectées permettent de statuer sur un niveau de risque élevé, le suivi régulier doit être assuré par un gynécologue-obstétricien.

##### Conditions nécessaires :

- formation théorique et pratique adaptées au suivi des grossesses
- exercice dans le cadre d'une collaboration ville-hôpital et dans un réseau de périnatalité selon les possibilités locales

#### QUAND APPRÉCIER LE NIVEAU DE RISQUE ?

- **Idéalement avant la grossesse**, dans le cadre du suivi gynécologique de la femme quand elle exprime son désir de grossesse (principe d'une consultation préconceptionnelle)
- **Avant 10 semaines d'aménorrhée (SA)**, lors de la première consultation du suivi de grossesse
- **Tout au long de la grossesse**, jusqu'à la consultation du 9<sup>e</sup> mois ou l'accouchement

CONTENU DU SUIVI	Consultation préconceptionnelle	1 <sup>re</sup> consultation avant 10 SA	2 <sup>e</sup> consultation avant 15 SA
	Examen gynécologique frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique général et gynécologique PA ; taille ; poids ; examen des seins ; frottis cervical (si plus de 2 à 3 ans)	Réaliser un examen clinique PA ; poids ; hauteur utérine à partir du 4 <sup>e</sup> mois ; si possible bruits du cœur fœtal
	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> <li>• groupes sanguins (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)</li> <li>• toxoplasmose et rubéole</li> <li>• recherche d'agglutinines irrégulières</li> </ul>	Sérologies prescrites obligatoirement (1) <ul style="list-style-type: none"> <li>• groupe sanguin (A, B, O, phénotypes rhésus complet et Kell)</li> <li>• toxoplasmose et rubéole</li> <li>• syphilis</li> <li>• glycosurie et protéinurie</li> <li>• recherche d'agglutinines irrégulières, à l'exclusion des Ac dirigés contre les Ag A et B</li> <li>• recherche de l'antigène HBs</li> </ul>	Sérologies prescrites <ul style="list-style-type: none"> <li>• toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent</li> <li>• rubéole en cas de négativité du résultat précédent (jusqu'à 18 SA)</li> <li>• glycosurie et protéinurie</li> </ul>
Examens cliniques et biologiques	Sérologie proposée	Examens proposés systématiquement (2) <ul style="list-style-type: none"> <li>• sérologie VIH 1 et 2 ; information sur les risques de contamination materno-fœtale par le VIH</li> <li>• dépistage combiné du 1<sup>er</sup> trimestre des anomalies chromosomiques fœtales associant mesure de la clarté nucale (1<sup>re</sup> échographie réalisée entre 11 et 13 SA et 6 jours) et dosage des marqueurs sériques (PAPP-A et β-hCG libre)</li> </ul>	Examens proposés systématiquement dépistage des anomalies chromosomiques fœtales : marqueurs du 2 <sup>e</sup> trimestre en l'absence d'un dépistage combiné au 1 <sup>er</sup> trimestre
	VIH (population à risque)	Examens proposés éventuellement <ul style="list-style-type: none"> <li>• examen cyto bactériologique des urines (ECBU)</li> <li>• dépistage d'une anémie (hémogramme) en cas de facteurs de risque</li> </ul>	
Information et prévention	Recherche des facteurs de risque ciblée en particulier sur les pathologies chroniques (hypertension artérielle, diabète)		Proposer systématiquement un entretien individuel ou en couple et rechercher d'éventuels facteurs de stress et toute forme d'insécurité (précarité, insécurité affective au sein du couple ou de la famille)
	Sensibiliser aux effets du tabagisme, de la consommation d'alcool, de l'usage de drogues et de médicaments tératogènes		
	Prévenir des anomalies de fermeture du tube neural (jusqu'à 8 SA) par supplémentation en folates à raison de 400 µg/jour		
	Informé sur le suivi de la grossesse		
		Débuter l'élaboration d'un projet de naissance	Conseiller la participation aux séances de préparation à la naissance et à la parentalité

Consultation (Cs)	3 <sup>e</sup> Cs	4 <sup>e</sup> Cs	5 <sup>e</sup> Cs	6 <sup>e</sup> Cs	7 <sup>e</sup> Cs
Mois de gestation	4 <sup>e</sup> mois	5 <sup>e</sup> mois	6 <sup>e</sup> mois	7 <sup>e</sup> mois	8 <sup>e</sup> mois
<b>Examen clinique</b> Poids ; PA ; hauteur utérine ; bruits du cœur et mouvements fœtaux ; signes fonctionnels urinaires ; contractions utérines	X	X	X	X	X
<b>Évaluation de la présentation fœtale</b>	-	-	-	-	X
<b>Consultation de pré-anesthésie</b>	-	-	-	-	X
<b>Sérologies à prescrire obligatoirement (1)</b>					
• Glycosurie et protéinurie	X	X	X	X	X
• 2 <sup>e</sup> détermination (si non faite avant) du groupe sanguin	-	-	-	-	X
• RAI, si Rhésus D négatif : à toutes les femmes et si Rhésus D positif, aux femmes avec un passé transfusionnel	-	-	X	-	X
• Toxoplasmose en cas de négativité du résultat précédent	X	X	X	X	X
• Hémogramme	-	-	X	-	-
<b>Examens à proposer systématiquement</b>					
• 2 <sup>e</sup> échographie (entre 20 et 25 SA)	X	-	-	-	-
• 3 <sup>e</sup> échographie (entre 30 et 35 SA)	-	-	-	X	-
• Prélèvement vaginal avec recherche de streptocoque B (entre 35 et 38 SA)	-	-	-	-	X
• Dépistage d'infections urinaires asymptomatiques à la bandelette urinaire	X	X	X	X	X
<b>Examens à proposer éventuellement</b> ECBU en cas d'antécédents d'infections urinaires, de diabète ou de bandelette urinaire positive	X	X	X	X	X

Consultation du 9 <sup>e</sup> mois	
	<b>Établir le pronostic obstétrical (mode prévu d'accouchement)</b>
<b>Examens cliniques et biologiques</b>	<b>Réaliser un examen clinique général et obstétrical</b> Poids ; PA ; recherche des signes fonctionnels urinaires ; hauteur utérine ; recherche des bruits du cœur et des mouvements fœtaux ; recherche des contractions utérines ; présentation fœtale (contrôle échographique en cas de doute)
	<b>Sérologies prescrites obligatoirement (1)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Toxoplasmose en cas de négativité du résultat à la consultation précédente</li> <li>• Glycosurie et protéinurie</li> </ul>
	<b>Examens proposés éventuellement</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ECBU en cas d'antécédents ou de diabète</li> </ul>
<b>Information et prévention</b>	<b>Donner des informations pratiques</b>
	<b>Vérifier l'environnement familial, les conditions de sécurité de la mère et de son enfant</b>

PA : pression artérielle ; Ac : anticorps ; Ag : antigène ; SA : semaines d'aménorrhée ; ECBU : examen cytobactériologique des urines.

(1) décret n° 92-143 du 14 février 1992 ; (2) loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 101/

## QUELLES SONT LES SITUATIONS À RISQUE ?

### Rechercher :

- **des facteurs de risque généraux** (notamment des facteurs individuels et sociaux ; un risque professionnel ; des antécédents familiaux) ;
- **des antécédents personnels préexistants gynécologiques ou non** (notamment des antécédents chirurgicaux ; des pathologies utéro-vaginales) ;
- **des antécédents personnels liés à une grossesse précédente** (notamment des antécédents obstétricaux ou liés à l'enfant à la naissance) ;
- **une exposition à des toxiques** (notamment à l'alcool, au tabac, aux drogues, à des médicaments potentiellement tératogènes) ;
- **des facteurs de risque médicaux** (notamment diabète gestationnel, hypertension artérielle gravidique, troubles de la coagulation)
- **des maladies infectieuses** (notamment toxoplasmose, rubéole, herpès génital, syphilis) ;
- **des facteurs de risque gynécologiques et obstétricaux** (notamment cancer du sein, hématome rétroplacentaire, incompatibilité fœto-maternelle).

Pour chacune des situations à risque identifiées au cours de la grossesse, un type de suivi ou une demande d'avis a été recommandé (cf. tableau 1 des recommandations).

HAS

Ce document présente les points essentiels des recommandations professionnelles :  
« Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées » - Recommandation pour la  
pratique clinique – Mise à jour Mai 2016).

Les recommandations et l'argumentaire sont consultables dans leur intégralité  
sur [www.has-sante.fr](http://www.has-sante.fr)

## *Annexe 2 : « Questionnaire Première consultation de grossesse »*

Code anonymat\* 2lettres et 8 chiffres. Par défaut Initiales nom - prénom et date de naissance : NPjjmmaaaa (exemple : Glévarec Pauline, née le 16-12-1988 : Code GP16121988)

### PARTIE 1

Y répondre pour le premier questionnaire que vous remplirez. Facultative pour les prochains questionnaires.

Quel est votre âge ?

- Moins de 30 ans
- 30 à 40 ans
- 40 à 60 ans
- Plus de 60 ans

Vous êtes :

- Un homme
- Une femme

Etes-vous remplaçant ?

- Oui
- Non

Etes-vous maître de stage ?

- Oui
- Non

Etes-vous en :

- Secteur 1
- Secteur 2

Durant votre formation, avez-vous fait un stage en gynécologie / obstétrique / planning familial / PMI ?

- Oui
- Non
- 

Suivez-vous les femmes pendant leur grossesse ?

- Oui
- Non

Si oui :

- Jusqu'au 1e trimestre
- Jusqu'au 2e trimestre
- Jusqu'au 3e trimestre

Si oui, combien de grossesse suivez-vous par an :

- De 1 à 5
- De 5 à 10
- Plus de 10

Si non :

- Je n'ai pas d'attirance pour la gynéco-obstétrique
- Je travaille en réseau avec des gynécologues
- La consultation est trop chronophage
- Je ne suis pas compétent
- Autre :

Faites-vous des actes gynécologiques ?

	Oui	Non, je n'ai pas d'attirance pour a gynéco	Non, trop chronophage	Non, je travaille en réseau avec des gynéco	Non, je ne suis pas compétent
Toucher vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen des seins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pose d'implant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pose de DIU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frottis cervicovaginaux	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Primoprescription	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

	Oui	Non, je n'ai pas d'attrance pour a gynéco	Non, trop chronophage	Non, je travaille en réseau avec des gynéco	Non, je ne suis pas compétent
de contraception					
Renouvellement de contraception	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Quel (s) support (s) utilisez-vous pour vous former en gynécologie obstétrique

	Oui	Non
Internet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Séminaires	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
A la faculté (DU...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Recommandations (HAS, collègue...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Revue médicale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Au sein d'un réseau	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## PARTIE 2

Concerne la consultation que vous avez réalisée. Y répondre pour chaque questionnaire que vous remplirez.

Age de la patiente :

- Moins de 18 ans
- 18 à 30 ans
- 30 à 40 ans
- Plus de 40 ans

Gestité :

- 1e geste
- 2e geste ou plus

Parité :

- 1e pare
- 2e pare ou plus

Terme en semaines d'aménorrhée :



- Avant 10 semaines d'aménorrhées
- Après 10 semaines d'aménorrhées

Durée de cette consultation :

- 15 minutes ou moins
- 15 à 30 minutes
- 30 à 45 minutes
- Plus de 45 minutes

Avez-vous demandé s'il s'agissait d'une grossesse désirée ou non :

- Oui
- Non, je n'y ai pas pensé
- Non, je n'avais pas le temps et prévois de le demander à la prochaine consultation
- Non, je n'ai pas osé
- Non, elle me l'aurait dit si ce n'était pas désiré
- Non, je sais qu'elle désire une grossesse
- Non, je sais qu'elle n'avortera pas
- Autre :

Avez-vous demandé à la patiente comment elle vivait sa grossesse :

- Oui
- Non

Le travail de votre patiente et le trajet pour s'y rendre sont-ils pénibles :

- Oui
- Non
- Ne sais pas

S'agit-il d'une grossesse à risque :

- Oui
- Non
- Ne sais pas

Si oui, veuillez préciser le risque :

Avez-vous demandé à la patiente sa consommation de toxiques :

- Oui
- Non

Si oui, le(s)quelle(s) :

- |         | Oui                   | Non                   |
|---------|-----------------------|-----------------------|
| Alcool  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Tabac   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Drogues | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Si non, parce que :

- Je n'y ai pas pensé
- Le gynécologue lui demandera
- Je n'ai pas osé
- Elle me l'aurait dit
- Je n'avais pas le temps et prévois de le demander à la prochaine consultation
- Je la connais bien et sais déjà la réponse
- Autre :

Avez-vous demandé à votre patiente si elle prenait des médicaments en automédication :

- Oui
- Non

Avez-vous précisé à votre patiente les médicaments contre indiqués pendant la grossesse (AINS...) ?

- Oui
- Non

Votre patiente prend-elle des médicaments au long cours :

- Oui
- Non

Si oui, veuillez préciser le(s)quel(s) :

Si oui :

- J'ai dû modifier la dose
- J'ai dû modifier la classe thérapeutique
- J'ai dû arrêter le traitement
- Je n'ai pas modifié son traitement car ce n'est pas nécessaire
- Je n'ai pas modifié son traitement car je l'ai adressée au spécialiste
- Je n'ai pas modifié son traitement car je n'y ai pas pensé
- Autre :

Avez-vous réalisé un examen clinique :

- Oui
- Non

Si oui, qu'avez-vous réalisé :

	Oui	Non
Tension artérielle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Poids	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Examen des seins	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Toucher vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Bandelette urinaire	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frottis cervico vaginal si dernier datant de plus de 2 - 3 ans	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Frottis cervico-vaginal quelle que soit la date du dernier	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si non, parce que :

- Le gynécologue à qui je l'adresse l'examinera
- Cela n'est pas nécessaire, j'ai tous les éléments
- Je n'avais pas le temps et le ferai à la prochaine consultation
- Je privilégie l'évaluation de l'état psychologique et les informations à délivrer
- Autre :

Avez-vous donné des conseils de prévention :

- Oui
- Non

Si oui :

- Par oral
- Par écrit avec remise de documents

Si oui :

	Oui	Non
Contre la toxoplasmose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contre la listériose	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Contre la rubéole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si non, parce que :

- Je n'avais pas le temps et prévois de le faire à la prochaine consultation
- Je laisse le soin au gynécologue de lui donner tous les conseils
- Ce n'est pas nécessaire, elle les connaît déjà
- Autre :

Avez-vous prescrit des examens biologiques ou d'imagerie (plusieurs réponses possibles) :

	Oui	Non, résultat récent	Non, sera prescrit par le gynécologue	Non, ce n'est pas recommandé à ce terme
NFS	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
TSH	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Glycémie à jeun	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Groupe sanguin rhésus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
RAI	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sérologies toxoplasmose, rubéole	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ECBU	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépistage trisomie 21 (PAPP-A et B-HCG libre)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Dépistage de la trisomie 21 (alphaFP + oestriol non conjugué + HCG)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Prélèvement vaginal	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Echographie 1e trimestre	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Avez-vous prescrit des sérologies (plusieurs réponses possibles) :

	Oui	Non, résultat récent	Non, sera prescrit par le gynécologue	Non, ce n'est pas recommandé à ce terme	Non, je lui ai demandé et elle n'a pas de conduites à risque	Non, je sais déjà qu'elle n'a pas de conduites à risques
Syphilis	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
VIH 1 et 2	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hépatite B	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hépatite C	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si vous avez prescrit d'autre(s) examen(s), veuillez préciser le(s)quel(s) :

Avez-vous prescrit des folates :

- Oui
- Non, le gynécologue lui prescrira
- Non, il n'y a pas d'indication
- Non, elle en prend déjà
- Non, je n'y ai pas pensé
- Autre :

Allez-vous suivre cette grossesse :

- Oui, seul
- Oui, conjointement avec le gynécologue
- Non, je ne le souhaite pas
- Non, il s'agit d'une grossesse à risque
- Non, la patiente souhaite être suivie par un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme
- Non, la maternité choisie pour l'accouchement exige que le suivi se fasse à la maternité dès le début de grossesse
- Autre :

### ***Annexe 3 : Courrier d'accompagnement aux médecins généralistes***

« Bonjour,

Je suis interne de médecine générale à l'Université Paris V Descartes et j'effectue mon travail de thèse avec le Dr Bloede.

Il s'agit de faire un état des lieux du déroulement de la première consultation de grossesse en cabinet de médecine générale.

Afin de permettre ce travail, je vous prie de répondre au questionnaire suivant, qui s'adresse aux médecins généralistes.

Il ne vous prendra MOINS DE 5 MINUTES (testé et chronométré sur des internes et des généralistes) et est totalement ANONYME.

Vous pouvez remplir autant de questionnaires que la situation ce présentera !

La première fois que vous remplissez le questionnaire, je vous prie de répondre à toutes les questions. Pour les fois suivantes, vous pouvez répondre uniquement à la partie 2.

Un code me permettra de faire le lien entre vos questionnaires tout en maintenant un anonymat. Vous pouvez choisir votre code qui doit être sous forme de 2 lettres et 8 chiffres. Par défaut je vous propose vos initiales suivies de votre date de naissance (XXjjmmaaaa).

Pour plus de facilité, n'hésitez pas à enregistrer le lien du questionnaire dans vos favoris !

En vous remerciant par avance de votre participation,

Confraternellement

Pauline Glévarec »



## RESUME

**Introduction :** La HAS encadre la première consultation de grossesse. Certains éléments interpellent, comme le temps nécessaire pour cet entretien ou les éléments qui diffèrent des recommandations étrangères ou d'autres sociétés médicales. Nous nous sommes intéressés à la pratique des généralistes pour rechercher des axes d'amélioration. **Matériel et méthode :** Cette étude observationnelle quantitative prospective, réalisée d'avril à juin 2016, concernait les généralistes du Val de Marne. **Résultats :** 82 médecins ont répondu. Ceux qui ont eu une formation en gynécologie suivent plus de grossesses ( $p = 0,023$ ). 57 (69,5%) des consultations ont duré de 15 à 30 minutes et 13 (15,9%) plus de 30 minutes. 12 (14,6%) médecins n'ont pas parlé de toxiques et 1 (1,2%) à 3 (3,7%) d'IST, étant sûrs de l'absence de conduite à risque. 43 (52,4%) ont prescrit une glycémie à jeun, 67 (81,7%) un sérologie toxoplasmose, 31 (37,8%) les marqueurs de dépistage de la trisomie 21. 44 (53,7%) ont donné des folates. **Discussion :** La formation des généralistes est primordiale pour favoriser le suivi de grossesse et ses composants (gestes techniques, dépistage de la trisomie 21 et des conduites à risque). La première consultation est dense. Il semble qu'une adaptation du temps dédié soit nécessaire pour être exhaustif, en la revalorisant ou la fractionnant. Plusieurs axes de réflexion apparaissent. Les médecins sont nombreux à dépister le diabète gestationnel, mettant en évidence un élément manquant de la HAS tandis que certaines attitudes pratiquées à l'étranger posent question : l'abandon du dépistage systématique de la toxoplasmose et la supplémentation alimentaire en folates pourraient être des pistes intéressantes.

**Mots clefs :** Grossesse, Médecin généraliste, Première consultation

## SUMMARY

### The first pregnancy consultation in general practice

**Introduction:** HAS frames the first pregnancy consultation. Some elements challenge, as the time for this consultation or elements that differ foreign recommendations or other medical societies. We were interested in the practice of general practitioner to look for areas of improvement. **Materials and Methods:** This quantitative prospective observational study, conducted from April to June 2016, concerned the general practitioner in Val de Marne. **Results:** 82 physicians responded. Those who have had a gynecological training follow more pregnancies ( $p = 0.023$ ). 57 (69.5%) consultations lasted 15 to 30 minutes, and 13 (15.9%) over 30 minutes. 12 (14.6%) physicians have not spoken of toxic and 1 (1.2%) to 3 (3.7%) of sexually transmitted infections, being sure of the absence of risk behavior. 43 (52.4%) were prescribed fasting glucose, 67 (81.7%) a toxoplasmosis serology, 31 (37.8%) screening markers for trisomy 21. 44 (53.7%) gave folate. **Discussion:** The training of General practitioners is crucial to promote monitoring of pregnancy and its components (technical moves, screening for trisomy 21 and risk behaviors). The first consultation is dense. It seems that an adaptation of the time dedicated is necessary for completeness, revaluing financially or splitting it. Several thinking points appear. Doctors are likely to detect gestational diabetes, highlighting a missing element of the HAS while attitudes practiced abroad pose question: the abandonment of routine screening for toxoplasmosis and food folate supplementation could be tracks interesting.

**Keywords:** Pregnancy, General Practitioner, First consultation

Université Paris Descartes  
Faculté de Médecine Paris Descartes  
15, rue de l'Ecole de Médecine  
75270 Paris cedex 06