

Faculté de médecine et de médecine dentaire

La consultation préconceptionnelle

Quel peut être le rôle du médecin traitant dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ?

Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?

Étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes en Belgique francophone et étude quantitative avec un sondage auprès de 882 patients majeurs, francophones, au moyen d'un questionnaire.

Mémoire réalisé par
Melissa Cedrone
NOMA 34651600

Promoteur
Dr. Pierre Hermant

Année académique 2021-2022
Master complémentaire de spécialisation en médecine générale

La consultation préconceptionnelle

Quel peut être le rôle du médecin traitant dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ?

Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?

Étude qualitative auprès de 13 médecins généralistes en Belgique francophone et étude quantitative avec un sondage auprès de 882 patients majeurs, francophones, au moyen d'un questionnaire.

Mémoire réalisé par
Melissa Cedrone
NOMA 34651600

Promoteur
Dr. Pierre Hermant

Année académique 2021-2022
Master complémentaire de spécialisation en médecine générale
Université catholique de Louvain

Remerciements

Je tiens à remercier mon Promoteur, le Dr. Pierre Hermant.

Je remercie également tous les médecins généralistes et spécialistes ainsi que les sages-femmes interrogés.

Je tiens à remercier toutes les personnes ayant répondu à mon questionnaire dans le cadre de ce travail.

Je remercie chaleureusement Adrien Corsetti, Marco Cedrone, Cécile Hermant, Louise Cambron, Amedeo Cedrone, Arina Klimina et Anne-Françoise Tancre pour leurs relectures et leur soutien indéfectible.

Enfin, j'adresse mes sincères remerciements au jury.

Table des matières

Table des matières.....	3
Table des figures.....	4
Résumé.....	6
Abstract.....	7
Introduction.....	8
Méthodes.....	10
Résultats.....	17
Discussion.....	43
Conclusion.....	49
Bibliographies.....	50
Annexes.....	54

Table des figures

Schéma

Schéma 1 — Schéma de lecture du TFE — réalisé par l’auteure, page 16

Figures

Figure 1 — Pratiques actuelles des médecins généralistes (en gris), des gynécologues (en rouge) et des sages-femmes (en orange) sur base de leurs entretiens respectifs disponibles dans les Annexes 6 — réalisé par l’auteure, page 20

Figure 2 — Éléments évoqués dans les entretiens par les médecins généralistes concernant leurs connaissances théoriques (éléments fragilisants à gauche, aidants au centre et facilitateurs à gauche) — réalisé par l’auteure, page 22

Figure 3 — Arguments évoqués lors des interviews par les médecins généralistes quant à leur participation à une formation éventuelle pour la consultation préconceptionnelle en médecine générale — réalisé par l’auteure, page 23

Figure 4 — Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique actuelle concernant la consultation préconceptionnelle — réalisé par l’auteure, page 25

Figure 5 — Actions potentielles proposées par les médecins généralistes interrogés pour encourager les patients à venir consulter en période préconceptionnelle — réalisé par l’auteure, page 38

Figure 6 — Actions potentielles proposées lors des entretiens des médecins généralistes pour les encourager à aborder le sujet préconceptionnel avec leurs patients — réalisé par l’auteure, page 40

Graphiques

Graphique 1 — Répartition du nombre de réponses en fonction du sexe des répondants — réalisé par l’auteure, page 30

Graphique 2 — Confiance des répondants concernant les questions relatives à la préconception — réalisé par l’auteure, page 31

Graphique 3 — Avis des répondants concernant l’accessibilité des gynécologues et des généralistes — réalisé par l’auteure, page 32

Graphique 4 — Répartition des avis quant au moment de prise des vitamines en fonction de l’âge des répondants — réalisé par l’auteure, page 33

Graphique 5 — Intérêt des répondants concernant la santé préconceptionnelle — réalisé par l’auteure, page 34

Graphique 6 — Rôle du généraliste attendu par les répondants — réalisé par l’auteure, page 35

Graphique 7 — Demandes de conseils préconceptionnels spécifiques auprès du généraliste — réalisé par l’auteure, page 36

Graphique 8 — Consultations chez le gynécologue — réalisé par l’auteure, page 37

Résumé

Dans une optique d'amélioration de la qualité des soins et donc d'amélioration de la prévention notamment préconceptionnelle, ce travail tente de répondre à deux interrogations à l'aide d'une étude qualitative basée sur l'entretien semi-dirigé de 13 médecins généralistes et d'une étude quantitative grâce à la participation de 882 patients à un questionnaire diffusé en ligne sur les réseaux sociaux : *Quel peut être le rôle du médecin traitant dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ? Et quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?*

Lors de cette recherche, l'impact d'une affiche de promotion de la santé préconceptionnelle en salle d'attente ainsi que l'intérêt des médecins généralistes pour une fiche technique d'aide à la consultation préconceptionnelle ont également été investigués. L'affiche n'a finalement suscité aucune réaction de la part des patients durant les 3 mois de présentation. Par contre, l'engouement pour la fiche technique a été unanime.

Au niveau des résultats, une disparité majeure entre les hommes et les femmes participant à l'enquête en ligne apparaît et devrait faire l'objet d'investigations supplémentaires.

Les médecins généralistes se questionnent encore concernant la plus-value exacte de la prévention préconceptionnelle et la nécessité de cibler ou non une population spécifique mais s'accordent pour dire que le désir de grossesse et la grossesse constituent une opportunité immanquable pour sensibiliser leurs patients à certains sevrages par exemple tabagique et alcoolique. Les patients témoignent en effet d'une grande confiance concernant leurs questions relatives à la grossesse et la préconception envers leur médecin généraliste.

En conclusion, les généralistes sont intéressés et conscients de leur rôle dans le domaine préconceptionnel actuellement insuffisant, pour divers motifs théoriques, pratiques, législatifs et déontologiques identifiés. Les patients sont également intéressés par des conseils préconceptionnels mais peu demandeurs en pratique en l'absence de difficultés pour concevoir, comptant sur le rôle proactif des médecins généralistes, notamment concernant la prescription médicamenteuse chez les patients en âge de procréer.

Mots clés : preconception care, preconception health, preconceptional consultation, preconception counseling, prevention, general practitioner, gynecologist, conception, pregnancy, nutrition, lifestyle habits, physical activity, behaviour change, father-to-be, mother-to-be,

MeSH : preconception care

Indexation : QS11, QS41, QD41, 45, A98, QR33, QR31, QR32, QO4-préconception

Abstract

Intending to improve the quality of care and therefore improve prevention, particularly for the preconception period, this research attempts to answer two questions using a qualitative study based on semi-directed interviews with 13 General Practitioners and a quantitative study based on the participation of 882 patients in a questionnaire distributed online via social networks: What role can the General Practitioner play in monitoring pregnancies, particularly during the preconception and conception periods? And what tools could encourage preconception consultations and help professionals?

During this research, the impact of a poster promoting preconception health in the waiting room was investigated. In addition, the interest of General Practitioners in a data sheet aiming to help with preconception consultations was studied. In the end, the poster did not elicit any reaction from patients during the 3 months of presentation. On the other hand, the enthusiasm for the datasheet was unanimous.

In terms of results, a major disparity between men and women participating in the online survey appears and should be further investigated. General Practitioners still question the exact added value of prevention efforts for the preconception period and the need to target a specific population or not. They agree, however, that the desire to become pregnant and the pregnancy constitute an unavoidable opportunity to make their patients aware of the need to stop smoking and drinking, for example. Patients show a great deal of confidence in their General Practitioners regarding their questions about pregnancy and preconception.

In conclusion, General Practitioners are interested in and aware of their role in the preconception field, which is currently insufficient, for various identified theoretical, practical, legislative, and ethical reasons. Patients are also interested in preconception advice but have little demand for it in practice in the absence of difficulties in conceiving, relying on the proactive role of General Practitioners, particularly concerning drug prescription in patients of childbearing age.

Key words : preconception care, preconception health, preconceptional consultation, preconception counseling, prevention, general practitioner, gynecologist, conception, pregnancy, nutrition, lifestyle habits, physical activity, behaviour change, father-to-be, mother-to-be,

Introduction

Depuis quelques années, la prévention se rappelle à nous avec force. Pourtant l'investissement dans cette voie reste insuffisant, le suivi des grossesses ne faisant pas exception.

Durant la première vague de la pandémie COVID-19, j'ai eu l'occasion de réaliser le suivi d'une jeune femme enceinte âgée de trente ans (G1P0) car son gynécologue avait annulé l'entièreté du suivi durant plusieurs mois. Il s'agissait pourtant d'une grossesse à risque (diabète gestationnel, thrombophilie par mutation du facteur V de Leiden, suspicion d'embolie pulmonaire puis traitement préventif par Innohep). Cette prise en charge a été très intéressante pour ma formation médicale car j'ai pu revoir les différents éléments de la consultation de suivi en gynécologie-obstétrique transposables en médecine générale. Cela m'a poussée à m'interroger.

Quelle est ou quelle pourrait être la place du médecin traitant dans le suivi de grossesse dans un système de soins où les soins ambulatoires sont toujours plus encouragés et les rendez-vous chez les spécialistes soumis à de longs délais d'attente ? Peut-il assurer ce suivi jusqu'à terme comme c'est le cas dans certains pays comme l'Angleterre pour les grossesses non pathologiques (et sans appareil d'échographie) ? (18) Que peut-on banaliser, comment rassurer et comment se former pour repérer les red-flags ?

En outre, je remarque dans la pratique que les patientes enceintes prennent souvent rendez-vous chez le médecin traitant pour la première fois pour la confirmation biologique de la grossesse, sans avoir vu le gynécologue, la sage-femme ou le généraliste avant la conception. Nombre d'entre elles ne prennent pas encore leurs vitamines de grossesse, ignorent ce qu'elles peuvent manger ou non, ni quels médicaments et compléments alimentaires arrêter ou poursuivre, ni quels sont les points d'attention spécifiques. Dès lors, les supplémentations des carences potentielles ainsi que les conseils de prévention pour la conception et le tout début de la grossesse ne peuvent être donnés que tardivement.

Quelle est la place de la consultation préconceptionnelle ? Quelles sont actuellement les habitudes des patients concernant cette période préconceptionnelle ? Consultent-ils ? Peut-on améliorer le suivi de grossesses en agissant sur la période préconceptionnelle et conceptionnelle ?

La “culture de la consultation préconceptionnelle” semble mineure et négligée. A contrario, la littérature et les contenus divers ainsi que les investigations concernant la vie intra-utero et le développement de l’enfant sont innombrables : tests, échographies, prises de sang, rendez-vous multiples, préparation à l’accouchement par la sage-femme, le kinésithérapeute, la Doula, livres concernant la grossesse, la parentalité ou encore le développement de l’enfant.

J’en arrive alors à préciser ma question de recherche : ***Quel peut être le rôle du médecin traitant dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ? Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?***

La consultation prénatale devrait débiter par la consultation préconceptionnelle.

Mais qu’est-ce que la consultation préconceptionnelle ?

“La consultation préconceptionnelle est la prise en charge spécifique s’adressant à toute personne ou tout couple qui envisage une grossesse dans un avenir rapproché. Elle vise tant l’information préconceptionnelle que la réalisation ou la prescription de certains actes.” (40)

Nous savons que lors des 15 premières semaines in utero se déroule l’organogenèse du système nerveux central et des organes sensoriels avec une période de fragilité majeure face aux infections, à la consommation de toxiques et aux carences nutritionnelles les 8 premières semaines. (40) Cependant, la première consultation prénatale a généralement lieu entre la 6ème et la 10ème semaine de grossesse, ne permettant qu’une prévention secondaire, non plus primaire, de certains risques et affections. (40)

Ce travail de fin d’études aura pour objectif de dresser un état des lieux de la pratique actuelle et de l’intérêt des médecins généralistes concernant la prévention dans le domaine préconceptionnel ainsi que des habitudes des patients durant cette période. Il s’agira également d’identifier les attentes et les freins rencontrés pour ces consultations préconceptionnelles par les patients et par les médecins généralistes et d’investiguer quels types d’outils peuvent encourager ces consultations spécifiques.

Le dessein principal étant l’amélioration de la qualité des soins, je pense que nous devrions tous prendre conscience de l’importance de la prévention préconceptionnelle qui impacte largement la grossesse, le post-partum et la suite de la vie ainsi que de la place de choix du médecin généraliste dans cette tâche. Mieux préparer les patients à concevoir devrait sans doute être une des missions de la première ligne.

Méthodes

Bases de données

Les bases de données utilisées pour la recherche bibliographique étaient PubMed, Cochrane, Minerva, la Revue Prescrire, Tripdata base, Embase, le KCE, la Revue Médicale Suisse, les livres de référence (ONE, Nutrithérapie de Dr Curtay, Guide de consultation prénatale du Collège des gynécologues-obstétriciens, de UpSfb et de l'ONE).

Les mots-clés et MeSH utilisés étaient preconception care, preconception health, preconceptional consultation, preconception counseling, prevention, general practitioner, gynecologist, conception, pregnancy, nutrition, lifestyle habits, physical activity, behaviour change, father-to-be, mother-to-be, dépistage prénatal dépression, perturbateurs endocriniens en préconceptionnel et prénatal, prescription médicamenteuse femmes enceintes, .

J'ai consulté 25 articles et 3 ouvrages de références.

Ma recherche bibliographique s'est effectuée du 01/08/2021 au 28/04/2022.

Type d'étude et méthodes d'investigation

Il s'agit d'une **étude mixte** ; une étude qualitative transversale auprès des médecins généralistes, une étude quantitative transversale auprès des patients ainsi qu'une petite recherche-action relative à l'installation d'une affiche dans la salle d'attente des médecins généralistes interrogés.

Etude qualitative, transversale observationnelle :

Les interviews individuelles semi-dirigées ont finalement concerné 13 médecins généralistes ou assistants en médecine générale francophones, hommes et femmes, pratiquant actuellement la médecine générale en Belgique, en milieu urbain, rural et semi-rural.

L'entretien avait pour mission de faire l'état des lieux des pratiques actuelles ainsi que des obstacles rencontrés dans le suivi des femmes enceintes et en préconceptionnel en médecine générale mais aussi, un état des lieux des connaissances actuelles et de l'intérêt pour cette thématique (éventuelle formation, outils à développer pour encourager ces consultations préconceptionnelles). Enfin, les perspectives d'évolution des soins de première ligne dans le domaine de la grossesse ont été abordées.

Les informations relatives à l'âge, au type de pratique et de patientèle ainsi que le sexe des médecins ont également été recueillies.

Les entretiens étaient prévus pour une durée de 40 minutes environ après signature du formulaire de consentement libre et éclairé. Toutes les réponses recueillies ont été totalement anonymisées. Les médecins ont été contactés et sélectionnés par téléphone ou par e-mail. L'interview a été menée à l'aide d'un guide d'entretien et enregistrée pour être retranscrite, avant d'être supprimée (interviews disponibles dans l'annexe 7).

L'analyse des données a été conduite grâce à un classement thématique (verbatim).

Étude quantitative, transversale observationnelle :

Le questionnaire, comprenant 13 questions, destiné aux patients majeurs, hommes et femmes, francophones a été créé sur LimeSurvey et diffusé via les réseaux sociaux et par e-mail pour atteindre un maximum de personnes du 08/04/2022 au 20/04/2022. LimeSurvey est un logiciel d'enquête statistique, de sondage et de création de formulaires en ligne.

J'ai finalement récolté 882 participations (réponses complètes). Un minimum de 400 participations était attendu en lançant l'étude. Le remplissage du questionnaire prenait environ 5 minutes après avoir coché une case équivalant à la signature du formulaire de consentement libre et éclairé (questionnaire disponible dans l'annexe 4.a).

Le questionnaire a permis d'investiguer le rôle du médecin généraliste durant la grossesse mais aussi les attentes des patients concernant ce rôle, la confiance ou non des patients en lui concernant les questions relatives à la grossesse et à la conception. L'interlocuteur privilégié des patients concernant ces questions a été recherché dans les questions. Une dernière salve de questions aborde les comportements en période de préconception et de conception. Les informations relatives à l'âge et au sexe des patients ainsi qu'au statut nullipare ou non pour les femmes ont également été recueillies.

J'ai procédé à une analyse descriptive des données.

Etude recherche-action

J'ai demandé aux médecins généralistes ayant accepté l'entretien s'ils étaient d'accord de mettre une affiche réalisée par mes soins en salle d'attente jusqu'au 28 avril 2022 (affiche disponible dans l'annexe 2). L'objectif étant d'observer un éventuel impact sur les motifs de consultations ou sur les questions des patients en lien avec la présence de l'affiche en salle d'attente.

Ils ont tous accepté de l'afficher.

Cette recherche-action se base sur le questionnaire suivant : *Quelle intervention peut-on envisager pour tenter de changer les habitudes des patients et des médecins avec pour objectif d'améliorer notre pratique de la médecine générale ?*

La présence d'une affiche en salle d'attente peut-elle augmenter le nombre de patients qui consultent pour ces raisons à des stades plus précoces (idéalement 3 mois avant la conception) et/ou peut-elle augmenter le nombre de médecins qui pensent à aborder ces questions de prévention préconceptionnelle ?

Quels outils peuvent aider le médecin généraliste en consultation préconceptionnelle ? Sont-ils preneurs d'un outil ? L'utiliseraient-ils ?

Pour répondre à cette seconde interrogation, j'ai évalué, lors des entretiens semi-dirigés des médecins généralistes, leur intérêt pour une fiche technique, une "checklist" pour une consultation préconceptionnelle, idéalement validée par les spécialistes.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Pour le questionnaire destiné aux patients :

Un minimum 400 patients est attendu, pas de limite supérieure pour le nombre de patients participant. Un maximum de réponses est attendu pour une étude quantitative la plus représentative possible.

Afin de veiller à l'hétérogénéité de l'échantillon, j'ai diffusé le questionnaire dans des groupes Facebook de villes et de villages différents à travers la Belgique francophone et j'ai mentionné clairement que les hommes étaient également encouragés à répondre.

Critères d'inclusion :

- patient majeur
- sans limite d'âge
- patient francophone
- (quel que soit le genre : homme ou femme ou autre)

Critères d'exclusion :

- refus de participation à l'étude
- patient non francophone
- patient mineur

Pour les interviews individuelles semi-dirigées des médecins :

13 médecins généralistes ou assistants en médecine générale.

13 entretiens individuels.

Pour une certaine hétérogénéité de cet échantillon, j'ai veillé à l'inclusion de profils différents avec des médecins généralistes d'âges et de sexe différents, avec un nombre d'années de pratique très variable, travaillant dans des villes différentes, avec des patients issus de milieux socio-culturels différents.

Critères d'inclusion :

- médecin généraliste ou assistant en médecine générale
- sans limite d'âge
- pratique actuelle de la médecine générale en Belgique
(quel que soit le type de pratique : solo ou en groupe ou maison médicale, urbaine, rurale ou semi-rurale)
- médecin francophone

Critères d'exclusion :

- refus de participation à l'étude
- autre prestataire de soins que médecin (généraliste)
- médecin généraliste ou assistant ne pratiquant plus la médecine générale actuellement
- médecin spécialiste (non généraliste)
- médecin non francophone

Critères d'abandon et de poursuite**Règles d'arrêt :**

- refus de participation à l'étude
- refus de poursuite de l'étude
- absence de disponibilité pour l'entretien semi-dirigé
- réponse à des critères d'exclusion de l'étude
- ne répond plus aux critères d'inclusion de l'étude

Critères de poursuite :

- plus de 7 volontaires pour les interviews individuelles semi-dirigées
- lecture et signature du formulaire d'information et de consentement libre et éclairé avant de procéder à l'interview pour les médecins ou cocher la case de consentement avant de répondre au questionnaire pour les patients
- réponse favorable aux critères d'inclusion, ne comprenant pas de critères d'exclusion

Critères d'abandon :

- absence de volontaires pour les interviews individuelles semi-dirigées
- nombre d'interviews inférieur à 7

Précautions éthiques

Le TFE a été soumis au Comité d'Ethique interuniversitaire qui a remis un avis favorable en date du 30/03/2022, sur base de la soumission des documents présentés dans les annexes 4 (protocole du TFE, guide d'entretien des interviews, questionnaire LimeSurvey, formulaires d'information et de consentement, documents RGPD, document d'assurance).

La participation des patients et des médecins est libre.

Les médecins sont tenus de lire et de signer le formulaire d'information et de consentement avant de débiter l'entretien.

Les patients doivent cocher une case obligatoire équivalant à la signature du formulaire d'information et de consentement figurant au-dessus de celle-ci lors de l'ouverture du questionnaire LimeSurvey en ligne (condition sine qua non pour accéder au questionnaire). L'ensemble des données recueillies (celles des patients et des médecins) ont été intégralement et strictement anonymisées. Aucun nom, aucune date de naissance et aucune adresse mail des patients n'ont été exigés lors du remplissage du questionnaire sur la plateforme LimeSurvey qui garantit l'anonymisation des données. Seuls les patients qui le souhaitent pouvaient laisser leur adresse mail pour obtenir un complément d'information, ce qui était tout à fait facultatif. Les patients sont repris dans les résultats sur la plateforme LimeSurvey par un numéro qui correspond à leur ordre chronologique de remplissage du questionnaire. Les enregistrements des interviews nécessaires pour la retranscription de celles-ci ont été supprimés.

Il n'y a pas eu de conflit d'intérêts identifié.

Il n'y a pas eu d'incitant financier.

Refus de participation

Au total, j'ai contacté 16 médecins généralistes et assistants en médecine générale. 3 d'entre eux ont refusé de participer à l'étude par manque de temps ou parce qu'ils ne se sentaient pas concernés par la question de la préconception.

J'ai également joint Fedasil et la Croix-rouge pour tenter d'avoir un entretien avec leurs soignants mais je n'ai pas reçu de réponse.

J'ai contacté 8 gynécologues-obstétriciens. 6 d'entre eux ont refusé par manque de temps ou n'ont pas répondu. J'ai notamment interpellé 5 gynécologues-obstétriciens Professeurs à l'UCLouvain par mail sans réponse.

J'ai pris contact avec 6 sages-femmes, dont 4 n'ont plus répondu après les premiers échanges.

Clé de lecture du travail

Pour tenter de répondre à la question de recherche, le travail s'articule autour de 4 axes convergeant vers un objectif commun ; la promotion de la santé préconceptionnelle.

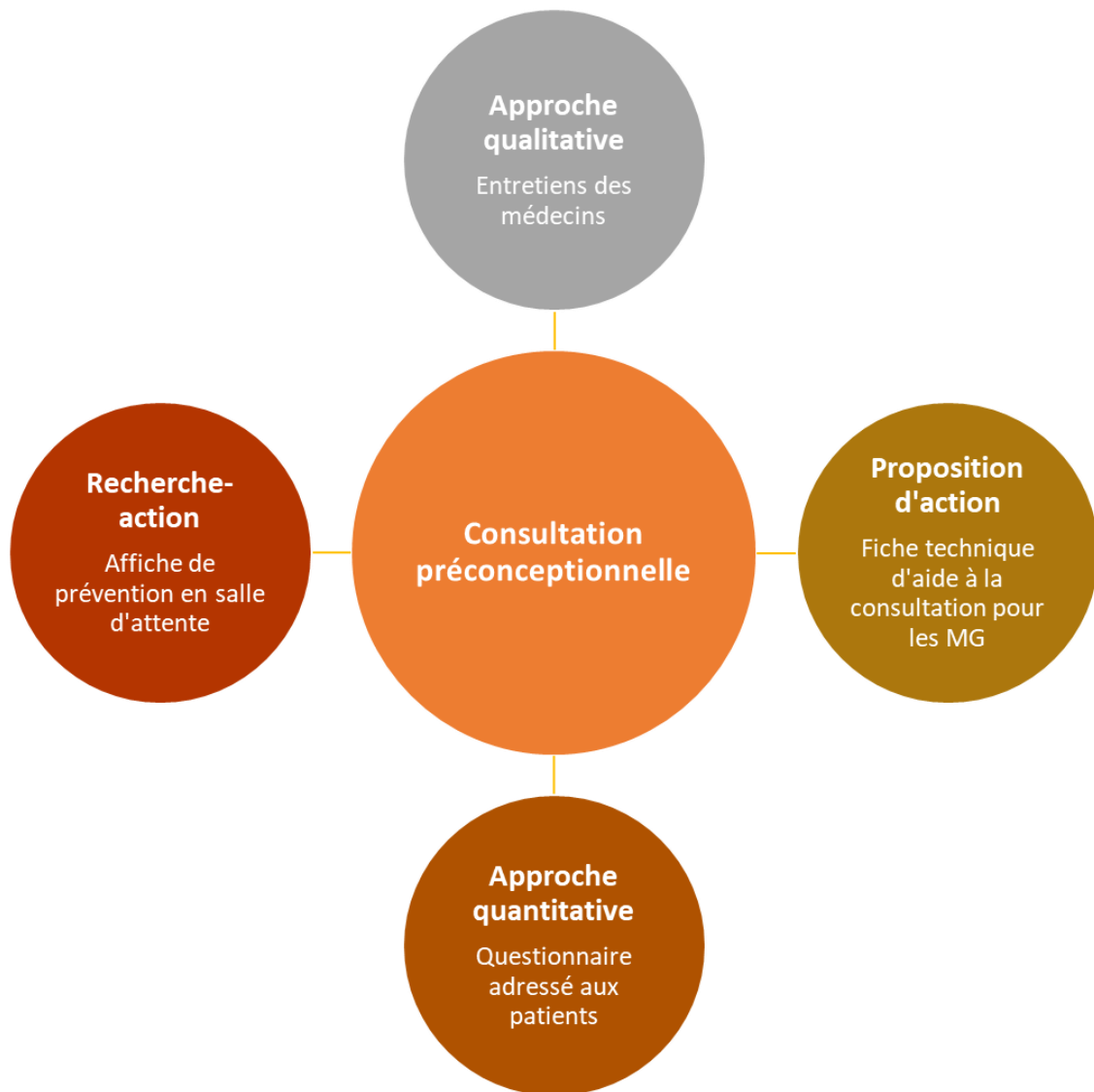


Schéma 1. Schéma de lecture du TFE.

Résultats

Plan

Première interrogation : Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ?

A) Approche qualitative

(Entretiens semi-dirigés des 13 médecins généralistes et assistants en médecine générale)

- 1) Pratiques actuelles et expériences de la consultation préconceptionnelle des médecins généralistes
- 2) Connaissances actuelles des médecins généralistes
- 3) Intérêt des généralistes pour les formations dans le domaine de la santé préconceptionnelle
- 4) Difficultés rencontrées par les généralistes concernant les consultations préconceptionnelles
- 5) Perception des généralistes du rôle des différents intervenants
 - 5.1. Rôle du médecin généraliste
 - 5.2. Rôle du gynécologue et de la sage-femme
- 6) Bénéfices de la consultation préconceptionnelle perçus par les généralistes

B) Approche quantitative

(Questionnaire LimeSurvey adressé aux patients et diffusé sur les réseaux sociaux)

- 1) Expériences et habitudes des patients en période préconceptionnelle
- 2) Attentes des patients pour la prévention préconceptionnelle

Seconde interrogation : Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?

A) Approche qualitative

(Entretiens semi-dirigés des 13 médecins généralistes et assistants en médecine générale)

*Intérêt des médecins généralistes pour des outils d'aide à la consultation
préconceptionnelle*

Outils permettant d'encourager les patients à venir en consultation

*Outils permettant d'encourager les médecins à aborder le sujet avec leurs
patients*

*Intérêt des généralistes pour un canevas pour la consultation
préconceptionnelle*

B) Recherche-Action

*Evaluation de l'impact de la présence d'une affiche de promotion de la santé
préconceptionnelle en salle d'attente (Entretiens des 13 médecins généralistes et
assistants en médecine générale)*

Première interrogation : Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ?

A) Approche qualitative

1) Pratiques actuelles et expériences de la consultation préconceptionnelle des médecins généralistes

L'entretien individuel semi-dirigé des médecins généralistes et des assistants en médecine générale révèle que peu de patients sont actuellement demandeurs d'une prise en charge préconceptionnelle en l'absence de difficultés à concevoir ou d'antécédents médicaux connus, bien que les patients issus des classes sociales moyennes ou supérieures consultent plus que les autres.

Les patients ne consultent, le plus souvent, qu'au moment de la confirmation biologique de la grossesse. Quand ils consultent en préconceptionnel, ils demandent un bilan biologique et posent des questions plutôt pratiques. C'est le médecin qui aborde généralement la prise des médicaments et des compléments, le statut vaccinal et la prise des vitamines de grossesse (onéreuses et majoritairement débutées lors de la confirmation de la grossesse).

Selon les médecins, la consultation préconceptionnelle serait perçue par les patients comme secondaire, non nécessaire et non intuitive, induisant un rôle proactif du médecin généraliste indispensable. Les médecins généralistes ne connaissent pas la proportion de patients qui consultent les gynécologues pour un avis préconceptionnel en l'absence de problèmes de fertilité.

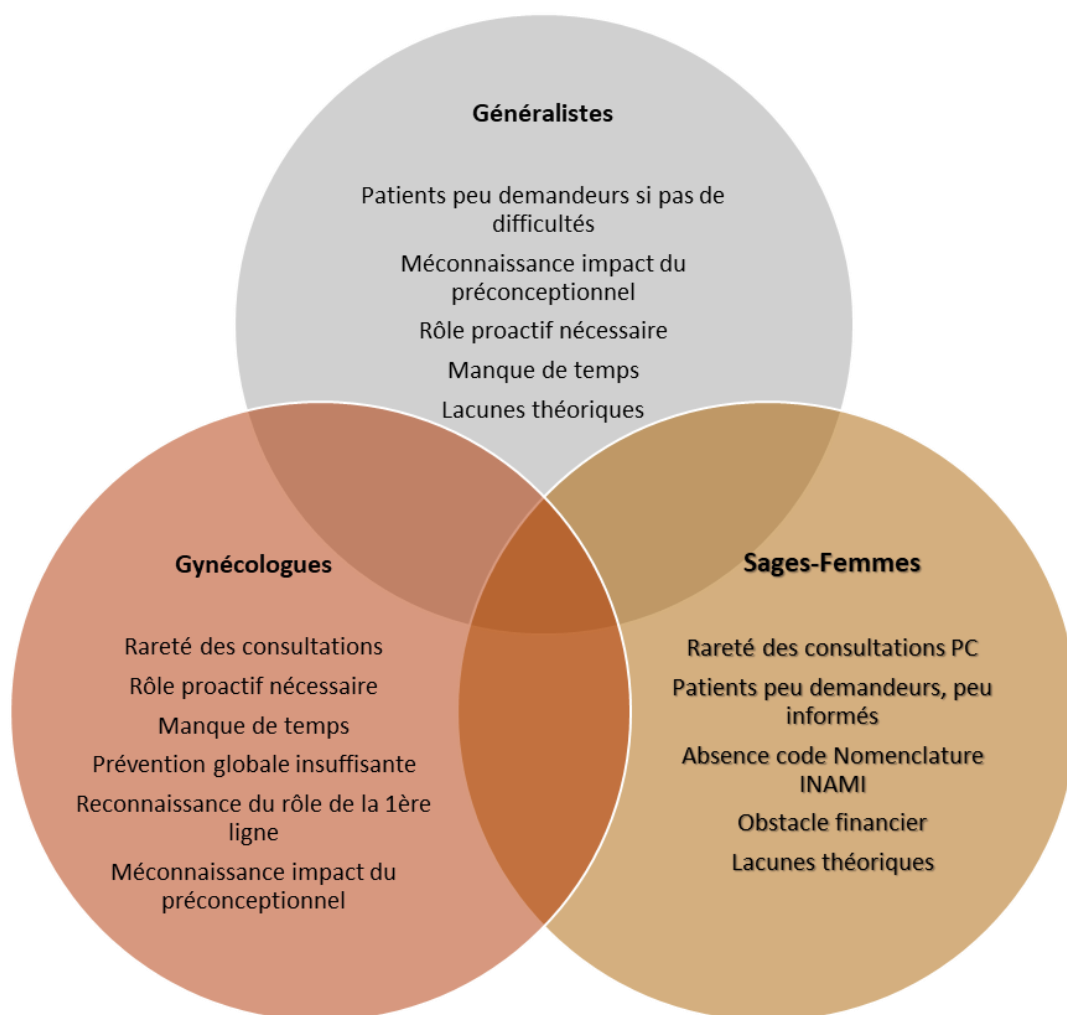


Figure 1. Pratiques actuelles des médecins généralistes (en gris), des gynécologues (en rouge) et des sages-femmes (en orange) sur base de leurs entretiens respectifs disponibles dans les Annexes 6.

(Les paragraphes suivants de ce chapitre de présentation des résultats ne feront ensuite plus mention des entretiens avec les sages-femmes et les gynécologues disponibles dans les Annexes 6 (Dr N, Dr O, Mme P et Mr Q).

Extrait N°1 : *“C’est déjà arrivé mais c’est relativement rare. En règle générale, elles suspectent une grossesse avant de venir. C’est exceptionnel qu’on ait des femmes qui, parce qu’elles ont des problèmes de santé particuliers etc, savent qu’elles doivent venir chez un médecin pour préparer la grossesse (...) c’est surtout quand il y a des problèmes pour tomber enceinte. Alors là, on n’est pas dans le même cadre. (...) Mais sinon, vraiment en préconceptionnel, c’est exceptionnel.”* Dr G

Extrait N°2 : *“Je pense quand même que la grande majorité ne consulte pas. J’ai l’impression que celles qui m’ont consulté, c’était quand même un profil de femmes particulières. (...) Donc, ça dépend vraiment des profils mais je pense vraiment pas que la majorité des patientes viendraient chez leur médecin généraliste sauf si ça se sait, si c’est de plus en plus dans les mœurs, ça peut aller. Mais c’est vrai qu’aujourd’hui, ce n’est pas du tout le cas. (...) Ce sont des femmes qui ont des ressources en*

général, sont plutôt cultivées, qui discutent pas mal avec leur compagnon. (...) **Qui sont de classe sociale moyenne ou supérieure.** (...) Je pense qu'ils pensent que ce n'est pas nécessaire justement parce qu'ils ne sont pas informés à moins que la personne ait un problème de santé sous-jacent. ça peut arriver chez une personne diabétique ou une personne qui a des problèmes de thyroïde, ça arrive que d'elle-même, elle se dise qu'il vaut mieux un check-up. **Mais chez des femmes qui n'ont aucun antécédent de santé particulier et qui font leur petite vie, je ne pense pas qu'elles aient ce réflexe-là.**"
Dr J

Extrait N°3 : "Quand ce sont mes patients, allez plus les filles, les garçons peut-être moins, c'est moi qui leur en parle. C'est moi qui parle de l'importance des vaccins, de prévenir la vaccination. Il y a quelques années, il y a eu beaucoup de coqueluches chez les bébés donc **il n'y a rien à faire, il faut parler de ça avant sinon, c'est trop tard.** (...) Oui, **parce que le gynéco, souvent elles vont quand elles sont déjà enceintes, sauf si elles ont du mal à être enceintes.** En règle générale, **elles viennent faire leur prise de sang chez moi puis elles prennent rendez-vous chez le gynécologue** sauf si elles ont du mal à être enceintes, à ce moment-là, elles vont avant d'être enceintes. Mais si tu n'as pas fait tout ça avant, beh tu arrives trop tard." Dr L

2) Connaissances actuelles des médecins généralistes

Concernant leurs connaissances actuelles dans le domaine préconceptionnel, les médecins généralistes affichent un aplomb variable.

La figure suivante présente les éléments fragilisants (à gauche), les éléments aidants (au centre) et ceux qui renforcent les connaissances théoriques (à droite), évoqués par les médecins lors des entretiens semi-dirigés.

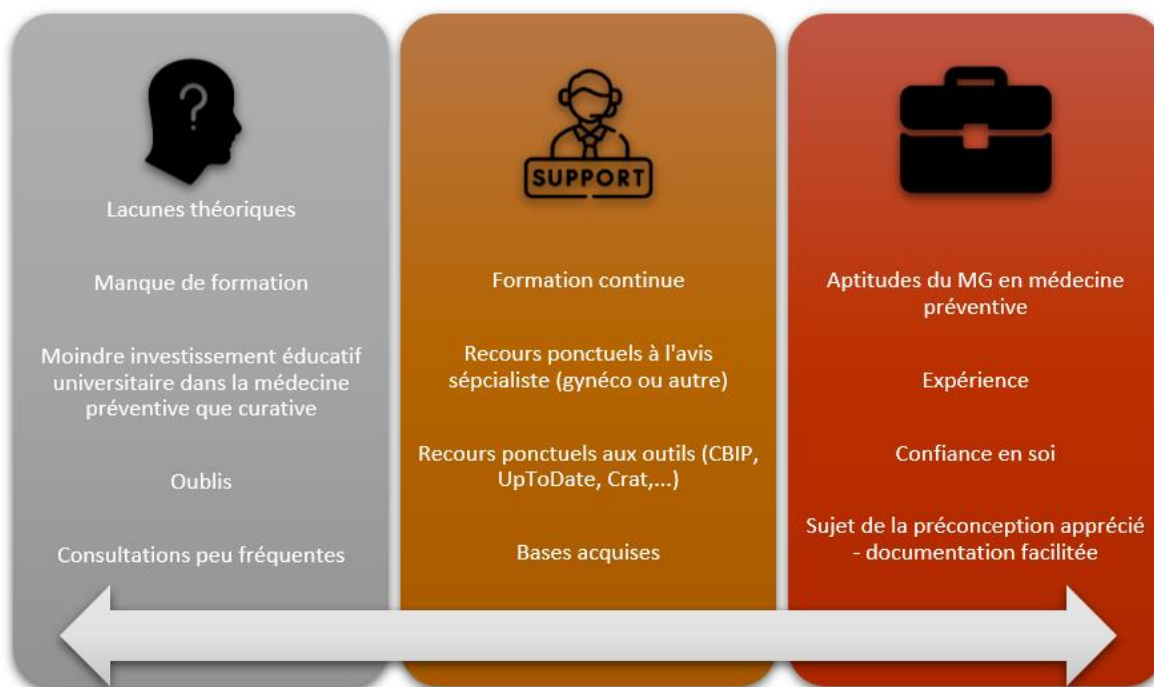


Figure 2. Éléments évoqués dans les entretiens par les médecins généralistes concernant leurs connaissances théoriques (éléments fragilisants à gauche, aidants au centre et facilitateurs à gauche).

Extrait N°1 : “(...) on n’en parle pas spécialement. Nos cours de gynéco, c’est soit gynéco pure, soit obstétrique pure. J’ai pas l’impression qu’on ait eu beaucoup de cours qui nous parlaient vraiment de ce qu’il fallait faire à part l’acide folique en cas de d’antécédents de problèmes neuro. A part ça, **je n’ai pas l’impression qu’on nous ait beaucoup parlé du préconceptionnel.** (...) Non, pas à l’aise, souvent pas à l’aise. Je ne dis pas, il y a des choses auxquelles je sais répondre mais ça arrive souvent que je ne sache pas trop trop la réponse à la question.” Dr E

Extrait N°2 : “(...) Quand je réfléchis aux secteurs, il n’y avait pas de cours sur la prévention du tout. (...) **Je pense que c’est un réflexe qu’on n’a pas parce que nos cours sont beaucoup plus axés sur le curatif.** Tous les secteurs auxquels je pense sont axés organes ou pathologies, signes, symptômes, prises en charge, traitements. Ce serait même plus intéressant d’aborder la prévention par pathologie, parler systématiquement de la prévention pour toutes les pathologies.” Dr F

Extrait N°3 : “**Oui et si je ne l’étais pas, je savais aller chercher l’information.** (...) j’ai plusieurs sources d’informations pour ça. En particulier, pour les médicaments, je me base sur le CBIP ou alors sur le CRAT.fr, ou alors sur UpToDate. (...) Donc **c’est une formation plutôt continuée** au fur et à mesure.” Dr I

3) Intérêt des généralistes pour les formations dans le domaine de la santé préconceptionnelle

Globalement, les médecins généralistes se sont révélés intéressés par une formation éventuelle sur le sujet de la consultation préconceptionnelle en médecine générale.

La prochaine figure relève les différents paramètres mis en évidence par les généralistes quant à leurs motivations pour participer à une formation éventuelle.

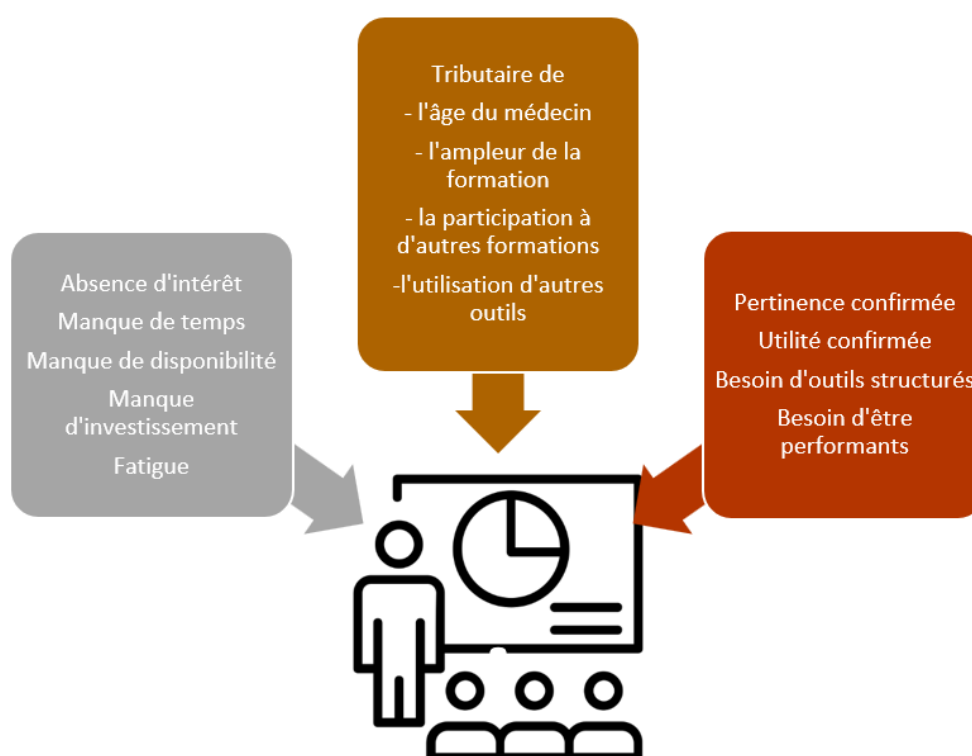


Figure 3. Arguments évoqués lors des interviews par les médecins généralistes quant à leur participation à une formation éventuelle pour la consultation préconceptionnelle en médecine générale.

Extrait N°1: *“Plus maintenant, plus maintenant car je raisonne comme quelqu’un, même si je travaille encore 10 ans, m'enfin 10 ans ou 5 ans, je ne sais pas du tout. Tu n’as plus les mêmes projets qu’avant et puis, tu as déjà une grosse patientèle, tu es déjà un peu débordée, tu es déjà très fatiguée. Donc, je pense que la réponse, elle est différente selon l’âge du médecin aussi.” Dr D*

Extrait N°2 : *“ Oui. Si, si, je la ferais. Il y avait récemment une grande journée SSMG sur la gynéco en médecine générale, c’était super chouette mais on n’a pas parlé de grossesse. C’était plutôt : ménopause, contraception, sexualité.” Dr E*

*Extrait N°3 : “Pourquoi pas, maintenant, **il faut voir l’ampleur de la formation.** ça pourrait m’intéresser oui mais après, **difficile à dire s’il y a d’autres sujets qui m’intéresseraient plus.** Mais oui, ça peut être intéressant. Mais du coup, **je ne sais pas si on peut faire toute une formation de plusieurs heures.** A mon avis, en 2h, pas mal de choses sont déjà dites.” Dr M*

4) Difficultés rencontrées par les généralistes concernant les consultations préconceptionnelles

Les médecins interrogés exposent des difficultés diverses rencontrées dans leur pratique actuelle mais aussi des ébauches de solutions. Celles-ci sont d’ordre pratique, législatif et déontologique.

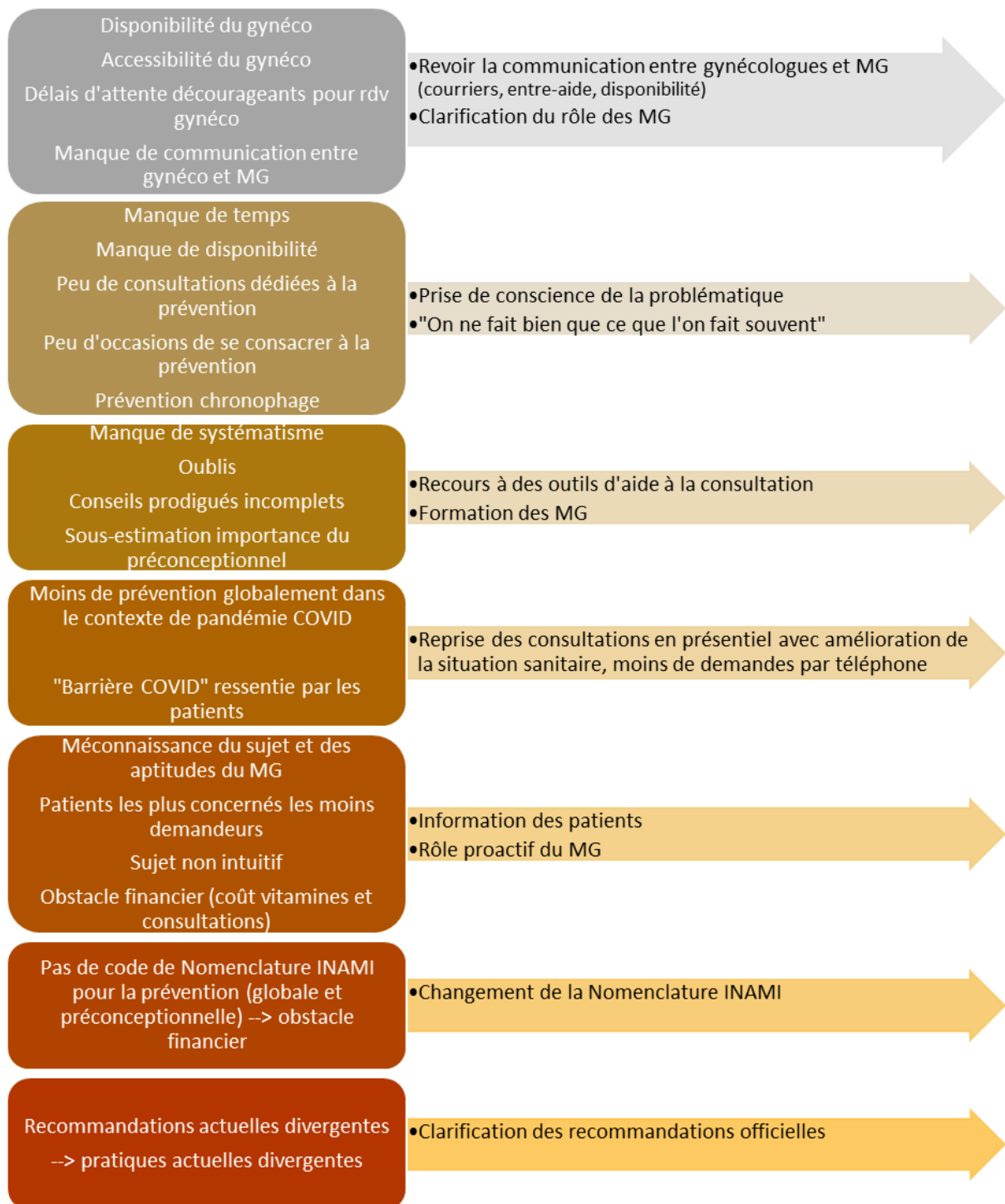


Figure 4. Difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans leur pratique actuelle concernant la consultation préconceptionnelle.

Extrait N°1 : **“On a peu l’occasion de faire une consultation de prévention. Quand un patient vient nous voir, en général, c’est pour un problème. Ce serait génial, mais on n’a pas l’occasion de le faire. Je trouve que c’est super noble. Parce que pour certains patients, ce n’est pas nécessaire car ils sont en bonne santé. Et en fait, ça pourrait éviter tellement de choses mais il faut avoir le temps. Pour l’instant, pour moi c’est pas spontané de faire de la prévention en consultation.”** Dr F

Extrait N°2 : “(...) **quand ça concerne de la prévention, techniquement, on ne peut pas facturer de consultation car il faut que ce soit du soin et pas de la prévention. C’est un peu bête mais c’est comme ça. Et surtout, la prévention, beh ça prend du temps. Et donc, quand on a quelque chose que légalement on ne peut pas facturer et qui prend du temps, ça devient tout de suite un gros frein, donc voilà, à moins de revoir la nomenclature pour permettre, justement, des actes de prévention. (...) il y a un peu de ça puisque techniquement le médecin, sa compétence c’est le soin, c’est le curatif. Normalement la prévention, c’est quelque chose qui dépend de la santé publique mais après, ce n’est pas possible de toucher tout le monde de cette façon-là parce que les spots à la télé, c’est bien beau mais tout le monde ne les regarde pas forcément et puis, surtout, il y a des actions de prévention qui ne sont pas aussi généralisables.**” Dr G

Extrait N°3 : “Je trouve qu’on est bien formés mais (...) je n’ai pas l’impression au final, d’un point de vue objectif, je pense que le travail que je fais est bon mais **je me sens pas systématique, j’ai toujours l’impression d’oublier quelque chose. C’est peut-être lié au fait que c’est quelque chose qu’on ne fait pas tous les jours. Il y a beaucoup de choses qu’on fait régulièrement. C’est un peu moins fréquent. Donc il y a cet aspect-là d’un besoin d’une certaine régularité, d’une certaine systématique et de l’autre côté, je trouve qu’il y a des différences interindividuelles au niveau de la pratique entre les médecins généralistes et gynécos mais même entre les médecins généralistes ou entre les gynécos, et des suivis des recommandations qui sont hyper aléatoires et des recommandations qui font parfois le grand écart. Donc, c’est vrai que ce n’est pas forcément évident, je pense qu’au niveau formation, il y a des recommandations qui demandent déjà d’être affinées et ça mérite qu’on se mette un peu d’accord sur ce qu’on fait aussi.**” Dr I

5) Perception des généralistes du rôle des différents intervenants

5.1. Rôle du médecin généraliste

Comment les médecins généralistes et assistants en médecine générale perçoivent-ils leur rôle dans la consultation préconceptionnelle actuellement ?

Les médecins généralistes se sentent concernés par la prévention préconceptionnelle et le travail éducatif des patients qui leur semble réalisables et peu coûteux vu leurs nombreuses occasions de voir les patients pour d’autres motifs. Ils estiment avoir un rôle à jouer au moins autant que le gynécologue et la sage-femme.

Ce rôle est facilité par leurs grandes accessibilité et disponibilité par rapport aux spécialistes mais surtout par leur meilleure connaissance de leurs patients quant à la prise d’un traitement

chronique, les antécédents médicaux personnels et familiaux ainsi que le milieu socio-économique.

Extrait N°1 : “ (...) *c’est vraiment de la **médecine générale pure** je trouve.*” Dr B

Extrait N°2 : “*Préconceptionnel, je pense que c’est **plutôt le rôle du médecin traitant** parce qu’on a plus de temps généralement pour en discuter, **on connaît mieux la patiente, ses antécédents, les antécédents familiaux aussi.** On connaît aussi parfois le compagnon de la patiente. **On connaît tous les autres aspects de la santé, la thyroïde, les machins, tous les trucs qu’on gère en général.** Je pense que ça aurait plus de sens à la limite que le médecin traitant s’occupe en préconceptionnel (...)*” Dr J

Extrait N°3 : “*Je trouve que ça relève **autant du généraliste que du gynéco et de la sage-femme** mais par contre, je trouve qu’on a **moins l’occasion que le gynéco** qui voit la patiente une fois tous les ans ou tous les 3 ans pour le frottis. Et du coup, ça fait partie de la consultation gynéco d’en parler, “Tiens, vous avez des projets d’enfants ? Toujours le même partenaire ?”. Je pense que dans une consultation de gynéco, **c’est d’office amené.** (...)” Dr M*

Extrait N°4 : “*Le médecin généraliste est le médecin de famille donc, on a cette chance-là, **on est dans les familles.***” Dr L

5.2. Rôle du gynécologue et de la sage-femme

Comment les médecins généralistes et assistants en médecine générale perçoivent-ils le rôle du gynécologue et de la sage-femme dans les consultations préconceptionnelles actuellement ?

Le rôle du gynécologue et de la sage-femme dans la prévention préconceptionnelle est globalement reconnu par les médecins généralistes interrogés. Cependant, les généralistes prennent conscience de leur méconnaissance du champ d’action, de l’accessibilité et du cadre légal des consultations de la sage-femme. La confiance des médecins généralistes interrogés à l’égard des compétences des sages-femmes est fortement variable.

Concernant la consultation chez le gynécologue, les délais d’attente leur semblent entraver le recours aux consultations préconceptionnelles mais les généralistes interviewés dans ce travail ignorent quelles sont les habitudes de consultation des couples avant la conception. Ils ne savent pas non plus si le gynécologue dispose du temps nécessaire pour prodiguer les conseils préconceptionnels proactivement lors des contrôles de routine ou lors des autres consultations.

Extrait N°1 : “- Est-ce que ça pourrait être le rôle des sages-femmes ? - Moi, je n’ai pas envie de leur déléguer cette prévention. **Nous avons un rôle central.**” Dr A

Extrait N°2 : “Mais je trouverais ça vraiment intéressant d’inclure les sages-femmes comme autre chose que les accessoires des gynécos parce qu’elles ont une formation qui est très complète. (...) Je verrais carrément **une sage-femme intégrée dans des équipes pluridisciplinaires.**” Dr I

Extrait N°3 : “(...) Pas qu’ils ont plus confiance mais ils se disent que c’est le médecin spécialisé dans ce domaine-là donc il en saura peut-être plus que le généraliste. Je pense qu’ils ont confiance en leur généraliste aussi mais que voilà, c’est le domaine du gynéco et ils vont voir la personne qui est spécialisée là-dedans. (...) Mais peut-être qu’elles voient le gynéco aussi, ça je ne sais pas. **Gynéco c’est un peu le médecin généraliste de la femme** hein finalement quand elles sont jeunes et qu’elles n’ont pas trop besoin de nous. Une jeune femme n’a pas forcément besoin du généraliste. (...) il n’y a rien à faire, **le gynéco c’est une institution.**” Dr M

6) Bénéfices de la consultation préconceptionnelle perçus par les généralistes

Lors des entretiens, les médecins généralistes et assistants en médecine générale affirment que la consultation préconceptionnelle relève de la prévention primaire, élémentaire et est tout à fait faisable en médecine générale. La grossesse et le désir de grossesse sont perçus comme une opportunité, un moment clé pour sensibiliser les couples notamment concernant le sevrage tabagique et alcoolique. Ils mentionnent également le manque actuel de mise en garde concernant une potentielle grossesse lors de certains diagnostics ou de certaines prescriptions médicamenteuses.

Néanmoins, un questionnement subsiste. La prévention préconceptionnelle doit-elle concerner tous les couples sans exception ou doit-elle s’adresser aux populations plus précarisées ou encore aux couples avec des antécédents connus, prenant des traitements contre-indiqués pendant la grossesse ? Les médecins émettent aussi une réserve quant à la plus-value de cette prévention préconceptionnelle qui ne leur semble pas totalement démontrée actuellement.

Extrait N°1 : “**Il devrait y en avoir un peu plus puisque des pathologies qui pourraient faire que la grossesse est plus à risque**, à ce moment-là, idéalement, il vaut mieux prendre les devants (...) Mais ça, je pense qu’on ne le fait pas assez. **On n’informe pas assez les patientes qu’avec certains traitements il faut faire attention, avec certaines maladies**, il faut faire attention. Il y a des choses pour lesquelles on le fait très bien. Je suis certain que personne ne passe à côté d’un roaccutane ou un truc comme ça mais pour d’autres choses, je pense qu’on a un peu de travail à faire. (...) Alors, je pense que dans **justement les populations qui auraient des grossesses d’emblée à risque ou contre-indiquées** à

*cause de certains médicaments, ça devrait franchement être encouragé. Est-ce que ça doit être fait chez tout le monde ? Je ne suis pas forcément sûr. (...) Pour le préconceptionnel pur et dur, à nouveau, je pense que du **préconceptionnel**, c'est nécessaire dans certains cas mais ça ne concerne qu'une **fraction limitée des patientes** mais une consultation périconceptionnelle en tout début de la grossesse, dès qu'il y a une suspicion de grossesse, ça c'est quelque chose qui pourrait être un petit peu plus renforcé.” Dr G*

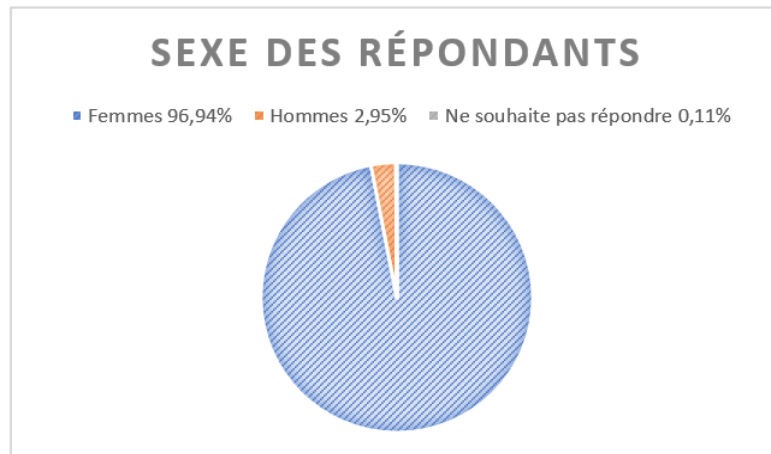
Extrait N°2 : *“Moi, je pense que **ça a du sens** pour deux choses **ne fût-ce que pour reparler du tabac** chez les patients fumeurs. Je pense que **c'est vraiment un bon moyen d'essayer de les sensibiliser au tabac**, c'est **via le désir de grossesse**. Et alors, pour vérifier qu'il n'y ait pas de carence avant la conception. C'est trop bête qu'il y ait une carence en iode, en n'importe quoi, en acide folique et que ça ait des conséquences sur l'embryon alors qu'on peut très bien avec un traitement de plusieurs semaines, plusieurs mois, rétablir pas mal de choses. Je pense que ça a du sens.” Dr J*

Extrait N°3 : *“Mais oui parce que c'est vrai que **ça devrait être plus systématique** parce qu'il y a des maladies héréditaires, ... (...) La famille, on les connaît, on sait quand même dans la famille ce qu'il y a. Le gynécologue, il ne sait pas ça donc je crois que **ça doit faire partie des premières consultations** mais quand elles sont enceintes, c'est déjà trop tard. (...) je crois que c'est **quelque chose de fondamental parce qu'après, quand on est enceinte, il est trop tard**. Donc, c'est bien d'aborder ce sujet-là. **Il y a plein de choses à faire.**” Dr L*

Extrait N°4 : *“Oui, oui, moi je trouve que ça devrait faire partie ... **les gens devraient penser à venir chez leur médecin traitant avant un désir de grossesse**, se dire “Voilà, je vais en parler, voir s'il y a quelque chose à faire”. (...) Moi, je trouve, **pour tout le monde**. Mais peut-être qu'elles voient le gynéco aussi, ça je ne sais pas. (...) Maintenant, ce qu'il faudrait faire comme étude, mais je pense que oui, mais **est-ce qu'il y a une réelle plus-value à faire des consultations préconceptionnelles** ? Ce serait le sujet d'un autre TFE. Mais, est-ce qu'il y a vraiment un plus à le faire ? Voilà, c'est une autre question.” Dr M*

B) Approche quantitative

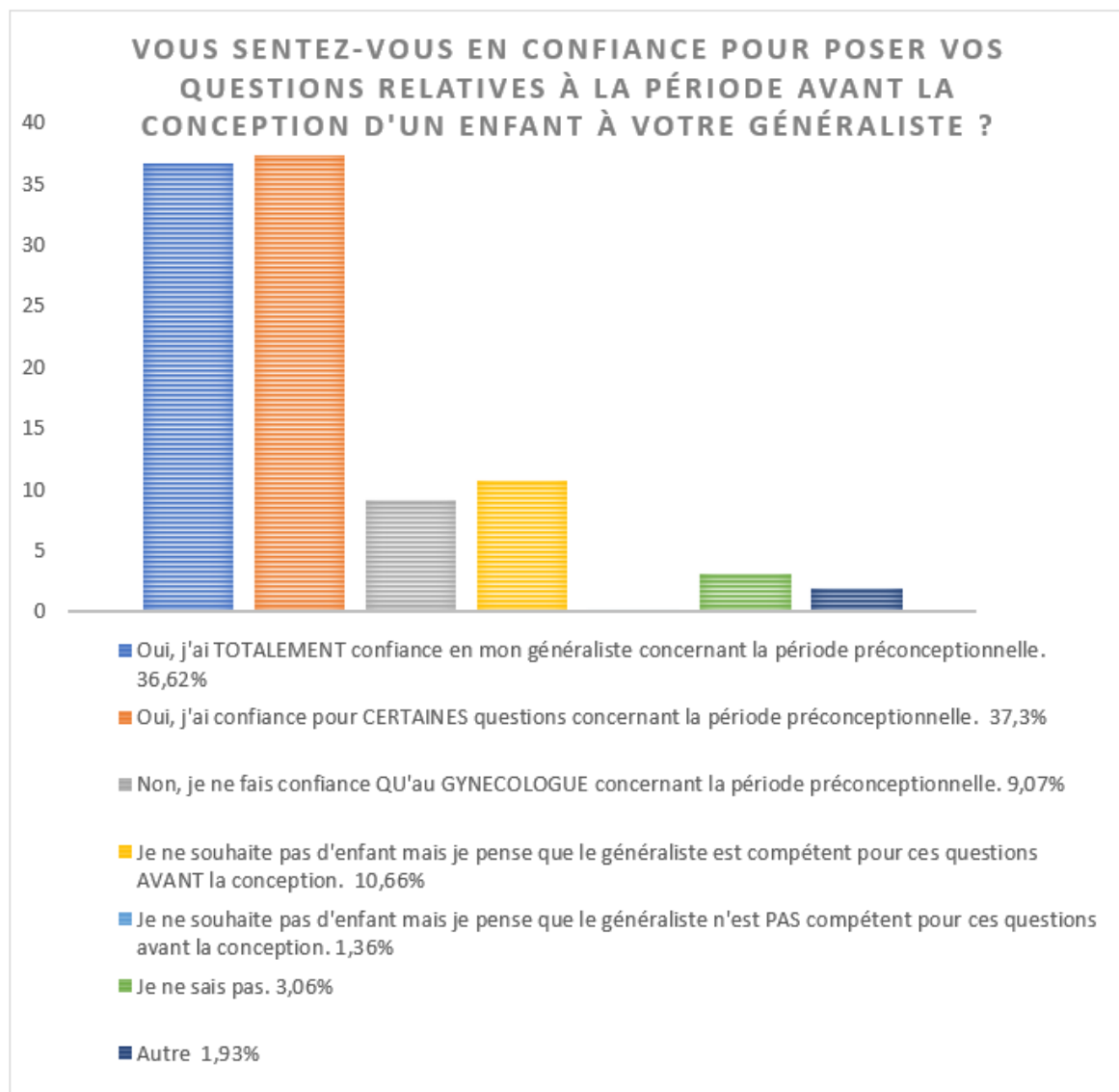
1) *Expériences et habitudes des patients en période préconceptionnelle*



Graphique 1. Répartition du nombre de réponses en fonction du sexe des répondants.

Les expériences et les habitudes des patients en période préconceptionnelle ont été investiguées grâce à un questionnaire LimeSurvey diffusé en ligne sur les réseaux sociaux dans des groupes mixtes. Pourtant, seulement 26 hommes ont répondu au questionnaire, 855 femmes ont répondu, pour un total de 882 réponses complètes, rendant une analyse comparative entre le groupe des hommes et celui des femmes peu pertinente car peu significative et peu représentative. 385 abandons lors du remplissage du questionnaire sont finalement notifiés. La majorité des répondants avait entre 26 et 40 ans (55,21%) et avait connu une ou plusieurs grossesses (86,17%). (Annexe 7 et graphique 1)

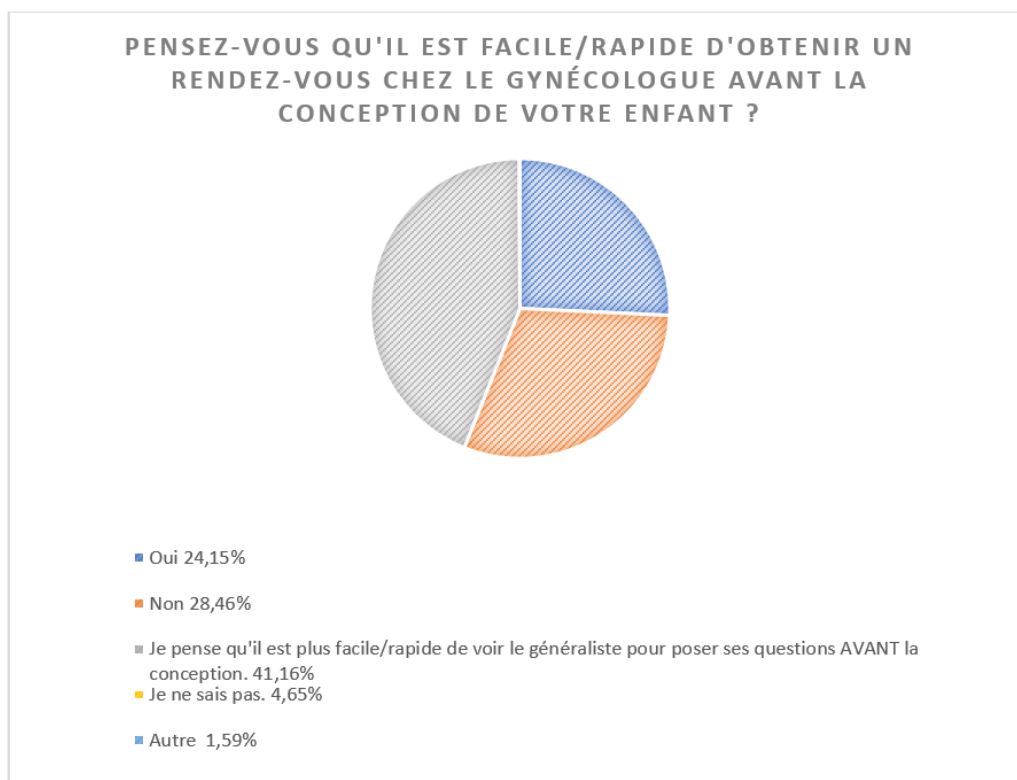
Les résultats de ce questionnaire mettent en exergue la grande confiance des patients envers le médecin généraliste concernant les questions liées à la grossesse et à la préconception. (Annexe 7 et graphique 2)



Graphique 2. Confiance des répondants concernant les questions relatives à la préconception.

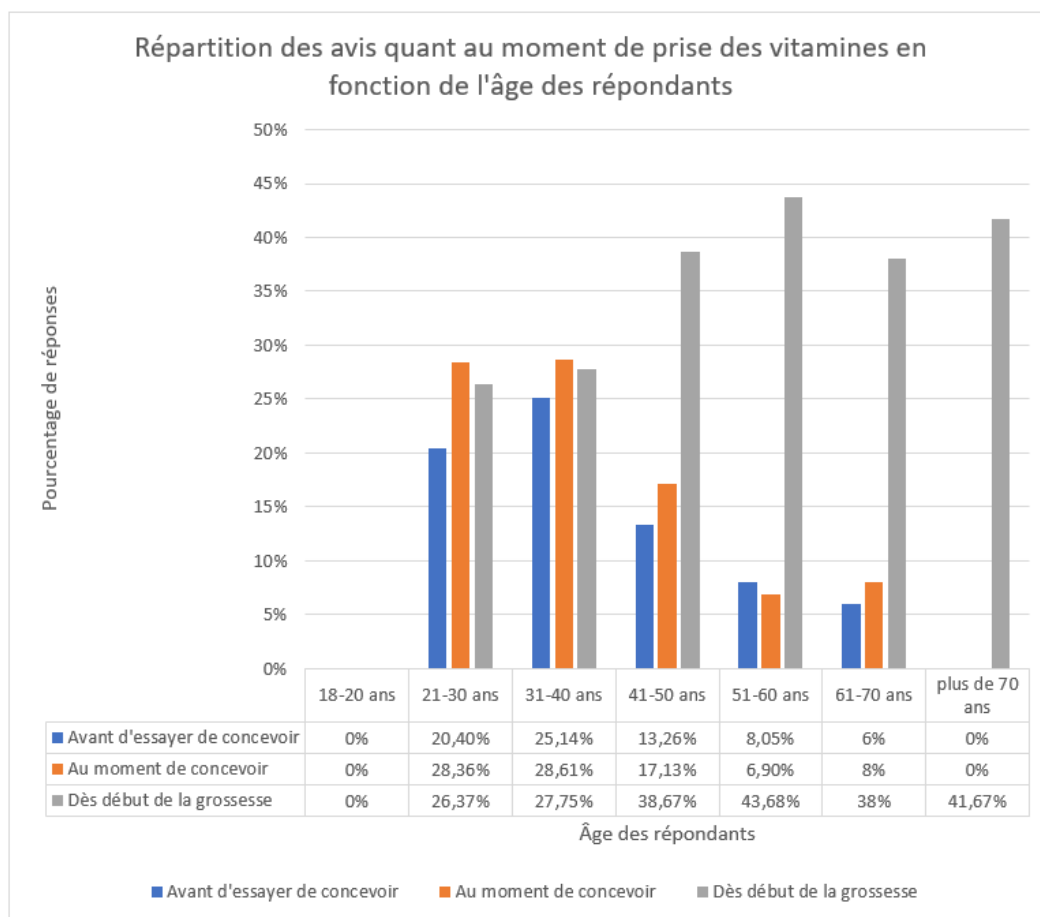
Pour cette question, on peut également mettre en évidence que les patients ayant déjà connu au moins une grossesse sont proportionnellement plus nombreux à ne faire confiance qu'en leur gynécologue concernant les questions relatives à la grossesse par rapport aux patients n'ayant jamais connu de grossesse (12,24% versus 6,56%). Par contre, le pourcentage est quasiment identique entre les deux groupes (ceux qui ont connu au moins une grossesse et ceux qui n'en ont pas connu) concernant les questions relatives à la période préconceptionnelle ; respectivement 9,08% et 9,02% ne font confiance qu'en leur gynécologue. (Annexe 7)

L'accessibilité des gynécologues en période préconceptionnelle est discutée selon les participants à cette étude. Cependant, ces derniers s'accordent quant à la plus grande accessibilité des médecins généralistes pour une consultation préconceptionnelle. (Annexe 7 et graphique 3)



Graphique 3. Avis des répondants concernant l'accessibilité des gynécologues et des généralistes.

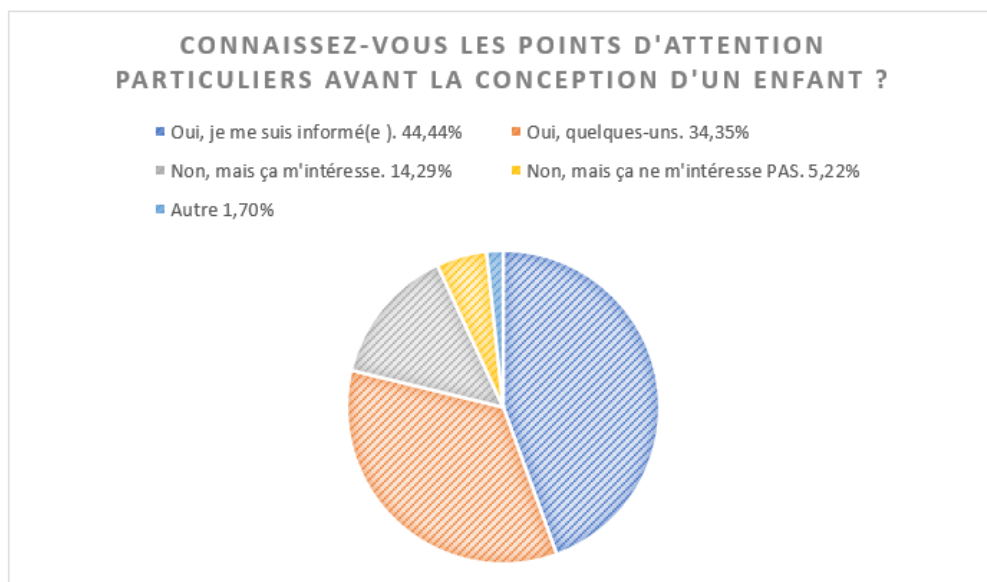
Concernant les comportements actuels des patients en période conceptionnelle, plusieurs tendances apparaissent. D'une part, on observe que plus les patients sont âgés, plus ils sont d'avis que la prise de vitamines spécifiques doit être instaurée au début de la grossesse. Plus les patients sont jeunes, plus ils sont nombreux à penser que ces vitamines doivent être prises avant les essais ou dès le début des essais pour concevoir un enfant. (Annexe 7 et graphique 4) D'autre part, le pourcentage de patients affirmant avoir fait ou faisant déjà tous les efforts cités (alimentation, sport, sevrage alcoolique, tabagique et drogues, médicaments) en période conceptionnelle est stable dans les différentes strates d'âge oscillant entre 25% et 34%. (Annexe 7). Le pourcentage de patients affirmant ne pas adopter de changement de comportements en période conceptionnelle est stable également, oscillant entre 10% et 13%. (Annexe 7)



Graphique 4. Répartition des avis quant au moment de prise des vitamines en fonction de l'âge des répondants.

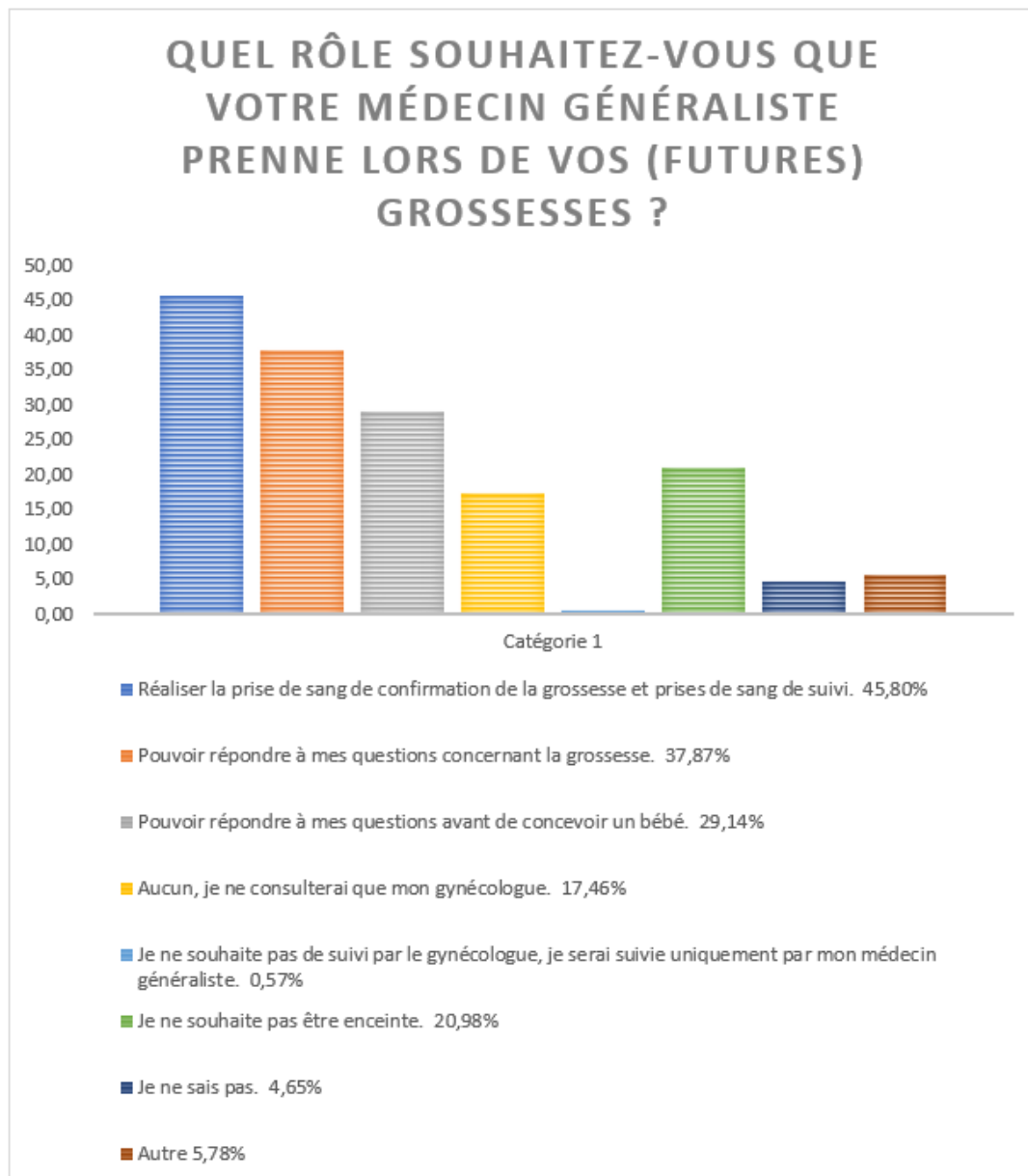
2) Attentes des patients pour la prévention préconceptionnelle

Plus de 90% des répondants au questionnaire se disent intéressés par la santé préconceptionnelle (93,08%). Et nombre d'entre eux se sont même déjà informés à ce sujet (44,44%). (Annexe 7 et graphique 5)



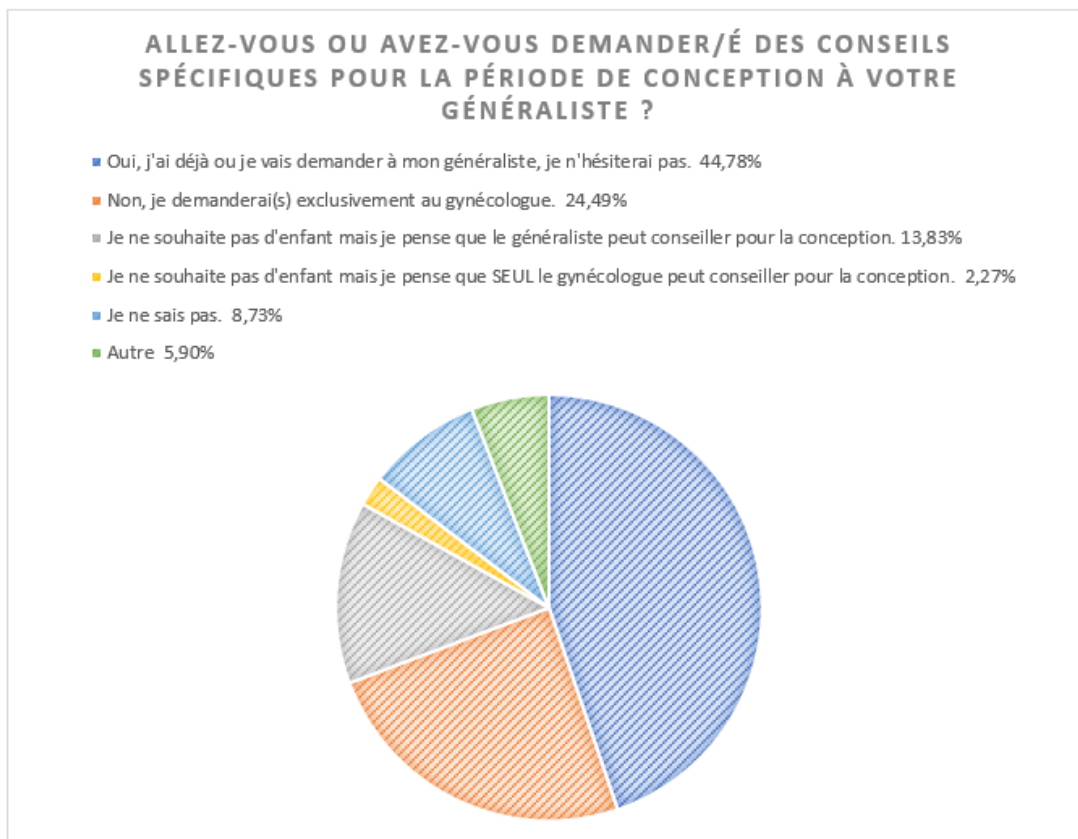
Graphique 5. Intérêt des répondants concernant la santé préconceptionnelle.

Quant au rôle du médecin généraliste attendu par les patients, les participants souhaitent que leur généraliste puisse répondre à leurs questions relatives à la grossesse (pour 37,87% d'entre eux) mais aussi à leurs questions avant de concevoir un enfant (pour 29,14% d'entre eux). (Annexe 7 et graphique 6)



Graphique 6. Rôle du généraliste attendu par les répondants.

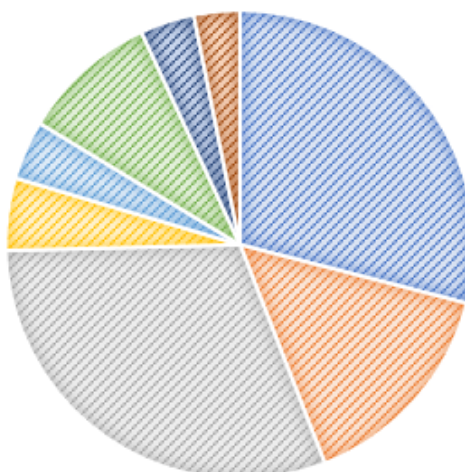
Seulement ¼ de l'échantillon environ (26,76%) consulterait exclusivement le gynécologue pour des conseils préconceptionnels. Alors que de nombreux répondants (58,61%) se disent prêts à en parler avec leur médecin généraliste ou l'a déjà fait. (graphique 7) Uniquement 29,02% des répondants à cette enquête ne consulteraient pas ou n'ont pas consulté le gynécologue avant la conception, bien que près de 5% n'a pas su obtenir un rendez-vous préconceptionnel chez le gynécologue. (Annexe 7 et graphique 8)



Graphique 7. Demandes de conseils préconceptionnels spécifiques auprès du généraliste.

AVEZ-VOUS OU ALLEZ-VOUS DEMANDÉ/ER DES CONSEILS LORS DE LA PÉRIODE DE CONCEPTION À VOTRE GYNÉCOLOGUE ?

- Oui, AVANT d'essayer de concevoir. 29,02%
- Oui, PENDANT les essais pour concevoir. 15,08%
- Non, je verrai/j'ai vu le gynéco à la première écho et pas avant. 30,50%
- Non, je n'ai pas su avoir un rendez-vous chez le gynéco avant de tomber enceinte. 4,99%
- Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense qu'il faut voir le gynéco AVANT de concevoir. 4,08%
- Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense qu'il n'est PAS nécessaire de voir le gynéco avant de concevoir. 9,41%
- Je ne sais pas. 3,74%
- Autre 3,17%



Graphique 8. Consultations chez le gynécologue.

Remarque : Les résultats des questions relatives aux antécédents de fausses couches, d'interruption de grossesse ou de grossesses extra-utérines et au rôle du médecin généraliste durant la grossesse se sont finalement révélés peu contributifs. Ils ne sont donc pas discutés dans le chapitre de présentation des résultats mais sont disponibles dans l'annexe 7.

Seconde interrogation : Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?

A) Approche qualitative

Intérêt des médecins généralistes pour des outils d'aide à la consultation préconceptionnelle

1) Outils permettant d'encourager les patients à venir en consultation

Quels sont les potentiels leviers d'action visant la promotion de la santé préconceptionnelle auprès des patients ? Comment encourager les patients à consulter en période préconceptionnelle ?

Les médecins généralistes et assistants en médecine générale interrogés suggèrent diverses pistes de diffusion de l'information à ce sujet reprises dans la figure suivante. Ils sont d'avis que le message adressé aux patients par ces actions doit être un message clé. Ils insistent sur la clarté et la concision de celui-ci. Selon les médecins, l'essentiel de la promotion de la santé préconceptionnelle doit passer par une diffusion plus large des informations relatives à la préconception.



Figure 5. Actions potentielles proposées par les médecins généralistes interrogés pour encourager les patients à venir consulter en période préconceptionnelle.

Extrait N°1 : “Avec une **affiche en salle d’attente** déjà. C’est une très très bonne idée. En salle d’attente ou dans le cabinet. Franchement, moi je trouve que c’est une **affiche qui pourrait se retrouver sur un panneau de bus** ! (...) Maintenant, tout le monde a un téléphone et même les gens vraiment pauvres, ils ont un téléphone et ils ont un accès internet, ils ont un accès aux **réseaux sociaux**. Donc c’est un moyen aussi de faire de la prévention, oui tout à fait, **sans devoir passer par le médecin, sans une consultation qui est payante**. Oui je pense que ça a du sens. (...) **En parler, le montrer, diffuser.**” Dr F

Extrait N°2 : “Je pense que pour viser la population plus jeune, c’est quelque chose qui est fort consulté donc pourquoi pas, ou même un spot télé ou **quelque chose d’assez clair, de bref, sans trop de détails**. Mais oui, tout à fait, au niveau des médias, ça pourrait être intéressant pour toucher cette population plus jeune.” Dr H

Extrait N°3 : “- Est-ce que tu penses que du contenu, de l’information devrait se retrouver sur les réseaux sociaux, sur internet, dans les médias pour informer les jeunes qui vont concevoir ?
- **Oui, oui parce que c’est beaucoup plus accessible qu’un médecin traitant.**” Dr I

Extrait N°4 : “Des **projets de santé communautaire type soirées d’information sur la préconception** “Vous allez devenir parents, à quoi penser ?”, une soirée d’échanges et d’informations. Ça peut être vraiment chouette mais je pense que les maternités organisent déjà ça et les sages-femmes aussi, il n’y a **pas de raison que ça n’existe pas dans les structures de première ligne comme les maisons médicales.**” Dr I

2) Outils permettant d’encourager les médecins à aborder le sujet avec leurs patients

Quels outils pourraient aider les médecins généralistes dans leur pratique actuellement ? Comment pourrait-on encourager les médecins à aborder le sujet de la préconception avec leurs patients en l’absence de questionnement de la part de ces derniers ? Ces questions doivent-elles faire partie de l’anamnèse systématique ?

Des pistes multiples sont mentionnées lors des entretiens des médecins généralistes qui privilégient une démarche proactive de la part du soignant. La figure suivante tâche de les reprendre.

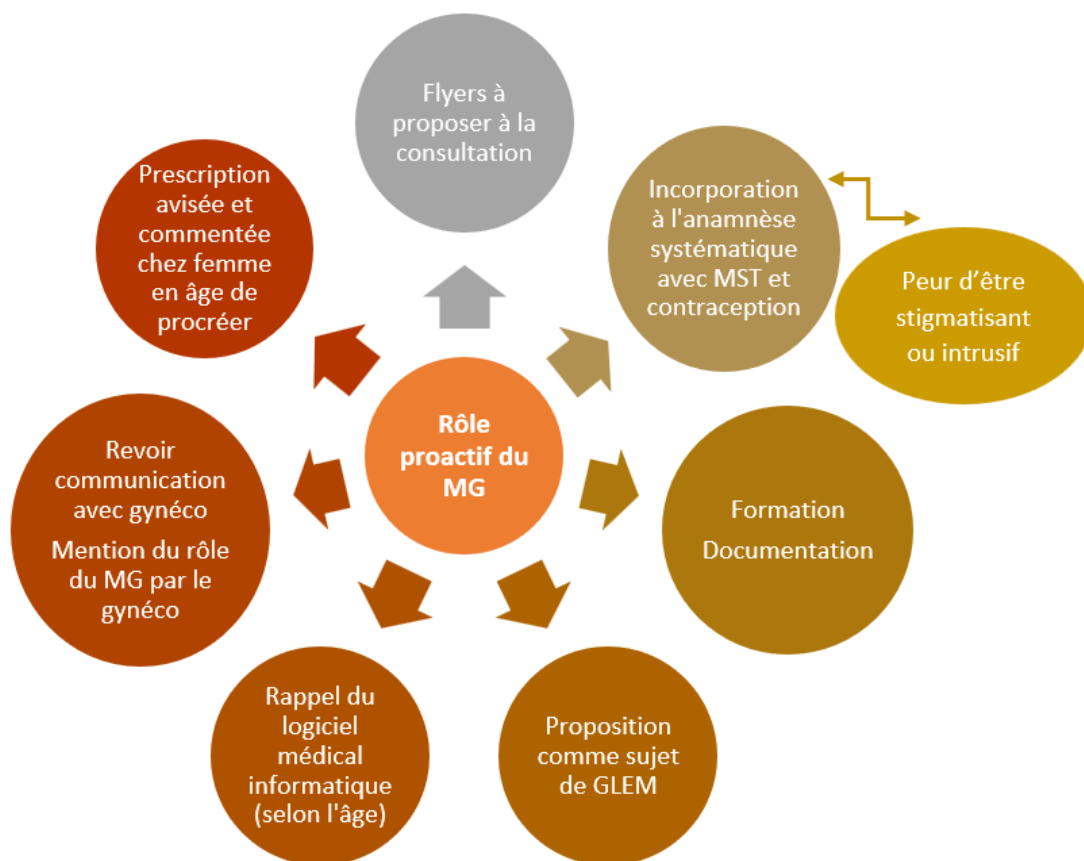


Figure 6. Actions potentielles proposées lors des entretiens des médecins généralistes pour les encourager à aborder le sujet préconceptionnel avec leurs patients.

Extrait N°1 : “Peut-être que le **médecin peut poser la question dans son anamnèse** chez les jeunes femmes etc. **Peut-être amener le sujet** comme on devrait plus aborder la sexualité des patients. Amener le sujet bébé. Après, ce n’est **pas toujours facile**. Moi, je trouve que ce ne serait pas d’office facile. “Vous êtes une femme de 25 ans, est-ce que vous avez envie d’avoir des bébés ?” : **C’est un peu stigmatisant** aussi je trouve. (...) Oui, peut-être **un peu intrusif** et puis, c’est **tout de suite présumer qu’une jeune femme a besoin d’avoir des enfants**. C’est peut-être un peu mettre les mots dans la bouche du patient aussi.” Dr E

Extrait N°2 : “(...) peut-être proposer ça dans un GLEM. C’est vrai que la **consultation préconceptionnelle**, on pourrait faire ça comme sujet de GLEM.” Dr L

Extrait N°3 : “En parler à 16 ans, quand on fait le vaccin, c’est un peu tôt je trouve. En fait, le problème, c’est qu’on ne voit pas toujours ces jeunes femmes entre 20 et 30 ans. Je ne sais pas. Oui bien, comme tu dis, l’incorporer dans la prévention en fonction de l’âge. On rajoute ça. Autant, on pense aux MST pour les jeunes, autant on pourrait avoir cette question en plus. (...) Et ce serait bien aussi une **prévention au niveau médicamenteux** parce que nous, **on est censés, quand on a une jeune femme en âge de procréer devant nous, on doit toujours prescrire, de principe, comme si elle était enceinte**. On

doit toujours penser comme ça. Donc, ce serait bien de **donner l'information aussi**, dire "Attention si vous avez des projets de grossesse, attention à ce médicament." ça, ça peut se faire lors de la consultation aussi, c'est important." Dr M

3) Intérêt des généralistes pour un canevas pour la consultation préconceptionnelle

Les médecins généralistes et assistants en médecine générale interrogés dans le cadre de ce travail s'accordent pour dire qu'ils souhaiteraient un outil d'aide à la consultation consistant en une **fiche technique pour le médecin généraliste** basée sur l'EBM et idéalement validée par un expert.

Cette fiche technique devrait être claire, structurée, exhaustive, facilement exploitable et rapidement disponible. Elle devrait comporter des recommandations pratiques et surtout mentionner les éléments pertinents et nécessaires pour un bilan biologique préconceptionnel. Cet aspect biologique préconceptionnel suscite de nombreux questionnements pour les médecins généralistes en ce qui concerne le contenu coché et sa pertinence. Ils sont très intéressés par un tel outil.

Extrait N°1 : "Je crois que je préférerais avoir quelque chose pour m'aider, car je pense que je ne sais pas la moitié de ce qu'il faut dire. **L'information que je vais donner, ne sera pas exhaustive et complète.** Donc j'aurais tendance à donner les conseils que je connais mais il en manquerait sûrement. (...) Je crois qu'**une espèce de fiche technique pour le médecin généraliste**, ça peut être pas mal ou alors des **références, des choses claires et précises qui sont faciles à exploiter et disponibles rapidement.**" Dr C

Extrait N°2 : "Et **qui se base aussi sur l'EBM.**" Dr J

Extrait N°3 : "Je pense que **ce qui est compliqué, c'est de penser à tout** donc je pense qu'**il faudrait une petite checklist à la limite, ne fût-ce que pour savoir quoi cocher sur une bio** par exemple. Est-ce que tout a du sens, pas de sens ? ça, ça vaudrait la peine. Moi, je pense que **c'est surtout ça qui pose problème.**" Dr J

B) Recherche-Action

Evaluation de l'impact de la présence d'une affiche de promotion de la santé préconceptionnelle en salle d'attente

Fin du mois d'avril 2022, après 3 mois d'affichage, j'ai recontacté les généralistes interrogés pour leur poser ces deux questions concernant l'affiche proposée pour la salle d'attente. *Avez-vous eu des retours ou des questions en lien avec cette affiche ? Cette affiche vous a-t-elle permis de faire une consultation préconceptionnelle avec un patient qui l'avait vue ?*

Les 13 généralistes ont répondu par la négative à ces deux questions. Après 3 mois d'affichage en salle d'attente, cette "publicité" pour la promotion de la santé préconceptionnelle n'a suscité quasiment aucune réaction ni question de la part des patients des médecins généralistes. Elle n'a pas non plus encouragé les consultations préconceptionnelles à la demande des patients.

Discussion

Synthèse des résultats

Conformément aux résultats et aux conclusions du TFE du Dr Streel concernant la prise en charge préconceptionnelle en médecine générale en 2011, mes recherches confirment que les patients sont globalement intéressés par la santé préconceptionnelle même si, actuellement ils sont peu demandeurs de consultations préconceptionnelles en pratique en l'absence de difficultés pour concevoir. (44) Ils ont une grande confiance envers leur médecin généraliste concernant leurs questions relatives à la grossesse et à la période préconceptionnelle. À titre d'exemple, en 2008, 98% des couples interrogés dans le cadre d'une étude avaient déjà signalé un ou plusieurs facteurs de risques préconceptionnels pour lesquels au moins un conseil personnalisé par le médecin généraliste était indiqué selon eux. (14)

Les médecins généralistes se sentent concernés du fait de leur disponibilité, de leur grande accessibilité, confirmée par les patients intégrés dans l'étude, et de leur meilleure connaissance de leurs patients. Ils sont intéressés et conscients de leur rôle proactif indispensable pour cette prévention préconceptionnelle et pour la diffusion d'un message clair et concis. Ils l'étaient déjà en 2011 mais peu de bilans préconceptionnels étaient faits en pratique, ce qui est toujours le cas actuellement. (44)

La promotion de la santé préconceptionnelle par les médecins généralistes constitue également une des interventions attendues par les patients aujourd'hui. La majorité des patients interrogés dans ce travail a déjà ou compte consulter le médecin généraliste à ce sujet

De nombreux freins à la consultation préconceptionnelle sont identifiés dans les entretiens semi-dirigés des généralistes et correspondent aux difficultés mises en exergue dans la littérature ces dernières années ; les contraintes de temps de consultation, le manque de connaissances et de ressources des patientes, le manque de formation du médecin, la difficulté d'identifier les couples qui planifient une grossesse, le manque fréquent de prise en compte des habitudes de vie du papa. (15) En l'espace d'une dizaine d'années, les choses ont donc peu évolué. (44)

Cependant, ces deux dernières années, la pandémie a bouleversé nos pratiques et une "barrière covid" s'est installée et est venue renforcer la tendance générale à s'occuper de l'urgence et du curatif laissant encore moins de place à la prévention.

Contrairement aux résultats obtenus par Dr Streel dans son TFE, les généralistes interviewés se questionnent quant à la plus-value exacte et démontrée de la prévention préconceptionnelle même s'ils reconnaissent que le désir de grossesse et la grossesse sont des moments tout à fait privilégiés pour sensibiliser et reparler de certains sevrages avec leurs patients tels que les sevrages tabagique et alcoolique confirmant les données de la littérature. (1, 46, 47 et 48) Ils s'interrogent à propos de la population qui doit être ciblée par cette prévention préconceptionnelle, si cela doit concerner tous les patients en âge de procréer ou seulement les patients précarisés ou ayant des antécédents médicaux et prenant des médicaments contre-indiquant une grossesse. Mais aucun d'eux ne mentionne les patients très jeunes dans leur interview. A contrario, les travaux du Dr Streel identifient spécifiquement les femmes jeunes et issues d'un milieu socio-économique défavorisé comme une population à sensibiliser en priorité. (44)

D'autre part, dans mon étude, certains médecins, minoritaires, font mention de la santé du conjoint en période préconceptionnelle, ce qui n'est pas le cas des travaux du Dr Streel. (44) Rares sont les articles dans la littérature qui ne délaissent pas le sujet de la santé du conjoint durant cette période pourtant cruciale. (4, 15 et 39) Ce TFE souhaitait vraiment les inclure dans le questionnaire adressé aux patients et dans les discussions avec les médecins.

Dans les entretiens, les médecins généralistes ont mentionné à plusieurs reprises la prudence, devant absolument être renforcée, avec laquelle il convient de choisir et d'expliquer nos diverses prescriptions médicamenteuses aux patients en âge de procréer. Ainsi, l'article très récent de La Revue Prescrire révèle à quel point les jeunes femmes sont encore trop exposées aux médicaments durant leur grossesse et nous interpelle avec ces chiffres ; "environ 3 femmes sur 5 ont été exposées à des médicaments dans les semaines précédant la conception, la moitié des femmes ayant été exposées à au moins 8 médicaments durant leur grossesse et seulement 13% des femmes ont reçu une prescription d'acide folique durant les 3 mois précédant la conception contre 46% lors du premier trimestre (étude menée en France entre 2015 et 2016 sur 17 000 femmes)". (36, 37, 46)

Ces chiffres doivent nous interpeller et faire évoluer nos pratiques.

Critique de l'étude

Le fait d'avoir réalisé une étude mixte, à la fois qualitative et quantitative a permis un relevé de nombreuses données très intéressantes, issues du questionnement des soignants mais aussi des patients. Cela constitue une des forces de ce travail. La méthodologie choisie était donc cohérente par rapport à la question de recherche et le protocole initialement établi a bien été appliqué et respecté.

Le sujet de recherche a globalement suscité de l'intérêt de la part des médecins et des patients, ce qui était un des mes objectifs.

Les données récoltées constituent en effet une amorce de réponse aux interrogations posées dans la question de recherche de ce travail et confirment mon hypothèse initiale concernant le rôle du médecin généraliste en préconceptionnel. Mais elles ouvrent également d'autres perspectives de recherche et proposent des pistes concrètes d'amélioration telles que la fiche technique d'aide à la consultation préconceptionnelle développée pour les médecins généralistes (disponible dans l'annexe 3).

A contrario, en avançant dans ce travail, j'ai réalisé que les questions relatives au rôle du médecin généraliste durant la grossesse ne répondaient pas à ma question de recherche initiale et devaient faire l'objet d'un sujet et d'une recherche dédiés. J'ai donc exclu de mes résultats les données concernées issues des entretiens et des réponses au questionnaire (toujours disponibles dans l'annexe 6 et 7). Le travail qualitatif avec les entretiens des médecins a en effet permis une certaine remise en question et un recadrage quand ils étaient nécessaires.

Cependant, les biais inhérents à ce travail sont multiples. Nous observons tout d'abord plusieurs biais concernant l'échantillonnage des patients ayant répondu au questionnaire en ligne. Les hommes ont en effet très peu répondu et la très grande majorité des femmes avaient déjà eu au moins une grossesse, ce qui limite les analyses comparatives significatives et représentatives qui peuvent être réalisées pour ces groupes de population. De plus, un biais de sélection majeur apparaît dans la méthode de diffusion du questionnaire LimeSurvey adressé aux patients en ligne, via les réseaux sociaux (Facebook et e-mails). Il s'agit de la "fracture numérique" qui exclut de nombreuses personnes et limite fortement l'accès à ce questionnaire. Je mentionne également la disponibilité et la volonté de chacun des patients et des médecins de participer à l'étude qui peuvent être limitantes. Plus de 380 patients ont ainsi abandonné le remplissage du questionnaire et plusieurs médecins ont refusé d'être interviewés par manque de temps restreignant ainsi le nombre total d'entretiens des médecins généralistes et assistants en

médecine générale. La saturation des données n'a donc pas pu être atteinte en ce qui concerne les entretiens des généralistes, constituant une des limites de ce travail. Cependant, la taille de l'échantillon obtenu pour le questionnaire destiné aux patients s'est avérée suffisante dans le cadre de ce travail.

Le questionnaire utilisé pour l'enquête auprès des patients n'était pas un questionnaire préalablement validé. Certaines questions ont probablement fait l'objet d'une mauvaise compréhension pour quelques répondants. La construction du questionnaire aurait dû davantage tenir compte de la récolte des données et du type de questions/réponses pour plus de facilité dans leur analyse.

Ensuite, la fiche technique développée comme un outil d'aide à la consultation préconceptionnelle pour les généralistes n'a bénéficié de la relecture que d'un seul spécialiste gynécologue-obstétricien, les autres ayant refusé de la relire par manque de temps ou n'ayant simplement pas donné suite. Cette fiche technique fait cependant l'objet d'une proposition de soumission comme sujet d'étude auprès du KCE qui ne valide que ses propres travaux.

Plusieurs biais peuvent également être reliés à l'affiche proposée aux médecins pour la salle d'attente tels que la réalisation de l'affiche (couleur et taille), le lieu d'affichage et la présence de nombreuses autres affiches ou informations.

Enfin, ce travail n'a pas investigué le rôle des autres acteurs de la périnatalité tels que les kinésithérapeutes, les sophrologues, les psychologues, les doulas, etc.

Ma recherche bibliographique s'est effectuée du 01/08/2021 au 28/04/2022.

Mise en perspective

Une validation experte ou plurielle de la fiche technique pour la consultation préconceptionnelle en médecine générale et sa diffusion serait une perspective d'accomplissement de ce travail de fin d'études. On pourrait aussi imaginer développer un module sur ce sujet par exemple avec la SSMG. Je serais motivée à l'idée de m'engager dans un tel projet.

Concernant mon échantillon, les femmes constituent l'écrasante majorité des participants au questionnaire adressé aux patients dans des groupes variés et mixtes sur les réseaux sociaux. Les hommes ont en effet très peu participé (26 hommes seulement pour 855 femmes). Leur désintérêt pour ce questionnaire reflète-t-il leur désintérêt pour la santé préconceptionnelle ou bien leur méconnaissance de leur propre rôle en préconceptionnel ? Opèrent-ils des changements de comportement actuellement avant de concevoir, ce qui ne peut être évalué dans le cadre de mon travail vu le très faible taux de participation masculine ? Mon hypothèse est celle de la méconnaissance, mais elle doit être investiguée et vérifiée. Dès lors, comment pourrait-on agir pour les informer, les sensibiliser et les convaincre ? Est-ce le rôle de la médecine générale ou de la société ? Les deux, à mon sens, devraient œuvrer dans la même direction.

D'autre part, l'absence totale de réaction de la part des patients suite à l'affichage en salle d'attente d'une affiche de promotion de la santé préconceptionnelle m'interpelle. De nombreux médecins interrogés pensaient comme moi que l'information médicale était bien diffusée de cette manière. Mais aujourd'hui, l'attention de nos patients n'est-elle pas focalisée sur les écrans de smartphone et autres supports interactifs les empêchant d'observer leur environnement ? Le délai de 3 mois était-il suffisant pour susciter des réactions chez des patients concernés ? Probablement pas. Y-a-t-il eu un impact de la "barrière COVID" limitant encore les consultations par peur ou par sentiment que ces questions ne sont pas prioritaires ? Néanmoins, je pense que cela doit nous pousser à repenser nos campagnes de promotion de la santé.

Devrait-on créer et partager du contenu scientifique de promotion de la santé concernant la consultation préconceptionnelle comme d'autres sujets de prévention sur les réseaux sociaux ou via les médias plus classiques (télévision, radio, etc) ? Y aurait-il un intérêt ? Est-ce que ce contenu sur les réseaux sociaux, par leur "hyper accessibilité", pourrait encourager les patients à consulter en préconceptionnel ? Et pourrait-on convaincre cette énorme audience que les hommes sont tout aussi concernés que les femmes en préconceptionnel ?

En 2017 en Californie, une étude avait déjà démontré la plus-value de l'utilisation du MyFamilyPlan, un module d'éducation préconceptionnelle en ligne, sur la sensibilisation des patientes par exemple. (2)

Les possibilités d'action sont multiples.

D'autres axes et d'autres approches auraient pu être choisis pour traiter ce sujet, mais j'ai choisi de donner la parole aux médecins généralistes et aux patients en priorité, d'investiguer l'impact d'une affiche de promotion de la santé en salle d'attente ainsi que de tenter de développer un outil concret et utile.

Conclusion

En matière de santé préconceptionnelle, il semble que tout reste à faire et que nous ne sommes qu'au moment de la prise de conscience. Cette prévention avant toute conception et avant toute vie ne doit-elle pas être perçue comme la prévention première indispensable et logique ?

En conclusion, les médecins généralistes, en tant que professionnels de la prévention, ont bien un rôle dans la promotion de la santé préconceptionnelle au même titre que les gynécologues et les sages-femmes et ils en sont conscients. Il leur faut maintenant parfaire leurs connaissances théoriques et proposer cette prévention à leurs patients qui attendent cela de la part de leur médecin traitant. L'accent doit être mis sur le rôle proactif des médecins généralistes ainsi que sur une prescription médicamenteuse plus réfléchie, plus avertie et plus explicitée aux patients.

En outre, des outils d'aides à la consultation peuvent et doivent être mis au point afin d'aider les praticiens pour des consultations plus exhaustives et pour diffuser une information claire et concise auprès des patients en âge de procréer tels que le recours aux médias, aux réseaux sociaux, aux campagnes publicitaires et aux projets de santé communautaire, par exemple.

Le travail du TFE m'a permis d'approfondir mes connaissances sur le sujet de la préconception, d'en parler autour de moi, de générer des questionnements dans mon entourage avec mon affiche notamment et d'ajuster ma pratique au cabinet avec les patients. Cette réflexion m'a poussée à redoubler d'attention concernant la nouvelle prescription des médicaments chez les patients en âge de procréer y compris en l'absence de projet de grossesse à court terme ou à moyen terme mais aussi à intensifier la revue des traitements médicamenteux des patients. J'explique beaucoup plus aux patients les éventuelles répercussions en cas de grossesse, les indications, les contre-indications, les points d'attention et les contrôles à effectuer pour les médicaments mais aussi pour les pathologies. J'ai également une approche différente, plus pertinente, du bilan biologique préconceptionnel et je suis plus à l'aise pour prodiguer de manière proactive des conseils préconceptionnels.

Avec ce travail de fin d'études et ses suites potentielles, j'espère susciter des questionnements chez les patients, mais surtout chez les médecins généralistes avec l'objectif d'une amélioration globale de la qualité des soins.

Bibliographie

1. Veronique Y.F. Maas, Maria P. H. Koster, Erwin insta, Kim L. H. Vanden Auweele, Study design of a stepped wedge cluster randomized controlled trial (RCT en grappes étagées) to evaluate the effect of a locally tailored approach for preconception care - the POPOS- II study, février 2020, PubMed, DOI : 10.1186/s12889-020-8329-1, consulté le 11/08/2021.
2. Priya Batra, Carol M. Mangione, Eric Cheng, W. Neil Steers, A cluster randomized controlled trial of the MyFamilyPlan Online preconception health education tool, avril 2017, PubMed, DOI : 10.1177/0890117117700585, consulté le 11/08/2021.
3. Brian W. Jack, Timothy Bickmore, Leanne Yinusa-Nyahkoon, Matthew Reichert, Improving the health of young African American women in the preconception period using ealth information technology : a randomised controlled trial, septembre 2020, PubMed, DOI : 10.1016/S2589-7500(20)30189-8, consulté le 11/08/2021.
4. Livre de référence : Curtay JP, Nutrithérapie bases scientifiques et pratique médicale, Testez Editions, 2016 : 229-248, consulté le 1/08/2021.
5. Boedt T, Vanhove A-C, Vercoe MA, Matthys C, Dancet E, Lie Fong S, (2021, 29 avril), Les conseils sur le mode de vie avant la conception aident-ils les personnes souffrant d'infertilité ?, Cochrane, consulté le 11/08/2021.
6. De-Regil LM, Pena-Rosas JP, Fernandez-Gaxiola AC, Rayco-Solon P, (2015, 14 décembre), Le suppléments d'acide folique avant la conception et au début de la grossesse (jusqu'à 12 semaines) pour la prévention des anomalies de naissance, Cochrane, consulté le 1/08/2021.
7. Ailliet L, Les exercices physiques durant la grossesse protègent contre l'hypertension artérielle gravidique, mai 2017, Minerva, réf : Barakat R, Pelaez M, Cordero Y, et al. Exercise during pregnancy protects against hypertension and macrosomia: randomized clinical trial. Am J ObstetGynecol 2016;214:649.e1-8. DOI:10.1016/j.ajog.2015.11.039, consulté le 11/08/2021.
8. Lemienre M, Médicaments et grossesse : un défi sur le plan scientifique et émotionnel, décembre 2014, Minerva, consulté le 11/08/2021.
9. Laekeman G, Les multivitamines et multiminéraux sont-ils utiles pendant la grossesse ?, décembre 2016, Minerva, réf : Haider BA, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2015, Issue 11. DOI:10.1002/14651858.CD004905;pub4, consulté le 11/08/2021.
10. K. Michael Hambridge, Carla M. Bann, Elizabeth M. Mc Clure, Jamie E. Westcott, Maternal characteristics affect fetal growth response in the women first preconception nutrition trial, octobre 2019, PubMed, DOI : 10.3390/nu11102534, consulté le 10/08/2021.
11. K. Michael Hambidge, Nancy F. Krebs, Jamie E. Westcott, Ana Garces, Preconception maternal nutrition : a multi-site randomized controlled trial, mars 2014, PubMed, DOI : 10.1186/1471-2393-14-111, consulté le 1/08/2021.

12. L. C. de Jong-Potjer, J. Elsinga, S. Le Cessie, K. M. van der Pal-de Bruin, GP-initiated preconception counselling in a randomised controlled trial does not induce anxiety, novembre 2006, PubMed, DOI : 10.1186/1471-2296-7-66, consulté le 11/08/2021.
13. Phuong H Nguyen, Alyssa E. Lowe, Reynaldo Martorell, Hieu Nguyen, Rationale, design, methodology and sample characteristics for the Vietnam pre-conceptual micronutrient supplementation trial (PRECONCEPT) : a randomized controlled study, octobre 2012, PubMed, DOI : 10.1186/1471-2458-12-898, consulté le 11/08/2021.
14. Weerawadee Chandranipapongse, Gideon Koren, Preconception counselling for preventable risks, juillet 2013, TripDataBase, PMCID: PMC3710036, consulté le 11/08/2021.
15. Karin M. van der Pal-de Bruin, Saskia le Cessie, Joyce Elsinga, Lieke C de Jong-Potjer, Preconception counselling in primary care : prevalence of risk factors among couples contemplating pregnancy, mai 2008, PubMed, DOI : 10.1111/j.1365-3016.2008.00930.x, consulté le 11/08/2021.
16. Tom Eyes, Sarah Long, Nigel Mathers, Preconception care : practice and beliefs of primary care workers, février 2004, PubMed, DOI : 10.1093/fampra/cmh106, consulté le 10/08/2021.
17. Jo-Anna B. Baxter, Yaqub Wasan, Sajid B. Soofi, Zamir Suhag, Effect of life skills building education and micronutrient supplements provided from preconception versus the standard of care on low birth weight births among adolescent and young Pakistani women (15-24 years) : a prospective, population-based cluster- randomized trial, mai 2018, PubMed, DOI : 10.1186/s12978-018-0545-0, consulté le 10/08/2021.
18. <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-3-page-85.htm> consulté le 10/08/2021 et le 04/03/2022
19. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>, consulté le 06/03/2022.
20. Dr. Camille Dubus, Perturbateurs endocriniens en pratique : comment limiter leur exposition chez nos patients ?, décembre 2021, Le Revue de la Médecine Générale, SSMG, consulté le 06/03/2022
21. Coordination locale dans le Cher du travail médico-psycho-social en périnatalité, juillet 2013, La Revue Prescrire, Tome 3, N°357, consulté le 06/03/2022
22. Dépistage de la dépression pendant et après la grossesse, 5 septembre 2013, KCE, centre fédéral d'expertise des soins de santé, consulté le 06/03/2022
23. Dr Nathalie Nanzer, Dr Marion Righetti-Veltema, Le DAD-P : un outil simple pour le dépistage anténatal du futur risque de dépression du postpartum, 18 février 2009, Revue Médicale Suisse, 5 : 395-401, consulté le 08/03/2022.
24. ONE, Santé, Le cytomégalovirus, fiche d'information, consultée le 19/03/2022.
25. ONE, La visite préconceptionnelle, Projet de bébé ? Une idée qui se prépare avant la conception, fiche d'information, consultée le 19/03/2022.
26. ONE, Envie d'un bébé ? Faites vos réserves d'acide folique, fiche d'information, consultée le 19/03/2022.
27. ONE, L'ONE vous accompagne, La consultation prénatale, des questions au sujet de votre grossesse ?, fiche d'information, consultée le 19/03/2022.

28. ONE, Devenir parent(s), livre d'information, Edition 2019, consulté le 19/03/2022.
29. ONE, Mon carnet de grossesse, Edition 2018, consulté le 19/03/2022.
30. ONE, Un bébé bientôt, livre d'information, consulté le 26/03/2022.
31. <https://www.one.be/professionnel/suivi-de-la-sante/visites-preconceptionnelles/>, consulté le 26/03/2022
32. ONE, La santé préconceptionnelle à destination des professionnels de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles, Recommandations issues du colloque "Preconception care and health" organisé en 2010 par l'ONE, consultable sur le site : https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Suivi_de_la_sante/Sante_preconceptionnelle_pro.pdf, consulté le 26/03/2022
33. <https://incibeauty.com/>, consulté le 26/03/2022.
34. <https://wecf-france.org/sante-environnement/decouvrir-le-projet-nesting/>, consulté le 26/03/2022.
35. <https://www.lecrat.fr/>, consulté le 26/03/2022.
36. Les femmes enceintes très exposées aux médicaments en France, septembre 2018, La Revue Prescrire, Tome 38 N°419, p 669-671, consulté le 07/04/2022.
37. Les femmes enceintes encore très exposées à des médicaments en France (suite), avril 2022, La Revue Prescrire, Tome 42 N° 462, p. 279-281, consulté le 07/04/2022.
38. <https://www.airdefamilles.be/grossesse-visite-preconceptionnelle-adf564/>, consulté le 09/04/2022.
39. <https://www.airdefamilles.be/grossesse-acide-folique-one-adf599/>, consulté le 09/04/2022.
40. L'ONE, le Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique, l'Union Professionnelle des Sages-femmes Catholiques, sous la direction de S. Alexander, P. Barlow, C. Buyse, Guide de consultation prénatale, Edition DeBoeck supérieur, 2e édition, février 2022, pages 105-114, 810-814
41. Webinaire diffusé par Metagenics Academy, Damien Bourgonjon, Prise en charge des troubles de la fertilité et des traitements associés lors d'une consultation de médecine nutritionnelle, 24/03/2022.
42. Vanmeerbeek Marc, Lafontaine Jean-Baptiste, Felgueroso-Bueno François, Guide de rédaction du TFE, 3e édition, août 2018
43. Support de cours WMEGE2358, Travail personnel, TFE, consulté entre le 15/01/2022 et le 20/04/2022
44. TFE ULG, Streel Julie, La prise en charge préconceptionnelle en médecine générale, 2011.
45. <http://www.mgtfe.be/>, consulté du 15/11/2021 au 24/04/2022.
46. Nicole Bernoulli, Campanini Pierrick Campanini, Caroline C. Werner, Sofia Zisimopoulou, Du bilan préconceptionnel à la prise en charge des pathologies intercurrentes : suivi des grossesses au cabinet, La Revue Médicale Suisse, 23 septembre 2015, consulté le 28/04/2022
47. Pierre Gueneau De Mussy, Hélène Legardeur, Giacomo Gastaldi, Olivier le Dizès, Jarden J. Puder, Prise en charge préconceptionnelle chez une patiente avec un diabète préexistant, 29 mai 2019, La Revue Médicale Suisse, DOI: 10.53738/REVMED.2019.15.653.1143, consulté le 28/04/2022

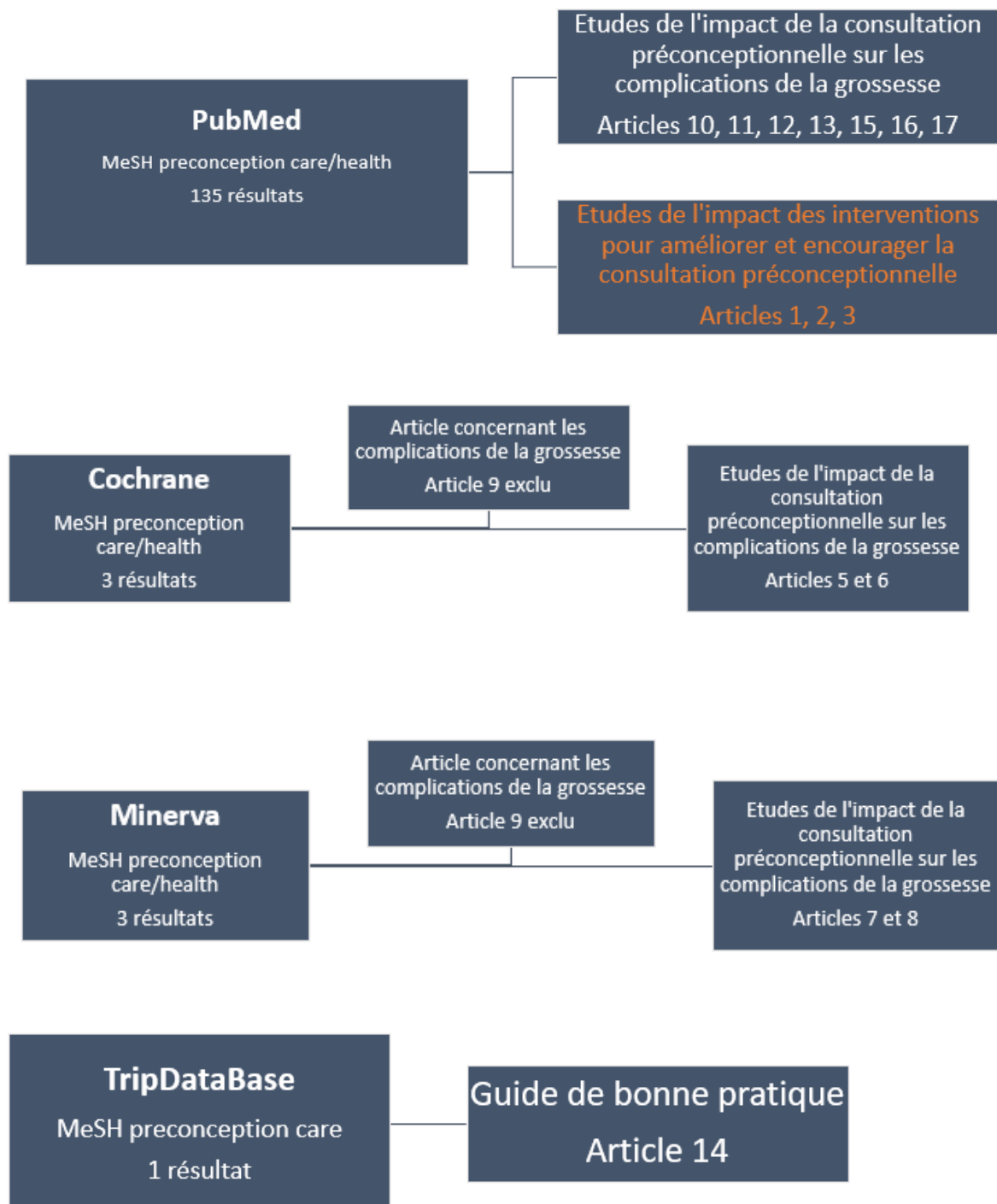
- 48.** Bénédicte le Tinier, Marine Claver, Begona Martinez de Tajada, Nathalie Farpour Lambert, Risques maternels et infantiles associés à l'obésité préconceptionnelle et efficacité des interventions, La Revue Médicale Suisse, DOI: 10.53738/REVMED.2018.14.624.1877, consulté le 28/04/2022
- 49.** Romain Dugravier, Marie-Noëlle. Vacheron, Le dispositif CICO : une consultation préconceptionnelle ou prénatale destinée aux femmes ayant un trouble psychiatrique, 16 avril 2020, Périnatalité, Edition Lavoisier, Cairn.info, consulté le 28/04/2022

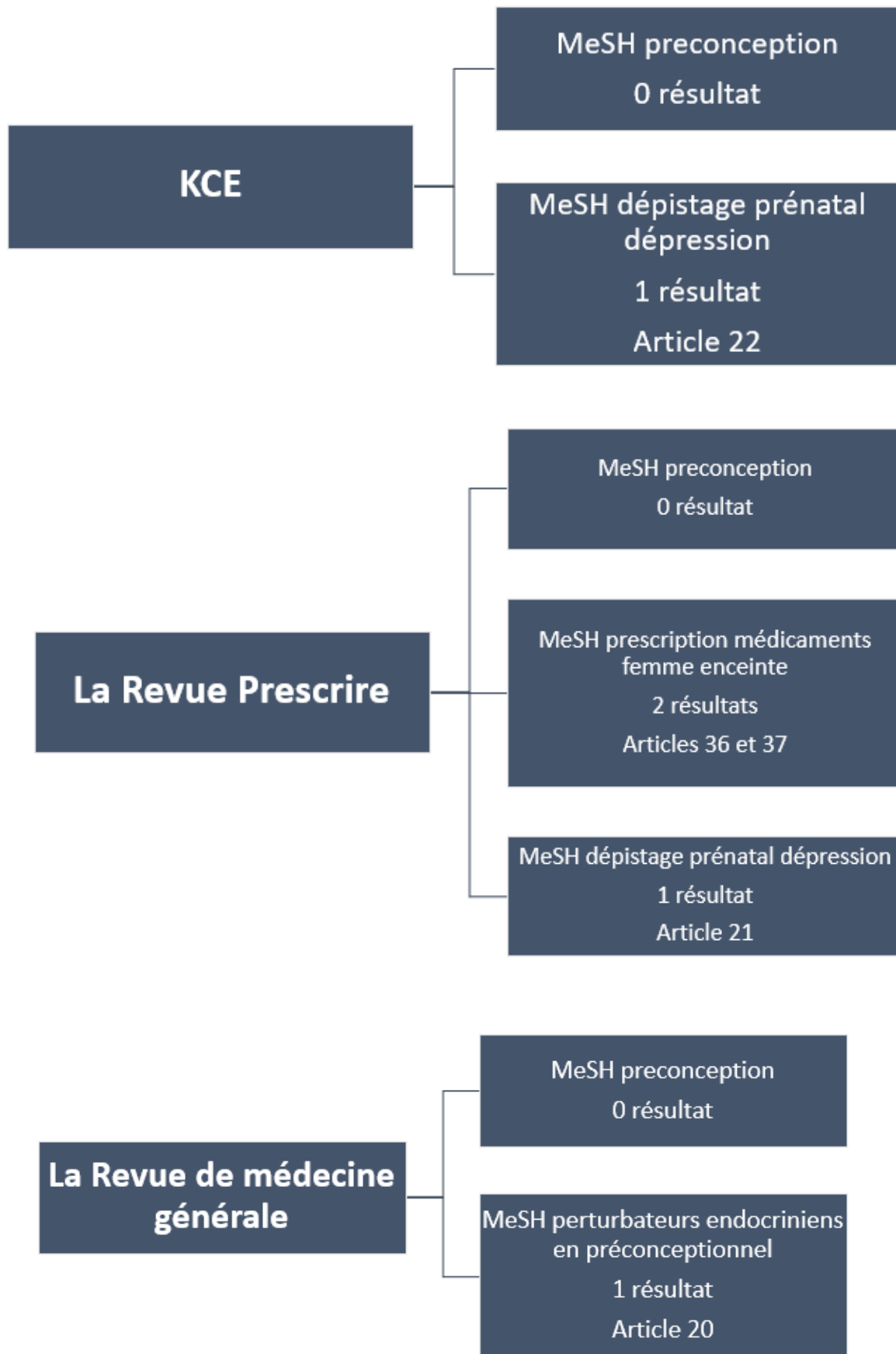
Annexes

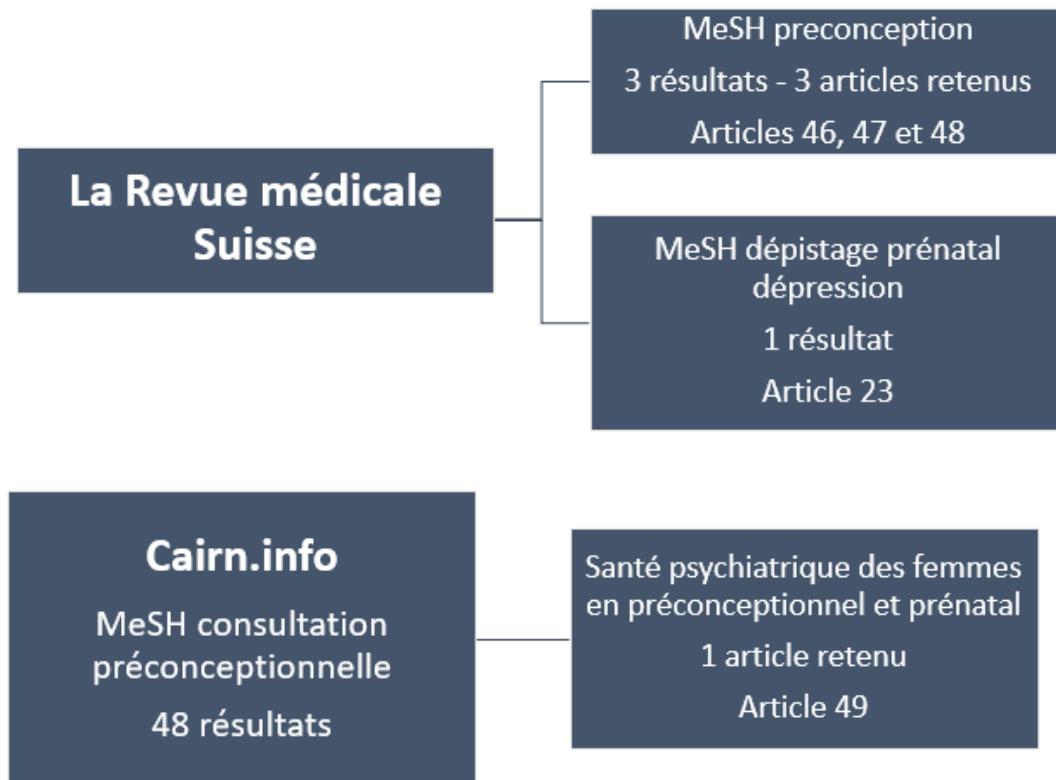
1. Recherche bibliographique
2. Affiche proposée aux médecins interviewés pour la salle d'attente
3. Outil d'aide à la consultation développé dans le cadre de ce TFE
4. Documents demandés par le comité d'éthique interuniversitaire
 - a) Protocole du TFE
 - b) Formulaire de soumission simplifiée
 - c) Résumé de l'expérimentation
 - d) RGPD pour les entretiens des médecins
 - e) RGPD pour le questionnaire des patients
 - f) Curriculum vitae du promoteur du TFE
 - g) Curriculum vitae de l'investigateur
 - h) Document d'assurance
5. Avis du comité d'éthique interuniversitaire
6. Interviews retranscrites des médecins généralistes et assistants généralistes
7. Résultats du questionnaire Lime Survey diffusé du 08/04/2022 au 20/04/2022
8. Avis du tuteur en date du 27/04/2022

Annexe 1. Recherche bibliographique

Ma recherche bibliographique s'est effectuée du 01/08/2021 au 28/04/2022.

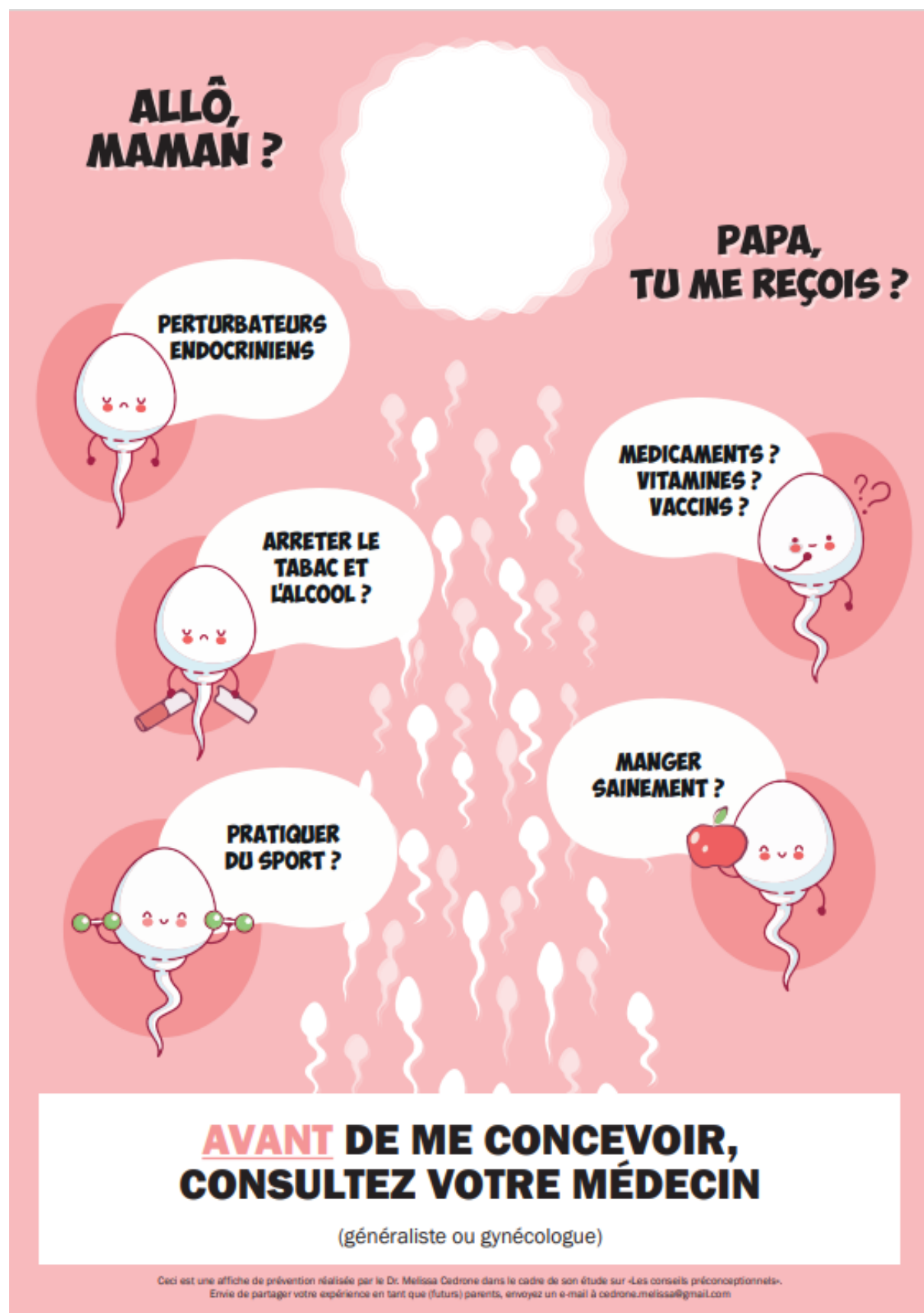






Formulation de la question de recherche par la méthode PICO au début du travail :

P roblème	Les patients en âge de procréer consultent peu en préconceptionnel en absence de difficulté à concevoir.
I ntervention	Dresser un état des lieux des pratiques actuelles et des attentes des médecins et des patients. Etablir l'intérêt pour un outil d'aide à la consultation.
C omparaison	Peu de prévention actuellement. La littérature.
O utcome	Encourager la consultation préconceptionnelle (encourager les patients et les médecins). Clarifier le rôle du médecin généraliste concernant la prévention préconceptionnelle.
C ontexte	En médecine générale.



Fiche technique : La consultation préconceptionnelle en médecine générale.

La consultation prénatale devrait débiter par la consultation préconceptionnelle.

Mais qu'est-ce que la consultation préconceptionnelle ?

“La consultation préconceptionnelle est la prise en charge spécifique s'adressant à toute personne ou tout couple qui envisage une grossesse dans un avenir rapproché. Elle vise tant l'information préconceptionnelle que la réalisation ou la prescription de certains actes. (10)

Nous savons que lors des 15 premières semaines in utero, se déroule l'organogenèse du système nerveux central et des organes sensoriels avec une période de fragilité majeure face aux infections, à la consommation de toxiques et aux carences nutritionnelles les 8 premières semaines. Cependant, la première consultation prénatale a lieu entre la 6ème et la 10ème semaine de grossesse, ne permettant qu'une prévention secondaire, et plus primaire, de certaines affections. (10)

Population cible : Toute personne en âge de reproduction est susceptibles de recevoir une information préconceptionnelle

Pour la patiente :

Anamnèse

- **Prise actuelle de médicaments, compléments alimentaires, phytothérapie**
(base de données CRAT très recommandée : Centre de Référence sur les Agents Tératogènes)
- **Prise actuelle de vitamines prénatales**
Recommander universellement la prise d'acide folique 0.4 mg idéalement 3 mois avant l'arrêt de la contraception.
Prescription systématique d'iode vu le contexte de carence endémique en Belgique.
- **Consommation de tabac, alcool, drogues, psychotropes**
Consultations chez un tabacologue partiellement remboursées pour la femme enceinte et son partenaire. www.tabacstop.be, ligne tabac stop 0800 11 100
- **Régime** **alimentaire**
(avec une attention particulière pour les boissons sucrées)
- **Soins dentaires et antécédents**
- **Exercice** **physique**
Rappeler les recommandations générales de l'OMS : au moins 2h30 à 5h par semaine d'activité d'endurance d'intensité modérée ou 75 minutes à 2h30 par semaine d'activité d'endurance d'intensité soutenue. Et pour les femmes enceintes ou allaitantes, l'OMS ne donne aucune contre-indication et recommande au moins 2h30 par semaine d'activité d'endurance d'intensité modérée.
- **Antécédents personnels : médicaux et chirurgicaux**
 - Antécédents de diabète (bien contrôlé ou non), d'épilepsie ou de troubles thyroïdiens

- Antécédents de by-pass nécessitent une attention particulière pour une supplémentation vitaminique adaptée
- Antécédents de transfusion
- Antécédents personnels thrombo-emboliques -> bilan hématologique indispensable
- Antécédents personnels de diathèse hémorragique (notamment lors d'une chirurgie) -> bilan hématologique selon la sévérité
- Antécédents psychiatriques notamment en post-partum
(Il existe des questionnaires de dépistage de la dépression du postpartum comme l'EPDS et le DAD-P utilisables dès le début de la grossesse en prévention car un premier dépistage doit se faire durant la grossesse).

- **Antécédents gynécologiques**

- **G ? P ?**
- Antécédents d'infertilité/troubles de la fertilité -> envisager un bilan
- Antécédents de diabète de grossesse
- Antécédents de pré-éclampsie
- P<G ☐ que s'est il passé ?
 - Antécédents de GEU ☐ envisager première écho précoce +/- 6 SA
 - Antécédents de FC ☐ envisager suivi rapproché au T1 (« tender loving care »)
 - Pertes fœtales > 12 semaines ☐ consultation préconceptionnelle chez un gynécologue indispensable
- Antécédents de retard de croissance ou de naissance prématurée ☐ envisager suivi dans un centre disposant d'un MIC/NIC

- **Antécédents familiaux - problèmes génétiques**

- Antécédents de prééclampsie chez la mère
- Antécédents malformatifs susceptibles de récurrence (malformations cardiaques, retard mental, recherche X fragile, Mucoviscidose, Duchenne, Huntington, Tay-Sachs, ...).
☐ envisager un conseil génétique
- Antécédents thrombo-embolique (particulièrement féminins, en post-partum ou sous contraception orale)
- Groupes ethniques particuliers :
 - recherche de la Thalassémie pour les personnes originaires du bassin méditerranéen
 - recherche de la Drépanocytose pour les personnes originaires d' Afrique subsaharienne

- **Statut immunitaire (coqueluche, rappel tétanos, covid, rubéole, varicelle, hépatite B et C)**

Priorix sous 2-3 mois de contraception si patiente non vaccinée contre la rubéole.

Varilrix sous 2-3 mois de contraception si patiente non immunisée contre la varicelle.

Vaccination hépatite B pour les populations à risque.

Traitement antiviral avant la grossesse en cas d'HCV positif.

Pour la toxoplasmose et le CMV, en cas d'IgG négatif, information sur les mesures de prévention primaire (hygiène) et de prévention secondaire (dépistage d'un virage d'AC pendant la grossesse).

- **Identification des perturbateurs endocriniens**

Questions proposées par l'American Journal of obstetrics and gynecology :

- pour le screening de l'exposition aux phtalates et au bisphénol A : « Quel est le pourcentage de produits frais de votre alimentation ? Et de plats préparés ? Consommez-vous des boissons en canettes, des produits en conserve ? Utilisez-vous des ustensiles de cuisine en plastique ? Combien de produits cosmétiques utilisez-vous chaque jour ? » ;
- pour évaluer l'exposition aux PBDE, les retardateurs de flamme polybromés : « Êtes-vous exposés à du vieux mobilier, canapés ou autres, qui est griffé ou cassé et qui montre des morceaux de mousse ? Avez-vous récemment remplacé, ou avez-vous le projet de remplacer vos tapis ? ».

Quelques conseils :

- *ne pas réchauffer les aliments etc dans des contenants en plastique*
- *privilégier le verre, la céramique ou l'inox (éviter les gourdes en aluminium (bisphénol A) , bouilloires en plastique, poêles en teflon ou aluminium)*
- *laver le linge et les jouets avant la première utilisation et/ou aérer*
- *éplucher les fruits et les légumes issus de l'agriculture non-biologique*
- *privilégier les petits poissons aux gros accumulant des toxiques et des polluants*
- *éviter les insecticides, pesticides, désodorisants et produits nettoyants parfumés*
site internet : www.projetnesting.fr
- *pour les produits cosmétiques : moins c'est mieux ! éviter les parabènes, les parfums, changer de marque régulièrement - application INCI BEAUTY (toxicité)*
- *meubles en seconde main - dégagement de formaldéhyde par les nouveaux meubles principalement les 5-7 premières années*
- *éteindre les appareils électroniques non utilisés (production de PBDE)*

- **Situation** **psycho-sociale** **complexe**

- ☐ envisager un suivi dans une structure adaptée (ONE par exemple)
 - Profession
 - Stress professionnel
 - Situation familiale - violences intrafamiliales (N° d'appel gratuit 0800 30 030)
 - Lieu de vie

Examen clinique

- **Prise de la tension artérielle**
- **Examen clinique général**
- **Tigette urinaire**
- **Région thyroïdienne**
- **Poids, taille et BMI**

Envisager un avis chez un diététicien si BMI >35

- **Examen dentaire (envoi chez dentiste si nécessaire)**
- **Examen des seins**

Envisager une échographie en cas de doute sur masse palpable (fibroadénome en première hypothèse chez les femmes jeunes).

Examens paracliniques

- **Biologie générale :**

- **COFO, VCM**

- **Glycémie à jeûn,**

Discutable en préconceptionnel en l'absence de facteur de risque (en fonction du BMI, des habitudes alimentaires et des antécédents personnels et familiaux). La glycémie à jeûn est idéalement réalisée au premier trimestre dans le cadre du dépistage du diabète gestationnel.

Si glycémie à jeûn > 95 mmol/L -> HGPO, avis endocrino, contraception jusqu'à équilibre du diabète !

- **Créatinine, ionogramme**

- **Fonction hépatique,**

La fonction hépatique est évaluée sur la base de la coagulation et des enzymes.

- **Fonction thyroïdienne : TSH et T4 libre**

TPO si TSH >2,5

Si dysthyroïdie -> avis endocrino

- **Sérologies**

- **toxoplasmose** (IgG),
 - **CMV** (IgG),
 - **rubéole** (IgG),
 - **varicelle** (IgG anti-HZV Elisa),
 - **hépatite B** (Anticorps HBs et HBc + Antigène HBs),
 - **hépatite C** (Anticorps anti-HCV),
 - **HIV** (anticorps anti-HIV1/HIV2),
 - **syphilis** (VDRL - TPHA)

Remarque :

- En préconceptionnel, on ne dose que les IgG (prévention primaire - statut immunitaire) pour prévoir des actions de prévention.
 - En prénatal, on dose les IgM et les IgG (prévention secondaire - dépistage) pour rechercher un virage signant une infection récente.
 - Examens sélectifs **non** systématiques selon anamnèse : β Thalassémie (électrophorèse Hb), Drépanocytose (électrophorèse Hb), Mucoviscidose, X fragile.

- **Absence d'anomalies morphologiques, anatomiques**

(utérus bifide, ovaire micropolykystiques, etc) :

Vérifier auprès de la patiente qu'elle a déjà eu un contrôle gynécologique par échographie.

- **Absence d'anomalies du cycle**

L'irrégularité des cycles peut signaler un trouble thyroïdien ou glycémique.

Recommander une consultation chez un gynécologue pour une irrégularité du cycle menstruel au-delà de 6 mois après l'arrêt de la contraception.

Questions éventuelles

Pour le partenaire :

Anamnèse

Axée sur les facteurs influençant sa fertilité.

- **Prise actuelle de médicaments, compléments alimentaires, phytothérapie**
- **Consommation de tabac, alcool, drogues**
- **Régime alimentaire**
- **Exercice physique**
- **Antécédents personnels : médicaux et chirurgicaux**
- **Antécédents familiaux**
 - Antécédents malformatifs susceptibles de récurrence ☐ envisager un conseil génétique
 - Problèmes de santé chez des enfants d'une précédente union
- **Statut vaccinal (coqueluche, rappel tétanos, covid)**

Le vaccin pour la coqueluche sera remboursé pour le partenaire dans le cadre de la grossesse en cas d'absence de rappel de plus de 10 ans.
- **Identification des perturbateurs endocriniens**
- **Situation psycho-sociale complexe**

Examen clinique et biologique non recommandés en première ligne.

Questions éventuelles

Références

1. UCL, cours de gynécologie-obstétrique
2. site internet : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>
3. Dr. Dubus Camille, Perturbateurs endocriniens en pratique : comment limiter leur exposition chez nos patients ?, décembre 2021, Le Revue de la Médecine Générale, SSMG
4. Relecture du travail assurée par Dr O, gynécologue-obstétricien dans plusieurs cliniques à Namur
5. Dépistage de la dépression pendant et après la grossesse, 5 septembre 2013, KCE, centre fédéral d'expertise des soins de santé
6. Dr Nathalie Nanzer, Dr Marion Righetti-Veltema, Le DAD-P : un outil simple pour le dépistage anténatal du futur risque de dépression du postpartum, 18 février 2009, Revue Médicale Suisse, 5 : 395-401
7. <https://incibeauty.com/>, consulté le 26/03/2022.
8. <https://wecf-france.org/sante-environnement/decouvrir-le-projet-nesting/>, consulté le 26/03/2022.
9. <https://www.lecrat.fr/>, consulté le 26/03/2022.
10. L'ONE, le Collège Royal des Gynécologues Obstétriciens de Langue Française de Belgique, l'Union Professionnelle des Sages-femmes Catholiques, sous la direction de S. Alexander, P. Barlow, C. Buyse, Guide de consultation prénatale, Edition DeBoeck supérieur, 2e édition, février 2022, pages 105-114, 810-814
11. <https://www.one.be/professionnel/suivi-de-la-sante/visites-preconceptionnelles/>, consulté le 26/03/2022
12. ONE, La santé préconceptionnelle à destination des professionnels de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles, Recommandations issues du colloque "Preconception care and health" organisé en 2010 par l'ONE, consultable sur le site : https://www.one.be/fileadmin/user_upload/siteone/PRO/Suivi_de_la_sante/Sante_preconceptionnelle_p ro.pdf, consulté le 26/03/2022
13. ONE, Mon carnet de grossesse, Edition 2018, consulté le 19/03/2022.
14. Les femmes enceintes très exposées aux médicaments en France, septembre 2018, La Revue Prescrire, Tome 38 N°419, p 669-671, consulté le 07/04/2022
15. Les femmes enceintes encore très exposées à des médicaments en France (suite), avril 2022, La Revue Prescrire, Tome 42 N° 462, p. 279-281, consulté le 07/04/2022
16. Nicole Bernoulli, Campanini Pierrick Campanini, Caroline C. Werner, Sofia Zisimopoulou, Du bilan préconceptionnel à la prise en charge des pathologies intercurrentes : suivi des grossesses au cabinet, La Revue Médicale Suisse, 23 septembre 2015, consulté le 28/04/2022
17. Pierre Gueneau De Mussy, Hélène Legardeur, Giacomo Gastaldi, Olivier le Dizès, Jardena J.Puder, Prise en charge préconceptionnelle chez une patiente avec un diabète préexistant, 29 mai 2019, La Revue Médicale Suisse, DOI: 10.53738/REVMED.2019.15.653.1143, consulté le 28/04/2022
18. Bénédicte le Tinier, Marine Claver, Begona Martinez de Tajada, Nathalie Farpour Lambert, Risques maternels et infantiles associés à l'obésité préconceptionnelle et efficacité des interventions, La Revue Médicale Suisse, DOI: 10.53738/REVMED.2018.14.624.1877, consulté le 28/04/2022

a) Protocole du TFE

Protocole TFE

1. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

1.1 Protocole d'expérimentation : Travail de fin d'études en médecine générale demandé par l'UCLouvain (master complémentaire en médecine générale).

Version 2

En date du 01/03/2022

Travail de fin d'études en médecine générale demandé par l'UCLouvain.

1.2 Promoteur : Dr Hermant Pierre (médecin généraliste)
(adresse : Rue Fernand Cochard 48, 5020 Flawinne)

1.3 Investigatrice : Cedrone Melissa (assistante en médecine générale MC3, 0496/02 00 46)
(adresse : Chemin de la limite 3A, 5150 Floriffoux)

1.4 Expérimentation réalisée en ambulatoire.

2. RATIONNEL DE L'EXPÉRIMENTATION

2. 1 Question de recherche : “ *Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ? Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?*

Etude qualitative auprès de 13 médecins généralistes en Belgique francophone et étude quantitative avec un sondage auprès des patients majeurs, francophones au moyen d'un questionnaire.”

2.2 Population choisie :

D'une part, 13 médecins généralistes et assistants en médecine générale, travaillant en Belgique francophone, majeurs et parlant le français, sans limite d'âge.

D'autre part, un maximum de patients (hommes et femmes majeurs, parlant le français, sans limite d'âge).

2.3 Références bibliographiques :

1. Veronique Y.F. Maas, Maria P. H. Koster, Erwin insta, Kim L. H. Vanden Auweele, Study design of a stepped wedge cluster randomized controlled trial (RCT en grappes étagées) to evaluate the effect of a locally tailored approach for preconception care - the POPOS- II study, février 2020, PubMed, DOI : 10.1186/s12889-020-8329-1
2. Priya Batra, Carol M. Mangione, Eric Cheng, W. Neil Steers, A cluster randomized controlled trial of the MyFamilyPlan Online preconception health education tool, avril 2017, PubMed, DOI : 10.1177/0890117117700585
3. Brian W. Jack, Timothy Bickmore, Leanne Yinusa-Nyahkoon, Matthew Reichert, Improving the health of young African American women in the preconception period using ealth information technology : a randomised controlled trial, septembre 2020, PubMed, DOI : 10.1016/S2589-7500(20)30189-8
4. Livre de référence : Curtay JP, Nutrithérapie bases scientifiques et pratique médicale, Testez Editions, 2016 : 229-248
5. Boedt T, Vanhove A-C, Vercoe MA, Matthys C, Dancet E, Lie Fong S, (2021, 29 avril), Les conseils sur le mode de vie avant la conception aident-ils les personnes souffrant d'infertilité ?, Cochrane
6. De-Regil LM, Pena-Rosas JP, Fernandez-Gaxiola AC, Rayco-Solon P, (2015, 14 décembre), Le suppléments d'acide folique avant la conception et au début de la grossesse (jusqu'à 12 semaines) pour la prévention des anomalies de naissance, Cochrane
7. Ailliet L, Les exercices physiques durant la grossesse protègent contre l'hypertension artérielle gravidique, mai 2017, Minerva, réf : Barakat R, Pelaez M, Cordero Y, et al. Exercise during pregnancy protects against hypertension and macrosomia: randomized clinical trial. Am J ObstetGynecol 2016;214:649.e1-8. DOI:10.1016/j.ajog.2015.11.039
8. Lemiengre M, Médicaments et grossesse : un défi sur le plan scientifique et émotionnel, décembre 2014, Minerva
9. Laekeman G, Les multivitamines et multiminéraux sont-ils utiles pendant la grossesse ?, décembre 2016, Minerva, réf : Haider BA, Bhutta ZA. Multiple-micronutrient supplementation for women during pregnancy. Cochrane Database Syst Rev 2015, Issue 11. DOI:10.1002/14651858.CD004905;pub4
10. K. Michael Hambridge, Carla M. Bann, Elizabeth M. Mc Clure, Jamie E. Westcott, Maternal characteristics affect fetal growth response in the women first preconception nutrition trial, octobre 2019, PubMed, DOI : 10.3390/nu11102534.
11. K. Michael Hambidge, Nancy F. Krebs, Jamie E. Westcott, Ana Garces, Preconception maternal nutrition : a multi-site randomized controlled trial, mars 2014, PubMed, DOI : 10.1186/1471-2393-14-111.

12. L. C. de Jong-Potjer, J. Elsinga, S. Le Cessie, K. M. van der Pal-de Bruin, GP-initiated preconception counselling in a randomised controlled trial does not induce anxiety, novembre 2006, PubMed, DOI : 10.1186/1471-2296-7-66
13. Phuong H Nguyen, Alyssa E. Lowe, Reynaldo Martorell, Hieu Nguyen, Rationale, design, methodology and sample characteristics for the Vietnam pre-conceptual micronutrient supplementation trial (PRECONCEPT) : a randomized controlled study, octobre 2012, PubMed, DOI : 10.1186/1471-2458-12-898
14. Weerawadee Chandranipapongse, Gideon Koren, Preconception counselling for preventable risks, juillet 2013, TripDataBase, PMCID: PMC3710036
15. Karin M. van der Pal-de Bruin, Saskia le Cessie, Joyce Elsinga, Lieke C de Jong-Potjer, Pre-conception counselling in primary care : prevalence of risk factors among couples contemplating pregnancy, mai 2008, PubMed, DOI : 10.1111/j.1365-3016.2008.00930.x
16. Tom Eyes, Sarah Long, Nigel Mathers, Preconception care : practice and beliefs of primary care workers, février 2004, PubMed, DOI : 10.1093/fampra/cmh106
17. Jo-Anna B. Baxter, Yaqub Wasan, Sajid B. Soofi, Zamir Suhag, Effect of life skills building education and micronutrient supplements provided from preconception versus the standard of care on low birth weight births among adolescent and young Pakistani women (15-24 years) : a prospective, population-based cluster- randomized trial, mai 2018, PubMed, DOI : 10.1186/s12978-018-0545-0.
18. <https://www.cairn.info/revue-les-tribunes-de-la-sante1-2014-3-page-85.htm>

3. OBJECTIFS ET BUT DE L'ESSAI

Grâce à une étude mixte, qualitative avec les interviews individuelles semi-dirigées des médecins généralistes en Belgique francophone et quantitative avec le questionnaire adressé aux patients majeurs francophone, je tente de satisfaire divers objectifs :

Objectifs :

- Dresser un état des lieux de la pratique actuelle concernant la prévention dans le domaine de la consultation préconceptionnelle (Est-ce que les médecins généralistes du terrain se sentent à l'aise, jugent-ils leurs connaissances théoriques suffisantes, etc.)
- Dresser un état des lieux des pratiques des patients concernant la période préconceptionnelle et conceptionnelle (Consultent-ils ?, Qui consultent-ils ? A quel moment ? Etc.)
- Identifier les attentes des médecins généralistes et des patients concernant cette période
- Identifier les freins et les obstacles empêchant de mener à bien ces consultations préconceptionnelles pour les deux parties (pour les médecins et les patients)
- Mettre en évidence l'intérêt des praticiens généralistes et des patients pour les questions relatives à la période préconceptionnelle (formation, outils à développer, etc).

L'objectif principal de ce travail est de mettre en exergue quelques pistes pour encourager et améliorer la prévention dans le domaine spécifique de la période préconceptionnelle et conceptionnelle.

4. CONCEPTION DE L'ESSAI ET MÉTHODOLOGIE APPLIQUÉE

Etude qualitative, prospective interventionnelle :

Les interviews individuelles semi-dirigées concerneront 13 médecins généralistes ou assistants en médecine générale francophone, pratiquant actuellement la médecine générale en Belgique. Les entretiens seront prévus pour une durée de 40 minutes environ après signature du formulaire de consentement libre et éclairé. Toutes les réponses recueillies seront totalement anonymisées. Les médecins seront contactés et sélectionnés par téléphone ou par e-mail. L'interview sera menée à l'aide d'un guide d'entretien et sera enregistrée pour être retranscrite, avant d'être supprimée. L'analyse des données sera conduite grâce à un classement thématique (verbatim).

Etude quantitative, prospective interventionnelle :

Le questionnaire destiné aux patients majeurs et francophones sera créé sur LimeSurvey (un logiciel d'enquête statistique, de sondage et de création de formulaires en ligne) et diffusé via les réseaux sociaux et par e-mail pour atteindre un maximum de personnes. Un minimum de 400 participations est attendu. Le remplissage du questionnaire prendra environ 5 minutes après avoir coché une case équivalant à la signature du formulaire de consentement libre et éclairé.

L'analyse des données par régression logistique sera requise.

Règles d'arrêt :

- refus de participation à l'étude
- refus de poursuite de l'étude
- absence de disponibilité pour l'entretien semi-dirigé
- réponse à des critères d'exclusion de l'étude
- ne répond plus aux critères d'inclusion de l'étude

Critères de poursuite :

- plus de 7 volontaires pour les interviews individuelles semi-dirigées
- signature du formulaire d'information et de consentement libre et éclairé avant de procéder à l'interview / ou cocher la case de consentement avant de répondre au questionnaire pour les patients
- réponse favorable aux critères d'inclusion, ne comprenant pas de critères d'exclusion

Critères d'abandon :

- absence de volontaires pour les interviews individuelles semi-dirigées
- nombre d'interviews inférieur à 7

5. PUBLIC CIBLE

Pour le questionnaire destiné aux patients :
Minimum 100 patients, pas de limite supérieure pour le nombre de patients participant.
Un maximum de réponses pour une étude quantitative représentative.

Critères d'inclusion :

- patient majeur
- sans limite d'âge
- patient francophone
- (quel que soit le genre : homme ou femme ou autre)

Critères d'exclusion :

- refus de participation à l'étude
- patient non francophone
- patient mineur

Pour les interviews individuelles semi-dirigées des médecins :

13 médecins

13 entretiens individuels représentent un échantillon suffisant, permettant la "saturation des données".

Critères d'inclusion :

- médecin généraliste ou assistant en médecine générale
- sans limite d'âge
- pratique actuelle de la médecine générale en Belgique
(quel que soit le type de pratique : solo ou en groupe ou maison médicale, urbaine, rurale ou semi-rurale)
- médecin francophone

Critères d'exclusion :

- refus de participation à l'étude
- autre prestataire de soins que médecin (généraliste)
- médecin généraliste ou assistant ne pratiquant plus la médecine générale actuellement
- médecin spécialiste (non généraliste)
- médecin non francophone

6. CONFIDENTIALITÉ DES DONNÉES

Conformément aux lois belges du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et du 22 août 2002 relative aux droits du patient ainsi que la réglementation européenne (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel (RGPD) du 25 mai 2018) en vigueur, l'identité et la participation des sujets à l'étude demeureront strictement confidentielles.

Les données à caractère personnel seront anonymisées. Les sujets ne seront pas identifiés par leur nom, ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun dossier, résultats ou publications en rapport avec l'expérimentation.

J'autorise la surveillance, les vérifications, l'examen et les inspections réglementaires des autorités compétentes liés à l'expérimentation, en permettant l'accès direct aux données/documents de base et ce en toute confidentialité.

7. COMITÉ D'ÉTHIQUE

L'expérimentation est soumise à l'approbation du Comité d'éthique hospitalo-facultaire Saint-Luc UCLouvain.

8. ASSURANCE

Je déclare être assurée (assurance sans faute par Ethias) en cas de participation aux essais cliniques dont je suis l'investigatrice, conformément aux dispositions de la loi du 7 mai 2004.

Mon promoteur (l'UCLouvain) est également assuré par Ethias (assurance sans faute, conformément aux dispositions de la loi du 7 mai 2004).

9. SUPPLÉMENTS

9.1 Questionnaire adressé aux patients (questionnaire Limesurvey diffusé sur les réseaux sociaux)

Consultation préconceptionnelle

Dans le cadre de mon TFE, je m'intéresse aux consultations médicales avant la conception d'un enfant avec ce questionnaire comportant 13 questions.

Merci de consacrer 5 minutes pour compléter ce questionnaire.

Il y a 15 questions dans ce questionnaire.

Ce questionnaire est anonyme.

L'enregistrement de vos réponses à ce questionnaire ne contient aucune information permettant de vous identifier, à moins que l'une des questions ne vous le demande explicitement.

Si vous avez utilisé un code pour accéder à ce questionnaire, soyez assuré qu'aucune information concernant ce code ne peut être enregistrée avec vos réponses. Il est géré sur une base séparée où il sera uniquement indiqué que vous avez (ou non) finalisé ce questionnaire. Il n'existe pas de moyen pour faire correspondre votre code d'accès avec vos réponses à ce questionnaire.

Conditions de participation : avoir 18 ans ou +.

Les hommes et les femmes de 18 ans ou plus peuvent répondre, sans aucune obligation de participation. Vous pouvez à tout moment interrompre ou stopper définitivement le remplissage du questionnaire si vous le souhaitez. Les réponses aux questions seront exclusivement utilisées dans le cadre du travail universitaire et d'éventuelles publications en lien sans jamais mentionner les noms ou les informations personnelles. Les adresses e-mail ne sont pas collectées obligatoirement mais uniquement si vous souhaitez être recontacté(e).

En répondant à ce questionnaire, vous consentez librement à ce que vos réponses soient utilisées dans le cadre exclusif du travail universitaire.

** Toutes les données récoltées seront entièrement anonymisées **

☐ J'accepte de répondre à ce questionnaire (consentement libre et éclairé)

Questionnaire sur la consultation préconceptionnelle

*Je suis ...

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ une femme
- ☐ un homme
- ☐ je ne souhaite pas répondre

*Quel âge avez-vous ?

① Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ 18-20 ans
- ☐ 21-25 ans
- ☐ 26-30 ans
- ☐ 31-35 ans
- ☐ 36-40 ans
- ☐ 41-45 ans
- ☐ 46-50 ans
- ☐ 51-60 ans
- ☐ 61-70 ans
- ☐ Plus de 70 ans

*Avez-vous déjà été enceinte ?

! Veuillez sélectionner une réponse ci-dessous

- ☐ Oui, une seule fois
- ☐ Oui, plusieurs fois
- ☐ Non
- ☐ Je suis un homme

*Avez-vous déjà fait une fausse couche, ou une grossesse extra-utérine ou une interruption de grossesse (quelle que soit la raison) ?

! Cochez la ou les réponses

- ☐ Oui, une fausse couche ou une grossesse extra-utérine
- ☐ Oui, une interruption de grossesse
- ☐ Non
- ☐ Je suis un homme
- ☐ Autre :

*Quel a été le rôle et le suivi de votre médecin GENERALISTE durant votre grossesse ? (plusieurs réponses possibles)

! Cochez la ou les réponses

- ☐ Aucun, je ne l'ai pas consulté pendant ma grossesse, je ne voyais que le gynécologue.
- ☐ Je le voyais pour des questions sans lien avec la grossesse.
- ☐ Je lui posais quelques questions concernant la grossesse mais je posais la majorité de mes questions au gynécologue.
- ☐ Je lui posais toutes mes questions concernant la grossesse.
- ☐ C'est lui qui a fait la prise de sang pour confirmer la grossesse.
- ☐ Je n'ai confiance qu'en mon gynécologue concernant la grossesse.
- ☐ Je n'ai jamais été enceinte
- ☐ Autre :

* Quel rôle SOUHAITEZ-vous que votre médecin généraliste prenne lors de vos (futures) grossesses ? (plusieurs réponses possibles)

📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ Réaliser la prise de sang de confirmation de la grossesse et prises de sang de suivi.
- ☐ Pouvoir répondre à mes questions concernant la grossesse.
- ☐ Pouvoir répondre à mes questions avant de concevoir un bébé.
- ☐ Aucun, je ne consulterais que mon gynécologue.
- ☐ Je ne souhaite pas de suivi par le gynécologue, je serais suivie uniquement par mon médecin généraliste.
- ☐ Je ne souhaite pas être enceinte (à moyen et long-terme).
- ☐ Je ne sais pas.

☐ Autre :

* Vous sentez-vous en confiance pour poser vos questions relatives à la (future) GROSSESSE à votre généraliste ou souhaitez-vous avoir l'avis de votre gynécologue uniquement ?

📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ Oui, j'ai TOTALEMENT confiance en mon médecin traitant concernant la grossesse.
- ☐ Oui, j'ai confiance pour CERTAINES questions concernant la grossesse.
- ☐ Non, je ne fais confiance QU'AU GYNECOLOGUE concernant la grossesse.
- ☐ Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste est compétent concernant la grossesse.
- ☐ Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste n'est PAS compétent concernant la grossesse.
- ☐ Je ne sais pas

☐ Autre :

* Vous sentez-vous en confiance pour poser vos questions relatives à la période AVANT la CONCEPTION d'un enfant à votre généraliste ou souhaitez-vous avoir l'avis de votre gynécologue uniquement ?

📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ Oui, j'ai TOTALEMENT confiance en mon médecin généraliste concernant la période préconceptionnelle.
- ☐ Oui, j'ai confiance pour CERTAINES questions concernant la période préconceptionnelle.
- ☐ Non, je ne fais confiance QU'AU GYNECOLOGUE concernant la période préconceptionnelle.
- ☐ Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste est compétent pour ces questions préconceptionnelles.
- ☐ Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste n'est PAS compétent pour ces questions préconceptionnelles.
- ☐ Je ne sais pas

☐ Autre :

*Pensez-vous qu'il est facile/rapide d'obtenir un rendez-vous chez votre gynécologue AVANT la CONCEPTION de votre enfant ?

📌 Cochez la ou les réponses

☐ Oui

☐ Non

☐ Je pense qu'il est plus facile/rapide de voir le généraliste pour poser ses questions AVANT la conception.

☐ Je ne sais pas

☐ Autre :

*Avez-vous ou allez-vous demandé/er des conseils spécifiques pour la période de CONCEPTION à votre GENERALISTE ?

📌 Cochez la ou les réponses

☐ Oui, j'ai déjà/je vais demandé conseil à mon généraliste.

☐ Oui, je n'hésiterai pas.

☐ Oui, pour CERTAINES questions/recommandations seulement.

☐ Non, je demanderais EXCLUSIVEMENT au gynécologue.

☐ Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste peut conseiller pour la conception.

☐ Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que SEUL le gynécologue peut conseiller pour la conception.

☐ Je ne sais pas.

☐ Autre :

*Avez-vous ou allez-vous demandé/er des conseils lors de la période de CONCEPTION à votre GYNECOLOGUE ?

📌 Cochez la ou les réponses

☐ Oui, j'ai pris/je prendrai rendez-vous chez le gynéco AVANT d'essayer de concevoir.

☐ Oui, j'ai pris/je prendrai rendez-vous chez le gynéco PENDANT que nous essayons de concevoir.

☐ Non, j'ai vu/je verrai le gynéco pour la première échographie et PAS AVANT.

☐ Non, je n'ai pas su avoir un rendez-vous chez le gynéco avant de tomber enceinte.

☐ Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense qu'il faut voir le gynécologue AVANT de concevoir.

☐ Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense qu'il n'est PAS nécessaire de voir le gynécologue avant d'être enceinte pour des conseils pour concevoir.

☐ Je ne sais pas.

☐ Autre :

*Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)

📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ Oui, je fais déjà tous ces efforts
- ☐ Oui, concernant l'alimentation
- ☐ Oui, concernant le sport
- ☐ Oui, concernant l'alcool
- ☐ Oui, concernant le tabac
- ☐ Oui, concernant la drogue (cannabis et/ou drogues dures)
- ☐ Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS que je tombe enceinte.

☐ Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS les premiers essais pour tomber enceinte.

Vous pouvez laisser votre adresse e-mail si vous souhaitez des informations supplémentaires concernant la consultation préconceptionnelle. (facultatif)

Si vous souhaitez partager une expérience ou un avis, n'hésitez pas (facultatif)

*Connaissez-vous les points d'attention particuliers AVANT la conception d'un enfant ?

📌 Cochez la ou les réponses

- ☐ Oui, je me suis informé(e).
- ☐ Oui, quelques uns.
- ☐ Non, mais ça m'intéresse.
- ☐ Non, mais ça NE m'intéresse PAS.
- ☐ Autre :

Vous pouvez laisser votre adresse e-mail si vous souhaitez des informations supplémentaires concernant la consultation préconceptionnelle. (facultatif)

Si vous souhaitez partager une expérience ou un avis, n'hésitez pas (facultatif)

Guide d'entretien semi-dirigé

Merci de participer à cette étude dans le cadre de mon travail de fin d'études. Cet entretien sera enregistré et retranscrit ultérieurement avec votre accord. L'ensemble de vos données seront totalement anonymisées et le contenu des enregistrements sera effacé jusqu'à un mois après la présentation orale du travail de fin d'études.

Présentation du sujet

Durant la première vague de la pandémie COVID-19, j'ai eu l'occasion de réaliser le suivi d'une jeune femme de trente ans enceinte (G1P0) car son gynécologue avait annulé tout le suivi durant plusieurs mois. Il s'agissait pourtant d'une grossesse à risque (diabète de grossesse, thrombophilie par mutation du facteur V de Leiden, suspicion d'embolie pulmonaire puis traitement préventif par Innohep). Cette prise en charge a été très intéressante pour ma formation médicale car j'ai pu revoir les différents éléments de la consultation de suivi en gynécologie-obstétrique transposables en médecine générale, me poussant à m'interroger.

Quelle est ou quelle pourrait être la place du médecin traitant dans le suivi de grossesse (dans un système de soins où les soins ambulatoires sont toujours plus encouragés et les rendez-vous chez les spécialistes soumis à de longs délais d'attente) ?

En outre, je remarque dans la pratique que les patientes enceintes prennent souvent rendez-vous chez le médecin traitant pour la première fois pour la confirmation biologique de la grossesse, sans avoir vu le gynécologue avant la grossesse. Nombre d'entre elles ne prennent pas encore leurs vitamines de grossesse, ne savent pas ce qu'elles peuvent manger ou non, ni quels médicaments et compléments alimentaires arrêter ou poursuivre, ni quels sont les points d'attention spécifiques.

Et quelle est la place de la consultation préconceptionnelle ?

Question de recherche

“ Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ? Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?

Etude qualitative auprès de 13 médecins généralistes en Belgique francophone et étude quantitative avec un sondage auprès de patients majeurs, francophones au moyen d'un questionnaire. ”

Questions des interviews individuelles semi-dirigées pour les médecins généralistes et assistants :

Présentation générale du médecin interviewé :

- *Quel âge avez-vous ?*
- *Quelle est votre pratique médicale : solo, en groupe, en maison médicale, en association ; rurale, urbaine ou semi-rurale ?*
- *Depuis combien de temps travaillez-vous comme médecin ou assistant ?*
- *Quel est l'âge moyen de votre patientèle ?*

Etat des lieux des pratiques et des obstacles rencontrés

- *Avez-vous déjà assuré des suivis de grossesse (en temps normal ou durant le premier confinement dû au covid) ?*
- *Vous sentez-vous à l'aise pour répondre aux questions relatives à la grossesse ?*
- *Vous sentez-vous à l'aise pour répondre aux questions et donner des conseils durant la période conceptionnelle et préconceptionnelle ?*
- *Pensez-vous que le suivi de la grossesse relève du médecin traitant ? Oui, non ou en partie (en complément du gynécologue) ?*
- *Pensez-vous que le suivi de la période conceptionnelle relève du médecin traitant ? Oui, non ou en partie (en complément du gynécologue) ?*
- *Souhaitez-vous assurer des suivis de grossesse (seul ou en complément du gynécologue) ?*
- *Souhaitez-vous assurer des suivis de la période conceptionnelle (seul ou en complément du gynécologue) ?*
- *Qu'est-ce qui vous semble complexe dans le suivi des grossesses en médecine générale ?*
- *Selon vous, quelles sont les difficultés rencontrées dans la pratique clinique pour mener ces consultations préconceptionnelles ? Manque de temps, manque d'intérêt, manque de connaissance théorique, manque de supports d'informations à donner aux patients ou autre motif ?*

Etat des lieux des connaissances

- *Les suivis de grossesses vous intéressent-ils ? Souhaitez-vous vous former ?*
- *Les suivis de la période conceptionnelle vous intéressent-ils ? Souhaitez-vous vous former ?*
- *Pensez-vous que vos connaissances théoriques relatives à la grossesse sont suffisantes ?*
- *Pensez-vous que vos connaissances théoriques relatives à la période conceptionnelle et préconceptionnelle sont suffisantes ?*

Outils à développer

- *Quels outils de prévention pourraient vous aider en consultation préconceptionnelle ? Brochure, affiche dans la salle d'attente ? Les utiliseriez-vous ?*
- *Quels outils de prévention pourraient encourager/inciter les femmes à consulter avant la conception selon vous ?*

Perspectives

- *Pensez-vous que les femmes abordent suffisamment les questions relatives à la période préconceptionnelle/conceptionnelle ou pensez-vous qu'elles arrivent souvent à la consultation pour les premières prises de sang de confirmation de la grossesse ?*
- *Pensez-vous que le suivi actuel des grossesses est suffisant ? ou pensez-vous qu'il pourrait être amélioré ?*
- *Pensez-vous que les suivis médicaux ambulatoires seront plus nombreux dans les années à venir ? Pensez-vous que cela concernera également les grossesses ?*
- *Connaissez-vous d'autres pratiques médicales dans d'autres pays concernant les suivis de grossesse ?*
- *Avez-vous d'autres remarques ou suggestions à faire concernant ce sujet d'étude ?*

Information aux participants (patients)

“ Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ? Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?

Etude qualitative auprès de 13 médecins généralistes en Belgique francophone et étude quantitative avec un sondage auprès des patients majeurs, francophones au moyen d'un questionnaire.”

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une enquête. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser des questions en rapport avec cette enquête à tout moment.

Objectifs et description de l'enquête

Grâce à une étude mixte, qualitative avec les interviews individuelles semi-dirigées des médecins généralistes en Belgique francophone et quantitative avec le questionnaire adressé aux patients majeurs francophones, je tente de satisfaire divers objectifs :

Objectifs :

- Dresser un état des lieux de la pratique actuelle concernant la prévention dans le domaine de la consultation préconceptionnelle c'est-à-dire avant de concevoir un enfant (Est-ce que les médecins généralistes du terrain se sentent à l'aise, jugent-ils leurs connaissances théoriques suffisantes, etc.)
- Dresser un état des lieux des pratiques des patients concernant la période préconceptionnelle et conceptionnelle c'est-à-dire avant de concevoir un enfant et pendant la période où le couple essaye de concevoir (Consultent-ils ?, Qui consultent-ils ? A quel moment ? Etc.)
- Identifier les attentes des médecins généralistes et des patients concernant cette période préconceptionnelle et conceptionnelle
- Identifier les freins et les obstacles empêchant de mener à bien ces consultations préconceptionnelles (c'est-à-dire avant de concevoir un enfant) pour les deux parties (pour les médecins et les patients)
- Mettre en évidence l'intérêt des praticiens généralistes et des patients pour les questions relatives à la période préconceptionnelle c'est-à-dire avant de concevoir un enfant (formation, outils à développer, etc).

L'objectif principal de ce travail est de mettre en exergue quelques pistes pour encourager et améliorer la prévention dans le domaine spécifique de la période préconceptionnelle et conceptionnelle (c'est-à-dire avant de concevoir un enfant et pendant la période où le couple essaye de concevoir).

Etude quantitative, prospective interventionnelle :

Le questionnaire destiné aux patients majeurs et francophones sera créé sur LimeSurvey et diffusé via les réseaux sociaux et par e-mail pour atteindre un maximum de personnes. Un minimum de 400 participations est attendu. Le remplissage du questionnaire prendra environ 5 minutes après avoir coché une case équivalant à la signature du formulaire de consentement libre et éclairé.

L'analyse des données par régression logistique (outil pour l'analyse statistique) sera requise.

Promoteur de l'enquête

Le promoteur de l'enquête est l'Université Catholique de Louvain (UCL).

Participation volontaire

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Bénéfices et risques

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation. Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance des pratiques des médecins généralistes concernant la consultation préconceptionnelle ainsi qu'une meilleure connaissance des attentes des patients.

Il n'y a aucun risque de participation à cette enquête hormis une éventuelle rupture de confidentialité des données.

Il n'y a pas d'incitant financier prévu.

Assurance

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette enquête, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Noms et coordonnées de l'assureur : Ethias SA, rue des Croisiers n°24 à Liège (Florian Pirard). Numéro de police d'Assurance : Police n°45.399.955.

Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles. Avec votre accord, je réaliserai un enregistrement audio de l'entretien, puis j'en ferai une retranscription ainsi qu'une anonymisation totale. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Les enregistrements seront stockés dans mon ordinateur jusqu'à la défense de mon TFE (fin mai 2022), puis je les supprimerai dans le mois suivant la présentation orale du TFE au plus tard.

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (règlementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : privacy@uclouvain.be.

En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données : Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 274 48 00 - e-mail : contact@apd-gba.be.

Comité d'éthique

Cette enquête est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le « Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain », qui a émis un avis favorable le 30/03/2022.

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude : Cedrone Melissa
Email : melissa.cedronet@student.uclouvain.be
Téléphone : 0496/02 00 46

Pour la gestion des plaintes non résolues par l'investigateur, vous pouvez contacter comme médiateur le Comité d'Ethique :

E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be
Téléphone : 02 764 55 14

Formulaire de consentement éclairé au participant

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),
déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à : *“ Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ? Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ? Etude qualitative auprès de 13 médecins généralistes en Belgique francophone et étude quantitative avec un sondage auprès des patients majeurs, francophones au moyen d'un questionnaire.”*

2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au participant. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.

3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.

4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain.

5. Je suis libre de participer ou non, de même que d’arrêter l’enquête à tout moment sans qu’il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n’entraîne le moindre désavantage.

6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de • la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ; • la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ; • la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ; • les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.

7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'enquête.

8. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

.....

...../...../20.....

Nom, prénom et Signature

Date (jour/mois/année) du (de la) participant(e)

Je, soussigné, Mme/Mlle/M. (NOM, Prénoms) confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au (à la) participant(e) mentionné(e) ci-dessus.

.....

...../...../20.....

Signature de la personne qui procure l'information

Date (jour/mois/année)

9.4 Document d'information et de consentement destiné aux médecins

Information au participant (médecins)

“ Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ? Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?

Etude qualitative auprès de 13 médecins généralistes en Belgique francophone et étude quantitative avec un sondage auprès des patients majeurs, francophones au moyen d'un questionnaire.”

Vous êtes invité(e) à participer de façon volontaire à une enquête. Avant d'accepter d'y participer, il est important de lire ce formulaire qui en décrit l'objectif et les modalités pratiques. Vous avez le droit de poser des questions en rapport avec cette enquête à tout moment.

Objectifs et description de l'enquête

Grâce à une étude mixte, qualitative avec les interviews individuelles semi-dirigées des médecins généralistes en Belgique francophone et quantitative avec le questionnaire adressé aux patients majeurs francophone, je tente de satisfaire divers objectifs :

Objectifs :

- Dresser un état des lieux de la pratique actuelle concernant la prévention dans le domaine de la consultation préconceptionnelle (Est-ce que les médecins généralistes du terrain se sentent à l'aise, jugent-ils leurs connaissances théoriques suffisantes, etc.)
- Dresser un état des lieux des pratiques des patients concernant la période préconceptionnelle et conceptionnelle (Consultent-ils ?, Qui consultent-ils ? A quel moment ? Etc.)
- Identifier les attentes des médecins généralistes et des patients concernant cette période
- Identifier les freins et les obstacles empêchant de mener à bien ces consultations préconceptionnelles pour les deux parties (pour les médecins et les patients)

- Mettre en évidence l'intérêt des praticiens généralistes et des patients pour les questions relatives à la période préconceptionnelle (formation, outils à développer, etc).

L'objectif principal de ce travail est de mettre en exergue quelques pistes pour encourager et améliorer la prévention dans le domaine spécifique de la période préconceptionnelle et conceptionnelle.

Etude qualitative, prospective interventionnelle :

Les interviews individuelles semi-dirigées concerneront 13 médecins généralistes ou assistants en médecine générale francophone, pratiquant actuellement la médecine générale en Belgique. Ils seront prévus pour une durée de 40 minutes environ après signature du formulaire de consentement libre et éclairé. Toutes les réponses recueillies seront totalement anonymisées. Les médecins seront contactés et sélectionnés par téléphone ou par e-mail. L'interview sera menée à l'aide d'un guide d'entretien et sera enregistrée pour être retranscrite, avant d'être supprimée. L'analyse des données sera conduite grâce à une classement thématique (verbatim)

Etude quantitative, prospective interventionnelle :

Le questionnaire destiné aux patients majeurs et francophones sera créé sur LimeSurvey et diffusé via les réseaux sociaux et par e-mail pour atteindre un maximum de personnes. Un minimum de 400 participations est attendu. Le remplissage du questionnaire prendra environ 5 minutes après avoir coché une case équivalant à la signature du formulaire de consentement libre et éclairé.

L'analyse des données par régression logistique sera requise.

Promoteur de l'enquête

Le promoteur de l'enquête est l'Université Catholique de Louvain (UCL).

Participation volontaire

Votre participation à cette enquête est entièrement volontaire et vous avez le droit de refuser d'y participer. Vous avez également le droit de vous retirer de l'enquête à tout moment, sans en préciser la raison, même après avoir signé le formulaire de consentement. Vous n'aurez pas à fournir de raison au retrait de votre consentement à participer ; toutefois, les données collectées jusqu'à l'arrêt de la participation à l'enquête font partie intégrante de celle-ci. Votre refus de participer à cette enquête n'entraînera pour vous aucune pénalité ni perte d'avantages.

Bénéfices et risques

Nous ne pouvons vous assurer que si vous acceptez de participer à cette enquête, vous tirerez personnellement un quelconque bénéfice direct de votre participation. Cependant, les informations obtenues grâce à cette étude peuvent contribuer à une meilleure connaissance des pratiques des médecins généralistes concernant la consultation préconceptionnelle ainsi qu'une meilleure connaissance des attentes des patients.

Il n'y a aucun risque de participation à cette enquête hormis une éventuelle rupture de confidentialité des données.

Il n'y a pas d'incitant financier prévu.

Assurance

Si vous ou vos ayants droit (famille) subissez un dommage lié à cette enquête, ce dommage sera indemnisé par le promoteur de l'étude conformément à la loi relative aux expérimentations sur la personne humaine du 7 mai 2004. Vous ne devez prouver la faute de quiconque.

Noms et coordonnées de l'assureur : Ethias SA, rue des Croisiers n°24 à Liège (Florian Pirard). Numéro de police d'Assurance : Police n°45.399.955.

Protection de la vie privée

Votre identité et votre participation à cette enquête demeureront strictement confidentielles. Avec votre accord, je réaliserai un enregistrement audio de l'entretien, puis j'en ferai une retranscription ainsi qu'une anonymisation par l'utilisation d'un faux nom. Vous ne serez pas identifié(e) par votre nom ni d'aucune autre manière reconnaissable dans aucun des dossiers, résultats ou publications en rapport avec l'étude. Les enregistrements seront stockés dans mon ordinateur jusqu'à la défense de mon TFE (fin mai 2022), puis je les supprimerai dans le mois suivant la présentation orale du TFE au plus tard.

La protection des données personnelles est assurée par la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée et par les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur. Ces droits sont également garantis par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Selon le RGPD, vous disposez d'un droit de regard sur le traitement de vos données. Si vous avez des questions à ce sujet, vous pouvez contacter le responsable de la protection des données du centre d'étude à l'adresse suivante : privacy@uclouvain.be.

En cas de plainte concernant le mode de traitement de vos données, vous pouvez contacter l'Autorité Belge de Protection des Données : Rue de la Presse 35 - 1000 Bruxelles - Tél. : 02 274 48 00 - e-mail : contact@apd-gba.be.

Comité d'éthique

Cette enquête est évaluée par un comité d'éthique indépendant, à savoir le « Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain », qui a émis un avis favorable le 30/03/2022.

Personnes à contacter si vous avez des questions à propos de l'enquête

Si vous estimez avoir subi un dommage lié à l'enquête ou si vous avez des questions, voulez donner un avis ou exprimer des craintes à propos de l'expérimentation ou à propos de vos droits en tant que patient participant à une étude clinique, maintenant, durant ou après votre participation, vous pouvez contacter :

Responsable de l'étude : Cedrone Melissa
Email : melissa.cedronet@student.uclouvain.be
Téléphone : 0496/02 00 46

Pour la gestion des plaintes non résolues par l'investigateur, vous pouvez contacter comme médiateur le Comité d'Ethique :

E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be
Téléphone : 02 764 55 14

Formulaire de consentement éclairé au participant

1. Je soussigné(e) (NOM, Prénom(s)),
déclare avoir lu l'information qui précède et accepter de participer à : *“ Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ? Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?*

Etude qualitative auprès de 13 médecins généralistes en Belgique francophone et étude quantitative avec un sondage auprès des patients majeurs, francophones au moyen d'un questionnaire.”

2. On m'a remis une copie de ce formulaire de consentement éclairé signé et daté, ainsi que de la note d'information destinée au participant. J'ai reçu une explication concernant la nature, le but, la durée de l'enquête et j'ai été informé(e) de ce qu'on attend de ma part. On m'a donné le temps et l'occasion de poser des questions sur l'enquête ; toutes mes questions ont reçu une réponse satisfaisante.

3. J'ai été informé(e) de l'existence d'une assurance.

4. Je sais que cette enquête a été soumise et approuvée par le Comité d’Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain.

5. Je suis libre de participer ou non, de même que d’arrêter l’enquête à tout moment sans qu’il soit nécessaire de justifier ma décision et sans que cela n'entraîne le moindre désavantage.

6. En signant ce document, j'autorise l'utilisation des données me concernant dans le respect de • la loi belge du 30 juillet 2018 relative à la protection de la vie privée ; • la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient ; • la loi du 7 mai 2004 relative à l'expérimentation sur la personne humaine ; • les réglementations européennes (réglementation générale européenne sur la protection des données à caractère personnel [RGPD] du 25 mai 2018) et belges en vigueur.

7. Je n'ai subi aucune pression physique ni psychologique induite pour ma participation à l'enquête.

8. Je consens de mon plein gré à participer à cette enquête.

.....

...../...../20.....

Nom, prénom et Signature

Date (jour/mois/année) du (de la) participant(e)

Je, soussigné, Mme/Mlle/M. (NOM, Prénoms) confirme que j'ai expliqué la nature, le but et la durée de l'enquête au (à la) participant(e) mentionné(e) ci-dessus.

.....

...../...../20.....

Signature de la personne qui procure l'information

Date (jour/mois/année)

b) Formulaire de soumission simplifié

	Formulaire de soumission Mémoire Bac / Master	
		Commission d'éthique hospitalo-facultaire
		Date d'application : 22/06/2021
CEHF-FORM-143_v1		

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc – UCLouvain - CEHF

Formulaire de soumission à utiliser pour la soumission des projets de mémoires Bac et Master :

- Mémoire :
 - ☐ Rétrospectif
 - ☐ Prospectif non interventionnel
 - ☒ Prospectif interventionnel
 - ☐ Portant uniquement sur du MCHR + "étiquette" et/ou données associées rétrospectives

Merci de cocher la ou les cases correspondantes à votre type d'expérimentation

1. DÉFINITIONS

- **Etude rétrospective** : examen du passé en utilisant des données déjà disponibles au moment de l'accord du comité d'éthique et pour autant que d'aucune façon il ne soit acquis de nouvelles données auprès des patients, aucun contact avec les patients n'est permis une fois l'accord du CE obtenu.
- **Etude prospective** : examen dans le futur des données qui seront nouvellement acquises.
- **Etude prospective interventionnelle** : (dans le cas d'études soumises via ce formulaire) : uniquement questionnaire ou enquête, si visite supplémentaire ou appel téléphonique pour le questionnaire, ou si le questionnaire est rempli à domicile.
- **Etude prospective non interventionnelle (observationnelle)** : observation de données de prise en charge de routine (questionnaire ou enquête lors d'une visite de routine).
- **Matériel Corporel Humain (MCH)** : tout matériel biologique humain, y compris les tissus et les cellules humains, les gamètes, les embryons, les fœtus, ainsi que les substances qui en sont extraites, et quel qu'en soit leur degré de transformation ; le sang, les composants et les dérivés sanguins ; les cheveux et les poils, les ongles, l'urine, le lait maternel, les selles, les larmes et les sueurs lorsqu'ils sont destinés à la recherche scientifique sans application humaine. Le MCH peut être à usage primaire (le donneur a donné spécifiquement son consentement) ou à usage secondaire c'est à dire autre que celui initialement prévu.
- **Matériel Corporel Humain Résiduel (MCHR)** : partie du matériel corporel humain prélevée en vue de l'établissement d'un diagnostic ou d'un traitement du donneur qui, après qu'une partie suffisante et pertinente a été conservée pour établir, parfaire ou compléter le diagnostic ou le traitement du donneur sur la base de nouvelles données scientifiques, est redondante par rapport à ces objectifs et qui pourrait dès lors être détruite. **L'étiquette** fait partie de l'échantillon et contient les données minimales d'identification : âge du patient, sexe, localisation du prélèvement et pathologie.
- **Promoteur de l'expérimentation (sponsor)** : une personne, une entreprise, une institution ou un organisme responsable du lancement, de la gestion et/ou du financement d'une expérimentation (à ne pas confondre avec promoteur de mémoire)

- **Investigateur principal** : Un médecin ou toute autre personne exerçant une profession visée par l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, qualifiés pour mener une expérimentation. L'investigateur est responsable de la conduite de l'expérimentation sur un site, (il peut être le promoteur du mémoire).
- **Registre/Création d'une base de données** avec ou sans but de recherche précis au moment de sa création... ! Celle-ci doit être soumise au préalable au Guichet académique - CTC pour déterminer le type d'étude

2. RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX :

Titre du mémoire :

Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ? Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?
Etude qualitative auprès de 14 médecins généralistes en Belgique francophone et étude quantitative avec un sondage auprès des patients majeurs, francophones au moyen d'un questionnaire.

n° de protocole (facultatif) : /

Acronyme (facultatif) : /

- ☒ Médecine ☐ Soins infirmiers ☐ Diététique
☐ Kinésithérapie ☐ Psychologie ☐ Santé Publique autre :

Nom et Coordonnées (e-mail, téléphone, institution, année d'étude) de l'étudiant :

Cedrone Melissa N° Imani : 1-00877-71-005 UCLouvain (2021-2022) MC3 : 3e année master complémentaire
Chemin de la limite 3A, 5150 Floriffoux
0498/02 00 46
cedrone.melissa@gmail.com melissa.cedrone@student.uclouvain.be

Nom et coordonnées (service, email, téléphone) du Promoteur du mémoire :

Dr Hermant Pierre Médecin généraliste 1-91899-64-004
Rue Fernand Cochar 48, 5020 Flawinne 0475/84 15 18
pierre.hermant@skynet.be

2.1. Etude monocentrique / multicentrique

- ☒ Monocentrique
☐ Multicentrique – CEHF = comité d'éthique principal
Quels sont les comités d'éthique locaux (nom, adresse et email des comités) ?
☐ Multicentrique – CEHF = comité d'éthique local
Quel est le comité d'éthique principal (nom, adresse et email) ?

2.2. Promoteur de l'expérimentation (sponsor) : une personne, une entreprise, une institution ou un organisme responsable du lancement, de la gestion et/ou du financement d'une expérimentation

Etude non-commerciale (académique)

- ☒ UCLouvain
☐ Autre :
↳ Institution :
Nom :
Adresse :
Email :
Téléphone :

2.3. Buts et originalité de l'expérimentation

Décrivez en 10 lignes maximum

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Buts : Avec ce TFE, je m'intéresse à l'état des lieux des connaissances actuelles et de l'intérêt des praticiens en médecine générale concernant la prévention que représentent les consultations préconceptionnelles, avec pour but d'encourager et faciliter ces consultations.

Originalité : L'originalité de mon expérimentation réside dans le fait d'investiguer les 2 parties (médecins et patients) et de proposer des pistes aux praticiens.

2.4. Justification de l'expérimentation

Justifiez en quelques mots

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Il s'agit d'une part d'une étude qualitative grâce à des interviews individuelles semi-dirigées de 14 médecins généralistes ou assistants en médecine générale. D'autre part, une étude quantitative sera mise en oeuvre avec un questionnaire adressé aux patients, diffusé sur les réseaux sociaux et par mail. Cela permettra d'investiguer l'intérêt des praticiens et des patients mais aussi d'identifier les freins en consultation.

2.5. Conditions financières

Qui prend en charge les frais liés à l'expérimentation ? (grant, compte clinique, ...)

Il n'y a aucun frais lié à l'expérimentation.

3. MÉMOIRE RÉTROSPECTIF

- Lieu de collecte de données :
- Période durant laquelle les données ont été collectées auprès des patients (données sources)

De / / 20.....

A / / 20.....

- Période durant laquelle les données seront analysées par l'investigateur

De / / 20.....

A / / 20.....

3.1. Confidentialité et protection des données

- La confidentialité des données de l'étude est-elle assurée ? ☐ OUI ☐ NON

Décrivez le processus de pseudonymisation du patient :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- Y a-t-il un transfert de données entre entités juridiques différentes (p. ex. entre les CUSL et l'UCL, ou entre les CUSL et une spin-off de l'UCL, ou entre l'UCL et une spin-off de l'UCL, ou entre les CUSL et une entreprise pharmaceutique) ?

☐ Oui -> Fournir au CEHF le draft du contrat ou de la convention/contrat

☐ Non

3.2. Méthodologie

Méthodes statistiques utilisées :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Ne pas oublier de signer le document en dernière page

4. MÉMOIRE PROSPECTIF (ACQUISITION DE DONNÉES APRÈS L'ACCORD DU CEHF)

☒ **Non interventionnel** (y compris questionnaire ou enquête lors d'une visite de routine)

☐ **Interventionnel**

- ☐ Etude épidémiologique
☐ Etude diagnostique
☐ Physiologie-physiopathologie
☐ Etude psychologique
- ☐ Autre, spécifiez :

4.1. Lieu où sera effectuée l'expérimentation :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Les sujets subiront-ils l'expérimentation ?

en ambulatoire ☒ en hospitalisation ☐ mixte ☐

4.2. Population cible

- sujets sains ☒ OUI ☐ NON
- sujets malades ☐ OUI ☒ NON
- si oui, quelle affection ?
- nombre de sujets prévus: 14 médecins et pas de nombre maximum pour les patients
- âge minimum : 18 ans âge maximum : 99 ans (pas de limite supérieure d'âge)
- sexe : masculin ☒ féminin ☒
- ☒ Adultes capables d'exprimer leur volonté ☐ Urgences
- ☐ Incapables Concernant les patients répondant au questionnaire ☐ Déments
- ☐ Pédiatriques ☐ Inconscients
- ☐ Femmes enceintes ou allaitantes ☐ Embryons
- ☒ autre (population particulière) Médecins généralistes et assistants en médecine générale concernant les interviews individuelles semi-dirigées

4.3. Investigation supplémentaires (i.e. hors SOC)

- L'étude implique-t-elle :
 - des consultations supplémentaires ? ☐ OUI ☒ NON
 - des procédures complémentaires ? (questionnaires, imagerie, sondage, ...) ☐ OUI ☒ NON
 - une ou des hospitalisations complémentaires ? ☐ OUI ☒ NON
- Si OUI à l'une ou l'autre des questions, veuillez préciser :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

4.4. MCH/MCHR

4.4.1. Prélèvement MCH/MCHR

Du MCH/MCHR sera-t-il prélevé au cours de l'étude ? ☐ OUI ☐ NON

Si oui ☐ s'agit-il d'un prélèvement à des fins diagnostiques ?

☐ s'agit-il d'un prélèvement à des fins de recherche ?

4.4.2. Utilisation de MCH venant d'une autre expérimentation :

En cas d'utilisation secondaire de MCH, le patient a-t-il donné son consentement pour des recherches futures lors de la collecte (primaire) du MCH ☐ OUI ☐ NON

prélevé initialement lors d'une étude CEHF -> fournir la référence CEHF :

prélevé initialement lors d'une étude hors CEHF -> fournir une copie de l'ICF

4.4.3. Transfert de MCHR

Y a-t-il un transfert de matériel résiduel entre entités juridiques différentes (p. ex. entre les CUSL et l'UCL, ou entre les CUSL et une spin-off de l'UCL, ou entre l'UCL et une spin-off de l'UCL, ou entre les CUSL et une entreprise pharmaceutique) ?

☐ Oui -> Fournir au CEHF le draft du contrat ou de la convention/contrat

☐ Non

4.5. Risques liés à l'expérimentation interventionnelle

- Compte tenu des données disponibles actuellement, estimez-vous que l'expérimentation est de nature à entraîner un risque ? ☐ OUI ☐ NON

Si OUI, décrivez ce(s) risque(s) :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

- Évaluez-en la gravité : ☐ négligeable ☐ importante ☐ imprévisible
- Évaluez-en la fréquence potentielle : ☐ négligeable ☐ importante ☐ imprévisible
- Le risque est-il acceptable :
 - pour les participants malades ? ☐ OUI ☐ NON
 - pour les participants sains ? ☐ OUI ☐ NON
- Y a-t-il d'autres(s) traitements(s) reconnus dans la pathologie concernée ? ☐ OUI ☐ NON
 - Si OUI, comparativement aux traitements actuellement reconnus, le risque paraît-il : ☐ supérieur ☐ identique ☐ inférieur
- Le protocole prévoit-il l'interruption des traitements antérieurs ? ☐ OUI ☐ NON
 - Si OUI, cette interruption constitue-t-elle un risque ? ☐ OUI ☐ NON
 - Si OUI, ce risque est-il : ☐ négligeable ☐ important ☐ imprévisible
- Au cours de cette expérimentation, les sujets bénéficieront-ils d'une surveillance médicale appropriée ? ☐ OUI ☐ NON

4.6. Assurance

- En respect de la loi du 7 mai 2004, le promoteur de l'expérimentation doit souscrire à une assurance en responsabilité même sans faute pour couvrir les risques éventuels encourus par le malade ou le volontaire sain.
- Qui est le preneur d'assurance ? L'Université UCLouvain et moi-même.

4.7. Information et consentement

- Si l'étude porte sur des mineurs, l'information pour les mineurs doit être adaptée à leur niveau de compréhension (Chapitre IV de la loi du 7 mai 2004). Merci de fournir et de cocher les éléments suivants :
 - ☐ Information spécifique
 - ☐ Pour les mineurs (on considère généralement trois tranches d'âge : 6-11, 12-15, 16-17 ans)
 - ☐ Pour les parents ou le représentant légal du mineur
 - ☐ Consentement spécifique
 - ☐ Pour les mineurs (appelé « assentiment », plutôt que « consentement »)
 - ☐ Pour les parents (*doit être signé par les deux parents*) et/ou le représentant légal
- Si les participants sont incapables d'exprimer leur consentement du fait de leur état ou du fait de l'urgence, la procédure doit être adéquate (Chapitres V et VI de la loi du 7 mai 2004). Merci de fournir et de cocher les éléments suivants quand d'application :
 - ☐ Information spécifique
 - ☐ Présence d'un représentant légal
 - ☐ Le représentant légal est impliqué dans le processus d'obtention du consentement
 - ☐ Le processus de consentement prévoit l'obtention du **consentement écrit** :
 - ☐ Quand le patient a retrouvé sa capacité à consentir
 - ☐ Quand le patient sort de la condition d'urgence
 - ☐ Quand la condition médicale aiguë est terminée

4.8. Compensations financière pour les participants

Précisez les compensations financières prévues pour les participants :

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Aucune compensation financière n'est prévue.

5. MÉMOIRE CONSISTANT EN UNE ANALYSE DE PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Population cible : /

Mode de recrutement : /

Veillez fournir le résumé de l'étude ainsi que le questionnaire

6. PAGE DE SIGNATURES

« Je déclare assumer l'entière responsabilité de l'expérimentation dont le projet est décrit ci-dessous et certifie que les renseignements fournis correspondent à la réalité, compte tenu des connaissances actuelles. »

Signature de l'investigateur principal

Date : 31/01/2022

Nom/Prénom : Cedrone Melissa

Signature :

☐ **En cas de mémoire rétrospectif**

Signature du chef de service responsable des patients concernés :

Date :

Nom/Prénom :

Signature-:

☐ **En cas de mémoire prospectif**

Signature du chef de service responsable des patients concernés :

Date : 31/01/2022

Nom/Prénom : Dr Hermant Pierre

Signature-:

☐ **En cas de mémoire impliquant du MCH / MCHR (matériel corporel humain)**

Signature du responsable de la biobanque:

Date :

Nom/Prénom :

Signature :

☐ **Signature du promoteur de mémoire**

Date :

Nom/Prénom :

Signature:

FORMULATION de l'AVIS DU CEHF**Titre de l'expérimentation :**

Référence du CEHF: (à mentionner lors de toute correspondance ultérieure)

N° d'enregistrement belge : B 403.....

Investigateur Responsable :

- ☐ Mémoire/TFE rétrospectif
☐ Mémoire/TFE prospectif non interventionnel (observationnel)
☐ Mémoire/TFE prospectif interventionnel
☐ Mémoire consistant en une analyse des pratiques professionnelles

Le Comité d'Ethique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCLouvain a bien reçu, examiné l'ensemble des documents relatifs au projet de recherche susmentionné :

- ☐ Formulaire de soumission Mémoire
- ☐ Document d'information et de consentement (DIC)
- ☐ Résumé de l'expérimentation
- ☐ Protocole
- ☐ Questionnaire – enquête
- ☐ CV de l'étudiant (Nom – Prénom)
- ☐ CV de l'investigateur principal (Nom – Prénom)
- ☐ Certificat d'assurance
- ☐ Questionnaire 1 RGPD (Règlement Général sur la Protection des Données)
- ☐ Autre(s):

L'avis du CEHF est

- ☐
- favorable**
- : le projet peut être initié

En cas d'étude rétrospective : Aucun contact avec les patients n'est autorisé

- ☐
- défavorable**
- : le projet ne peut pas être initié

justification :

Date et signature :
Professeur J.M. MALOTEAUX
Président CEHF

Résumé de l'expérimentation

Question de recherche :

“ Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ? Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?

Etude qualitative auprès de 13 médecins généralistes en Belgique francophone et étude quantitative avec un sondage auprès des patients majeurs, francophones au moyen d'un questionnaire.”

L'expérimentation :

Grâce à une étude mixte, qualitative avec les interviews individuelles semi-dirigées des médecins généralistes en Belgique francophone et quantitative avec le questionnaire adressé aux patients majeurs francophone, je tente de satisfaire divers objectifs :

Objectifs :

- Dresser un état des lieux de la pratique actuelle concernant la prévention dans le domaine de la consultation préconceptionnelle (Est-ce que les médecins généralistes du terrain se sentent à l'aise, jugent-ils leurs connaissances théoriques suffisantes, etc.)
- Dresser un état des lieux des pratiques des patients concernant la période préconceptionnelle et conceptionnelle (Consultent-ils ?, Qui consultent-ils ? A quel moment ? Etc.)
- Identifier les attentes des médecins généralistes et des patients concernant cette période
- Identifier les freins et les obstacles empêchant de mener à bien ces consultations préconceptionnelles pour les deux parties (pour les médecins et les patients)
- Mettre en évidence l'intérêt des praticiens généralistes et des patients pour les questions relatives à la période préconceptionnelle (formation, outils à développer, etc).

L'objectif principal de ce travail est de mettre en exergue quelques pistes pour encourager et améliorer la prévention dans le domaine spécifique de la période préconceptionnelle et conceptionnelle.

Etude qualitative, prospective interventionnelle :

Les interviews individuelles semi-dirigées concerneront 13 médecins généralistes ou assistants en médecine générale francophone, pratiquant actuellement la médecine générale en Belgique. Ils seront prévus pour une durée de 40 minutes environ après signature du formulaire de consentement libre et éclairé. Toutes les réponses recueillies seront totalement anonymisées. Les médecins seront contactés

et sélectionnés par téléphone ou par e-mail. L'interview sera menée à l'aide d'un guide d'entretien et sera enregistrée pour être retranscrite, avant d'être supprimée. L'analyse des données sera conduite grâce à un classement thématique (verbatim)

Etude quantitative, prospective interventionnelle :

Le questionnaire destiné aux patients majeurs et francophones sera créé sur LimeSurvey et diffusé via les réseaux sociaux et par e-mail pour atteindre un maximum de personnes. Un minimum de 400 participations est attendu. Le remplissage du questionnaire prendra environ 5 minutes après avoir coché une case équivalant à la signature du formulaire de consentement libre et éclairé.

L'analyse des données par régression logistique sera requise.

d) RGPD pour les entretiens des médecins

Préparation étude - ressources matérielles - Questionnaire 2



N° de référence : AAHRPP-FORM-082

Clinical Trial Center

Version PaCo : 2.0

Date d'application : 28/06/2021

PROTECTION DE LA VIE PRIVEE EN MATIERE DE RECHERCHE CLINIQUE : QUESTIONNAIRE 2

(interviews des médecins):

A FAIRE REMPLIR ET SIGNER PAR LE PROMOTEUR/CRO

CE DOCUMENT SERA FOURNI AU MOMENT DE LA FAISABILITE DE L'ETUDE (VIA LE SITE INTERNET AVEC LE FICHIER DU COFI) OU AU 1^{ER} CONTACT AVEC LES GUICHETS CENTRAUX DU CTC (ACADEMIQUE/COMMERCIAL).

	QUESTION	OUI	NON	N/A
A : DONNEES ETUDE	Les données collectées permettent une identification du sujet (nom, n° administratif, NISS, téléphone, email, photo de visage, adresse, n° de compte, vidéoconférence, sons etc)		X	
	Les données seront-elles transférées hors UE ?		X	
B : MATERIEL (en cas de réponse NON à ces 2 questions allez directement au D)	Fournissez-vous un matériel électronique au patient (pc, tablette, téléphone etc) ?		X	
	Utiliserez-vous l'équipement privé du patient pour collecter des données (pc, tablette, téléphone etc)		X	
C : DONNEES COLLECTEES AUPRES DU PATIENT	Des informations seront-elles échangées avec le patient par son email ?		X	
	Les données sources collectées directement auprès du patient pourront-elles être ajoutées vers son dossier médical (medical explorer) si l'investigateur juge qu'elles sont utiles pour son suivi médical ?		X	
	Les données collectées auprès du patient seront-elles stockées dans un environnement ISO27000 ou HIPAA ?		X	
	Les données de localisation de l'accès chez le patient (IP - FSM-MAC ADDRESS) seront-elles masquées par le sponsor ?		X	
D : LOGICIEL	Devez-vous installer une application sur un ordinateur des CUSL?		X	
	En tant que promoteur académique CUSL, utiliserez-vous une base de données (excel, word, access, redcap etc) qui répond aux conditions suivantes : - fichier protégé par un mot de passe - backup réalisé - localisée sur un serveur des CUSL			X

DES REPONSES INAPPROPRIEES AUX QUESTIONS A, C, D PAR RAPPORT AU GDPR EXIGENT L'ENVOI DU QUESTIONNAIRE 2 PAR LE GUICHET AU PROMOTEUR/CRO ET EVALUATION DU DOSSIER PAR LE DPO.

Dr Hermant Pierre confirme que la collecte et le traitement pendant les essais cliniques sont effectués en parfaite conformité avec le règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).

DATE : 31/01/2022

NOM DU PROMOTEUR/CRO : DR HERMANT PIERRE

SIGNATURE DU PROMOTEUR/CRO

Dr Pierre Hermant
Médecine générale
48, rue F. Cochet - 50700 Reims
1.91899.64.004
Tél. 0475/84 15 18

31.01.22

NOM DE L'ETUDE : ETUDE PROSPECTIVE NON INTERVENTIONNELLE

Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ? Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?

Etude qualitative auprès de 14 médecins généralistes en Belgique francophone et étude quantitative avec un sondage auprès des patients majeurs, francophones au moyen d'un questionnaire.

SERVICE MEDICAL CUSL : MÉDECINE GÉNÉRALE (AMBULATOIRE)

NOM, PRENOM DE L'INVESTIGATEUR : CEDRONE MELISSA

e) RGPD pour le questionnaire des patients

Préparation étude - ressources matérielles - Questionnaire 1



N° de référence : AAHRPP-FORM-082

Clinical Trial Center

Version PaCo : 2.0

Date d'application : 28/06/2021

PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE EN MATIÈRE DE RECHERCHE CLINIQUE : QUESTIONNAIRE 1

(patients):

A FAIRE REMPLIR ET SIGNER PAR LE PROMOTEUR/CRO

CE DOCUMENT SERA FOURNI AU MOMENT DE LA FAISABILITÉ DE L'ÉTUDE (VIA LE SITE INTERNET AVEC LE FICHIER DU COFI) OU AU 1^{ER} CONTACT AVEC LES GUICHETS CENTRAUX DU CTC (ACADEMIQUE/COMMERCIAL).

	QUESTION	OUI	NON	N/A
A : DONNEES ETUDE	Les données collectées permettent une identification du sujet (nom, n° administratif, NISS, téléphone, email, photo de visage, adresse, n° de compte, vidéoconférence, sons etc)		X	
	Les données seront-elles transférées hors UE ?		X	
B : MATERIEL (en cas de réponse NON à ces 2 questions allez directement au D)	Fournissez-vous un matériel électronique au patient (pc, tablette, téléphone etc) ?		X	
	Utiliserez-vous l'équipement privé du patient pour collecter des données (pc, tablette, téléphone etc)		X	
C : DONNEES COLLECTEES AUPRES DU PATIENT	Des informations seront-elles échangées avec le patient par son email ?		X	
	Les données sources collectées directement auprès du patient pourront-elles être ajoutées vers son dossier médical (medical explorer) si l'investigateur juge qu'elles sont utiles pour son suivi médical ?		X	
	Les données collectées auprès du patient seront-elles stockées dans un environnement ISO27000 ou HIPAA ?		X	
	Les données de localisation de l'accès chez le patient (IP - FSM-MAC ADDRESS) seront-elles masquées par le sponsor ?		X	
D : LOGICIEL	Devez-vous installer une application sur un ordinateur des CUSL ?		X	
	En tant que promoteur académique CUSL, utiliserez-vous une base de données (excel, word, access, redcap etc) qui répond aux conditions suivantes : - fichier protégé par un mot de passe - backup réalisé - localisée sur un serveur des CUSL			X

DES REPONSES INAPPROPRIÉES AUX QUESTIONS A, C, D PAR RAPPORT AU GDPR EXIGENT L'ENVOI DU QUESTIONNAIRE 2 PAR LE GUICHET AU PROMOTEUR/CRO ET EVALUATION DU DOSSIER PAR LE DPO.

Dr Hermant Pierre confirme que la collecte et le traitement pendant les essais cliniques sont effectués en parfaite conformité avec le règlement européen 2016/679 du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données (RGPD).

DATE : 31/01/2022

SIGNATURE DU PROMOTEUR/CRO

NOM DU PROMOTEUR/CRO : DR HERMANT PIERRE

Dr Pierre Hermant
Médecine générale
48, rue F. Cochet - 5020 Rommèe
1.9189.64.004
Tél. 0475/84 15-18

31.01.22

NOM DE L'ETUDE : ETUDE PROSPECTIVE NON INTERVENTIONNELLE

Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ? Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?

Etude qualitative auprès de 14 médecins généralistes en Belgique francophone et étude quantitative avec un sondage auprès des patients majeurs, francophones au moyen d'un questionnaire.

SERVICE MEDICAL CUSL : MÉDECINE GÉNÉRALE

NOM, PRENOM DE L'INVESTIGATEUR : CEDRONE MELISSA

f) Curriculum vitae du promoteur du TFE

HERMANT PIERRE

Médecin généraliste

1-91899-64-004

Né à Ciney, le 31/07/1958

Domicilié rue Fernand Cochard 48, 5020 Flawinne
0475/84 15 18

pierre.hermant@skynet.be

Expérience professionnelle :

- Médecin généraliste en cabinet privé depuis 1983
- Médecin coordinateur de la MRS Saint-Joseph à Temploux

Formations et diplôme :

- Diplômé en médecine générale UCL en 1983
- Maître de stage agréé depuis 2016
- Médecin coordinateur et conseiller (MCC) - Aframeco
- Formation EOL

g) Curriculum vitae de l'investigateur



Melissa Cedrone

N° INAMI : 1-00677-71-005

Date de naissance : 04/01/1995

Lieu de naissance : Namur

État civil : Célibataire

Nationalité : Belge

Coordonnées

✉ melissa.cedrone@student.uclouvain.be

✉ cedrone.melissa@gmail.com

☎ +32 496 02 00 46

📍 Chemin de la Limite, 3A
5150 Floriffoux, Belgique

Formation principale

Master complémentaire en Médecine Générale	(2019-2022)
UCLouvain Saint-Luc Woluwé Saint-Lambert, Bruxelles	
Master en médecine	(2016-2019)
UCLouvain Saint-Luc Woluwé Saint-Lambert, Bruxelles	
Bachelier en médecine	(2013-2016)
UNamur, Namur	
Études secondaires	(2007-2013)
Séminaire de Floreffe, Floreffe	

Travail de fin d'études

2022 - Mémoire en recherche clinique : Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ? Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?

Promoteur : Dr. Hermant Pierre (médecin généraliste).

2019 - Mémoire en recherche clinique : Etude de la qualité de vie des patients souffrant d'un cancer colorectal soignés aux Cliniques universitaires Saint-Luc Bruxelles.

Promoteur : Pr. Van den Eynde (oncologue gastro-entérologue).

Formations additionnelles

- DUE Micronutrition, Alimentation, Prévention et Santé (2022)
- Médecin coordinateur et conseiller (MCC) - AFRAMECO (2022)
- Complément de dermatologie (2019)
- Complément d'oncologie médicale (2019)
- Psychiatrie infantile (2019)
- Pathologies tropicales (2018)
- Psychiatrie de l'adolescent et du jeune adulte (2018)

Stages au choix réalisés en Master 3

Soins palliatifs	(2018)
Foyer Saint-François, Namur	
Médecine générale	(2019)
Dr. Gérard Michel, Belgrade / Dr. Lenoir Anne-Laure, Bouge	

Intérêts particuliers

- Dermatologie
- Pédiatrie
- Souhait de faire la formation ONE
- Gynécologie notamment la prévention
- Oncologie
- Soins palliatifs
- Nutrithérapie

Loisirs

 Voyages
 Couture
 Lecture
 Histoire

h) Document d'assurance

ATTESTATION D'ASSURANCE

Ethias SA, rue des Croisiers n° 24 à Liège, certifie que par la police n° 45.399.955 souscrite par l'Université Catholique de Louvain, Place de l'Université, 1 à 1348 Louvain-la-Neuve, elle garantit, dans les limites des conditions générales et spéciales du contrat, conformément aux dispositions de la loi du 7 mai 2004 relative aux expérimentations sur la personne humaine telle que modifiée par la loi du 27 décembre 2005 et tous arrêtés royaux d'exécution qui seraient adoptés en application des dispositions précitées, la responsabilité civile qui pourrait incomber au promoteur de l'étude repris ci-dessous, du chef de dommages causés aux participants et/ou à leurs ayants droit dans le cadre de l'étude clinique suivante :

Titre de l'expérimentation : Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle? Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ?

Promoteur : Méliissa Cedrone

Etude :

☒ monocentrique

☐ multicentrique

En cas d'étude multicentrique, indiquer les différents sites :

Nombre de participants : 414

Durée de l'expérimentation : 31/01/2022 au 30/04/2022

☒ **CLASSE IA**

Etudes de cohortes (type prospectif ou rétrospectif): simples observations cliniques (volontaires sains). Observations cliniques de patients capables de donner leur consentement. Questionnaires à compléter par des patients. Etudes sur échantillon : urine, salive, sécrétions diverses sauf lorsque l'obtention de l'échantillon fait partie de l'expérimentation et nécessite des actes autres que le simple prélèvement externe. Expérimentations avec prise de sang par veine périphérique lorsque cette prise de sang aurait de toute façon dû être effectuée.

Ethias SA - rue des Croisiers 24 - 4000 LIÈGE - www.ethias.be - info@ethias.be

Entreprise d'assurances agréée sous le n° 0196 pour pratiquer toutes les branches d'assurances Non Vie, les assurances sur la vie, les assurances de natalité et de natalité (AR des 4 et 13 juillet 1979, MB du 14 juillet 1979) ainsi que les opérations de capitalisation (Décision CIFA du 9 janvier 2007, MB du 16 janvier 2007).

RPM Liège TVA BE 0404.484.654 - Compte Belfius Banque : BE72 0910 0078 4416 - BIC : GKCCBE33

1154-Attestation_SCL - 1/1/8

○ **CLASSE IB**

Observations cliniques de personnes incapables de donner leur consentement. Examens cliniques simples sans aucune manoeuvre thérapeutique. Investigations non invasives permises : échographie, électroencéphalogramme, électrocardiogramme, radiographie standard ou CT-scanner sans contraste. Tests à l'effort sous-maximal sans plus sur des volontaires ou des patients en l'absence de risque connu d'ischémie coronaire au cours d'un test

MONTANTS DE GARANTIE

La garantie est acquise à raison de **2.500.000 €** par sinistre, tous dommages corporels, matériels et immatériels consécutifs confondus. Ce montant constitue également la limite de la garantie pour l'ensemble des dommages déclarés dans le cadre de l'essai précité.

Cette attestation est valable pour autant que les primes soient payées et que le contrat soit toujours en cours.

Fait à Louvain-la-Neuve le 31 janvier 2022

Pour le Comité de direction,



Florian PIRARD

Head of Motor, Property & Liability
Underwriting Public & Corporate South

Annexe 5. Avis du comité d'éthique



Université Catholique de Louvain
Faculté de médecine



Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Bruxelles, ce 30 mars 2022

A l'investigateur responsable:
Dr Melissa CEDRONE
Chemin de la Limité 3A
5150 Floriffoux

AVIS FAVORABLE DEFINITIF

Concerne : 2022/02FEV/044

N° Protocole : MACCS

Acronyme : n/a

Intitulé : Quel peut être le rôle du médecin généraliste dans le suivi des grossesses en particulier durant la période préconceptionnelle et conceptionnelle ? Quels outils pourraient encourager les consultations préconceptionnelles et aider les praticiens ? Etude qualitative auprès de 14 médecins généralistes en Belgique francophone et étude quantitative avec un sondage auprès des patients majeurs, francophones au moyen d'un questionnaire."

Cher Collègue,

Le Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire Saint-Luc - UCL a pris connaissance de l'étude susmentionnée. Nous avons examiné l'ensemble des documents concernant cette étude, y compris les documents modifiés suite aux remarques :

- Assurance-Cedrone-34651600_Date de réception 02.02.2022
- CV promoteur-Cedrone-34651600_dd31.01.2022
- CV signé Cedrone-34651600_dd31.01.2022
- Protocole TFE-Cedrone-34651600_Version 2_dd01.03.2022
- Document d'information et de consentement au participant_Version 2_dd01.03.2022
- Document d'information et de consentement au participant médecin_Version 2_dd01.03.2022
- Questionnaire patients-Cedrone-34651600
- Questions interviews médecins-Cedrone-34651600_Version 2_dd01.03.2022
- Résumé de l'expérimentation-Cedrone-34651600_Version 2_dd01.03.2022
- RGPD questionnaire interviews médecins-CEDRONE-34651600
- RGPD questionnaire patients-CEDRONE-34651600

En tant que comité d'éthique principal désigné par le promoteur (unique en Belgique), selon les directives de la loi du 07 mai 2004, nous donnons un avis favorable définitif à ce projet.

Nous rappelons à l'investigateur qu'il est personnellement responsable de cette étude et au promoteur qu'il est responsable de la conformité linguistique des formulaires d'information et de consentement.

Aucun participant ne peut être admis dans une expérimentation ou un essai clinique avant que le comité d'éthique (IRB/IEC) n'ait donné un avis écrit favorable au projet.

Aucune modification ni changement au protocole ne peut être mis en route sans l'approbation préalable écrite du comité d'éthique à l'amendement approprié excepté les situations prévues dans les bonnes pratiques cliniques (BPC/GCP).

Le comité d'éthique principal déclare qu'il procède selon les directives ICH/GCP, les lois et règlements applicables, et ses propres procédures écrites.

Promenade de l'Alma 51 bte B1.43.03 - 1200 Bruxelles
Tél. : 02/764.55.14

E-mail : commission.ethique-saintluc@uclouvain.be

Page 1 sur 2
L'ÉTHIQUE HOSPITALO-FACULTAIRE

Comité d'Éthique Hospitalo-Facultaire

Le comité d'éthique principal déclare qu'aucun de ses membres ayant une affiliation avec l'étude ou le sponsor n'a voté pour cette étude.

Une liste des membres actuels est jointe en annexe.

Le comité d'éthique principal sera continuellement informé de tous les SUSAR et déviations liés à ce protocole et qui se sont produits en Belgique.

Le comité d'éthique sera également informé du statut de l'étude sur base continue (comme requis par les directives ICG-GCP 4.10.1).

Nous vous prions d'agréer, cher Collègue, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Mme A. GABRIEL
Membre CEHF



Prof. J.-M. MALOTEAUX
Président

 CEHF-FORM-006-12.0	Composition du Comité d'éthique hospitalo-facultaire nominatif	
		Commission d'éthique hospitalo-facultaire Date d'application : 21/02/2022

Comité d'éthique hospitalo-facultaire (CEHF)

COMPOSITION (cfr CEHF-DSQ-005_Description fonctionnement CEHF)	
▪ Président ▪ Vice-présidents ▪ Secrétaire ▪ Docteurs en Médecine attachés aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ou à la Faculté de Médecine de l'UCL ▪ Médecins Omnipraticiens ou Extérieurs aux Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Ethicien ▪ Juriste ▪ Infirmières (Cliniques universitaires Saint-Luc) et Assistante Sociale ▪ Psychologue ▪ Pharmaciens Hospitalier des Cliniques Universitaires Saint-Luc ▪ Méthodologiste ▪ Coordination Scientifique, PhD ▪ Représentants Volontaires Sains	▪ Jean-Marie MALOTEAUX, Docteur en médecine ▪ Véronique DUVEILLER, Pharmacien ▪ Emmanuelle VAN HELLEPUTTE, Juriste et représentante des patients* ▪ Yves HUMBLET, Docteur en médecine ▪ Isabelle SCHEERS, Docteur en médecine ▪ Martine BERLIERE ▪ Yves HORSMANS ▪ Laurent HOUTEKIE ▪ Luc ROEGIER¹ ▪ Bénédicte BRICHARD¹ ▪ Christiane VERMYLEN ▪ Michel MOURAD¹ ▪ Dominique LAMY ▪ Patrick EVRARD (Cliniques Mont-Godinne)¹ ▪ Eric GAZIAUX ▪ Alain LOUTE ▪ Geneviève SCHAMPS ▪ Cécile COUPEZ ▪ Claire DETIENNE¹ ▪ Nicolas VERMEULEN¹ ▪ Pascale de PIERPONT¹ ▪ Séverine HALLEUX¹ ▪ Niko SPEYBROECK ▪ Isabelle de HEMPTINNE¹ ▪ Anne GABRIEL¹ ▪ Olivier BLEUS et/ou Stéphanie CHAPUT¹

¹: invité

* Membre remplaçant comme représentante des patients : Aurélie Carlier

Annexe 6. Interviews retranscrites des médecins généralistes et assistants généralistes

Remarque : Les thèmes travaillés dans le cadre de l'analyse qualitative sont indiqués en gras dans les textes originaux retranscrits.

Interview Dr A

Melissa : Je vais d'abord vous demander de vous présenter, de donner votre âge.

Dr A : Je suis un homme, j'ai 63 ans.

Melissa : Pouvez-vous présenter votre type de pratique ?

Dr A : Il s'agit d'une pratique exclusivement de médecine générale, avec des consultations ($\frac{1}{3}$) et des visites à domicile ($\frac{2}{3}$) avec un passage journalier en maison de repos car je suis médecin coordinateur dans une maison de repos, donc une patientèle avec beaucoup de personnes âgées mais aussi avec un mélange de tous les âges.

Melissa : Même en consultation, vous diriez que votre patientèle est plutôt âgée pour l'instant ?

Dr A : En consultation, non, c'est vraiment du mélange. Mais pour les personnes âgées, je vais à domicile. Moi je trouve que la pratique uniquement en cabinet, c'est totalement incomplet.

Melissa : Je suis d'accord avec vous en tout cas. C'est une pratique plutôt solo ou en groupe ?

Dr A : J'ai toujours travaillé en solo puisqu'à mon âge c'est comme ça que ça fonctionnait. Maintenant, je me dis que travailler en binôme, à 2, je trouve ça vraiment bien. ça c'est personnel. Travailler en maison médicale, je n'ai pas connu donc je le conçois un peu difficilement.

Melissa : C'est plutôt une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine ?

Dr A : Ici, c'est plutôt semi-rural. On a un peu des deux.

Melissa : Est-ce que vous avez des patients dans des cités ou dans des milieux très précarisés ?

Dr A : Non, pas très précarisé, je pense que c'est surtout dans les centre-villes qu'on trouve les milieux les plus précaires et les sans-abris. Ici les sans-abris, on ne les voit quasi pas mais des milieux à revenus faibles ou des appartements sociaux, oui bien sûr il y en a.

Melissa : Vous travaillez depuis combien de temps ?

Dr A : Depuis janvier 1984, donc 38 ans.

Melissa : Directement en médecine générale ?

Dr A : Ah oui.

Melissa : Et vous avez déjà travaillé dans un planning ou un centre ONE ?

Dr A : Au début, j'ai dû remplacer quelqu'un pour l'ONE mais ce n'était pas ce qui m'intéressait le plus. Quand l'occasion s'est présentée de travailler en maison de repos, je me suis présenté. Depuis 1992, je suis coordinateur.

Melissa : Est-ce que dans votre pratique vous avez déjà suivi des femmes enceintes ou fait un suivi de grossesse, soit en temps normal, soit pendant la "période covid" ?

Dr A : Alors suivre des grossesses, non jamais, mais suivre en tant que médecin généraliste oui, pas en tant que grand connaisseur et ne n'oserais pas m'initier tout seul et dire "oui je m'occupe de vous", d'abord parce qu'on n'accouche pas ou plus par rapport aux vieux d'avant et parce que maintenant, il y a tellement de choses à faire notamment les échos. **Je pense que chacun a sa place. Le médecin généraliste a un rôle à jouer mais n'a pas une place centrale, elle est parallèle, je dirais, à celle du gynéco, mais on ne sait pas se passer du gynéco.**

Melissa : Vous êtes à l'aise lorsque des femmes enceintes vous posent des questions spécifiques à la grossesse (par exemple, concernant l'allaitement, comment savoir si ce que je ressens est une contraction, j'ai une perte de sang, est-ce que c'est grave ?)

Dr A : Oui je suis à l'aise dans le sens où si je n'ai pas de réponse franche à donner, je me réfère toujours à un avis complémentaire. Donc je ne vais pas dire "je ne sais pas ce qu'il faut faire", non. Les questions sont quand même assez vastes : "qu'est-ce que je peux manger ?", "qu'est-ce que je peux faire ?", "qu'est-ce que je peux prendre comme vitamines ?". C'est clair que s'il y a eu une perte de sang, je ne vais pas dire que ce n'est pas grave, je vais quand même demander un avis gynéco car il faut faire une écho. **Je ne suis pas mal à l'aise mais j'ai besoin d'avoir quand même un gynéco en complément.**

Melissa : Est-ce que quand vous avez des patientes en consultation qui vous posent des questions sur les vitamines et ce qu'il faut faire avant de concevoir, vous êtes à l'aise ? Est-ce que ça vous arrive dans la pratique que les patientes vous posent ces questions ?

Dr A : ça n'arrive pas beaucoup, je trouve, parce que souvent, la "messe est dite", la conception a eu lieu. Maintenant, c'est vrai qu'on a **jamais eu de formation ou beaucoup de lectures nous parlant de la nécessité d'avoir un suivi préconceptionnel**. A la limite, quand on voit des jeunes qui viennent de se marier, de leur dire "n'oubliez pas ça, ça, ça". **Je pense qu'avoir un canevas fait, c'est super intéressant.**

Melissa : Ce serait un outil ?

Dr A : Bien sûr, ce serait un outil parce que je ne vais pas raconter des conneries quand je vois quelqu'un. **Probablement que comme mes connaissances ne sont pas suffisamment clarifiées dans la tête, on oublie de parler de certaines choses.** Et avoir quelque chose où tout est structuré dans la tête, je pense que ça permet de dire tout en peu de temps.

Melissa : Donc vous avez l'impression que vos connaissances plutôt théoriques concernant la grossesse et la période de conception ne seraient pas suffisantes pour être complet et/ou pour être tout à fait à l'aise ?

Dr A : En tout cas, au fur et à mesure des années, puisque ça fait plus de trente ans, il y a des choses qui ont été apprises sur le tas. **Il y a trente ans, les connaissances qu'on avait en tant que généraliste n'étaient pas très très lourdes au niveau gynéco, en tout cas la relation médecin-patient préconception ou conception.** Il y a des choses qui doivent encore être intensifiées mais je ne sais pas si chez les jeunes, ce type de formations a été bien mis en place ou bien s'il y a encore des lacunes. Je suppose que si des travaux sont faits, c'est que certains ressentent un manque qui doit être comblé.

Melissa : Vous avez l'impression que la plupart des femmes arrivent en consultation pour confirmer la grossesse par un test biologique ou alors parce que c'est déjà fait et qu'elles ont besoin d'une information et qu'elles ne viennent pas en général avant ?

Dr A : **Si elles viennent avant, c'est pour faire une prise de sang pour le statut toxo et voir si au niveau vaccination tout est ok.** Si elles viennent après, souvent c'est parce qu'elles ont déjà fait un test en pharmacie qui se révèle positif et qu'elles veulent confirmer par la prise de sang. L'examen se limite souvent à ça. Et c'est vrai que pendant la consultation, on reprend quand même la tension, on voit un peu les médicaments qui sont pris et **on conseille si ça n'a pas été fait de prendre l'acide folique qui aurait pu être pris déjà un peu avant. C'est vrai, qu'on pourrait pousser les jeunes à prendre de l'acide folique en préconception.** Mais l'examen gynéco, il n'a pas lieu d'être, en tout cas de mon côté, je ne vois pas l'intérêt de faire un examen gynéco chez quelqu'un qui débute une grossesse.

Melissa : Donc, ça veut dire que vous avez dans votre patientèle, à certains moments l'occasion d'avoir ces consultations où vous faites déjà de la médecine préconceptionnelle en revoyant le statut vaccinal, refaire une prise de sang, conseiller les vitamines ? Donc ça c'est déjà de la prévention et du préconceptionnel.

Dr A : Oui, oui, mais je trouve que du côté patient, ils arrivent souvent avec leurs questions ou le fait qu'il faut s'en occuper un peu tard. Et à ce moment-là, je ne commence pas à dire chez quelqu'un qui vient de se marier "n'oubliez pas ceci, ceci, ceci", parce que si ça tombe, c'est dans 3 4 ou 5 ans. Que les patients viennent spontanément en disant "qu'est-ce que je dois faire", c'est pas vraiment comme ça que ça se passe je trouve. Mais c'est peut-être à nous justement quand ils viennent pour la prise de sang avant la grossesse, de lancer le sujet. **Je pense qu'on doit être plus actifs de notre côté pour proposer aux gens ce qu'on sait.**

Melissa : Donc les gens viennent mais un peu trop tard ?

Dr A : **Je ne sais pas s'ils viennent trop tard ou si c'est nous qui sommes trop lents dans la proposition.** On pourrait. Mais de nouveau si on n'a pas de canevas bien clair, ça peut partir un peu dans tous les sens et être un peu brouillon et quand les gens ressortent, ils ont entendu des choses mais ils retiennent un tiers des informations. On leur dirait "Voilà, on a un outil, papier même, que je peux vous donner et si un jour vous avez un désir de grossesse, regardez déjà les choses auxquelles il faut faire attention. Donc un outil est très intéressant mais il ne faut pas le taper comme ça sur la table, non, on en parle quand on fait le bilan avec la prise de sang et le contrôle.

Melissa : Donc du côté médecins, un outil peut aider. Est-ce que vous pensez que du côté patients, s'ils voyaient une brochure en salle d'attente ou une affiche, est-ce que ça pourrait les encourager à y penser et du coup à poser des questions plus tôt ?

Dr A : Oui, pourquoi pas. Évidemment, les affiches, ça m'embête un peu les affiches parce que si on veut mettre toutes les affiches qui arrivent aussi bien de l'Aviq que les autres, on se retrouve avec trop d'affiches, donc il faut cibler. Mais une affiche comme celle-là aurait sa place, du moment qu'elle soit flash et claire.

Melissa : Si je vous apporte une affiche, est-ce que vous seriez d'accord de la mettre 1 mois dans la salle d'attente et dans un mois, je vous demanderai si quelqu'un vous en a parlé ou vous a posé des questions en rapport et si quelqu'un pose une question, que vous puissiez lui demander si c'est grâce à l'affiche ou pas, sans aucune obligation ?

Dr A : Pas de problème. Bien sûr, ça permettrait de voir si le côté affiche attire l'attention. C'est bien dans l'enquête de voir si l'affiche est utile pour démarrer la consultation.

Melissa : Probablement que les gens pensent que ce n'est pas nécessaire de voir le médecin avant de concevoir.

Dr A : Je ne sais même pas s'ils se posent la question. Ils se disent "je sais que je ne dois pas boire trop d'alcool", ça ils savent. Ils savent aussi qu'ils ne doivent pas fumer. Maintenant, pour le reste, ils ne se posent pas vraiment la question. Je pense que ça n'a pas été inculqué quoique maintenant, je trouve qu'on voit toute une série de petites thèmes sur "qu'est-ce qu'il faut manger ?", "Qu'est-ce qui est bien pour se préparer à la grossesse ?"

Melissa : Où avez-vous déjà vu ce genre de contenu concernant la préconception ?

Dr A : Oui je l'ai vu car tu avais attiré mon attention en me parlant de ce thème. J'ai vu dans la revue Prescrire il y a peu de temps. Il me semble que certaines choses bougent et on voit bien qu'au niveau sociétal, le régime, comment bien manger, comment faire pour être bien, ça bouge quand même par rapport à il y a 10 ou 15 ans ou 20 ans. D'ailleurs, c'est pas pour rien que beaucoup de gens sont végétariens, beaucoup plus qu'avant, car il y a un questionnement sur la façon de manger.

Melissa : Est-ce que vous pensez qu'on fait plus de prévention en médecine générale qu'il y a 30 ans ?

Dr A : Oui, la médecine a évolué. On a beaucoup plus de possibilités qu'avant. Les bilans sanguins sont beaucoup plus évolués qu'avant donc on peut faire de la prévention. Il y a prévention et prévention, la prévention sans gaspiller et la prévention où on claque un peu n'importe quoi et on tire tous azimuts sans réfléchir donc il faut quand même que ce soit quelque chose qui coûte à la société. **Mais la prévention par les informations, ça ce n'est pas coûteux.**

Melissa : Est-ce qu'il y a un encouragement global pour que les soins se fassent plus en ambulatoire depuis 30 ans ?

Dr A : Oui. Les hospitalisations sont nettement plus courtes, on est vite dégagés de la clinique. Tant mieux parce que je pense que c'est un bien même si parfois, ça va peut-être un peu trop vite.

Melissa : ça donne plus de place à la médecine générale et un plus grand rôle à la médecine générale.

Dr A : Oui, on doit être plus performants. Je trouve qu'on doit être de bons pères de famille. On doit gérer intelligemment le pour et le contre la prescription, la non prescription. Car je trouve qu'au niveau hospitalier, c'est un peu du "tennis de table". Je trouve que le médecin généraliste a un rôle de modérateur.

Melissa : Si on se projette, est-ce que vous pensez qu'à l'avenir que la grossesse pourra être gérée au moins en partie par les médecins généralistes dans le futur, sachant qu'il y a cet encouragement de l'ambulatoire et que dans certains pays ça se fait déjà pour les grossesses non pathologiques comme en Angleterre (sans appareil d'échographie) ?

Dr A : ça je ne suis pas sûr car il y a beaucoup de gynéco, surtout dans les régions proches des hôpitaux. Je pense qu'il n'y a pas beaucoup de place pour le médecin généraliste pour faire autre chose que de la prévention, faire un suivi raisonnable. Mais est-ce que c'est raisonnable de prendre des risques avec les patientes alors qu'on ne fait pas d'échographies. On est quand même limités et les gynéco sont là. Et on ne fera pas les accouchements. Ce qui m'embêterait c'est de ne pas avoir de canevas à suivre pour le suivi de grossesse. Mais ce serait sûrement très intéressant. Le contact avec les gens serait encore meilleur et la confiance est encore plus importante. Mais il faudrait clarifier les choses : est-ce que toutes les échographies faites actuellement à chaque visite chez le gynéco sont utiles et sont facturées ? Mais les généralistes n'ont jamais eu un canevas pour le suivi de grossesse ce qui fait qu'on est un peu en méconnaissance du terrain.

Melissa : S'il y avait une formation à ce sujet (prévention préconception et/ou suivi de grossesse), vous seriez intéressé ?

Dr A : Oui bien sûr. Ce serait très utile. **Si on veut être performants, il nous faut d'autres outils, des éléments structurés que ceux qu'on a pour l'instant.**

Melissa : Est-ce que vous avez des idées d'autres outils, des choses pratico-pratiques qui pourraient aider soit le patient à y penser et poser ses questions soit pour le médecin ?

Dr A : Non pas comme ça.

Melissa : Est-ce que vous avez d'autres remarques ou suggestions ?

Dr A : Si tu n'avais pas posé toutes ces questions, moi je laissais les choses telles quelles, ce qui n'est pas bien je trouve car on doit continuer à s'améliorer. Et s'améliorer en médecine générale c'est aider les gens à faire le bon choix, je trouve que c'est super important. On doit les orienter dans tous les domaines donc on doit être performants dans tout ce qui n'est pas évident. Je trouve que pour ce domaine-là comme d'autres domaines de la prévention, on doit être très performants car le gynéco que la femme voit, je ne suis pas sûr qu'il s'occupera de la prévention de façon très rigoureuse et parlera de tout. **C'est notre rôle.**

Melissa : Est-ce que ça pourrait être le rôle des sages-femmes ?

Dr A : **Moi, je n'ai pas envie de leur déléguer cette prévention. Nous avons un rôle central.**

Interview Dr B

Melissa : Je vais d'abord vous demander de vous présenter.

Dr B : Je m'appelle Dr B (femme), je suis médecin généraliste dans un village du nord de Namur.

Melissa : Vous avez quel âge ?

Dr B : J'ai 39 ans.

Melissa : Quel est votre type de pratique ?

Dr B : C'est une pratique de groupe, en association, dans un cadre semi-rural.

Melissa : Vous travaillez depuis combien de temps ?

Dr B : Je me suis installée en 2006, donc il y a 12 ans.

Melissa : Vous avez commencé directement par la médecine générale en cabinet ?

Dr B : Non, j'ai d'abord travaillé 1 an comme médecin généraliste hospitalier dans une Clinique Namuroise où je faisais de l'orthopédie et j'ai fait de la médecine scolaire aussi à ce moment-là.

Melissa : Est-ce que vous avez déjà fait de l'ONE ou du planning ?

Dr B : Oui, de l'ONE. J'en fait toujours.

Melissa : Pas de planning ?

Dr B : Non.

Melissa : Parce que ça ne vous intéressait pas ou vous n'avez pas eu l'opportunité ?

Dr B : Parce que je n'ai pas eu l'opportunité et parce qu'à ce moment-là, mon horaire était rempli par la médecine scolaire essentiellement. Et quand j'ai arrêté la médecine scolaire, j'ai fait plus de médecine générale. Je n'avais plus beaucoup de place pour faire du planning en plus, donc j'ai gardé l'ONE plutôt que le planning.

Melissa : Est-ce que dans votre pratique, en 16 ans, vous avez déjà suivi des femmes enceintes ?

Dr B : Pour le suivi de grossesse ?

Melissa : Oui, pour le suivi de grossesse.

Dr B : Non.

Melissa : En période COVID non plus ? Vous n'avez pas eu de demandes ?

Dr B : Non. Enfin, comme d'habitude : tension, toxo, machin mais pas parce que le gynéco ne savait pas.

Melissa : Vous n'avez pas eu de patientes qui sont venues en disant que le gynéco n'allait plus les suivre pendant plusieurs mois à cause du COVID ?

Dr B : Non.

Melissa : Vous êtes à l'aise quand vous avez des questions spécifiques à la grossesse, quand les patientes viennent pour autre chose mais qu'elles sont enceintes ?

Dr B : En tout cas, **ça m'intéresse**. J'essaye et si je n'ai pas de réponse, j'essaye de trouver une réponse. **ça ne me fait pas peur. Ce n'est pas un domaine où je me dit olala, je n'en touche pas une.**

Melissa : Par rapport à l'avant conception, est-ce que vous êtes à l'aise quand on vous pose des questions ?

Dr B : Oui, je trouve. Oui, je pense. En tout cas, oui.

Melissa : Vous avez beaucoup de questions avant la conception ? Est-ce que vous trouvez que les patients viennent avant ?

Dr B : Non, je pense que **c'est plutôt moi qui les incite à réfléchir** en disant "on ferait bien une prise de sang avant la grossesse pour voir le cholestérol, le taux d'immunité, ...

Melissa : Parce qu'ils vous disent qu'il y a un projet ou parce que vous le demandez ?

Dr B : Parfois, je demande, parfois ils me le disent "j'ai arrêté la pilule". alors je dis que c'est l'occasion de faire une prise de sang. j'ai l'impression que **j'essaye de les sensibiliser** en tout cas.

Melissa : Est-ce que c'est facile de penser à tout, d'envisager : vitamines, statut vaccinal, ... ?

Dr B : **Je ne vois pas de difficultés là-dedans.**

Melissa : Les patients, en général, vous avez l'impression qu'ils prennent leurs vitamines et font déjà attention avant ?

Dr B : En tout cas, **l'acide folique, si je les sensibilise, elles le prennent.** Je prescris rarement des vitamines prénatales, je fais toujours l'acide folique.

Melissa : Et à quel moment ?

Dr B : On dit 8 semaines avant la grossesse. Pour qu'il y ait un taux d'efficacité, je pense qu'il faut 8 semaines.

Melissa : Quand elles viennent à la consultation et qu'elles sont en train d'essayer de concevoir, est-ce qu'elles en prennent déjà, si ça n'a pas été discuté avec vous ?

Dr B : Non. Elles ne prennent pas souvent de vitamines pré-grossesse non plus, car **ça coûte cher**, je trouve. **Je pense qu'elles ne sont pas très sensibilisées à ça.** C'est plutôt la vitamine de grossesse qu'elles ont tendance à prendre directement dès qu'elles sont enceintes mais avant non. Je pense que si on ne les sensibilise pas, j'ai pas l'impression que ce soit une notion qu'elles ont.

Melissa : Et vous avez l'impression qu'elles vont chez le gynéco pour parler de ces questions-là avant de concevoir ou très peu ?

Dr B : Très peu.

Melissa : Parce que le gynéco n'a pas le temps ?

Dr B : Non. En tout cas, pour des premiers projets de grossesse faciles, quand on ne se dit pas encore qu'il y a un souci, sans PMA etc, elles arrêtent leur pilule et voilà. Maintenant, il y a quand même certains gynéco, si le rendez-vous de suivi tombe dans la période préconceptionnelle, qui les sensibilisent quand même, j'ai l'impression.

Melissa : Pour vous, ils prennent quand même le temps de le faire quand c'est possible ?

Dr B : ça dépend quel gynéco. J'ai l'impression. Mais les patients ne vont pas spécialement pour ça. C'est un rendez-vous de routine annuel et elles disent au gynéco qu'il y a un projet de grossesse. Elles ressortent avec un peu d'acide folique et une prise de sang à faire.

Melissa : Pour vous, le suivi de grossesse, ça pourrait être une mission du médecin généraliste ? A l'avenir par exemple ?

Dr B : Ou c'était plutôt (rires). A l'avenir ? (soupirs). C'est tellement compliqué parce que j'ai

l'impression que les gynécologues arrivent par les moyens techniques de suivi de grossesses échographiques à rassurer les patientes. On médicalise très très fort la grossesse comme on médicalise plein d'autres choses, plein d'autres suivis. Et donc, j'ai l'impression que la grossesse est tellement médicalisée que ça ne suffirait pas à les rassurer. Maintenant, il y a peut-être un mouvement un peu "écologique" qui aurait tendance à devenir plus "naturel" et qui souhaiterait revenir à un suivi de grossesse plus classique avec 3 échographies point et le reste chez le médecin traitant. Je suis tout à fait partante si on me le demande : mesurer la hauteur utérine, ... Ce serait très très chouette. Maintenant, je ne sais pas si médico-légalement, on arriverait à le faire. Il y a l'aspect médico-légal et aussi, est-ce que les patientes ont vraiment envie de ça. Et ce n'est pas parce qu'elles en ont envie qu'elles pourraient y avoir accès. Je pense qu'en France, le suivi est beaucoup moins médicalisé qu'en Belgique.

Melissa : Est-ce que vous connaissez des pays où c'est le médecin généraliste qui fait le suivi de grossesse ?

Dr B : Je pense qu'en France, il me semble qu'il s'en occupe quand même plus.

Melissa : En France, c'est plutôt la sage-femme.

Dr B : Ah oui, c'est ça. En tout cas, pas le gynécologue. Le médecin généraliste non. Peut-être au Canada ?

Melissa : En tout cas, en Angleterre, c'est le cas. La femme voit le gynécologue pour les 3 échographies morphologiques et c'est tout, pour une grossesse normale. Sinon, c'est le médecin généraliste qui s'occupe du suivi.

Dr B : Après, il n'y a rien à vraiment s'occuper : tension, urines, ... Voilà, finalement, il n'y a pas grand chose à faire. Donc, ça pourrait tout à fait être notre rôle.

Melissa : Surtout si on se pose la question de savoir si les échographies qui sont faites à chaque visite sont utiles.

Dr B : Oui tout à fait.

Melissa : Vous savez si c'est remboursé, facturé ces échographies ?

Dr B : En tout cas, personnellement, je n'ai jamais rien payé. Je n'ai jamais payé aucune échographie. Alors que pour les échographies morphologiques, j'avais payé plus.

Melissa : Ça peut aussi jouer. Pour vous, la consultation préconceptionnelle, ça relève du médecin généraliste ?

Dr B : Oui

Melissa : Ou du gynécologue ? Ou de la sage-femme ?

Dr B : En tout cas du médecin généraliste oui. La prise de sang oui, le frottis de col si ça rentre dans le contexte de remboursement tous les 3 ans, on pourrait le faire. C'est parce qu'on le fait quasi pas ou plus. Maintenant, je pense que **c'est un peu complémentaire**. Une dame qui n'a jamais eu de contrôle gynécologique, savoir qu'on a 2 ovaires qui fonctionnent, un utérus qui n'est pas bifide, etc. **C'est quand même bien d'avoir une échographie pour avoir une structure morphologique préconceptionnelle plutôt que d'attendre 2 ans d'essais infructueux et de se dire finalement il y avait un utérus bifide ou un ovaire sur deux qui ne fonctionne pas, ou des ovaires micropolykystiques.** Donc c'est quand même intéressant d'avoir une visite chez le gynécologue pour la toute première fois chez une dame qui n'a jamais eu de contrôle gynécologique. Je trouve que c'est quand même un peu nécessaire. Maintenant, **chez quelqu'un**

pour qui on sait que tout va bien, je pense que la consultation préconceptionnelle, on peut la faire !

Sage-femme, pourquoi pas. Elles savent prescrire, je pense qu'elles peuvent faire des biologies. Elle peut la prescrire mais je ne sais pas si elle pourra interpréter toutes les données ou alors s'il y a des choses qui ne vont pas adresser au médecin traitant. Je pense qu'il y a **quand même un intérêt d'avoir un suivi médical.**

Melissa : En tout cas, ça intéresse beaucoup les sages-femmes mais il y a peu de gens qui les consultent en préconceptionnel, ou même le médecin traitant.

Dr B : Moi, j'en ai quand même ! Je trouve que j'en ai quand même qui viennent en disant "Voilà, on voudrait un bébé, on voudrait faire une petite prise de sang, qu'est-ce que vous pensez ?" Oui j'en ai **quand même franchement quelques-unes.**

Melissa : C'est vraiment la prise de sang qui est le point d'entrée de la consultation et de la discussion ?

Dr B : Oui. Ou alors, elles ont eu des cycles avant de prendre une contraception qui n'étaient pas réguliers, alors elles s'en tracassent "est-ce que ça va être comme ça ? À quoi je dois faire attention ?". Parfois je leur dit "Beh voilà, au bout d'1 an, il y a 95% des femmes qui sont enceintes et au bout de 2 ans, 98%, donc on va se laisser une année". ça leur permet aussi de diminuer un peu la pression, leur expliquer aussi quels sont les moments opportuns, ne pas trop calculer non plus, essayer de diminuer aussi un peu la pression de l'attente au début (rires).

Melissa : Le fait de se dire "Faut que ça fonctionne tout de suite".

Dr B : Oui, c'est ça. Essayer de relativiser un peu par rapport à ça. ça permet aussi de faire aussi un peu de **dépistage dans les familles** : Est-ce qu'il y a eu des soucis ?, **antécédents familiaux** etc.

Melissa : outre ces consultations-là, vous avez beaucoup de consultations pour des motifs gynécologiques et obstétriques ?

Dr B : Gynéco, quand même. Elles viennent quand même surtout pour les mycoses vaginales. Maintenant, elles ne viennent même plus, elles t'appellent (rires) ! C'est à peine s'il faut mettre le frottis dans le couloir ... Donc gynéco oui, au niveau des seins aussi ; tuméfactions, écoulements, ... Donc je pense qu'elles viennent quand même. je pense que **c'est parce qu'on est plus accessibles.** Je ne suis pas sûre que ce soit une question de compétences. Si le gynéco était plus accessible, je pense qu'elles iraient chez le gynéco plus facilement. J'ai l'impression que parfois c'est un peu "vaut mieux ça, plutôt que personne".

Melissa : Le problème, ce serait plutôt le délai pour voir le gynéco ?

Dr B : Oui, alors qu'on est **tout à fait capables de gérer ça.** C'est plus l'attente pour voir le gynéco ou qu'elles ne connaissent pas nos compétences. Mais oui, j'ai l'impression qu'on a quand même beaucoup.

Au niveau obstétrical, souvent, quand elles nous appellent, c'est qu'elles n'ont pas su joindre le gynéco. "J'ai essayé mon gynéco, il ne répond pas. J'ai essayé la maternité, ils ne répondent pas". C'est un peu

“je n’arrive pas à les joindre, donc j’appelle mon médecin traitant”. Par contre, ce qui est cystites, etc, ce qui est médical ou paramédical pendant la grossesse, ça on gère.

Melissa : Le fait d’avoir été vous-même enceintes, c’est plus facile de répondre aux questions ?

Dr B : Oui. Parce que j’ai parfois l’impression de mieux comprendre ce qu’elles veulent.

Melissa : De mieux cerner l’attente cachée ?

Dr B : Oui, l’attente cachée, de dédramatiser certaines choses.

Melissa : Vous avez peut-être plus de crédit aussi pour rassurer.

Dr B : Oui, peut-être.

Melissa : Qu’un jeune médecin.

Dr B : Peut-être. **Elles croient fort en la médecine.** Cette histoire de crédit, ça se joue peut-être plus quand tu as des enfants. Au niveau gynéco, ils font quand même fort confiance en tes compétences, plus que ton empathie.

Melissa : Vous souhaiteriez faire plus de consultations préconceptionnelles si c’était possible ?

Dr B : Oui.

Melissa : Ce qui est plus difficile pour vous dans un suivi de grossesse, c’est l’aspect médico-légal et l’absence d’échographies pour rassurer ?

Dr B : Les compétences, oui.

Melissa : Est-ce qu’il y a d’autres choses qui pourraient rendre le suivi difficile si avec l’encouragement des soins ambulatoires, les médecins généralistes devaient se charger à l’avenir des suivis des grossesses non compliquées ?

Dr B : ça dépend de ce qu’ils attendent de nous. Si c’est une grossesse qui va bien, il ne faut rien en faire je dirais : une tension, une protéinurie, voir si le bébé bouge, une hauteur utérine, prise de poids, une glycémie, une thyroïde. C’est dans nos cordes. Il faudrait refaire une petite formation avec les gynécos pour qu’ils nous disent “ Si tout ça, c’est bon, alors vous êtes cool avec ça”. Mais peut-être qu’il faudrait que je sois un peu reformée ou un peu plus d’expertise.

Melissa : Il faudrait une petite base ?

Dr B : J’ai l’impression que j’ai la base mais je voudrais quand même que le gynéco me dise “ok, si tout est bon de ce côté là, alors pas d’inquiétude : le bébé bouge bien, elle a une bonne tension, il n’y a pas de protéinurie, la prise de sang est correcte niveau thyroïdien et infection”.

Melissa : Plutôt valider la "checklist".

Dr B : Oui, c’est ça. Mais ça ne me fait vraiment pas peur.

Melissa : Et par rapport aux consultations préconceptionnelles, qu’est-ce qui est plus difficile ? C’est plutôt l’accès des patients, le fait qu’ils y pensent moins ?

Dr B : Ils y pensent moins. Ils ont peut-être besoin d’une expertise plus importante, que ce soit un spécialiste qui leur dise. Peut-être que je ne suis pas assez crédible parce que je n’ai pas d’écho.

Melissa : Donc transposer le système de l’Angleterre à la Belgique, finalement, vous vous dites pourquoi pas, ça pourrait fonctionner.

Dr B : Oui, je pense. Au niveau médical oui, je ne sais pas si les gens seraient contents.

Melissa : Est-ce que vous avez déjà eu dans votre patientèle des patientes enceintes qui refusaient toute échographie et tout examen, par peur ou par conviction ?

Dr B : Tout, non.

Melissa : Ou certaines choses ?

Dr B : L'accouchement à l'hôpital oui, préférant les maisons de naissances (soupir). Autant je trouve qu'un suivi de grossesse de première ligne ne me pose pas de soucis, autant accoucher en dehors de l'hôpital me pose un souci énorme parce que j'ai l'impression qu'on ne donne pas tous les moyens pour que ça fonctionne. Les consultations de gynéco sont parfois superflues, qu'un accouchement dans une maison de naissance ou à domicile, c'est une prise de risques énorme, parce que tant que le bébé n'est pas sorti, il peut tout se passer, pour la mère et pour l'enfant.

Melissa : Vous avez quel discours du coup avec des patients qui vous disent que l'hôpital pour accoucher, c'est non ?

Dr B : "Est-ce que c'est un choix mûrement réfléchi ? Vous avez vraiment peser le pour et le contre ?" Je ne juge pas.

Melissa : Les gens ne s'imaginent pas que ça peut mal se passer.

Dr B : Non, tant mieux ! Vraiment, tant mieux !

Melissa : Quels outils, selon vous, pourraient encourager les consultations préconceptionnelles, encourager le fait que les patients pensent ou qu'ils aient envie d'en parler ?

Dr B : Des outils de prévention publics, publicitaires, par exemple venant de l'AviQ, des campagnes de promotion.

Melissa : ça devrait passer par quels canaux ?

Dr B : Les écrans, la télé.

Melissa : Est-ce qu'on devrait investir dans du contenu, dans de l'information qui passerait sur les réseaux sociaux sachant que les personnes qui vont concevoir sont jeunes et sont sur les réseaux sociaux ?

Dr B : Oui, oui. Je pense que ça ce serait pas mal. "Vous pensez avoir un bébé, un petit tour chez votre médecin traitant !"

Melissa : Qu'est ce que vous pensez d'une affiche en salle d'attente ? Est-ce que ça peut éveiller l'intérêt ?

Dr B : Tout à fait, oui.

Melissa : Vous avez des remarques ou des suggestions concernant ce sujet ?

Dr B : Non, franchement non. C'est un bon sujet et **c'est vraiment de la médecine générale pure je trouve.**

Interview Dr C

Melissa : Je vais d'abord te demander de te présenter.

Dr C : Je suis Dr C (femme), je suis assistante en troisième année. Je suis dans une association avec 4 médecins, une autre assistante, un secrétariat. On a deux kinés et deux infirmières avec nous. Ce n'est pas une maison médicale. On est pas agréés par la fédé. Ils sont reconnus par l'AviQ. Mais ça reste à l'acte, chaque médecin a sa patientèle. C'est juste que les dossiers sont mis en commun. ça facilite quand quelqu'un est en vacances.

Melissa : C'est une pratique plutôt urbaine, semi-urbaine ou rurale ?

Dr C : Urbaine.

Melissa : C'est quel type de patientèle ? Est-ce qu'il y a des patients très défavorisés ou non ?

Dr C : C'est assez large mais il y a quand même des personnes défavorisées, des personnes je dirais "normales", avec un statut de vie normal, un peu de tout en fait. Et au niveau des âges aussi, comme les médecins ont des âges différents. Il y a un médecin qui est un peu plus vieux, donc il a une patientèle peut-être un peu plus âgée. Il y a un autre médecin qui aime bien les homes, donc sa patientèle est aussi un peu plus âgée et les deux autres médecins ont une patientèle un peu plus jeune et du coup, ça s'équilibre bien.

Melissa : Et dans les patients que tu vois toi, est-ce que ce sont plutôt des personnes âgées ou est-ce que c'est vraiment un mélange de tous les âges ?

Dr C : Non, c'est vraiment un mélange. ça dépend un peu des périodes. Ici, par exemple, je vois un peu plus d'enfants mais c'est varié, il y a de tout.

Melissa : Est-ce que tu ne fais que de la pratique en cabinet de médecine générale ou est-ce que tu fais autre chose ; ONE, planning ou autre ?

Dr C : Alors c'est essentiellement du cabinet. J'ai un peu de planning, j'ai une consultation par mois de planning et j'ai eu 2 consultations d'ONE et on est censés faire des remplacements mais ça ne se met pas trop dans l'agenda.

Melissa : Au planning, c'est plutôt une patientèle jeune ?

Dr C : Oui, oui, souvent ce sont des adolescents. ça m'est déjà arrivé d'avoir des adultes mais le plus souvent, ce sont des jeunes, oui.

Melissa : Du coup, ça fait 2,5 ans que tu travailles ?

Dr C : Oui.

Melissa : Est-ce que tu as déjà, dans ta pratique, soit avant le covid, soit pendant un confinement, suivi des femmes enceintes ?

Dr C : Suivi, non. J'ai déjà eu des femmes enceintes en consultation, mais je n'ai jamais eu de suivi en tant que tel, où je reprogrammais une consultation pour quelque chose par rapport à la grossesse, par exemple.

Melissa : Donc c'était plutôt un suivi de médecine générale pour des patientes qui sont enceintes mais pas pour ça, ce n'était pas spécifique à la grossesse ?

Dr C : Oui, c'est ça. Sauf des diagnostics, plutôt une prise de sang pour confirmer une grossesse.

Melissa : Est-ce que tu as déjà eu des patientes qui venaient avant de faire un bébé pour poser des questions ou faire une prise de sang ou pour savoir ce qu'il faut faire ?

Dr C : Heu, non. je n'ai jamais eu une dame en demande en préconceptionnel.

Melissa : Et au planning, non plus ? Pas de questions sur la grossesse ou en préconceptionnel ?

Dr C : Non.

Melissa : C'est plutôt contraception, dépistage MST ou des choses comme ça ?

Dr C : Oui, la plupart des consultations c'est pour des dépistages MST, parfois c'est de l'éducation sexuelle ou contraception.

Melissa : Est-ce qu'au planning tu es à l'aise ?

Dr C : Avec ces sujets-là, je dirais qu'avec ma petite expérience de planning, ça va. Maintenant, au début, je n'étais pas hyper à l'aise et j'avais mes pages internet ouvertes (rires).

Melissa : Est-ce que par rapport à des consultations préconceptionnelles, tu serais à l'aise ? Est-ce que tu sais ce que tu dois conseiller ou est-ce que tu souhaiterais te former ou avoir un petit guide, quelque chose pour t'aider ?

Dr C : Je crois que **je préférerais avoir quelque chose pour m'aider, car je pense que je ne sais pas la moitié de ce qu'il faut dire**. L'information que je vais donner, ne sera **pas exhaustive** et complète. Donc j'aurais tendance à donner les conseils que je connais mais il en manquerait sûrement.

Melissa : Tu penses que notre formation à l'unif en prévention globalement est ou bonne ou limitée ?

Dr C : J'ai l'impression que si c'est la prévention générale, ça va encore, maintenant, c'est quand même très large.

Melissa : Est-ce qu'on parle de vaccins ou de prévention en médecine générale à l'unif par exemple ? Ou est-ce que tu as appris ça en bossant ?

Dr C : Oui, c'est plutôt sur le tas oui, plutôt que des cours. Maintenant, le cours sur la vaccination de l'année passée, je trouvais que c'était un bon rappel mais il n'y a pas de gros cours général sur la prévention.

Melissa : Ce cours était optionnel. Est-ce que, par rapport à la préconception, au cours de gynéco ou de médecine générale, on en parle ?

Dr C : Pas que je me souviene (rires).

Melissa : Est-ce que tu as l'impression qu'on parlait de prévention en cours de gynécologie-obstétrique ou qu'il y avait tellement de choses à voir, qu'on se concentrait sur le curatif ?

Dr C : Oui, **clairement, on n'a pas parlé de prévention** ! On se concentre sur les maladies et le curatif.

Melissa : Est-ce que tu trouves que le suivi de grossesse pourrait être une affaire de médecins généralistes . Est-ce qu'un médecin généraliste pourrait suivre une grossesse normale qui se passe ?

Dr C : Tu veux dire à côté de l'échographie régulière du gynéco ?

Melissa : Si on imagine que la femme fait toujours les 3 échographies morpho, est-ce que tu penses que les suivis en consultation pourraient être transposés à la médecine générale ?

Dr C : Beh, je ne sais pas trop mais je dirais que oui mais je pense quand même que si à la place du gynéco, c'est le généraliste, je pense que ça manque quand même d'échographies, la bête écho, juste pour vérifier que tout va bien. J'aurais peur je pense en tant que médecin généraliste, qu'après on passe à côté de quelque chose.

Melissa : Ce serait plutôt une peur clinique de passer à côté de quelque chose ou une peur médico-légale ?

Dr C : Un peu des deux. Parce que oui, au niveau médico-légal, c'est une crainte de se retrouver dans un conflit pas très agréable et d'être jugé et même au niveau clinique, si tu passes à côté de quelque chose, moi j'aurais vraiment du mal par après vis-à-vis de la patiente, de me dire que j'ai pas fait, que j'ai pas fait ce qu'il fallait.

Melissa : Est-ce que tu penses que les patients seraient en confiance si c'étaient les médecins généralistes qui suivaient les grossesses ?

Dr C : Je pense qu'en fait, le médecin généraliste n'est pas hyper reconnu dans la gynéco. De manière générale, on a quand même qu'on n'a pas beaucoup d'expérience et du coup, ça ne met pas forcément les gens en confiance. Je ne sais pas si les patientes s'en rendent compte ou se le disent. Je pense que c'est un peu à prendre au cas par cas.

Melissa : Est-ce que le fait que le médecin généraliste ne fasse pas l'accouchement peut être un frein potentiel au suivi de grossesse par le médecin généraliste ou de toute façon tu penses que pour ça, on est pas compétents, donc ça n'est pas incompatible ?

Dr C : Je ne crois pas que ce soit incompatible. Maintenant, si je me mets à la place d'une patiente, ce n'est quand même pas le même rôle (gynéco et médecin généraliste) surtout si le médecin généraliste ne fait pas l'accouchement. Moi je me mets à la place de la patiente, je me dis, c'est la personne qui m'a suivie, qui a fait les échos, qui a dit quand ça allait bien, quand ça allait mal, j'aimerais bien que ce soit elle qui aille jusqu'au bout. C'est la même chose si tu accouches et que c'est un autre gynéco qui te prend en charge donc ça me ferait bizarre aussi. Donc, oui, ça pourrait être un frein, oui.

Melissa : Est-ce que tu penses que les femmes vont chez leurs médecins généralistes poser des questions avant la grossesse ou alors chez le gynéco ou alors chez la sage-femme ou alors elles ne vont chez personne et qu'elles arrivent au moment de confirmer la grossesse par un test biologique ?

Dr C : Je dirais qu'**elles viennent la plupart du temps au moment de confirmer la grossesse** et qu'en général, elles posent quand même leurs questions. Mais c'est difficile de voir à quel point elles vont poser les questions chez le gynéco ou si c'est le gynéco qui explique les choses d'emblée.

Melissa : Lors d'une consultation de routine alors ?

Dr C : Oui, ou alors parce qu'elles ont un test sanguin qui confirme la grossesse. Soit parce qu'elles sont référées, soit elles viennent parce qu'elles sont enceintes. En préconceptionnel, donc en projet, je sais que les gynéco le font, font des consultations préconceptionnelles. En fait, **ça dépend aussi de la patiente, du type de patient, si c'est une patiente qui organise bien tout ça, je pense que oui, elle va venir et poser ses questions.** Mais, une grossesse qui arrive un peu comme ça, je ne sais pas à quel point c'est planifié parce qu'il faut déjà s'y prendre à l'avance en soit, pour mettre en route tous les petits conseils.

Melissa : Donc, dans la majorité des cas, c'est plutôt, une fois que les choses sont faites qu'elles posent leurs questions lors de la confirmation.

Dr C : Oui, je pense, oui avec la petite expérience clinique (rires).

Melissa : Est-ce que tu penses que les délais actuels pour voir les gynéco peuvent être un frein au fait de voir le gynéco pour ces questions-là en préconceptionnel ou pas vraiment, les gens se disent, on va attendre, on y va quand même ?

Dr C : Si, ça je pense que ça peut être un gros frein et je pense qu'en fait, **c'est plus la place du médecin généraliste de donner des conseils en préconceptionnel que le gynéco, parce qu'il y a le problème d'accessibilité et parce que, de manière générale, c'est quand même un gros thème de prévention. Alors oui, c'est le rôle du gynéco, mais c'est autant le rôle du médecin généraliste dans son rôle de prévention.**

Melissa : Et par rapport au rôle de la sage-femme, tu dirais quoi ?

Dr C : Je dirais que c'est son rôle aussi mais j'avoue, je ne travaille pas beaucoup avec les sages-femmes et je n'ai pas beaucoup de feedback concernant les sages-femmes en Belgique. **Je ne sais pas à quel point elles ont de rôle-là d'éduquer en préconceptionnel. Sûrement.**

Melissa : Les gens les voient peut-être plus pendant la grossesse qu'avant, selon toi ?

Dr C : Oui, et je dirais, qu'en France, par exemple, la sage-femme, on en parle beaucoup plus qu'en Belgique. On en parle quand même moins, j'ai l'impression, que ce soit au niveau du personnel soignant mais même au niveau des patients, elles n'en parlent pas beaucoup de la sage-femme. Je n'ai pas souvent des retours "moi ma sage-emme, elle m'a dit ...".

Melissa : Est-ce que tu connais des pays où le suivi de grossesse se fait autrement qu'en Belgique par le gynécologue ?

Dr C : En France, je sais que la sage-femme a un grand rôle dans la prise en charge des grossesses et de suivi même en post-partum et durant la grossesse.

Melissa : C'est elle qui assure les consultations de suivi ?

Dr C : En pratique, je ne sais pas jusqu'où vont leurs consultations. Je ne suis pas sûre qu'elles fassent des échos. Et je pense que ça, **c'est quand même le rôle du médecin, du diagnostic. Mais je crois qu'elles ont un rôle de suivi** mais je n'ai pas jusqu'à quel point et jusqu'où vont leurs actions.

Melissa : Est-ce que tu penses qu'il faudrait se former en tant que médecin généraliste pour faire des consultations préconceptionnelles ?

Dr C : Oui, je pense que ça pourrait être bien.

Melissa : Pourquoi ?

Dr C : Parce que, comme on l'a dit, ça peut être des questions que se posent les patientes. **Notre accessibilité est quand même plus grande. On va voir plus facilement les patientes, même pour un autre motif.** Et on peut aussi en discuter et forcer la discussion quand on parle de contraception par exemple ou parce qu'il y a une nouvelle relation. **Et du coup, ça ne nous coûte pas très cher d'en parler et d'amorcer le sujet et qu'on soit à l'aise du coup pour en discuter.**

Melissa : Est-ce que tu penses que les échographies sont nécessaires à chaque consultation chez le gynéco c'est-à-dire 1x/mois ?

Dr C : Je crois que je ne suis pas assez ... J'aurais tendance à dire oui, car moi, j'aimerais les avoir.

Melissa : Pour te rassurer ?

Dr C : Oui, pour me rassurer et parce que ça fonctionne comme ça mais je ne sais pas si c'est nécessaire mais je crois que je ne suis pas assez qualifiée pour dire oui ou non.

Melissa : Parce que par exemple en Angleterre, c'est le médecin généraliste qui suit les grossesses normales et donc, la patiente ne voit le gynéco qu'en cas de problème et pour les trois échographies morpho mais il n'y a pas d'écho tous les mois.

Dr C : Et ça marche bien ?

Melissa : Oui ça marche bien. Mais je ne sais pas depuis quand exactement c'est comme ça.

Qu'est-ce que tu penses de ça ? ça te paraît réalisable ou ça paraît un peu fou ou dangereux ?

Dr C : En fait, c'est dur de dire jusqu'où une grossesse est normale ou pas quand on n'a pas d'images et qu'on a juste nos dix doigts. Je trouve que c'est difficile, j'aurais envie de faire un examen, j'aurais envie de faire plus. Peut-être que c'est simplement pour me rassurer. Mais c'est peut-être trop médicalisé ou trop à faire des examens mais ça me semble quand même important.

Melissa : Est-ce que tu penses qu'en ce moment, on a tendance à encourager les soins ambulatoires, à diminuer le temps des hospitalisations et pousser à ce qu'un maximum de soins se fassent en ambulatoire ?

Dr C : Oui j'ai quand même l'impression qu'on essaye de faire de plus en plus en ambulatoire et pas en hospitalier et d'essayer de faire attention aux examens qu'on prescrit, de ne pas prescrire de trop ou inutilement. J'ai l'impression que c'est quand même une tendance, oui.

Melissa : Qu'est-ce que ça veut dire pour toi, concernant le rôle du médecin généraliste ?

Dr C : ça veut dire qu'il doit être de plus en plus polyvalent et ce n'est pas si facile que ça.

Melissa : C'est une source de stress ou plutôt de motivation de savoir qu'il faut être bon dans plein de choses ?

Dr C : Pour moi, ce serait plutôt une source de stress, maintenant ça dépend de quel domaine, car il y a des domaines qui intéressent plus que d'autres. La contraception, par exemple, c'est quelque chose qui m'attire plus que l'orthopédie (rires).

Melissa : est-ce que tu as des idées d'outils qui pourraient favoriser la consultation préconceptionnelle, qui pourraient encourager les patients à y penser et se dire " peut-être qu'il faut que j'aille demander un avis avant d'essayer" ?

Dr C : Je pense que le **flyers en salle d'attente**, ça peut être utile, après, c'est vrai qu'on a beaucoup de flyers, et on a tendance à avoir des salles d'attente remplies de flyers. J'avais vu dans une maison médicale, une **télé avec un diapo qui défilait avec des sources d'informations dans tous les domaines**. Je pense que ça peut être pas mal, ça peut être un outil exploitable, je pense.

Melissa : D'avoir plutôt des affiches numériques et d'avoir un roulement, que ce soit un peu interactif.

Dr C : Oui, **c'est un peu plus interactif** et ça ne traîne pas dans la salle d'attente car je pense que c'est le problème de toutes les brochures d'infos qu'on a, c'est qu'il y en a tellement ...

Melissa : Est-ce que tu penses qu'une brochure, ce serait mieux de la donner aux patients et de l'avoir toi, en consultations, plutôt que de la mettre sur la table de la salle d'attente ?

Dr C : Je pense que c'est bien d'avoir les deux, parce qu'en consult, on peut la donner à la personne qui va poser la question mais il faudrait la donner de façon ciblée mais je pense que si elle est en salle d'attente, la personne qui s'y intéresse va plus vite la prendre que si c'est au médecin de la donner.

Melissa : Est-ce qu'il y a d'autres outils que tu penses qu'il faudrait développer ?

Dr C : Pour aider le médecin généraliste ou la patiente ?

Melissa : Les deux.

Dr C : **Je crois qu'une espèce de fiche technique pour le médecin généraliste, ça peut être pas mal ou alors des références, des choses claires et précises qui sont faciles à exploiter et disponibles rapidement.** Je ne sais pas si il y a autre chose pour les patientes qu'on pourrait mettre en place.

Melissa : Est-ce que par exemple, tu trouves que du contenu concernant la consultation préconceptionnelle pourrait avoir sa place sur les réseaux sociaux comme les personnes qui vont concevoir sont des jeunes et sont sur les réseaux sociaux ?

Dr C : Oui, pour moi, ça a sa place. Si par exemple, le groupe de médecins, que ce soit une maison médicale, une association ou un cabinet, je pense que ça peut aussi être un endroit où on peut déposer l'information.

Melissa : Moi, j'ai développé une affiche. Est-ce que tu accepterais de la mettre dans ta salle d'attente pendant un mois environ et de voir si dans ta patientèle ou celle des personnes qui travaillent avec toi si ça suscite des questions ou de l'étonnement et s'il y a des questions, de demander si les gens ont vu l'affiche et si ça leur a donné l'envie d'en parler.

Dr C : Oui, je veux bien mais il faut que mes maîtres de stage soient d'accord parce que, du coup, ils vont aussi avoir des questions mais je veux bien leur demander.

Melissa : Est-ce que tu as des remarques concernant ce sujet ou des suggestions ?

Dr C : **J'ai l'impression que la période préconceptionnelle peut vraiment être intéressante pour le médecin généraliste et que ce serait pas mal de clarifier un peu le rôle du médecin généraliste durant la grossesse** et de voir un peu ce qu'en pensent les gynéco pour qu'ils puissent aussi nous aider peut-être quand on a des questions, qu'ils se rendent peut-être un peu plus disponibles, voir si ça peut se faire et qu'ils soient là en cas de questions.

Interview Dr D

Melissa : Je vais d'abord te demander de te présenter, de donner ton âge et de présenter ton type de pratique.

Dr D : Moi, c'est Dr D (femme), j'ai 61 ans. Je fais de la médecine générale depuis que j'ai 25 ans. Une médecine courante, de village dans la région namuroise.

Melissa : Est-ce que tu as déjà fait du planning, de l'ONE ou de la prison ?

Dr D : Non, je n'ai pas fait de prison (rires). J'ai fait un peu d'ONE quand j'étais en Allemagne. J'ai travaillé quelques années en Allemagne. Donc là, je faisais les consultations ONE. J'ai fait un peu de

PMS aussi. C'est tout. Et l'ONE c'était il y a quand même quelques années, il y a 30 ans, donc je ne suis plus dans le coup.

Melissa : C'est une pratique avec des consultations et des visites ? Plutôt $\frac{2}{3}$ - $\frac{1}{3}$?

Dr D : Au départ, c'étaient beaucoup de visites parce qu'on pratiquait comme ça. Mon papa (médecin généraliste) faisait par semaine 2x 2h de consultations. Tout le restant, c'étaient des visites. Donc, dans la mentalité des gens avant, c'étaient des visites à domicile.

Melissa : Parce que les gens étaient plus âgés ou pas nécessairement ?

Dr D : Non, pas nécessairement. Les gens appelaient. D'abord, au niveau du prix, il n'y avait quasi pas de différence et le médecin traitant se déplaçait. C'était beaucoup plus confortable. On allait chez les gens. des consultations sur rendez-vous, ça n'existait pas. C'étaient des consultations libres. Pour n'importe quoi, on se déplaçait.

Melissa : Même pour une consultation de prévention, on se déplaçait aussi ?

Dr D : Oui. Maintenant, est-ce qu'on faisait beaucoup de prévention ? Je ne me souviens plus. Peut-être moins quand même.

Melissa : Et maintenant, dans ta pratique ?

Dr D : $\frac{1}{4}$ - $\frac{1}{5}$ de visites, $\frac{3}{4}$ - $\frac{4}{5}$ de consultations sur rendez-vous.

Melissa : Tu dirais que ta patientèle moyenne est plutôt âgée ?

Dr D : De moins en moins.

Melissa : C'est plutôt des adultes, des enfants ou un mélange ?

Dr D : Un mélange, franchement un mélange. Mais avec de moins en moins de personnes âgées. J'ai une patientèle, finalement, de plus en plus jeune.

Melissa : Tu vas en maison de repos ?

Dr D : J'essaye de ne pas aller en maison de repos, j'en ai fait assez avant. C'est une grosse perte de temps. J'ai fait énormément de maisons de repos auparavant.

Melissa : Est-ce que dans ta pratique, tu as déjà suivi des femmes enceintes ?

Dr D : En fait, vraiment un suivi exclusif de grossesse, non. J'ai juste fait les prises de sang.

Melissa : Et pendant le covid non plus ? Tu n'as pas eu de patientes qui n'ont plus été suivies par leur gynéco ?

Dr D : Non. Non. je n'ai jamais fait de suivi de grossesse sans gynéco.

Melissa : Quand tu as des questions spécifiques à la grossesse, une dame qui vient pour autre chose, mais qui est enceinte, tu es à l'aise ?

Dr D : J'essaye d'y répondre. Souvent, ce ne sont pas des questions trop compliquées, donc ça va (rires). Ce que je fais encore maintenant, mais c'est peut-être l'assistante qui les a, ce sont les prises de sang toxo etc. Il me semble qu'avant, j'en avais plus. Peut-être que les gens vont au labo aussi.

Melissa : Est-ce que parfois tu as un jeune couple ou une jeune femme qui vient avant de concevoir pour poser des questions ?

Dr D : **Oui, mais pas énormément.** Je trouve que la plupart des jeunes femmes ont quand même un gynéco, du moins, dans ma patientèle. Je me demande si je n'avais pas plus avant, plus de consultations

en rapport avec la grossesse mais sans suivi spécifique. J'en ai fait aussi dans le temps des examens gynéco mais maintenant, je n'en fait plus du tout. Parce que les patientes vont chez le gynéco et que je n'en ai plus fait assez et je n'ai plus envie d'en faire;

Melissa : Tu penses que les femmes vont chez le gynéco avant de concevoir ou pas vraiment ?

Dr D : Je dirais **pas vraiment sauf si elles ont des problèmes**, si elles ne parviennent pas à être enceintes. Ou alors, j'ai parfois une patiente qui vient après avoir été chez le gynéco pour faire une prise de sang pour voir si tout va bien avant d'être enceinte parce que son rendez-vous correspondait comme ça.

Melissa : Tu dirais que c'est fréquent un patient qui vient avant de concevoir pour faire une prise de sang ?

Dr D : Non, **si tout va bien, je trouve que c'est plus rare**. Je pense que des femmes qui tombent facilement enceintes, je me trompe peut-être, mais ne vont pas se dire "Tiens, je vais voir si tout va bien je vais faire une prise de sang avant." Je n'ai pas vraiment l'impression.

Melissa : il n'y a pas vraiment ce réflexe ?

Dr D : Maintenant, dès qu'elles ont un peu de difficultés pour être enceintes, oui bien sûr !

Melissa : Après combien de mois d'essais, les femmes s'inquiètent ?

Dr D : Après quelques mois. On a beau leur dire qu'il ne faut pas s'inquiéter avant 1 ans, elles s'inquiètent avant. **Mais elles se tournent plus vers leur gynécologue, peut-être parce que je ne suis plus un jeune médecin.**

Melissa : Tu as l'impression que les patients manquent de confiance envers le médecin généraliste pour poser des questions sur la grossesse ?

Dr D : Non, je ne crois pas. Je ne sais pas. Je ne sais pas répondre à ça.

Melissa : Les patients qui ont l'habitude de venir chez toi se disent que tu peux très bien répondre à ça ?

Dr D : ça, je crois que oui. C'est parce que je n'en ai plus pour le moment. C'est sûr que j'ai eu des patientes qui ont eu des difficultés pour être enceintes, qui ont été au centre de procréation à Namur puis à Liège mais ce n'est pas vraiment nous qui les suivons. Quand ça ne va pas, elles viennent pleurer quand ça ne va pas. C'est plutôt ça.

Melissa : Et à ce moment-là, tu trouves ça facile de donner des conseils ?

Dr D : A ce moment-là, je suis à l'écoute. Des conseils, plutôt de psychologie, plus que des conseils de procédures de fécondation et tout ça.

Melissa : Et si une femme vient te demander à quoi il faut faire attention avant la grossesse, est-ce que tu sais ce qu'il faut expliquer ?

Dr D : Je dirais déjà de faire attention à l'hygiène de vie, ça c'est la première chose parce qu'il y en a pour qui ce n'est pas toujours le cas. **Celles qui fument et qui boivent, elles ne vont pas venir le demander, je ne crois pas. Ce sont plutôt des femmes qui sont très scrupuleuses. Celles qui ont une vie plus bohème, sans vouloir critiquer, elles ne viendront pas spécialement, non. Parce que**

je pense qu'elles le savent aussi, qu'il ne faut pas fumer, qu'il ne faut pas boire, qu'il faut manger convenablement, qu'il faut bien dormir. Enfin, voilà, moi c'est ce qui me semble.

Melissa : Et, est-ce que tu penses que ce serait nécessaire ou que ce serait bien qu'il y ait ces consultations préconceptionnelles plus fréquemment avant la grossesse ou est-ce que c'est un peu inutile ?

Dr D : Si, **je pense que pour certaines femmes, ce serait utile mais je ne sais pas si justement ce seraient celles-là qui viendraient. Parce qu'elles n'ont peut-être pas envie d'entendre ce qu'on va leur dire.** Moi, j'en ai qui ont continué à fumer. Ce n'est pas la majorité, attention. Mais il y en a qui continuent à fumer, à boire. Mais, moi j'ai encore une patientèle plus ou moins privilégiée donc ce n'est certainement pas la majorité.

Melissa : Tu n'as pas de patients très défavorisés dans ta patientèle ?

Dr D : Pas tellement, non. Je ne dis pas qu'il n'y en a pas de temps en temps.

Melissa : Pour toi, qu'est-ce qui est difficile dans la consultation préconceptionnelle, que ce soit du côté du médecin ou du patient ?

Dr D : Je n'en fais pas beaucoup déjà donc je ne saurais pas vraiment te dire.

Melissa : Ce qui est difficile pour en faire plus ? Pour que ça devienne un peu plus une habitude, que les gens y pensent ?

Dr D : **Ce qui est difficile pour moi, c'est le manque de temps. C'est déjà stressant de devoir mettre tout le monde en consultation** d'autant plus maintenant que je n'ai plus que des consultations sur rendez-vous. Des consultations comme ça, **j'enverrais plus vers mon assistante ou vers de plus jeunes médecins, juste pour me décharger un peu.** C'est simplement ça. Ces dernières semaines c'était hard, alors s'il fallait en plus faire des consultations Et c'est pas bien, avec ce covid, on aurait tendance à dire à quelqu'un qui viendrait pour une consultation préconceptionnelle ou quoi, j'aurais tendance à dire "on va se téléphoner, je n'ai pas le temps de vous recevoir maintenant". On a un peu tendance, et c'est pas bien, ... Mais, il n'y avait plus que ce covid et à se dire "pourquoi il sonne à ce moment-là" alors qu'ils ont tout à fait le droit.

Melissa : On a moins de temps ou on prend moins le temps ?

Dr D : On prend moins le temps. Ce covid nous a un peu envahi. On doit faire fort attention car on aurait tendance à banaliser d'autres choses alors que le covid, maintenant, la plupart du temps, on peut banaliser. C'est le contraire qu'on devrait faire. ça nous a quand même pris énormément de temps !

Melissa : Est-ce qu'on fait moins de prévention globale maintenant qu'il y a 30 ans ?

Dr D : Qu'il y a 30 ans, non.

Melissa : Qu'il y a 5 ans ?

Dr D : Peut-être pas mais avec le covid moins. Sinon non. Je dirais que c'est plutôt ici depuis 2 ans.

Melissa : Pour toi, est-ce que le suivi de grossesse pourrait plus tard relever de la médecine générale pour des grossesses normales ou pas, ou ce n'est pas la place du médecin traitant ?

Dr D : **ça pourrait être la place du médecin traitant pour des médecins qui sont vraiment motivés et qui ont envie de le faire mais peut-être pas pour tous les médecins. Je pense que ça devrait être**

un choix du médecin. Les médecins qui sont déjà débordés, faire ça encore en plus, il faut trouver le temps aussi ! Mais ça pourrait être chouette par exemple pour des médecins qui ... comme certains qui vont un peu plus de pédiatrie ou de gériatrie, d'autres plus centrés sur tout ce qui est psy, donc pourquoi pas. Mais je pense qu'il faut que ce soit le choix du médecin et alors, il y a de plus en plus de sage-femme qui s'occupent de tout le suivi de grossesse. Quand il n'y a pas de problème, voilà. C'est toujours ça, de savoir orienter assez vite en cas de problème.

Melissa : Comment les gynécos réagiraient ?

Dr D : ça je ne sais pas du tout.

Melissa : Et la consultation préconceptionnelle, pour toi, ça relève plutôt de la sage-femme, du médecin généraliste ou du gynécologue ?

Dr D : Je crois que le médecin généraliste est tout à fait apte à le faire.

Melissa : ça relève plutôt du médecin généraliste que du gynéco ?

Dr D : Oui. Maintenant, **je ne connais pas du tout la proportion de jeunes femmes qui vont chez le gynéco avant d'être enceinte. C'est vrai que je devrais peut-être m'intéresser plus à ça (rires). Je pense qu'il y en a qui vont en parler lors d'une consultation de suivi mais ne vont pas forcément venir pour ça quoi.**

Melissa : Sans doute.

Dr D : Toi, tu voudrais montrer le rôle du médecin généraliste dans la consultation préconceptionnelle ?

Melissa : Ma question c'est : Est-ce que le médecin généraliste a une place ?

Dr D : Oui place, je pense certainement. Mais il faut qu'il prenne le temps.

Melissa : Est-ce que le fait qu'il y ait de longs délais pour voir les gynécos est un obstacle pour les patientes pour aller discuter de ça en prévention ?

Dr D : Avec un gynécos ?

Melissa : Oui, en préconceptionnel.

Dr D : Oui, forcément, le médecin généraliste, tout lui retombe dessus (rires). **"Allez voir votre médecin généraliste pour tout !"** Donc, oui, maintenant, **je ne sais pas si de la part des patients, il y a une grosse demande de consultation préconceptionnelle.** Je n'ai jamais ressenti ça mais voilà. Il y a en a peut-être une que je n'ai pas ressentie, bien sûr.

Maintenant, ça dépend aussi, **si on connaît bien ses patients**, depuis toujours, on a suivi toute leur adolescence, etc, **il y a des choses qui se font un peu naturellement aussi.** Tu sais quelqu'un qui fume, tu vas peut-être par moment lui dire "Faudra quand même faire attention quand tu seras enceinte, hein. Tu seras quand même obligée d'arrêter de fumer. !" ça se dit parfois, comme ça lors d'une consultation. Il y a des messages qui passent quand tu connais bien les patients.

Melissa : Oui c'est vrai et heureusement. C'est en tapant sur le clou que parfois ça fonctionne.

Qu'est-ce qui serait compliqué pour qu'un médecin généraliste suive une grossesse normale ?

Dr D : Beh déjà, l'échographie, tu dois envoyer. M'enfin, si tu dois commencer à envoyer des patients pour les échographies et que tu ne sais pas le faire ici, les patientes vont peut-être être un peu déçues.

Sinon, le reste, c'est prendre la tension, les peser, faire la prise de sang, ça ça ne me semble pas très compliqué, les conseils.

Melissa : Et le fait de ne pas faire l'accouchement, c'est un frein au fait que ce soit le médecin traitant qui suive la grossesse ?

Dr D : Oui mais dans la tête des gens, je pense que le médecin généraliste ne fait pas, ne fait plus l'accouchement.

Melissa : Ton papa (médecin généraliste) il a déjà fait des accouchements ?

Dr D : Il a eu un accouchement dans la voiture. Tu vois, il y a tout ça aussi. **Je pense que les gens aiment avoir leur gynéco** ne fût-ce que pour les échographies morpho. Quand même rencontrer le gynéco une ou deux fois parce que pour certaines c'est égal, pour certaines disent "c'est un autre gynéco que celui qui m'a suivie qui a fait l'accouchement". Donc, je pense qu'avec le généraliste, s'ils ne connaissent pas du tout le gynéco, c'est un peu dommage aussi.

Melissa : Est-ce que tes connaissances théoriques sont suffisantes pour être à l'aise concernant la grossesse ?

Dr D : **Probablement qu'il y a encore des lacunes** parce que je ne les suis plus, les grossesses, ou juste une prise de sang de temps en temps.

Melissa : Tu te formerais ?

Dr D : **Plus maintenant, plus maintenant car je raisonne comme quelqu'un, même si je travaille encore 10 ans, m'enfin 10 ans ou 5 ans, je ne sais pas du tout. Tu n'as plus les mêmes projets qu'avant et puis, tu as déjà une grosse patientèle, tu es déjà un peu débordée, tu es déjà très fatiguée. Donc, je pense que la réponse, elle est différente selon l'âge du médecin aussi.**

Melissa : Est-ce que tu as des idées d'outils qui pourraient encourager la consultation préconceptionnelle, que le médecin y pense ou que le patient y pense, des deux côtés ?

Dr D : Pour que le patient y pense, éventuellement, **pour des médecins, je le répète, qui veulent le faire, des affiches dans la salle d'attente, des petits mots ou voilà, comme le généraliste connaît bien ses patients, quand il se dit que la patiente pourrait bientôt être enceinte, déjà proposer, d'avoir déjà une démarche du médecin lui même.**

Melissa : Est-ce que tu penses que comme les gens qui vont concevoir sont des jeunes et qu'ils sont sur les réseaux sociaux, il faudrait qu'il y ait une certaine circulation des informations sur les réseaux sociaux ?

Dr D : ça peut-être bien mais moi les **réseaux sociaux**, c'est complètement zéro. Moi, les réseaux sociaux, à la limite, je ne connais pas. Je sais que ça existe et tout ça mais voilà. Moi je ne fonctionne absolument pas avec ça donc, là je suis un peu larguée. Donc oui, peut-être bien mais c'est tout à fait une autre génération (rires). Peut-être qu'il y a des médecins de mon âge qui sont plus réseaux sociaux mais il y en a qui ne le sont pas du tout non plus. Donc, **je n'y pensais même pas**, parce que moi je ne passe pas par là. Pourquoi pas, mais moi je n'y pensais même pas.

Melissa : Est-ce que tu connais d'autres pays où on suit les grossesses différemment qu'en Belgique.

Dr D : Sûrement qu'en Afrique, on ne les suit pas de la même façon (rires). Là où les hôpitaux sont moins proches, probablement. Sinon, je ne sais pas.

Melissa : Est-ce que tu as des remarques ou des suggestions par rapport au sujet ?

Dr D : Non, c'est intéressant parce que ce sont des choses pour lesquelles je ne me suis jamais posée la question. Maintenant, des femmes enceintes, oui, on en voit quand elles ont leurs nausées et tout ça. Elles vont chez leur gynéco mais quand ça ne va vraiment pas, c'est quand même chez nous qu'elles viennent. Ce n'est pas tout à fait un suivi mais oui et non.

Melissa : Elles viennent quand elles n'ont pas une réponse assez rapide du gynéco ?

Dr D : Oui, quand elles sont mal. Elles ne viennent pas en se disant " Tiens, je vais une fois prendre ma tension". Non, elles vont venir quand il faut leur faire un certificat, quand elles ont un problème ou qu'il faut faire une prise de sang. C'est vraiment ça.

Melissa : Elles viennent pour la confirmation de la grossesse ?

Dr D : Ah oui, ce qu'on fait beaucoup, quand même, ce sont les premières prises de sang, le test de grossesse.

Melissa : Tu dirais que c'est le moment où elles arrivent chez toi ?

Dr D : Oui, **au moment de la confirmation**. En général, elles ne vont pas chez le gynéco avant, d'ailleurs elles n'auront pas leur rendez-vous donc elles viennent chez nous.

Melissa : Et là, c'est un moment où tu donnes des conseils sur l'alimentation, sur le sport, le tabac, l'alcool, la vaccination, sur le CMV, sur la toxo ?

Dr D : Sur le CMV et la toxo, oui, en général. La vaccination et tout ça, peut-être pas spécialement. Le boostrix, on en parle plus tard. Les conjoints viennent faire leur vaccin et elles aussi, maintenant qu'on ne le fait plus à la maternité. Tu vois quand on creuse un peu, il y a quand même des petites choses qu'on fait sans le savoir. Et si elles toussent un peu, forcément, c'est près de nous qu'elles vont venir aussi. ça c'est la médecine générale. Donc oui, on les voit, on les voit pour toutes ces petites choses-là. On ne les pèse pas et on ne fait pas leurs analyses d'urines, on prend la tension, on fait des prises de sang.

Interview Dr E

Melissa : Donc, je vais d'abord te demander de te présenter, de donner ton âge et d'expliquer depuis quand tu travailles et ton type de pratique.

Dr E : Je suis Dr E (femme), j'ai 27 ans, j'ai été diplômée en 2018. J'ai fait mes 3 années d'assistantat et là, ça fait 4-5 mois que je suis dans ma vraie pratique indépendante. Je travaille dans un cabinet avec 2 autres médecins, on est en association.

Melissa : C'est de la médecine générale pure ?

Dr E : Médecine générale, médecine générale, pas de spécificité pour l'instant. C'est semi-rural. On est quasi dans le l'urbain, on est juste à côté de la ville.

Melissa : Tu as déjà fait un peu d'ONE, de planning ou d'autres types de pratiques ?

Dr E : Je n'ai pas fait de formation ONE. Pendant mon assistantat, j'ai eu deux de mes maîtres de stage qui faisaient de l'ONE, donc j'ai fait 7-8 consultations pour les dépanner. ça restait ponctuel, j'en ai fait une fois de temps en temps mais pas plus que ça. Planning, je n'ai pas fait du tout, pourtant j'aime beaucoup. J'aimerais bien faire la formation mais pour l'instant ça ne s'est pas encore concrétisé. Apparemment, c'est fort demandé. Les formations sont pleines.

Melissa : Donc le planning ça t'intéresserait mais l'ONE pas tellement ?

Dr E : ONE pas tellement, c'est moins mon truc. Je pense que c'est aussi parce que je n'ai pas fait la formation et donc je ne connais pas bien. Je ne gère pas la théorie, simplement que ce soit au niveau diversification alimentaire, développement psycho-moteur, je ne gère pas bien. Et donc, je n'ai pas l'impression d'être à ma place dans une consultation ONE. Je pense que c'est surtout pour ça que je ne me sens pas à l'aise. ça me plairait encore bien d'être médecin coordinateur dans un home. Mais ce que j'aimerais bien, et ça je le dis depuis longtemps et il faudrait vraiment que je le fasse un jour, c'est la formation en soins palliatifs. ça m'intéresse beaucoup et je trouve ça important.

Melissa : Tu dirais que ta patientèle pour l'instant, elle est plutôt jeune, plutôt âgée, ce sont plutôt des enfants, des adultes ?

Dr E : Ma patientèle à moi, pour l'instant, ce sont beaucoup des adultes, quelques enfants. Je n'ai pas beaucoup de personnes âgées. Plutôt jeune.

Melissa : Plutôt des jeunes adultes ?

Dr E : Jeunes adultes, oui ou familles, des parents avec encore des enfants à la maison.

Melissa : Est-ce que durant tes années d'assistantat ou depuis que tu as fini l'assistantat, tu as déjà fait des suivis de grossesse ?

Dr E : Des diagnostics de grossesse, beaucoup; la prise de sang de grossesse avec des petites questions à gauche, à droite mais un suivi, non.

Melissa : Plutôt des confirmations de grossesse ?

Dr E : Oui, voilà c'est ça. "Ok, vous êtes enceintes". Donner les petits conseils de base pour la prévention pour les médicaments, les maladies Toxo, CMV. C'est très basique. Pas de suivi plus que ça. Après elles revenaient pour des pathologies, des femmes enceintes avec des pathologies de médecine générale, ça oui.

Melissa : Et pendant le covid, il n'y a pas eu non plus de patientes qui n'avaient plus de suivi gynéco et qui sont venues chez toi ou chez tes maîtres de stage ?

Dr E : Non, pas spécialement. Les gynéco, malgré le covid, sont quand même restés dispo, j'ai l'impression.

Melissa : Les femmes que tu vois pour la confirmation de leur grossesse, est-ce qu'en général, elles prennent déjà une vitamine de grossesse ?

Dr E : **Non, en général non, au moment où on confirme la grossesse, en général, elles ne les prennent pas encore.** En général. Après, il y a en a qui planifiaient depuis un petit temps et en prenaient mais souvent, non.

Melissa : Et si elles en prenaient, c'était juste de l'acide folique ou un complexe de vitamines prénatales ?

Dr E : Plutôt un complexe. Acide folique simple, pas spécialement.

Melissa : Si tu devais donner une proportion, tu dirais qu'1/10 ou 2/10 prenaient déjà des vitamines de grossesse au moment de la confirmation de la grossesse ?

Dr E : 2/10

Melissa : Est-ce que tu as déjà eu des femmes qui venaient avant de faire un bébé, pour poser des questions ou faire une prise de sang ?

Dr E : Je n'en ai pas comme ça qui me viennent en tête. Souvent, quand elles viennent, c'est qu'elles ont une suspicion de grossesse. J'ai déjà eu des questions en fin de consultations. Ils viennent pour autre chose. Une fois, j'ai eu un couple qui essayait depuis longtemps et ils n'y arrivaient pas, mais là, c'était encore autre chose. **ça n'arrive vraiment pas souvent.**

Melissa : Est-ce que tu as l'impression que les gens consultent quand même avant de faire un bébé, un gynéco par exemple, ou une sage-femme ou leur médecin traitant ? Ou est-ce que ce n'est pas vraiment dans les habitudes ?

Dr E : **J'ai pas l'impression que ce soit dans les habitudes.** En tout cas, pas dans les patients que j'ai vus.

Melissa : Peut-être quand ça devient difficile ?

Dr E : Oui, **quand ça devient difficile, quand ils n'y arrivent pas.**

Melissa : Le couple que tu as vu, ils essayaient depuis combien de temps ?

Dr E : Vu que j'ai lancé un spermogramme et tout, je pense que ça faisait presque 1 an. Elle n'avait pas de gynéco en Belgique, donc il n'y avait encore rien qui avait été fait.

Melissa : Elle n'avait jamais eu d'examen gynéco ?

Dr E : Je pense que si mais en fait, elle n'est pas belge. Elle est polonaise, je crois. Elle était en Belgique depuis longtemps quand même mais elle n'avait pas de gynéco. Elle venait pour faire une prise de sang pour voir s'il y avait quelque chose. J'ai renvoyé chez une gynéco et fait faire un spermogramme.

Melissa : Il y a d'autres choses que tu as faites ?

Dr E : Non.

Melissa : Est-ce qu'elle prenait des vitamines de grossesse ?

Dr E : Non, je ne pense pas.

Melissa : Tu avais donné d'autres conseils ?

Dr E : Non, je n'avais pas spécialement donné de conseils, j'avais renvoyé vers le gynéco pour qu'elle ait un examen gynéco et qu'elle en discute avec un spécialiste. Je n'avais pas spécialement de pistes à lui donner de moi-même.

Melissa : Est-ce que tu es à l'aise quand tu as des questions avant la grossesse ?

Dr E : **Non, pas spécialement** (rires).

Melissa : Parce que tu as l'impression de ne pas être formée ?

Dr E : Oui, on n'en parle pas spécialement. Nos cours de gynéco, c'est soit gynéco pure, soit obstétrique pure. **J'ai pas l'impression qu'on ait eu beaucoup de cours qui nous parlaient vraiment de ce qu'il fallait faire à part l'acide folique en cas de d'antécédents de problèmes neuro. A part ça, je n'ai pas l'impression qu'on nous ait beaucoup parlé du préconceptionnel.**

Melissa : Est-ce qu'on fait de la prévention pendant les études ? Est-ce qu'on en parle ?

Dr E : Pendant nos études, pas que je m'en souviens en tout cas.

Melissa : Ou lors des stages de gynéco ou d'obstétrique ?

Dr E : Je n'ai pas appris grand chose pendant ce stage. Je n'ai pas vraiment eu des consultations gynéco.

Melissa : S'il y avait une formation, par exemple, avec la SSMG, tu la ferais ?

Dr E : Oui. Si, si, je la ferais. Il y avait **récemment une grande journée SSMG sur la gynéco en médecine générale, c'était super chouette mais on n'a pas parlé de grossesse. C'était plutôt : ménopause, contraception, sexualité.**

Melissa : Ce sont peut-être des questions qu'on aborde plus que la préconception et la grossesse en médecine générale.

Dr E : Oui, sûrement. Après, **des femmes enceintes, on en a tous.** Les patientes n'ont pas non plus le réflexe de venir chez nous pour un suivi de grossesse. Elles sont suivies par le gynéco pour ça. Elles viennent pour des pathologies de médecine générale pendant qu'elles sont enceintes.

Melissa : Et quand tu as des questions spécifiques à la grossesse pour quelqu'un qui vient pour autre chose mais qui est enceinte, est-ce que tu es à l'aise ?

Dr E : **Non, pas à l'aise,** souvent pas à l'aise. Je ne dis pas, il y a des choses auxquelles je sais répondre mais ça arrive souvent que je ne sache pas trop trop la réponse à la question.

Melissa : Pour ça tu te formerais aussi ?

Dr E : Oui, clairement, avec plaisir.

Melissa : Tu penses que la consultation préconceptionnelle relève de la médecine générale, du gynéco ou de la sage-femme ?

Dr E : Je pense que **ça pourrait relever de la médecine générale autant que du gynéco.**

Melissa : Est-ce que tu penses qu'à l'avenir le suivi de grossesse pour des grossesses normales pourrait relever de la médecine générale, sans échographie au cabinet du généraliste, mais avec les 3 échos morpho chez le gynécologue ?

Dr E : Oui je pense. En France, ils font beaucoup ça. J'ai une copine qui est médecin généraliste en France et elle aimait bien cette partie-là. Je pense que ça pourrait être le cas mais il faudrait être formé.

Melissa : C'est partout en France que c'est comme ça ?

Dr E : Aucune idée. Je sais juste qu'elle, dans son bled (rires), elle avait un appareil d'écho et faisait des suivis de femmes enceintes. Mais elle ne faisait pas des échos morphos je pense. C'était juste histoire de dire qu'on entend bien le cœur du bébé.

Melissa : Petit contrôle, petit coucou ?

Dr : **E** **Oui**

Melissa : Est-ce que tu connais d'autres pays où c'est le médecin généraliste qui gère les grossesses normales ?

Dr E : Non, je ne connais pas très bien les pratiques dans les autres pays, en règle générale.

Melissa : En Angleterre, c'est le cas. Qu'est-ce qui pourrait être compliqué pour le patient ou pour le médecin si c'était le médecin traitant qui s'occupait des suivis de grossesses normales ?

Dr E : Qu'est-ce qui pourrait être compliqué ? Tout ce qui sort de la normale, tout ce qui est pathologique, dès que c'est pathologique, je pense que chacun son métier. Tout ce qui est prééclampsie, diabète de grossesse, malformations, grossesses multiples, peut-être plus à risque de complications. Dès qu'il y a quelque chose qui sort du cours normal de la grossesse, je pense qu'il faut référer au spécialiste.

Melissa : Est-ce que pratiquement le fait de ne pas avoir d'écho sera un obstacle ?

Dr E : Oui, je pense quand même. C'est quand même rassurant, peut-être même psychologiquement pour le parent, entendre le petit cœur du bébé, se dire "ok il est toujours là, il va bien". C'est difficile de rassurer le parent sans avoir cette écho.

Melissa : Tu penses que les patients ne seraient pas en confiance ou pas totalement rassurés ?

Dr E : Oui, oui, sans l'écho je pense oui.

Melissa : Est-ce qu'il y a d'autres choses qui seraient difficiles, des obstacles ?

Dr E : Pour le matos, on a les tables adaptées. On est plus dispo (rires).

Melissa : Est-ce que le fait que les délais pour voir un gynéco sont plus longs, pour toi, ça peut être un frein pour quelqu'un qui veut consulter le gynéco en préconceptionnel ?

Dr E : Oui, j'en suis sûre. **Les gens disent "j'ai pris un rendez-vous chez ma gyné et j'ai rendez-vous dans 8 mois". Les gens ne vont pas attendre 8 mois pour voir le gynéco avant d'essayer de faire un bébé ! ça c'est sûr. Maintenant, il y a des gynéco plus dispo que d'autres.** Une patiente qui n'a pas de gynéco attitré, parce que jamais eu de soucis etc, pour avoir un rendez-vous rapide c'est mort. Tant que ce n'est pas une urgence, qu'elle ne saigne pas, c'est 6 mois minimum, j'exagère peut-être un petit peu, mais minimum 3 mois, ça c'est sûr et certain.

Melissa : Quels outils, pour toi, pourraient favoriser la consultation préconceptionnelle d'une part pour le médecin, qu'il y pense et que le patient se dise "peut-être qu'il faut consulter avant" ? Qu'est-ce qui pourrait aider à en faire plus et que ça devienne une habitude ?

Dr E : **Peut-être que le médecin peut poser la question dans son anamnèse chez les jeunes femmes etc. Peut-être amener le sujet comme on devrait plus aborder la sexualité des patients. Amener le sujet bébé. Après, ce n'est pas toujours facile. Moi, je trouve que ce ne serait pas d'office facile. "Vous êtes une femme de 25 ans, est-ce que vous avez envie d'avoir des bébés ?" : C'est un peu stigmatisant aussi je trouve.**

Melissa : Un peu intrusif ?

Dr E : Oui, peut-être un peu intrusif et puis, c'est tout de suite présumer qu'une jeune femme a besoin d'avoir des enfants. C'est peut-être un peu mettre les mots dans la bouche du patient aussi.

Mais sinon, les flyers, je ferais comme ça. Nous, en tant que médecins généralistes, avoir une cellule sur le site de la SSMG, un petit flyers, un petit dépliant.

Melissa : ça aiderait ?

Dr E : Oui je pense, ça ferait des petits rappels.

Melissa : Est-ce que, pour toi, c'est difficile de parler de sexualité en consultation ?

Dr E : ça dépend. ça dépend du sujet, ça dépend si je maîtrise un petit peu ou pas. C'est vrai que **je ne me sens pas toujours très bien formée**. Parfois, je suis un petit peu mal à l'aise du fait que je n'ai pas toujours la réponse. Personne n'aime ne pas avoir la réponse mais voilà. Et puis, ça dépend du patient. Quand le patient lui-même est gêné, c'est un peu ... ça dépend du patient. En général non. Les gens sont souvent plus gênés que nous mais c'est plutôt par rapport à **mon manque de connaissances sur certains sujets, sur certaines pathologies** et je n'aime pas devoir blablater pour faire croire que je connais quelque chose alors que je ne connais pas bien.

Melissa : Est-ce que ça peut dépendre du cadre ? Puisqu'on parlait de planning, est-ce que dans le cadre du planning ce serait plus facile de parler de sexualité ?

Dr E : Oui, c'est bizarre à dire mais je pense parce que c'est un endroit c'est associé. Pour les gens, quand on parle de planning, ils pensent sexualité et tout ce qui est plutôt gynéco en tout cas. Et les gens sont là dans ce cadre-là. Oui, non, c'est bizarre. Mais oui, je pense que ça dépend du cadre, en effet.

Melissa : Au niveau de flyers, tu dirais que c'est pour le médecin ou pour le patient ? Est-ce que ça doit être en salle d'attente ou est-ce que c'est le médecin qui doit le donner ?

Dr E : Pour le patient, oui pourquoi pas, en salle d'attente je pense sauf si le patient aborde le sujet lui-même en consultation. De nouveau, **ne pas donner directement à toute femme, tout couple qu'on voit en consultation**. "Tenez, si vous avez envie d'un bébé, voilà". **Et pour le médecin aussi je pense, pas le même, mais avoir un petit mémo, quelque chose qui résume les points clés.**

Melissa : Une sorte de checklist pour ne rien oublier ?

Dr E : Exactement. J'aime bien ces trucs-là.

Melissa : ça devrait être validé par un gynéco idéalement ?

Dr E : Oui, **idéalement, un avis d'expert quand même.**

Melissa : Est-ce que tu trouves que les gynécos sont assez dispo quand tu as une question ?

Dr E : Non (rires). J'appelle quasi jamais les gynécos, et quand je veux avoir un avis téléphonique, en général, j'ai l'assistant, ce qui n'est pas un problème. Je n'ai quasi jamais un gynéco en ligne. Souvent, si ce sont des patientes qui sont enceintes, je trouve qu'en insistant un peu, elles peuvent avoir elles-mêmes le gynéco en ligne. J'ai aussi peur de déranger en pleine césarienne.

Melissa : Est-ce que tu as des remarques ou des suggestions par rapport à ce sujet : la thématique du suivi de grossesse et de la préconception ?

Dr E : Non, mais je veux bien tes notes quand tu auras fini (rires).

Interview Dr F

Melissa : Je vais d'abord te demander de te présenter, de donner ton âge et d'expliquer depuis quand tu travailles.

Dr F : Donc, je suis une femme et j'ai 26 ans. Je suis assistante en première année. Je travaille depuis 6 mois.

Melissa : Tu as quel type de pratique, solo ou en groupe ?

Dr F : C'est une pratique solo. Ce n'est pas une maison médicale, c'est juste un cabinet dans un village.

Melissa : C'est une pratique plutôt urbaine, semi-urbaine ou rurale ?

Dr F : Je dirais plutôt semi-rurale parce qu'il y a beaucoup de pratique rurale mais on a les gens de la périphérie de la ville et les gens du centre de la ville. Donc c'est plus une pratique urbaine dans la ville, notamment chez les jeunes mais sinon, c'est assez varié.

Melissa : Et concernant l'âge des patients que tu vois ? Tu dirais que ce sont plutôt des personnes jeunes, des personnes âgées, des enfants ?

Dr F : Je dirais que c'est plutôt soit des patients âgés, soit des ... en fait non, j'ai quand même plus de personnes âgées mais c'est varié. C'est varié, il y a des enfants, il y a des adultes, il y a des jeunes, il y a des ados. Mais un petit plus en termes de proportions pour les personnes âgées.

Melissa : Parce que tu fais beaucoup de visites à domicile et de homes ?

Dr F : Oui, voilà. Toutes mes matinées, je ne fais presque que des visites à domicile et tous les jours je vais dans un home, et dans un autre home presque tous les jours. Donc oui.

Melissa : C'est quelque chose que tu aimes bien ? Aller en home et voir des patients âgés ?

Dr F : Oui, oui, moi j'aime bien.

Melissa : Est-ce que c'est quelque chose que tu voudrais faire par après ?

Dr F : Oui.

Melissa : Est-ce qu'il y a d'autres types de pratiques que tu aimerais faire par exemple l'ONE ou le planning ?

Dr F : L'ONE pas spécialement. Le planning, ça m'intéresserait oui. Mais la gériatrie, c'est un des trucs que je préfère je crois, en médecine générale donc je suis contente de pouvoir en faire beaucoup.

Melissa : Et globalement, tu aimes faire des visites ? Tu ne ferais pas que des consultations dans ta pratique ?

Dr F : Je trouve ça trop important les visites. Trop important parce que je trouve que quand on fait des visites, on se rend compte de certaines choses dont on ne se rend pas forcément compte en consultation, le cadre de vie. On a beaucoup d'informations sur la prise en charge je trouve. Et quand les gens sont chez eux, ils sont différents avec nous aussi que dans les cabinets. On a parfois d'autres informations. L'anamnèse est plus riche je trouve, souvent en fait. C'est une partie importante dans la relation qu'on a avec le patient de se dire que s'il y a un problème, on peut se rendre chez lui et avoir une anamnèse plus complète, un examen plus complet. Je trouve ça important.

Melissa : Est-ce que dans les patients que tu as déjà suivis, tu as déjà eu des suivis de grossesse ?

Dr F : Oui, il y en a un qui a débuté la semaine passée. C'est une grossesse surprise. Et je pense, que dès la première semaine de mon assistanat, j'ai eu une patiente qui venait pour une prise de sang pour un dosage de bHCG car elle suspectait une grossesse. Donc, oui, il y en a 2 actuellement.

Melissa : Ce sont donc des femmes dont tu as confirmé la grossesse et qui reviennent pour un suivi en complément du gynéco ou comment ça se passe ? Ou alors, tu les as vues juste pour la confirmation et les premières questions ?

Dr F : Voilà, c'est ça, c'est plutôt ça. Je réfléchis. Pour la confirmation de la grossesse et il y a eu une patiente qui voulait que ce soit moi qui lui annonce le sexe et pas le gynéco.

Melissa : Et après, tu l'as revue ou c'était juste cette fois-là ?

Dr F : Je l'ai revue pour d'autres choses mais du coup, je fais un contrôle tensionnel et on en parle à chaque fois. Mais je ne fais pas de suivi de grossesse mensuel avec prise d'urines etc comme chez le gynéco.

Donc oui, **pour confirmer la grossesse et répondre aux premières questions. Et faire les premières prises de sang avec toutes les sérologies, le dosage des anticorps et prise de sang globale qui aurait pu être faite en préconceptionnel** mais c'étaient des grossesses surprises à chaque fois.

Melissa : Est-ce que tu sais si ton maître de stage fait ou a déjà fait des suivis de grossesse ?

Dr F : Je ne sais pas, j'imagine que oui. Mais le connaissant, il doit préférer que la patiente soit vue au moins une fois, minimum chez le gynéco, en tout cas, pour les 3 échos trimestrielles. A mon avis, il encourage quand même à aller chez le gynéco pour les écho et même pour le suivi.

Melissa : Donc ce serait plutôt en complément ?

Dr F : En complément, oui. Oui, d'office, en complément.

Melissa : Est-ce que tu as déjà eu des femmes qui venaient à la consultation avant de faire un bébé pour poser des questions ?

Dr F : Oui, j'ai déjà eu une fois le cas, notamment **par rapport à la prise des médicaments.**

Melissa : Les médicaments qu'elle prenait ?

Dr F : Oui, donc paracétamol ou anti-inflammatoires qu'elles prenaient à l'occasion. Elle a plus posé ces questions-là. Et elle avait des compléments phytothérapeutiques et se posait la question de savoir si elle pouvait les prendre pendant sa grossesse. J'ai recherché et il n'y avait pas de contre-indication en soi. Et alors, on a fait une prise de sang aussi dans le cadre d'un bilan préconceptionnel assez complet. J'avais fait : contrôle thyroïde, ... Après, c'est particulier parce qu'elle n'avait plus fait de prise de sang depuis 5-6 ans, donc on en a profité pour faire une prise de sang plus globale donc j'avais fait la glycémie à jeûn, la thyroïde et j'avoue avoir recherché en parallèle sur mon ordinateur, pour voir s'il n'y avait rien que j'avais oublié d'important.

Melissa : Est-ce qu'elle prenait déjà des vitamines de grossesse ?

Dr F : Non, du coup, je lui ai recommandé d'en prendre.

Melissa : D'en prendre tout de suite ou une fois que la grossesse avait démarré ?

Dr F : Non, pas tout de suite, je lui ai dit qu'en préconceptionnel, il me semblait que j'avais vu que, non je lui avais dit qu'elle pouvait commencer à les prendre. Je réfléchis.

Melissa : Tu penses que c'est combien de temps avant d'être enceinte qu'il faut prendre des vitamines ?

Dr F : Peut-être 1 mois ?

Melissa : Plutôt 8 semaines.

Dr F : Je ne savais pas.

Melissa : Tu avais conseillé juste l'acide folique ou un complexe de vitamines ?

Dr F : J'avais proposé un complexe et c'était il me semble omnibionta, la boîte bleue parce que pendant mon stage de gynéco ils faisaient la promotion de celle-là. Et vu que je commence, je vais vers la valeur sûre (rires).

Melissa : Est-ce que pendant tes stages, on t'a beaucoup parlé de préconception, de conseils préconceptionnels ou pas vraiment ?

Dr F : Non, pas vraiment. Vraiment pas.

Melissa : Et pendant les études non plus ?

Dr F : Si pendant les études oui. On a eu un cours en gynéco justement sur la consultation préconceptionnelle sauf que c'était un séminaire et que ça ne portait pas à matière d'examen.

Melissa : Est-ce que tu trouves que globalement pendant nos études, on parle beaucoup de prévention globale ?

Dr F : Moi, j'ai l'impression qu'il y en a un peu que dans le cours de médecine générale où on avait des cours plus de prévention. **Quand je réfléchis aux secteurs, il n'y avait pas de cours sur la prévention du tout.**

Melissa : Est-ce que ça manque ? Est-ce que tu trouves que ce serait utile ?

Dr F : Si, si, bien sûr que oui parce que parler du calendrier vaccinal pendant le cours d'infection... On l'évoque, seulement. Mais, moi en tout cas, qui commence ma pratique, ce n'est pas encore un réflexe de proposer du préventif. Je fais peu de prévention car je me concentre sur le curatif comme ça fait peu de temps que je travaille.

Melissa : **C'est un effort de penser à faire de la prévention en consultation ?**

Dr F : **Oui !** Et j'avoue que je compte sur mon maître de stage pour ce genre de suivi car lui, il suit les patients depuis longtemps.

Avoir un cours de prévention et structurer par âge ce qu'on peut proposer aux patients.

Melissa : Tu penses qu'on ne fait pas beaucoup de prévention à cause de quoi pendant les études ?

Dr F : Je pense que **c'est un réflexe qu'on a pas parce que nos cours sont beaucoup plus axés sur le curatif. Tous les secteurs auxquels je pense sont axés organes ou pathologies, signes, symptômes, prises en charge, traitements.** Ce serait même plus intéressant d'aborder la prévention par pathologie, parler systématiquement de la prévention pour toutes les pathologies. **On a peu l'occasion de faire une consultation de prévention. Quand un patient vient nous voir, en général, c'est pour un problème. Ce serait génial, mais on n'a pas l'occasion de le faire.** Je trouve que c'est super noble. **Parce que pour certains patients, ce n'est pas nécessaire car ils sont en bonne santé. Et en fait, ça pourrait éviter tellement de choses mais il faut avoir le temps. Pour**

l'instant, pour moi c'est pas spontané de faire de la prévention en consultation.

Melissa : Est-ce que tu penses qu'une consultation de préconception, c'est utile ?

Dr F : Oui, oui. Evidemment.

Melissa : Est-ce que tu penses qu'il faudrait que ça devienne plus fréquent ? Que le patient et le médecin y pensent ?

Dr F : Oui. En tout cas, je n'ai pas l'impression que les femmes qui souhaitent être enceinte voient leur gynéco et en médecine générale, c'est peu fréquent aussi. Les deux suivis que j'ai, ce sont des grossesses surprises.

Melissa : Donc, il n'y a pas eu ces questions-là ?

Dr F : Il n'y a pas eu ces questions-là.

Melissa : Tu penses que les femmes vont chez le gynéco pour une consultation préconceptionnelle ou pas ?

Dr F : **Je pense que ça dépend du milieu social.** Je ne sais pas, je réfléchis. Intuitivement, je pense à mon entourage, qui je pense, irait consulter soit leur médecin traitant ou le gynécologue en expliquant le désir de grossesse, en demandant qu'il y a quelque chose à faire. Mais je pense que ça doit fortement dépendre du milieu social.

Melissa : Est-ce qu'il y a d'autres choses qui rendent ces consultations préconceptionnelles difficiles ou moins envisagées par les gens ?

Dr F : Je pense que **pour une partie des femmes, ces consultations ne doivent servir à rien parce qu'elles doivent se dire :** "Bon, je sais que je dois arrêter de prendre des médicaments, faut que je ne boive pas d'alcool, et ça va aller, il faut que je fasse attention et qu'on se concentre pour que le rapport tombe au bon moment et ça ira". **Je pense qu'intuitivement, les femmes ne pensent pas ... Je pense que ce n'est pas encore inscrit chez toutes les femmes qu'il y a d'autres spécificités à prendre en compte avant de tomber enceinte et que ça peut aussi leur permettre de faire un bilan de santé pour elles-mêmes.** Je n'ai pas l'impression, même dans mon entourage qui aurait plutôt l'intention d'aller consulter, **qu'elles ne se rendent pas compte de toutes les choses auxquelles il faut penser, voilà. Donc, je crois que globalement, il y a pas mal d'inconnu à ce niveau-là.**

Melissa : Pour toi, c'est plutôt le rôle du médecin traitant, du gynéco ou de la sage-femme cette consultation préconceptionnelle ?

Dr F : Pour moi, c'est plus le rôle du médecin traitant qui lui, si c'est patient, s'il le suit, a des informations sur le milieu social de la patiente, la prise de médicaments chroniques par exemple, toutes ces choses-là. J'ai une patiente qui m'a demandé si elle devait arrêter la Rilatine si elle voulait tomber enceinte. Voilà, le médecin traitant sait que la patiente prend de la Rilatine depuis longtemps. Il va spontanément l'aborder, je ne pense pas que ça passera à la trappe. **Je ne dis pas que ça passera à la trappe chez la gynécologue ou la sage-femme, mais en tout cas, ce sera plus fluide et spontané avec le médecin traitant qui connaît la patiente, je crois.**

Melissa : Ce sera plus facile ?

Dr F : Oui, c'est ça.

Melissa : C'est l'occasion d'en parler qui est plus présent chez le médecin traitant ?

Dr F : Oui.

Melissa : Puisqu'il voit le patient pour d'autres choses ?

Dr F : Oui, tout à fait. Oui, je pense. J'ai l'impression que **c'est plus facile de voir le médecin traitant que le gynécologue ! Le gynécologue a un délai plus long d'attente.** S'il n'y a pas d'urgence en tout cas, le médecin traitant verra plus tôt le patient que le gynéco. La sage-femme, je ne sais pas. En tout cas, je trouve que **c'est un des chouettes rôles du médecin traitant.** J'aimerais bien en avoir plus. C'est chouette, je trouve.

Melissa : ça t'intéresserait de faire des consultations préconceptionnelles ?

Dr F : Oui, je pense oui. Je ne sais pas si j'en maîtrise encore toutes les ficelles. Mais oui, parce que je trouve ça chouette, c'est jovial comme thème. **C'est l'intimité des gens.** Tout ce qui relève de la santé est intime mais ici encore plus. On prend part au projet de naissance.

Melissa : Est-ce que pour l'instant tu te sens assez à l'aise ou faudrait quand même que tu aies un outil ?

Dr F : Oui, voilà. **Ce serait génial d'avoir un outil, peut-être une sorte de checklist avec tout ce à quoi il faut penser, à tel moment pour presque suivre et reprogrammer les consultations. Oui, un outil, j'en ai besoin. Mes connaissances ne sont pas au top pour ce sujet. Je pense que j'ai la base.**

Mais un outil, je dirais oui.

Melissa : Pour être exhaustif ?

Dr F : Oui.

Melissa : Et cet outil idéalement, ça devrait être validé par un gynécologue ou pas spécialement ?

Dr F : Ah, oui ce serait bien ! **Ce serait bien pour qu'il y ait quelque chose de complémentaire avec le médecin généraliste et le gynécologue. Oui, d'office.**

Melissa : Est-ce que tu trouves que les gynécos sont assez disponibles ? On sait les avoir facilement au téléphone ?

Dr F : En tant que patient, je ne trouve pas. Il y a de plus en plus de gynécologues qui ne font plus que de la gynéco, qui ne font plus d'obstétrique et ça, en général, ils consultent en cabinet privé. Dans ce cas, elles arrivent à les joindre super facilement. La prise de rendez-vous est clairement plus longue, il y a plus de délais d'attente pour aller chez le gynéco mais il y a une ouverture, il y a un dialogue, il y a des consultations téléphoniques. Mais par contre, j'ai l'impression que les patients ont plus de difficultés à joindre les gynéco-obstétriques qui travaillent à l'hôpital. J'ai l'impression que c'est plus compliqué et on arrive sur un assistant qui dit "Si ça ne va vraiment pas, venez aux urgences, on vous prendra en charge". Non, je n'ai pas l'impression que c'est facile. Et pour nous, je n'ai jamais dû appeler jusqu'à présent, donc je ne me rends pas compte si c'est facile ou difficile de joindre un gynéco.

Melissa : Est-ce que ce problème d'accessibilité et de délais, ça peut décourager les patients de prendre rendez-vous pour une consultation avant de faire un bébé ?

Dr F : En tout cas, chez le gynéco, oui. Oui je pense. Et c'est vraiment chouette de le faire en médecine

générale. **Oui, je pense que oui parce que même moi, ça me découragerait. Donc oui, ça constitue un obstacle.**

Melissa : La consultation préconceptionnelle a tout son sens en médecine générale pour toi ?

Dr F : Oui.

Melissa : Comme les soins ambulatoires sont de plus en plus encouragés, est-ce que tu pourrais imaginer, est-ce que ça aurait du sens que le médecin généraliste prennent en charge les suivis de grossesses normales à l'avenir et sans avoir l'appareil d'écho ?

Dr F : Voilà, c'est ce que j'allais dire. Donc, en gardant les 3 échographies trimestrielles ?

Melissa : Oui.

Dr F : Oui, ce serait génial parce qu'en plus, pour en avoir fait plein pendant mes stages, analyse d'urines, peser la patiente, prendre sa tension, ce sont des choses qu'on sait faire quoi !

Melissa : Donc ça pourrait être transposable à la médecine générale ?

Dr F : Oui, tout à fait.

Melissa : Est-ce que ce serait difficile ? Est-ce qu'il y aurait des choses difficiles pour faire ces consultations ?

Dr F : Si c'était un suivi de grossesse normal, non, je ne pense pas que ce serait difficile. Après, ce seraient des patients qui rentreraient temporairement dans la patientèle chronique, dans les suivis chroniques vu que ce sont des suivis mensuels.

Melissa : C'est peut-être chronophage ?

Dr F : Peut-être mais c'est transitoire. Donc, sur 9 mois, je pense que c'est tout à fait gérable.

Melissa : Est-ce que l'absence d'échographie systématique peut induire chez le médecin une inquiétude médico-légale ?

Dr F : Oui, moi en tout cas, oui, ça m'inquiéterait parce que je me dirais "Ok, la clinique est parfaite mais il y a quand même ce besoin de pouvoir voir ce qui se passe à l'intérieur et d'être sûr." Voilà, ça ce sont des informations sans image ... on n'a pas de rayons X dans les yeux. Donc, oui, je dirais en tout cas, oui.

Melissa : Donc l'idéal pour toi, si c'était en médecine générale, ce serait quand même d'avoir l'appareil d'écho alors ?

Dr F : Oui.

Melissa : Pour pouvoir vérifier en dehors des 3 échos morphos.

Dr F : Oui, ce serait génial.

Melissa : Est-ce que tu connais des pays où c'est le cas, où c'est le médecin généraliste qui s'occupe des suivis de grossesses avec ou sans appareil d'écho, pour les grossesses normales ?

Dr F : J'imagine déjà en Belgique, sans écho il doit y en avoir, même avec. Il doit y en avoir des praticiens qui le font. Maintenant, peut-être les pays défavorisés où là, le médecin généraliste, il est un peu tout quoi, vu que c'est le médecin généraliste, de toute façon, qui accouche. Mais sinon, je ne sais pas dire comme ça. Je sais que mon père a travaillé au Congo et au Rwanda et c'est lui qui faisait ça sans machine d'écho (rires). Il faisait tout ! Il faisait tout parce que c'est de la médecine de brousse

comme on dit donc de la débrouillardise pure.

Melissa : Sa spécialité, c'est quoi ?

Dr F : Donc lui à la base, il a eu un parcours particulier, il a fait médecin généraliste puis chirurgien et maintenant, il fait de la médecine d'expertise. Mais à la base, c'est médecine générale. Il est revenu se former en Belgique parce qu'il s'est rendu compte que la chirurgie était indispensable en médecine de brousse, puis il est reparti. C'était en période de guerre. C'était de la médecine de guerre.

Melissa : C'est une médecine qui devait avoir beaucoup de sens !

Dr F : Oui.

Donc, j'imagine que dans certains endroits très défavorisés, si quelqu'un a le titre de médecin, il va tout faire. Mais je n'ai pas de connaissance de pays en Europe par exemple, il doit y en avoir où les suivis des grossesses se font en médecine générale de façon organisée.

Melissa : Est-ce que dans le cas où le médecin généraliste s'occupe du suivi de grossesse, le fait de ne pas faire l'accouchement c'est un frein ?

Dr F : Non. Pas du tout pour moi. C'est ce qui se passe déjà dans pas mal d'hôpitaux. La plupart des médecins préviennent dès le début : "Ce ne sera peut-être pas moi qui serai là, si vous accouchez la nuit ou le week-end. Je ne serai pas à l'hôpital donc ce sera mes collègues." Et les patients l'acceptent dès le début ou pas.

Melissa : Et qu'est ce que tu penses de rassurer les patients dans le cas d'un suivi de grossesse par le médecin généraliste sans écho ? Vraiment du point de vue du patient ?

Dr F : Moi, j'ai l'impression que le fait de ne pas avoir d'appareil d'écho, je n'ai pas vraiment d'exemple comme ça mais si je me retrouve dans un suivi de grossesse de routine entre 2 échographies morpho et il y a quelque chose d'anormal ou quelque chose de suspect et je me dis "J'aimerais bien voir ce qui se passe à l'intérieur", eh bien, je ne pourrai pas rassurer le patient. Mais c'est vrai que je peux l'envoyer faire une écho après. C'est bien ça que tu voulais dire avec ta question ?

Melissa : Est-ce que le patient se sentirait en confiance, assez rassuré comme ils sont habitués à ce qu'il y ait une petite écho à chaque visite ?

Dr F : Je ne sais pas du tout.

Melissa : Par exemple, toi ?

Dr F : Moi, je serais sereine. Je n'aurais pas besoin d'une écho mensuelle en tout cas. Mais c'est différent pour moi. Quand je pense à ma sœur, par exemple, non, il lui faudrait une écho tous les mois.

Melissa : ça dépend des patients ?

Dr F : Oui, ça dépend des patients. Je pense que c'est un peu comme certains patients dont les enfants n'ont pas de pédiatre, c'est le médecin traitant parce que, eux, ils sont tout à fait sereins avec ça et que le médecin généraliste peut quand même assurer si l'enfant a un développement normal et qu'il est en bonne santé, il peut quand même assurer des consultations pédiatriques. Donc, je pense que ça dépend du profil des gens oui. Il doit y en avoir en tout cas pas mal qui seraient ok avec ça

Melissa : Et il faudrait se former ?

Dr F : Il faudrait se former, voilà. Oui, je pense sincèrement. En tout cas, moi, en sortant des études,

les acquis que j'ai, je ne serais pas à l'aise. Je ne serais pas à l'aise. Si j'ai un gynéco avec qui je discute maintenant et qui me dit "Non, s'il y a les 3 échos trimestrielles, il n'y a pas de raison. Si la patiente ne chauffe pas, si la patiente a des sécrétions normales, si a des urines normales, etc". Donc, oui, il faudrait que ce soit validé par un gynéco.

Melissa : Et là, maintenant, en sortant des études, quand tu as des **questions spécifiques à la grossesse**, tu te sens à l'aise ?

Dr F : Oui, **non je ne suis pas à l'aise avec ça**. Pourtant, on a eu un cours de gynéco qui était quand même complet, je trouve, franchement. C'est juste que j'ai l'impression, c'est vraiment ça, qu'il a été donné sur une super courte période. Un quadri pour voir le cours de gynéco, c'est pas assez. Et donc, **en gynéco, en tout cas, je ne me sens pas super à l'aise**. Même quand je dois prescrire certains médicaments, je regarde toujours dans ma petite liste avec ce que je peux, ce que je ne peux pas et quand je l'ai fait, je ne sais pas, j'ai toujours un petit stress, on va dire comme ça. Je ne suis pas sûre de moi.

Melissa : Et tu vérifies sur quoi ? Le CBIP ? Le KRAT ?

Dr F : Le KRAT. **Le KRAT, systématiquement. Et le petit folder de la SSMG.**

Melissa : Comment tu ferais pour que les consultations préconceptionnelles soient encouragées d'une part chez les médecins, qu'ils y pensent, d'autre part chez les patients ? Quels outils on pourrait mettre en place ?

Dr F : Bonne question !

Le proposer. Le proposer, maintenant, c'est délicat. Quand ce n'est pas du tout le projet chez les gens, on a un peu l'impression d'arriver comme un cheveu dans la soupe. **Mais le proposer, oui, je pense, en parler. En parler aux femmes qui ont l'âge de procréer.**

Melissa : Donc avoir une sorte de **systématisme dans l'anamnèse à certains âges** ?

Dr F : Oui, oui c'est ça en fait. C'est vraiment venir avec l'information.

Maintenant, pour que pour nous ce soit un réflexe, c'est encore autre chose. En tout cas, nous le proposer et dire "Voilà, on est là si jamais, on peut même dédier une consultation à ça, aux questions et à ce qu'il faut faire avant." Pour certaines, peut-être qu'elles se diront "Ah il y a des choses à faire !" (rires). **Je dirais ça, le proposer. C'est notre rôle.**

Melissa : Et pour que le médecin y pense ?

Dr F : Pour que le médecin y pense, je ne sais pas. C'est plus difficile. Je ne saurais pas dire parce que je n'ai vraiment pas ce recul par rapport à la prévention pour l'instant. **Peut-être une petite alerte Medispring. Ce sont des choses que moi je regarde, parce qu'avec les vaccins, parfois je regarde. ça me fait y penser en tout cas.**

Melissa : Avoir un petit message de rappel en fonction de l'âge ?

Dr F : Oui.

Melissa : Un peu comme les dépistages ?

Dr F : Tout à fait.

Melissa : Et par rapport aux patients, pour que le patient y pense, comment est-ce qu'on pourrait donner

l'information

?

Dr F : Avec une affiche en salle d'attente déjà. C'est une très très bonne idée. En salle d'attente ou dans le cabinet. Franchement, moi je trouve que c'est une affiche qui pourrait se retrouver sur un panneau de bus !

Melissa : Par rapport à la publicité et l'information, est-ce que tu penses que créer du contenu par rapport à cette consultation préconceptionnelle, créer de l'information, ça aurait sa place, ce serait utile que ça se retrouve sur les réseaux sociaux ?

Dr F : Oui d'office, ça aurait un impact énorme ! Énorme ! Je pense qu'en tout cas, autant avant, avoir un téléphone était un signe d'appartenance sociale avant, on avait un téléphone quand on avait les moyens. **Maintenant, tout le monde a un téléphone et même les gens vraiment pauvres, ils ont un téléphone et ils ont un accès internet, ils ont un accès aux réseaux sociaux. Donc c'est un moyen aussi de faire de la prévention,** oui tout à fait, sans devoir passer par le médecin, sans une consultation qui est payante. Oui je pense que ça a du sens.

Melissa : Est-ce qu'il y a d'autres choses qu'on pourrait faire ?

Dr F : En parler, le montrer, diffuser.

Melissa : Mettre des affiches sur les bus ?

Dr F : Oui, franchement oui, ce serait incroyable ! Ce serait trop bien, moi je trouve (rires).

Melissa : Est-ce que tu as des remarques ou des suggestions concernant ce sujet ?

Dr F : Non, mais j'ai déjà reçu des invitations par exemple, à des discussions pluridisciplinaires en gériatrie, en oncologie, en dermatologie même pour une patiente qui avait un psoriasis ultra étendu. Mais en gynéco c'est différent. Je ne sais pas s'il y a vraiment un contact avec les gynécos et les médecins généralistes, parce que le gynéco, il est tout seul à s'occuper d'une patiente et ne parle pas vraiment de ses cas, je ne pense pas qu'il y ait de tours multidisciplinaires sauf pour les cas oncologiques difficiles ou pour des prises en charge sociales difficiles mais je ne vois pas de cadre ou de structure où il y aurait des échanges entre le gynéco et le médecin généraliste. Je pense que ça peut être bien et que ça rassurerait les médecins traitants qui devraient prendre en charge une patiente entre les rendez-vous trimestriels. **Donc plus de communications entre les gynécos et les médecins traitants.** Je ne sais pas comment ça pourrait se faire. ça permettrait aussi de savoir que le gynéco est accessible. **Une communication dans les deux sens.** Je pense que de manière générale, mais bon ça c'est un peu utopique, favoriser la communication entre tous les professionnels de la santé. Sincèrement ça me rassurerait et ça me redonnerait confiance et ça peut rassurer le patient de voir qu'on communique.

Interview Dr G

Melissa : Donc, je vais d'abord te demander de te présenter, de donner ton âge, de dire depuis quand tu travailles et d'expliquer un peu ta pratique.

Dr G : Je suis un homme, j'ai 32 ans, je suis médecin depuis 2014 et agréé depuis 2017. J'ai toujours travaillé dans une pratique semi-rurale, quoique maintenant ça s'urbanise de plus en plus mais techniquement, je couvre encore de la campagne.

Melissa : Tu as directement commencé par la médecine générale ou tu as fait autre chose ?

Dr G : C'est vrai que j'ai fait un passage par le service d'urgence pendant 6 mois mais sinon j'ai d'abord travaillé en tant qu'assistant dans deux pratiques solo, en association uniquement pour l'assistant et puis, en maison médicale à l'acte. Et depuis deux ans, en maison médicale au forfait dans la province de Namur.

Melissa : Est-ce que tu fais d'autres activités comme l'ONE, le planning ou d'autres choses ?

Dr G : Non, je n'ai pas d'autres activités cliniques en médecine générale mais j'ai des activités de formation pour la SSMG. Je donne différentes formations.

Melissa : Tu écris aussi des articles ?

Dr G : Non, je n'écris pas. ça prend du temps. C'est assez chronophage mais je n'exclus pas de le faire un jour. Je fais de la formation continuée classique pas forcément dans un sujet en particulier.

Melissa : Et ta patientèle ? Elle est variée ou tu as plus de patients âgés ou plus d'enfants ?

Dr G : Donc, c'est une appréciation, je n'ai pas de statistique comme ça mais j'ai quand même une patientèle très âgée de base puisque je pense avoir quasiment 20% de patients de plus de 65 ans et 26% qui ont entre 40 et 65 ans. J'ai quelques tout petits enfants et j'ai relativement peu de jeunes adultes en fait.

Donc

voilà.

Melissa : Tu fais beaucoup de maisons de repos aussi ou beaucoup de visites à domicile ?

Dr G : Oui, je fais beaucoup de visites à domicile, je suis celui qui en fait le plus ici. Et en maison de repos aussi. ça représente un peu ma pratique, ce sont beaucoup de personnes très âgées, plutôt avec beaucoup de comorbidités en général, quelques jeunes. Je commence depuis "pas si longtemps que ça" à avoir des femmes qui sont enceintes, qui ont de tout jeunes enfants, ce qui va rajeunir un peu ma patientèle (rires).

Melissa : Est-ce que durant l'assistantat ou après, tu as déjà fait des suivis de femmes enceintes ?

Dr G : En tant qu'assistant, j'avais des grossesses. Alors, dire suivi de grossesse, oui et non. J'étais consulté pour des problèmes ponctuels mais je ne faisais pas vraiment partie, même pas du tout partie du suivi de la grossesse et c'est encore le cas maintenant, donc voilà des femmes enceintes qui consultent pour des problèmes aigus en lien ou pas avec la grossesse. Infections urinaires, c'est vrai que c'est favorisé par la grossesse, à la rigueur, ça a peut-être un petit lien mais hypertension de grossesse, nausées, vomissements, ce genre de choses, ça j'ai déjà eu. Et puis, comme tout le monde, une femme enceinte peut tomber malade, donc tout ce qui est rhume d'hivers et autre, voilà, ce sont des choses que j'ai déjà eues. Mais je n'étais pas vraiment impliqué dans le suivi régulier.

Melissa : On te consulte pour des pathologies liées à la grossesse et des pathologies de médecine générale ?

Dr G : C'est ça, exactement.

Melissa : Et quand tu as des questions spécifiques à la grossesse, tu es à l'aise ?

Dr G : Beh, en tout cas, celles que j'ai eu jusqu'à présent oui. Je n'ai jamais eu de gros trucs. Tout ce qui était gestion de l'hypertension, ce n'est pas un problème, les nausées, ça allait, les traitements des infections urinaires ça allait. Je n'ai jamais eu d'éclampsie ou de cholestase gravidique ou des choses comme ça. Donc voilà, les douleurs abdo plutôt de type ligamentaires quand on arrive vers les 10-12 semaines, ça ça arrive aussi mais ça ne m'a jamais paru être des problèmes insurmontables.

Melissa : Tu n'as jamais dû référer ou appeler un gynéco ou checker sur UptoDate ?

Dr G : Regarder sur UptoDate non. Une fois, j'ai dû appeler un gynéco parce que c'étaient des vomissements incoercibles chez une dame qui se déshydratait mais c'était "facile" puisque le gynéco l'avait vue pas si longtemps auparavant et ça commençait déjà et il lui avait fait une proposition d'hospitalisation qu'elle avait refusé dans un premier temps et 4-5 jours après, elle a dû être hospitalisée pour être réhydratée et les vomissements sont passés un peu tout seuls. Voilà, c'est la seule fois que j'ai dû prendre contact avec un gynécologue pour un suivi de grossesse.

Melissa : Et ça a été facile ? Tu as trouvé qu'il était disponible ?

Dr G : Oui, ça c'était bien passé mais un cas comme ça, ce n'est pas très représentatif. En tout cas, les consultations c'est plus compliqué mais les avis ça peut encore se faire sans trop de problèmes.

Melissa : Est-ce que tu penses qu'à l'avenir le médecin généraliste pourrait avoir un rôle dans le suivi des grossesses normales sans appareil d'écho ?

Dr G : Oui, puisqu'au final, normalement un suivi de grossesse chez une personne non à risques, donc une grossesse simple, normalement, le gynéco, on n'est pas censé le voir tant que ça. Il y a 3 échographies qui sont prévues pendant la grossesse et normalement, le reste du temps, c'est quoi ? Ce sont des prises de tension régulières, des tiges urinaires et répondre aux questions et pouvoir gérer parfois des phénomènes ponctuels et aigus comme les vomissements de la grossesse, ce genre de choses. Donc, très clairement, pour moi, le suivi d'une grossesse simple, ce serait normalement très peu le gynécologue mais surtout la sage-femme et le médecin généraliste.

Melissa : Les deux ou l'un des deux ou ça dépend ?

Dr G : **Très clairement, la sage-femme a une expertise que nous, on n'a pas. Forcément, dans le suivi des grossesses, elle a bien plus d'expérience que nous.** Elle a le monitoring aussi quand ça s'avère utile, que nous on a pas. C'est quelque chose qu'on pourrait avoir éventuellement mais je pense que l'avantage qu'a la sage-femme outre le fait qu'elle connaisse très bien c'est que la durée de la consultation, comment dire, il y a un minimum légal en fait. Et donc, ça permet de rentrer plus dans une discussion avec les futurs parents en disant, expliquer un peu comment ça va se passer, comment le suivi va être organisé, à quoi ils doivent éventuellement être vigilants, ce genre de choses. **Et je pense que la sage-femme aura plus un côté proactif que nous, on va plutôt avoir un côté réactif ou globalement, on ne va pas oser spécialement trop en dire de peur de les rendre paranos** "Mon dieu, on risque ça, on risque ça". On va avoir plutôt tendance à répondre à leurs questions mais parfois les questions viennent sur le moment, comme ça, il n'y a rien qui est vraiment réfléchi à l'avance avec une grande liste. Quand c'est le premier, les gens ne savent pas à quoi s'attendre et quand c'est le deuxième, ils savent à quoi s'attendre et donc ils ont souvent moins de questions.

Melissa : Donc, pour toi, ce serait tout à fait envisageable de le déplacer en ambulatoire en médecine générale ou chez la sage-femme ?

Dr G : C'est ça, effectivement, pour moi, pour les grossesses non à risque, c'est ce qu'on devrait faire. Si ma mémoire est bonne, le KCE avait sorti un rapport il y a peut-être quelques années maintenant où il évaluait la prise en charge des grossesses. Ils avaient demandé l'avis des différents intervenants etc, ils avaient pointé le fait que le problème c'est que les consultations chez la sage-femme devaient normalement se substituer aux consultations chez le gynéco mais qu'au final elles s'ajoutaient. Et donc, on avait juste des soins qui s'ajoutaient en termes de coûts car les femmes allaient toujours autant chez le gynéco mais en plus allaient chez la sage-femme et donc voilà, les généralistes qui avaient été interrogés à ce moment-là avaient dit que pour eux, c'était envisageable de faire des suivis de grossesse aussi. Donc, je pense qu'on devrait vraiment laisser les gynéco pour les échographies nécessaires car il faut une certaine expertise pour pouvoir le faire et le suivi des grossesses à risque. Et le suivi des grossesses qui se passent très bien, au final, on y gagnerait en termes de temps pour eux, et en termes d'argent pour la société si c'étaient les sages-femmes, les généralistes qui s'en occupaient principalement.

Melissa : Tu penses que les patientes seraient en confiance ? Qu'elles seraient rassurées même si elles n'avaient pas cette échographie systématique et juste les 3 échos morpho ?

Dr G : Alors ça, c'est compliqué à dire parce que là on a parfois des vécus qui sont très différents d'une personne à l'autre ou on a parfois des parents qui sont contents de voir de mois en mois l'évolution de la grossesse, même si ça prend du temps. L'écho est un acte technique qui est facturé certainement. Donc, oui, ce n'est pas utile. C'est utile quand on dit à l'écho précédente qu'il y a des choses qui n'ont pas été bien vues et qu'il faut les revoir, là oui, c'est indiqué. Mais ce n'est pas indiqué de faire une écho tous les mois pour voir comment ça avance. C'est toujours difficile de ménager la chèvre et le chou, de dire qu'il faut d'un côté un minimum de satisfaction de la part des futurs parents mais d'un autre côté, on a aussi des impératifs qui sont financiers et il faut essayer de concilier les deux. Et ça, ce n'est pas évident donc j'ai l'impression qu'il faudrait passer par une certaine forme de sensibilisation d'une part au niveau des médecins spécialistes, des médecins généralistes pour shifter le suivi des grossesses non à risque des spécialistes vers les généralistes mais aussi du côté des parents et futurs parents en disant que ce qu'on faisait avant, voilà, c'est quelque chose qu'on ne fait plus maintenant et essayer de manière compréhensible pourquoi on ne peut plus se permettre de faire ce qu'on faisait auparavant parce qu'au final, la Belgique fait partie des pays qui ont le plus de gynécos par femme et au final, on a toujours des grosses difficultés pour avoir des rendez-vous parce qu'ils sont saturés. Et je pense qu'il y a un travail qu'ils ont pour le moment qui n'a rien à faire chez eux puisque des stages de gynéco que j'avais pendant mes études, la plupart des grossesses sont des grossesses qui ne sont pas à risque et au final, qu'est-ce qui se passait chez le gynéco ? On discutait un peu, on faisait une tigette urinaire, une prise de tension et puis on passait à une échographie qui dans la plupart des cas n'était pas nécessaire. Donc, ça semble être du travail qui n'a pas besoin d'une expertise particulière de la part du

gynécologue. Ça pourrait très bien être fait au final par énormément de gens.

Melissa : Les gynécos le vivraient comment tu penses ?

Dr G : Alors ça, c'est autre chose puisque dans la mesure où c'est une médecin à l'acte, on ne peut pas exclure que certains soient bien contents d'avoir des consultations faciles pour rapporter et que vu le nombre de gynéco par femme en Belgique, forcément, si on leur retire ce travail là, de la même manière que si on leur retire les frottis de col de dépistage, on risque d'avoir un excès de gynécologue par rapport à la demande donc c'est difficile à dire. Je dirais bien, c'est comme pour tout, il y a probablement deux écoles, il y a probablement les gynécologues qui seraient bien contents de garder ce travail-là parce que ça les amuse même si leur compétence n'est pas forcément nécessaire et puis, il y en a peut-être d'autres qui seraient plus contents d'avoir des consultations plus pointues, plus spécialisées va-t-on dire et pas de la bobologie pour eux. Il faudrait faire des statistiques à ce niveau-là. Il faudrait voir à quel point il y a un protectionnisme au niveau de la profession ou pas pour voir un peu comment ça se passe. La meilleure chose à regarder c'est un peu comment ils vivent le travail avec la sage-femme en sachant que pour le moment, ce n'est pas comme ça devrait, ils ont toujours leurs consultations, c'est juste que la sage-femme est vue en plus alors que normalement ils auraient dû être déchargés de ces consultations-là.

Melissa : ça ne risque pas de surcharger les sages-femmes ou les médecins traitants en cas de switch ?

Dr G : Alors, les sages-femmes, dans la mesure où pour l'instant elles ont quand même un suivi de grossesse même s'il est en plus de celui du gynéco et pas à la place du gynéco donc je ne pense pas qu'il y aura une grosse surcharge de travail. Je pense aussi malgré tout, qu'il y a parfois des sages-femmes diplômées qui ont parfois un peu de mal à trouver un emploi donc le fait d'avoir une demande qui augmente chez elles, ce ne serait a priori pas trop problématique. En médecine générale, ça dépend toujours un petit peu des pratiques. On peut très bien avoir des pratiques de médecin généraliste très rurales par exemple où il y a une surcharge de travail importante et donc ajouter ça en plus du reste, ça peut être compliqué. Quand il y a une densité de médecins généralistes qui est plus importante, c'est souvent plus facile à faire et là, le combat c'est plus d'agir sur les quotas de médecins généralistes plutôt que de médecins spécialistes. Il y a un quota de numéros Inami et quand on augmente le quota de numéros Inami, on augmente surtout le quota de médecins spécialistes et pas tant que ça de médecins généralistes. Il faudrait avoir un vrai cadenas sur les spécialités qui ne sont pas en pénurie pour faire en sorte que si on augmente le quota de médecins, ce ne soient pas les spécialistes qui en bénéficient mais plutôt les généralistes avec l'éventuelle désillusion de certains qui auraient voulu faire une spécialité.

Melissa : Et il faudrait se former ?

Dr G : Oui, je m'étais posé la question "Est-ce que j'avais eu un cours là-dessus ?". J'ai vérifié, j'ai eu un cours là-dessus en master 2 mais le problème c'est que quand on ne pratique pas, on a tendance à oublier et donc si on fait ce shift-là vers la médecine générale il faudrait passer par une campagne où on va reformer justement les généralistes à faire un suivi de grossesse non à risque parce que les pathologies spécifiques de la grossesse un peu plus rares comme j'avais mentionné tout-à-l'heure la cholestase gravidique, ce genre de choses, ce sont des choses qu'on voit rarement, déjà ça représente

peu de grossesses et quand on a peu de grossesses à suivre, on en a encore moins fréquemment et aussi, avoir un peu un canevas. Ok, le gynécologue sera vu trois fois pendant la grossesse et l'accouchement, quelles seraient les questions fréquentes qui ne viennent pas toujours forcément en tête des futurs parents et auxquelles on va devoir pouvoir répondre en plus de la sage-femme qui serait aussi dans le circuit. Oui, ce serait nécessaire de passer par un étape de formation et ne pas dire "Maintenant, c'est à vous, débrouillez vous". A ce moment-là ça risque d'être des catastrophes car toute une série de médecins généralistes ne sont juste plus ou pas habitués et qui ne savent pas comment réagir.

Melissa : Il faudrait que les gynécos soient plus dispo aussi pour qu'on ait vraiment une collaboration ?

Dr G : Ici oui, il faut quand même pouvoir avoir un gynécologue de référence ou au moins un hôpital de référence dans ce cadre-là parce que la grossesse est non à risque à un temps T ou en tout cas à bas risque à un temps T mais on peut avoir l'apparition en cours de grossesse de choses qui n'étaient pas là avant. L'hypertension, en général, ça va plutôt bien mais si on a un diabète de grossesse qui commence à s'installer dans le paysage, ça peut tout de suite devenir plus compliqué. Si on commence à avoir de grosses pathologies thyroïdiennes, ce genre de choses, la grossesse qui était à bas risque devient d'un coup à risque et donc, il faut pouvoir avoir un moyen de contacter le gynécologue pour avoir éventuellement, si on ne se sent pas à l'aise, un avis sur les premières choses à faire et puis, remettre la patiente, justement, dans le suivi des grossesses à risque dans ce cas-là parce qu'elles demanderont un suivi plus spécialisé surtout quand on voit une femme qui commence des problèmes de thyroïde, diabète gestationnel etc, elle est vue par le gynécologue mais aussi par l'endocrinologue au moins une fois ou l'autre en fonction de comment ça évolue. Et donc, si on a des difficultés à avoir le gynéco et des difficultés à avoir l'endocrino, ça risque de créer une charge de travail inutilement importante.

Melissa : Tu connais des pays où c'est déjà le cas, où le médecin généraliste ou la sage-femme s'occupe des grossesses normales ?

Dr G : Oui, je pense que dans la plupart des pays autour de nous, ce sont effectivement les sages-femmes et les généralistes qui suivent ça. Faudrait que je vérifie mais je pense quand même bien qu'aux Pays-Bas, ce sont surtout les généralistes. Je pense aussi qu'en Grande-Bretagne c'est le cas. Je pense que dans le rapport du KCE, ils avaient mentionné justement les guidelines des pays autour du nôtre et je pense que la plupart avaient un système où c'était surtout le généraliste ou en tout cas ils prônaient un système où c'était surtout le généraliste et la sage-femme puisqu'en soi techniquement en Belgique c'est ce qui est prôné mais ce n'est pas ce qui est fait donc voilà.

Melissa : Et est-ce que dans ta patientèle tu as déjà eu des femmes qui venaient avant de concevoir pour des questions ou une prise de sang avant ?

Dr G : C'est déjà arrivé mais c'est relativement rare. En règle générale, elles suspectent une grossesse avant de venir. C'est exceptionnel qu'on ait des femmes qui, parce qu'elles ont des problèmes de santé particuliers etc, savent qu'elles doivent venir chez un médecin pour préparer la grossesse. Et je pense qu'une collègue a eu le coup : une dame épileptique sous depakine. Elle n'était pas consciente du risque que ça représentait, du fait que si elle voulait tomber enceinte, il fallait préparer

le terrain auparavant donc on a une grossesse qui a commencé, 2 mois je crois, sous dépakine. Pour elle, ce n'était pas quelque chose qui devait forcément se planifier. Je pense qu'à ce niveau là, en dehors de ça, **c'est surtout quand il y a des problèmes pour tomber enceinte. Alors là, on n'est pas dans le même cadre. C'est parce qu'il y a eu des essais pendant plusieurs mois et rien du tout, ou éventuellement plusieurs fausses couches même si là, en général, elles vont directement chez le gynécologue.**

Mais sinon, vraiment en préconceptionnel, c'est exceptionnel. Il devrait y en avoir un peu plus puisque des pathologies qui pourraient faire que la grossesse est plus à risque, à ce moment-là, idéalement, il vaut mieux prendre les devants et normalement, ce n'est pas le gynéco, c'est plutôt le spécialiste qui a diagnostiqué la pathologie, qui a mis le traitement ou le généraliste même pour certains traitements, admettons une femme jeune qui serait hypertendue et qui est sous un IEC par exemple, c'est nécessaire de lui dire que si jamais elle souhaite tomber enceinte, il faut revoir le généraliste avant parce que le traitement antihypertenseur, à ce moment-là, il faut le changer complètement. Mais ça, je pense qu'on ne le fait pas assez. On n'informe pas assez les patientes qu'avec certains traitements il faut faire attention, avec certaines maladies, il faut faire attention. Il y a des choses pour lesquelles on le fait très bien. Je suis certain que personne ne passe à côté d'un roaccutane ou un truc comme ça mais pour d'autres choses, je pense qu'on a un peu de travail à faire.

Melissa : Tu penses que ces consultations préconceptionnelles devraient être encouragées et qu'elles devraient être plus fréquentes ?

Dr G : Alors, je pense que dans justement les populations qui auraient des grossesses d'emblée à risque ou contre-indiquées à cause de certains médicaments, ça devrait franchement être encouragé. Est-ce que ça doit être fait chez tout le monde ? Je ne suis pas forcément sûr. Il faudrait peut-être demander à une sage-femme son avis à propos de ça. C'est peut-être une erreur de ma part mais j'ai l'impression qu'elles sont plus dans la prévention du risque que nous à ce niveau-là. Et donc, je me demande dans quelle mesure, on devrait pouvoir informer les patients de ça, de ça, de ça avant même le début de la grossesse mais j'ai l'impression que quand c'est une grossesse qui n'est pas spécialement à risque au départ que ça peut être fait dès le diagnostic de grossesse, on n'a pas perdu de temps. Je ne pense pas que retarder le début des compléments vitaminés pour la grossesse de 2 mois, comme c'est souvent le cas, qu'il y ait un risque particulier.

Melissa : Pour toi, c'est le rôle de qui cette consultation préconceptionnelle ?

Dr G : A ce moment-là, ce serait le rôle du généraliste a priori puisque, je ne sais pas quel est le cadre légal de la consultation de la sage-femme mais peut-être qu'il faut déjà qu'il y ait effectivement une grossesse donc peut-être qu'elles seraient bloquées de ce côté-là. Pour le généraliste, ça dépend un peu de la facilité d'accès à ces deux intervenants-là. En ville, ici, on a 3 hôpitaux tout près dont 2 qui ont une maternité donc en règle générale, l'accès aux sages-femmes n'est pas trop compliqué en tout cas en intrahospitalier. Des sages-femmes vraiment en ambulatoire, je ne sais pas s'il y en a tant que ça. A voir. Et dans des zones plus rurales, s'il faut se taper je ne sais pas

combien de bornes pour aller à l'hôpital, je pense que ce sera plus facile pour les gens d'aller chez leur généraliste pour avoir des infos mais, à nouveau, **quand ça concerne de la prévention, techniquement, on ne peut pas facturer de consultation car il faut que ce soit du soin et pas de la prévention. C'est un peu bête mais c'est comme ça. Et surtout, la prévention, beh ça prend du temps. Et donc, quand on a quelque chose que légalement on ne peut pas facturer et qui prend du temps, ça devient tout de suite un gros frein, donc voilà, à moins de revoir la nomenclature pour permettre, justement, des actes de prévention.**

Melissa : Donc il y a aussi un obstacle légal à faire plus de prévention ?

Dr G : Beh oui, il y a un peu de ça puisque techniquement le médecin, sa compétence c'est le soin, c'est le curatif. Normalement la prévention, c'est quelque chose qui dépend de la santé publique mais après, ce n'est pas possible de toucher tout le monde de cette façon-là parce que les spots à la télé, c'est bien beau mais tout le monde ne les regarde pas forcément et puis, surtout, il y a des actions de prévention qui ne sont pas aussi généralisables. Cancer du côlon, on sait qu'a priori c'est tout le monde de 50 à 74 ans avec parfois des modalités différentes mais bon voilà, on peut très facilement en faire la pub. Dire voilà le dépistage du cancer du poumon par scanner thoracique est recommandé chez toute personne qui fume ou a fumé au moins autant de temps et qui n'a pas arrêté de fumer depuis au moins 15 ans et en plus de ça, il faut qu'ils aient entre tel âge et tel âge, ça concerne une fraction assez limitée de la population et c'est difficile même parfois pour ces gens-là de se reconnaître parce quand on dit, il faut que vous ayez totalisé au moins, je ne sais pas moi, 28 unités année paquet, c'est quoi l'unité année paquet ? Dans l'esprit des gens, ce n'est pas clair. Il y a très clairement certaines choses qui ne peuvent pas passer par la santé publique parce que ça concerne un nombre trop restreint de personnes. Mais ça reste des dépistages qui sont validés et à ce moment-là, c'est le généraliste qui s'en charge.

Melissa : Est-ce que tu trouves qu'on devrait faire plus d'information sur la santé globale notamment préconceptionnelle ?

Dr G : Alors, oui, très clairement. On a maintenant énormément de pathologies évitables qui sont liées au surpoids par exemple, il y a encore un sacré travail à faire. Malheureusement, la prévalence du surpoids augmente, la sédentarité, elle augmente aussi. Et ça, ça touche tout le monde au final donc.

Alors est-ce que ça manque un peu de matraquage ? Est-ce que c'est le message qui n'est pas bon ? On peut tout imaginer, par exemple des gens que ça n'intéresse pas et qui même peut-être, quand ce sera trop tard pour eux, ne le regretteront même pas. Il y a beaucoup de facteurs qui influencent ça. **Pour le préconceptionnel pur et dur, à nouveau, je pense que du préconceptionnel, c'est nécessaire dans certains cas mais ça ne concerne qu'une fraction limitée des patientes mais une consultation périconceptionnelle en tout début de la grossesse, dès qu'il y a une suspicion de grossesse, ça c'est quelque chose qui pourrait être un petit peu plus renforcé.**

Melissa : Et comment ? Est-ce qu'on devrait passer par les médias, par les réseaux sociaux puisque les personnes qui vont concevoir sont jeunes ? Ou est-ce que ça doit passer par d'autres voies ?

Dr G : Il faudrait voir ce qui serait le plus efficace, effectivement. En tout cas, **je pense que les réseaux sociaux, ça peut être une bonne idée** mais, c'est un peu triste à dire comme ça mais ça ne devrait pas être des campagnes de santé publique avec des pubs qui seraient juste mises sur les réseaux sociaux comme ça parce que je pense que ça aura moins d'impact qu'en prenant **des très jeunes, des ados etc, je pense qu'ils seront plus touchés par des influenceurs que par des scientifiques**. Et donc je me demande par quelle mesure on ne devrait pas passer par ce moyen-là même si ce n'est pas spécialement quelque chose qui m'enchant des masses. J'ai l'impression que ce sera encore ce qui sera le plus efficace (rires).

Melissa : Qu'il y ait des messages de santé qui passent par des gens qui sont très suivis, très écoutés ?

Dr G : C'est ça, voilà. Il y a eu ça pour le covid justement. Il y avait des influenceurs qui avaient été contactés pour transmettre des informations de santé publique pour améliorer la pénétration du message dans la population. Je sais que les footballeurs qui parlaient de ça, qui avaient plus d'impact que les scientifiques qui pourtant sont les références dans le domaine mais qui ne parlent pas autant aux gens. Pas que ce qu'ils disent est compliqué, je trouvais qu'ils faisaient de super travaux pour vulgariser ça, je trouvais que c'était hyper compréhensible mais c'est juste que leur public, ça reste un public qui s'intéresse déjà de base à ça. Et pour intéresser les gens qui au départ ne s'y intéressent pas, il faut plutôt je pense, passer par les influenceurs, effectivement.

Melissa : Pour aussi lutter contre la "mésinformation" qui circule sur internet ?

Dr G : Heu oui, aussi. Donc c'est ça que passer par les influenceurs, il y a toujours le risque que quelqu'un d'autre y passe d'abord et donne un message qui n'est pas scientifiquement validé. C'est toujours le risque aussi que, normalement quand on a des scientifiques, ils sont censés se baser sur l'état actuel des connaissances et donc ils sont censés tous donner le même message qui est clair ou alors des messages nuancés justement. Ils doivent pouvoir dire honnêtement que ça peut peut-être marcher mais que peut-être ça ne marche pas parce qu'on ne sait encore rien. C'est ça que parfois c'est difficile à comprendre pour les gens de se dire qu'il y a des choses qu'ils ne savent pas alors qu'ils devraient savoir mais on ne peut pas tout savoir non plus, voilà.

Melissa : Est-ce que tout ce qui a été fait comme vidéo par exemple sur Youtube pour expliquer les choses sur le coronavirus et les vaccins ont été beaucoup consultées ?

Dr G : A mon avis, ça dépend toujours desquelles, je n'ai pas vraiment regardé mais on est à mi-chemin avec les influenceurs. Il y a quand même quelques médecins qui sont très suivis parce que assez médiatiques, je pense à Michel Cymes en France, par exemple, mais aussi des médecins qui ont déjà écrit des livres, qui font des travaux de vulgarisation scientifique sur internet, qui ont parfois une communauté importante sur Internet et donc eux, ils n'ont pas travaillé directement sur la mise en place des recommandations des prises en charge pour le covid mais en tout cas, ils les ont relayés et ils les ont vulgarisés. Et donc je pense qu'eux ont beaucoup plus touché de gens parmi leur communauté que ce qui passait à la télé au final. Donc voilà, **des médecins qui sont à mi-chemin entre médecins et influenceurs parce que communauté, parce que vulgarisation etc. ça reste quand même une minorité.**

Melissa : Est-ce que tu as des suggestions ou des remarques concernant ce sujet de la consultation préconceptionnelle et le suivi des grossesses par la première ligne ?

Dr G : Dans une optique toujours d'amélioration de la qualité des soins et de réduction des coûts de manière raisonnée, je pense qu'on doit se ranger aux recommandations du KCE qui datent déjà d'il y a quelques années maintenant. Il devrait y avoir un switch. C'est nécessaire pour moi de former les généralistes s'il y a ce switch mais si le switch ne se fait pas, ça a peu d'intérêt de les former. Je pense que c'est quelque chose qui doit se faire mais qui doit se préparer aussi pour avoir d'un côté l'accord des gynécos pour le transfert de compétence vers des personnes formées et aussi informer la population que le suivi de grossesse, ça ne sera plus tout à fait comme avant mais ce n'est pas pour ça que ce sera moins bien.

Melissa : Donc informer et rassurer ?

Dr G : Oui.

Interview Dr H

Melissa : Donc, je vais d'abord te demander de te présenter, de donner ton âge et d'expliquer un peu ta pratique actuelle.

Dr H : Je suis une femme, j'ai 28 ans. J'ai une pratique en association de médecins donc pas une maison médicale. On est 3 médecins actuellement, bientôt 4. C'est une pratique, je dirais, semi-urbaine, on est pas très loin de la ville et en même temps pas très loin de la campagne non plus donc les distances sont parfois un petit peu longues mais la patientèle est très variée. On a de la pédiatrie quand même mais une bonne partie, c'est quand même plus gériatrique. On fait un peu de tout, visites, consultations et on essaye de mixer tout ça comme on peut.

Melissa : Est-ce que tu as d'autres activités comme l'ONE ou le planning ?

Dr H : Alors, j'ai la formation ONE mais je n'ai pas de consultation, je remplace parfois mes collègues quand elles ne savent pas faire leur consult d'ONE mais je n'en suis pas friande au point de demander une place dans une consult quelque part. Sinon, on fait des prélèvements en laboratoire aussi. On fait ça tous les lundis matin. On se partage les plages. C'est agréable, c'est très différent.

Melissa : Donc tu as derrière toi 2 années d'assistantat et 1,5 ans de pratique ?

Dr H : Est-ce que dans tes patients en assistantat ou après, tu as déjà fait des suivis de grossesse ?

Melissa : Alors, les suivis de grossesse, non, je n'en ai pas eu tellement que ce soit en tant qu'assistante ou ici en consultation. En général, ce sont des gros suivis qui sont faits à l'hôpital par les gynécos. On reçoit les protocoles et les prises de sang pour la toxoplasmose etc donc on se doute bien qu'il y a un suivi qui est fait mais les patientes, en tout cas, ne viennent pas nous trouver comme ça, machinalement, pour faire le suivi de grossesse. **Elles vont plutôt venir avant le désir de grossesse pour les vitamines, pour les conseils et parfois ils n'y arrivent pas et ça fait x-temps qu'ils essaient d'avoir un enfant. Et sinon, un peu le postpartum, et encore, ce n'est pas ce qu'il y a de plus fréquent. Des petits problèmes de santé, des petits rhumes, ou des cystites durant la grossesse, ça on a tendance à les voir nous-mêmes mais le suivi vraiment juste préventif, suivi de grossesse etc, je dois dire que c'est pas quelque chose de fréquent que ce soit en tant qu'assistante ou médecin généraliste.**

Melissa : Elles viennent quand même chez toi pour faire une prise de sang pour confirmer la grossesse ou pas spécialement ?

Dr H : Si, ça effectivement, ça arrive quand même souvent. Et la peur s'il y a des antécédents de fausses couches, que l'hCG soit pas assez élevé ou ne double pas après 48h, des choses comme ça. Donc ça, effectivement, elles viennent en consultation mais une fois que c'est fait, moi, mon habitude, c'est de remettre ce taux d'hCG à la patiente qui doit le communiquer à la gynécologue qui jugera du rendez-vous rapide ou plus tardif pour après faire des échographies. Et puis après, j'avoue, je perds un peu la main là-dessus, je crois.

Melissa : Et tu as déjà eu des patientes qui venaient avant de concevoir donc lors d'un désir de grossesse avant les essais ?

Dr H : Oui et plutôt dans des contextes de difficultés à concevoir parce que je pense que la plupart des femmes savent qu'il y a des vitamines sur le marché qui permettent en préconception d'éviter les malformations du tube neural et autres. Mais sinon, ceux qu'on voit peut-être le plus, alors là c'est la femme seule ou le couple, qui demandent : "Qu'est-ce qu'on fait ? On n'arrive pas à avoir un enfant. ça fait x temps qu'on essaye." Peut-être un peu tâter le terrain de la santé de l'un et de l'autre dans le couple, si ils ont déjà eu des enfants auparavant ou pas, des choses comme ça. Et de voir s'ils sont prêts à aller jusqu'à la PMA et on les réfère assez vite quand on se rend compte qu'il y a peut-être un problème chez l'un ou chez l'autre. ça on le fait, oui.

Melissa : Donc c'est plutôt en cas de difficultés ? Mais il y a moins de femmes qui viennent consulter en disant "Peut-être qu'avant de faire un bébé, il faut faire un bilan avant." ?

Dr H : ça, ça arrive moins, c'est plutôt en cas de difficultés. C'est le principal motif.

Melissa : Tu penses que les femmes consultent quand même en préconceptionnel quand il n'y a pas de difficultés ?

Dr H : Quand il n'y a pas de difficulté, sans doute. Je pense alors que c'est plutôt chez le gynéco qu'elles vont aller. Ce sera peut-être là que ce sera déposé plus facilement. "Tiens, tant qu'on y est", lors d'un suivi, lors d'un frottis vaginal par exemple, un frottis de dépistage, peut-être de poser leurs questions à ce moment-là, sur un désir éventuel de grossesse. Mais, je ne vais pas dire que c'est la majeure partie des patientes. Encore une fois, c'est beaucoup plus dans le cadre de difficultés, de savoir vers qui s'orienter.

Melissa : Et toi, tu penses que ce serait utile de faire une consultation préconceptionnelle, que ce soit un peu plus dans les habitudes ou pas ?

Dr H : Donc faire une prise de sang, vraiment un check-up complet comme ça, oui je pense que ça peut être tout à fait utile puisque en soit, on a les moyens de le faire, de mettre ça en place. Disons, plus pour la femme que pour l'homme parce s'il faut aller jusqu'au spermogramme, des choses pareilles, je pense que ça doit se faire au laboratoire de l'hôpital. Et le spermogramme, je laisse ça au service de PMA. Mais non, je pense que ça pourrait être quelque chose d'intéressant d'avoir comme ça un petit check-up avant de concevoir. Mais je n'ai pas encore eu beaucoup le cas personnellement en consultation.

Melissa : Qu'est-ce qui serait difficile pour rendre ces consultations plus fréquentes ?

Dr H : Il faudrait déjà, comme c'est une patientèle plus jeune, ce ne sont peut-être pas forcément des gens qui vont penser à venir jusqu'à nous en consultation pour parler de quelque chose qui n'est pas un problème, parce que c'est du préventif. Encore une fois, moi, j'ai quand même une patientèle qui est quand même plus âgée donc j'ai peut-être moins tendance à le voir. Je ne dis pas qu'aucune femme ne m'en a parlé mais ce n'est pas quelque chose que je creuse forcément plus en détail. Elles auront déjà eu des informations du ou de la gynécologue et voilà. Sinon, oui, je pense que c'est plutôt le manque de consultations ou alors ce sera une demande téléphonique comme ça vite fait sur un coin de table. C'est peut-être quelque chose qu'on n'a pas l'occasion de creuser en détail parce que je pense que le patient ne va pas forcément venir pour ça en consultation, surtout

de nos jours parce que je me suis installée pendant une période COVID compliquée où les gens ne consultaient que vraiment quand il y a un pépin et que c'est nécessaire. Au pire, c'est demande d'ordonnances par téléphone, par email. **C'est assez impersonnel comme pratique pour l'instant.** J'ai le sentiment que ça s'améliore un petit peu mais pour l'instant ça me paraît compliqué à mettre en place. Je ne pense pas que les femmes vont venir chercher ça là maintenant.

Melissa : Donc, c'est plutôt lié au contexte de la période ? On fait moins de prévention ?

Dr H : Je pense que ça joue, le côté préventif, je pense qu'il est passé un peu à la trappe avec le COVID, ou en tout cas, a été beaucoup plus difficile à mettre en place. Pour les personnes âgées, ce n'est pas encore trop un problème, c'est une question d'habitude. S'ils avaient l'habitude de venir tous les 3 mois, ils viennent tous les 3 mois. Les personnes plus jeunes, par contre, on les perd un peu de vue. On les perd de vue parce que le COVID c'est compliqué, on a pas forcément envie de mettre les pieds dans un cabinet médical, et il y en a peut-être qui ne veulent pas être testés et tout ça alors que les ¾ ont la goutte au nez et mal à la gorge. Et donc on a l'impression qu'il y a cette barrière COVID, qu'on va leur poser 36 questions avant de pouvoir venir en consultation. Et ça, ce sont des règles qu'on a demandé de mettre en place à notre secrétaire et donc ils se sentent un peu interrogés et ça les gêne. Donc, non, je ne pense pas que le côté préventif est la première chose à laquelle ils pensent pour l'instant.

Melissa : Et comment pourrait-on les toucher, ceux qui sont en âge de procréer, pour leur fournir de l'information ?

Dr H : Je suppose que déjà des petits dépliants dans la salle d'attente, ça pourra déjà être intéressant ou une pancarte ou une affiche qui expliquerait : **“Des demandes par rapport à la conception, à un désir de grossesse, seul ou en couple, n'hésitez pas à nous en parler”.** Aller les trouver directement pour parler de ça, je pense que c'est un petit peu exagéré. Et sinon, peut-être que ça devrait être dans les questions habituelles de prévention : **“De quand date votre dernière prise de sang ? Est-ce que vous faites vos frottis de dépistage tous les 3 ans ?”**, pour les femmes jeunes. **Peut-être que ça devrait être plus un réflexe.** Dans la population ici, dans la patientèle, il y a beaucoup de femmes qui sont déjà au courant qu'il faut prendre des vitamines, que ça évite certaines malformations mais **ce n'est peut-être pas le cas dans toutes les patientèles.** Il y a peut-être des femmes qui sont très mal informées, qui ne sont absolument pas au courant, qui pensent peut-être qu'une goutte d'alcool ça ne fera pas de tort pendant la grossesse alors qu'on sait bien que ça peut poser des problèmes. **Certains médicaments aussi, tout ce qui est Depakine, des choses comme ça, ce serait important d'en toucher un mot en tout cas. Être sûr que tout le monde soit bien informé.**

Melissa : Tu penses qu'il faudrait créer du contenu, de l'information qui arriverait sur les réseaux sociaux pour toucher les jeunes ?

Dr H : D'office sur les réseaux sociaux ou un autre type de média ?

Melissa : N'importe quel type de médias.

Dr H : Je pense que pour viser la population plus jeune, c'est quelque chose qui est fort consulté donc pourquoi pas, ou même un spot télé ou quelque chose d'assez clair, de bref, sans trop de

détails et permet de se dire “Ah oui, tiens, c’est vrai, finalement j’ai peut-être 2-3 questions ou ce n’est pas très clair pour moi, donc consultez le généraliste dans ce cas-là.” Mais je ne pense pas que ce soit la première chose à laquelle les gens pensent pour l’instant en tout cas. **Mais oui, tout à fait, au niveau des médias, ça pourrait être intéressant pour toucher cette population plus jeune.**

Melissa : Est-ce que pour toi, la consultation préconceptionnelle relève du médecin généraliste, du gynéco ou de la sage-femme ?

Dr H : Non, **je pense que ça peut être un travail conjoint.** Je ne dis pas que l’un a plus sa place que l’autre mais on peut jouer un rôle, ça c’est sûr. On a tendance à être un peu plus proches des patients quand même, de connaître leurs soucis. On a peut-être eu vent de problèmes de conception auparavant donc oui, je pense que c’est un rôle tout à fait intéressant qui peut tout à fait être conjoint avec les autres soignants.

Melissa : Est-ce que tu penses qu’on a plus l’occasion de le faire qu’un gynéco ?

Dr H : Je pense quand même que les gynéco manquent d’une certaine disponibilité que nous, on peut offrir. C’est juste que je pense personnellement que la période doit quand même jouer sur le fait que ce n’est pas la première chose que les gens vont venir apporter chez nous. Ils vont peut-être essayer de gérer le problème eux-mêmes. Avoir un rendez-vous chez un gynéco, ça prend des mois.

Melissa : Ça peut être un frein à la consultation préconceptionnelle ?

Dr H : Je pense. **Alors, est-ce que les patients sont forcément au courant que nous aussi, on s’y connaît un petit peu, je ne dis pas qu’on a tous les détails d’un spécialiste mais qu’on s’y connaît un petit peu et qu’on peut être de bon conseil.** Je ne suis pas sûre qu’ils le savent. C’est peut-être quelque chose qu’ils vont aller chercher chez le gynéco uniquement et qu’ils vont attendre des mois et des mois avant d’avoir leur consult, ça c’est possible aussi.

Melissa : Tu serais à l’aise pour une consultation préconceptionnelle ?

Dr H : **Pour les grandes lignes, oui, je pense que ça ne me poserait pas de problème puis j’ai déjà eu l’occasion de l’avoir 2-3 fois. Ce ne sont pas mes consultations principales** mais j’ai déjà eu, quand j’ai un bon contact avec la patiente ou que je suis le couple en question et qu’ils m’ont déjà dit 2-3 fois qu’il y avait des petits soucis et qu’ils ne savaient pas trop bien comment s’y prendre pour la suite, là effectivement, on en discute.

Melissa : Tu te formerais ? Par exemple via la SSMG ? Ou alors, tu préférerais un outil, quelque chose qui t’aiderait à être plus exhaustive ?

Dr H : Difficile à dire, j’avoue que les deux ne me déplairaient pas. J’ai quand même tendance à utiliser des outils sur mon smartphone comme le CBIP, la ContrAppception. Moi ça m’aide bien des trucs comme ça, des informations claires, je sais où chercher et j’ai vite l’info que je veux. Oui ça pourrait être pas mal. La SSMG, je consulte de temps en temps et c’est toujours bien écrit, des belles recommandations donc oui, je suivrais sans problème. Donc, **les deux m’intéresseraient.**

Melissa : Si on développait un outil, ça devrait être validé par un gynéco ou par un expert ?

Dr H : Je pense **oui, par un expert.** Je dirais pas n’importe quel gynécologue, plutôt un expert de tout ce qui est conception même PMA, les petits conseils pratico-pratiques pour chaque couple. Qu’est-ce

que vous devez chercher en premier ? Des choses comme ça. Oui, je pense que ce serait chouette.

Melissa : Donc, il y a aussi cet aspect qu'on devrait développer : petits conseils pro conception ?

Dr H : Oui. **Je ne dis pas que tous les médecins l'utiliseraient. C'est un peu générationnel. Mais moi, je pense que je n'hésiterais pas à l'utiliser, oui.**

Melissa : Les femmes qui sont venues te voir en préconception ou en difficultés, est-ce qu'elles prenaient des vitamines de grossesse ?

Dr H : La majeure partie. La majeure partie parce qu'elles ont posé la question à quelqu'un dans leur famille ou à leur maman ou à leur grand-mère qui ont déjà l'expérience de tout ça et donc qui vont donner ces conseils-là assez facilement, ou qui **vont voir leur pharmacien pour savoir quel type de vitamines prendre.** Je pense que chaque pharmacien a un peu sa marque de prédilection et c'est toujours vendu un peu de la même manière.

Melissa : Quand elles en prenaient déjà, elles prenaient un complexe ou juste de l'acide folique ?

Dr H : Un complexe. Je dirais, ça c'est quasiment systématique. Je ne pense pas avoir vu une femme qui prenait comme ça du folavit uniquement. C'est Omnibionta Pronatal, le Vinalac, des trucs comme ça. C'est plutôt des complexes. Mais bon, je veux bien que **ce n'est pas toujours pour toutes les bourses non plus.**

Melissa : Le prix peut être un facteur qui fait que les patientes ne vont pas le prendre en préconceptionnel pour certains patients, selon toi ?

Dr H : Pour la patientèle d'ici, je pense que ce n'est pas un problème. Quand j'étais assistante, si j'avais des échantillons, je devais les donner parce que sinon, je savais bien que soit ce ne serait pas pris, on irait pas l'acheter ou à la découverte du prix, on aurait dit "C'est bon, je laisse de côté, ce n'est pas très important." **Donc, il y a un gros travail à faire dans une certaine tranche de la population mais qu'on ressent peut-être moins ici dans cette patientèle-ci** qui est quand même d'un niveau socio-économique un peu plus élevé et donc ce sont des informations qu'ils ont déjà, en général, de base. Et on n'a pas à les forcer, c'est souvent un automatisme. Ce que je n'avais peut-être pas ressenti quand j'étais assistante, beaucoup de questionnements et pas beaucoup d'informations sur comment les choses se passent, pourquoi c'est difficile en général ou même en termes de contraception, il y en a certaines qui prenaient la pilule en pensant que ce n'était pas forcément contraceptif, que c'était juste pour les règles mais elles continuaient la pilule en essayant d'avoir un enfant. Bon ça, c'étaient des personnes vraiment très jeunes. **Voilà, c'est tout ce travail éducatif qui doit être fait aussi mais que je ressens peut-être moins ici. Ce n'est pas la même chose.**

Melissa : Ce travail éducatif, c'est le médecin qui doit le faire ?

Dr H : Le généraliste oui, je pense. Oui, oui. Oui, parce qu'aller chez le gynécologue, ce n'est pas toujours accessible. On attend longtemps avant d'avoir un rendez-vous. Quand on veut aller consulter en privé, c'est beaucoup plus cher. On a l'avantage d'être plus disponibles, plus accessibles et pour la plupart, conventionnés. **Donc, je pense que c'est un bon deal.**

Melissa : Est-ce que les patients pensent et envisagent d'aller au planning ou alors ils ne connaissent pas ou ils se disent qu'ils vont plutôt aller chez le généraliste ?

Dr H : J'avais plus le cas quand j'étais assistante, où c'était une pratique vraiment urbaine et il y avait quand même beaucoup de femmes qu'on devait réorienter vers les plannings par manque de disponibilité et d'accessibilité du gynécologue.

Melissa : Mais spontanément, elles venaient plutôt vers vous que vers le planning ?

Dr H : Oui, oui. Tout à fait. Ce qui n'est pas le cas ici, les femmes sont en ordre niveau dépistage, font leur frottis, elles voient le gynéco régulièrement et donc, c'est vrai qu'il y a une partie du travail qui est déjà faite. C'est beaucoup plus compliqué je pense dans d'autres tranches de la population.

Melissa : Tu penses qu'en consultation de médecine générale on devrait globalement plus aborder la sexualité, la prévention, la contraception ?

Dr H : En tout cas, pour moi, ce n'est pas un blocage personnellement. ça ne me poserait pas de problème qu'on en parle. Mais on sent qu'il y a des gens qui sont gênés d'en parler ou qui n'ont pas envie d'en parler et où il ne faut pas creuser le sujet mais, moi, ça ne me poserait pas de problème. Encore une fois, ce sont plutôt les gens très jeunes qui vont éventuellement en toucher un mot et puis, au-delà de la trentaine, je ne sais pas, j'ai l'impression que les femmes sont un peu plus gênées.

Melissa : C'est plus difficile de faire de l'éducation après ?

Dr H : Oui. Chez les personnes plus âgées, c'est différent.

Melissa : Qu'est-ce que tu coches pour une prise de sang en préconceptionnel pour un bilan un peu global ?

Dr H : En général, quand je veux être un peu globale, j'ai tendance à doser la CRP, tout ce qui est hémato, hémoglobine, globules rouges, globules blancs, la formule, les plaquettes, fer et ferritine. Je ne suis pas très friande de la B12 et de l'acide folique. Le glucose à jeûn mais pas l'hémoglobine glyquée s'ils ne sont pas diabétiques, la fonction rénale, les ions, osmolalité, sodium, potassium, la vitamine D, fonction hépatique, cholestérol, triglycérides et TSH, T4. ça, je dirais, c'est déjà le truc de base. Maintenant, si ce sont des femmes qui à l'anamnèse montrent des signes d'excès de testostérone, alors j'irais plutôt dans les dosages hormonaux. Prolactine, oestradiol, chez des femmes jeunes, je ne cherche pas non plus une ménopause précoce mais plutôt des dosages hormonaux un peu plus bas, androstènedione, testostérone libre etc, ça je le coche. Et pour le reste, je pense que je ne mettrais rien de plus.

Melissa : Donc, en préconceptionnel, tu ne doses pas l'acide folique, tu supplémentes d'office ?

Dr H : Oui, je supplémente d'office. Je supplémente d'office parce que je dirais soit j'ai vraiment un gros doute sur quelqu'un qui n'a pas une alimentation très variée et je le doserais mais je dirais à n'importe quelle femme, carence ou pas, de prendre un complexe vitaminé donc ce n'est pas quelque chose que je dose très facilement. C'est peut-être quelque chose que je rajouterais si j'avais une grosse anémie qui n'est pas due à un manque de fer. En dehors de ça et comme c'est facturé bien cher, je ne le fais pas systématiquement.

Melissa : Est-ce que tu penses qu'à l'avenir le médecin traitant pourrait s'occuper des suivis de grossesses normales sans appareil d'échographie ?

Dr H : Je serais un peu moins à l'aise. Préconception, pas de soucis. J'ai l'impression que le suivi de

grossesse, ce n'est pas tellement un job qui m'appartient. Alors, si on me demande de faire un dosage de plaquettes, un dosage pour la toxo, des trucs comme ça, pas de soucis, je le fais. Mais, j'ai l'impression que ce n'est pas mon job de faire le suivi. ça doit être le gynéco qui organise tout ça et qui fait appel à nous si, comme on est plus disponibles, s'il y a quelque chose à faire plus rapidement, en attendant le prochain rendez-vous chez le gynéco ou la prochaine échographie. C'est un peu moins mon dada. C'est peut-être parce qu'on n'a plus l'habitude non plus. Le généraliste le faisait beaucoup plus avant.

Melissa : Est-ce que tu as des remarques ou des suggestions par rapport à ce sujet ?

Dr H : Non, je pense qu'on a balayé pas mal de points sur la consultation préconceptionnelle donc non.

Interview Dr I

Melissa : Je vais d'abord te demander de te présenter et de présenter un peu ta pratique.

Dr I : Je suis un homme, j'ai 36 ans, je suis médecin agréé depuis 2020 et je travaille en maison médicale forfaitaire près de Namur. On est en semi-urbain on va dire, ou semi-rural, avec des patients parfois à la campagne mais essentiellement en péri-urbain. On est 5 médecins avec 2 infirmières, 2 kinés, 1 psychologue, 1 accueillante et 1 gestionnaire.

Melissa : Tu avais fait ton assistantat dans une maison médicale au forfait aussi ?

Dr I : Alors, j'ai fait une première partie dans une association, une maison médicale qui n'est pas tout à fait une maison médicale, c'était plutôt une association pluridisciplinaire, médecins, infirmiers, kinés, etc à l'acte. Et puis, maintenant, depuis 2019, je suis dans la maison médicale au forfait où je travaille maintenant.

Melissa : Est-ce que tu fais d'autres activités de médecine générale comme l'ONE, le planning ou autres ?

Dr I : Au sein de la maison médicale, en tant que salarié de la maison médicale, je suis uniquement médecin généraliste, alors ça ne veut pas dire que je ne fais pas parfois d'autres choses. Je contribue à l'ASBL, on est en autogestion. Des projets de santé communautaire aussi, ponctuellement, par exemple, on a participé à la semaine des aidants proches. On participe à plusieurs projets comme "Ensemble vers un nouveau souffle" pour la lutte contre le tabac. Et à côté de ça, je travaille 1/5ème temps dans une ASBL qui accompagne des personnes toxico-dépendantes ou leurs proches dans le centre ville. C'est de la médecine générale, on va dire, spécialisée. On fait des consultations, c'est purement de l'ambulatoire et du travail pluridisciplinaire.

Melissa : Est-ce que durant ton assistantat ou depuis que tu travailles pour toi, tu as déjà suivi des femmes enceintes ?

Dr I : Oui, oui.

Melissa : Pour des suivis de grossesse ou plutôt pour des débuts de grossesse ?

Dr I : **Les deux. Mais par contre, les suivis de grossesse n'ont jamais été exclusifs, c'est-à-dire qu'il y avait toujours un gynéco à côté.**

Melissa : Certaines femmes t'ont consulté tous les mois ou tous les 2 mois pendant toute la grossesse ?

Dr I : Non, ça je pense que non, **il y a toujours eu un relais à un moment par un gynécologue. Et à partir du moment où il y avait ce relais-là, je n'ai pas cherché à m'imposer plus que ça parce qu'effectivement dès que la femme va chez le gynécologue, il y a toujours des rendez-vous qui sont mis durant les 9 mois. Donc non, je ne peux pas dire que j'ai eu des rendez-vous tout à fait réguliers pour ces grossesses-là.**

Melissa : Elles revenaient pour des pathologies liées à la grossesse ou pour des pathologies de médecine générale ?

Dr I : Les deux. **Les deux. ça pouvaient être des pathologies spécifiques à la grossesse en attendant de revoir le gynécologue ou ça pouvait être d'autres questions dans le contexte de grossesse : une**

infection des voies respiratoires, un état grippal. C'est vrai qu'avec le covid, on en a eu quand même. Des questions sur la vaccination, des renouvellement de traitements. Voilà.

Melissa : Et donc, tu étais tout à fait à l'aise avec ces questions spécifiques à la grossesse ?

Dr I : Oui et si je ne l'étais pas, je savais aller chercher l'information.

Melissa : Tu allais chercher l'information où ?

Dr I : Alors, moi, j'ai plusieurs sources d'informations pour ça. En particulier, pour les médicaments, je me base sur le CBIP ou alors sur le CRAT.fr, ou alors sur UptoDate. UptoDate c'est un peu plus pour les pathologies spécifiques à la grossesse. Ce qui m'est arrivé il n'y a pas longtemps, c'est une patiente qui a fait un érythème noueux pendant la première partie de sa grossesse. J'étais un peu tombé des nues et je n'étais pas le seul apparemment. J'ai eu aussi l'avis d'un gynécologue au téléphone.

Melissa : Est-ce que les gynécos sont assez disponibles pour les médecins et les patients ? Qu'ils sont faciles à atteindre ?

Dr I : Par téléphone, oui, je ne peux pas dire que ce soit la profession la plus accessible mais on finit par y arriver de par leur nombre parce qu'en général, ils sont 20 dans un service. Donc ça va. Ce n'est pas forcément le gynéco qui s'occupe de la patiente mais on arrive à les avoir. Par contre accessible pour le suivi des patientes, c'est très variable d'un gynéco à l'autre, ça c'est clair. Mais globalement oui. Pour les grossesses, les rendez-vous sont beaucoup plus rapides que quand on a une pathologie gynéco non obstétricale.

Melissa : Est-ce que tu t'es formé pour suivre des grossesses et être à l'aise avec les questions spécifiques à la grossesse ?

Dr I : J'ai eu la formation dans le cadre de ma formation médicale de base. Je me rappelle très bien avoir gobé un petit peu le cours de préconceptionnel dans un livre que j'ai chez moi pour les épreuves classantes nationales françaises de gynéco-obstétrique parce que je trouvais qu'il n'était pas mal fait. Maintenant, entre les recommandations des ECN et les recommandations que je peux trouver sur UptoDate ou même en Belgique, je trouve que les ECN sont un peu plus interventionnistes et donc je regarde régulièrement les informations sur UptoDate. Parce que par exemple, pour ce qui est des prises de sang préconceptionnelles, déjà dans ma pratique, j'ai toujours tendance à essayer d'optimiser, à essayer de garder que ce qui est vraiment utile et nécessaire et voilà, les recommandations vont plutôt dans ce sens-là par rapport à ce qu'on fait en Belgique : prise de sang Toxo, CMV, etc. Donc c'est une formation plutôt continuée au fur et à mesure.

Melissa : Tu as des femmes qui viennent avant de faire un bébé pour des questions ou une prise de sang ?

Dr I : Tout à fait. C'est ce qu'on a le plus souvent, plus que le suivi lui-même parce qu'au final, ce n'est pas rare que ce soit le médecin généraliste qui pose le diagnostic d'une grossesse, et qui fasse un contrôle si éventuellement il y a un doute sur l'évolution. Donc, ce n'est pas rare que ça passe par nous.

Melissa : Le plus souvent, tu les vois au moment de confirmer la grossesse ou avant de concevoir ?

Dr I : Les deux. Les deux, finalement. Et en général, l'immense majorité des femmes qui veulent tomber enceinte, tombent enceinte relativement vite et ça se passe bien.

Quand une femme vient pour une prise de sang ou des questions en préconception, eh bien, on fait vraiment une consultation préconceptionnelle. On prend vraiment le temps pour ça.

Melissa : Qu'est-ce que tu conseilles en préconceptionnel ? Quels sont les axes dans ta consultation ?

Dr I : Les premiers axes sont évidemment des axes très pratico-pratiques : déjà un petit peu le contexte "Est-ce que vous voulez un enfant ? Est-ce que vous en avez déjà ? Est-ce que tout est là pour c'est-à-dire est-ce que vous avez arrêté la contraception y compris le préservatif ? Est-ce que vous avez des rapports etc ? Est-ce qu'il y a des complications ou pas ?". Donc, déjà ces questions-là, ça ne prend même pas 30 secondes. Et puis, des axes un petit plus pratiques c'est-à-dire acide folique 0,4 mg, on commence déjà en préconceptionnel, ça c'est ce que je propose, des recommandations par rapport au tabac et à l'alcool et aux médicaments qui sont éventuellement pris comme les benzos, on voit quand même ça de temps en temps, le cannabis aussi. Les médicaments, anti-inflammatoires, dire qu' "On ne sait pas quand la grossesse aura lieu mais comme vous essayer, pour l'instant, on va partir du principe que vous allez y arriver donc évitez les anti-inflammatoires pour l'instant." On fait une prise de sang en préconceptionnel de sérologies une fois, éventuellement dépistage des IST selon le degré de risques, des recommandations éventuelles par rapport à la vaccination grippe, covid maintenant. Et au niveau alimentaire, ce sont déjà de grosses consultations quand on a parlé de tout ça donc l'alimentation se rajoute à la consultation suivante à moins qu'il y ait des questions spécifiques et en fonction de la sérologie d'ailleurs.

Melissa : Par rapport à l'alimentation, tu parles des risques en lien avec la toxo, salmonelle, etc... ou est-ce que tu vas plus loin et tu proposes d'autres choses ?

Dr I : Non, c'est vrai que je me base plutôt sur ces 2 éléments-là. Il y a quand même parfois la question du fer qui est une carence qu'on retrouve assez souvent durant la grossesse. ça m'arrive d'en parler, de dire "Peut-être qu'il y aura une carence en fer, donc veillez à avoir des apports corrects en fer etc". Et s'il y a un souci, essayez de corriger mais je ne dramatise pas. Mais ça ne va pas beaucoup plus loin que ça.

Melissa : Qu'est-ce que tu demandes dans une prise de sang en préconceptionnel ?

Dr I : Généralement, j'en profite quand même pour demander la formule sanguine comme ça s'il y a un souci, on sait d'où on part, je demande une fonction hépatique simple avec les TGP et les gamma GT, souvent par réflexe alors que je ne suis pas sûre que ce soit indispensable, je demande une créat. Je demande une TSH, certainement. En fonction du statut vaccinal et de l'incertitude ou pas, je demande une sérologie pour la rubéole, ça ça dépend un peu de ce que la patiente me dit, je ne saute pas dessus même si je sais que derrière le gynéco l'aura fait de toute façon. En fonction des comportements etc..., ou des derniers dépistages IST, je peux rajouter le VIH et l'hépatite B. Et selon les dernières sérologies que j'ai à ma disposition, je demande la toxoplasmose. Après j'explique que pour le CMV, je ne suis pas sûr de voir l'intérêt, on peut en parler. Moi, je ne le coche pas systématiquement, je sais que mes collègues gynéco vont probablement le cocher. Voilà. Syphilis et frottis chlamydia à la demande de la

patiente en fonction de la discussion. S'il y a eu une grossesse préalable, je regarde s'il y a eu le fameux Coombs et un groupe sanguin également.

Melissa : Est-ce que tu penses qu'on est assez bien formés pour faire de bonnes consultations préconceptionnelles ?

Dr I : Je trouve qu'on est bien formés mais je trouve que parfois, à titre individuel, je me sens parfois un peu fragile, donc c'est vraiment un sentiment plus qu'autre chose, je n'ai pas l'impression au final, d'un point de vue objectif, je pense que le travail que je fais est bon mais je me sens pas systématique, j'ai toujours l'impression d'oublier quelque chose. C'est peut-être lié au fait que c'est quelque chose qu'on ne fait pas tous les jours. Il y a beaucoup de choses qu'on fait régulièrement. C'est un peu moins fréquent. Donc il y a cet aspect-là d'un besoin d'une certaine régularité, d'une certaine systématique et de l'autre côté, je trouve qu'il y a des différences interindividuelles au niveau de la pratique entre les médecins généralistes et gynécos mais même entre les médecins généralistes ou entre les gynécos, et des suivis des recommandations qui sont hyper aléatoires et des recommandations qui font parfois le grand écart. Donc, c'est vrai que ce n'est pas forcément évident, je pense qu'au niveau formation, il y a des recommandations qui demandent déjà d'être affinées et ça mérite qu'on se mette un peu d'accord sur ce qu'on fait aussi.

Un truc que je voulais mettre en place ici mais qui n'a pas encore tout à fait pris c'est de mettre en place un **petit carnet de grossesse** mais la question qui se pose c'est "Est-ce que c'est vraiment notre rôle en tant que médecin généraliste d'accompagner ? Est-ce que ça ne pourrait pas plutôt être des sages-femmes qui sont des travailleuses de première ligne qui sont au moins aussi compétentes que nous pour faire ça ?"

Melissa : Toi tu penses que la consultation préconceptionnelle, elle relève de qui ?

Dr I : ça c'est un peu au patient de décider. Alors, préconceptionnel, ça peut certainement être le médecin généraliste, aucun doute parce que c'est notre boulot entre autres mais je trouve quand même que si on voulait rationaliser les soins de santé en Belgique, le suivi des grossesses normales, je ne pense pas que ça devrait se passer à l'hôpital. ça c'est mon avis, je suis assez tranché là-dessus, je pense vraiment que ce soit les frottis de col ou les suivis de grossesse, c'est vraiment beaucoup d'argent qui est jeté par les fenêtres, des examens d'imagerie très nombreux et probablement pas justifiés. C'est probablement agréable pour la patiente de voir une échographie etc mais je pense que ce n'est pas juste de le facturer à l'Inami dans ce cas-là. Il y en a 3 qui sont recommandées et je trouve que c'est déjà bien. Mais je trouverais ça vraiment intéressant d'inclure les sages-femmes comme autre chose que les accessoires des gynécos parce qu'elles ont une formation qui est très complète et au Canada, les sages-femmes ont vraiment leur place dans l'accompagnement de la grossesse.

Melissa : Donc toi, à l'avenir, tu verrais des suivis de grossesses normales se passer sans échographie chez la sage-femme ou chez le médecin traitant ?

Dr I : Je verrais carrément une sage-femme intégrée dans des équipes pluridisciplinaires avec un médecin traitant et une sage-femme qui accompagnent cette grossesse. Je pense qu'elle sait mieux

le faire que nous. Le médecin généraliste peut accompagner tout ce qui n'est pas de l'ordre de la grossesse, mais quand même répondre à des questions par rapport à la sage-femme, ça arrive d'ailleurs que les patientes viennent nous voir par rapport à ce que le gynéco a dit, il faut traduire. Donc on peut tout à fait le faire avec les sages-femmes comme on le fait avec nos collègues kinés mais l'inverse est vrai aussi. Je pense que ce serait intéressant d'inclure les sages-femmes, je pense qu'elles ont une formation complète pour ça et que ce serait rationnel, ça pourrait nous décharger. Moi, ça me rassurerait que ce soit des personnes très compétentes qui font ça en ambulatoire.

Melissa : Et du point de vue du patient, tu penses que l'absence d'échographie systématique serait un facteur d'inquiétude ?

Dr I : Pour moi, il faut les 3 échos morphos, obstétricales recommandées mais à côté de ça, en l'absence de complication, ... **mais ce n'est pas propre à la gynéco, on est quand même dans une société qui médicalise tout.** La grossesse, surtout quand elle se passe bien, n'est pas un problème de santé à la base maintenant, on peut comprendre qu'il y ait des enjeux etc... mais les échographies ne changent pas grand chose et donc ça, on est capable de rassurer les patients qui viennent pour un check-up de santé. On est tout à fait capables de les accompagner dans leurs questionnements et leur demander ce qui les inquiète. "Qu'est-ce que vous voudriez voir ? Est-ce que ça a vraiment du sens de le faire ?" "Je me demande si je ne fais pas de l'anémie." "Ah, oui, pourquoi ?". C'est la même chose avec une grossesse. "Je me demande comment va mon bébé ?" "Beh regardez, on voit déjà qu'il bouge, c'est déjà très rassurant."

Melissa : Pour être plus systématique et plus exhaustif dans une consultation préconceptionnelle, qu'est-ce qui pourrait t'aider ?

Dr I : Moi, j'aimerais bien l'idée d'un petit cahier de grossesse comme on a pour les carnets de naissance. Je trouverais ça sympa.

Melissa : Dans ce cahier, il devrait y avoir une sorte de checklist ?

Dr I : En quelques sortes, voilà. **Il y aurait une checklist et alors avoir des spécifications ensuite. Je trouve que ça aurait du sens.**

Melissa : ça devrait être validé par des gynécos ou des experts de la préconception ?

Dr I : **Je pense que ça peut être validé par quelque chose comme le KCE.** Je me demande même si ça n'existe pas déjà. ça existe dans le cours en tout cas. Il suffit juste de l'avoir à portée de main.

Melissa : Donc un outil, un cahier, qui permettrait de tout remettre ensemble ?

Dr I : **Oui, puis, un outil, qui permettrait à la patiente, à la fois sans se sentir trop médicalisée, ce cahier ne serait pas là uniquement pour le médecin, et en même temps de savoir aussi que tout est fait comme il faut et que ce sont les recommandations officielles.** Quand on réfléchit au cahier ONE des enfants, il a cet avantage-là, c'est que quand on va chez le médecin, le médecin l'ouvre et note et tout est bien noté, les courbes de croissance, les vaccins, la checklist, on peut lire les petites informations si on veut. Il y a ce côté si on se pose une question on peut aller voir dedans mais sinon en dehors de ça, je sais que tout est pris en charge puisque tout est noté dedans. Je trouve que c'est pas mal. Certains gynécos utilisent déjà un cahier de grossesse.

Melissa : Est-ce que tu penses qu'on devrait faire plus de consultations préconceptionnelles ? Que ça devrait être plus systématique ou que c'est encore médicaliser un peu plus la conception ?

Dr I : Je n'ai pas vraiment d'avis parce que je n'ai pas de repère. Je renvoie plutôt vers les patientes, savoir ce qu'elles en pensent parce que je ne saurais pas dire. Je pense que le fait que les consultations préconceptionnelles existent c'est indispensable et que ça puisse être médiatisé, c'est très bien par contre je ne forcerais pas une femme à aller faire une consultation préconceptionnelle si elle ne se sent pas le besoin.

Melissa : Tu penses que ça doit être proposé, encouragé mais pas obligatoire ?

Dr I : Oui, plus proposé, encouragé, je ne sais pas. Il y a plein de choses que la patiente peut faire elle-même, elle peut aller chercher son folavit elle-même. Ce n'est pas obligatoire.

Melissa : Si tu penses à tes patients, les plus précarisés, est-ce qu'ils y penseraient ?

Dr I : Peut-être pas et en même temps, ce n'est pas obligeant que ça aide forcément, peut-être que l'encouragement peut aider et donner les plus-values. **Publiciser plutôt, expliquer quels sont les intérêts et ça passe par une alliance. Moi, j'ai des patients précarisés qui viennent régulièrement pour voir comment ils vont et qui savent qu'ils peuvent simplement déposer des choses en fait.**

Melissa : Est-ce qu'on fait plus de prévention dans une maison médicale au forfait que dans une maison médicale à l'acte ou en association ou en médecine solo ?

Dr I : Alors, je ne vais pas faire une généralisation absolue mais c'est la réputation qu'on a et les études sur le pays qui ont été faites sous Maggie De Block ont montré qu'on ne coûtait pas plus cher en première ligne mais par contre on faisait gagner des sous à la deuxième ligne, probablement entre autres par le travail multidisciplinaire, par le travail de santé communautaire, par le travail de prévention qu'on fait. Donc, je pense que quand même c'est une des plus-values qu'ont les maisons médicales.

Melissa : Et dans ton ressenti, dans ta pratique, est-ce que tu as l'impression que tu fais souvent des consultations entièrement dédiées à la prévention et que le patient ne vient pas pour autre chose et en profite pour aborder la prévention ?

Dr I : Oui, tout à fait. Et je pense aussi que je peux ne pas me priver de faire de la prévention parce que je peux avoir des consultations où je n'examine pas le patient etc... et je ne me pose pas la question si je dois la facturer ou pas. Le principe des maisons médicales c'est qu'on est payés par les mutuelles donc l'Inami pour s'occuper de nos patients qu'ils soient en bonne santé ou pas en première ligne et donc là-dedans la prévention elle est payée et c'est ça que j'aime bien. C'est ça qui n'existe pas dans le concept de rémunération à l'acte, c'est de valoriser le travail de prévention et même de promotion de la santé. Si on se concentre sur le suivi des pathologies chroniques et aiguës, on attend que les gens soient malades pour s'occuper d'eux et donc de toute façon on fait payer plus à la société, c'est mathématique.

Melissa : Tes collègues ont les mêmes ressentis ?

Dr I : Je vais les laisser parler mais on a monté notre projet là-dessus.

Melissa : Est-ce que pour toi, il faudrait plus informer les gens concernant la conception et les points d'attention ?

Dr I : Probablement que oui, c'est toujours intéressant d'informer. Est-ce qu'il faut plus informer

sur ça plutôt que sur d'autres trucs par rapport au temps qu'on a ? Je ne sais pas. Mais c'est toujours intéressant d'informer. C'est certain que la consommation d'alcool, de médicament, le surpoids pendant la grossesse, le diabète de grossesse, le tabagisme, c'est clair et c'est une opportunité vraiment. La grossesse, c'est vraiment une opportunité, c'est un moment où les femmes ont vraiment envie de faire un effort. Vraiment, elles ont une motivation incroyable. Ce n'est pas toujours facile pour autant mais si elles parviennent à arrêter de boire ou de fumer à ce moment-là c'est tout bénéf pour elles et le bébé à venir, c'est certain. Et d'ailleurs on parle d'une vie entière qui peut être impactée in utero mais la vie de la patiente mère peut aussi être modifiée par ça donc ce n'est pas rien.

Melissa : Est-ce que tu penses que du contenu, de l'information devrait se retrouver sur les **réseaux sociaux, sur internet, dans les médias** pour informer les jeunes qui vont concevoir ?

Dr I : Oui, oui parce que c'est beaucoup plus accessible qu'un médecin traitant. Oui, oui.

Melissa : Est-ce qu'il y a d'autres choses qu'on pourrait imaginer ? Est-ce que tu as des suggestions ?

Dr I : Des projets de santé communautaire type soirées d'information sur la préconception "Vous allez devenir parents, à quoi penser ?", une soirée d'échanges et d'informations. Ça peut être vraiment chouette mais je pense que les maternités organisent déjà ça et les sages-femmes aussi, il n'y a pas de raison que ça n'existe pas dans les structures de première ligne comme les maisons médicales.

Melissa : Est-ce que tu as des remarques concernant mon sujet de TFE ?

Dr I : Non, c'est un sujet intéressant. Je suis curieux de voir ce qui va en ressortir.

Interview Dr J

Melissa : Voilà, donc je vais d'abord te demander de te présenter.

Dr J : Je suis une femme, je suis installée comme médecin généraliste depuis un an et demi dans la province de Namur. Je vais avoir 30 ans. Je travaille en association avec trois médecins et on engage tout doucement des paramédicaux.

Melissa : Tu dirais que c'est une pratique rurale, semi-rurale ou urbaine ?

Dr J : Semi-rural. On est quand même proches des hôpitaux et du centre mais on a pas mal de villages dans la zone.

Melissa : C'est une grosse zone ? Vous faites beaucoup de visites ?

Dr J : On fait énormément de visites, on a une patientèle assez âgée. La moyenne d'âge doit être autour des 70 ans facilement. Donc on a énormément de maisons de repos et de domiciles et on a un secteur assez large.

Melissa : Est-ce que dans ta pratique, lors de l'assistanat ou après, tu as déjà fait des suivis de grossesses ou pas ?

Dr J : Oui, maintenant, je n'ai pas l'impression que c'étaient des suivis de grossesse très fournis, très complets. On a vu des femmes qui venaient pendant la grossesse mais qui ne venaient pas vraiment pour le suivi, qu'on voyait pour d'autres motifs et en profiter pour faire le suivi en même temps.

Melissa : D'accord. Mais elles venaient toujours leur gynéco ?

Dr J : Oui.

Melissa : C'était plutôt un complément ?

Dr J : Oui, c'est ça. Pour un autre problème qui les amenaient au départ et on en profite pour faire un petit peu d'information et de surveillance.

Melissa : Et à ce moment-là, vous faites quoi comme information et surveillance ? Vous en profitez pour dire quoi, pour contrôler quoi ?

Dr J : C'est surtout contrôler la tension, vérifier qu'il n'y ait pas de douleur particulière, qu'il n'y ait pas de symptômes digestifs particuliers et alors, de temps en temps des contrôles urinaires mais ça ce n'est pas systématique mais au moins une tige.

Melissa : Prendre une mesure utérine, des choses comme ça ?

Dr J : Non, non.

Melissa : Comme le gynéco le fait, non.

Dr J : Oui, c'est ça.

Melissa : Et en termes d'informations, elles avaient des questions ou vous dites spontanément certaines choses auxquelles il faut faire attention ? Ou c'est basé sur les questions ?

Dr J : Moi, je trouve qu'on fait beaucoup de prévention au tout tout début quand on fait l'annonce de la grossesse parce qu'alors on parle des infections, on parle de prévention par rapport au tabac, des choses comme ça, on fait beaucoup d'informations au départ. Mais je n'ai pas l'impression d'en avoir

fait spécialement par la suite sauf si la patiente est tabagique, sauf si la patiente consomme de l'alcool, des choses comme ça. Mais des conseils plus généraux, je n'ai pas l'impression.

Melissa : C'est plus au début ?

Dr J : Oui, c'est ça. A la première consultation, si on suspecte fortement une grossesse, de déjà faire un dépistage dans notre prise de sang, d'ajuster notre discours en fonction et de faire de la prévention par rapport à la cigarette et à l'alcool. Mais j'ai rien d'autre qui vient comme ça.

Melissa : Quand tu as une question spécifique à la grossesse, tu es à l'aise ? Ou tu te dis que tu vas demander à un gynéco ou tu réfères la patiente ?

Dr J : Je pense que dans l'ensemble, je suis assez à l'aise avec la gynéco, maintenant, si j'ai une question à laquelle je ne sais pas répondre, je pense que je prendrai plus vite l'initiative de moi-même téléphoner à la gynéco pour compléter l'information plutôt que de renvoyer la patiente directement. Je pense que je fonctionne plus comme ça en général.

Melissa : Tu trouves que les gynécos sont assez disponibles ?

Dr J : Oui, oui, je trouve que généralement, ça fait partie des spécialistes qu'on arrive à avoir assez vite au téléphone et si ce n'est pas le gynéco de référence, il y a généralement toujours un gynéco qui prend le téléphone.

Melissa : Pendant le COVID, tu n'as pas eu de patiente qui venait parce que le gynéco avait décidé de ne plus la suivre ?

Dr J : Non, ou alors parce que le gynéco avait le covid, ça j'ai déjà eu quelques fois (rires).

Melissa : Donc ça n'a pas duré longtemps ?

Dr J : Non, c'est l'histoire d'une semaine ou deux. Je n'ai pas l'impression d'avoir eu d'autres expériences comme ça. Ici, on a une population assez âgée donc je n'ai pas eu beaucoup de femmes enceintes. Un peu plus quand j'étais assistante mais pas depuis que je suis ici mais la crise covid n'a représenté que 6 mois de mon assistantat.

Melissa : Est-ce que tu sais si tes maîtres de stage en assistantat avaient déjà fait des suivis de grossesse avec ou sans complément du gynéco ?

Dr J : Bonne question. Je pense que oui parce qu'une de mes maîtres de stage faisait du planning familial tous les jeudis. Elle avait fait pas mal de stages de gynéco en Angleterre et tout ça donc elle était très à l'aise avec la gynéco et elle a suivi une ou deux dames en consultation. Où j'étais assistante, on avait beaucoup de patientes étrangères donc qui n'étaient pas forcément à l'aise avec le milieu hospitalier ou qui avaient besoin de temps pour s'exprimer donc il y avait quand même pas mal de suivi qu'on pouvait faire plus facilement à la maison médicale puisque là, on a vraiment le temps de soigner les patients. Et c'est vrai que j'ai au moins une collègue qui a suivi des femmes enceintes pendant leur grossesse.

Melissa : C'était dans quelle région ?

Dr J : C'était à Namur centre.

Melissa : Est-ce que toi-même, tu as fait du planning ou de l'ONE ou d'autres types de pratiques ?

Dr J : Oui, donc moi, j'ai fait un petit peu de suivi de grossesse quand j'étais stagiaire donc j'accompagnais un gynécologue qui allait en consultation ONE prénatale. Et c'était super intéressant. Moi, j'ai fait un peu d'ONE pour la pédiatrie et alors, j'ai travaillé un peu en planning familial aussi pendant un remplacement de congé maternité et pendant les vacances scolaires aussi. Donc, ce ne sont pas des suivis de grossesse à plus long-terme.

Melissa : Tout ça t'a permis d'être plus à l'aise maintenant ?

Dr J : Oui, avec la gynéco de façon générale, oui, oui. Oui, je pense. Mais les stages ça remonte à loin maintenant donc les suivis de grossesse, ça fait quelques années que je n'ai plus pratiqué comme un stage. Mais oui, je pense que ça contribue, ça nous aide.

Melissa : Est-ce que tu as déjà eu des femmes qui venaient avant la grossesse pour poser des questions ou faire une prise de sang ?

Dr J : Oui. ça, par contre, j'ai l'impression qu'on a beaucoup plus en médecine générale, des femmes qui viennent anticiper un début de grossesse, qui viennent avec leurs questions, ça j'ai déjà eu quelques fois oui.

Melissa : Ce sont des consultations où elles viennent pour ça ou elles profitent d'une autre consultation pour en parler ?

Dr J : J'ai déjà eu les deux mais j'ai l'impression que la plupart du temps, elles viennent pour ça mais souvent c'est associé à une autre question par exemple la contraception ou des choses comme ça par rapport à l'arrêt éventuel de la pilule. Et donc, elles combinent les deux demandes en même temps. Dans mon expérience, c'était plutôt comme ça.

Melissa : Elles ont beaucoup de questions ou c'est très spécifique ou c'est plutôt toi qui amène la prise de sang et les conseils ? ça se passe comment ?

Dr J : ça dépend lesquelles, certaines, on sent qu'elles se sont déjà beaucoup renseignées par elles-mêmes et donc elles viennent avec des questions précises et souvent une petite feuille de questions et puis d'autres, c'est plutôt à nous de faire les démarches entre autres par rapport à la prise de sang. C'est vrai que c'est plutôt le médecin qui amène ça par rapport aux carences vitaminiques, par rapport au CMV, des choses comme ça. C'est plutôt le médecin qui amène ça j'ai l'impression. Elles, ce sont plutôt des questions pratico-pratiques par rapport à quel moment arrêter la pilule, est-ce qu'il faut commencer une vitamine, des choses comme ça. C'est plutôt des questions comme ça j'ai l'impression.

Melissa : Au moment où elles viennent, elles n'ont pas encore pris de vitamines ou d'acide folique ?

Dr J : Non.

Melissa : Elles commencent après ?

Dr J : Oui.

Melissa : Tu conseilles de prendre directement après la consultation ?

Dr J : Généralement oui sauf si je sens que ce n'est pas un projet imminent. Mais généralement, au moment de la consultation, je conseille une vitamine et souvent, on a des échantillons au cabinet donc

je peux déjà en donner un comme ça et après, elles font le relais à la pharmacie. Mais oui, les vitamines, généralement, je les conseille assez vite. Enceinte ou pas enceinte, il n'y a jamais de "conséquences" à prendre une vitamine.

Melissa : Tu conseilles plutôt un complexe de vitamines ou juste l'acide folique en préconceptionnel ?

Dr J : Plutôt les complexes de vitamines mais je ne sais pas sur quoi je me base pour donner ça et pas juste l'acide folique, c'est par habitude je pense et pour suivre un peu ce que les gynécos font généralement. Je sais bien que par exemple le fer, ce n'est pas idéal de le donner surtout pour une histoire de confort digestif. Si la femme n'a pas du tout de carence en fer, ça peut valoir la peine de vérifier à la prise de sang et de chercher une vitamine qui n'en contient pas, si on peut. Elles sont déjà tellement inconfortables à ce niveau-là pendant que si on peut ne pas leur rajouter ça ...(rires).

Melissa : Est-ce que tu es à l'aise pour les questions concernant la préconception ?

Dr J : **En règle générale, j'ai l'impression que ça ne me pose pas de problème.**

Melissa : Tu dirais qu'elles viennent combien de temps avant ? Avant d'essayer ou elles essayent déjà ? Elles sont toujours sous contraception la plupart du temps ?

Dr J : Celles auxquelles je pense en tout cas, elles étaient encore sous contraception quand elles sont venues en parler. Oui, oui, j'ai 3 dames en tête et les 3 avaient encore leur contraception en route et donc, elles n'ont pas vraiment de délais prédéfinis. Elles commencent juste à se poser des questions, à en parler en couple et donc souvent, elles viennent avec ces premières questions et puis on voit ce qu'on fait pour la pilule ou quoi. J'ai une expérience par exemple où la dame n'était pas trop sûre, elle se demandait s'il ne fallait pas laisser un temps avant que la pilule arrête son effet. Je lui avais dit "Non, ça peut être tout ou rien, certaines tombent enceintes directement, d'autres ça prend plusieurs mois". En fait, elle a arrêté la pilule et elle est tombée enceinte le mois suivant, donc ça dépend vraiment des profils.

Melissa : Ce sont des femmes que tu as revues après ?

Dr J : Oui, mais elle par contre, elle a fait quasiment tout son suivi gynéco à l'hôpital. Je l'avais vue quelques fois avant pour la grossesse etc... puis, j'ai l'impression qu'une fois qu'elle est tombée enceinte, elle n'a plus du tout fait le suivi en médecine générale. Ça je ne sais pas si c'est quelque chose que les gynécos abordent avec les patients de savoir si on peut continuer le suivi chez le médecin, est-ce que c'est forcément l'hôpital ? Je ne pense pas que le gynéco tient vraiment un discours qui tient compte du médecin généraliste.

Melissa : Je ne sais pas comment le gynéco pourrait réagir si le médecin traitant s'occupait plus de la grossesse.

Dr J : Oui, c'est ça.

Melissa : Tu penses que ce serait mal vécu ou qu'il sont tellement surchargés que voilà ?

Dr J : Je pense qu'ils ne se posent même pas la question. Ils voient la dame une première fois, ils disent "Voilà, vous revenez telle date puis telle date puis telle date." Et tout se lance comme ça sans qu'à un moment l'un ou l'autre se pose la question de savoir si on ne peut pas faire le relais avec le médecin traitant.

Melissa : Tu penses que le médecin traitant pourrait s'occuper de la grossesse sans écho et si on pouvait garder les 3 échos morpho chez le gynéco ?

Dr J : Oui, je pense. Je pense, oui, oui. De ce que je me souviens de mon stage de suivi de grossesse à l'ONE, au final, oui il y a avait les 3 échos prévues mais en dehors de ça, comme tu disais au départ, mesurer l'utérus, prendre les paramètres, faire une tigelette urinaire, tout ces trucs-là. Noter les paramètres, le poids dans un cahier pour suivre un peu la prise de poids. Pour ça, on a pas vraiment besoin de matériel adapté, la seule chose, il faut pouvoir reconnaître quelque chose d'anormal et référer à ce moment-là. C'est toujours ça le truc. Il faut être suffisamment à l'aise que pour reconnaître une anomalie et référer. Et donc, ça je pense qu'on peut le faire seulement si on le fait régulièrement et c'est vrai que pour le peu de suivis qu'on a pour l'instant, on n'a pas le rythme et l'habitude quoi.

Melissa : Il faudrait être formé, se former un peu plus ?

Dr J : Oui, je pense comme par exemple, les consultations ONE pour la pédiatrie. Je trouve que le fait d'avoir eu juste quelques heures de pédiatrie avec quelques bases, d'avoir eu un tutorat donc on doit faire 2x2h avec un médecin pour se lancer tout seul, je trouve que rien que ça, ça aide beaucoup une fois qu'on commence seul parce qu'on a déjà des bases qui ont été bien revues. Le même principe pour la gynéco, ça pourrait être chouette. Avoir une ou deux matinées avec les gynécos dans un centre comme à l'ONE à côté du CHR, avoir un petit cours, ça pourrait être pas mal oui.

Melissa : Une petite formation sur la SSMG, tu ferais ?

Dr J : Oui, oui. Franchement s'il y en avait, je pense que ça m'intéresserait bien.

Melissa : Tu penses que les patients seraient rassurés sans écho ou ça dépend ?

Dr J : Je pense que ça dépend des patients. Je pense que pour les patients, si on arrive à leur expliquer pourquoi il ne faut pas une écho systématiquement, ça peut tenir. Maintenant, il y a toujours des patients stressés qui voudront une écho même si ce n'est pas remboursé, même si c'est hors recommandations, ils voudront quand même une écho tous les mois quand ils vont voir le gynéco. Il y a toujours des gens qu'on arrivera pas à rassurer. Mais je pense que des gens qui ont déjà eu une grossesse qui s'est bien passée ou des femmes qui sont à l'aise avec leur médecin traitant, à partir du moment où le médecin traitant peut justifier chaque acte, il n'y a pas vraiment de raison qu'elles ne soient pas à l'aise.

Melissa : Donc toi, si tu te formais, tu te verrais le proposer à tes patients qui viennent en préconceptionnel ?

Dr J : Oui, je pense. Oui, oui.

Melissa : Tu penses qu'en préconceptionnel, les gens consultent ? Les femmes, les couples consultent ou la majorité ne consulte pas ni médecin traitant, ni gynéco, ni sage-femme ?

Dr J : Je pense quand même que la grande majorité ne consulte pas. J'ai l'impression que celles qui m'ont consultée, c'était quand même un profil de femmes particulières. Ce sont souvent des femmes qui se posent beaucoup de questions sur elles-mêmes, qui ont beaucoup de recul par rapport à leur vie, qui ont déjà une démarche de réflexion différente de la moyenne. Et à côté de ça, j'ai un tas de patientes qui sont tombées enceintes et on le découvre quand même tard quand elles ont un rendez-vous chez le gynéco ou si on tombe sur une prise de sang. **Donc, ça dépend vraiment**

des profils mais je pense vraiment pas que la majorité des patientes viendraient chez leur médecin généraliste sauf si ça se sait, si c'est de plus en plus dans les mœurs, ça peut aller. Mais c'est vrai qu'aujourd'hui, ce n'est pas du tout le cas.

Melissa : Comment tu qualifierais le profil des femmes qui viennent en consultation préconceptionnelle, si tu devais donner des adjectifs ?

Dr J : Ce sont des femmes qui ont des ressources en général, sont plutôt cultivées, qui discutent pas mal avec leur compagnon. Souvent elles viennent car elles ont déjà eu une discussion à propos de la grossesse. Qui sont de classe sociale moyenne ou supérieure.

Melissa : Est-ce que ce sont des femmes qui ont l'air plutôt organisées ?

Dr J : Oui, oui.

Melissa : Quand elles sont venues chez toi en préconceptionnel, elles avaient déjà eu une grossesse ou c'était la première ?

Dr J : Une première, oui.

Melissa : Tu penses que les femmes qui ont déjà eu une grossesse viennent encore moins que les autres parce qu'elles se disent que ça a été la première fois ?

Dr J : ça dépend lesquelles, par exemple, quand j'étais en maison médicale, justement les femmes issues d'une classe sociale basse qui venaient au moment de faire le test de grossesse. Elles n'avaient pas le réflexe de le faire elle-même en achetant un test à la pharmacie en faisant le test chez elle. Elles venaient parfois en consultation juste pour qu'on fasse le test urinaire ou juste pour la prise de sang. Donc c'est déjà après, une fois que la grossesse a débuté.

Mais oui sinon quand elles ont déjà eu des enfants, je ne sais pas. Je n'ai pas encore assez d'expérience à mon avis (rires).

Melissa : A priori, ce n'est pas une habitude de consulter le médecin, le gynéco ou la sage-femme ?

Dr J : Non, je ne pense pas.

Melissa : Parce que les gens se disent que ce n'est pas nécessaire ou parce qu'ils ne sont pas informés ou parce qu'ils n'y pensent pas ?

Dr J : Je pense qu'ils pensent que ce n'est pas nécessaire justement parce qu'ils ne sont pas informés à moins que la personne ait un problème de santé sous-jacent. Ça peut arriver chez une personne diabétique ou une personne qui a des problèmes de thyroïde, ça arrive que d'elle-même, elle se dise qu'il vaut mieux un check-up. Mais chez des femmes qui n'ont aucun antécédent de santé particulier et qui font leur petite vie, je ne pense pas qu'elles aient ce réflexe-là.

Melissa : Est-ce que tu connais d'autres pays où c'est le médecin traitant qui gère la grossesse normale sans écho ou avec écho ?

Dr J : En Angleterre justement, c'est pour ça qu'elle a fait beaucoup de gynéco là-bas. A part ça non, je ne sais pas du tout comment ça marche ailleurs.

Melissa : Ou d'autres pratiques, que ce soit un autre soignant qui s'occupe de la grossesse par exemple la sage-femme ?

Dr J : La sage-femme oui, oui. Probablement en France, j'imagine que ça se déroule comme ça aussi

étant donné que les zones sont fort diffuses, j'imagine qu'il n'y a pas de gynéco dans tous les villages ou toutes les régions plus éloignées. Non, je ne sais pas.

Melissa : Est-ce que tu as des idées, des suggestions pour un outil qui pourrait aider, encourager les consultations préconceptionnelles du côté du médecin et du côté du patient, qu'ils y pensent ?

Dr J : Au niveau des patients, je trouve que les affiches et les petits fascicules c'est toujours une valeur sûre, ça arrive encore bien qu'un patient rentre dans le cabinet en parlant de quelque chose qu'il a vu, souvent pour l'ostéoporose et des choses comme ça. Souvent ça les interpelle. Donc, ça marche pas mal les objets visuels. Et les médias aussi, ça arrive souvent que les patients viennent à la consultation et abordent un sujet parce qu'ils l'ont entendu quelque part. ça ça pourrait aider et le gynéco aussi. Si du côté du gynéco, il y avait un peu plus de discours par rapport au suivi du généraliste, ça pourrait aider. Et du côté du généraliste, généralement les documentations de la SSMG, c'est super bien fait, avec les aides à la consultation, il y a quand même moyen de se débrouiller dans pas mal de domaines que ce soit en tabacco, pour les IST. Je trouve qu'on trouve vraiment toutes les infos de façon claire donc c'est vraiment ... c'est vrai qu'avoir un onglet pour la gynéco, ce serait vraiment un plus par rapport à tout ce qu'ils proposent déjà.

Melissa : Est-ce que tu penses que la consultation préconceptionnelle relève plutôt du médecin traitant, du gynéco ou de la sage-femme ? C'est le rôle de qui ?

Dr J : Préconceptionnel, je pense que c'est plutôt le rôle du médecin traitant parce qu'on a plus de temps généralement pour en discuter, on connaît mieux la patiente, ses antécédents, les antécédents familiaux aussi. On connaît aussi parfois le compagnon de la patiente. On connaît tous les autres aspects de la santé, la thyroïde, les machins, tous les trucs qu'on gère en général. Je pense que ça aurait plus de sens à la limite que le médecin traitant s'occupe en préconceptionnel et puis que le suivi de la grossesse soit fait par le gynéco. Je crois que ça, ça aurait du sens. Ou les deux par le généralist (rires), ça dépend de la formation et de l'habitude qu'on a de le faire.

Melissa : Pour toi, qu'est-ce qui est compliqué quand une consultation préconceptionnelle ? Qu'est-ce qui pourrait être un obstacle ?

Dr J : Je pense que ce qui est compliqué, c'est de penser à tout donc je pense qu'il faudrait une petite checklist à la limite, ne fût-ce que pour savoir quoi cocher sur une bio par exemple. Est-ce que tout a du sens, pas de sens ? ça ça vaudrait la peine. Moi, je pense que c'est surtout ça qui pose problème.

Après, pour le reste, on fait un examen clinique classique. Mais oui, vraiment savoir sur quoi se baser au niveau de la prise de sang, ça peut déjà aider.

Melissa : Et ça, c'est un outil qui devrait être validé par les gynécos idéalement ou pas spécialement ?

Dr J : Non pas spécialement, ça peut être n'importe quelle personne qui a l'expérience dans ce domaine-là donc ça peut être un médecin généraliste qui fait des consultations ONE ou des choses comme ça.

Melissa : Mais qui a quand même une certaine expertise ?

Dr J : Oui, c'est ça. **Et qui se base aussi sur l'EBM.** Parce qu'on peut avoir l'expérience de fonctionner d'une telle manière pendant 20 ans alors que ce n'est pas forcément la manière recommandée.

Melissa : Est-ce que pour toi, la consultation préconceptionnelle est utile ? Est-ce que ça a du sens et ça devrait rentrer dans les habitudes ou ça dépend des cas ?

Dr J : **Moi, je pense que ça a du sens pour deux choses ne fût-ce que pour reparler du tabac chez les patients fumeurs. Je pense que c'est vraiment un bon moyen d'essayer de les sensibiliser au tabac, c'est via le désir de grossesse. Et alors, pour vérifier qu'il n'y ait pas de carence avant la conception. C'est trop bête qu'il y ait une carence en iode, en n'importe quoi, en acide folique et que ça ait des conséquences sur l'embryon alors qu'on peut très bien avec un traitement de plusieurs semaines, plusieurs mois, rétablir pas mal de choses. Je pense que ça a du sens.**

Melissa : Qu'est-ce que tu coches pour une prise de sang en préconceptionnel ?

Dr J : En général, je coche tout ce qui est hémato, je vérifie le fer, l'acide folique pour voir un peu d'où on part et généralement la vitamine B12, à mon avis ça n'a pas de sens mais c'est une question d'habitude de cocher le tout. J'essaye quand même qu'elles soient à jeûn pour avoir une idée de la glycémie avant la grossesse. Au niveau du foie, il n'y a rien de spécial, sauf s'il y a quelque chose à noter chez la patiente, souvent la vitamine D même si en pratique même si tout le monde est carencé mais parfois leur donner une valeur, ça les aide à se supplémenter. La fonction rénale, c'est quelque chose que je dose aussi en général même si je sais que chez les jeunes, ça ne sert à rien. Et alors, la TSH, je la vérifie aussi et je vois un petit peu si au niveau toxo et CMV, elles sont déjà immunisées ou pas. Et alors, selon la patiente et le contexte, les IST, c'est un peu selon les origines de la patiente, tout ce qui est hépatite B chez les patientes d'origine africaine et selon le profil de la patiente, je peux demander aussi avec le VIH etc. Je pense que c'est tout en général.

Melissa : Tu parles de l'iode, est-ce que tu le doses ? Si oui, comment ?

Dr J : Ah non, je ne le dose pas, je pars juste du principe que s'il y a un problème de thyroïde, il peut y avoir une carence à ce niveau-là mais je ne dose que la TSH ou TSH, T3, T4 ça dépend un petit peu, s'il y a des antécédents, je vais doser TSH, T3, T4 par contre, si c'est quelqu'un qui est en bonne santé, je ne dose que la TSH.

Melissa : Est-ce que tu as des remarques ou des suggestions concernant ce sujet.

Dr J : Je trouve que c'est un **sujet quand même intéressant**, j'espère que ça pourra mener à quelque chose d'autre par la suite. Je ne sais pas si tu y as déjà pensé. **Peut-être te mettre en relation avec quelqu'un de la SSMG pour voir s'il n'y a pas un module à créer** mais ce n'est pas rien comme boulot.

Interview

Dr

K

Melissa : Donc, je vais d'abord vous demander de vous présenter, de donner votre âge et d'expliquer un peu votre type de pratique.

Dr K : Je suis une femme, je suis médecin généraliste depuis 1986. Je vais avoir 60 ans. Je travaille en France et en Belgique près de la frontière. En France, dans une maison pluridisciplinaire et en Belgique, dans un cabinet et mon mari est médecin en même temps que moi, on partage le même cabinet.

Melissa : Vous avez la même patientèle ?

Dr K : J'ai peut-être plus de femmes et d'enfants que lui. Il a plus de personnes âgées parce qu'il fait les homes et moi je ne les fais pas.

Melissa : Est-ce que vous avez d'autres activités par exemple l'ONE, le planning ou aller dans des centres pour personnes handicapées ?

Dr K : Non, ça je ne fais plus. J'ai suivi une formation en nutrition à Paris sur 2 ans il y a 10 ans.

Melissa : ça vous a beaucoup aidé de faire cette formation en nutrition ? ça a changé votre pratique ?

Dr K : Je l'ai faite pour "l'après gosses" et je pensais m'en servir beaucoup plus que ça. Du coup , maintenant ça me sert au quotidien pour les conseils à donner chez les petits, chez tout le monde quoi. Mais je ne fais pas la nutrition en tant que telle alors que c'est ce que je voulais faire mais je n'ai pas le temps.

Melissa : Vous vouliez faire des consultations spécifiques à la nutrition ?

Dr K : Au départ, oui, c'était ce que j'envisageais de faire, justement pour avoir un contact avec une équipe.

Melissa : Vous avez une grosse patientèle ?

Dr K : Oui, je crois, je ne sais pas trop. Oui, je pense que j'ai une grosse patientèle.

Melissa : C'est plutôt varié ? Vous avez tous les âges ou vous avez plus d'enfants ?

Dr K : Non, j'ai tous les âges. Comme ça fait 36 ans que je suis médecin, je commence à avoir la deuxième génération.

Melissa : Et la moyenne d'âge, vous diriez quoi ?

Dr K : Difficile à dire.

Melissa : Est-ce que vous avez déjà fait des suivis de grossesse ?

Dr K : Des suivis de grossesse oui mais pas tellement au niveau gynéco. C'est plutôt tout ce qui est autour : avant, pendant, motiver à l'allaitement et des choses comme ça mais vraiment le suivi gynéco, tout au début que je travaillais, on faisait ça beaucoup plus que maintenant. Maintenant, les gens en général vont chez le gynéco en Belgique. En France, c'est la sage-femme qui fait tout jusqu'aux échos, même les échographies morphologiques, c'est la sage-femme qui les fait.

Melissa : Donc les patientes en France ne voient pas le gynéco si c'est une grossesse normale ?

Dr K : Oui, et souvent, c'est même la sage-femme qui accouche.

Melissa : Et vous pensez que ce serait transposable en Belgique ?

Dr K : Moi j'espère bien que non !

Melissa : De ramener le suivi de grossesse à la première ligne ?

Dr K : Peut-être le suivi comme je fais, oui mais pas le suivi gynéco et l'échographie. Chacun son métier, moi je dis toujours. Moi, je ne trouve pas ça une bonne chose. Déjà, les gynécologues envoient

chez des échos morphologistes et là, c'est la sage-femme qui le fait ! Je ne sais pas mais moi je ne confierais pas ma grossesse à une sage-femme, pas que je veuille la dénigrer mais chacun son métier.

Melissa : Elle est moins formée ?

Dr K : **Mais oui, elle est moins formée ! Aller, les gynécos font quand même autant d'années en plus pour être diplômés.**

Melissa : Surtout en échographie ?

Dr K : Mais oui. Elles ont bien une formation mais quand même, moi je trouve ça un peu ... Puis quand on voit, moi j'ai eu une dame, une maman qui allaitait, elle avait le covid, la sage-femme lui conseille d'arrêter d'allaiter. Beh au contraire, continue à allaiter puisque de toute façon, ton enfant sera contaminé et au moins, il aura tes anticorps. Moi, c'est ce que j'ai donné comme message. Donc, je trouve qu'elle n'est pas toujours de très bons conseils mais bon, je ne dis rien.

Melissa : Quand vous faites des suivis de grossesse, c'est plutôt des pathologies de médecin générale ou c'est vraiment de l'accompagnement avec des questions spécifiques à la grossesse ?

Dr K : C'est de l'accompagnement. C'est de l'accompagnement, être là tout le temps, ne pas prendre n'importe quel médicament, manger de tout, ne pas prendre trop de poids, se tartiner de pommade pour ne pas avoir de vergetures, avoir une petite activité physique, manger comme il faut. C'est plus ça que vraiment le fœtus.

Melissa : Donc c'est beaucoup de prévention ?

Dr K : Oui et de motivation, pour allaiter par exemple.

Melissa : Est-ce que là où vous travaillez, en milieu rural, vous faites plus de prévention que dans les villes vous pensez ?

Dr K : Oui, je pense. Puis, ce sont des gens que je connais depuis longtemps. Donc, forcément, c'est ça aussi. Je ne sais pas si je fais plus qu'un autre, ça je n'en sais rien mais je fais beaucoup, **j'essaye en tout cas. Déjà avant la conception, je prescris de l'acide folique, les diabètes, j'essaye de bien les équilibrer, des choses comme ça.**

Melissa : Vous avez beaucoup de femmes qui viennent avant de concevoir pour poser des questions ou faire une prise de sang ou pour avoir des conseils ?

Dr K : **Oui, quand même. Enfin, c'est peut-être moi qui mène à ça. Quand elles me parlent d'arrêter la pilule, je commence à parler de ça.**

Melissa : Donc, c'est vous qui amenez mais elles viennent quand même pour vous dire qu'elles vont arrêter la pilule et vous demander des conseils ? Ou alors elles viennent pour autre chose et elles en profitent pour vous dire qu'elles arrêtent la pilule ?

Dr K : **Les deux.**

Melissa : Et à ce moment-là, qu'est-ce que vous demandez comme conseil, quand vous les voyez avant l'arrêt de la contraception ?

Dr K : **Prendre de l'acide folique. ça c'est vraiment important.**

Melissa : De l'acide folique seul ou un complexe de vitamines ?

Dr K : Quand elles mangent équilibré, je ne donne que de l'acide folique, surtout que la pilule est un anti-folique donc je leur explique. Manger équilibré, faire une activité physique, voilà.

Melissa : Et vous faites une prise de sang ?

Dr K : En général oui.

Melissa : Vous demandez quoi en préconceptionnel dans la prise de sang ?

Dr K : Les maladies sexuellement transmissibles.

Melissa : D'office ?

Dr K : Oui, à toutes parce que de toute façon, les gynécologues le demandent. ça dépend aussi quand elles ont eu leur prise de sang. Mais si elles n'ont pas eu de prise de sang récente, je fais tout. Et si elles ont eu une prise de sang récente, je fais les maladies sexuellement transmissibles, la rubéole car certains ne sont pas en ordre rubéole, toxo pour voir, je donne les conseils pour l'alimentation pour la toxo, voilà. **Et je dis aussi aux futurs papas de faire attention, de bien manger et de cesser de fumer.**

Melissa : Globalement, vous êtes à l'aise face aux questions spécifiques à la grossesse ou des questions pour la préconception ?

Dr K : Oui.

Melissa : Vous n'avez pas besoin de référer ou de regarder ? Vous n'êtes pas inquiète par rapport à ces questions-là ?

Dr K : Non, je ne pense pas et puis, si je ne sais pas, je dis que je ne sais pas et on va voir ensemble. Mais depuis le temps ! ça se peut qu'il y a des choses que je ne sache pas mais non je suis à l'aise. J'aime bien.

Melissa : Vous regardez sur quoi quand vous cherchez une info ?

Dr K : J'ai beaucoup de livres (rires). Je n'ai pas le réflexe internet comme les jeunes.

Melissa : Est-ce que vous trouvez qu'on fait assez de consultations préconceptionnelles ou est-ce qu'on devrait les encourager pour que ça devienne un peu plus fréquent ?

Dr K : ça dépend des milieux. Il y a des milieux où on devrait en faire plus, moi je trouve.

Melissa : Dans quels milieux par exemple ?

Dr K : Dans les milieux défavorisés.

Melissa : Parce qu'il y a moins d'éducation à la grossesse ?

Dr K : Oui, et ils mangent n'importe quoi. C'est quand même important de bien manger avant de tomber enceinte. Je n'avais pas conscience qu'on prenait tant de pilules du lendemain. Mais, ça c'est parce qu'on ne fait pas assez de prévention. Déjà, quand je les vaccine avec le gardasil ou que je prescris la première pilule, je parle de ça. C'est quand même important. Je parle de la contraception, des maladies sexuellement transmissibles, je trouve ça important. Ce n'est pas parce qu'on a le Gardasil que si on ne connaît pas son partenaire, on ne doit pas faire attention.

Melissa : Est-ce que c'est facile de faire de l'éducation sexuelle en consultation, pour vous ?

Dr K : Oui, moi je crois que le fait d'avoir eu des enfants, ça m'a aidée. Je suis à l'aise avec les ados et puis aussi, les ados que j'ai et les jeunes mamans, je les ai depuis qu'elles sont petites donc je les connais

bien. C'est ça aussi, c'est plus facile pour donner des conseils. Oui, je me sens à l'aise avec ça.

Melissa : Qu'est-ce qu'on pourrait envisager pour encourager les consultations préconceptionnelles ?

Que les patients et les médecins y pensent ?

Dr K : Peut-être faire plus d'informations via les trucs dans les salles d'attente ou dans les médias.

Je ne sais pas.

Melissa : Dans les médias aussi ?

Dr K : Oui.

Melissa : Plutôt la télé ou plutôt internet ?

Dr K : Les ados maintenant ils sont plus internet que télé. Ou même le pharmacien car il est quand même de bon conseil pour tout ça.

Melissa : Est-ce que vous connaissez d'autres pays où les suivis de grossesse se font autrement qu'en Belgique à part la France ?

Dr K : En Allemagne, c'est très bizarre, je ne saurais pas vraiment expliquer. C'est particulier, c'est différent de chez nous mais je ne saurais pas expliquer. Et par rapport à la France, par exemple, on n'écarte pas alors qu'en Belgique oui. En France, il n'y a pas d'écartement pour les femmes enceintes.

Melissa : Est-ce que vous trouvez que les soins ambulatoires sont de plus en plus encouragés ? Est-ce qu'il y a une différence par rapport à quand vous avez commencé à travailler ?

Dr K : Oui. Quand on accouche, parfois le lendemain, on est déjà sortie(s).

Melissa : Est-ce que c'est trop ou est-ce que c'est bien ?

Dr K : Moi, je trouve que c'est trop, parce que les complications d'un accouchement, ce n'est jamais le premier jour. En plus, pour un premier, d'abord elles sont un peu perdues, et puis, pour les prochains, quand on rentre à la maison, il y a les autres enfants dont il faut s'occuper donc moi, je pense que ce n'est pas bien. Puis, dans les hôpitaux, on n'encourage pas à l'allaitement et à avoir une bonne montée de lait et tout ça. Quand on doit rentrer le jour même ou le lendemain de la maternité, c'est quand même un peu difficile moi je trouve. Je ne trouve pas que ce soit une bonne chose.

Melissa : Donc ça donne plus de rôle à la première ligne et donc aux médecins traitants plus de rôles et de responsabilités ?

Dr K : Oui, plus de responsabilités, moi je trouve.

Melissa : Et ça c'est difficile ou c'est bien ?

Dr K : Moi je pense que c'est faire prendre des risques parce que quand tout va bien, ça va mais quand quelque chose ne va pas, les patients ne consultent pas forcément et ça peut parfois être grave.

Melissa : Est-ce que dans votre patientèle, vous avez déjà eu des patientes qui refusaient tout le suivi, refusaient de voir le gynéco, d'être prises en charge, par conviction ou par peur ?

Dr K : Non, ça non. Non, je ne pense pas.

Melissa : Et pendant le covid, vous n'avez pas eu de patientes qui n'avaient plus eu de suivi gynéco ?

Dr K :

Melissa : Est-ce que vous avez des remarques ou des suggestions par rapport au sujet de la consultation

préconceptionnelle ?

Dr K : Non, je ne pense pas.

Melissa : La consultation préconceptionnelle, c'est le rôle du médecin traitant ou du gynéco ou de la sage-femme ?

Dr K : Chacun peut apporter sa petite graine à l'édifice je trouve. Et puis, ça dépend aussi du patient. Il y a des patients qui sont plus à l'aise avec le médecin traitant et d'autres plus à l'aise avec la sage-femme, le kiné aussi mais ça c'est plutôt à la fin de la grossesse.

Interview Dr L

Melissa : Je vais d'abord vous demander de vous présenter et d'expliquer un peu la pratique que vous avez actuellement.

Dr L : Je suis une femme, j'ai 61 ans. Je travaille en médecine générale depuis 35 ans. J'ai essentiellement une patientèle jeune qui a vieilli avec moi, donc des enfants qui ont grandi et maintenant je vois déjà les enfants de mes patients. C'est vraiment une patientèle de médecine générale. Il y a de tout. Peut-être que j'ai plus de patients petits, plus de pédiatrie parce que j'aime bien.

Melissa : Vous faites aussi de l'ONE ?

Dr L : Oui, oui, je fais de l'ONE. Donc, j'ai fait la médecine pour être pédiatre et puis, la pédiatrie, je n'ai pas réussi le concours et donc, je me suis rabattue sur la médecine générale et j'ai fait 20 ans de médecine scolaire et j'ai eu l'occasion de faire de l'ONE. J'ai 2 consultations ONE par semaine. Et une fois tous les 15 jours, j'ai consultation des 3 à 6 ans.

Melissa : Quelle est la moyenne d'âge de vos patients au cabinet ?

Dr L : La moyenne, ça doit faire une cinquantaine d'années si on prend les enfants qui compensent les personnes âgées, plus ou moins 50 ans.

Melissa : Vous faites des visites à domicile ?

Dr L : Oui, je vais voir mes patients qui ne savent pas se déplacer mais pas beaucoup. Je travaille, depuis le covid, le plus souvent sans rendez-vous. Clairement, c'est quand même confortable et je n'ai pas envie de changer ça parce qu'avant, il y avait des consultations libres tous les jours mais avec le covid, ce n'était plus possible. Donc maintenant, je ne travaille que sur rendez-vous. Mais j'ai encore quelques visites tous les jours pour les patients âgés qui ne savent pas se déplacer mais je limite très fort.

Melissa : Est-ce que vous avez d'autres activités de médecine générale que l'ONE ?

Dr L : Non.

Melissa : Vous travaillez seule ou en association ?

Dr L : Non, non, seule.

Melissa : Ce n'est pas trop difficile de travailler toute seule ?

Dr L : Si c'est difficile mais bon. Je suis assez lente, je prends beaucoup de temps. Moi, je prends une demie heure par patient. Et je ne me vois pas m'installer avec quelqu'un d'autre parce que les autres

n'ont pas cette vision-là, donc. Mais, c'est vrai que c'est difficile d'assumer tout parce que je prends les appels, tout mais voilà c'est comme ça. Je travaille comme ça depuis 35 ans. Je me vois mal changer. ça me convient parce que je n'ai pas d'enfant, je n'ai pas de mari.

Melissa : Vous travaillez dans quelle région ?

Dr L : Je travaille près de Saint-Ghislain, Mons. C'est une petite ville mais c'est un gros village. C'est plus quand même de la médecine mi-campagne.

Melissa : Semi-rural ?

Dr L : Oui, voilà, semi-rural oui.

Melissa : Vos patients sont un peu précarisés ou pas du tout ?

Dr L : Mais si, j'en ai quand même pas mal des précarisés, plus ou moins la moitié qui sont précarisés.

Melissa : Fort précarisés ?

Dr L : Précarisés, je ne vais pas dire fort. J'en ai quand même quelques-uns qui le sont fort. C'est quand même pauvre. Si tu veux, c'est une facilité maintenant qu'on peut travailler avec le tiers payant. Pour moi, c'est beaucoup plus facile. J'ai toujours du mal à me faire payer. C'est bien qu'il y ait maintenant le tiers payant.

Melissa : Dans tous les suivis de patients que vous avez déjà fait, est-ce que vous avez déjà fait des suivis de femmes enceintes, des suivis de grossesse ?

Dr L : Oui, déjà avant mais maintenant, tous mes petits patients qui sont grands et qui ont des enfants. Beh voilà, souvent, ils viennent chez moi. Ils viennent chez moi et avec le bébé, ils viennent à l'ONE même s'ils habitent à Quaregnon, pour que ce soit moi (rires).

Melissa : Quand vos patientes sont enceintes, elles vont d'office voir le gynéco toutes ? Ou, il y en a qui font leur suivi avec vous ?

Dr L : Non, il y a quand même toujours le gynécologue qui est là. Mais elles font les deux. Elles font un suivi partagé. Elles aiment quand même bien venir chez moi mais c'est vrai que maintenant, c'est un peu comme ça, on va chez le gynécologue ne fût-ce que pour le suivi et être sûr que le gynécologue sera là à l'accouchement.

Melissa : Et au début de votre pratique, c'était différent le suivi des femmes enceintes ?

Dr L : Oui, parce qu'elles allaient beaucoup plus chez le gynécologue.

Melissa : Avant, elles allaient beaucoup plus chez le gynécologue ?

Dr L : Oui, oui, moi je trouve qu'avant je suivais moins de femmes enceintes et moins de bébés que maintenant. Maintenant, c'est l'expérience aussi qui fait qu'elles osent venir aussi quand elles sont enceintes.

Melissa : Parce que vous êtes aussi à l'aise avec les réponses à leurs questions spécifiques à la grossesse ?

Dr L : Oui, peut-être, peut-être qu'on sait plus. C'est normal, avec les années, on a plus d'expérience.

Melissa : Vous vous sentez à l'aise quand vous avez des questions sur la grossesse ?

Dr L : Oui. Moi par exemple, si j'ai une jeune fille, je vais toujours voir si elle est bien en ordre de vaccins toujours dans le but d'un jour être enceinte. C'est important. Je vérifie la toxo, le CMV, tu vois. Comme ça, on sait qu'elles sont immunisées et c'est important les vaccins. Moi, je suis fort vaccins, que tout soit bien en ordre pour tout ce qui concerne la grossesse.

Melissa : Vous faites beaucoup de prévention ?

Dr L : Oui. De la prévention, dès qu'elles arrêtent leur pilule, acide folique. Parce qu'il n'y a que là-dedans qu'on fera des progrès, c'est en étant plus "préventif".

Melissa : Est-ce que vous pensez qu'on les voit assez tôt ces femmes avant de tomber enceinte ou est-ce qu'elles viennent vraiment quand elles sont enceintes chez vous ?

Dr L : Non, moi je le suis, donc elles sont là avant d'être enceintes par rapport au gynécologue peut-être qui ne les voit que quand elles sont enceintes. Ce sont des gens qui viennent quand elles ont mal à la gorge et tout ça avant d'être enceintes. Moi, toutes les consultations, c'est l'occasion de parler des vaccins. Pour que les gens soient en ordre de vaccins, si leur médecin traitant ne leur en parle pas, pour les rappels, ...

Donc, ces filles-là on les connaît et quand elles sont enceintes, en général, elles ont tout ce qu'il faut.

Melissa : Et parfois, est-ce qu'elles viennent avant d'essayer de tomber enceinte pour vous demander des conseils et faire une prise de sang ?

Dr L : Oui, oui. "Est-ce qu'il faut faire une prise de sang ? Qu'est-ce qui est important ?". Voilà, elles viennent souvent avec le papa ou alors, parfois c'est le papa qui est un patient et qui vient avec sa compagne. Et alors, on parle et on regarde les vaccins de chacun, on parle de la toxo parce que par rapport à nous, les filles de mon âge, on était 85% à être immunisées contre la toxoplasmose, maintenant c'est l'inverse. Il y a 85% qui ne le sont plus. Donc voilà, ce sont des petits conseils, des petites choses à faire avant d'être enceinte.

Melissa : Mais c'est souvent vous qui amenez le sujet et peu les patients qui viennent pour des questions avant la grossesse, avant de tomber enceintes ?

Dr L : Quand ce sont mes patients, allez plus les filles, les garçons peut-être moins, c'est moi qui leur en parle. C'est moi qui parle de l'importance des vaccins, de prévenir la vaccination. Il y a quelques années, il y a eu beaucoup de coqueluche chez les bébés donc il n'y a rien à faire, il faut parler de ça avant sinon, c'est trop tard.

Melissa : Donc vous essayez d'être toujours très systématique quand vous voyez les jeunes femmes même si elles n'ont pas encore de projet de bébé ?

Dr L : Oui mais je suis toujours systématique (rires). C'est vrai que moi, je sors de l'UCL. On avait un prof de physiologie et donc pour mes anamnèses, je suis toujours ce schéma-là avec les patients et je parle des vaccinations.

Melissa : Ces consultations préconceptionnelles, vous pensez que c'est le rôle du médecin traitant ou du gynécologue ?

Dr L : Oui, parce que le gynéco, souvent elles vont quand elles sont déjà enceintes, sauf si elles ont du mal à être enceintes. En règle générale, elles viennent faire leur prise de sang chez moi puis

elles prennent rendez-vous chez le gynécologue sauf si elles ont du mal à être enceintes, à ce moment-là, elles vont avant d'être enceintes.

Mais si tu n'as pas fait tout ça avant, beh tu arrives trop tard.

Melissa : Vous leur parlez aussi des vitamines de grossesse j'imagine ?

Dr L : Oui, oui. D'ailleurs, souvent, avant d'avoir un projet, l'acide folique, c'est-à-dire avant d'être enceinte, quand elles parlent d'avoir un bébé, eh bien, je donne déjà l'acide folique en prévention. Déjà la vitamine D parce que ça, c'est tout le monde. Et quand elles sont enceintes, des vitamines de grossesse, que je conseille même jusqu'à la fin de l'allaitement. Alors, évidemment quand quelqu'un parle d'un bébé, moi je parle de l'après-bébé déjà, de l'allaitement. Peut-être parce que j'ai du temps et que je consacre une demie heure par patient. j'imagine les gens qui ont beaucoup plus de boulot, ... Souvent une consultation comme ça, tu prévois ça, maintenant c'est sur rendez-vous mais avant elles venaient comme ça pendant la consultation, t'as pas le temps donc tu dis "On va mettre un petit rendez-vous et on parlera de ce qu'il faut faire". **Il y a rien à faire, pour ça, il faut du temps.**

Melissa : C'est certain. Quand vous avez une demande pour faire une prise de sang avant de faire un bébé, qu'est-ce que vous cochez ?

Dr L : Le CMV, la toxo, la rubéole. Avant je faisais les maladies sexuellement transmissibles mais à chaque fois les gynécologues recommencent tout, alors, je vérifie quand même qu'elles aient des anticorps contre l'hépatite B. Un petit bilan hormonal, thyroïde, évidemment une glycémie, cholestérol et tout puisque ce sont des facteurs de risque qui s'ajoutent. Donc, je fais une petite prise de sang complète. Dans les vaccins je regarde pour la rubéole, toxo, CMV, ce ne sont pas des vaccins mais pour voir si elles sont immunisées, le groupe sanguin aussi mais bon, ça souvent on l'a déjà. La vitamine D, je vérifie aussi qu'il n'y ait pas de troubles de la coagulation. Je demande déjà si dans la famille, il y a des problèmes de coagulation. Je vois la demande devant mes yeux là (rires). Donc oui, thyroïde. Je te dis, avant je demandais déjà tout ça mais maintenant le gynécologue le demande systématiquement. Je trouve ça con parce que **je les envoie avec leur prise de sang et le gynécologue ne tient même pas compte de ça. Moi, je trouve ça décevant.**

Melissa : Oui, c'est souvent décevant. Lors de ces consultations avant de concevoir ou en tout début de grossesse, vous parlez aussi de l'alimentation, du sport ?

Dr L : Oui de l'alimentation parce que si tu regardes déjà le sucre, le cholestérol et tout, tu appuies sur l'alimentation, sur l'activité physique. Quand tu as le reste de la prise de sang, tu peux déjà parler de plein de choses.

Melissa : Est-ce que c'est facile de penser à tout ? Ou est-ce que ce serait bien d'avoir un petit document, une petite checklist pour aider à être bien complet ?

Dr L : Oui peut-être que c'est bien mais justement, pour la prise de sang, pour voir si on pense à tout. C'est vrai qu'on ne pense parfois pas à tout et que c'est bien d'avoir une petite aide pour voir si on a tout fait.

Melissa : Donc vous pensez que ces consultations avant de faire un bébé c'est important et qu'il faudrait peut-être en faire plus ?

Dr L : Mais oui parce que **c'est vrai que ça devrait être plus systématique** parce qu'il y a des maladies héréditaires, ... ça fait partie. Quand tu as des jeunes qui viennent, tu demandes s'il y a des maladies dans la famille. Il y a quand même des choses qu'on ne sait pas prévoir mais si dans la famille il y a eu des fausses couches, tout ça, c'est des choses ... des problèmes d'accouchement prématurés etc. **La famille, on les connaît, on sait quand même dans la famille ce qu'il y a. Le gynécologue, il ne sait pas ça donc je crois que ça doit faire partie des premières consultations mais quand elles sont enceintes, c'est déjà trop tard.**

Melissa : Donc, le médecin généraliste a vraiment une place de choix parce qu'il connaît ses patients ?

Dr L : Oui, oui, **on connaît les patients et la famille souvent. Le médecin généraliste est le médecin de famille donc, on a cette chance-là, on est dans les familles.** Et d'ailleurs, ça me manque quelque part que je ne fais plus de domicile parce que quand tu fais des domiciles, tu vois chez les gens. En consultation, c'est différent. Moi, je suis proche des gens mais c'est parce que je suis comme ça. Moi, j'ai la médecine pour les gens et pas pour l'argent donc c'est différent. **Mais ça demande du temps** et ce temps-là, j'ai de la chance de l'avoir. Et voilà.

Melissa : Vous pensez qu'on doit mettre en place des choses pour que les médecins généralistes, en général, pensent plus à faire de la prévention avant la conception, pour en parler aux gens ?

Dr L : Oui, oui **ce serait utile parce que moi, je suis sûre qu'il y a des médecins qui ne font pas ça.**

Melissa : Comment on pourrait faire pour qu'ils y pensent ? Est-ce qu'il faudrait des affiches ? Est-ce qu'il faudrait des cours, des formations ?

Dr L : Oui ou peut-être, **nous on a des GLEMs, peut-être proposer ça dans un GLEM. C'est vrai que la consultation préconceptionnelle, on pourrait faire ça comme sujet de GLEM.**

Melissa : ça intéresserait vos collègues vous pensez ?

Dr L : Nous, dans la région, on a la chance d'avoir plein de jeunes médecins qui sont arrivés dans les cinq dernières années. Partout ailleurs, il n'y a pas beaucoup de jeunes. Moi, pendant 15 ans, j'étais la dernière des médecins arrivées. Puis là, vraiment ce sont des jeunes et je crois que les jeunes s'intéressent plus à ça que les anciens médecins.

Melissa : Les jeunes font plus de prévention ?

Dr L : J'espère, je crois. Parce que moi, je fais partie des années de la pléthore médicale et les médecins étaient surchargés de travail et je ne crois pas qu'ils se sentaient concernés par les grossesses et tout ça. Moi, je sais faire tout ça parce que je limite mon travail. Je n'ai pas d'enfants. Des nouveaux patients, tu en as tout le temps. Il y a toujours des nouveaux donc je ne prends plus de nouveaux. Je ne cherche pas à avoir du boulot, pour avoir du temps. **La prévention, ça demande du temps.**

Melissa : C'est un frein à la prévention, le fait de manquer de temps pour les médecins ?

Dr L : Bien sûr, bien sûr. Si tu n'as pas le temps de parler avec eux, tu ne sais pas faire. Les médecins qui prennent un quart d'heure par consultation, comment veux-tu qu'ils aient le temps ? Non, **moi je**

suis sûre que d'avoir trop de travail, c'est un frein à plein de choses.

Melissa : Comment pourrait-on faire pour que les patients pensent à aller voir le médecin avant de faire un bébé ?

Dr L : Peut-être des petits folders mais, encore une fois, si le médecin n'engage pas cette prévention, ne parle pas, comment veux-tu qu'elle le sache.

Melissa : Peut-être que la prévention doit aussi passer par les médias ?

Dr L : Oui, peut-être et c'est vrai que ça marche très bien. Quand on parle de vaccin pour la méningite dans les médias, les gens, ils t'en parlent. Quand toi tu leur en parles, ça fait moins d'effet que quand ils voient un spot publicitaire à la télé. ça dépend qui. ça pourrait être une bonne idée oui.

Melissa : Comme les jeunes sont beaucoup sur les réseaux sociaux, est-ce que les réseaux sociaux devraient aussi véhiculer des messages comme "Voyez votre médecin avant de faire un bébé" ?

Dr L : Oui, peut-être mais comme moi je ne suis pas trop réseaux sociaux, je ne sais pas trop. Les jeunes sont forts sur leur GSM et tout ça donc oui.

Melissa : Est-ce que vous pensez qu'à l'avenir les médecins généralistes vont plus s'occuper des grossesses normales et faire plus de suivi à la place du gynéco en gardant les 3 échos morpho chez le gynéco ou pas ?

Dr L : Ce serait bien mais je ne sais pas si les gynécologues laisseront faire ça. Ce serait bien parce que nous, on connaît nos patients, on sait ce qu'on peut leur dire, comment leur dire. Mais déjà quand tu vois que les gynécologues n'adressent jamais de courrier au généraliste. Donc voilà, je ne sais pas comment eux prendraient la nouvelle.

Melissa : Est-ce que vous trouvez que les gynéco sont suffisamment disponibles ? Est-ce qu'on peut les joindre facilement pour avoir un travail d'équipe ?

Dr L : Non, pas du tout. La confraternité ... quand tu envoies ton patient chez n'importe qui, tu as toujours un rapport sauf les ophtalmo, chez les gynécos, les dermato. Ce sont vraiment les 3 qui dénigrent le médecin généraliste. J'ai eu une patiente qui a eu un cancer du sein, je ne l'ai même pas su, une fois, elle vient, je lui demande si tout va bien. "Beh non, j'ai un cancer". Et je ne l'avais même pas su. Donc, je me suis sentie frustrée, voilà. Le gynéco, le retour vers les généralistes ... (souples).

Melissa : Il n'y en a pas ?

Dr L : Non, pas du tout. Même pour des contraceptions et tout, on est quand même mieux placés qu'eux pour savoir quelle est la contraception qui conviendrait à nos patients mais même pour ça, non, non. Je ne suis pas sûre que le gynéco soit prenant de ça.

Melissa : Mais pour vous, ce serait tout à fait réalisable que les médecins généralistes s'occupent des suivis de grossesse même s'ils n'ont pas d'appareil d'échographie à leur cabinet ?

Dr L : Oui, oui, bien sûr. Je ne crois pas qu'on soit capable de faire ça, chacun son boulot. Mais suivre des grossesses, oui.

Melissa : Donc les échos non mais suivre des grossesses oui ?

Dr L : Oui. Les patients vont chez le gynéco et je demande “Tiens, tu avais combien de tension.” “Il n’a pas pris”.

Melissa : Les patients seraient rassurés même si c’est le médecin traitant ou la sage-femme qui s’occupait de la grossesse et plus le gynécologue ?

Dr L : Les deux, c’est toujours bien d’avoir des échographies. De là à suivre une grossesse seule, non. Je ne me sens pas capable mais tous les petits conseils, la tension, la prise de sang, oui, on sait faire.

Melissa : Donc, ça devrait se faire en complément du gynéco ?

Dr L : Ah oui, oui, en complément. **Chacun son boulot. On ne sait pas tout faire.**

Melissa : Mais on devrait faire plus de suivis mais qu’il y ait toujours un back-up chez le gynéco ?

Dr L : Oui, parce que le gynécologue aussi doit connaître sa patiente. S’il y a un problème, il faut quand même qu’il connaisse aussi la patiente. Mais oui, être ensemble, travailler ensemble.

Melissa : Et quelle est la place de la sage-femme ?

Dr L : Ah oui, **elles prennent de plus en plus de place les sages-femmes (rires).** Même à l’ONE, c’est vraiment incroyable. Mais c’est peut-être une bonne chose mais là, je dis encore, chacun sa place.

Melissa : Est-ce que vous avez des remarques ou des suggestions par rapport à ce sujet de l’accompagnement et de la consultation préconceptionnelle en médecine générale ?

Dr L : Non, je crois que c’est quelque chose de fondamental parce qu’après, quand on est enceinte, il est trop tard. Donc, c’est bien d’aborder ce sujet là. Il y a plein de choses à faire.

Melissa : Est-ce que ça vous intéresse d’avoir les outils que j’ai développé, une affiche pour la salle d’attente et une checklist validée ?

Dr L : Oui, oui.

Interview Dr M

Melissa : Je vais d'abord vous demander de vous présenter, de donner votre âge et d'expliquer un petit peu votre type de pratique actuelle.

Dr M : Ok, donc je suis Dr N, je suis une femme, j'ai 40 ans et je travaille dans le Brabant Wallon. J'ai une pratique solo avec deux assistantes. Le milieu c'est plutôt semi-rural, pratique sur rendez-vous, mais avec le covid, c'est comme ça pour tout le monde je pense. Et voilà.

Melissa : Vous faites d'autres activités que la pratique en cabinet et les visites à domicile ?

Dr M : Oui, je fais de l'ONE. Je suis animatrice de séminaire locorégional et je suis membre du comité d'administration du cercle. Donc, ça me prend aussi un peu de temps une fois par mois.

Melissa : Et vous avez déjà fait du planning ?

Dr M : Oui, quand j'étais toute jeune médecin, j'ai fait plusieurs années de planning le mercredi après-midi et puis après, comme j'ai eu mon premier enfant, j'ai laissé tomber pour pouvoir m'occuper de mon petit bébé. Puis, mes assistants ont continué à ma place quelques années et puis, on n'a plus gardé le poste.

Melissa : Vous étiez à l'aise dans ce genre de consultations du coup ?

Dr M : Écoute, comme j'étais toute jeune, je me demande si je n'ai même pas commencé quand j'étais encore assistante. Mais j'étais à l'aise et j'étais contente de pouvoir faire plus de frottis qu'au cabinet, des frottis de col, tout ça et de faire plus de conseils ménopause, contraception. Voilà, c'était un planning où il n'y avait pas de prise en charge de la grossesse. Il n'y avait pas non plus d'IVG. Mais du coup c'était chouette parce que je me suis fait un peu la main pour tout ce qui était frottis de col et tout ça.

Melissa : Et vous en faites toujours beaucoup ou pas spécialement ?

Dr M : J'en fais encore mais plus tellement. Plus tellement, une fois de temps en temps. En fait, c'est marrant, il y a pas de patiente du planning qui m'ont suivie et qui ont continué à venir chez moi mais parfois juste pour le côté gynéco, pas vraiment pour la médecine générale (rires). Si j'en fais 5-6 par an, c'est déjà pas mal. Par contre, un petit examen classique quand il y a une petite infection, tout ça, ça je fais beaucoup plus souvent mais les frottis de col, finalement, les gens vont plus souvent chez leur gynéco et puis, comme ça s'est espacé à tous les 3 ans, beh finalement, j'en ai eu moins aussi.

Melissa : Quel est l'âge moyen de votre patientèle pour l'instant ?

Dr M : Beh écoute, moi, je trouve que j'ai vraiment de tout parce que j'ai à la fois des petits bébés, oui... On m'avait déjà posé cette question mais j'ai du mal à donner un âge moyen parce que j'ai vraiment tous les âges.

Melissa : Vous allez aussi en maisons de repos et vous faites des visites à domicile ?

Dr M : Oui, je ne fais pas beaucoup de visites mais on a pas mal de patients en maison de repos. Maintenant que je suis maître de stage, je ne fais plus de visites tous les jours. Avant, j'en faisais tous les jours. Là, je laisse plus mes assistants y aller mais je fais encore 3x par semaine des visites. A mon avis, je fais une dizaine de visites par semaine, donc ce n'est pas énorme mais les assistants en font un

peu plus, 2-3 par jour max.

Melissa : Vous avez déjà réalisé des suivis de grossesse ou pas du tout ?

Dr M : Ah bah non. Tout ce que j'ai fait, c'était plutôt, ça ça arrive encore souvent, avant qu'elles souhaitent tomber enceintes, la consultation préconceptionnelle. Mais après, le suivi de grossesse, je n'ai jamais fait. Après, ce qui se passe souvent c'est que quand le gynéco demande de faire des prises de sang ou des choses comme ça, ou de suivre la tension, là elles viennent chez moi souvent. Mais ce n'est pas moi qui instaure le suivi.

Melissa : Vous n'avez pas eu de patiente qui refusait tout suivi de grossesse, toute visite chez le gynéco ?

Dr M : Alors, j'en ai une. C'est particulier. C'est une dame très, très angoissée, même venir au cabinet c'est très compliqué. Et à un moment, son compagnon m'a dit qu'elle était enceinte et donc j'en étais malade parce qu'elle a refusé toute visite autant chez moi que chez le gynéco. Et finalement, au bout des neuf mois, elle s'est présentée à l'hôpital pour accoucher et il n'y avait pas d'enfant. Elle n'avait plus de règles et à un moment, elle avait même eu un peu de perte de sang et donc je voulais qu'elle consulte, c'était inquiétant. Elle avait tout comme une grossesse mais bon, moi je ne l'ai jamais vue. Elle n'a jamais voulu consulter.

Melissa : C'est fou !

Dr M : Pourtant, elle a déjà été enceinte avant ! D'après Monsieur, elle avait un ventre et tout.

Melissa : Vous diriez que vos patientes viennent souvent avant d'arrêter la contraception ou en préconceptionnel pour vous poser des questions ou faire une prise de sang ?

Dr M : Je ne dirais pas que c'est souvent. C'est régulier, je vais dire. Ce n'est pas la majorité je pense.

Melissa : C'est vous qui amenez le sujet ou ce sont elles qui se disent "je vais aller prendre un avis avant" ?

Dr M : C'est plus souvent moi qui amène le sujet mais ça arrive quand même, c'est plus rare qu'elles disent "voilà, j'ai envie de tomber enceinte, qu'est-ce que je dois faire ?". C'est plus souvent moi quand je fais un bilan de santé, je lance un peu le sujet pour voir.

Melissa : Vous essayez d'être un peu systématique pour aborder les choses ?

Dr M : Pas forcément (rires). En fait, ça dépend de la patiente. Si elle a envie de me livrer qu'elle a un projet de grossesse ou je sens que ça se met et que je peux en parler. Mais je n'oserais pas le faire avec tout le monde parce qu'il y en a, on sent que c'est un peu tabou, c'est un peu compliqué donc eh. Mais c'est sûr que si je dois faire une prise de sang chez une jeune femme, je dis "on va vérifier la rubéole". ça, j'y pense systématiquement et alors, j'explique pourquoi et du coup, parfois ça engage un peu la conversation.

Melissa : Et vous êtes à l'aise face aux questions relatives à cette période préconceptionnelle ?

Dr M : Ah oui ! Après, il y a peut-être des choses que j'oublie.

Melissa : Qu'est-ce que vous abordez dans une consultation préconceptionnelle ?

Dr M : En général, j'essaie de faire une prise de sang assez complète, de leur conseiller des vitamines

de grossesse dès le désir de grossesse. J'essaye de parler de tout ce qui est Toxo, CMV, Listériose, d'expliquer un petit peu au niveau alimentation etc, à quoi elles doivent faire attention. Mais oui, je conseille déjà d'avoir un gynéco. La rubéole, ça j'avais dit. On parle un peu de leur métier, voir si elles vont être écartées ou pas écartées. Voilà, c'est un peu tout ça.

Melissa : Et vous parlez un peu de sport aussi ou pas ?

Dr M : Oui, mais en général, je déconseille quand même les sports à risque pour éviter les chutes etc... Mais c'est un peu moins fréquent, je pense qu'elles demandent à leur gynéco ça.

Melissa : Qu'est-ce que vous demandez dans une prise de sang en préconceptionnel ?

Dr M : Ah beh, ça a évolué avec les années. Ce que je demande toujours c'est un check-up complet c'est-à-dire un hémato, une fonction rénale, un iono, une fonction hépatique, la thyroïde, le sucre, le cholestérol, la vitamine D au passage. J'espère ne rien oublier au passage. Alors, ça je pense que ça a un peu changé mais je demande quand même une fois la sérologie CMV, Toxo mais je sais que maintenant c'est devenu payant. À l'époque, je demandais le gène de la mucoviscidose mais je crois que ce n'est plus remboursé, ça je ne le fais plus. Je demande les sérologies SIDA etc, la rubéole. Je demande aussi la varicelle pour savoir si elles sont immunisées contre la varicelle. Je demande le parvovirus aussi pour voir si elles sont bien immunisées. Le fer, la ferritine. Je crois que c'est tout, j'espère que je n'ai rien oublié.

Melissa : C'est déjà pas mal comme prise de sang.

Dr M : Oui (rires). Je fais un petit bilan de base pour voir où elles en sont à la base même si tout n'est pas utile et qu'un gynéco ferait sans doute beaucoup moins mais comme ça on voit si au niveau hépatique, tout est ok, au niveau cholestérol, on voit pour le diabète et tout ça.

Melissa : Est-ce que vous pensez que c'est utile de faire ces consultations préconceptionnelles ? Est-ce que c'est nécessaire ?

Dr M : Oui, je pense parce que, regarde, tout ce qui est prévention de la Listériose, elles ne sont pas tellement au courant de tout ça, éviter les fromages non pasteurisés et tout ça, elles ne sont pas tellement au courant. Oui, moi je trouve ça utile. Puis, les vitamines, une fois sur deux, elles ne sont pas au courant non plus donc ce n'est pas plus mal. Puis, je pense que c'est bien qu'elles puissent avoir une personne ressource si jamais, si jamais elles tombent enceintes et si au bout d'1 an si elles ne sont toujours pas enceintes, pour leur dire de faire un bilan. Je pense que ce serait intéressant. Puis s'il y a des questions. Et le jour où elles appellent pour dire qu'elles sont enceintes, on est déjà prévenus.

Melissa : Donc, on devrait en faire plus des consultations préconceptionnelles ?

Dr M : Moi, je pense que c'est idéal mais ça ne se ferait pas toujours, oui. Parce que malgré tout, il y a en a parfois qui arrivent à 4 mois de grossesse et elles continuent à boire de l'alcool ou à prendre de la drogue, bon c'est plus rare mais j'avais un cas comme ça, une jeune femme qui se droguait, eh bien malheureusement, elle s'est rendue compte qu'elle était enceinte à 5 mois, l'enfant va bien mais bon bref. Oui, oui, moi je trouve que ça devrait faire partie ... **les gens devraient penser à venir chez leur médecin traitant avant un désir de grossesse, se dire "Voilà, je vais en parler, voir s'il y a quelque**

chose à faire”.

Melissa : Et ça devrait être systématique c’est-à-dire pour tout le monde ou pour certaines populations plus précarisées ?

Dr M : Moi, je trouve, pour tout le monde. Mais peut-être qu’elles voient le gynéco aussi, ça je ne sais pas. Gynéco c’est un peu le médecin généraliste de la femme hein finalement quand elles sont jeunes et qu’elles n’ont pas trop besoin de nous. On remarque facilement que c’est le gynéco qui fait la petite prise de sang annuelle, enfin voilà, c’est parfois un peu le médecin traitant parce que finalement elles ne vont que pour ça, pour des problèmes gynéco, pour se faire soigner.

Une jeune femme n’a pas forcément besoin du généraliste.

Melissa : Mais votre patientèle n’est pas spécialement précarisée ?

Dr M : Non.

Melissa : Plutôt privilégiée ou moyenne ?

Dr M : Plutôt privilégiée, oui, oui. Très peu de patients défavorisés. J’en ai quelques-uns mais c’est rare.

Melissa : Donc, elles sont privilégiées mais elles n’ont pas vraiment ces informations-là : vitamines, prévention ? ça reste des choses qui ne sont pas des réflexes même dans des populations privilégiées ?

Dr M : Ah oui, non, non, non. CMV et Toxo, ça je pense quand même mais les autres choses non. Je trouve que c’est important de faire quelque chose quand même.

Melissa : Et en vitamines, vous donnez un complexe de vitamines ou plutôt un complexe ?

Dr M : Moi, je donne un complexe. Je donne l’Omnibionta pronatal. Je ne sais pas pourquoi celui-là, c’est celui que je prenais quand j’étais enceinte et je suis restée là-dessus.

Melissa : S’il y avait une formation sur la consultation préconceptionnelle, pour être par exemple plus exhaustif ou pour avoir plus d’infos, est-ce que vous la suivriez ou vous avez d’autres choses à faire avant ça ?

Dr M : Pourquoi pas, maintenant, il faut voir l’ampleur de la formation. ça pourrait m’intéresser oui mais après, difficile à dire s’il y a d’autres sujets qui m’intéresseraient plus. Mais oui, ça peut être intéressant. Mais du coup, je ne sais pas si on peut faire toute une formation de plusieurs heures. A mon avis, en 2h, pas mal de choses sont déjà dites.

Melissa : Beaucoup de médecins me disent que ce qu’ils aimeraient c’est une sorte de checklist, une sorte de petit mémo.

Dr M : Oui, tout à fait.

Melissa : Ce serait aussi votre cas ?

Dr M : Oui, ça m’intéresserait. C’est sûr. C’est sûr, comme ça, on n’oublie rien. Savoir ce qu’il faut cocher dans la bio, savoir ce qu’il faut recommander. Non, c’est une bonne idée.

Melissa : Et cette checklist devrait être validée par qui idéalement ?

Dr M : Je ne sais pas. Ce qui serait bien c’est un groupe médecins généralistes-gynécologues.

Melissa : Est-ce que vous trouvez que les gynécos sont suffisamment dispo ? Vous parvenez à les avoir quand vous souhaitez leur poser une question ?

Dr M : Oui, quand même. Oui, en général, j'y arrive.

Melissa : Est-ce que vous pensez que les **délais pour voir les gynéco** sont un frein à la consultation préconceptionnelle ?

Dr M : Oui, je pense. **Quand les gens se décident, ils ont envie de s'y mettre et encore attendre 2-3 mois avant de se lancer, c'est parfois pénible.** J'ai déjà remarqué ça quand j'ai parfois des petites dames qui n'ont pas été vaccinées contre la rubéole, je dis "Beh écoutez, il faut encore vous vacciner et quelques mois plus tard, vous pourrez vous y mettre." Déjà là, ça les embête. **Mais oui, je pense que c'est un frein, certainement.**

Melissa : Est-ce que vous pensez qu'un jour le suivi des grossesses normales pourrait se faire au niveau de la première ligne soit par les sages-femmes soit par les médecins généralistes ? Ou le fait de ne pas avoir d'appareil d'écho, ça vous fait dire non ?

Dr M : En fait, pourquoi pas. Moi, je trouve qu'on ne fait bien que ce qu'on fait souvent et on a déjà tellement de choses à faire que moi, je ne serais pas à l'aise en tout cas. Peut-être que je n'ai pas un tropisme assez élevé dans ce domaine-là. De faire le suivi etc, j'ai l'impression que je ne serais pas assez compétente. Après c'est une histoire de formation à nouveau. Mais je pense qu'on peut faire un suivi sans écho, sans que ce soit nous, les médecins généralistes qui fassions l'écho. En gardant les 3 écho chez le gynéco. Mais moi, j'avoue, je ne serais pas très à l'aise parce que voilà, les gynécos sont là pour ça, les sages-femmes aussi. Je ne vois pas tellement. Je trouve que comme c'est actuellement c'est bien je trouve. Je ne trouve pas que c'est notre place mais après, je sais que ça a déjà été proposé que ça se fasse en médecine générale mais après, on a déjà tellement de choses !

Melissa : C'est plutôt un manque de temps ?

Dr M : Un manque de temps et je ne me trouverais pas assez compétente.

Melissa : Et vous pensez que les patients seraient rassurés, qu'ils ne manqueraient pas de réassurance en ayant pas une écho à chaque fois ? Que ce serait un problème ou pas ?

Dr M : Les gynécos ne font pas toujours un écho, ça dépend des gynécos. Ce n'est pas systématique. En privé, j'ai l'impression qu'ils font plus d'échos. Mais, moi par contre, je pense que les gens, mais je peux me tromper, ne seraient peut-être pas ... il n'y a rien à faire, le gynéco c'est une institution, il est là pour le suivi des grossesses. Donc, je ne vois pas la place du médecin généraliste là-dedans. Moi en tant que patiente en tout cas, je ne serais pas à l'aise d'aller chez mon généraliste pour ça. Je trouve que c'est du ressort du gynéco.

Melissa : Quand on vous pose des questions spécifiques à la grossesse, que la patiente vient pour autre chose mais qu'elle a des questions, vous êtes à l'aise ou ça dépend ?

Dr M : En général, oui. ça dépend. Je réfléchis. S'il y a un souci comme une cholestase gravidique, là je vais joindre le gynéco. Mais ça va, je suis à l'aise.

Melissa : Qu'est-ce qu'on pourrait mettre en place pour que les gens pensent plus à la consultation préconceptionnelle, à se dire avant d'essayer "Je vais aller voir un docteur, gynéco ou généraliste ou sage femme." ?

Dr M : Une petite affiche dans la salle d'attente.

Melissa : Ce serait suffisant pour éveiller la curiosité ?

Dr M : Je pense. Ou alors, ce qui marche très bien ce sont les **publicités à la télé ou à la radio avec une petite phrase clé “envie d’un enfant, consultez votre gynéco ou votre généraliste avant, il y a des choses à faire.”** Enfin, voilà. Regarde, pour le vaccin pour la méningite, c’est passé à la télé et donc il y avait beaucoup plus de gens qui s’y intéressaient.

Melissa : Est-ce qu’on devrait créer de l’information qui circulerait sur les réseaux sociaux ?

Dr M : Pourquoi pas. **Maintenant, ce qu’il faudrait faire comme étude, mais je pense que oui, mais est-ce qu’il y a une réelle plus-value à faire des consultations préconceptionnelles ? Ce serait le sujet d’un autre TFE. Mais, est-ce qu’il y a vraiment un plus à le faire ? Voilà, c’est une autre question.**

Melissa : C’est vrai. Les gynécos interrogés sont excessivement favorables à la consultation préconceptionnelle et disent que ça impacte énormément la grossesse et l’après grossesse.

Dr M : Oui, c’est ça. Du coup, un suivi de grossesse se passe peut-être mieux chez quelqu’un qui a fait cette consultation, on a peut-être prévu plusieurs choses à l’avance.

Melissa : Mais vous, vous pensez que ça change quelque chose de faire ces consultations ?

Dr M : Ah, moi, je trouve ça bien ! Je trouve ça bien.

Melissa : Vous trouvez que cette prévention devrait être aussi importante que les autres préventions qu’on fait ?

Dr M : Beh oui, pourquoi pas.

Melissa : Pour que le médecin généraliste y pense, qu’est-ce qu’on pourrait envisager ?

Dr M : Je réfléchis. En parler à 16 ans, quand on fait le vaccin, c’est un peu tôt je trouve. **En fait, le problème, c’est qu’on ne voit pas toujours ces jeunes femmes entre 20 et 30 ans. Je ne sais pas. Oui bien, comme tu dis, l’incorporer dans la prévention en fonction de l’âge. On rajoute ça. Autant, on pense aux MST pour les jeunes, autant on pourrait avoir cette question en plus.**

Melissa : ça devrait apparaître comme un rappel dans le logiciel médical comme pour les vaccins et les dépistages ?

Dr M : Ah oui, pourquoi pas. Pourquoi pas.

Si la jeune a 18 ans, pourquoi pas, lui en toucher un mot. Et ce serait bien aussi une prévention au niveau médicamenteux parce que nous, on est censés, quand on a une jeune femme en âge de procréer devant nous, on doit toujours prescrire, de principe, comme si elle était enceinte. On doit toujours penser comme ça. Donc, ce serait bien de donner l’information aussi, dire “Attention si vous avez des projets de grossesse, attention à ce médicament.” ça, ça peut se faire lors de la consultation aussi, c’est important. En général, elles le savent mais voilà.

Melissa : Est-ce que pour vous le médecin généraliste a plus d’occasions de faire cette consultation préconceptionnelle ? Ou finalement, est-ce que cette consultation préconceptionnelle relève plus du gynéco ou de la sage-femme ?

Dr M : Alors, je trouve que ça relève autant du généraliste que du gynéco et de la sage-femme mais par contre, je trouve qu'on a moins l'occasion que le gynéco qui voit la patiente une fois tous les ans ou tous les 3 ans pour le frottis. Et du coup, ça fait partie de la consultation gynéco d'en parler, "Tiens, vous avez des projets d'enfants ? Toujours le même partenaire ?". Je pense que dans une consultation de gynéco, c'est d'office amené. Je me rappelle pour moi, ma gynéco m'avait dit "Le jour où vous voulez être enceinte, venez me voir avant qu'on fasse une consultation". Donc j'avais ça dans la tête et j'ai été la voir avant.

Melissa : Donc, les gynécos prennent ce temps-là ?

Dr M : La mienne en tout cas oui.

Melissa : Et vous pensez que les gens vont plus voir le gynéco pour poser leurs questions avant de concevoir ?

Dr M : Oui, je pense.

Melissa : Ils ont plus confiance ?

Dr M : Pas qu'ils ont plus confiance mais ils se disent que c'est le médecin spécialisé dans ce domaine-là donc il en saura peut-être plus que le généraliste. Je pense qu'ils ont confiance en leur généraliste aussi mais que voilà, c'est le domaine du gynéco et ils vont voir la personne qui est spécialisée là-dedans.

Melissa : Est-ce que vous avez des remarques ou des suggestions par rapport à ce sujet ?

Dr M : Non, si tu fais une petite fiche avec ce à quoi il faut penser, je la veux bien évidemment.

Interview Dr N

Avis du Dr N, gynécologue-obstétricien dans la province de Namur, concernant la consultation préconceptionnelle :

(Entretien exploratoire qui m'a permis de préciser la problématique et la question de recherche de mon TFE.)

Melissa : *Quel est votre avis concernant la consultation préconceptionnelle ?*

Dr N :

Il s'agit d'un sujet intéressant.

Très peu de patientes viennent en consultation pour une consultation préconceptionnelle. C'est très rare. Le plus souvent, ce sont les gynécologues qui posent la question d'une grossesse éventuelle à plus ou moins court terme et anticipent en préparant le bon de bio et en expliquant (vitamines, sérologies, etc) en sondant les patientes qui viennent pour des consultations de contrôle ou pour des plaintes spécifiques autres.

Une consultation préconceptionnelle durerait dans l'idéal 50 minutes. Et il faut avoir ce temps là. Ce n'est pas toujours le cas pour les gynécologues ou pour les médecins généralistes. Quand j'ai le temps, je le fais.

On fait très peu de prévention et de manière générale, peu de médecine préventive.

Melissa : *Quels sont les aspects à aborder pour une bonne consultation préconceptionnelle ?*

Dr N :

Les points à aborder lors la consultation préconceptionnelle sont les suivants :

- *nutrition - diététique - activité physique*
- *tabac et alcool*
- *sérologies (toxos, CMV)*
- *statut vaccinal de la femme (coqueluche, grippe)*
- *médications actuelles*
- *vitamines - souvent mal/non prises*
- *perturbateurs endocriniens : interférences majeures avec le système endocrinien*
- *antécédents médico-chirurgicaux (par exemple : antécédent de by pass)*

Avis du Dr O, gynécologue-obstétricien dans la province de Namur, concernant la consultation préconceptionnelle :

Melissa : *Quel est votre avis concernant la consultation préconceptionnelle ?*

Dr O : *C'est un sujet très intéressant. On ne mesure pas à quel point la préconception peut impacter la grossesse et le postpartum.*

Melissa : *Pensez-vous que l'investissement des médecins généralistes pour ces consultations préconceptionnelles puissent être mal pris par les gynécologues ?*

Dr O : *Non, je ne pense pas. Pour certains oui, mais tant pis pour eux. Il y a un moment où il faut reconnaître ce qu'est la première ligne. Et concernant le préconceptionnel, on est vraiment nuls.*

Melissa : *Pourriez-vous lire et commenter la checklist réalisée pour la consultation préconceptionnelle menée par des médecins généralistes ?*

Dr O : *Oui, pas de soucis. Cette checklist doit déboucher sur des actions à la clé. Elle devrait comporter d'emblée des propositions d'actions. Par exemple, dans quel cas un conseil génétique est nécessaire ou à partir de quel BMI, doit-on envoyer chez le diététicien.*

C'est en tout cas une excellente démarche.

Il y a un bouquin qui va sortir, un guide de la consultation prénatale rédigé par l'ONE et le Collège Royal de Gynécologie. Il comportera un chapitre sur la consultation préconceptionnelle. Ce serait bien de le lire dans le cadre de ce travail.

Interview Mme P

Avis d'une sage-femme travaillant en région namuroise

Melissa : *Quels sont votre vécu et votre expérience de sage-femme concernant les consultations préconceptionnelles ?*

Mme P : *Aucun problème pour fixer un moment pour en discuter cependant je précise d'avance que je ne pratique pas de consultation préconceptionnelles.*

Melissa : *Je peux vous demander pour quelle(s) raison(s) vous ne faites pas de consultations préconceptionnelles ?*

Savez-vous si les patients consultent fréquemment les sages-femmes en préconceptionnel ?

Mme P : *Il faut déjà savoir que l'INAMI n'octroie pas aux sages-femmes de code pour la prise en charge de cette activité. Les patientes payent donc l'entièreté de la consultation à leur charge. Ça réduit donc déjà la patientèle d'un point de vue financier.*

Par ailleurs, c'est une pratique que l'on étudie (étudiait ?) peu durant nos études. Il existe des formations pour les sages-femmes, données par notre union professionnelle (upsfb), mais je n'ai pas encore eu l'occasion de la faire. Du coup je ne me sens pas encore à l'aise pour les proposer.

Enfin, j'ai très très peu de demandes (mais je n'en fais pas particulièrement de "pub"). Je me demande si les couples sont vraiment informés que ces consultations existent... Je me demande si les couples consultent plus les gynéco par rapport à leur désir de grossesse (dans les cas physiologiques et pas uniquement dans le cas où ils souhaitent une assistance de type PMA).

Interview Mr Q

Avis d'un homme sage-femme travaillant dans la région namuroise

Melissa : *Quels sont votre vécu et votre expérience de sage-femme concernant les consultations préconceptionnelles ?*

Mr Q : *La préconception est la période durant laquelle un couple s'interroge et se prépare au désir de grossesse. La consultation préconceptionnelle est, à mon sens, surtout « utilisée » comme une consultation liée aux problèmes de fertilité. Mais ce n'est pas uniquement ça... La phase de consultations préconceptionnelles permet de **préparer** afin de **favoriser** la grossesse et de mettre toutes les chances du côté des parents. Selon la littérature, les recommandations pour la consultation préconceptionnelle se situent aux alentours de 3 à 6 mois avant l'arrêt de la contraception. Cette consultation peut être préconceptionnelle pour un premier enfant ou interconceptionnelle en post partum en vue d'une grossesse ultérieure.*

La manière dont je vois ce travail préconceptionnel entre le professionnel de la santé et le couple/la future mère se diviserait en 4 pôles (qui peuvent évidemment être divisés en autant de consultations ou rassemblés au sein de mêmes consultations).

- *La rencontre (anamnèse générale et ciblée sur les antécédents, les assuétudes)*
- *L'entretien psycho-social*
- *La consultation d'éducation – conseils (où seront réalisés les différents examens nécessaires)*
- *La consultation d'interprétation des résultats et d'évaluation des différents conseils*

La première consultation, au même titre qu'en consultation prénatale : la rencontre avec la future mère/ les parents. Cette consultation prend d'autant plus de sens ici en préconceptionnel du fait que des parents qui souhaitent rencontrer un professionnel en préconceptionnel, véhiculent soit énormément de craintes, pour lesquelles le professionnel devra se montrer très attentif et veiller à rassurer les parents ; Soit sont en incapacité à procréer, dans ce cas le professionnel devra expliquer les options préconisées avant qu'ils ne soient amenés à se tourner vers la PMA.

Durant cette consultation une anamnèse sera réalisée, de manière approfondie reprenant les antécédents pouvant affecter une grossesse, ou tout autre facteur pouvant influencer la procréation. Comme dans toutes consultations, la première est le moment de la création du lien entre le professionnel et la future mère/ le couple

La second pôle (pouvant être couplé à la première consultation) serait plutôt basé sur l'entretien psycho-social de la mère/ des futurs parents. Les motivations de la consultation seront très rapidement signifiées par les parents. Cette évaluation psychologique n'est en aucun cas un jugement de valeurs, ... Il permet simplement de mieux cerner et cibler la demande. De plus en communiquant avec les parents, dans le cas d'un problème de fertilité, un souci pourrait être mis en évidence de manière plus simple. L'évaluation globale psychologique des parents permettra entre autres une meilleure orientation pour le professionnel. Un « traitement » de PMA n'est pas quelque chose à prendre à la légère, c'est un traitement coûteux qui **peut vraiment aider** des parents qui en **ont besoin**, qui le **veulent** et qui savent ce que cela implique et qui **sont conscients**. En aucun cas un professionnel ne devra refuser des soins (par exemple de PMA), mais dans certains cas, cette première consultation permettra de conscientiser peut-être certains parents n'imaginant pas ce qu'un enfant implique, ce qu'un traitement implique.

La consultation permettra aussi au professionnel de voir la capacité d'accueil que peuvent avoir les parents pour un futur enfant. Un couple potentiellement mal préparé, devra peut-être être redirigé vers un psychologue (ou autre) afin de régler des problèmes sous-jacents. Cette consultation est là pour évaluer la manière dont le couple appréhende la venue d'un enfant et des conséquences que cela implique. C'est pourquoi la sage-femme doit être capable d'orienter son discours et ses conseils en tenant compte de chaque situation particulière, sans juger mais avec une faculté d'« analyse » appropriée, de telle sorte que si des traitements doivent être envisagés, les parents soient parfaitement conscients de ce qui les attend. Le point de vue psychologique est aussi très important surtout chez les Sages-Femmes, car dans certains cas particuliers/isolés, le « souci » d'une infertilité peut être lié à l'état psychologique des parents. Le professionnel joue donc ici un rôle primordial qui consiste à rassurer, donner confiance et soutenir autant que possible les parents dans leur futur rôle.

La seconde consultation, nous amène au 3ème pôle qui est le pôle « préparation ». Le professionnel a avant tout un rôle éducatif concernant la sexualité. Certaines maladies sexuellement transmissibles peuvent amener une infertilité. Tout l'intérêt d'une éducation afin d'éviter la transmission de MST (via l'utilisation de préservatif, du dépistage, ...). Durant cette consultation une explication de différentes choses à mettre en place sera apportée dans un objectif de préparation à la procréation.

Selon ce qui aura été mis en évidence durant la première consultation, certains examens pourront être prescrits (prise de sang, analyse sérologique, analyse de sperme, hystérocopie,...). Ces examens permettront de confirmer certains diagnostics éventuels et amener le professionnel à rediriger les parents vers les centres de procréation, ou au contraire de les exclure et de rassurer les parents sur leur capacité à procréer.

Causes principales d'infertilité :

- Age supérieur à 35 ans

- Facteurs tubo-péritonéal
- Endométriose
- MST
- Maladies chroniques (diabète, maladie thyroïdienne, ...)
- Altération du tractus génital
- Trouble de l'érection
- Anomalies du méat urinaire
- ...

Une des premières choses expliquées par le professionnel à mettre en place à la suite de cette consultation sera la prise d'acide folique, éventuellement d'iode.

Des conseils favorisant la fécondation pourront être apportés par la Sage-Femme comme le moment du cycle où la mère est la plus féconde, le fait d'avoir des rapports sexuels de manière régulière, de rester allongée 15 à 20 minutes après un rapport. Mais avant ça, que la contraception doit être arrêtée (stérilet, pilule, ...). Dans les conseils donnés à la mère durant cette consultation, seront présents les conseils habituels de consultation prénatale : arrêt du tabac, alcool, drogues, produits toxiques, consultation auprès de tabacologue, psychologue, ...

Enfin la troisième et dernière consultation permettra d'interpréter des résultats et d'évaluer les effets consécutifs des différents conseils et de l'éducation réalisée, pour en mesurer l'efficacité. L'interprétation des examens pourrait mettre en évidence un problème d'infertilité et cibler le problème. La consultation permettra aussi de constater les effets favorables ou non des conseils éducatifs donnés à la consultation précédente. C'est pourquoi on préconise généralement plusieurs mois entre ces deux consultations. Ceux-ci sont la plupart du temps suffisants pour amener les futurs parents à avoir un « déclic » et à une procréation, l'intervention médicale reste statistiquement peu fréquente sur l'ensemble des désirs de grossesse.

Si un problème est décelé aux différents examens effectués, la 3^{ème} consultation sera réalisée plus rapidement durant laquelle toute l'explication de la PMA sera apportée aux futurs parents. Le professionnel redirigera alors vers le spécialiste compétent.

*Dans la préconception la Sage-Femme a un rôle préparatoire à la conception et permet de rediriger les parents ayant besoin d'un accompagnement de PMA vers les spécialistes de la fertilité. **Cela permet***

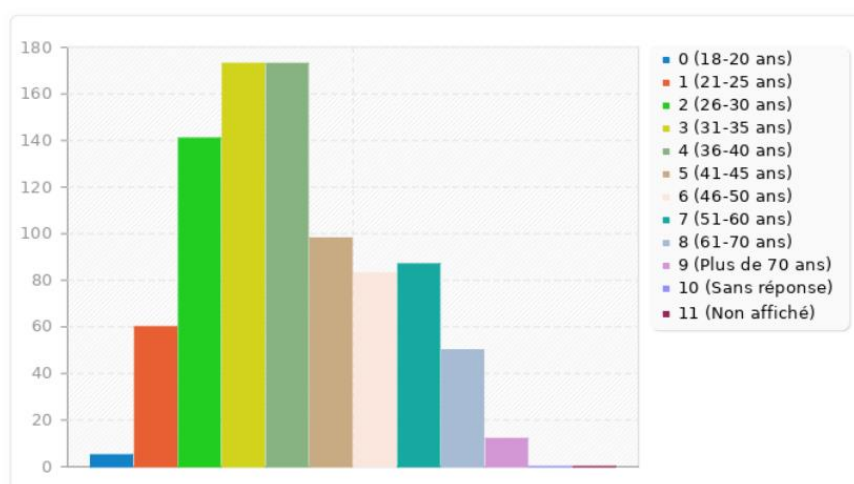
de dégrossir les consultations en PMA qui sont pleines à craquer, de préparer le terrain, et de solutionner des problèmes qui peuvent l'être sans l'intervention médicale. A l'heure actuelle, peu de préconceptionnel est réalisé. Soit nous (les sages femmes et gynécologues), en post partum, sur le moyen DE NE PAS avoir d'enfant, ou en prénatal sur le moment où la grossesse est déjà lancée. Le système de PMA est principalement du préconceptionnel posant soucis ; problème de fertilité, mère seule, ...

Annexe 7. Résultats du questionnaire Lime Survey diffusé du 08/04/2022 au 20/04/2022

Quel âge avez-vous ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
18-20 ans (AO01)	5	0.57%
21-25 ans (AO02)	60	6.80%
26-30 ans (AO03)	141	15.99%
31-35 ans (AO04)	173	19.61%
36-40 ans (AO05)	173	19.61%
41-45 ans (AO06)	98	11.11%
46-50 ans (AO07)	83	9.41%
51-60 ans (AO08)	87	9.86%
61-70 ans (AO09)	50	5.67%
Plus de 70 ans (AO10)	12	1.36%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

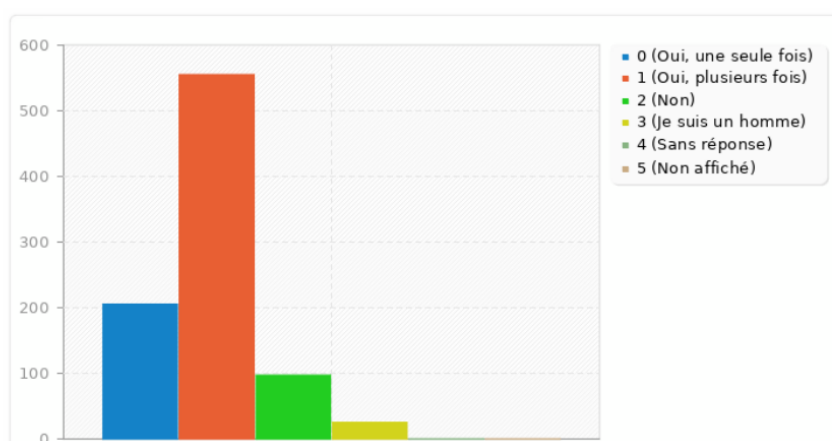
Quel âge avez-vous ?



Avez-vous déjà été enceinte ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, une seule fois (AO01)	205	23.24%
Oui, plusieurs fois (AO02)	555	62.93%
Non (AO03)	97	11.00%
Je suis un homme (AO04)	25	2.83%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Avez-vous déjà été enceinte ?

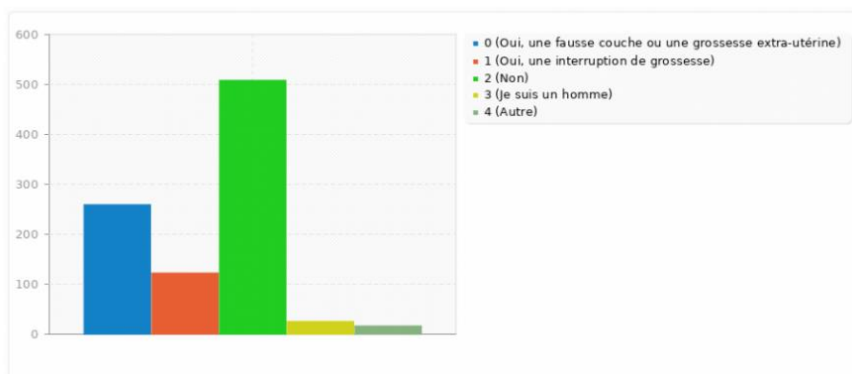


Avez-vous déjà fait une fausse couche, ou une grossesse extra-utérine ou une interruption de grossesse (quelle que soit la raison) ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, une fausse couche ou une grossesse extra-utérine (SQ001)	259	29.37%
Oui, une interruption de grossesse (SQ002)	122	13.83%
Non (SQ003)	508	57.60%
Je suis un homme (SQ004)	25	2.83%
Autre	16	1.81%

Identifiant (ID)	Réponse
142	Interruption « forcée » car le coeur de mon bb ne battait plus...
222	Img
282	Une grossesse molaire, môle complète
317	2 interruption médicamenteuse
323	Plusieurs fausses couches
467	Oeuf clair
482	J ai également perdu un petit garçon mort ne a 21 semaine
515	Les 2
529	Décès du bébé du à un facteur 8 découvert pd la grossesses
586	Je suis enceinte actuellement pour la première fois. Je suis à 7moi et demi de grosse
699	3 fausses couches
879	5 fausses couches !
938	Bébé mort né
1039	4 fausses couches
1093	Perdu des jumeaux et une petite filles à la naissance
1143	Fiv, ici, insémination

Avez-vous déjà fait une fausse couche, ou une grossesse extra-utérine ou une interruption de grossesse (quelle que soit la raison) ?



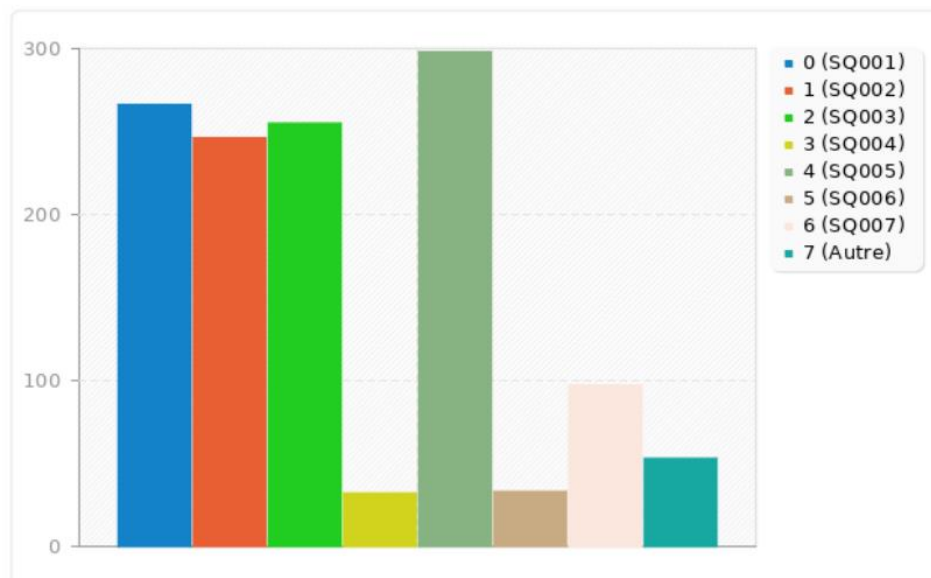
Quel a été le rôle et le suivi de votre médecin GENERALISTE durant votre grossesse ? (plusieurs réponses possibles)

Réponse	Décompte	Pourcentage
Aucun, je ne l'ai pas consulté pendant ma grossesse, je ne voyais que le gynécologue. (SQ001)	266	30.16%
Je le voyais pour des questions sans lien avec la grossesse. (SQ002)	246	27.89%
Je lui posais quelques questions concernant la grossesse mais je posais la majorité de mes questions au gynécologue. (SQ003)	255	28.91%
Je lui posais toutes mes questions concernant la grossesse. (SQ004)	32	3.63%
C'est lui qui a fait la prise de sang pour confirmer la grossesse. (SQ005)	298	33.79%
Je n'ai confiance qu'en mon gynécologue concernant la grossesse. (SQ006)	33	3.74%
Je n'ai jamais été enceinte (SQ007)	97	11.00%
Autre	53	6.01%

Identifiant (ID)	Réponse
11	J'ai vu ma Sage femme et mon gynécologue. Le generalist pour une angine
73	j'ai demandé un arrêt à un moment car trop fatiguée par la grossesse
106	Prise de sang de suivi (toxoplasmose,...)
125	Il m'a également suivie durant mes deux grossesses, en analysant les prises de sangs mensuelles. Je l'ai également consulté lorsque de petites contractions avaient eu lieu avant le terme lots de la première grossesse.
139	Suite à plusieurs fiv, fausses couches mon médecin me faisait mes certificat pour le travail.
189	J'ai pas eu le temps, j'ai appris que j'étais enceinte lors de la fausse couche
220	Pour savoir quels médicaments je pouvais continuer à prendre durant ma grossesse étant asthmatique
222	Suivi et conseil entre les consultations chez le gynécologue
331	Il m'a ouvert les yeux face aux difficultés envisageable d'un suivi fiv et par la suite entendue dans ma douleur et m'a orienté chez un ostéo
337	Toutes les prises de sang de contrôle ont été réalisées chez lui
343	C'est lui qui m'a vu quand je perdais du sang pour la fausse couche et j'ai juste été confirmer à l'hôpital
348	Je ne me suis rendue compte que j'étais enceinte que le jour où j'ai fait une fausse couche et ce jour là je partais en vacances donc je n'ai jamais consulté qu'en revenant de vacances la gynécologue
350	Il est âgé donc pour lui, il s'en fou un peu et est perdu dans tout ça
355	Conseils avant conception
357	Réponse aux questions avant la conception (vaccination covid avant, prise de sang générale avant conception, ...) + réponses aux questions par rapport à l'arrêt de la pillule
380	Je l'ai consulté pour des soucis de tensions et de rhumes. Il a fait mon test de glucose au 5ème mois. Sinon rdv mensuellement chez le gynécologue
396	Prise de sang aussi pour le test génétique
403	1ère grossesse : uniquement médecin généraliste. Je ne lui posais plus de question, il était trop macho. Je me renseignais par la lecture de livres sur le sujet. Les 2 sites grossesses, questions au gynécologue.
482	Il m'a annoncé le sexe de mon bébé via la prise de sang de mes enfants mon médecin est un ami et important pour moi que ce soit lui ????

495	Elle m'a aidé lors de tous les examens pré conception
500	JE SUIS UN HOMME
511	Actuellement enceinte de 28 sa de mon premier et considéré grossesse à risque, j'ai su que j'étais enceinte suite à une visite de contrôle chez le gynécologue (j'étais à 5sa). Je vois mon gynécologue une fois semaine, je n'ai donc pas vraiment besoins de voir mon médecin généraliste pour mes questions.
515	Suivi de mon traitement médicamenteux
585	Homme. Médecin généraliste aucun. Consult andrologue
601	Elle a fait la prise de sang pour confirmer ma grossesse qui n'a pas été concluante
624	Je suis un homme
632	Aucun, je ne faisais qu'un suivis sage-femme et le gynécologue pour les 3 RDV écho. Pour ma première grossesse, uniquement pour prescrire prise de sang
653	Pas eu le temps de lui en parler, la grossesse c'est arrêtée avant
662	Suivi des examens pour vérifier la fertilité
667	C'était une fécondation in vitro
670	Je l'ai consulté lorsque mon test de grossesse a été positif mais il ne m'a pas fait de prise de sang. Durant la grossesse je l'ai vu une fois pour un arrêt de travail car très fatiguée
687	demande de bio complète à mon médecin traitant avant d'envisager la grossesse + consultation gynéco
716	Demande de séances kiné et d'adaptation de poste
738	Suivi sage femme
750	Il a fait un certificat d'absence pour que mon compagnon puisse rester à mes côtés
813	Suivie dans un centre PMA juste consulté une fois pour le taux d'HCG en début de grossesse entre 2 faites en PMA(je redoutais de nouveau une FC donc c'était pour me rassurer
820	C'est mon généraliste qui m'a conseillé l'endroit où avorter, et elle a été d'un grand soutien !
822	Homme
829	Je suis en procédure pma
863	L'ensemble des prise de sang demandées
878	Il a découvert sur j
915	Je suis un homme
940	C'est lui qui m'a donner les résultats de ma prise de sang
943	Lors d'un souci durant ma grossesse, mon Mt a trouvé la solution et m'a sauvé la vie car le soucis n'était pas d'origine obstétrical ce qui obnubilait le gynécologue.
950	C'est lui qui Il m'a accouchée les 2 fois et je n'ai jamais regretté. Il m'a accompagnée toute la nuit pour les 2 [?][?]
967	Prise de sang de contrôle tout au long de la grossesse
1012	c'est à ma généraliste que j'ai chaque fois parlé de mon projet de grossesse. C'est elle qui m'a fait une prise de sang pour déterminer quelles étaient les immunités que j'avais ou pas (CMV, toxoplasmose, varicelle, ...).C'est elle qui m'a conseiller en vitamines, vaccins, ... avant la conception. Une fois le test positif, je me suis dirigé vers ma gynécologue.
1032	Je suis un homme
1057	Mon médecin a assisté à mon opération tellement j'étais paniquée . Il avait fallu une semaine pour le diagnostic de la grossesse extra ut et il y avait du sang dans le cul de sac de Douglas d'où urgence
1089	Uniquement dans le cadre de la prise en charge diabète gesta
1093	Je préfère parle avec mon maidsain mais il et décédé donc plus maidsain malheureusement
1176	Je l'ai vue pour lui faire part de mon intention d'avoir un enfant. Elle m'a px une pds et du Folavit
1222	Il m'a dirigé vers la pma

Quel a été le rôle et le suivi de votre médecin GENERALISTE durant votre grossesse ? (plusieurs réponses possibles)



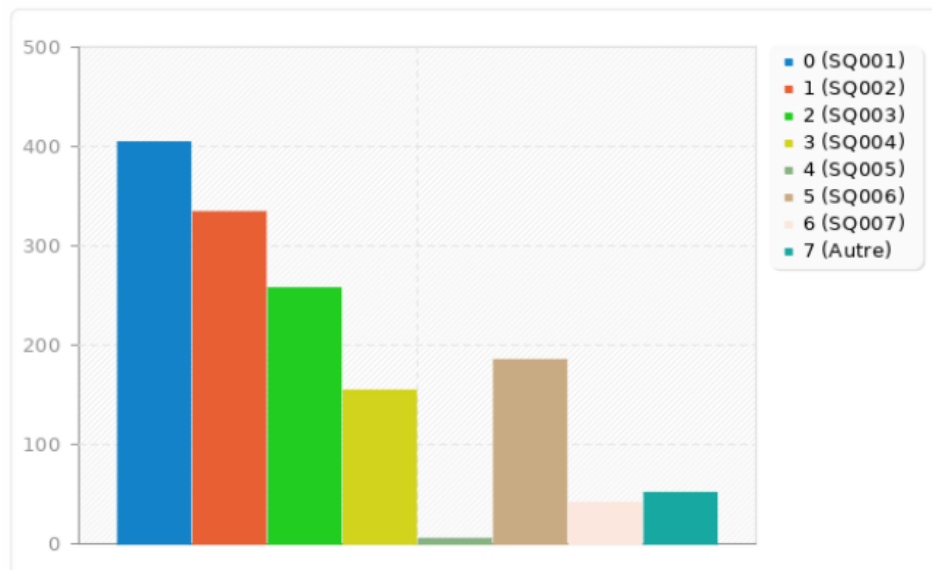
Quel rôle SOUHAITEZ-vous que votre médecin généraliste prenne lors de vos (futures) grossesses ? (plusieurs réponses possibles)

Réponse	Décompte	Pourcentage
Réaliser la prise de sang de confirmation de la grossesse et prises de sang de suivi. (SQ001)	404	45.80%
Pouvoir répondre à mes questions concernant la grossesse. (SQ002)	334	37.87%
Pouvoir répondre à mes questions avant de concevoir un bébé. (SQ003)	257	29.14%
Aucun, je ne consulterais que mon gynécologue. (SQ004)	154	17.46%
Je ne souhaite pas de suivi par le gynécologue, je serais suivie uniquement par mon médecin généraliste. (SQ005)	5	0.57%
Je ne souhaite pas être enceinte (à moyen et long-terme). (SQ006)	185	20.98%
Je ne sais pas. (SQ007)	41	4.65%
Autre	51	5.78%

Identifiant (ID)	Réponse
11	Un suivi par Sage femme c est elle qui devrait être en première ligne pour un suivi de grossesse normal
71	C'est une personne de reference et d aide en plus du gynécologue
96	Je ne souhaite pas que mon médecin généraliste suit ma grossesse c'est le rôle de mon gyne pour moi
102	Gynécologue et Sage Femme !
146	Plutôt pour des questions générales, quels médicaments prendre si on est malade, arrêt maladie si épuisement ou douleurs ou contractions...
179	Peut importe tant que mon bébé se porte bien et qu'il soit suivit sur son évolution
222	Je ne serai plus enceinte
288	Si j'étais en âge d'être encore maman
331	Celui qu il a pris intermédiaire entendant mon mal être et le fait que je n étais pas juste un réceptacle à bébé mais bien un individu avec des maux à prendre en considération
352	Un peu tard pour être à nouveau enceinte mais je pencherais plus pour l'une consultation gynécologique
403	J'ai 63 ans...
449	Prescription médicamenteuse adaptée à la grossesse si besoin
453	J'ai passé l'âge d'être enceinte
465	Vu mon âge il n y aura pas de futures grossesses
467	Trop âgée pour encore concevoir
471	Pour la grossesse je ne consulte pas mon MT par contre c est lui qui suit mon enfant et pas le pediatre
500	JE SUIS UN HOMME

562	Pouvoir répondre questions peut être pas sur la grossesse et le bébé en soi (suivi bébé par gyneco) mais en lien avec la grossesse : quels médicaments sont à éviter ? Quid implications cmv, toxo? — objectif d'information, de prévention mais aussi rassurer la femme enceinte.. première personne de contact car rdv gyneco moins fréquentes (1x/mois
575	Je ne saurais plus avoir d'enfant
581	Je ne serai plus jamais enceinte vu mon âge
586	Mon médecin est une femme , elle répond à toutes mes questions, effectue les prises de sang et à eu suivis avec moi de la grossesse
632	Aucun, je consulterai ma sage femme
707	J ai passe l age
715	Et prise de sang de confirmation
717	Plus d'actualité !
734	Vu que je suis ménopausée, je ne consulterai plus à ce sujet
738	Referer vers les sages femmes qui sont les acteurs de 1e ligne pour la grossesse
758	J ai subi une hystérectomie en juillet 2021
760	je suis ménoposée
761	Dans la mesure où c'est le spécialiste (le gynéco) qui intervient, je ne vois pas l'intérêt de faire appel au généraliste (il devra de toute façon transmettre au gynéco pour suivi). Donc à part des questions générales ou explications complémentaires, comme avec tous les autres spécialistes, je ne vois pas trop son implication
776	Qu'il puisse m'accoucher à domicile
794	Ma gynécologue était et est extra pour le suivi ça suffisait mais si elle était en voyage j'aurais aimé que mon MT puisse me rassurer par exemple
813	Travail de coordination avec le gyneco éventuellement entre 2 RDV
822	Homme
823	Depuis ma première grossesse j'ai décidé d'être suivie par une sage-femme car déçue des suivis trop « cliniques » et désir d'être suivie par un professionnel médical qui considère la grossesse comme un événement physiologique et non une maladie
847	Qu'il puisse m'aiguiller pour l'allaitement si il y a désire et si maladie lors de la grossesse me soigner convenablement
878	Il a découvert que je faisais une pré éclampsie suite a un passage au urgence qui ne me satisfaisait pas.
915	Je suis un homme
950	70 ans, c'est fini et mon Dr est décédé...
963	Trop âgée ????
974	Plus de disponibilité, aujourd'hui ils sont tous débordés et nous envoie trop vite vers des spécialistes.
980	Je n'ai plus l'âge pour être enceinte
1020	Gynécologue ou sage fem
1032	Je suis un homme
1055	Mon médecin ne réalise pas les prises de sang, de plus pour ma prochaine grossesse je souhaite être suivie essentiellement par une sage-femme.
1057	Je n'ai plus l'âge d'être enceinte mais j'ai parfois fait appel à mon médecin traitant pour des questions lors de mes grossesses
1062	Plus de grossesse envisagée
1078	Un peu vieille par contre 7 petits enfants et 3 arrière je réponds pour ma petite fille
1087	Être disponible et aider pour les réponses aux questions grossesses
1103	Nous devons passer par la PMA pour concevoir donc le médecin généraliste n'a pas une place importante
1252	Je consulterais plutôt une sage femme et gynécologues

Quel rôle SOUHAITEZ-vous que votre médecin généraliste prenne lors de vos (futures) grossesses ?
(plusieurs réponses possibles)



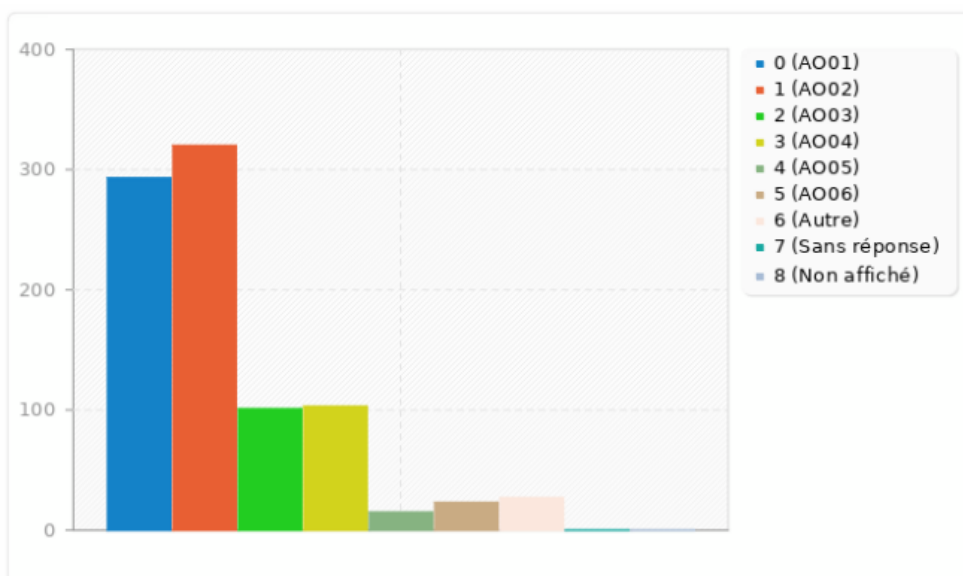
Vous sentez-vous en confiance pour poser vos questions relatives à la (future) GROSSESSE à votre généraliste ou souhaitez-vous avoir l'avis de votre gynécologue uniquement ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, j'ai TOTALEMENT confiance en mon médecin traitant concernant la grossesse. (AO01)	293	33.22%
Oui, j'ai confiance pour certaines questions concernant la grossesse. (AO02)	320	36.28%
Non, je ne fais confiance QU'AU GYNECOLOGUE concernant la grossesse. (AO03)	101	11.45%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste est compétent concernant la grossesse. (AO04)	103	11.68%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste n'est pas compétent concernant la grossesse. (AO05)	15	1.70%
Je ne sais pas. (AO06)	23	2.61%
Autre	27	3.06%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Identifiant (ID)	Réponse
11	La sage femme est la plus compétente pour un suivi de grossesse. Elle prend le temps de répondre à toutes les questions
14	Je ne connais pas bien mon medecin
28	Totalement confiance en mon généraliste qui redirige vers le bon spécialiste s'il n'est pas certain de sa réponse
35	Cela dépend du Generaliste mais bien souvent non compétent
230	Généraliste oui mais pour des questions spécifiques je préfère me référer au gynéco
234	Je pense que le médecin généraliste n'est pas compétent pour tout le suivi d'une grossesse mais qu'il pourra répondre globalement
377	J'ai confiance si elle ne sais pas elle me le dira
443	Ce n'était une question de confiance mais j'étais suffisamment entourée par l'équipe PMA où je pouvais poser toutes mes questions, je n'avais pas besoin de mon généraliste
478	J'ai confiance en mon généraliste mais je pense que chacun a sa spécialité, c'est pour cela que j'ai toujours consulté ma gynécologue
500	JE SUIS UN HOMME ½
511	J'ai une totale confiance en mon médecin traitant sachant que cela fait 21 ans qu'il me suit (j'ai 22 ans). Si je devais changer de médecin il est clair qu'il me faudrait pas mal de temps pour que la confiance s'installe sachant que j'ai un syndrome (sed) et que plusieurs médecins ne croient pas en ce syndrome qui peut pourtant avoir un impact sur la grossesse
562	Oui pour toutes les questions EN LIEN avec la grossesse mais le suivi bébé intra utérin reste selon moi de la compétence d'un gyneco

632	J'ai totalement confiance en mon médecin généraliste mais je consulterai surtout la sage femme et le gyneco pour les échographies
760	Je suis diabétique insulino-dépendant donc il était souhaitable d'être suivi par le gynécologue travaillant avec mon diabéthologue.
761	Impossible de sélectionner parmi les choix proposés: j'ai une totale confiance en mon généraliste et en mon gynéco
813	Je pense pouvoir lui faire confiance mais en même temps chacun sa spécialité. Donc les sujets plus pointus chez le gyneco et les banalités de ma grossesse pourquoi pas le médecin généraliste
823	Je fais confiance en mon médecin généraliste et ma sage-femme
915	Je suis un homme
927	J'ai changer de medecin car elle à pri sa pension, mon nouveau est très bien mais un peu tête en l'air.
974	J'avais confiance car il est lui même papa.
1020	Gynécologue ou sage femme
1032	Je suis un homme
1039	Je ne souhaite plus d'enfant mais je pense que le généraliste est compétent pour des questions "classiques " concernant un suivi de grossesse.
1049	Je trouve que le généraliste a une place dans le parcours de conception de sa patiente car il y'a bcp de facteurs qui rentre en cours et qu'il as les clefs et les infos si il s'intéresse à sa patiente réellement, si le généraliste n'est pas protocolaire...et classificatoire
087	Sans plus
181	Je pense que le généraliste n'est pt pas la bonne personne pour répondre a mes questions concernant une grosse et comme je suis suivie par un gynécologue régulièrement je lui pose les questions a elle

Vous sentez-vous en confiance pour poser vos questions relatives à la (future) GROSSESSE à votre généraliste ou souhaitez-vous avoir l'avis de votre gynécologue uniquement ?



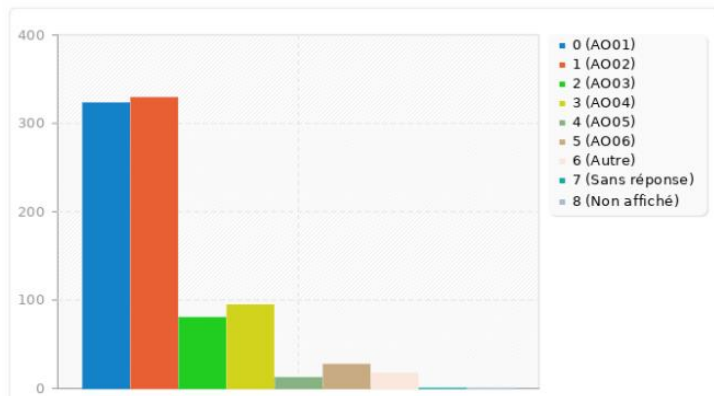
Vous sentez-vous en confiance pour poser vos questions relatives à la période AVANT la CONCEPTION d'un enfant à votre généraliste ou souhaitez-vous avoir l'avis de votre gynécologue uniquement ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, j'ai TOTALEMENT confiance en mon généraliste concernant la période préconceptionnelle. (AO01)	323	36.62%
Oui, j'ai confiance pour CERTAINES questions concernant la période préconceptionnelle. (AO02)	329	37.30%
Non, je ne fais confiance QU'AU GYNECOLOGUE concernant la période préconceptionnelle. (AO03)	80	9.07%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste est compétent pour ces questions AVANT la conception. (AO04)	94	10.66%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste n'est PAS compétent pour ces questions AVANT la conception. (AO05)	12	1.36%
Je ne sais pas. (AO06)	27	3.06%
Autre	17	1.93%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Identifiant (ID)	Réponse
11	Une fois de plus ceci est selon moi le rôle de la SF c est la Pro de la grossesse et la maternité
28	Totalement confiance en mon généraliste qui redirige vers le bon spécialiste s'il n'est pas certain de sa réponse
42	Je n'en souhaite pas d'autre mais j'ai confiance en mon médecin. Et pour des questions nécessitant un avis d'un spécialiste, il me redirigera vers un confrère/ consœur
403	J'ai 63 ans, c'est donc une réponse à relativiser
441	J ai une meilleure relation avec ma généraliste vu que je la vois plus souvent et qu elle me connaît tb.
443	Ce n'était pas une question de confiance mais j'étais suffisamment renseignée par l'équipe de PMA, je n'avais pas besoin de mon généraliste
509	J'allais uniquement chez le gynécologue
556	Je ne souhaite plus d'enfant
562	Je ne penserais pas à poser ce type de questions à mon médecin généraliste. J'aurais tendance à penser que le gyneco sera plus à même de me répondre sur ce type de questions.
630	Pour moi, ce n'est uniquement une question de confiance du patient mais aussi d'attitude du généraliste qui va ou non suggérer le rôle qu'il peut pu non prendre avant,pendant et après la grossesse.
761	idem que précédente...
798	Je me sens tout a fait en confiance de poser les qst relative a la conception a mon MT mais dans un cas particulier comme le mien (difficulté a concevoir et Fausse couche due a l'endometriose) j'ai du me dirigé vers mon gynecologue afin d'avoir une certaine assurance pour la suite d'une future grossesse
823	J'ai choisi une consultation préconceptionnelle avec une sage-femme spécialisée dans ce domaine
1049	Je n'ai plus confiance en la médecine protocolaire de ces derniers années, mon vieux médecin de famille me manque, il avait un intérêt pour moi
1052	Les deux sont pour moi compétents dans cette matière mais le gynécologue garde une place importante dans ce rôle.
1252	J'irais plus vers une sage femme

Résumé pour Q8

Vous sentez-vous en confiance pour poser vos questions relatives à la période AVANT la CONCEPTION d'un enfant à votre généraliste ou souhaitez-vous avoir l'avis de votre gynécologue uniquement ?



Confiance concernant les questions relatives à la grossesse chez les patients ayant déjà connu au moins une grossesse

Vous sentez-vous en confiance pour poser vos questions relatives à la (future) GROSSESSE à votre généraliste ou souhaitez-vous avoir l'avis de votre gynécologue uniquement ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, j'ai TOTALEMENT confiance en mon médecin traitant concernant la grossesse. (AO01)	257	33.82%
Oui, j'ai confiance pour certaines questions concernant la grossesse. (AO02)	269	35.39%
Non, je ne fais confiance QU'AU GYNECOLOGUE concernant la grossesse. (AO03)	93	12.24%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste est compétent concernant la grossesse. (AO04)	95	12.50%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste n'est pas compétent concernant la grossesse. (AO05)	9	1.18%
Je ne sais pas. (AO06)	17	2.24%
Autre	20	2.63%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Confiance concernant les questions relatives à la grossesse chez les patients n'ayant pas encore connu de grossesse

Vous sentez-vous en confiance pour poser vos questions relatives à la (future) GROSSESSE à votre généraliste ou souhaitez-vous avoir l'avis de votre gynécologue uniquement ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, j'ai TOTALEMENT confiance en mon médecin traitant concernant la grossesse. (AO01)	36	29.51%
Oui, j'ai confiance pour certaines questions concernant la grossesse. (AO02)	51	41.80%
Non, je ne fais confiance QU'AU GYNECOLOGUE concernant la grossesse. (AO03)	8	6.56%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste est compétent concernant la grossesse. (AO04)	8	6.56%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste n'est pas compétent concernant la grossesse. (AO05)	6	4.92%
Je ne sais pas. (AO06)	6	4.92%
Autre	7	5.74%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Confiance concernant les questions relatives à la préconception chez les patients ayant déjà eu une grossesse

Vous sentez-vous en confiance pour poser vos questions relatives à la période AVANT la CONCEPTION d'un enfant à votre généraliste ou souhaitez-vous avoir l'avis de votre gynécologue uniquement ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, j'ai TOTALEMENT confiance en mon généraliste concernant la période préconceptionnelle. (AO01)	274	36.05%
Oui, j'ai confiance pour CERTAINES questions concernant la période préconceptionnelle. (AO02)	287	37.76%
Non, je ne fais confiance QU'AU GYNECOLOGUE concernant la période préconceptionnelle. (AO03)	69	9.08%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste est compétent pour ces questions AVANT la conception. (AO04)	86	11.32%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste n'est PAS compétent pour ces questions AVANT la conception. (AO05)	7	0.92%
Je ne sais pas. (AO06)	21	2.76%
Autre	16	2.11%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Confiance concernant les questions relatives à la préconception chez les patients n'ayant pas encore connu de grossesse

Vous sentez-vous en confiance pour poser vos questions relatives à la période AVANT la CONCEPTION d'un enfant à votre généraliste ou souhaitez-vous avoir l'avis de votre gynécologue uniquement ?

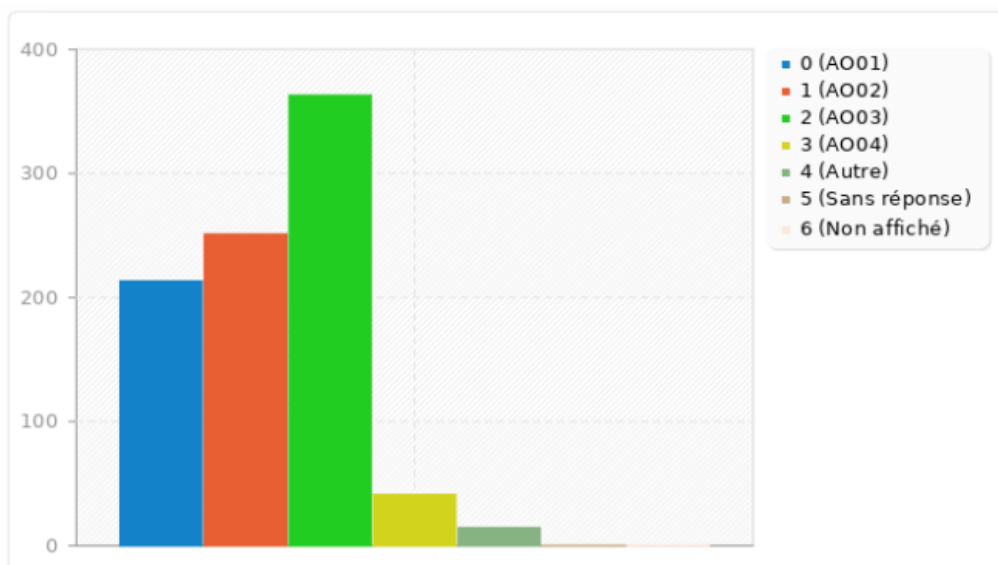
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, j'ai TOTALEMENT confiance en mon généraliste concernant la période préconceptionnelle. (AO01)	49	40.16%
Oui, j'ai confiance pour CERTAINES questions concernant la période préconceptionnelle. (AO02)	42	34.43%
Non, je ne fais confiance QU'AU GYNECOLOGUE concernant la période préconceptionnelle. (AO03)	11	9.02%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste est compétent pour ces questions AVANT la conception. (AO04)	8	6.56%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste n'est PAS compétent pour ces questions AVANT la conception. (AO05)	5	4.10%
Je ne sais pas. (AO06)	6	4.92%
Autre	1	0.82%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Pensez-vous qu'il est facile/rapide d'obtenir un rendez-vous chez votre gynécologue AVANT la CONCEPTION de votre enfant ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui. (AO01)	213	24.15%
Non. (AO02)	251	28.46%
Je pense qu'il est plus facile/rapide de voir le généraliste pour poser ses questions AVANT la CONCEPTION. (AO03)	363	41.16%
Je ne sais pas. (AO04)	41	4.65%
Autre	14	1.59%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Identifiant (ID)	Réponse
11	Chez la SF... ????
127	Oui, en planning familial, moins dans le privé
193	Je pense qu'il est plus facile d'avoir un rendez-vous chez le médecin généraliste mais qu'il est optimal d'avoir un consultation chez le gynécologue pour un examen complet.
222	Il y a 20 ans oui, maintenant, je ne sais pas. Ça dépend des médecins.
235	J ai eu vite un rendez vous car il y avait une annulation
350	Faut pas vouloir un enfant dans l'es semaine à venir
355	J'avais profité de mon rdv annuel avec le gynéco pour mes questions. Les autres questions, je les ai posées au médecin traitant
478	Perso, a part le rdv annuel pour contrôle, je n'ai jamais consulté ma gynécologue avant de concevoir mes enfants
500	JE SUIS UN HOMME
562	De manière générale je pense qu'il est plus facile d'avoir rendez vous chez un médecin traitant que chez son gyneco.. l'idée de passer par le médecin traitant peut être une bonne idée à condition de pouvoir recevoir le même type d'informations que celles données par gyneco..
630	Pour peu qu'on puisse se déplacer vers des hôpitaux universitaires qui offrent davantage de services et où les délais sont généralement moins longs.
761	évidemment puisqu'en principe on est suivie régulièrement...
823	Non il n'est pas du tout facile d'obtenir un rendez-vous preconceptionnel avec un gynécologue. Il faut souvent des mois d'attentes (j'ai tenté plusieurs prises de rendez-vous chez plusieurs gyneco différents et je suis très déçue du peu de disponibilité de ces spécialistes. J'ai donc préféré consulter chez une sage-femme
974	En fonction de la raison des consultations, ils savent quand même vous recevoir quand il faut.

Pensez-vous qu'il est facile/rapide d'obtenir un rendez-vous chez votre gynécologue AVANT la
CONCEPTION de votre enfant ?



Avez-vous ou allez-vous demandé/er des conseils spécifiques pour la période de CONCEPTION à votre GENERALISTE ?

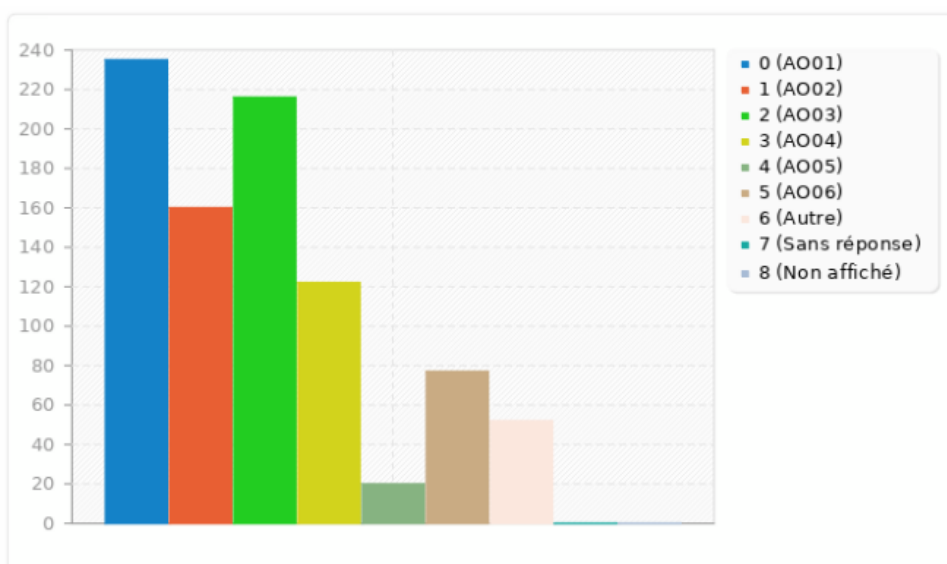
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, j'ai déjà/je vais demandé/er conseil à mon généraliste. (AO01)	235	26.64%
Oui, je n'hésiterai pas. (AO02)	160	18.14%
Non, je demanderai(s) exclusivement au gynécologue. (AO03)	216	24.49%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que le généraliste peut conseiller pour la conception. (AO04)	122	13.83%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense que SEUL le gynécologue peut conseiller pour la conception. (AO05)	20	2.27%
Je ne sais pas. (AO06)	77	8.73%
Autre	52	5.90%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Identifiant (ID)	Réponse
11	La sage femme incroyable de ne pas l'intégrer
23	Je n'ai jamais demandé
42	J'en ai parlé dans le cadre de l'endométriome. Mais il m'avait bien expliqué que même si difficile, des tas de femmes souffrant de cette maladie réussissent à tomber enceinte, je ne l'avais pas écouté et suis tombé enceinte 12 ans plus tard
90	Je n'ai pas besoin de conseils pour concevoir
102	Non je n'ai pas besoin de poser des questions
127	Je ne veux pas d'enfant mais j'ai l'impression que mon généraliste n'aura pas de conseils spécifiques préconception
138	Non je n'ai rien demandé du tout ni au médecin ni au gynécologue.
139	Je suis suivie en Pma
210	Non venue naturelle et surprise
230	J'ai des problèmes pour concevoir un enfant donc exclusivement mon gynéco
297	Ça ne m'est jamais venu en tête de poser des questions pour la période de conception.
323	Ayant eu un parcours difficile pour concevoir.. je préfère me renseigner auprès de mon gynéco
332	A aucun des 2
335	Je n'ai jamais demandé de conseils avant conception
352	A l'époque, je ne lui en ai pas posé à ce sujet
355	Non
377	Oui car je prends d'autres médicaments

382	Ayant déjà un enfant, je ne pense pas avoir encore des questions à poser concernant la période de conception sauf si cela ne fonctionne pas après un an. Dans ce cas, je me tournerai vers mon gynécologue.
384	Je n'ai pas dû passer par cette étape.
424	Non, je n'ai demandé de conseil à personne
478	Non jamais demandé non plus
483	pas besoin pour ma part (je suis gynéco :))
500	JE SUIS UN HOMME 1
525	Non je n'ai rien demandé à personne
528	Je n'ai jamais posé de question pour la conception
562	Je n'ai pas pensé à demander ce genre d'infos à mon médecin généraliste mais je n'y vois pas d'inconvénients pour autant que les infos données soient égales à celles données par gynéco
586	Je suis tombée enceinte malgré ma contraception
632	Non, je ne demanderai pas
639	Ok aussi à mon généraliste
656	Ça c'est fait sans devoir poser de questions ?????
666	Pas d'avis de médecin pour la conception, mais il y a 48 ans !!!
687	si besoin, oui
716	Pas besoin je connais mon cycle
738	Non sage femme

748	Non
761	je n'ai demandé ni à l'un ni à l'autre
784	Si j'ai une raison de consulter mon generaliste, je lui en parlerai
813	Non pas forcément mais parcours PMA donc plus spécifique (.(couplée homo) équipe pluridisciplinaire avec un suivi plus que regulier
818	Je n'ai pas eu besoin de conseils
842	Je n'aurais plus d'enfants
898	Non et je ne pense pas demander non plus au gynécologue
915	Je suis un homme je n'ai rien demandé à personne
938	À aucun
974	Je ne voulais pas me mettre la pression. Il m'a fallu 6 mois après l'arrêt de la pilule pour être enceinte et c'est ce que le médecin m'avait signalé.
1049	Je demanderais à un médecin fonctionnel
1125	Suis un homme
1132	Je ne demanderai pas de conseil
1190	Non, pour concevoir pas besoin de poser des questions à mon âge.
1222	Étant suivie en pma, c est la gyne qui se chargeait de tout
1230	Non car c'est venu naturellement sans complications maintenant si le désir était la mais que l'enfant n'arrivait pas la j'aurais poser des questions
1252	Encore une fois pour moi c est le rôle de la sage femme

Avez-vous ou allez-vous demandé/er des conseils spécifiques pour la période de CONCEPTION à votre GENERALISTE ?

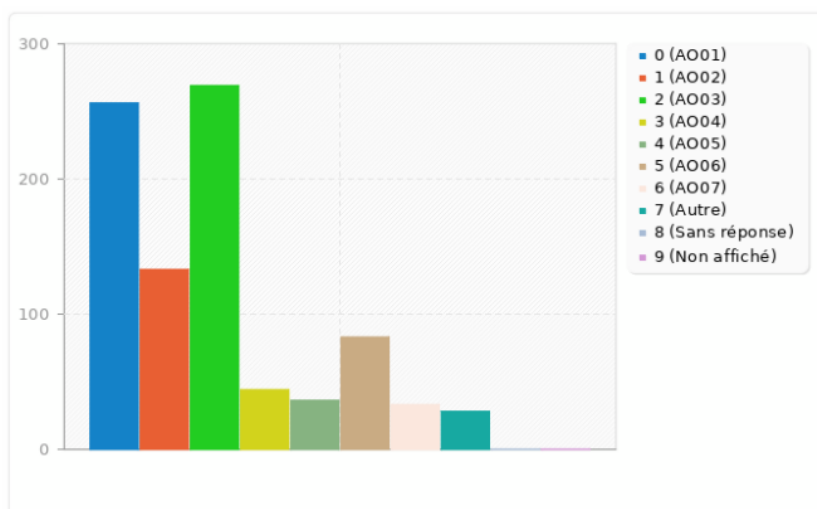


Avez-vous ou allez-vous demandé/er des conseils lors de la période de CONCEPTION à votre GYNECOLOGUE ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, j'ai pris/je prendrai rendez-vous chez le gynéco AVANT d'essayer de concevoir. (AO01)	256	29.02%
Oui, j'ai pris/je prendrai rendez-vous chez le gynéco PENDANT que nous essayons de concevoir. (AO02)	133	15.08%
Non, j'ai vu/je verrai le gynéco pour la première échographie (confirmation de la grossesse chez le gynéco) et PAS AVANT. (AO03)	269	30.50%
Non, je n'ai pas su avoir un rendez-vous chez le gynéco avant de tomber enceinte. (AO04)	44	4.99%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense qu'il faut voir le gynécologue AVANT de concevoir. (AO05)	36	4.08%
Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense qu'il n'est PAS nécessaire de voir le gynécologue avant d'être enceinte pour des conseils pour concevoir. (AO06)	83	9.41%
Je ne sais pas. (AO07)	33	3.74%
Autre	28	3.17%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Identifiant (ID)	Réponse
11	La sage femme sait faire des prise de sang et des échographies
90	Je n'en ai pas besoin
98	J'ai suivi un parcours PMA, donc j'ai eu rdv avec un professeur à Liège.
138	Non.
335	Je n'ai pas pris rendez-vous exprès pour la conception, c'était lors d'un rendez-vous annuel que j'ai posée quelques question .
353	Pas eu l'occasion
382	Je me suis rendue chez mon gynécologue avant de concevoir afin d'effectuer une échographie de contrôle pour voir si tout allait bien, pas pour d'autres questions.
483	pas besoin pour ma part (je suis gynéco :))
494	Non
500	JE SUIS UN HOMME
536	Problème de fertilité qui a mené à une fiv mais une longue période de 5ans 12insiminations et 1 fiv pour avoir mon fils et tjs fait appel exclusivement au gyné
542	Non pas de prise de rdv rapide donc (Medecin).
550	Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense qu'il faut voir le gynécologue ou le généraliste avant de concevoir
562	J'ai profité de mon rendez vous annuel pour discuter de mon désir de grossesse et voir si je devais faire quelque chose en particulier (prise vitamines de grossesse par ex.)
550	Je ne souhaite pas d'enfant mais je pense qu'il faut voir le gynécologue ou le généraliste avant de concevoir
562	J'ai profité de mon rendez vous annuel pour discuter de mon désir de grossesse et voir si je devais faire quelque chose en particulier (prise vitamines de grossesse par ex.)
632	Oui j'ai pris RDV chez la sage-femme avant conception
656	Je ne vous pas bien pq rencontrer pdt la conception ^^ sauf si ça ne fonctionne pas
670	J'avais vu mon gyneco pour retirer mon implant contraceptif et il m'a fait à ce moment là un bilan sanguin de préconception au cas où je tombe enceinte. Je suis tombée enceinte 9 mois plus tard et je ne l'ai revu que pour l'écho de datation. C'est un ami médecin et non mon généraliste qui m'a prescrit la prise de sang confirmant ma grossesse.
761	je l'ai vu pour confirmation, donc bien avant la première écho
786	Non, car bébé surprise donc pas eu le temps de passer par cette étape préconception
789	Exception : si j'avais eu des difficultés pour concevoir, j'aurais fait appel avant la conception.
813	D'office avec mon parcours
915	Non je suis un homme
927	Je fait au fur et à mesure sans prise de tête
1032	Je suis un homme
1039	Je n'ai pas été voir mon gynécologue avant les conceptions car suivi annuel
1087	Je consulterai si la grossesse mets du temps à s'installer

Avez-vous ou allez-vous demandé/er des conseils lors de la période de CONCEPTION à votre GYNECOLOGUE ?



Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)

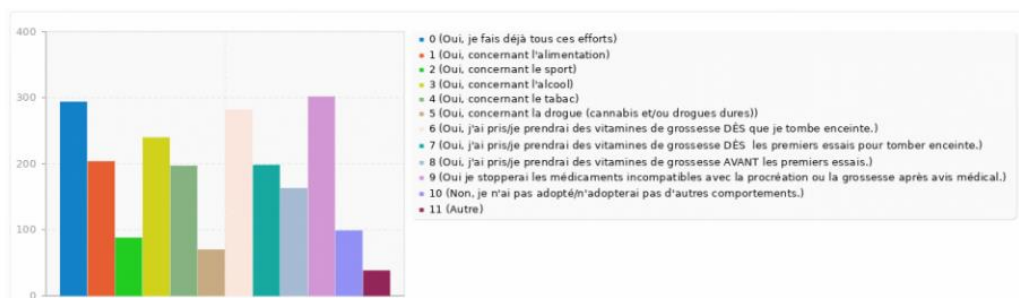
Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, je fais déjà tous ces efforts (SQ001)	293	33.22%
Oui, concernant l'alimentation (SQ002)	203	23.02%
Oui, concernant le sport (SQ003)	87	9.86%
Oui, concernant l'alcool (SQ004)	239	27.10%
Oui, concernant le tabac (SQ005)	196	22.22%
Oui, concernant la drogue (cannabis et/ou drogues dures) (SQ006)	69	7.82%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS que je tombe enceinte. (SQ007)	281	31.86%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS les premiers essais pour tomber enceinte. (SQ008)	197	22.34%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse AVANT les premiers essais. (SQ009)	162	18.37%
Oui je stopperai les médicaments incompatibles avec la procréation ou la grossesse après avis médical. (SQ010)	301	34.13%
Non, je n'ai pas adopté/n'adopterai pas d'autres comportements. (SQ011)	98	11.11%
Autre	37	4.20%

Identifiant (ID)	Réponse
42	Imprévue mais j'ai arrêté de fumer, n'ai plus bu une goutte d'alcool et ai arrêté mon traitement
185	Non-fumeuse
211	Je ne me droguais pas et je n'avais pas de médicaments incompatibles avec la grossesse.
222	Oui, complément acide folique
270	J'étais pas au courant de ces comportements
282	Je n'ai pas été enceinte assez longtemps ????
350	C'est pas un effort, ça doit être une obligation !
379	Je ne pense pas que le sport puisse nuire à la conception, donc je n'arrêterai pas.
391	Je ne sais pas
410	Plus de café
511	Seul l'arrêt du tabac est très compliqué
520	Je suis non fumeuse
550	Je ne souhaite pas tomber enceinte et préférerais personnellement avorter plutôt que changer mon mode de vie. Si je me retrouvais cependant enceinte sans possibilité d'avortement, pas le choix, j'adapterai mon mode de vie

562	Sur base conseils gyneco arrêt pilule avant essai et prise vitamines aussi avant essais
566	Mon alimentation s'est adaptée naturellement lors de mes grossesses.
603	Je ne peux plus tomber enceinte donc la question ne se pose plus
639	(Je ne prends pas de drogue)
666	J'ai fait tout ce qui était demandé
716	J'adapte également les différents produits hygiènes corporels et ménagers, demanderait si mes traitements sont compatibles avec la grossesse/allaitement
761	Etre enceinte n'est pas être malade!!!! Donc, avec bon sens, on élimine le danger (alcool, tabac, médoc...). Pour le reste, on vit!
818	Je ne fume pas, ni ne consomme de drogues
843	Je ne bois pas et fume pas. Donc je n'ai pas du faire des conceptions.
865	Je ne suis pas concerné
905	Je ne consomme pas d'alcool, tabac, drogue
957	Je une vie saine, aucun effort à faire en particulier
958	Je suivrai les conseils de mon gynécologue dès ma 1ere consultation de confirmation de grossesse
966	Je n'ai jamais pris de drogues/alcool/tabac. Concernant le sport, je n'ai pas pu modifier mon comportement et je n'en ai pas fait au début de grossesse, la fatigue était trop intense. Je n'ai pas repris le sport pendant la grossesse mais je restais active dans une moindre mesure (peindre la maison et faire d'autres travaux, faire des courses) ,
1025	Je ne fume pas je ne bois pas je me drogue pas et le sport ses pas mon fort lol

1039	En ce qui concerne la drogue ma réponse est relative à ma première grossesse à l'âge de 20 ans. Dès que j'ai souhaité concevoir, j'ai stoppé mes consommations "recréatives" jamais recommencées par la suite. Je ne consommait déjà pas d'alcool par contre.
1046	Je suis suivie pour une myasthénie donc je dois continuer mon traitement mes je prendrais toute précautions si cela arriverais
1051	Je ne fume pas et me drogue pas, mais concernant l'alcool et l'alimentation je fais plus attention après mon ovulation.
1093	Non je bois pas fume pas nie drogue

Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)



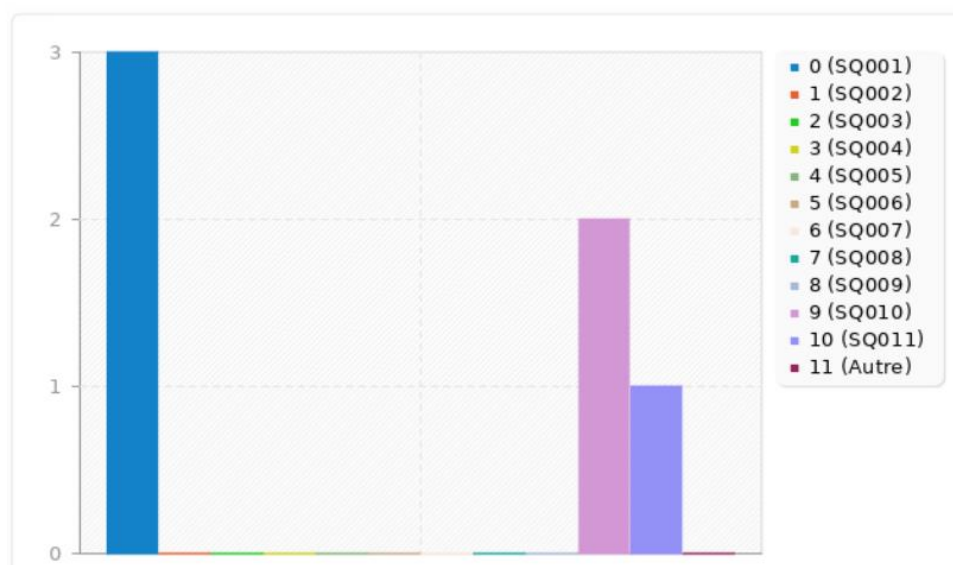
Changements de comportements pour les 18-20 ans

Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, je fais déjà tous ces efforts (SQ001)	3	60.00%
Oui, concernant l'alimentation (SQ002)	0	0.00%
Oui, concernant le sport (SQ003)	0	0.00%
Oui, concernant l'alcool (SQ004)	0	0.00%
Oui, concernant le tabac (SQ005)	0	0.00%
Oui, concernant la drogue (cannabis et/ou drogues dures) (SQ006)	0	0.00%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS que je tombe enceinte. (SQ007)	0	0.00%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS les premiers essais pour tomber enceinte. (SQ008)	0	0.00%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse AVANT les premiers essais. (SQ009)	0	0.00%
Oui je stopperai les médicaments incompatibles avec la procréation ou la grossesse après avis médical. (SQ010)	2	40.00%
Non, je n'ai pas adopté/n'adopterai pas d'autres comportements. (SQ011)	1	20.00%
Autre	0	0.00%

Changements de comportements pour les 18-20 ans

Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)



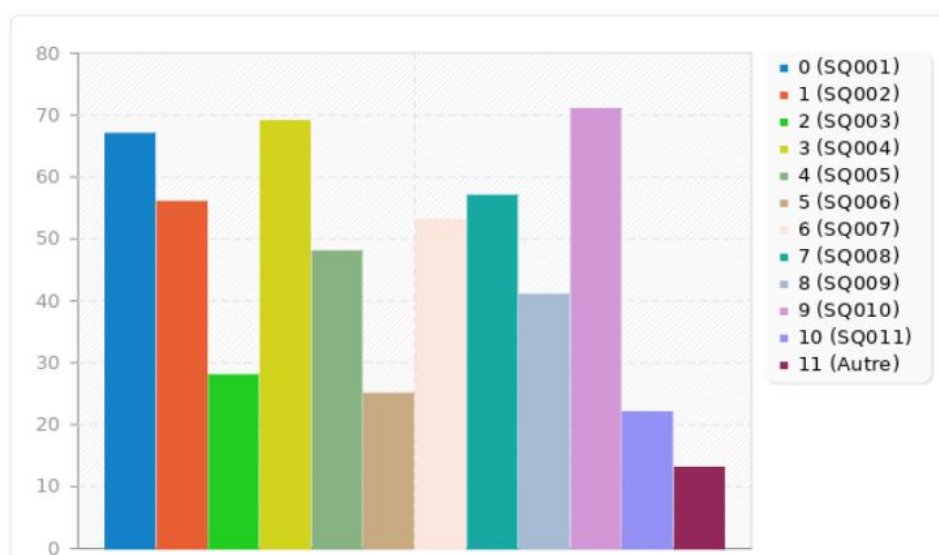
Changements de comportements pour les 21-30 ans

Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, je fais déjà tous ces efforts (SQ001)	67	33.33%
Oui, concernant l'alimentation (SQ002)	56	27.86%
Oui, concernant le sport (SQ003)	28	13.93%
Oui, concernant l'alcool (SQ004)	69	34.33%
Oui, concernant le tabac (SQ005)	48	23.88%
Oui, concernant la drogue (cannabis et/ou drogues dures) (SQ006)	25	12.44%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS que je tombe enceinte. (SQ007)	53	26.37%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS les premiers essais pour tomber enceinte. (SQ008)	57	28.36%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse AVANT les premiers essais. (SQ009)	41	20.40%
Oui je stopperai les médicaments incompatibles avec la procréation ou la grossesse après avis médical. (SQ010)	71	35.32%
Non, je n'ai pas adopté/n'adopterai pas d'autres comportements. (SQ011)	22	10.95%
Autre	13	6.47%

Changements de comportements pour les 21-30 ans

Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)



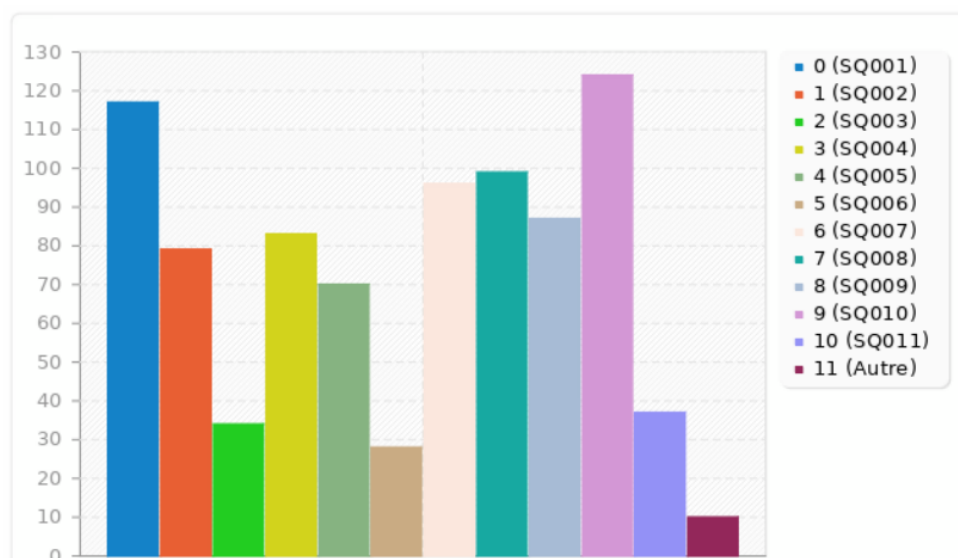
Changements de comportements pour les 31-40 ans

Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, je fais déjà tous ces efforts (SQ001)	117	33.82%
Oui, concernant l'alimentation (SQ002)	79	22.83%
Oui, concernant le sport (SQ003)	34	9.83%
Oui, concernant l'alcool (SQ004)	83	23.99%
Oui, concernant le tabac (SQ005)	70	20.23%
Oui, concernant la drogue (cannabis et/ou drogues dures) (SQ006)	28	8.09%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS que je tombe enceinte. (SQ007)	96	27.75%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS les premiers essais pour tomber enceinte. (SQ008)	99	28.61%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse AVANT les premiers essais. (SQ009)	87	25.14%
Oui je stopperai les médicaments incompatibles avec la procréation ou la grossesse après avis médical. (SQ010)	124	35.84%
Non, je n'ai pas adopté/n'adopterai pas d'autres comportements. (SQ011)	37	10.69%
Autre	10	2.89%

Changements de comportements pour les 31-40 ans

Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)



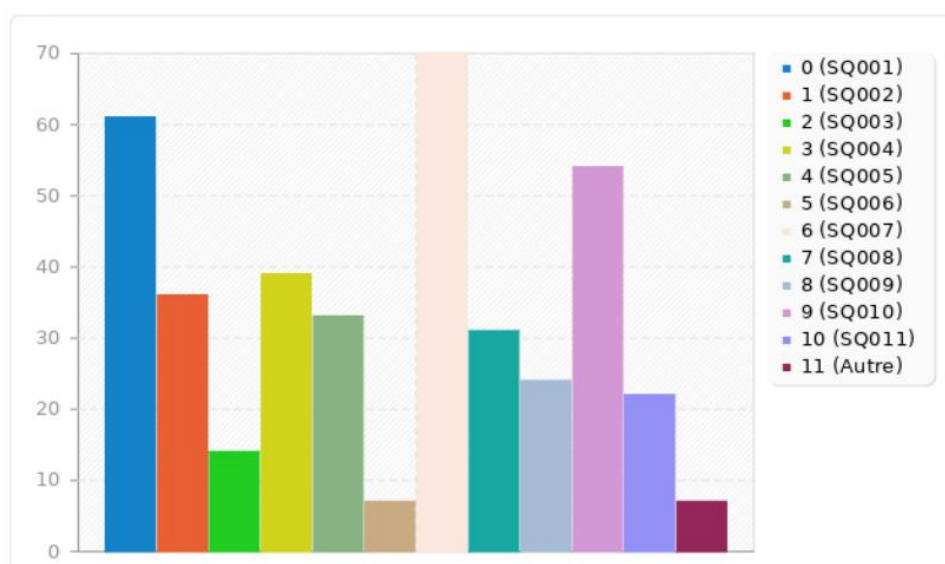
Changements de comportements pour les 41-50 ans

Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, je fais déjà tous ces efforts (SQ001)	61	33.70%
Oui, concernant l'alimentation (SQ002)	36	19.89%
Oui, concernant le sport (SQ003)	14	7.73%
Oui, concernant l'alcool (SQ004)	39	21.55%
Oui, concernant le tabac (SQ005)	33	18.23%
Oui, concernant la drogue (cannabis et/ou drogues dures) (SQ006)	7	3.87%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS que je tombe enceinte. (SQ007)	70	38.67%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS les premiers essais pour tomber enceinte. (SQ008)	31	17.13%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse AVANT les premiers essais. (SQ009)	24	13.26%
Oui je stopperai les médicaments incompatibles avec la procréation ou la grossesse après avis médical. (SQ010)	54	29.83%
Non, je n'ai pas adopté/n'adopterai pas d'autres comportements. (SQ011)	22	12.15%
Autre	7	3.87%

Changements de comportements pour les 41-50 ans

Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)



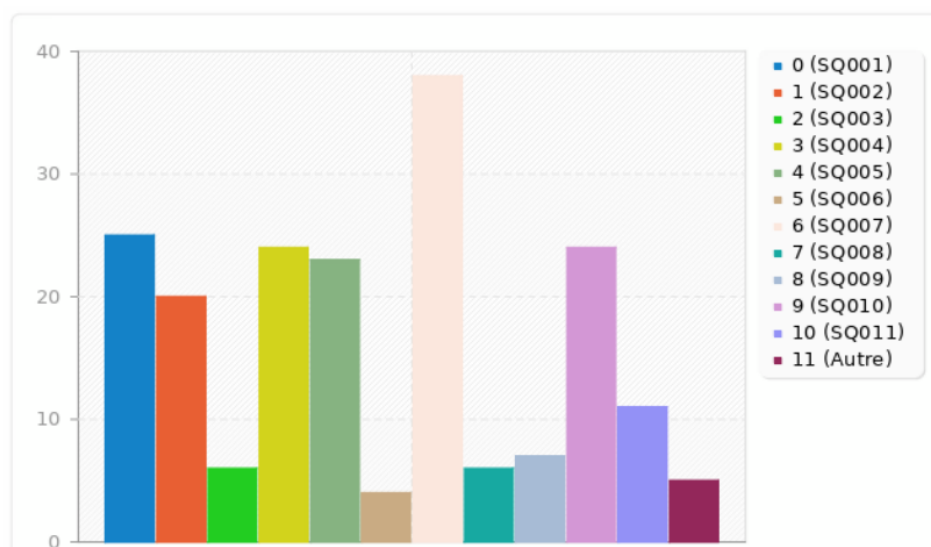
Changements de comportements pour les 51-60 ans

Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, je fais déjà tous ces efforts (SQ001)	25	28.74%
Oui, concernant l'alimentation (SQ002)	20	22.99%
Oui, concernant le sport (SQ003)	6	6.90%
Oui, concernant l'alcool (SQ004)	24	27.59%
Oui, concernant le tabac (SQ005)	23	26.44%
Oui, concernant la drogue (cannabis et/ou drogues dures) (SQ006)	4	4.60%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS que je tombe enceinte. (SQ007)	38	43.68%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS les premiers essais pour tomber enceinte. (SQ008)	6	6.90%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse AVANT les premiers essais. (SQ009)	7	8.05%
Oui je stopperai les médicaments incompatibles avec la procréation ou la grossesse après avis médical. (SQ010)	24	27.59%
Non, je n'ai pas adopté/n'adopterai pas d'autres comportements. (SQ011)	11	12.64%
Autre	5	5.75%

Changements de comportements pour les 51-60 ans

Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)



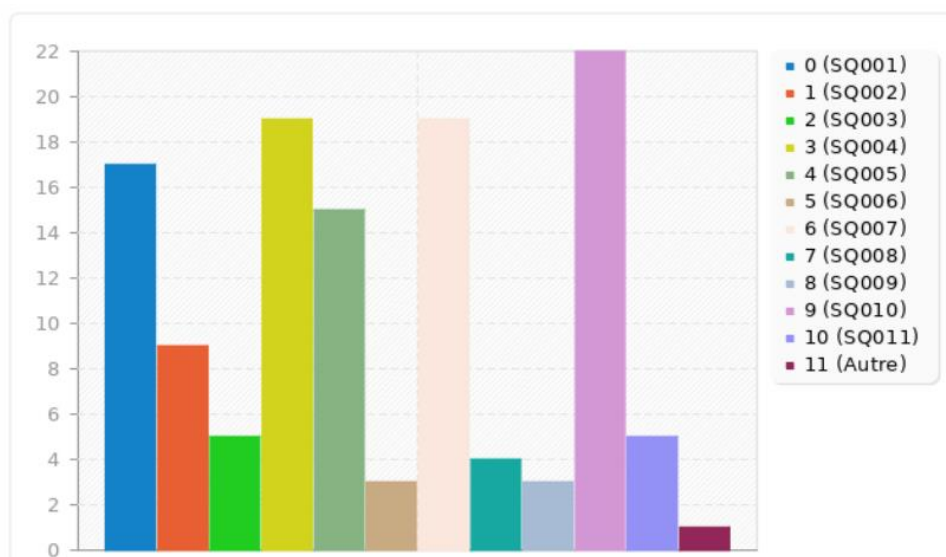
Changements de comportements pour les 61-70 ans

Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, je fais déjà tous ces efforts (SQ001)	17	34.00%
Oui, concernant l'alimentation (SQ002)	9	18.00%
Oui, concernant le sport (SQ003)	5	10.00%
Oui, concernant l'alcool (SQ004)	19	38.00%
Oui, concernant le tabac (SQ005)	15	30.00%
Oui, concernant la drogue (cannabis et/ou drogues dures) (SQ006)	3	6.00%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS que je tombe enceinte. (SQ007)	19	38.00%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS les premiers essais pour tomber enceinte. (SQ008)	4	8.00%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse AVANT les premiers essais. (SQ009)	3	6.00%
Oui, je stopperai les médicaments incompatibles avec la procréation ou la grossesse après avis médical. (SQ010)	22	44.00%
Non, je n'ai pas adopté/n'adopterai pas d'autres comportements. (SQ011)	5	10.00%
Autre	1	2.00%

Changements de comportements pour les 61-70 ans

Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)



Changements de comportements pour les plus de 70 ans

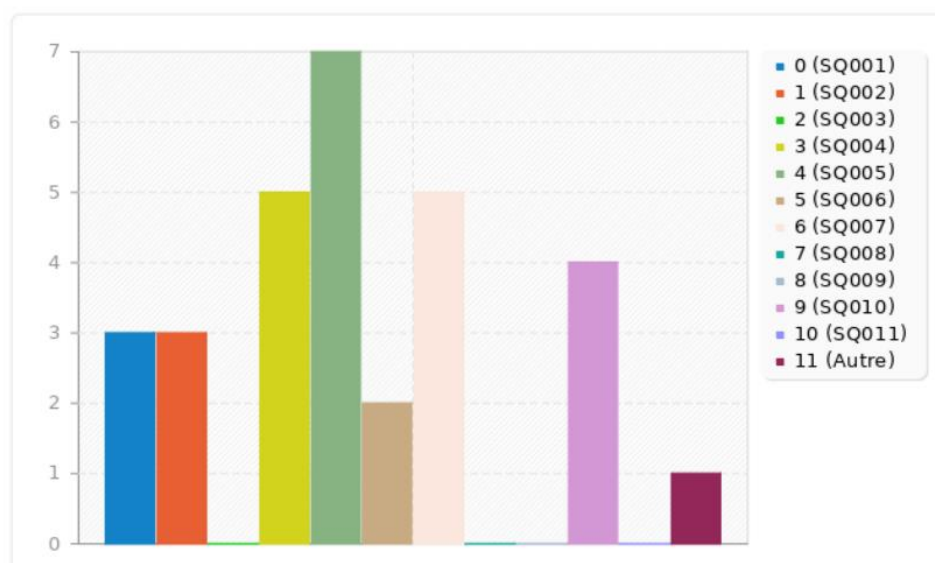
Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, je fais déjà tous ces efforts (SQ001)	3	25.00%
Oui, concernant l'alimentation (SQ002)	3	25.00%
Oui, concernant le sport (SQ003)	0	0.00%
Oui, concernant l'alcool (SQ004)	5	41.67%
Oui, concernant le tabac (SQ005)	7	58.33%
Oui, concernant la drogue (cannabis et/ou drogues dures) (SQ006)	2	16.67%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS que je tombe enceinte. (SQ007)	5	41.67%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse DÈS les premiers essais pour tomber enceinte. (SQ008)	0	0.00%
Oui, j'ai pris/je prendrai des vitamines de grossesse AVANT les premiers essais. (SQ009)	0	0.00%
Oui je stopperai les médicaments incompatibles avec la procréation ou la grossesse après avis médical. (SQ010)	4	33.33%
Non, je n'ai pas adopté/n'adopterai pas d'autres comportements. (SQ011)	0	0.00%
Autre	1	8.33%

Identifiant (ID)	Réponse
666	J'ai fait tout ce qui était demandé

Changements de comportements pour les plus de 70 ans

Avez-vous adopté ou adopterez-vous d'autres comportements lors de la période de CONCEPTION (concernant le sport, l'alimentation, les vitamines, l'alcool, la drogue ou le tabac) ? (plusieurs réponses possibles)

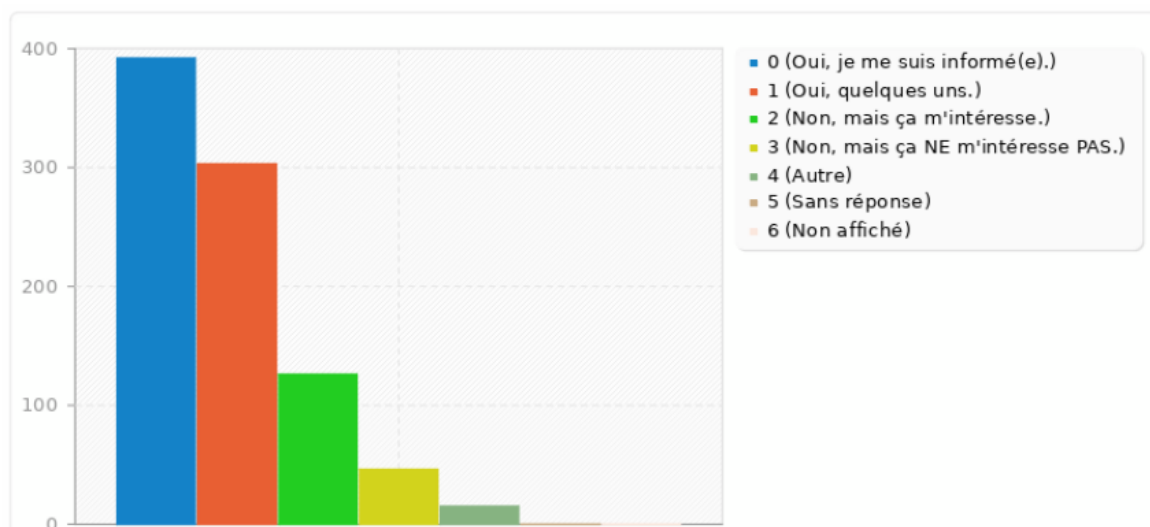


Connaissez-vous les points d'attention particuliers AVANT la conception d'un enfant ?

Réponse	Décompte	Pourcentage
Oui, je me suis informé(e). (AO01)	392	44.44%
Oui, quelques uns. (AO02)	303	34.35%
Non, mais ça m'intéresse. (AO03)	126	14.29%
Non, mais ça NE m'intéresse PAS. (AO04)	46	5.22%
Autre	15	1.70%
Sans réponse	0	0.00%
Non affiché	0	0.00%

Identifiant (ID)	Réponse
35	Oui je suis sage-femme
64	Non, je suis restée moi même ????
603	Voir question précédente
754	J'aurais aimé en être informée ce qui n'a pas été le cas..
761	Les éventuels conseils médicaux viennent en dernier... c'est quoi ces questions?
773	Je suis trop âgée pour ce genre de questions
865	Oui mais je me n'en pas concerné
957	Je ne comprends pas la question
974	Non, car rien de spécial ne m'a été signalé
1181	Non

Connaissez-vous les points d'attention particuliers AVANT la conception d'un enfant ?



Commentaires libres :

- J'ai fait deux GEU (cela manque dans votre questionnaire , j'ai donc cocher « fausse couche) , première grossesse spontanée à l'âge de 22 ans ; à l'âge de 25 ans , deuxième grossesse grâce à des traitements à base de clomid (si mes souvenirs sont bons) de nouveau GEU : à l'époque , opérée et salpingectomie droite par la laparotomie . Après , ce fut le parcours du combattant pour avoir des enfants . Donc quand on est dans des problèmes d'infertilité : on s'adresse uniquement au gynécologue et on oublie le médecin généraliste (malheureusement,) , on en arrive à ne vivre rien que pour avoir un enfant ! J'ai fréquenté un centre de procréation médicalement assisté . J'ai fait des fécondations in vitro ... avec complications ...

au final deux réimplantations qui n'ont abouti à aucune grossesse . Entre temps démarche d'adoption ... Après 4 ans d'attente , nous sommes devenus parents mon ex mari et moi, d'un adorable bébé de 2 mois . Quand notre fille avait 18 mois , grossesse spontanée (après 10 ans d'essai) grâce à un endocrinologue ...vu 4 mois auparavant ... et aussi ... mystère de la vie . Grossesse un peu miracle ... suivi par le gynécologue et pas par le médecin traitant . Un fils est né (il a 23 ans depuis le 12 janvier) , un autre est né 2 ans plus tard . De nouveau suivi par le gynécologue . Le généraliste a eu un grand rôle quand ils ont eu plus de 3 ans (sinon avant suivi par le pédiatre) . Quand tout va bien ... on ne pense pas à consulter un médecin généraliste ... quand soucis de procréation ... on est embarqué dans l'engrenage des traitements ... et le médecin généraliste est oublié ... Pour info , j'avais une vie saine et je n'avais jamais pris la pilule ... donc avoir des soucis pour être enceinte a été source de bcp de souffrance et frustration ... Bonne chance pour la fin de vos études . Mon médecin traitant termine dans quelques mois et ce n'est pas facile de trouver un médecin généraliste ouvert d'esprit , ouvert à la médecine alternative , un médecin qui est ouvert à l'acupuncture , à l'homéopathie , à la phytothérapie , à la gemmothérapie , à l'hypnose ... et surtout dans ce contexte covid ... qq qui respecte son serment d'Hippocrate... Je vous souhaite bonne chance pour votre parcours professionnel, et beaucoup de bienveillance envers vos futurs clients

- Bonsoir, En tant que sage-femme, je trouve dommage dans ce questionnaire de faire cette opposition généraliste/gynécologue, et uniquement ces 2 professions car nous avons nous aussi une place en pré conceptionnel. Nombreuses sont les patientes qui viennent également vers nous quand elles ont des questions, et je dirai même, de plus en plus. Toutes ces professions sont selon moi complémentaires, et le principal est que la femme ayant ce désir de grossesse puisse se diriger vers une personne de confiance et qualifiée. C'est tellement variable ! Certains généralistes ne sont pas à l'aise dans le domaine de la grossesse alors que d'autres se forment pour l'être davantage. Idem pour les sages-femmes. De manière plus générale, il y a je trouve une nécessité d'informer convenablement les femmes/les couples car malheureusement, entre ce qu'on nous apprend en cours et la réalité, il y a parfois de grandes différences ! 😊 Je suis persuadée de l'intérêt des consultations préconceptionnelles mais ce n'est pas encore vraiment entré les mœurs. Ça viendra ! 🙏
- Je suis allée chez mon médecin traitant pour une consultation préconceptionnelle afin de poser quelques questions et faire un bilan sanguin. Mon médecin m'a alors expliqué les médicaments incompatibles avec la grossesse etc... Je trouve ça bien d'aller chez son médecin traitant pour une consultation préconceptionnelle car je me sens plus en confiance pour poser mes questions, mon médecin me connaît et c'est beaucoup plus facile d'avoir rdv chez lui que d'attendre des semaines pour avoir un rdv chez un gyné qui ne me connaît pas (ayant déménagé je n'ai pas encore pris de rdv chez un gynéco depuis).
- Mon médecin généraliste suit la famille depuis la première maladie de mon aîné (vers 3 mois) et assurait les permanences des visites ONE. Il a été un réel soutien durant les 2e et 3e grossesses. Il m'a accompagnée et conseillée (fatigue, repos, maux de dos, dépression, portage des aînés). Il a porté une attention toute particulière à mon état émotionnel avec une grande vigilance à ma compréhension des bilans réalisés durant la grossesse du 3e car le gynécologue avait signalé un retard de croissance (avec batterie de tests et suivis médicaux importants). Bon travail et belle suite d'études.
- 4 grossesses sans problème mais ce n'est pas le cas de ma fille qui a, pour moi, été mal suivie/conseillée par le gyné comme par le médecin généraliste. C'est moi qui l'ai alertée à temps heureusement car elle

a fait une pré-éclampsie à 31 semaines et a mis au monde en urgence un bébé de 980 g. C'est mon expérience et mes lectures qui ont sauvé la vie de mon petit-fils et de ma fille car on l'avait remballée des urgences. J'ai dû insister pour qu'on l'hospitalise et heureusement car quelques heures après, on a sorti le bébé !

- J'ai fait 5 fc avant mon premier enfant, ensuite j'ai mis 7 ans avant d'avoir le 2ème, je suis infi, je n'ai eu aucun dialogue concernant mes fc avec ma généraliste, non pas que je n'avais pas envie...j'étais jeune ..je n'y ai juste pas pensé, mon premier gynéco ne m'a informé de rien il me disait juste que j'étais jeune , que ça finirai par fonctionner.. j'avoue on s'est senti bien seuls à l'époque...avec le recul...je n'ai pas été bien prise en charge ...
- Bonjour, je suggère d'intégrer à votre questionnaire l'option "consultation une sage-femme" pour certaines questions, car pour certaines questions je n'ai pas pu donner de réponse précise, ayant été suivie par une sage-femme lors de ma 2e grossesse et avec succès ! A refaire, je le referais, ou je privilégierais ma généraliste sur la gynéco pour certaines questions plus affectives ou émotionnelles.
- Papa de 3 enfants, dont la première était prématurée de 2 mois avant la naissance, expérience douloureuse, le médecin traitant est un vrai support fiable durant la grossesse. (Pré éclampsie de la maman, 4 mois hospitalisée au total dont 2 mois avant la naissance). Les 2 autres grossesses impeccables. Vasectomie depuis 4 mois désormais.
- Je nuance un peu plus mes réponses ici: je pense que les médecins généralistes sont tout à fait fiables pour un suivi de grossesse et pour répondre aux inquiétudes/ questions des patients. Mon médecin personnel ne fait malheureusement pas partie des personnes en qui je peux faire confiance à tous les niveaux mais je pense que d'autres sont suffisamment formés et adéquats dans leur prise en charge
- Bonjour, J'ai eu un super médecin traitant. C'était un médecin plus âgé toujours présent quand il y avait besoin. J'ai présenté des douleurs à ma 32e SA et la maternité n'a pas voulu me recevoir. J'ai donc appelé mon médecin traitant. Il s'est déplacé rapidement et a effectué un examen gynécologique. Grâce à lui j'ai été aux urgences car mon travail commençait. Je ne le remercierais jamais assez.
- J'avais la chance d'avoir une sage-femme, parmi mes amies, lors de mes deux grossesses ! toute personne qui envisage, ou vit, une grossesse, devrait avoir la possibilité d'être en contact très rapidement avec une sage-femme expérimentée ! un peu comme une "mama" médicale ! et bien sûr, un suivi chez le gyné ! avant de concevoir (si il y a "projet" de concevoir) et pendant la grossesse !
- Le généraliste est primordial car il est le plus facilement joignable. J'ai eu un "stress", après 2 tests de grossesses négatifs mais toujours en aménorrhée, j'ai contacté le généraliste pour une prise de sang (que j'ai pu faire le jour même), et nous en avons profité pour vérifier mon statut immunitaire. C'est super important pour moi de pouvoir compter sur lui
- Médecin super je sais que je pourrais poser toutes mes questions mais c'était avant tout gynécologue pour les séances de suivi grossesse. Questionnaire super mais difficile de répondre pour certaines questions car bébé arrive par surprise 🤖🤖🤖 Donc je n'ai pas eu l'occasion de faire tout ce qui est conception mais je sais que possible voilà voilà
- Nous avons été suivis par un médecin généraliste NaProTechnologue vivant à Binche (nous sommes de Namur). Elle est spécialisée en fertilité et (pré)conception. Une alternative aux méthodes médicalisées.

- J'ai appris ma grossesse à 8SA parce que mon médecin généraliste n'avait pas regardé à mon taux d'HCG lors de la prise de sang. J'ai donc appris cela plus tard et je n'ai pu faire une préparation et savoir ce qu'il fallait faire avant d'être enceinte
- Je suis intéressée par connaître le rôle de la consultation préconceptionnelle chez un généraliste. Je n'avais jamais pensé aborder ce sujet avec mon médecin généraliste.
- C'est mon médecin généraliste qui a réalisé les prises de sang pour mes 2 grossesses. Tout au long de celles-ci, il est toujours resté informé des moindres examens, à ma demande. Cela me paraît important qu'il ait mon dossier complet.
- Actuellement, il est compliqué d'avoir un rdv chez mon gynécologue en période préconceptionnelle. J'ai 6 mois d'attente alors que le désir de bébé 2 est présent.
- Même si je n'ai que peu sollicité mon médecin généraliste car surchargée, le soutien du MG lors d'une fausse couche/ IMG/ grossesse / post partum est précieux!
- Sage-femme et Cadre de Santé. Le diplôme de médecine générale comporte "PRATIQUE D'ACCOUCHEMENTS" sans en avoir réalisé un seul. Tout est à revoir !!!!
- J'ai fait une fausse couche à cause d'un diabète de grossesse et le suivi a été fait par le médecin généraliste ainsi que par le gynécologue.
- Le suivi des fausses couches et du "après" est toujours fort peu présent chez le généraliste ou le gynécologue
- Je suis persuadée que le généraliste doit être là 1ère ligne de soutien et qu'il est compétent
- Grossesse et conception sont physiologiques, une vie saine est toujours recommandée !
- Vous avez totalement oublié le rôle de la sage-femme dans ce questionnaire car c'est elle la personne en première ligne pour une grossesse physiologique et non le gynécologue !

Annexe 8. Avis du tuteur en date du 27/04/2022

Annexe 2. Document à remettre au président du jury du TFE concerné

L'avis du tuteur du TFE		
Nom de l'étudiant	Titre du TFE	Nom du tuteur
CEDRONE NELISSA	LACONSULTATION PRECONCEPTIONNELLE EN MEDECINE GENERALE	HERMANT PIERRE

A propos de la relation de travail du candidat avec le tuteur (à compléter – si nécessaire au verso)

Relation très constructive
Thème très utile dans la profession en DG
Bonne collaboration avec tableaux et compétences
fonctionnelles à comprendre

A propos des éventuelles difficultés rencontrées (à compléter – si nécessaire au verso)

Probleme organisationnel pour faire accepter
le travail au niveau étranger

D'autres observations à apporter (à compléter – si nécessaire au verso)

Dr Pierre Hermant
Médecine générale
48, rue F. Cochet - 50200 Flaminville
1.91.82.4.004
Tél. 0475/84.15.16

Des points d'attention	
Intro	- Présentation de la motivation personnelle - Exposé des raisons du choix du sujet - Présentation de la démarche de questionnement - Rappel des connaissances utiles à la démarche de questionnement - Formulation claire et précise de l'objectif du travail - Pertinence de l'objectif pour la médecine générale
Méthode	- Présentation claire et complète de la méthode utilisée - Cohérence de la méthode avec l'objectif
Résultats	- Présentation claire et structurée des données récoltées - Illustration à bon escient des résultats
Discussion	- Analyse critique des résultats - Mise en perspective des résultats et des connaissances actuelles - Présentation des forces et faiblesses du travail - Présentation claire des apports en lien avec l'objectif du travail - Evocation de pistes permettant d'enrichir le travail
Biblio	- Sources fiables - Références utiles au développement du sujet
	- Syntaxe et orthographe permettant une lecture aisée - Table des matières claire et explicite - Tableaux et figures soignés (légende, titre, présentation) - Appel cohérent des références, tableaux et figures - Références indiquées correctement et complètement - Respect des consignes de présentation