

UNIVERSITÉ DE NANTES
UFR DE MÉDECINE
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES
Diplôme d'État de sage-femme

Déroulement de la consultation préconceptionnelle,
Étude comparative en Loire-Atlantique (sages-femmes
libérales et médecins généralistes)

Enquête descriptive par questionnaire auto-administré

Julia VITEL

Née le 30/04/1990

Directeur de mémoire : Dr Lionel GORONFLOT

Promotion 2009-2014

Je remercie avant tout le Docteur Goronflot, pour son aide et ses encouragements

Merci aux enseignantes de l'école de sage-femme pour leur encadrement et en particulier à Mme Philippe qui a accepté de m'accompagner jusqu'au bout,

À ma mère, pour son aide incroyable, à ma famille et à mon ami, pour sa patience...

Et à l'ensemble de ma promotion, pour les 4 années passées ensemble

TABLE DES MATIÈRES

Introduction	1
Partie I : Cadre conceptuel.....	3
I.1 Objectifs de la consultation préconceptionnelle	3
I.2 Déroulement de la consultation préconceptionnelle	4
I.2.1 Informations recueillies lors de cette consultation	4
I.2.2 Examen clinique	4
I.2.3 Examens biologiques.....	5
I.2.4 Conseils et prévention	5
I.3 Cadre de la consultation préconceptionnelle	7
I.3.1 Professionnels aptes à sa réalisation.....	7
I.3.2 Moments opportuns à sa réalisation	8
I.4 Bénéfices de la consultation préconceptionnelle	9
I.5 Obstacles à la consultation préconceptionnelle	14
Partie II : Étude	17
II.1 Présentation de l'étude	17
II.1.1 Objectifs	17
II.1.2 Les hypothèses	18
II.1.3 Méthode	18
II.1.4 Critères d'exclusion	19
II.1.5 Saisie et analyse des données	19
II.2 Présentation des données	19
II.2.1 Taux de réponses.....	19
II.2.2 Description de la population.....	19
II.2.3 Activités des professionnels de l'échantillon	22

II.2.4	L'activité « consultation préconceptionnelle »	25
II.2.5	Recommandations de la Haute Autorité de Santé	27
II.2.6	La consultation intégrée au suivi gynécologique	31
Partie III : Discussion		34
III.1	Limites de l'étude	34
III.2	Pratique de la consultation préconceptionnelle par les médecins généralistes ...	35
III.2.1	Une pratique suffisante ?	35
III.2.2	Élément déclencheur de la consultation	35
III.2.3	Contenu de la consultation	36
III.2.4	Une pratique qui reste à améliorer	37
III.3	Pratique de la consultation préconceptionnelle par les sages-femmes libérales .	38
III.3.1	Une pratique en voie de développement	38
III.3.2	Élément déclencheur de la consultation	39
III.3.3	Contenu de la consultation	40
III.3.4	Une pratique qui reste à développer	41
III.4	Une activité peu développée, défaut d'informations des femmes ou défaut de pratique des professionnels ?	41
III.5	Une consultation à intégrer à tout moment de la vie d'une femme	43
III.6	Retour sur les hypothèses de l'étude	44
Conclusion		45
Bibliographie		
Annexes		

Liste des annexes

- Annexe 1 : Questionnaire destiné aux médecins généralistes
- Annexe 2 : Questionnaire destiné aux sages-femmes libérales
- Annexe 3 : Affiche du programme national Nutrition-Santé sur les folates

Abréviations

VIH: Virus de l'Immunodéficience Humaine

HAS: Haute Autorité de Santé

IMC: Indice de Masse Corporelle

CRAT: Centre de Renseignements sur les Agents Tératogènes

ROR : Vaccination Rougeole Oreillon Rubéole

DTPc : Vaccination Diphtérie Tétanos Poliomyélite et coqueluche

AMM : Autorisation de Mise sur le Marché

CSP : Code de Santé Publique

PCC : Participating in preconception counseling

HTA : Hypertension Artérielle

RCIU : Retard de Croissance Intra-Utérin

TSH : Thyroïd Stimulating Hormone

SA: Semaine d'Aménorrhée

DFTN: Défaut de Fermeture du Tube Neural

SPC: Santé Préconceptionnelle

CPC: Consultation Préconceptionnelle

DU : Diplôme Universitaire

MG : Médecins Généralistes

PMI : Protection Maternelle et Infantile

CPEF : Centre de Planification et d'Éducation Familiale

MFPPF : Mouvement Français pour le Planning Familial

SFL : Sages-femmes Libérales

INTRODUCTION

Dans le serment médical, il est dit que « Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux » [1]. Le médecin et la sage-femme se doivent de préserver la santé de leurs patients, de prévenir les maladies et de dépister les situations précaires. Pendant la grossesse, le professionnel de santé sera à la recherche de facteurs de risque, à l'affut de tout symptôme, afin de s'assurer du bon déroulement de la grossesse et de la bonne santé de la mère et de l'enfant. Le suivi est indispensable afin d'identifier et de prévenir les éventuelles complications ou aggravations pouvant survenir au cours de la grossesse. Cette prévention peut commencer avant tout début de grossesse avec la consultation préconceptionnelle qui permet de répondre spécifiquement à une demande de la femme ou du couple qui exprime un projet de grossesse.

Il est à noter que la consultation préconceptionnelle s'est mise en place après l'abrogation de la visite prénuptiale par la loi du 20 décembre 2007, jugée alors obsolète du fait de la diminution du nombre de mariages et du nombre croissant de naissances hors mariage. Instaurée en 1942, la visite prénuptiale était obligatoire pour les couples allant se marier et avait pour objectif de prévenir et éduquer les couples sur l'hygiène de vie, les infections sexuellement transmissibles et la contraception. Dans les dernières années d'application de la loi, la visite prénuptiale comportait le recueil des antécédents, un examen clinique suivi d'un dialogue avec le médecin qui devait proposer un test de dépistage du VIH, remettre une brochure d'information et la commenter. Pour la future mariée (âgée de moins de 50 ans), des examens sérologiques d'immunité à la rubéole et à la toxoplasmose ainsi que la détermination du groupe sanguin étaient également prescrits.

Cette approche en amont d'une grossesse, qui se réalise maintenant avec la consultation préconceptionnelle pour laquelle la Haute Autorité de Santé a établi des recommandations en 2009 [2], peut permettre d'anticiper des complications obstétricales et, plus globalement, d'améliorer la santé des femmes en âge de procréer. Cette consultation est encore peu pratiquée, d'une part parce que les femmes semblent insuffisamment informées de son existence, d'autre part parce que certaines femmes n'ont pas anticipé leur grossesse. En effet, les grossesses ne sont

pas toutes programmées et certaines ne surviennent pas au moment voulu par la patiente ou le couple. D'après l'étude « cocon » réalisée par Nathalie Bajos [3], à l'heure actuelle, une grossesse sur trois est qualifiée de « non prévue » et parmi elles deux tiers des femmes concernées déclarent utiliser une contraception au moment de la survenue de la grossesse.

Depuis 2009, les compétences de la sage-femme se sont étendues au suivi gynécologique de prévention. Ces professionnels de santé peuvent donc réaliser cette consultation en orientant la patiente vers un médecin en cas de pathologie.

L'étude exposée dans ce mémoire a pour but de réaliser un état des lieux du déroulement de la consultation préconceptionnelle en Loire-Atlantique par des médecins généralistes et des sages-femmes libérales. Nous essaierons de voir dans quelle proportion de leur activité gynéco-obstétrique elle est réalisée, à quel moment elle est proposée et si le contenu de la consultation répond aux recommandations de la Haute Autorité de Santé.

Dans un premier temps nous présenterons les recommandations en ce qui concerne la consultation préconceptionnelle et son cadre général. Dans un deuxième temps nous présenterons l'étude et ses résultats, et enfin en troisième partie nous les discuterons.

PARTIE I : CADRE CONCEPTUEL

Malgré l'abrogation de la loi sur le certificat prénuptial, le besoin d'information des futurs parents n'a pas disparu. Des études ont prouvé que la prévention des risques liés à la grossesse passe par une meilleure connaissance des femmes de ces risques avant même la grossesse [4] [5] et que cette information permet des modifications dans leurs habitudes de vie (tabac, alimentation, activité physique...). D'autre part ces études suggèrent que la base des complications de la grossesse s'établit souvent en début de grossesse, pendant l'organogénèse. Il est donc important d'intervenir préventivement, aussi tôt que possible, préférentiellement avant la grossesse.

Depuis 2009 la Haute Autorité de Santé recommande une consultation préconceptionnelle qui s'adresse à une femme ou un couple prévoyant une grossesse. Elle définit son contenu dans *Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer* [2]. Nous allons détailler la consultation préconceptionnelle en suivant les recommandations de la HAS.

I.1 OBJECTIFS DE LA CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE

La consultation préconceptionnelle présente différents intérêts. Elle permet :

- D'améliorer les connaissances et les comportements des femmes ayant un désir de grossesse ;
- La recherche des affections transmissibles ;
- Un conseil génétique, s'il y a un risque de transmission d'une maladie ou d'une malformation ;
- La vaccination des femmes qui ne sont pas immunisées contre la rubéole mais aussi la prévention de l'entourage pour la vaccination diphtérie-tétanos-polio ET coqueluche ;
- L'information quant aux mesures prophylactiques à prendre en cas de Rhésus négatif ou d'absence d'immunité vis-à-vis de la toxoplasmose ;
- La mise en place de la prévention contre la non-fermeture du tube neural par la prescription d'acides foliques.

Il s'agit là de prévention de situations problématiques mais la consultation préconceptionnelle est aussi un temps important d'écoute des couples qui peuvent avoir des questions ou des inquiétudes. Elle permet ainsi de préparer le couple à une future grossesse, d'évoquer l'infertilité, de passer des messages de prévention et des conseils d'hygiène de vie (concernant l'alcool, le tabac...), de parler de sexualité, de planification familiale et du suivi habituel de la grossesse (notamment d'en expliquer son utilité).

I.2 DÉROULEMENT DE LA CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE

I.2.1 INFORMATIONS RECUEILLIES LORS DE CETTE CONSULTATION

Dans un premier temps, le praticien recueillera une anamnèse aussi complète que possible informant sur les antécédents de la patiente et du couple :

- Les facteurs de risque individuels : l'âge et son impact sur la fertilité et la survenue de complications obstétricales, l'IMC, les antécédents familiaux, les maladies génétiques...
- Les antécédents gynécologiques ou chirurgicaux (impactant sur les voies utéro-vaginales) ;
- Les antécédents obstétricaux, recherche de facteurs de risque sur une précédente grossesse, un accouchement ou chez le nouveau-né (notamment défaut de fermeture du tube neural) ;
- Les facteurs de risque médicaux qui peuvent influencer une grossesse : par exemple un diabète préexistant ou un diabète gestationnel, une hypertension artérielle, des troubles de l'hémostase.

Ensuite un examen clinique et des examens complémentaires justifiés par le contexte seront réalisés. Le professionnel prendra le temps d'expliquer leur utilité, les bénéfices escomptés et les éventuels inconvénients avant de les prescrire ou de les réaliser.

I.2.2 EXAMEN CLINIQUE

- Mesure de la pression artérielle, du poids avec calcul de l'indice de masse corporelle ;
- Examen gynécologique avec examen clinique des seins, et frottis cervical de dépistage (si supérieur à 2 ans) si nécessaire.

I.2.3 EXAMENS BIOLOGIQUES

Le praticien propose à toute femme ayant un désir de grossesse une sérologie de la toxoplasmose (en l'absence de preuve d'une immunité ancienne) et de la rubéole (sauf si deux vaccinations documentées ont été antérieurement réalisées, quel que soit le résultat de la sérologie), une détermination du groupe sanguin si la patiente ne possède pas de carte de groupe sanguin complète, comportant la recherche du Rhésus et éventuellement détermination du groupe sanguin du futur père. Il propose aussi une sérologie des infections sexuellement transmissibles telles que le VIH 1 et 2, l'hépatite B (antigène HBs ou taux d'anticorps anti-Hbs si la femme est vaccinée), l'hépatite C et la syphilis (sérologies qui peuvent être proposées au conjoint et à adapter en fonction des facteurs de risque liés aux habitudes de vie ou au travail).

I.2.4 CONSEILS ET PRÉVENTION

I.2.4.1 Traitements médicamenteux

Dans tous les cas, le rapport bénéfice-risque de toute prescription médicamenteuse doit être attentivement évalué chez une femme qui exprime un désir de grossesse.

Si la patiente a un traitement au long cours dans le cadre d'une maladie chronique, il faut anticiper les éventuels ajustements thérapeutiques à effectuer, si besoin avec le spécialiste concerné. Dès la mise en place d'une thérapie au long cours chez une femme en âge de procréer, même sans projet de grossesse dans l'immédiat, il est important de prendre en compte une éventuelle grossesse dans le choix du traitement prescrit.

Les femmes sont incitées à demander conseil avant de prendre un médicament, surtout en cas d'automédication et elles doivent être informées de la contre-indication des anti-inflammatoires pendant la grossesse. Le professionnel s'informerait des médicaments dangereux auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ou du Centre de Renseignements sur les Agents Tératogènes (le CRAT).

Dans le cadre de la prévention d'anomalies de fermeture du tube neural, le praticien informera la femme qui a un désir de grossesse et prescrira des folates dès cette consultation pour un traitement suivi jusqu'à la 12^{ème} semaine d'aménorrhée à la dose de 0,4mg par jour. La prescription est donnée pour trois mois, si la grossesse ne débute pas dans ce délai, le traitement peut être interrompu pour trois mois et doit être repris dès suspicion d'un début de grossesse [6].

I.2.4.2 Vaccinations

Dans tous les cas, le carnet de vaccination de la femme sera vérifié et cette dernière sera informée des rappels ou vaccinations indispensables (ROR, DTPc).

Il faut conseiller également à l'entourage de vérifier ses vaccinations (notamment la coqueluche, dans le contexte actuel de recrudescence de cette infection).

Concernant la vaccination ROR, l'injection ne peut être réalisée chez une femme enceinte. De plus, une grossesse est déconseillée dans les deux mois qui suivent la vaccination en raison du risque tératogène. La vaccination contre la rubéole n'est pas nécessaire pour les femmes ayant reçu deux vaccinations préalables, quel que soit le résultat de la sérologie si elle a été pratiquée.

De même, le vaccin contre la varicelle peut être envisagé chez une jeune femme n'ayant pas d'antécédent clinique de varicelle mais, selon les données de l'AMM, une contraception efficace de trois mois est recommandée après chaque dose de vaccin (le schéma vaccinal comprend deux injections espacées de 4 à 8 semaines ou 6 à 10 selon le vaccin) [7]. Une sérologie VZV peut être demandée avant toute vaccination, du fait de taux important de personnes immunisées n'ayant pas de notion de varicelle dans l'enfance.

I.2.4.3 Mode de vie et environnement

Lors de la consultation, le professionnel interrogera la patiente sur différents points, tous ayant pour objectif d'améliorer la santé de la patiente et de débiter une grossesse en meilleur santé et sans exposition à des substances nuisibles. Il abordera donc :

- L'alimentation et l'activité physique : l'idéal est une alimentation variée et équilibrée associée à une activité physique régulière. Une perte de poids sera envisagée si la patiente est en surpoids ou obèse et inversement en cas d'anorexie. L'excès de poids ou l'inverse est un facteur de risque non négligeable d'infertilité. La prévention contre la listériose et la toxoplasmose sera exposée à la patiente en cas de projet de grossesse à court terme ;
- L'alcool : le praticien conseillera à la patiente d'arrêter la prise d'alcool même occasionnelle dès que la grossesse est envisagée ;
- Le tabac (penser à la consommation passive) : on proposera une aide au sevrage tabagique et soulignera les effets du tabac sur le développement de l'enfant durant la grossesse. Le futur père sera également interrogé sur sa consommation (même si la femme ne consomme pas) ;

- Le cannabis et autres substances psycho-actives : il est nécessaire d'identifier l'ensemble des consommations et de proposer une aide au sevrage ;
- La pénibilité du travail et les risques professionnels : une évaluation des conditions de travail est importante, il faut connaître le métier de la femme, la distance entre le domicile et le travail, le mode de transport et déterminer les éventuelles expositions à des produits tératogènes en prenant contact avec le médecin du travail si besoin (à voir pour un aménagement du poste de travail) ;
- La recherche des situations de précarité : le professionnel identifiera les difficultés d'accès aux soins, un isolement social, et proposera à la femme ou au couple de les orienter vers les dispositifs pouvant améliorer leur situation ;
- La recherche des situations de maltraitance, de violence domestique ou d'autres facteurs de vulnérabilité est essentielle. Pour ce faire, il est nécessaire de mettre la femme en confiance afin qu'elle puisse s'exprimer en toute liberté.

1.2.4.4 Dépistage de la trisomie 21

La HAS ne conseille pas d'aborder le dépistage de la trisomie 21 avant la grossesse, considérant que ce dépistage est proposé précocement aux femmes enceintes. Néanmoins les professionnels de santé doivent pouvoir répondre aux questions posées par une femme ou un couple ayant un projet de naissance.

Pour autant, une simple phrase expliquant l'existence de ce dépistage, en précisant qu'il n'apporte qu'une estimation de risque et non un diagnostic et en prévenant que ces informations seront plus détaillées en début de grossesse, peut permettre à la femme et au couple d'envisager la situation et de réfléchir à ce qu'ils désirent faire lorsque le dépistage leur sera proposé.

Certains examens cliniques et biologiques, certaines informations, messages de préventions ou d'actions éducatives seront à renouveler ou à répéter selon le délai de survenue de la grossesse.

1.3 CADRE DE LA CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE

1.3.1 PROFESSIONNELS APTES À SA RÉALISATION

La consultation préconceptionnelle peut être pratiquée par un médecin généraliste, un gynécologue médical ou un gynécologue obstétricien.

Depuis la réforme de la loi « Hôpital, Patient, Santé, Territoires » du 21 juillet 2009 [8], les sages-femmes peuvent également réaliser cette consultation :

« L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention, sous réserve que la sage-femme adresse la femme à un médecin en cas de situation pathologique. »

Par ailleurs il ne faut pas négliger d'autres articles du Code de Déontologie des sages-femmes, et les rapporter à la pratique des consultations de gynécologie et de contraception :

- *« La sage-femme a l'obligation d'entretenir et de perfectionner ses connaissances professionnelles, dans le respect de l'obligation de développement professionnel continu prévue par les articles L. 4153-1 et L. 4153-2. »* Article R4127-304 du CSP (Code de la Santé Publique) [9],
- *« Dès lors qu'elle a accepté de répondre à une demande, la sage-femme s'engage à assurer personnellement avec conscience et dévouement les soins conformes aux données scientifiques du moment que requièrent la patiente et le nouveau-né. »* Article R4127-325 du CSP [10].

Cela concerne toutes les sages-femmes, quels que soient leur mode d'exercice et les actes pratiqués. L'obligation de formation continue pour les sages-femmes, et l'Organisme Gestionnaire du Développement Professionnel Continu (OGDPC) sont également évoqués dans l'article L4153-2 du CSP.

Le code de déontologie des médecins contient les mêmes obligations d'entretien et de perfectionnement des connaissances (article R4127-11 du CSP). En 2008, dans sa thèse de médecine, Jurga Texier montre que 65% des médecins généralistes interrogés considèrent avoir un niveau d'information insuffisant. En outre ils prennent leur source d'information d'abord dans les revues scientifiques (61.4%), ensuite dans les diverses formations (41.2%) et enfin sur internet (26.5%) [11].

Enfin, il est à noter que le professionnel menant la consultation n'est pas obligatoirement celui qui suit la grossesse par la suite.

I.3.2 MOMENTS OPPORTUNS À SA RÉALISATION

Ces informations peuvent non seulement être proposées et délivrées en réponse aux questions posées par une femme ou un couple qui a un projet de grossesse clairement exprimé (arrêt envisagé d'une contraception, problème de fertilité, questions diverses sur une grossesse éventuelle), mais aussi être proposées dans le cadre d'un suivi gynécologique régulier, en l'absence d'un projet de grossesse, par exemple lors

d'un renouvellement d'une contraception, ou encore si le professionnel a connaissance d'un projet de mariage ou de vie de couple.

La consultation préconceptionnelle n'est pas le seul moyen d'obtenir des informations pour une grossesse avant son début. D'autres moyens d'information sur la santé préconceptionnelle peuvent être envisagés, collectivement ou individuellement, chez les femmes de 15 à 25 ans, notamment lors de l'information scolaire ou institutionnelle.

Il est actuellement recommandé d'informer les femmes dès leur adolescence afin de les préparer à une grossesse avant qu'elles en expriment le désir, pour réduire le risque de grossesse précoce non désirée, et afin de prévenir les infections sexuellement transmissibles. Informer les seules femmes exprimant un désir de grossesse est insuffisant compte tenu du nombre de grossesses non prévues dans la population : une grossesse sur trois n'est pas prévue [3].

L'Éducation nationale prévoit trois séances par an d'information spécifique en milieu scolaire, avec l'aide des infirmières et médecins scolaires [12].

I.4 BÉNÉFICES DE LA CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE

L'analyse de la littérature et des recommandations internationales a fourni peu d'études de haut niveau de preuve sur les situations à risque en termes de fréquence, de morbi-mortalité maternelle et fœtale (études épidémiologiques) et sur la mesure de l'efficacité et de l'impact sur la santé de la femme et de l'enfant d'actions de prévention et d'éducation. Les études existantes portent essentiellement sur des populations de femmes ayant une maladie chronique ou sur des interventions menées au cours de la grossesse [13].

Toutefois les effets négatifs de l'obésité, de la consommation d'alcool, de tabac et de substances psycho-actives sur le bon déroulement de la grossesse, le développement du fœtus et la naissance ont été démontrés [14] [15].

La période qui précède la grossesse est considérée comme une période favorable à la mise en œuvre de changements du style de vie, où les femmes sont très réceptives aux messages de prévention et d'éducation pour la santé [13]. Certains d'entre eux ont un intérêt démontré sur le bon déroulement de la grossesse, le développement du fœtus et la prévention de complications obstétricales. La consultation préconceptionnelle a d'autant plus d'effet qu'elle a lieu bien avant la période d'organogénèse. La segmentation de l'œuf se produit à 4 semaines

nouveau-nés en soins intensifs chez les femmes diabétiques [18], et l'amélioration du déroulement de grossesses ultérieures chez les femmes ayant des maladies chroniques connues (HTA, diabète, pathologie cardiaque, rénale, épilepsie, asthme, dysthyroïdie, lupus érythémateux disséminé) [19].

En prenant en charge précocement des facteurs de risque et des pathologies chroniques en prévision d'une grossesse, il est possible de diminuer voire supprimer les complications obstétricales qui peuvent en découler. Dans les points suivants, nous aborderons certains facteurs de risque ou pathologies en détaillant leurs complications possibles pendant une grossesse sans une prise en charge adaptée.

- Les facteurs de risque infectieux :

- Une hépatite B active chez une femme enceinte est responsable d'infection néonatale ainsi que de complications dont l'hépatite fulminante, la cirrhose et le carcinome hépatocellulaire [20]. Une vaccination contre l'hépatite B chez les sujets à risque en âge de procréer réduit ces risques.
- En cas d'infection VIH, le risque de transmission materno-fœtale est important au cours de la grossesse. La connaissance du statut sérologique de la mère permet de mettre en place un traitement adapté avant la survenue de la grossesse et ainsi diminuer de façon importante le risque de transmission [21].
- Une séroconversion rubéoleuse en cours de grossesse ou périconceptionnelle peut provoquer le syndrome de rubéole congénitale (cataracte, cardiopathie, surdité neurosensorielle...) [20]. Une vaccination contre la rubéole trois mois avant une grossesse prévient cette pathologie.

- Les addictions :

- La grossesse représente un moment privilégié pour l'arrêt des addictions. Le tabagisme est associé à l'infertilité primaire et secondaire (tant pour les hommes que pour les femmes), favorise les fausses couches spontanées, les grossesses extra-utérines, le retard de croissance intra-utérin, un développement cérébral inférieur, une mort fœtale in utero. Le tabagisme est également responsable d'une augmentation de la survenue d'un accouchement prématuré par rupture prématurée des membranes, un hématome rétro-placentaire ou encore

un placenta praevia [22]. D'après le rapport périnatalité de 2010 [23], 30,5% des femmes ont fumé au moins une cigarette par jour avant la grossesse, et ce pourcentage est de 17,1% pendant la grossesse. L'arrêt de la consommation de tabac survient parfois en prévision de la grossesse, mais la plupart des arrêts se produisent au premier trimestre de la grossesse. Une consultation en amont pourrait mettre en place un sevrage tabagique, notamment par la prise de substituts nicotiniques,

- La toxicomanie pourrait aussi être prise en charge avant la grossesse. La cocaïne favorise les hématomes rétro-placentaires et les pathologies neurologiques néonatales tandis que le cannabis entraîne une diminution du poids de naissance et des effets sur le comportement du nouveau-né (syndrome de sevrage),
- La prévention du syndrome d'alcoolisme fœtal et la survenue de malformations liées à l'alcool imposent l'absence de consommation d'alcool à tout moment de la grossesse et même dès lors qu'une grossesse est envisagée. La consommation d'alcool pendant la grossesse représente la première cause évitable de retard mental d'origine non génétique, ainsi que d'inadaptation sociale de l'enfant. L'exposition prénatale à l'alcool représente un facteur de risque embryofœtal à tous les stades de la grossesse. Ce risque est commun à toutes les catégories de boissons alcoolisées et pour tous les types de consommation, ponctuelle ou régulière [24] ;

- Les pathologies chroniques et environnementales :

- En ce qui concerne l'hypertension artérielle, l'antécédent de pré-éclampsie, le retard de croissance intra-utérin, la mort fœtale in-utéro... nous ne développerons pas davantage ici, compte tenu du fait que le suivi de la femme doit être réalisé par un médecin gynécologue-obstétricien, et ce dès la consultation préconceptionnelle. Nous dirons seulement que ces femmes ont un risque important de récurrences et de complications et qu'une prise en charge adaptée doit être programmée avant la survenue d'une nouvelle grossesse,
- L'obésité se définit par un indice de masse corporelle supérieur à 30 et présente un risque de complications associées important tels que les anomalies du tube neural, le diabète gestationnel, l'hypertension artérielle, l'accouchement prématuré ou encore les pathologies

thrombo-emboliques. De plus l'obésité est un facteur de risque d'infertilité. Un amaigrissement précédant la conception réduit ces risques et améliore la survenue d'une grossesse. A l'inverse, une grossesse chez une patiente maigre (IMC inférieur à 18) peut se compliquer de retard de croissance intra-utérin et d'accouchement prématuré. La consultation aiderait les futures femmes enceintes à conserver un IMC compris entre 19 et 25 avant la grossesse,

- Les besoins en L-thyroxine sont accrus en début de grossesse pour les femmes ayant une hypothyroïdie. En cas d'hypothyroïdie des complications obstétricales et fœtales peuvent survenir : pré-éclampsie, anémie, fausse couche spontanée, hémorragies du post partum, RCIU, etc. Un ajustement des posologies est nécessaire très rapidement afin d'éviter un risque supplémentaire neurologique chez le fœtus. Une programmation des dosages de TSH peut être programmée lors d'une consultation préconceptionnelle en prévenant la patiente qu'une surveillance précoce est nécessaire. Une hyperthyroïdie peut entraîner une thyroétoxicose qui peut être marquée par des complications maternelles et fœtales (hypertension gravidique, pré-éclampsie, anencéphalie, imperforation anale, fente labio-palatine...) [25] ;

- Les traitements :

- Les anticoagulants oraux : il est nécessaire de modifier les traitements anticoagulants avant le début de la grossesse. Les antivitamines K entraînent un syndrome polymalformatif (hypotrophie, hypoplasie des os propres du nez, hypertélorisme, anomalies osseuses...). La période à risque se situe essentiellement entre 6 et 9 SA,
- Certains traitements antiépileptiques tels que l'acide valproïque sont tératogènes, à l'origine de défaut de fermeture du tube neural. Il est recommandé de changer ce traitement par un autre, compatible avec une grossesse et si possible diminuer la posologie en période préconceptionnelle,
- L'acide folique est efficace sur la prévention de la non-fermeture du tube neural si elle est prise au cours de 4 semaines précédant la conception et poursuivie jusqu'à 12 semaines de gestation. Elle réduit le risque de défaut de fermeture du tube neural (DFTN) de 40 à 80%. Le tube neural se forme très précocement, entre le 19ème et le 28ème jour de

grossesse. Le dosage recommandé par la HAS est de 0,4 mg/j en l'absence d'antécédent, et de 5 mg/j pour les femmes à risque élevé (antécédents de DFTN, épilepsie, obésité, diabète insulino-dépendant...). En plus de la supplémentation recommandée, on peut inciter les femmes à faire des repas riches en folates : on les retrouve principalement dans la levure, le foie, le jaune d'œuf, les fromages, les légumineuses, les légumes verts feuillus, et d'autres aliments comme les produits à base de céréales [26].

I.5 OBSTACLES À LA CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE

À ce jour, il existe peu d'études réalisées à grande échelle sur le sujet. On retrouve des mémoires, des thèses s'y consacrant, mais la seule notion préconceptionnelle abordée dans le rapport de périnatalité de 2010 ne concerne que la prise d'acides foliques.

Ici sont exposés les résultats de trois études réalisées auprès de femmes. Elles interrogent des femmes sur les soins préconceptionnels et sur leur désir d'informations supplémentaires.

Une étude réalisée par F. Girin [27] démontre que des femmes âgées de 35 à 45 ans, d'origine française et ayant un niveau d'étude supérieur au baccalauréat, s'estimaient insuffisamment informées et attendaient de leur médecin une éducation et un suivi plus important :

- 61,7% des femmes interrogées pensent qu'il est important de consulter avant une grossesse et seulement 40,3% ont le souvenir d'avoir entendu parler de santé préconceptionnelle,
- 73,3% souhaitent avoir des informations sur la santé préconceptionnelle surtout sur ce qu'il faut faire ou ne pas faire avant d'être enceinte,
- leur première source d'informations est le gynécologue, puis le médecin généraliste. La sage-femme n'est pas citée,
- 74,3% estiment que le moment idéal pour aborder ce thème se situe entre 15 et 25 ans.

Une autre étude réalisée auprès de femmes venant consulter en PMI dans le département de la Loire [5], montre, comme celle de F. Girin (bien que n'étudiant pas la même population), qu'une partie non négligeable des femmes estimait leurs

connaissances sur la santé préconceptionnelle insuffisantes et souhaitait une meilleure information des professionnels :

- Un peu moins de la moitié des femmes interrogées (48%) pensait qu'il était souhaitable de consulter un médecin avant une grossesse : le choix du praticien était en majorité le gynécologue (46%), ensuite le médecin généraliste (35%) et seulement 8,5% ont demandé les conseils d'une sage-femme.
- 46% des femmes de cette étude, souhaitaient ou auraient souhaité recevoir des informations sur la santé préconceptionnelle. La même proportion se retrouve dans toutes les catégories socio-professionnelles.
- 41% des femmes interrogées se souvenaient avoir discuté de l'importance de la santé avant d'être enceinte avec leur médecin. Ces femmes étaient sensiblement plus âgées (mais n'avaient pas eu significativement plus de grossesse), prenaient un traitement médical au long court et avaient eu une grossesse difficile. Une conclusion possible est que les praticiens informent d'abord celles qui ont des problèmes de santé.
- Dans les recommandations actuelles, la prescription d'acide folique est importante dans la santé périconceptionnelle, or seules 36% estiment important de prendre de l'acide folique. Cette étude montre en effet que les risques liés aux toxiques, violences, automédication semblent bien connus, à l'inverse des risques liés aux maladies génétiques, infectieuses et aux anomalies de fermeture du tube neural. La supplémentation en acide folique et son intérêt semblent mal connus et non prioritaires tant dans cette étude que dans la précédente.

À Nantes, en 2012, Pauline Pirckher constata, dans le cadre de son mémoire de fin d'étude de Sage-Femme [28], que :

- seulement 20,6% des femmes interrogées avaient réalisé une consultation préconceptionnelle et les autres n'avaient rencontré aucun professionnel.
- Parmi les patientes ayant consulté avant leur grossesse, près des deux tiers (60,9%) d'entre elles s'étaient vues prescrire de l'acide folique, principalement par les sages-femmes (35% contre 28,1% pour les gynécologues-obstétriciens et 14,8% pour les médecins généraliste).

D'autres études font ressortir les lacunes de notre système de prévention concernant cette période du tout début de grossesse. Ainsi, par exemple, l'enquête nationale périnatale de 2010 [23], montre 40,3% des femmes ont pris de la vitamine B9 à l'occasion de la grossesse mais seulement 24% l'ont pris à une période où celle-ci

est efficace pour la prévention des anomalies congénitales (avant la grossesse ou dans le premier mois).

Globalement ces études mettent en évidence que les femmes sont peu informées de l'existence et de l'utilité d'une consultation avant la grossesse, et pourtant la majorité des femmes estiment qu'elles n'ont pas assez de connaissance sur la santé périconceptionnelle et souhaiteraient une meilleure information de la part des professionnels.

Afin de réaliser au mieux la prévention préconceptionnelle et d'améliorer la santé des femmes avant la survenue d'une grossesse, en octobre 2010, s'est organisé le Premier Congrès Européen sur les « *Soins Préconceptionnels et la Santé Préconceptionnelle* » à Bruxelles, en Belgique [29]. Les participants à ce congrès suggèrent principalement aux Gouvernements de l'Union Européenne de développer davantage la SPC (Santé Préconceptionnelle) et la CPC (Consultation Préconceptionnelle) et l'intégrer « dans toutes les stratégies politiques qui s'attaquent à des déterminants majeurs de la santé » (Tabac, Alcool, Obésité...), soutenir sa promotion auprès de la population en âge de procréer, l'information et la formation des médecins et des sages-femmes.

Lors de ce congrès, en recommandations spécifiques, les participants suggèrent d'avoir un consensus entre les différents gouvernements européens concernant l'enrichissement de la farine en acide folique, de sensibiliser les endocrinologues, neurologues et autres prestataires qui prescrivent des médicaments potentiellement tératogènes, d'informer les praticiens et les femmes en âges de procréer de l'importance de connaître leur statut vaccinal avant toute grossesse, de favoriser toute action qui lutte contre une prise de poids excessive, d'informer et de sensibiliser les praticiens sur l'importance d'un dépistage des troubles psychosociaux pendant la grossesse et le post-partum et de favoriser les campagnes contre le tabac et l'alcool, principalement en période préconceptionnelle.

À ce jour, il est trop tôt pour évaluer l'impact de ce congrès sur la politique des ministères de la santé par rapport à la santé préconceptionnelle et sur l'information des femmes en âges de procréer des professionnels de santé concernés.

PARTIE II : ÉTUDE

II.1 PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE

La prévention dans le système de santé actuel est essentielle pour éviter la survenue de diverses pathologies et ainsi réduire les coûts éventuels de santé. Le fait de s'assurer que la femme est en bonne santé avant tout début d'une grossesse permet de diminuer la morbidité et la mortalité périnatale de la mère et du nouveau-né. C'est l'objectif de la consultation préconceptionnelle. En effet la première consultation prénatale se situe le plus souvent entre la 6^{ème} et la 10^{ème} semaine de grossesse, c'est-à-dire à un moment où l'embryogénèse des premières ébauches du système nerveux est déjà terminée, c'est dans ces premières semaines que le système nerveux sera le plus sensible à des déficits nutritionnels (acide folique), à des agressions virales (rubéole, varicelle), ou toxiques (alcool, drogues).

Malgré le bénéfice de cette consultation, elle est très peu réalisée en France. L'Étude présentée ici permet d'interroger les médecins généralistes et les sages-femmes libérales, auxquels s'adressent des femmes à bas risque lors d'un désir de grossesse, afin d'évaluer la pratique de cette consultation en Loire-Atlantique.

II.1.1 OBJECTIFS

L'objectif principal de l'étude est de réaliser un état des lieux de la pratique de la consultation préconceptionnelle, tant en quantité qu'en qualité, par des médecins généralistes et des sages-femmes libérales de Loire-Atlantique.

Les objectifs secondaires seront :

- établir le profil socio-démographique des professionnels réalisant davantage cette consultation ;
- voir comment cette consultation est amenée : à la demande des femmes ou du professionnel et à quel moment ;
- estimer dans quelle proportion elle est réalisée par rapport à l'ensemble de leur activité ;
- apprécier si le contenu de la consultation correspond aux recommandations de la HAS.

II.1.2 LES HYPOTHÈSES

- Les sages-femmes libérales pratiquent très peu cette consultation ;
- Les sages-femmes libérales pratiquant le plus fréquemment cette consultation se situent en région rurale ;
- Les médecins généralistes pratiquant davantage la consultation préconceptionnelle sont des femmes de moins de 40 ans ;
- La consultation est pratiquée à la demande des femmes, lors d'un désir de grossesse ;
- Les recommandations de la HAS ne sont pas entièrement respectées, ni par les médecins généralistes, ni par les sages-femmes libérales ;
- La pratique de la consultation préconceptionnelle est différente si elle est réalisée par un médecin ou une sage-femme ;
- La grossesse est peu envisagée par le praticien lors d'un suivi gynécologique habituel, et lorsqu'elle est abordée, il ne parle pas des mesures à prendre avant toute grossesse.

II.1.3 MÉTHODE

Ce travail est une étude descriptive de la pratique de la consultation préconceptionnelle par des médecins généralistes et des sages-femmes libérales de Loire-Atlantique.

Afin de réaliser cette étude, un lien vers un questionnaire en ligne a été transmis à l'ensemble des 121 sages-femmes libérales de Loire-Atlantique par courrier électronique, ainsi qu'un autre à au moins 96 médecins généralistes (cf annexes 1 et 2). Les deux questionnaires ont été réalisés presque à l'identique, quelques variantes furent mises en place afin de s'adapter à l'activité de ces deux professions médicales. Les questionnaires ont été disponibles sur internet entre le 17 juin et le 17 juillet 2014.

Les coordonnées des sages-femmes libérales ont été obtenues en croisant les données du CNOSF, et en appelant par téléphone le cabinet des sages-femmes dont les adresses électroniques n'étaient pas disponibles sur le site internet de l'Ordre.

Les coordonnées des médecins généralistes ont été obtenues avec l'aide du Département de Médecine Générale de Nantes. Cette liste comportait 96 noms. Toutefois nous avons sollicité le Président de Conseil de l'Ordre des médecins de Loire-Atlantique qui a lui-même transféré le lien vers le questionnaire à des confrères. Certains des médecins interrogés ont fait de même. Pour toutes ces raisons, il est donc difficile d'estimer le nombre exact de médecins touchés par le questionnaire.

La méthode de transmission par courrier électronique a été préférée à la voie postale pour des raisons de coût et de délai. De plus elle découlait naturellement du type de questionnaire, en ligne, qui a permis de conserver totalement l'anonymat des participants. Enfin, l'envoi par voie électronique a permis de relancer plusieurs fois les praticiens afin d'obtenir davantage de réponses.

II.1.4 CRITÈRES D'EXCLUSION

Pour cette étude, nous nous sommes concentrés sur la population de médecins généralistes et des sages-femmes diplômés, installés en cabinet. Nous avons donc exclu la pratique des internes en médecine générale et les remplaçants des médecins généralistes et des sages-femmes libérales.

Nous avons choisi d'exclure les médecins gynécologues pour une raison de faisabilité et pour explorer l'activité de professionnels ayant une patientèle de femmes n'ayant normalement pas d'antécédent de pathologies obstétricales.

II.1.5 SAISIE ET ANALYSE DES DONNÉES

La saisie des données des questionnaires a été effectuée avec le logiciel Edipata Entry version 3.1, et l'analyse des données a été réalisée à l'aide du programme Epidata Analysis 2.2.

II.2 PRÉSENTATION DES DONNÉES

II.2.1 TAUX DE RÉPONSES

45 réponses ont été obtenues auprès des médecins généralistes et 49 auprès des sages-femmes libérales. Ce qui fait qu'au plus (en ne tenant compte que des médecins de notre liste initiale) 46,8% des médecins généralistes et 40,5% des sages-femmes interrogés ont répondu.

Au total, nous avons reçu 94 réponses parmi les 217 praticiens sollicités, soit un taux de réponse de 43,3% pour l'ensemble des professions.

II.2.2 DESCRIPTION DE LA POPULATION

II.2.2.1 Âge de la population

Notre population a un âge moyen de 43 ans [27 ; 64]. Il n'y a pas de différence significative dans la moyenne d'âge entre les médecins généralistes et les sages-

femmes libérales. On peut cependant voir dans les figures 2 et 3 une différence dans la répartition des classes d'âge entre les deux populations avec un fort taux de participation des médecins généralistes ayant entre 30 et 39 ans par rapport à la classe des 40-49 ans.

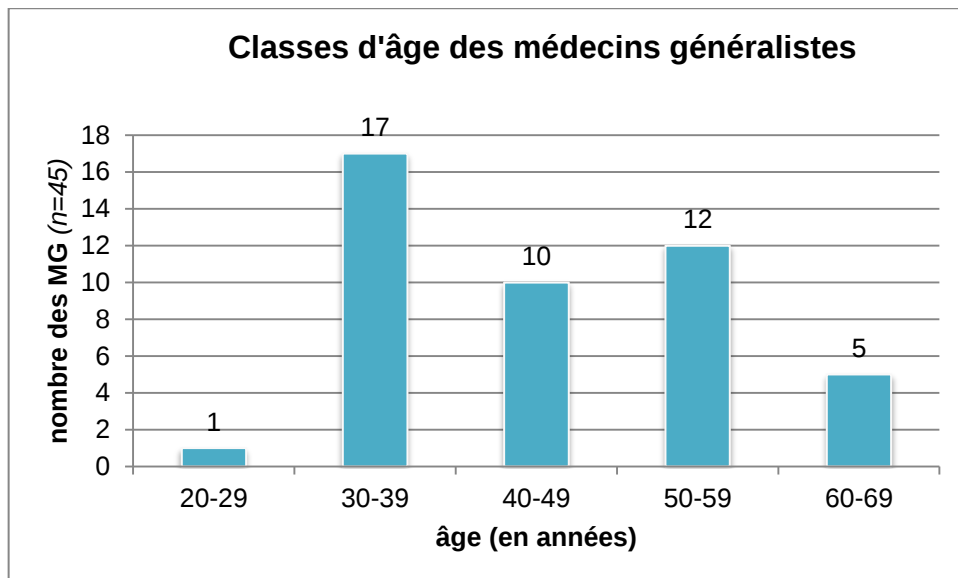


Figure2 : Répartition des médecins généralistes par classes d'âge

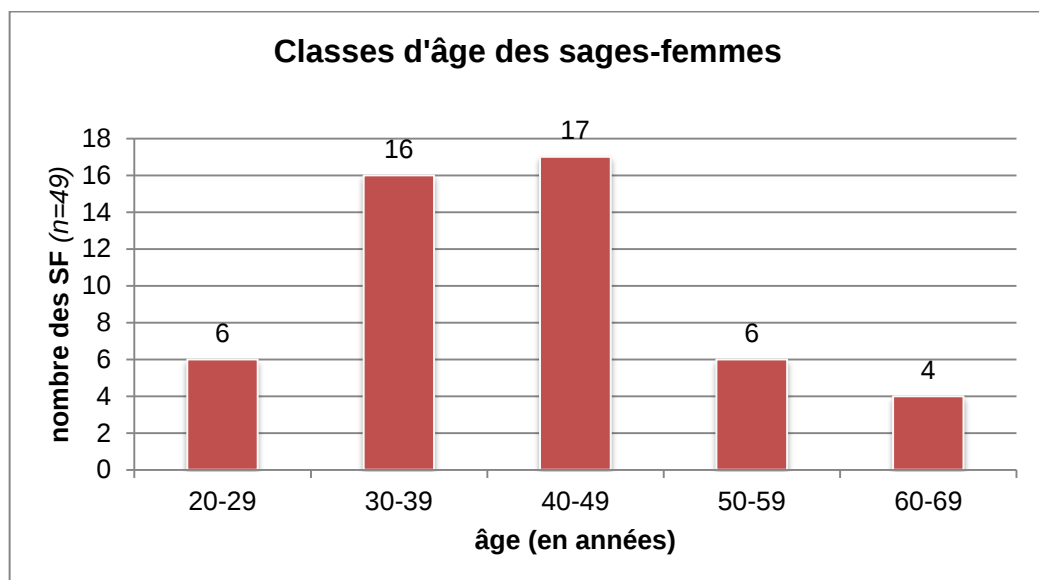


Figure 3 : Répartition des sages-femmes libérales par classes d'âge

II.2.2.2 Présentation de l'échantillon des médecins généralistes

Parmi les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire 26 sont des femmes (soit plus de la moitié de l'effectif des médecins).

Concernant la répartition de leur lieu d'exercice, elle est harmonieuse entre le milieu urbain (15 parmi 45), péri-urbain (14) et rural (16).

La majorité des médecins généralistes sont installés dans le même cabinet depuis plus de 9 ans (20). Une partie non négligeable est installée depuis moins de 5 ans (17) et les huit restants sont installés depuis 5 à 9 ans. Comme on peut s'en douter, la durée d'installation dans leur cabinet dépend de l'âge du praticien, ceux installés récemment ont en majorité entre 29 et 36 ans et ceux installés depuis plus de 9 ans ont plus de 40 ans. Ceci montre notamment que les médecins sont peu mobiles et restent en grande partie dans le même cabinet tout au long de leur exercice.

La moitié des médecins ont été diplômés entre 2000 à 2013 (23 parmi 45), le plus ancien diplôme datant de 1977. Treize médecins ont reçu leur diplôme après l'abrogation de la visite prénuptiale en 2007.

Seuls 3 médecins ont complété leur formation par un DU gynécologique et un des médecins questionnés est sage-femme diplômée d'état. Elle le précisait pour indiquer que ce diplôme démontrait des affinités et des connaissances supplémentaires en matière de gynécologie. Les trois personnes ayant obtenu un DU de gynécologie sont des femmes mais ont des âges différents.

II.2.2.3 Présentation de l'échantillon des sages-femmes libérales

L'ensemble des sages-femmes libérales de Loire-Atlantique sollicitées sont des femmes.

Elles exercent principalement en milieu rural (22), puis en milieu urbain (16) et enfin en milieu péri-urbain (11).

Les sages-femmes sont en majorité nouvelles sur leur lieu d'exercice : 24 d'entre elles sont installées dans leur cabinet actuel depuis moins de 5 ans. Neuf depuis 5 à 9 ans et 16 depuis plus de 9 ans. Comme pour les médecins généralistes la durée d'installation dépend de l'âge des sages-femmes, celles installées depuis plus de 9 ans sont plus âgées, elles ont toutes plus de 40 ans et celles installées depuis moins de 5 ans ont en majorité moins de 35 ans.

La majorité des sages-femmes (11 d'entre elles) ont obtenu leur diplôme entre 1995 et 1999. Seules 5 d'entre elles l'ont obtenu après 2009 donc après la réforme de

la loi autorisant les sages-femmes à pratiquer le suivi gynécologique de prévention et 35 sages-femmes ont été diplômées avant la réforme des études de sages-femmes de 2001 qui a porté à 5 ans la durée des études, y compris la première année de médecine.

Seules 4 sages-femmes ont complété leur formation par un DU de gynécologie, elles ont entre 28 et 40 ans. Trois sont diplômées avant la réforme de 2001 et la dernière est diplômée de 2010. Médecins et sages-femmes n'ont pas été questionnés sur d'autres types de formation en gynécologie (formation continue...).

II.2.3 ACTIVITÉS DES PROFESSIONNELS DE L'ÉCHANTILLON

II.2.3.1 Les médecins généralistes

Pour apprécier le potentiel d'activité de gynécologie-obstétrique des médecins généralistes, il leur a été demandé d'estimer le pourcentage de femmes en âge de procréer parmi leur patientèle. Plus de la moitié des médecins (24) ont entre 20 et 40% de femmes en âge de procréer parmi leurs patients, 8 en ont moins de 20%, 8 également en ont entre 40 et 60% et une femme médecin en a plus de 60%. Les 8 médecins ayant peu de patientes féminines sont autant hommes que femmes.

L'activité par semaine est donnée par la sécurité sociale et envoyée à chaque médecin. D'après le site ameli.fr, en 2010 [30], les médecins généralistes de Loire-Atlantique avaient une activité moyenne de 88 consultations par semaine.

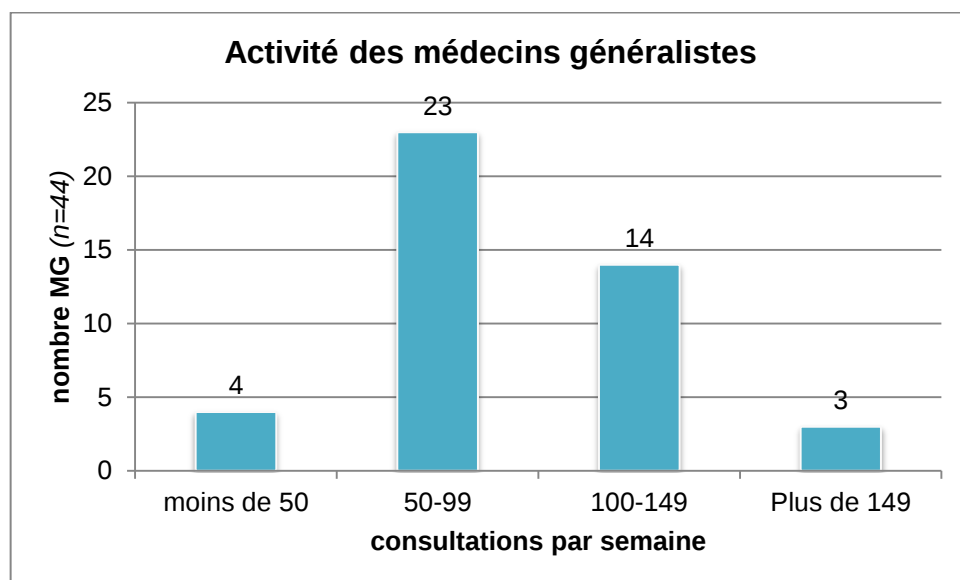


Figure 4 : Activité hebdomadaire des médecins généralistes

Tous les médecins généralistes interrogés pratiquent le suivi de grossesse. En majorité ils le pratiquent peu : moins de 5 consultations par mois (30 parmi les 45). Quatorze réalisent 5 à 9 suivis mensuels et une femme médecin pratique plus de 9 suivis de grossesse par mois. De manière logique, les médecins ayant moins de femmes en âge de procréer dans leur patientèle font moins de suivi de grossesse que ceux qui en ont davantage.

L'activité « suivi gynécologique » est variable parmi les médecins généralistes, comme le montre la figure 5. Un seul médecin (un homme) ne pratique pas de suivi gynécologique.

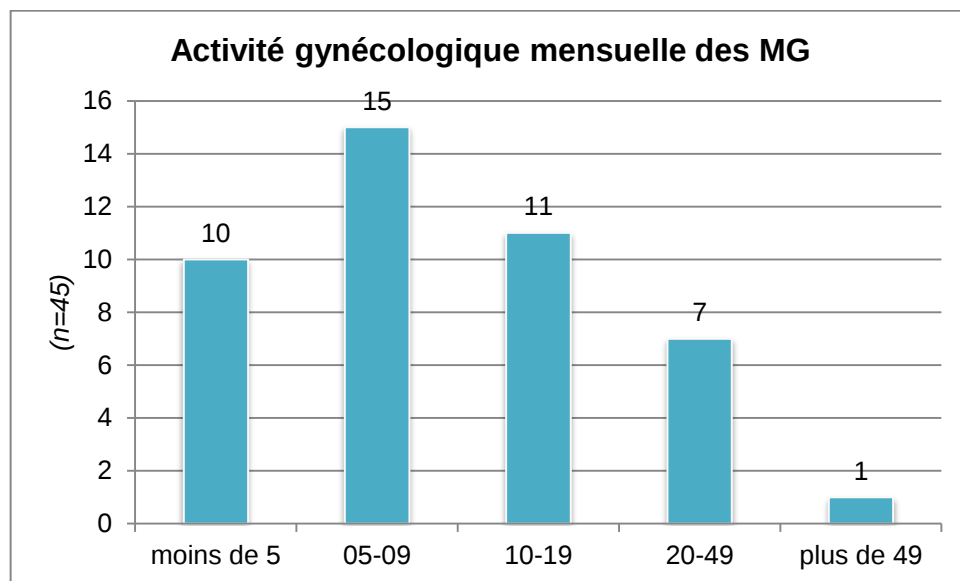


Figure 5 : Nombre de consultations gynécologiques mensuelles pratiquées par les médecins généralistes

Deux des femmes ayant un DU de gynécologie font partie du groupe réalisant entre 20 et 49 consultations par mois. Les femmes médecins réalisent davantage de suivi gynécologique que les hommes.

Les médecins pratiquent plus le suivi gynécologique que le suivi de grossesse, contrairement aux sages-femmes comme nous le verrons dans la partie suivante.

II.2.3.2 Les sages-femmes libérales

Une grande majorité des sages-femmes interrogées travaillent exclusivement en libéral. Huit sages-femmes parmi les 49 travaillent à temps partiel en libéral et ont une autre activité. Ces 8 sages-femmes exercent également en tant que salariées dans une structure hospitalière. Dans l'effectif, aucune sage-femme n'exerce en PMI, en CPEF ou en planning familial (MFPPF).

La moitié des sages-femmes travaillent à temps plein en libéral (24). Le taux d'activité des sages-femmes libérales est représenté dans la figure 6.

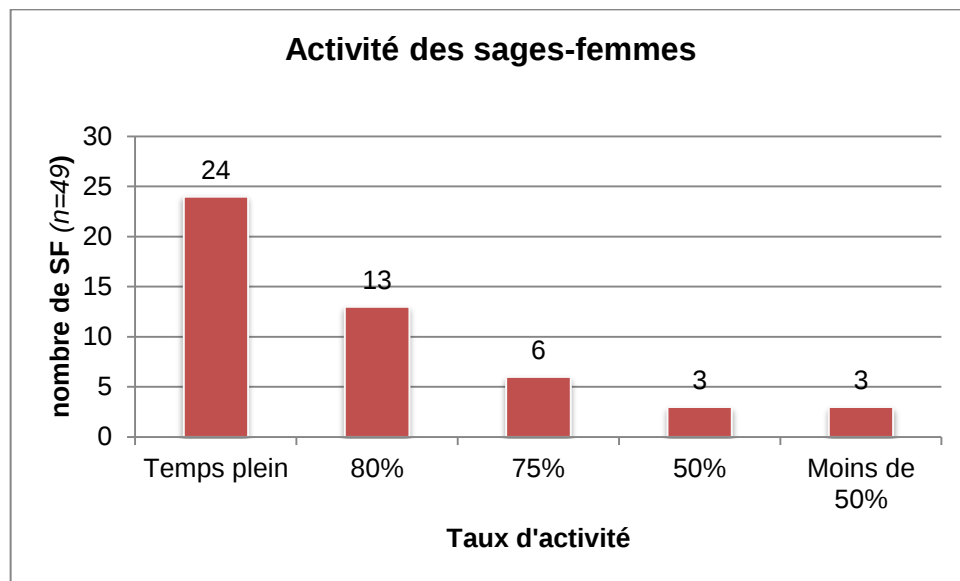


Figure 6 : Répartition de l'activité des sages-femmes libérales

Concernant leur activité de suivi de grossesse : huit sages-femmes ne réalisent pas de suivi de grossesse. Les sages-femmes se répartissent équitablement entre celles qui pratiquent moins de 5 consultations de grossesse par mois (17) et celles en réalisant entre 5 et 9 (19). Seulement cinq sages-femmes font entre 10 et 19 suivis de grossesse par mois.

Les sages-femmes réalisent moins de suivis gynécologiques. En effet 16 d'entre elles n'en pratiquent pas du tout et 19 en pratiquent moins de 5 par mois. 10 sages-femmes font de 5 à 9 suivis gynécologiques de prévention et seulement 4 en pratiquent plus de 9.

Parmi les 8 sages-femmes ne faisant pas de suivi de grossesse, 7 ne pratiquent pas non plus de suivi gynécologique de prévention et la dernière en fait moins de 5 par mois. Parmi celles qui ne n'ont pas de consultations de grossesse ou gynécologiques dans leur activité, la moitié sont à temps très partiel (moins de 50% de taux d'activité en libéral).

Toutes les sages-femmes ayant un DU de gynécologie pratiquent le suivi de grossesse et le suivi gynécologique.

II.2.4 L'ACTIVITÉ « CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE »

II.2.4.1 Qui la pratique le plus ?

Parmi les médecins généralistes, deux ne font jamais de consultation préconceptionnelle. 17 médecins déclarent la pratiquer « systématiquement » ou « fréquemment ». La majorité des médecins, soit 21 d'entre eux, disent la pratiquer « occasionnellement ».

La pratique de la consultation préconceptionnelle ne dépend ni du sexe du médecin, ni de son âge, ni de son année de diplôme ni de son lieu d'installation. Par contre les praticiens ayant une plus forte activité, tant en nombre de consultations par semaine qu'en suivi de grossesse ou suivi gynécologique, déclarent pratiquer la consultation préconceptionnelle plus régulièrement. De même les médecins ayant davantage de femmes en âge de procréer dans leur patientèle estiment réaliser cette consultation davantage.

En réalité, malgré les évaluations globales des médecins, la pratique de cette consultation est limitée. En effet 31 ne la pratiquent qu'une à deux fois par mois, 7 médecins la réalisent trois à cinq fois par mois et une femme médecin pratique plus de 9 consultations préconceptionnelles par mois. La fréquence de suivi gynécologique ne semble pas impacter le nombre de consultations préconceptionnelles pratiquées, par contre la pratique plus importante du suivi de grossesse par les médecins généralistes semble avoir un impact positif sur la pratique de cette consultation.

Parmi les sages-femmes libérales, 29 ne pratiquent jamais la consultation préconceptionnelle. Trois sages-femmes considèrent la pratiquer « fréquemment », sept « occasionnellement » et dix la pratiquent « rarement ».

Sur les quatre sages-femmes ayant un DU de gynécologie, deux ne pratiquent jamais cette consultation. Deux groupes de sages-femmes semblent pratiquer davantage la consultation : celles âgées de 35 à 39 ans, diplômées entre 2000 et 2004 et celles âgées de 50 à 54 ans, diplômées entre 1985 et 1989. Les sages-femmes installées en milieu rural et péri-urbain considèrent pratiquer davantage la consultation préconceptionnelle que les sages-femmes installées en ville. Les 7 sages-femmes ne pratiquant ni suivi de grossesse, ni suivi gynécologique ne réalisent pas non plus de consultation préconceptionnelle. Au total, parmi les sages-femmes, la moitié (22) ne pratique pas cette consultation.

La pratique du suivi de grossesse et du suivi gynécologique a un impact positif sur la pratique de la consultation préconceptionnelle. En effet 3 sages-femmes sur 5 parmi

celles réalisant de 5 à 9 suivis de grossesse par mois pratiquent cette consultation et 4 sages-femmes sur 5 pratiquant le suivi gynécologique de 5 à 9 fois par mois réalisent cette consultation.

En réalité, quelle que soit leur estimation de leur activité de consultation préconceptionnelle, les sages-femmes qui la pratiquent ne le font qu'une à deux fois par mois. Seule une sage-femme la pratique un peu plus : de 3 à 5 fois par mois.

II.2.4.2 Introduction à la consultation

La consultation préconceptionnelle permet de préparer au mieux une grossesse. Elle est donc particulièrement adaptée aux femmes ou aux couples en désir d'enfant. C'est pourquoi, comme le montrent les figures 7 et 8, elle a lieu principalement à la demande des femmes.

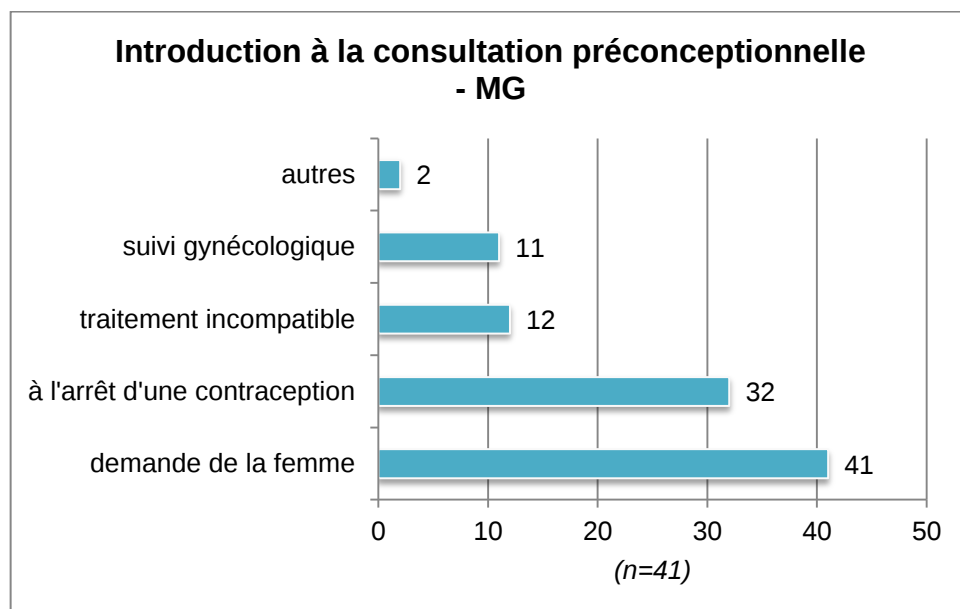


Figure 7 : L'origine de la consultation préconceptionnelle par les médecins généralistes

Les médecins généralistes la proposent dans certaines situations : lors de l'arrêt d'une contraception (32), lorsqu'une patiente suit un traitement incompatible avec la grossesse (12) ou lors du suivi gynécologique habituel (11). En outre, une femme médecin la propose lorsque la patiente est jeune mariée ou présente une pathologie à risque ou un antécédent particulier.

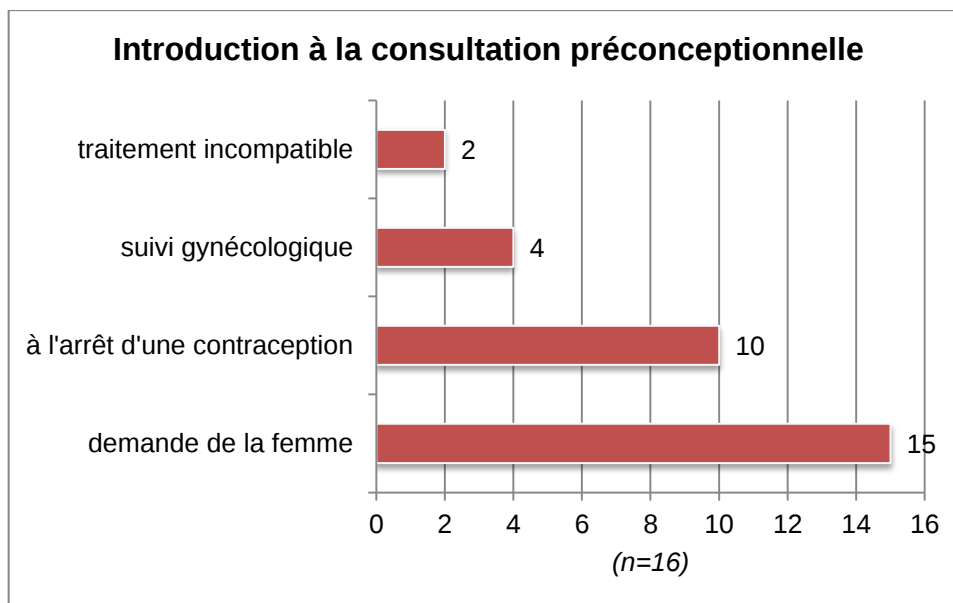


Figure 8 : L'origine de la consultation préconceptionnelle par les sages-femmes

Les sages-femmes libérales, quant à elles, proposent cette consultation lors de l'arrêt de la contraception (10) et très peu lors d'un suivi gynécologique ou lorsque la patiente suit un traitement incompatible avec une grossesse.

II.2.4.3 Raisons de la non-pratique de la consultation préconceptionnelle

Deux médecins et vingt-neuf sages-femmes libérales ne pratiquent jamais la consultation préconceptionnelle. La principale raison avancée est que les femmes ne viennent pas consulter pour un désir de grossesse. D'autres raisons sont mises en avant par les sages-femmes : 2 considèrent ne pas avoir la patientèle pour (l'une d'entre elles ne pratiquant pas de suivi gynécologique) et 2 autres sages-femmes ne le souhaitent tout simplement pas (elles ne pratiquent ni suivi de grossesse, ni suivi gynécologique).

On remarquera que sur 33 sages-femmes qui pratiquent le suivi gynécologique et voient les patientes avant une grossesse, seulement un peu plus de la moitié d'entre elles (soit 18) réalisent les consultations préconceptionnelles, ce que l'on ne retrouve pas chez les médecins.

II.2.5 RECOMMANDATIONS DE LA HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ

Afin d'évaluer le suivi des recommandations de la HAS par les professionnels de santé, une liste de 13 recommandations leur a été exposée pour laquelle ils devaient

indiquer celles qu'ils suivent. Nous avons traité à part la liste des prescriptions éventuelles qui en découlent.

Nous avons classé les réponses à la première liste en fonction du nombre de cases cochées :

- entre 10 et 13, les recommandations sont respectées ;
- entre 7 et 9, les recommandations sont plutôt respectées ;
- entre 4 et 6, les recommandations sont peu respectées ;
- entre 0 et 3, les recommandations ne sont pas respectées.

Concernant les prescriptions, le respect des recommandations a été divisé comme suit :

- entre 6 et 8, les recommandations sont respectées ;
- entre 3 et 5, elles sont moyennement respectées ;
- entre 0 et 2, elles ne sont pas respectées.

II.2.5.1 Les conseils abordés et les facteurs de risque relevés

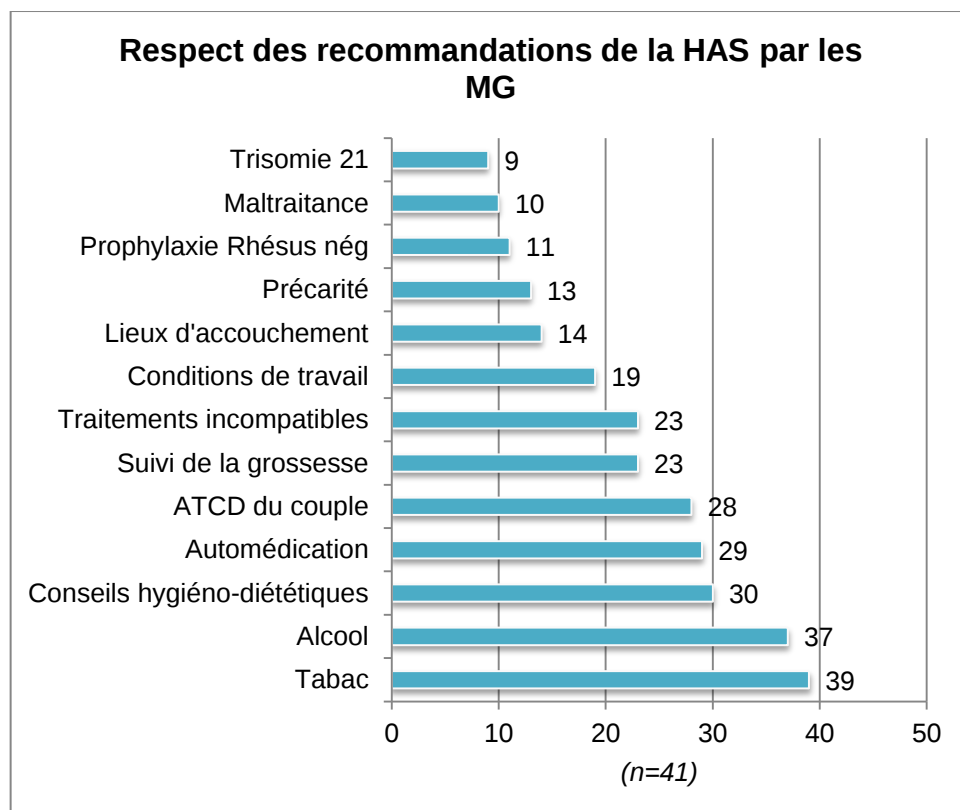


Figure 9 : Recommandations abordées par les médecins généralistes lors de la consultation préconceptionnelle

La plupart des médecins abordent à peine la moitié des points recommandés. En effet ils sont 18 sur 43 à ne respecter que peu les recommandations. Ils sont 6 à ne pas respecter les recommandations, 11 à plutôt les respecter et 8 à bien les respecter. Les sujets abordés (figure 9) sont le plus fréquemment le tabac, l'alcool, les conseils hygiéno-diététiques, l'automédication et les antécédents de la femme et du couple. En revanche, ils évoquent peu les lieux d'accouchement, la précarité, la maltraitance, la prophylaxie rhésus négatif et le dépistage de la trisomie 21.

Le nombre de recommandations suivies est d'autant plus grand que les médecins ont entre 55 et 59 ans, sont installés en zone rurale et pratiquent plus fréquemment cette consultation.

Cinq sages-femmes indiquant pourtant faire au moins de temps en temps une consultation préconceptionnelle (quatre la pratiquant « rarement » et une « occasionnellement »), n'ont pas répondu aux questions portant sur le contenu de leur consultation. Elles n'ont pas non plus renseigné la quantité de consultations. Elles ont peut-être jugé ne pas en faire suffisamment pour pouvoir répondre aux questions.

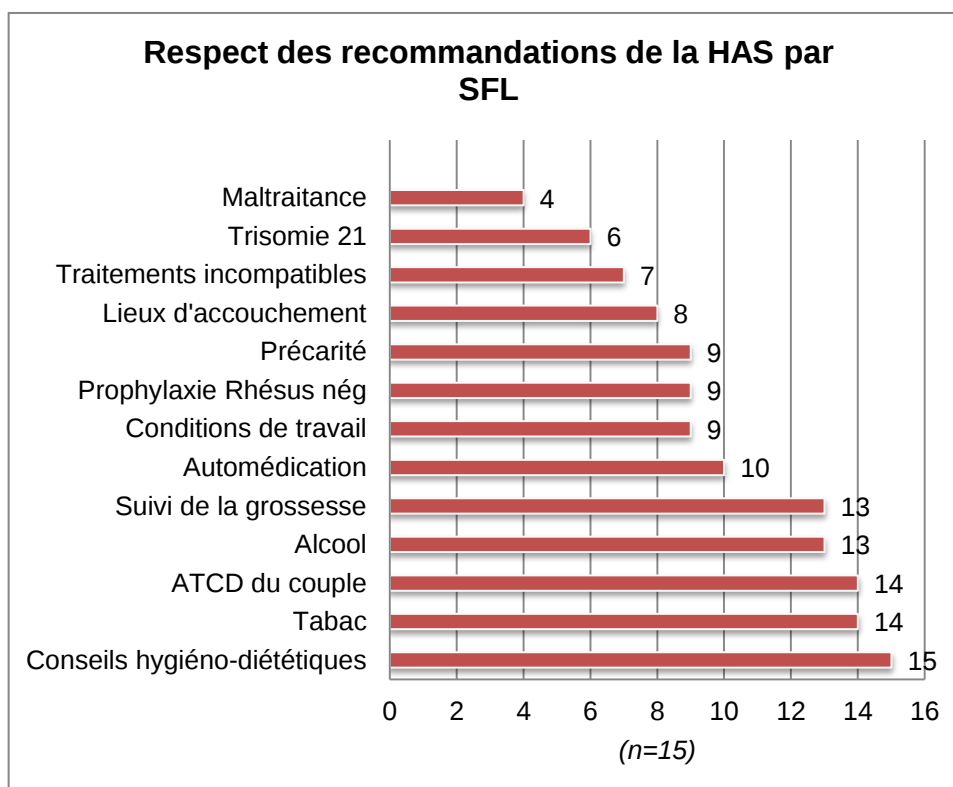


Figure 10 : Recommandations de la HAS abordées lors de la consultation préconceptionnelle par les sages-femmes libérales

En revanche, plus de la moitié des 15 sages-femmes restantes (8) respectent bien les recommandations de la HAS. Deux les suivent plutôt, quatre les suivent moyennement et une ne les respecte pas. Les points le plus souvent abordés sont les même que pour les médecins (figure 10), auxquels s'ajoute celui des modalités du suivi de grossesse.

Les sages-femmes dans la classe d'âge 50 – 54 ans suivent plus particulièrement les recommandations. Les autres critères n'influencent pas la pratique de la consultation.

II.2.5.2 Les prescriptions en fin de consultation

Alors que les médecins ne respectent que moyennement les conseils et sujets à aborder lors de la consultation préconceptionnelle, ils prescrivent fréquemment l'ensemble des examens biologiques à proposer. En effet la moitié d'entre eux (21) suit les recommandations sur les prescriptions. L'autre moitié les respecte moyennement ou pas.

Presque tous prescrivent des vaccinations (figure 11), et nombreux sont ceux qui prescrivent les recherches sérologiques sur la rubéole, la toxoplasmose, le groupe sanguin et le VIH. L'hépatite C, l'hépatite B et la syphilis sont les moins recherchées.

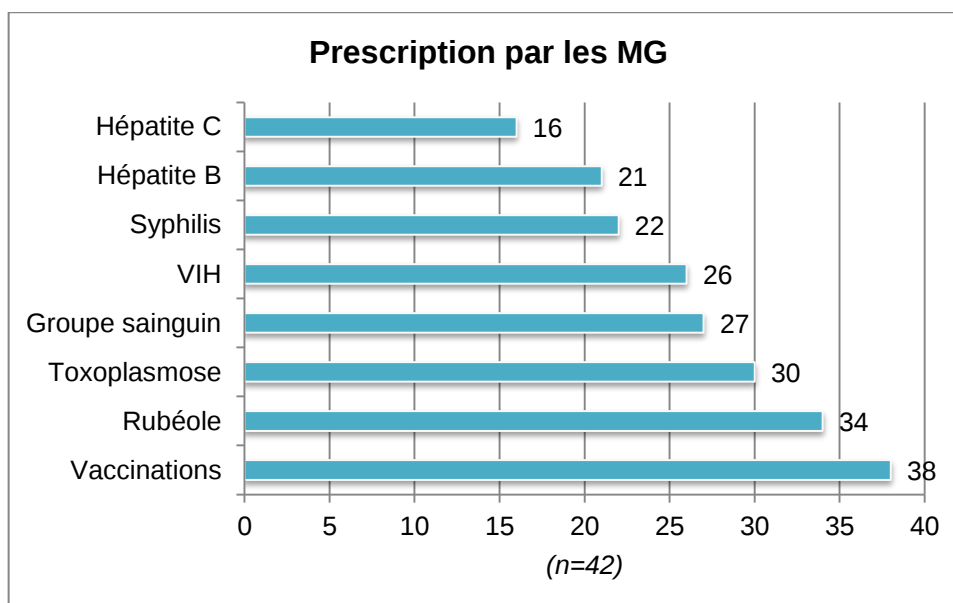


Figure 11 : Les prescriptions des médecins généralistes

Les sages-femmes également prescrivent la plupart des analyses. Elles sont 10 sur les 15 concernées à prescrire entre 6 et 8 examens biologiques ou vaccinations.

Quatre ne respectent que moyennement les recommandations sur les prescriptions et une ne les respecte pas.

La figure 12 nous montre que, presque systématiquement, les sages-femmes prescrivent les sérologies de la toxoplasmose, la rubéole et la recherche du groupe sanguin. Elles prescrivent moins que les médecins les vaccinations.

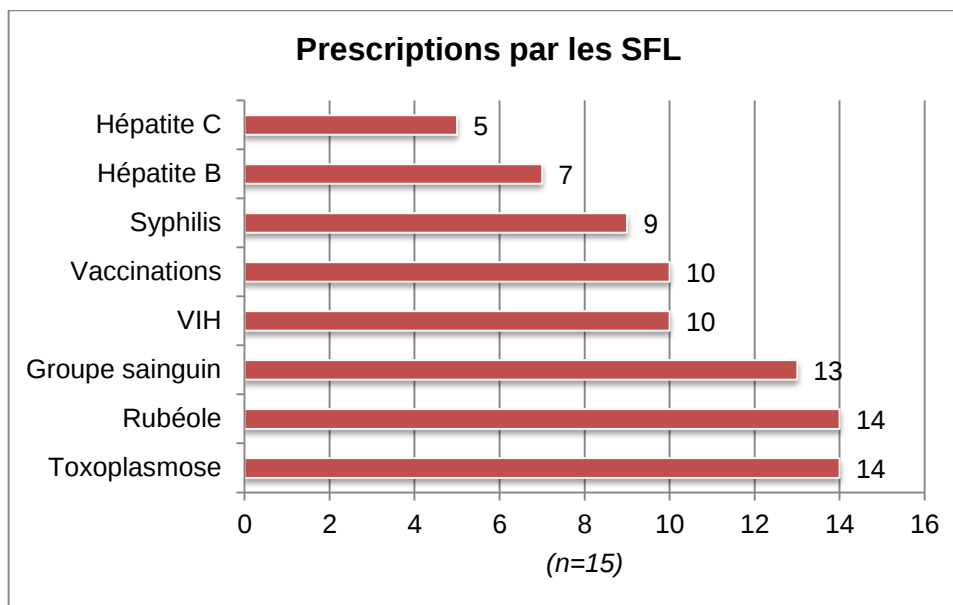


Figure 12 : Les prescriptions des sages-femmes libérales

Les sages-femmes suivent d'autant mieux les recommandations qui concernent les prescriptions qu'elles ont suivi celles sur les messages de prévention. Sept d'entre elles suivent l'ensemble des recommandations.

Concernant la prescription d'acide folique, les médecins ainsi que les sages-femmes semblent respecter les recommandations. En effet 34 médecins (sur 43) et 14 sages-femmes (sur 16 ayant répondu à la question) prescrivent « systématiquement » l'acide folique. Sept médecins et une sage-femme la prescrivent « fréquemment », un médecin le fait « occasionnellement » et un autre « rarement ». En revanche, une sage-femme ne le fait « jamais », il s'agit d'une sage-femme faisant « rarement » de consultation préconceptionnelle mais respectant pourtant bien tant les conseils à donner et les facteurs de risque à relever que les prescriptions d'examen biologiques à proposer.

II.2.6 LA CONSULTATION INTÉGRÉE AU SUIVI GYNÉCOLOGIQUE

À la fin du questionnaire, il a été demandé aux praticiens s'ils abordaient la possibilité d'une grossesse lors du suivi gynécologique habituel de la femme. Cette

question a été posée pour savoir si les professionnels intégraient au moins partiellement la consultation préconceptionnelle dans le suivi gynécologique, sans pour autant la qualifier comme telle.

La réponse à cette question est très variable tant parmi les médecins que parmi les sages-femmes.

En effet, les médecins se répartissent équitablement entre aborder la possibilité d'une grossesse « fréquemment » (11) « occasionnellement » (13) ou « rarement » (11). Trois médecins, pratiquant pourtant la consultation préconceptionnelle, ne discutent jamais d'une éventuelle grossesse avec leur patiente lors d'un suivi gynécologique. Cinq médecins, par contre, l'abordent systématiquement.

Les sages-femmes, quant à elles, abordent toutes la possibilité d'une grossesse lors d'un suivi gynécologique et, de manière générale, beaucoup plus fréquemment. Neuf sages-femmes interrogent les femmes « systématiquement » sur le sujet, cinq le font « fréquemment », trois « occasionnellement » et enfin deux le font « rarement ».

Pour les médecins, plus ils pratiquent la consultation préconceptionnelle, plus ils abordent une grossesse lors du suivi gynécologique. Pour les sages-femmes en revanche, étant donné qu'elles abordent cette question avec les femmes de manière plus systématique, il n'y a pas de relation avec la pratique de la consultation préconceptionnelle.

Il n'a pas été relevé de particularités chez les professionnels abordant davantage une éventuelle grossesse en prenant en compte le sexe, l'âge, l'année de diplôme, le lieu d'installation, la pratique du suivi de grossesse ou du suivi gynécologique.

Bien que les professionnels, médecins ou sages-femmes, abordent régulièrement une grossesse possible lors d'un suivi gynécologique, ils ne donnent que très peu de conseils intégrés dans la consultation préconceptionnelle et n'indiquent que rarement les démarches particulières à faire avant d'entamer une grossesse ou une fois que la grossesse est installée (figures 13 et 14).

Sur cette dernière question, précisant l'étendue des points abordés par le praticien sur le sujet d'une grossesse lors du suivi gynécologique, 12 médecins sur les 40 et 6 sages-femmes sur les 19 n'ont coché aucune réponse.

La figure 13 montre que les médecins évoquent alors le choix du professionnel à même de suivre les femmes en cas de grossesse, la supplémentation recommandée en acides foliques, les vaccinations à faire avant une grossesse, et les centres d'interruption volontaire de grossesse si une grossesse n'est pas souhaitée. Ils

abordent peu les conseils hygiéno-diététiques (alimentation, tabac, alcool...), les traitements incompatibles avec une grossesse et les examens biologiques à faire avant ou en début de grossesse.

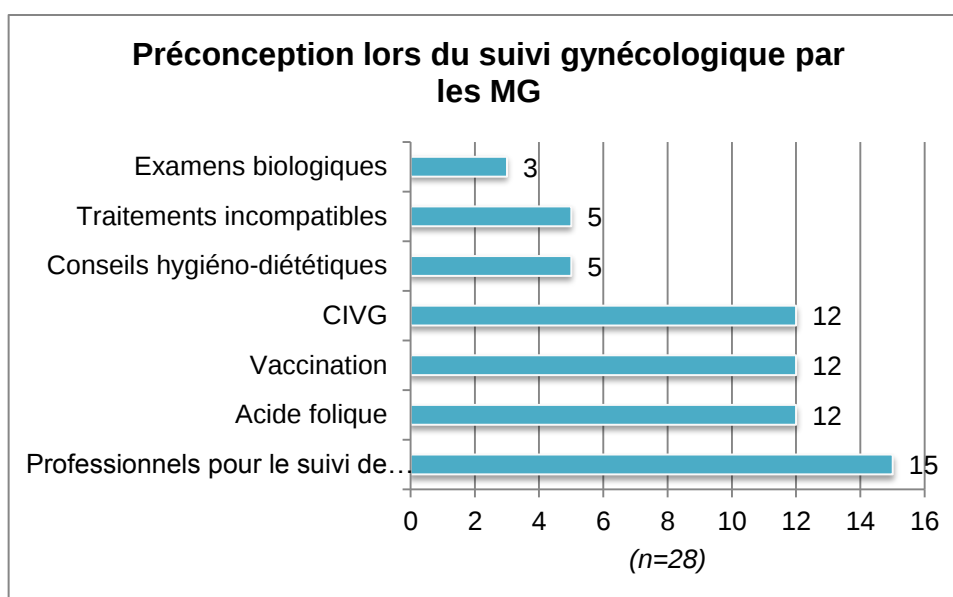


Figure 13 : Recommandations de la HAS abordées par les médecins généralistes lors d'un suivi gynécologique

Les sages-femmes, quant à elles abordent en particulier le choix des professionnels pouvant suivre une grossesse et de manière modérée les autres points (figure 14).

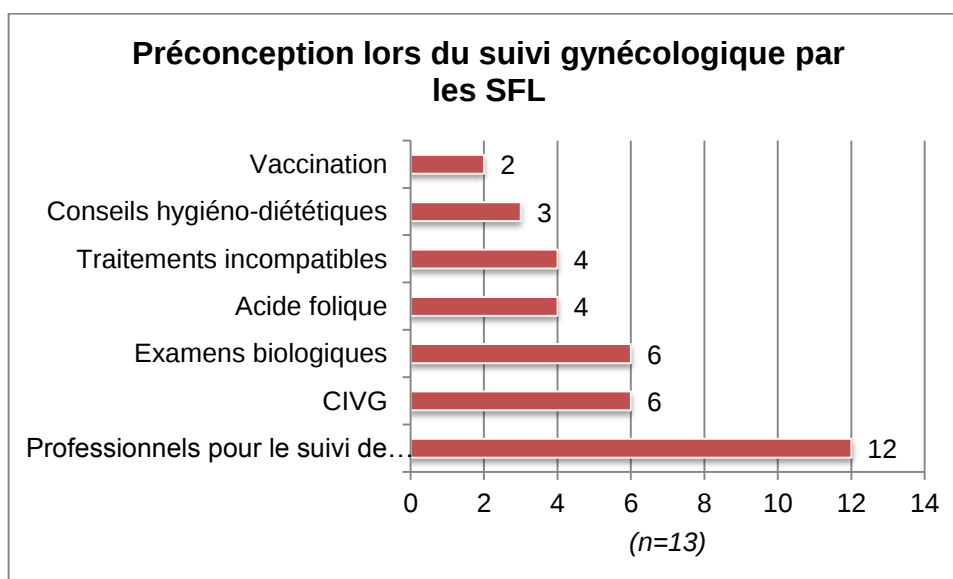


Figure 14 : Recommandations de la HAS abordées par les sages-femmes libérales lors d'un suivi gynécologique

PARTIE III : DISCUSSION

III.1 LIMITES DE L'ÉTUDE

Compte tenu du nombre relativement faible de réponses obtenues pour chaque profession, malgré une sollicitation importante avec de nombreuses relances, l'étude peut ne pas être représentative de la population. Pour autant, concernant les sages-femmes, l'échantillon est similaire à l'échantillon de sages-femmes libérales de Loire-Atlantique étudié dans le mémoire de Clémence Guellec de 2014 [31] tant en âge, qu'en année de diplôme, lieu d'installation ou en pratique de suivi gynécologique. En revanche, l'échantillon de médecins généralistes ne semble pas représentatif de leur population, par exemple le taux de femmes médecins est trop important dans notre étude et l'âge n'est pas non plus représentatif de la population de médecins généralistes. En effet, d'après l'ORES des Pays de la Loire [32] en 2009 la part des femmes parmi les médecins généralistes libéraux était de 33% et en continuelle augmentation, dans notre étude plus de la moitié des médecins sont des femmes.

Les études ont toujours dépendu de la volonté des personnes interrogées à y répondre. Ici nous pouvons voir que les jeunes femmes médecins répondent plus facilement à notre étude que d'autres confrères. Ainsi notre échantillon comporterait un biais de recrutement, il est fort probable que les réponses obtenues soient celles de médecins, ou de sages-femmes, les plus intéressés par le sujet. Les réponses manquantes correspondraient alors souvent à des praticiens ne se sentant pas concernés, et ne pratiquant pas ou peu la consultation préconceptionnelle. Le taux de pratique de notre échantillon pourrait ainsi être supérieur au taux réel du département.

Notre étude peut comporter également un biais de déclaration, le caractère subjectif de l'appréciation par les professionnels de leur propre activité en gynécologie/obstétrique a pu altérer les résultats et leur interprétation. De plus concernant leur pratique de la consultation préconceptionnelle, afin d'être parfaitement objectif, il serait nécessaire de réaliser un audit des pratiques en assistant avec le médecin ou la sage-femme aux consultations préconceptionnelles afin de connaître au mieux les sujets abordés, et les prescriptions données.

Concernant le respect des recommandations de la HAS, il aurait été judicieux de demander aux praticiens s'ils les avaient déjà vues ou lues, ou s'ils en connaissaient même l'existence.

III.2 PRATIQUE DE LA CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES

Compte tenu de leur rôle vis-à-vis de la population et leur implication dans la médecine préventive au quotidien, les médecins généralistes sont des conseillers de santé privilégiés pour les femmes et couples ayant un désir de grossesse. Ils sont donc des acteurs essentiels à la réalisation de la consultation préconceptionnelle.

III.2.1 UNE PRATIQUE SUFFISANTE ?

Malgré les bénéfices de la consultation préconceptionnelle, elle semble peu réalisée en France. Seulement 40,3 % des femmes se rappellent avoir parlé de santé préconceptionnelle avec leur médecin [28]. Même dans une population de médecins qui déclarent à 98 % faire du « suivi gynécologique courant », 41% seulement disent effectuer des consultations préconceptionnelles [33]. Dans la population de médecins étudiée par J. Texier [11], ils sont 68% à « recevoir régulièrement des femmes en consultation préconceptionnelle ».

Au sein de notre échantillon, seuls deux médecins ne pratiquent jamais de consultation préconceptionnelle. Bon nombre de médecins généralistes pensent la pratiquer fréquemment voire systématiquement, alors que très majoritairement, d'après leurs données chiffrées, ils ne la pratiquent qu'une à deux fois par mois. Cette différence entre la considération des médecins sur leur pratique et la réalité de cette pratique montre qu'il y a sans doute un sentiment de « normalité » dans le fait de réaliser peu de consultation préconceptionnelle.

Au bilan, la pratique semble donc relativement faible, même si la presque totalité des médecins ayant répondu au questionnaire pratique plus ou moins fréquemment la consultation préconceptionnelle.

III.2.2 ÉLÉMENT DÉCLENCHEUR DE LA CONSULTATION

Une raison pour laquelle la consultation préconceptionnelle est peu pratiquée est qu'elle n'est pas réalisée systématiquement, contrairement à la visite prénuptiale qui

était obligatoire avant le mariage. Ainsi cette consultation est majoritairement faite à la suite d'une demande spécifique de la femme ou du couple, comme le prévoit les recommandations de la HAS [2]. Or les femmes sont mal informées de l'existence de cette consultation [5] [27] [28] [34], et rares sont celles qui viennent consulter en prévision d'une grossesse.

Cet aspect se retrouve dans notre étude : en effet 41 médecins sur 43 réalisent une consultation préconceptionnelle à la demande de la femme. Toutefois trois médecins sur quatre au sein de notre échantillon proposent cette consultation lors de l'arrêt d'une contraception. Ils sont encore peu nombreux, en revanche, à la proposer lors de la prise d'un traitement incompatible avec la grossesse ou lors du suivi gynécologique habituel. Pourtant, proposer cette consultation sans attendre l'annonce d'un désir de grossesse d'une femme permettrait d'une part d'augmenter le nombre de patientes touchées par les soins préconceptionnels et, d'autre part, d'informer les femmes de l'existence de cette consultation et de les inciter à consulter un médecin ou un autre professionnel avant d'entamer une grossesse.

III.2.3 CONTENU DE LA CONSULTATION

Nous avons voulu étudier la pratique de la consultation préconceptionnelle par les professionnels de santé selon les recommandations de la HAS détaillées dans le document d'information pour les professionnels : *Projet de grossesse, informations, messages de prévention, examens à proposer* [2].

Ainsi nous avons pu constater que les médecins ne donnent pas tous les messages de prévention et ne recueillent pas toutes les informations souhaitables. On peut penser que concernant l'anamnèse des antécédents, les médecins la réalisent au fur et à mesure du suivi et non pas spécifiquement lors de la consultation préconceptionnelle. De ce fait, ils connaissent les informations à recueillir sur la patiente ou le couple avant cette consultation. Ils n'oublieront donc pas de délivrer les conseils concernant les addictions (tabac et alcool) qui sont toujours bons à répéter, mais en négligeront d'autres. Compte tenu du fait qu'en tant que médecin traitant, les médecins généralistes connaissent mieux le statut personnel, professionnelle et social de leurs patientes, nous pouvons supposer qu'ils n'ont pas le besoin d'aborder tous ces sujets lors de la consultation préconceptionnelle et qu'ils appliquent les recommandations de manière adaptée à chaque patiente. De plus, certains peuvent considérer que certains messages de prévention pourront être délivrés au moment de la grossesse (comme le dépistage de la trisomie 21 ou la prophylaxie rhésus négatif). Il ne faut pas oublier que la prévalence des problèmes médicaux (grossesse à risque ou

pathologique) est plus faible pour les médecins généralistes que pour les gynécologues obstétriciens.

On peut donc estimer qu'ils suivent plutôt mieux que ce que les résultats de l'étude indiquent (en considérant le suivi global de leurs patientes), les recommandations de prévention et d'information de la HAS. Ceci est corroboré par le fait qu'ils respectent les recommandations concernant les prescriptions, y compris la supplémentation en acide folique.

Il demeure toutefois qu'ils ont tendance, dans notre étude, à ne pas informer les femmes sur les modalités du suivi de grossesse et des professionnels qui peuvent l'assurer.

III.2.4 UNE PRATIQUE QUI RESTE À AMÉLIORER

La presque totalité des médecins généralistes de l'étude pratique la consultation préconceptionnelle. Il n'est pas dit pour autant qu'ils connaissent les recommandations de la HAS, portant sur le suivi des femmes enceintes en fonction des facteurs de risque identifiés publié en 2007 et sur le projet de grossesse publié en 2009.

Plusieurs études montrent que les médecins ne connaissent pas bien ces recommandations. Dans la thèse de médecine de J. Texier [11], les médecins, bien qu'intéressés par l'application d'une consultation préconceptionnelle, regrettent un manque d'information et de formation dans ce domaine. La thèse de B. Boruchot, réalisée en 2009 [35], a mis en évidence que la majorité des médecins généralistes intégrait la prévention préconceptionnelle à l'intérieur des consultations courantes mais ce de façon non structurée et « médecin-dépendant ». Cette thèse a également montré une mauvaise diffusion de l'information médicale puisque les recommandations de la HAS 2007 étaient très peu connues des médecins interrogés avec une inégalité des connaissances scientifiques sur ce sujet. S. Blanc propose même dans sa thèse de médecine [36], une procédure informatisée de soins de la consultation préconceptionnelle à destination des médecins afin de mieux appréhender cette consultation et d'aborder l'ensemble des points.

Il serait nécessaire de développer les formations sur le sujet et de transmettre à l'ensemble des professionnels de santé pouvant réaliser cette consultation des fiches de rappel sur les recommandations, les sujets à aborder et les pathologies (diabète, hypertension, antécédents obstétricaux, ...) ou traitements nécessitant une prise en charge particulière avant une grossesse avec un avis spécialiste le plus souvent indispensable.

III.3 PRATIQUE DE LA CONSULTATION PRÉCONCEPTIONNELLE PAR LES SAGES-FEMMES LIBÉRALES

Les sages-femmes ont la compétence du suivi gynécologique de prévention depuis 2009 seulement. La consultation préconceptionnelle y étant intégrée, elle ne pouvait donc pas être pratiquée par les sages-femmes avant cette date.

Les sages-femmes sont des spécialistes de la grossesse physiologique. Elles interviennent à toutes les étapes de la grossesse d'une femme et sont capables de dépister les pathologies ou les situations « à risque » et dans ce cas de prévenir un médecin. Elles sont au fait des risques pouvant compliquer une grossesse et peuvent les prévenir au maximum avant le début d'une grossesse lors de la consultation préconceptionnelle.

III.3.1 UNE PRATIQUE EN VOIE DE DÉVELOPPEMENT

Compte tenu de la récente compétence acquise par les sages-femmes libérales, elles sont encore peu nombreuses à pratiquer le suivi gynécologique.

Dans le mémoire de Clémence Guellec, publié en 2014 [31], 52% des sages-femmes libérales de Loire-Atlantique déclarent pratiquer des consultations de gynécologie et/ou de contraception. C'est moins que dans notre étude puisque seul un tiers des sages-femmes ne fait jamais de consultation de gynécologie. Toutefois, la différence entre les études portant sur la même population peut s'expliquer en partie par l'évolution de la pratique des sages-femmes en un an. En effet, compte tenu de la récente acquisition de la compétence, l'activité de gynécologie par les sages-femmes libérales a pu se développer de manière significative, d'ailleurs l'étude réalisée par C. Guellec le montre bien ; chaque année de nombreuses sages-femmes commencent cette activité (48 nouvelles sages-femmes en 2012 et 28 nouvelles sages-femmes en 2013 pour les Pays-de-la-Loire).

Dans notre échantillon peu de sages-femmes libérales pratiquent cette consultation préconceptionnelle et même sept ont fait le choix de ne pratiquer ni suivi de grossesse ni suivi gynécologique. Le fait d'avoir une formation complémentaire telle qu'un DU de gynécologie ne semble pas avoir d'impact sur la pratique de la consultation préconceptionnelle chez les sages-femmes libérales comme chez les médecins généralistes.

Dans l'ensemble les sages-femmes les plus âgées pratiquent moins cette consultation. Ce phénomène a été rapporté également dans la pratique de la

consultation de gynécologie/contraception dans l'étude de C. Guellec [31], ces consultations représentent de moins en moins de temps de travail au fur et à mesure que l'âge des sages-femmes augmente. Il y a également une volonté moins grande de se former à la gynécologie ou d'investir dans le matériel nécessaire lorsque l'activité obstétricale est bien développée.

Au bilan, la pratique de la consultation préconceptionnelle est faible parmi les sages-femmes libérales puisque près des trois quarts des sages-femmes n'en font qu'une à deux par mois et que le reste n'a pas répondu à la question, sans doute parce qu'elles en réalisent moins d'une par mois.

III.3.2 ÉLÉMENT DÉCLENCHEUR DE LA CONSULTATION

Comme pour les médecins généralistes, les consultations préconceptionnelles réalisées par les sages-femmes libérales sont majoritairement faites à la demande des femmes.

Or il existe un manque de connaissance des femmes sur les compétences de la sage-femme, c'est l'avis notamment d'experts considérant la place de la sage-femme dans la consultation préconceptionnelle [37]. La thèse de M. Pépin-Moinard [38] montre une franche méconnaissance des femmes sur les professionnels pouvant réaliser le suivi d'une grossesse sans complication, leurs compétences et leur formation (avec une moindre ignorance du professionnel choisi par rapport aux autres professionnels). Cette méconnaissance concerne en particulier les sages-femmes et les médecins généralistes, les gynécologues sont un peu mieux connus, car sans doute mieux valorisés. Dans son étude 15% des femmes étaient suivies par une sage-femme jusqu'au 8ème mois. Dans le rapport périnatalité de 2010 [23] 5,4% des femmes ont consulté une sage-femme au moment de la déclaration de grossesse et ce chiffre monte à 11,7% concernant le suivi de la grossesse en général.

Si la connaissance des femmes sur la compétence de la sage-femme quant au suivi de grossesse est faible, la connaissance sur sa compétence à réaliser le suivi gynécologique de prévention l'est encore plus, puisque très récente. Les femmes consultant une sage-femme pendant une grossesse sont minoritaires et rares sont celles consultant une sage-femme en dehors d'un contexte de grossesse. Ainsi, pour l'ensemble de ces raisons, une activité telle que la consultation préconceptionnelle, dépendante de la volonté des femmes, ne peut être très développée dans l'activité des sages-femmes libérales.

Cependant, certaines sages-femmes proposent d'elle-même cette consultation, pour la moitié des cas lors de l'arrêt d'une contraception. Elles sont peu nombreuses à la proposer lors du suivi gynécologique habituel et encore moins lors de la prise d'un traitement incompatible avec la grossesse, mais elles sont, de par leur exercice, moins souvent confrontées à ce type de cas.

III.3.3 CONTENU DE LA CONSULTATION

Contrairement aux médecins généralistes, les deux tiers des sages-femmes libérales respectent plus de la moitié des recommandations de la HAS. Elles parlent toutes des conseils hygiéno-diététiques (à savoir l'alimentation, l'activité physique, la prévention contre la toxoplasmose ou la listériose) et presque la totalité des sages-femmes évoquent le tabac, l'alcool, les antécédents de la femme et du couple, et enfin les modalités du suivi de grossesse et les professionnels à même de les suivre. Le sujet le moins abordé est la maltraitance ou les violences domestiques, il n'est abordé que par un tiers des sages-femmes. C'est un sujet difficile à aborder pour tout professionnel, et nombreux sont ceux qui ne savent pas comment l'intégrer à la consultation.

Tout comme les médecins généralistes, les recommandations sur les examens biologiques à proposer sont respectées. Les sages-femmes semblent moins sensibilisées que les médecins à la vaccination, en effet un tiers d'entre elles ne les prescrivent pas. On peut se demander si elles ne sont pas moins sollicitées par les autorités de santé que les autres professionnels et/ou si elles ne considèrent pas moins que ces prescriptions sont de leur ressort. Elles peuvent pourtant prescrire aux femmes les vaccins DTPc, ROR, contre l'hépatite B et la grippe [39], en revanche elles ne peuvent pas prescrire la vaccination contre la varicelle.

Les sages-femmes suivent également très bien les recommandations concernant l'acide folique puisque quatorze sages-femmes, sur les seize ayant répondu à la question, la prescrivent systématiquement.

Comme on l'a vu précédemment, des thèses de médecine ont montré que les médecins jugeaient manquer d'information concernant la consultation préconceptionnelle et qu'ils étaient nombreux à ne pas connaître les recommandations de la HAS. Concernant les sages-femmes, nous n'avons pas de données sur leur connaissance de la consultation préconceptionnelle et leur volonté d'être formées de manière plus approfondie. Ainsi, nous ne pouvons pas conclure si le fait pour les sages-femmes de mieux suivre les recommandations de la HAS est dû à leur connaissance de ces recommandations ou bien à leur formation initiale, ou même à

leur affinité particulière à la prévention de la survenue de pathologie pendant la grossesse. Compte tenu du rôle majeur de la sage-femme qui est de suivre une grossesse et de dépister les pathologies, on peut supposer que cette dernière hypothèse est correcte et qu'afin de mieux prévenir les pathologies, elles sont mieux averties des recommandations portant sur la prévention avant toute grossesse.

III.3.4 UNE PRATIQUE QUI RESTE À DÉVELOPPER

La faible pratique par les sages-femmes de la consultation préconceptionnelle peut s'expliquer d'une part parce que c'est une activité récente en voie de développement, d'autre part parce qu'il est souvent considéré que la consultation préconceptionnelle n'est destinée qu'aux femmes présentant des pathologies ou des antécédents obstétricaux nécessitant une prise en charge particulière lors de la grossesse, or les sages-femmes sont les spécialistes de la grossesse physiologique [40].

Dans le mémoire de C. Guellec, les sages-femmes libérales estiment que leur temps de travail consacré à la gynécologie et à la contraception est en moyenne de 7% [31]. La cour des comptes en 2011 [40], rapporte que l'activité « consultations » ne constitue que 5% de l'activité des sages-femmes libérales.

En conclusion, l'activité gynécologique des sages-femmes est faible et elles voient peu les femmes avant une grossesse. Les femmes sont peu informées de la compétence des sages-femmes dans ce domaine et enfin, les femmes consultant davantage avant une grossesse sont celles qui présentent davantage des pathologies à risque.

Cependant, l'activité gynécologique des sages-femmes est en plein essor et il est de plus en plus fréquent, notamment dans les campagnes d'information portant sur la contraception ou le dépistage du cancer du col de l'utérus, de voir mentionné le rôle de la sage-femme, amenant ainsi à une reconnaissance des compétences de la sage-femme par la population générale.

III.4 UNE ACTIVITÉ PEU DÉVELOPPÉE, DÉFAUT D'INFORMATIONS DES FEMMES OU DÉFAUT DE PRATIQUE DES PROFESSIONNELS ?

La thèse de médecine de C. Puget Dupanloup [34] relate les obstacles à la consultation préconceptionnelle en médecine générale vis-à-vis des femmes. Elle a réalisé vingt entretiens de femmes en les interrogeant sur cette consultation. Dans ses entretiens, il ressort que les femmes sont très mal informées de l'existence de cette consultation et ne consultent pas parce qu'elles n'y ont pas « pensé » ou n'en n'ont

« *jamais entendu parler* ». De plus, elles semblent mal comprendre l'intérêt de cette consultation et projettent parfois sur le médecin un rôle de juge de la décision du couple d'avoir un enfant. Pour d'autres, l'anticipation des troubles serait l'unique intérêt de la consultation. Dans cette étude, la plupart des femmes ne ressentent pas le besoin de cette consultation, considérant la grossesse comme un évènement naturel, donc sans nécessité médicale. Un autre obstacle relevé par les femmes est que la question du désir de grossesse est vécue comme indiscrete voire intrusive en fonction du contexte dans lequel elle est posée. Enfin, la relation patiente-médecin a un rôle primordial dans la possibilité des femmes à exprimer leur désir de grossesse. Elle nécessite une confiance réciproque, de la considération de la part du médecin, et un besoin d'être prise en charge dans sa globalité.

De nombreux auteurs proposent le développement de campagnes d'information par divers moyens et médiateurs : assurance maladie, éducation nationale, livrets éducatifs, internet, etc... [27] [34] [41] Les campagnes d'information seraient indispensables à l'information des femmes sur l'intérêt d'avoir une consultation préconceptionnelle avant une grossesse. Or, il n'y a pas eu de campagne spécifique sur la consultation préconceptionnelle comme le préconisait la HAS [13], hormis une campagne destinée à sensibiliser les femmes ayant un projet de grossesse sur la nécessité d'une supplémentation en acide folique (cf. annexe 3). Cependant, on retrouve la mention de consultation préconceptionnelle dans les campagnes d'information portant sur le tabac, l'alcool ou le VIH par exemple.

Concernant les professionnels de l'étude, l'activité de consultation préconceptionnelle est directement liée à leur activité en gynécologie et en obstétrique. Pour certains médecins et certaines sages-femmes, la pratique de la gynécologie de façon globale est déjà une difficulté (manque de temps, de sensibilisation, de formation, locaux non adaptés...) [31] [35]. De plus certains médecins sont réticents à parler du désir de grossesse, et trouvent la question intrusive. Certains thèmes sont difficiles à aborder, en particulier celui des toxiques, avec une peur des attitudes moralisatrices, et un manque de moyens d'aide au sevrage en cas de dépistage positif [34]. Dans la thèse de C. Barré Epenoy [42], seulement 26,3% des médecins généralistes connaissent l'existence des recommandations et 11,1% pratiquent un examen clinique conforme aux recommandations. De plus près de 30% des médecins généralistes de cette étude considèrent que la consultation préconceptionnelle ne relève pas du rôle du médecin généraliste.

Nous avons vu que la plupart des médecins et des sages-femmes pratiquent la consultation préconceptionnelle à la demande de la femme et dans une proportion

moindre lors du suivi gynécologique habituel. Les sages-femmes abordent toutes plus ou moins la possibilité d'une grossesse lors du suivi gynécologique. Leur rôle important dans le suivi de grossesse et l'image qu'ont les femmes d'associer systématiquement la sage-femme à l'accouchement, facilitent sans doute la discussion autour d'une éventuelle grossesse, même si les femmes n'ont pas de désir à ce moment-là.

Davantage développer la consultation préconceptionnelle dans le suivi au long cours des femmes permettrait une distillation des informations et des conseils de manière plus régulière et de toucher les femmes au moment où elles sont plus disponibles à recevoir l'information, c'est-à-dire à un moment où elles ont déjà envisagé une grossesse [34]. De plus, intégrer la consultation préconceptionnelle dans d'autres suivis permettrait de lutter contre les inégalités sociales puisque les femmes de conditions sociales favorables consultent davantage en prévision d'une grossesse. Enfin, cela répondrait au désir des femmes qui souhaitent être plutôt informées au cours d'une consultation de gynécologie de suivi, et non pendant une consultation pour contraception [43].

III.5 UNE CONSULTATION À INTÉGRER À TOUT MOMENT DE LA VIE D'UNE FEMME

La plupart des approches prénatales se concentrent principalement sur le fœtus, le traitant comme le patient principal et considérant la femme comme le patient secondaire qui doit adapter ses comportements. Ces approches ont fait l'objet de critiques en raison de leurs effets d'incitation à la honte (en particulier dans les cas de problèmes de santé comme la dépendance à la nicotine ou à l'alcool) [44]. Ainsi, les efforts pour cesser le tabagisme sont souvent abandonnés durant la période du postpartum voire péri-partum, ce qui se traduit par des taux de récurrence aussi élevés que 70 à 90 % au bout d'un an, lorsque le fœtus n'est plus un motivateur ou un point de référence pour le traitement médical [45]. En revanche, les soins préconceptionnels offrent une occasion d'améliorer les soins courants aux femmes durant toute leur vie et de les intégrer dans leurs projets de grossesse, en discutant, par exemple, de contraception, de fertilité et d'interactions entre l'état de santé général de la femme et sa santé de la reproduction.

Il y a une autre raison pour envisager une intégration de la consultation préconceptionnelle au suivi de santé global de la femme : de nombreuses femmes conçoivent sans que ce soit prévu [3] et peuvent même ne pas se rendre compte qu'elles sont enceintes avant que le premier trimestre soit achevé. L'intégration des

soins préconceptionnels aux soins courants de la femme pourrait aussi réduire l'incidence des grossesses non désirées et aider à identifier de telles grossesses plus tôt pour les femmes qui décident de ne pas mener leur grossesse à terme.

III.6 RETOUR SUR LES HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE

Sur les sept hypothèses émises au début de notre travail, quatre ont été confirmées. En effet, nous avons vu que les sages-femmes libérales pratiquent peu cette consultation et qu'elles sont plus nombreuses à la pratiquer en région rurale. De plus nous avons confirmé que la consultation est pratiquée à la demande des femmes, lors d'un désir de grossesse et que la pratique de la consultation préconceptionnelle est sensiblement différente si elle est réalisée par une sage-femme ou un médecin, puisque le suivi des recommandations diverge entre les professionnels.

Il n'a pas été retrouvé de facteurs favorisant la pratique de la consultation préconceptionnelle en ce qui concerne le sexe et l'âge des médecins généralistes, ce qui infirme notre troisième hypothèse. De même notre hypothèse numéro 5 est en partie infirmée, puisque dans notre étude les sages-femmes libérales, lorsqu'elles pratiquent la consultation préconceptionnelle, respectent majoritairement les recommandations de la HAS.

Enfin, la dernière hypothèse n'est que partiellement confirmée, puisque, même si de nombreux professionnels envisagent avec une patiente une éventuelle grossesse lors du suivi gynécologique habituel, ils abordent peu, lorsqu'ils en parlent, les mesures à prendre avant toute grossesse.

CONCLUSION

La consultation préconceptionnelle, qui répond à une demande de femmes ayant un désir de grossesse, a montré son intérêt dans la prévention des risques maternels et fœtaux, mais elle reste peu réalisée en France. La Haute Autorité de Santé a dispensé des recommandations sur le sujet destinées aux professionnels pouvant suivre une grossesse, c'est-à-dire un médecin généraliste, un gynécologue médical, un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme.

La consultation préconceptionnelle entre dans le suivi gynécologique, et depuis 2009 les compétences des sages-femmes se sont étendues au suivi gynécologique de prévention.

Notre étude a permis de réaliser un état des lieux de la pratique de cette consultation par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales de Loire-Atlantique.

Les médecins ont un rôle primordial dans la médecine préventive du quotidien et ont parfaitement leur place en tant que « médecin de famille » dans la consultation préconceptionnelle. Les sages-femmes, en tant que spécialistes de la grossesse physiologique, sont formées au dépistage des facteurs de risque et des complications de la grossesse et peuvent jouer ce rôle dès la consultation préconceptionnelle.

Les sages-femmes pratiquent peu la consultation préconceptionnelle mais, lorsqu'elles le font, suivent bien l'ensemble des recommandations établies par la Haute Autorité de Santé. En revanche la quasi-totalité des médecins généralistes interrogés réalisent des consultations préconceptionnelles mais les recommandations sur les messages de prévention et les informations à recueillir sont moins respectées, en partie parce qu'elles sont intégrées au suivi global de la femme.

Les femmes manquent d'information, tant sur l'existence même de la consultation, que dans son rôle ou son intérêt. Pour autant, elles expriment des besoins. Intégrer la consultation préconceptionnelle dans le suivi courant gynécologique de la femme permettrait à chaque femme de se préparer à une éventuelle grossesse, avec ou sans désir de grossesse, de réfléchir aux implications d'une grossesse, et de savoir vers qui se tourner en cas de grossesse programmée ou non.

Il y a une nécessité de la part des pouvoirs publics à sensibiliser les femmes, comme les professionnels, à l'intérêt de cette consultation et à les informer qu'elle est destinée à l'ensemble de la population et non restreinte aux seules femmes présentant des pathologies à risque pour la grossesse.

En modifiant les habitudes de vie de la femme, la consultation préconceptionnelle n'a pas seulement pour but de prévenir des complications obstétricales mais aussi d'améliorer la santé des femmes en général, en dehors de toute grossesse.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Conseil National de l'Ordre des médecins, *Le serment d'Hippocrate*, [consulté le 2 août 2014] <http://www.conseil-national.medecin.fr/le-serment-d-hippocrate-1311>
- [2] HAS, *Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer*, Document d'information pour les professionnels ; sept 2009
- [3] N. Bajos, J. Boyer, B. Ducot et al, *Synthèse de l'enquête cocon (2000-2004)*, Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, oct 2008
- [4] J. Elsinga, LC. De Jong-Potjer, et al. *The effect of preconception counselling on lifestyle and other behaviour before and during pregnancy*, Women's Health Issues n°18, nov-dec 2008, p 117-125
- [5] C. Souteyrat, P. Seffert, J. Vallée, *Quelles sont les connaissances des femmes ? Quelles sont leurs attentes ?* Médecine Volume 8, n°10, dec 2012, p 473-478
- [6] R. Collin, *Suivi des grossesses à bas risque*, cours dispensé en ESF5, Nantes, le 17 avril 2014
- [7] Inpes, *Guide des vaccinations, vaccination contre la varicelle*, Edition 2012, http://www.inpes.sante.fr/10000/themes/vaccination/guide-vaccination-2012/pdf/GuideVaccinations2012_Vaccination_contre_la_varicelle.pdf
- [8] Code de la Santé Publique : Articles L4151-1 disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [9] Code de la Santé Publique : Article R4127-304 disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [10] Code de la Santé Publique : Article R4127-325 disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [11] J. Texier, *Intérêt de la consultation préconceptionnelle au cabinet de médecine générale*, [Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine], 2008 résumé disponible sur : http://fr.slideshare.net/Docteur_Didier_Cosserat/rsum-thse-consultation-pr-conceptionnelle-presentation
- [12] Code de la Santé Publique : Article L312-16 disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
- [13] HAS, *Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer*, argumentaire, sept 2009

- [14] HAS, *Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées*, Recommandations professionnelles, 2007
- [15] HAS, *Comment mieux informer les femmes enceintes ?*, Recommandations professionnelles, 2005
- [16] O. Poujade, D. Luton, *Intérêts de la consultation préconceptionnelle*, Réalités en gynécologie-obstétrique n°133 oct 2008 p 1-6
- [17] JG. RAY, TE O'Brien, WS Chan, *Preconception care and the risk of congenital anomalies in the offspring of women with diabetes mellitus: a meta-analysis*, QJM 2001; 94: 435-44
- [18] WH Herman, NK, Janz, MP Becker et al, *Diabetes and pregnancy. Preconception care, pregnancy outcomes, resource utilization and costs*, Journal of Reproductive Medicine, 1999; 44: 33-8
- [19] M Cox, MJ Whittle, A Byrne et al. *Prepregnancy counseling experience from 1,075 cases*, Br J Obstet Gynaecol 1992; 99(11): 873-6
- [20] C. Nowak, *Infections et grossesse*, cours dispensé en ESF4, Nantes, le 30 octobre 2012
- [21] C. Brunet Catier, *Prévention transmission materno-fœtale et VIH*, dispensé en ESF5, Nantes, le 10 avril 2014
- [22] Conférence de Consensus, *Grossesse et tabac, texte des recommandations 7/8* oct 2004, Lille http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_long.pdf
- [23] B. Blondel, M. Kelmarrec, *Enquête nationale périnatale 2010, Les naissances en 2010 et leur évolution depuis 2003*, INSERM, 2011
- [24] Ministère de la Santé, *Alcool et grossesse, parlons-en*, Guide à l'usage des professionnels http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/Alcool_et_grossesse_parlons-en2.pdf
- [25] P. Caron, *Thyroïde et grossesse*, Médecine Clinique endocrinologie et diabète n°50, 01-02/2011
- [26] Health and Food, *De l'acide folique pour la grossesse*, [consulté le 10 août 2014] <http://www.healthandfood.fr/article/1633/show>
- [27] F. Girin, *Santé préconceptionnelle en médecine générale : connaissances et souhaits des patientes*, [Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine], Paris ; 2009

[28] P. Pirckher, *Vitamines, fer, minéraux et compléments alimentaires pendant la grossesse : observance par rapport aux recommandations nationales*, [Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de Sage-femme], Nantes, 2012

[29] Recommandations issues du 1er Congrès Européen sur les « Soins Préconceptionnels et la Santé Préconceptionnelle » ; Bruxelles : 6-9 oct 2010
http://www.one.be/fileadmin/user_upload/accomp/coordination_medicale/Recom_preconceptional_care_Fr.pdf

[30] Ameli.fr *Données annuelles par région et par département* [consulté le 16 août 2014] <http://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/donnees-statistiques/professionnels-de-sante-liberaux/donnees-annuelles/activite-prescriptions-des-medecins.php>

[31] C. Guellec ; *La pratique des consultations de gynécologie de prévention et de contraception par les sages-femmes libérales – État des lieux auprès de 198 sages-femmes libérales des Pays-de-la-Loire* ; [Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de Sage-femme], Nantes ; 2014

[32] Observatoire régional économique et social des Pays de la Loire ; *Médecins : effectifs et densité* <http://ores.paysdelaloire.fr/759-medecins-effectifs-et-densite.htm> [consulté le 10 août 2014]

[33] S. Berteaux ; *Evaluation des pratiques professionnelles en médecine générale concernant le suivi de grossesse au regard des recommandations de la Haute Autorité de Santé*, [Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine], Paris ; 2008

[34] C. Puget Dupanloup; *Obstacles à la consultation préconceptionnelle en médecine générale : Enquête qualitative auprès de 20 femmes en âge de procréer* ; [Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine], Grenoble ; 2012

[35] B. Boruchot; *Consultation préconceptionnelle en médecine générale: étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes en Ile-de-France* ; [Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine], Paris ; 2009

[36] S. Blanc; *Elaboration d'une procédure informatisée de soins de la « consultation préconceptionnelle »* ; [Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine], Grenoble ; 2011

[37] C. Gabard ; *Consultation préconceptionnelle et la sage-femme*, [Mémoire pour l'obtention du diplôme d'état de Sage-femme], Paris ; 2012

[38] M. Pépin-Moinard, *Déterminants et critères du choix du professionnel pour le suivi des grossesses à bas risque*, [Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine], Nantes, 2012

[39] Arrêté du 4 juillet 2013 fixant *la liste des médicaments que peuvent prescrire les sages-femmes*, disponible sur legifrance.gouv.fr

[40] Cour des Comptes, *Chapitre VI : Le rôle des sages-femmes dans le système de soins*, rapport Sécurité Sociale, 2011

[41] P. Delvoye, *Guide de consultation prénatale : La consultation préconceptionnelle*, éd Boeck Supérieur, 2009, p 581-590

[42] C. Barré Epenoy, *Evaluation de la pratique de la consultation préconceptionnelle chez les médecins généralistes*. [Thèse pour l'obtention du titre de Docteur en Médecine], Marseille ; 2011

[43] J. Streel, *La prise en charge préconceptionnelle en médecine générale : souhaits des patientes et rôle du médecin traitant*. Travail de fin d'étude : Médecine : Liège ; 2011

[44] N. Poole, B. Isaac; *Apprehensions, Barriers to Treatment for Substance-Using Mothers*. Vancouver: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; 2001

[45] L. Greaves, N. Poole et al. *Expecting to Quit: a best-practices review of smoking cessation interventions for pregnant and postpartum girls and women*. British Columbia Centre of Excellence for Women's Health; mars 2011

Annexe 1 - La consultation préconceptionnelle - Médecins généralistes

Questionnaire consultable en ligne : <http://soorvey.com/?s=198FRIRNQYL>

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en 5ème année au CHU de Nantes. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la pratique de la consultation préconceptionnelle par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales de Loire-Atlantique.

Cette consultation permet de donner à des femmes et des couples des informations, des messages de prévention et d'interventions adaptées pour maintenir ou améliorer leur santé et éviter des complications obstétricales. Elle est proposée lors d'une demande d'arrêt de contraception ou en réponse aux demandes spontanées d'une femme ou d'un couple ayant un projet de grossesse. Elle peut être réalisée dans le cadre d'un suivi gynécologique régulier en particulier lors du renouvellement d'une contraception.

Ce questionnaire a pour but d'établir de quelle manière cette consultation est pratiquée et dans quelle proportion. Les résultats sont anonymes.

Merci d'avance pour votre contribution.

Si vous avez la moindre question, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante:
julia.vitel@wanadoo.fr

Partie I: Administratif

- 1.Vous êtes:
 - ☐ un Homme
 - ☐ une Femme

- 2.Quel est votre âge?

- 3.Depuis quelle année êtes-vous diplômé(e)?

- 4.Dans quel lieu êtes-vous installé(e)?
 - ☐ Urbain
 - ☐ Péri-urbain
 - ☐ Rural

- 5.Depuis combien de temps exercez-vous sur le même lieu?
 - ☐ Moins de 5 ans
 - ☐ 5 à 9 ans
 - ☐ Plus de 10 ans

- 6.En moyenne, quelle est votre activité par **semaine** (nombre de consultation)?

- ☐ Moins de 50
- ☐ De 50 à 99
- ☐ De 100 à 149
- ☐ Plus de 149

- 7.Avez-vous le DU de gynécologie?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Partie II: Votre exercice

- 8.Pourriez-vous estimer le pourcentage de femmes en âge de procréer au sein de votre patientèle?

- ☐ Moins de 20%
- ☐ Entre 20 et 40%
- ☐ Entre 40 et 60%
- ☐ Plus de 60%

- 9.Combien de suivi de grossesse réalisez-vous par **mois**?

- ☐ Aucun
- ☐ Moins de 5
- ☐ De 5 à 9
- ☐ Plus de 9

- 10.Combien de suivi gynécologique de femmes en âge de procréer réalisez-vous par **mois**?

- ☐ Aucun
- ☐ Moins de 5
- ☐ De 5 à 9
- ☐ De 10 à 19
- ☐ De 20 à 49
- ☐ Plus de 49

Partie III: La consultation préconceptionnelle

- 11.Pratiquez-vous la consultation préconceptionnelle?

- ☐ Systématiquement
- ☐ Fréquemment
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Rarement
- ☐ Jamais

- 12. Si vous ne pratiquez **jamais** la consultation préconceptionnelle, pourquoi?

- ☐ Parce que vous n'avez pas la patientèle pour
- ☐ Parce que les femmes ne consultent pas pour un désir de grossesse
- ☐ Parce que vous ne le souhaitez pas
- ☐ Autre :

Si vous ne pratiquez pas de consultation préconceptionnelle ni de conseils ou messages de prévention en vue d'une éventuelle grossesse lors du suivi gynécologique, vous pouvez arrêter là le questionnaire. Pour ceux et celles qui s'arrêtent ici, merci de votre participation.

- 13. Si vous pratiquez cette consultation, combien en réalisez-vous par mois?

- ☐ Une à 2
- ☐ De 3 à 5
- ☐ De 6 à 9
- ☐ Plus de 9

- 14. Vous pratiquez la consultation préconceptionnelle (plusieurs réponses possibles):

- ☐ A la demande spécifique d'une femme ou d'un couple lors d'un désir de grossesse
- ☐ A l'arrêt d'une contraception
- ☐ Lors du suivi gynécologique habituel
- ☐ Lorsqu'une de vos patientes suit un traitement non compatible avec une grossesse
- ☐ Autre :

- 15. Lorsque vous réalisez une consultation préconceptionnelle lors d'un désir de grossesse d'une femme ou d'un couple, vous abordez (plusieurs réponses possibles):

- ☐ Les conseils hygiéno-diététiques (alimentation, toxoplasmose, listéria, activité physique...)
- ☐ Le tabac
- ☐ L'alcool
- ☐ L'automédication
- ☐ Les antécédents du couple et les facteurs de risque
- ☐ La pénibilité du travail, les risques professionnels
- ☐ Les modalités du suivi de grossesse et les différents professionnels à même de les suivre
- ☐ Les lieux d'accouchement
- ☐ Les traitements incompatibles avec la grossesse
- ☐ Les marqueurs sériques du 1er trimestre et les suites si le résultat montre un risque
- ☐ L'information des mesures prophylactiques à prendre en cas de Rhésus négatif
- ☐ Les situations de précarité et les aides disponibles
- ☐ Les situations de vulnérabilités, de maltraitance

- 16. Lorsqu'une femme ou un couple a un désir de grossesse, vous prescrivez, si nécessaire (plusieurs réponses possibles):

☐ Les vaccinations (rubéole, coqueluche, varicelle) avec une contraception adaptée si besoin

☐ La sérologie toxoplasmose

☐ La sérologie rubéole

☐ La sérologie syphilis

☐ La sérologie VIH

☐ La sérologie Hépatite B

☐ La sérologie Hépatite C

☐ Un groupe sanguin

• 17. Lors d'un désir de grossesse, vous prescrivez de l'acide folique:

☐ Systématiquement

☐ Fréquemment

☐ Occasionnellement

☐ Rarement

☐ Jamais

• 18. Lorsque vous réalisez un suivi gynécologique d'une femme en âge de procréer, abordez-vous le risque d'une grossesse imprévue?

☐ Systématiquement

☐ Fréquemment

☐ Occasionnellement

☐ Rarement

☐ Jamais

• 19. Si oui, vous lui parlez:

☐ Des professionnels à même de les accompagner lors de la survenue de la grossesse

☐ De la supplémentation en acide folique

☐ Des conseils hygiéno-diététiques (alimentation, activité physique, tabac, alcool...)

☐ Des traitements incompatibles avec une grossesse

☐ Des vaccinations possibles et recommandées

☐ Des examens biologiques à faire en débutant une grossesse

☐ Des adresses des centres d'IVG si une grossesse n'est pas envisagée

Merci beaucoup pour votre participation.

Annexe 2 - La consultation préconceptionnelle - Sages-Femmes libérales

Questionnaire consultable en ligne : <http://soorvey.com/?s=19ADGNQYLIR>

Bonjour,

Je suis étudiante sage-femme en 5ème année au CHU de Nantes. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la pratique de la consultation préconceptionnelle par les médecins généralistes et les sages-femmes libérales de Loire-Atlantique.

Cette consultation permet de donner à des femmes et des couples des informations, des messages de prévention et d'interventions adaptées pour maintenir ou améliorer leur santé et éviter des complications obstétricales. Elle est proposée lors d'une demande d'arrêt de contraception ou en réponse aux demandes spontanées d'une femme ou d'un couple ayant un projet de grossesse. Elle peut être réalisée dans le cadre d'un suivi gynécologique régulier en particulier lors du renouvellement d'une contraception.

Ce questionnaire a pour but d'établir de quelle manière cette consultation est pratiquée et dans quelle proportion. Les résultats sont anonymes.

Merci d'avance pour votre contribution.

Si vous avez la moindre question, vous pouvez me contacter à l'adresse suivante:

julia.vitel@wanadoo.fr

Partie I: Administratif

- 1. Vous êtes:
 - ☐ un Homme
 - ☐ une Femme

- 2. Quel est votre âge?

- 3. Depuis quelle année êtes-vous diplômé(e)?

- 4. Dans quel lieu êtes-vous installé(e)?
 - ☐ Urbain
 - ☐ Péri-urbain
 - ☐ Rural

- 5. Depuis combien de temps exercez-vous sur le même lieu?
 - ☐ Moins de 5 ans
 - ☐ 5 à 9 ans
 - ☐ Plus de 10 ans

- 6. Avez-vous le DU de gynécologie?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Partie II: Votre exercice

- 7.Exercez-vous une activité autre que le libéral ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

- 8.Si Oui, exercez-vous une activité :

- ☐ De salarié(e) au sein d'un établissement de santé public ou privé
- ☐ Au sein d'une Protection Maternelle et Infantile (PMI)
- ☐ Au sein d'un Centre de Planification et d'Éducation Familiale (CPEF)
- ☐ Au sein d'un planning familial (MFPF)
- ☐ Autre :

- 9.Vous exercez en libéral à :

- ☐ Temps plein
- ☐ 80%
- ☐ 75%
- ☐ 50%
- ☐ Moins de 50%

- 10.Combien de suivi de grossesse réalisez-vous par **mois**?

- ☐ Aucun
- ☐ Moins de 5
- ☐ De 5 à 9
- ☐ Plus de 9

- 11.Combien de suivi gynécologique réalisez-vous par **mois**?

- ☐ Aucun
- ☐ Moins de 5
- ☐ De 5 à 9
- ☐ De 10 à 19
- ☐ De 20 à 49
- ☐ Plus de 49

Partie III: La consultation préconceptionnelle

- 11.Pratiquez-vous la consultation préconceptionnelle?

- ☐ Systématiquement
- ☐ Fréquemment
- ☐ Occasionnellement
- ☐ Rarement

☐ Jamais

• 12. Si vous ne pratiquez **jamais** la consultation préconceptionnelle, pourquoi?

- ☐ Parce que vous n'avez pas la patientèle pour
- ☐ Parce que les femmes ne consultent pas pour un désir de grossesse
- ☐ Parce que vous ne le souhaitez pas
- ☐ Autre :

Si vous ne pratiquez pas de consultation préconceptionnelle ni de conseils ou messages de prévention en vue d'une éventuelle grossesse lors du suivi gynécologique, vous pouvez arrêter là le questionnaire. Pour ceux et celles qui s'arrêtent ici, merci de votre participation.

• 13. Si vous pratiquez cette consultation, combien en réalisez-vous par mois?

- ☐ Une à 2
- ☐ De 3 à 5
- ☐ De 6 à 9
- ☐ Plus de 9

• 14. Vous pratiquez la consultation préconceptionnelle (plusieurs réponses possibles):

- ☐ A la demande spécifique d'une femme ou d'un couple lors d'un désir de grossesse
- ☐ A l'arrêt d'une contraception
- ☐ Lors du suivi gynécologique habituel
- ☐ Lorsqu'une de vos patientes suit un traitement non compatible avec une grossesse
- ☐ Autre :

• 15. Lorsque vous réalisez une consultation préconceptionnelle lors d'un désir de grossesse d'une femme ou d'un couple, vous abordez (plusieurs réponses possibles):

- ☐ Les conseils hygiéno-diététiques (alimentation, toxoplasmose, listéria, activité physique...)
- ☐ Le tabac
- ☐ L'alcool
- ☐ L'automédication
- ☐ Les antécédents du couple et les facteurs de risque
- ☐ La pénibilité du travail, les risques professionnels
- ☐ Les modalités du suivi de grossesse et les différents professionnels à même de les suivre
- ☐ Les lieux d'accouchement
- ☐ Les traitements incompatibles avec la grossesse
- ☐ Les marqueurs sériques du 1er trimestre et les suites si le résultat montre un risque
- ☐ L'information des mesures prophylactiques à prendre en cas de Rhésus négatif
- ☐ Les situations de précarité et les aides disponibles
- ☐ Les situations de vulnérabilités, de maltraitance

- 16. Lorsque une femme ou un couple a un désir de grossesse, vous prescrivez, si nécessaire (plusieurs réponses possibles):
 - ☐ Les vaccinations (rubéole, coqueluche, varicelle) avec une contraception adaptée si besoin
 - ☐ La sérologie toxoplasmose
 - ☐ La sérologie rubéole
 - ☐ La sérologie syphilis
 - ☐ La sérologie VIH
 - ☐ La sérologie Hépatite B
 - ☐ La sérologie Hépatite C
 - ☐ Un groupe sanguin

- 17. Lors d'un désir de grossesse, vous prescrivez de l'acide folique:
 - ☐ Systématiquement
 - ☐ Fréquemment
 - ☐ Occasionnellement
 - ☐ Rarement
 - ☐ Jamais

- 18. Lorsque vous réalisez un suivi gynécologique d'une femme en âge de procréer, abordez-vous le risque d'une grossesse imprévue?
 - ☐ Systématiquement
 - ☐ Fréquemment
 - ☐ Occasionnellement
 - ☐ Rarement
 - ☐ Jamais

- 19. Si oui, vous lui parlez:
 - ☐ Des professionnels à même de les accompagner lors de la survenue de la grossesse
 - ☐ De la supplémentation en acide folique
 - ☐ Des conseils hygiéno-diététiques (alimentation, activité physique, tabac, alcool...)
 - ☐ Des traitements incompatibles avec une grossesse
 - ☐ Des vaccinations possibles et recommandées
 - ☐ Des examens biologiques à faire en débutant une grossesse
 - ☐ Des adresses des centres d'IVG si une grossesse n'est pas envisagée

Merci beaucoup pour votre participation

Annexe 3 : Affiche du programme national Nutrition-Santé sur les folates



RESUME

La prévention des risques pendant une grossesse permet d'éviter ou de limiter les complications obstétricales. Cette prévention peut débuter avant toute grossesse lors de la consultation préconceptionnelle. Une prévention primaire permettrait un changement des habitudes de vie et une amélioration de la santé des femmes sur un plus long terme. Mais cette consultation est peu pratiquée en France.

Notre étude établit un état des lieux de la pratique quantitative et qualitative de la consultation préconceptionnelle par les sages-femmes libérales et les médecins généralistes installés en Loire-Atlantique. 94 réponses de professionnels de santé ont été obtenues, dont 49 de sages-femmes libérales et 45 de médecins généralistes.

Les sages-femmes, compte tenu de leur faible activité en gynécologie, pratiquent peu cette consultation mais lorsqu'elles le font suivent majoritairement les recommandations de la HAS. Les médecins généralistes de notre étude, quant à eux, pratiquent quasiment tous cette consultation mais semblent moins respecter certaines recommandations.

Mots-clés : consultation préconceptionnelle ; prévention ; médecin généraliste ; sage-femme libérale ; recommandations