

Glossaire

CNGOF : Conseil national des gynécologue-obstétricien français

CPC : Consultation préconceptionnelle

CSP : Code de santé publique

DRESS : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HPST : Hôpital, patient, santé, territoire

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

INSEE : Institut national de la statistique et des études économiques

IST : Infection sexuellement transmissible

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PMI : Protection maternelle et infantile

QCM : Questionnaire à choix multiples

VIH : Virus d'immunodéficience humaine

Sommaire

<i>Introduction</i>	1
<i>Matériel et Méthode</i>	5
Rappel de l'objectif et des sous objectifs	5
Protocole de recherche	5
Population cible.....	5
Première partie de l'étude : Qualitative-Exploratrice.....	6
Deuxième partie de l'étude : Quantitative.....	8
<i>Résultats</i>	9
Résultats : Etude qualitative-exploratrice	9
Résultats : Etude quantitative	17
<i>Analyse et discussion</i>	20
<i>Conclusion</i>	277
<i>Bibliographie</i>	288
<i>Liste des annexes</i>	311

Introduction

En 2016, la France compte 785 000 naissances (INSEE, 2016) [1], ce qui la place dans les pays de l'Europe ayant un des plus fort taux de natalité. On note que 60% des enfants naissent hors mariages [2]. Cette tendance n'est pas nouvelle puisqu'elle a amené dans le passé à la suppression de l'entretien prénuptial, par vote de l'article 8 de la loi du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit des particuliers [3].

En effet, cet entretien avait été mis en place en 1942 sous le régime Vichy (loi du 16 décembre 1942). Il était obligatoire pour tous les couples désirant se marier. Il avait pour objectif la prévention et l'éducation des couples sur les IST et l'hygiène de vie. Il permettait surtout la réalisation d'un examen clinique, la proposition d'un test de dépistage des infections sexuellement transmissibles et la prescription de la détermination du groupe sanguin et des sérologies [4].

Depuis sa suppression, aucune loi, ni aucune recommandation n'encadrent la santé préconceptionnelle en France, ce qui semblait aller à l'encontre de la vision de celle-ci ailleurs dans le monde.

En effet, par exemple, au Pays-Bas, The Health Council of the Netherlands recommande d'offrir des soins préconceptionnels à tous les couples qui envisagent une grossesse [5], en plus de la création d'une association officielle promouvant la santé préconceptionnelle (Dutch Foundation of Preconception Care, 2004) [6]. On peut également citer les Etats-Unis, avec leur publication en 2006 de recommandations pour améliorer la santé préconceptionnelle [7].

En France, il faut attendre 2009 pour que la HAS publie ces propres recommandations [8].

La consultation préconceptionnelle se définit comme étant une consultation avant la conception. Du moment où un projet de grossesse est identifié, cette consultation peut être réalisée.

Elle a pour objectif de délivrer des messages d'information et de prévention, mais aussi de mettre en place toutes les actions visant à dégager les facteurs de risques afin d'anticiper les possibles complications fœtales, maternelles et obstétricales.

Selon les recommandations, cette consultation s'articule autour de 4 axes :

- Une anamnèse complète

Recueil des informations comme l'âge, le surpoids, les antécédents familiaux, les antécédents personnels regroupant les antécédents médicaux, chirurgicaux, gynécologiques et obstétricaux à la recherche de facteurs de risques.

- Un examen clinique

Sans particularité. Il regroupe la mesure de la pression artérielle, la mesure du poids et de la taille pour le calcul de l'indice de masse corporelle. Il comporte également un examen gynécologique où le praticien réalise un examen clinique des seins, un frottis cervico-utérin de dépistage si besoin ainsi que la recherche de mutilations génitales.

- La prescription d'examens biologiques

A la suite de cet examen clinique, le praticien prescrit certains examens biologiques complémentaires. La détermination du groupe sanguin en fait partie ainsi que les sérologies de la toxoplasmose et de la rubéole. Les sérologies du VIH, de l'hépatite B, de l'hépatite C et de la syphilis peuvent également être proposées.

- La prévention, les informations et les conseils

Cette partie de la consultation en fait toute sa spécificité. En effet, la prévention occupe une partie importante de cette consultation. Il s'agit d'un moment d'échange privilégié.

Le praticien abordera la prévention des anomalies de fermeture du tube neural. En effet, des études montrent que le développement, du cerveau en particulier, pendant les premières semaines de grossesse, constitue une période fondamentale pour l'organogenèse [9] [10]. De ce fait, de l'acide folique pourra être prescrit en prévention.

Les notions d'hygiène et d'activités physiques seront abordées. Une diététicienne pourra être sollicitée si besoin. La future mère sera informée au sujet de la toxoplasmose et de la listéria et les conseils alimentaires essentiels, appropriés, pour un déroulement optimal de la future grossesse seront donnés. La patiente aura une information sur les dangers de l'automédication et la prise de toxiques (alcool, tabac et substances psychoactives) pendant la grossesse.

Le carnet vaccinal sera vérifié pour éviter toutes complications fœtales résultant d'une absence de vaccination, et les vaccinations nécessaires seront effectuées le cas échéant.

Ce moment de la consultation sera également propice à la détection de situations de précarité, de maltraitance ou de violences conjugales.

La consultation préconceptionnelle peut être proposée à différentes occasions, notamment lorsqu'un projet de grossesse est clairement exprimé, par exemple à l'arrêt de la contraception. Le professionnel peut également l'aborder s'il a connaissance d'un projet de mariage ou de vie en couple.

Les praticiens habilités à effectuer cette consultation sont les gynécologues, les médecins généralistes ainsi que les sages-femmes.

En France, en 2016, on compte 22 312 sages-femmes [11]. Elles exercent en secteur hospitalier pour 66% d'entre elles. Le secteur libéral tient également une place importante. En effet, son taux s'élève à 19%, taux qui s'accroît d'année en année [11]. Selon l'ordre national des sages-femmes, le taux de ce secteur pourrait doubler en 6 ans [12].

A l'origine les sages-femmes ne faisaient pas partie des praticiens habilités à réaliser l'entretien prénuptial, contrairement aux médecins.

Cependant, suite à l'évolution constante de leurs compétences, notamment en matière de gynécologie préventive et de contraception, celles-ci peuvent être, à ce jour, amenées à réaliser la consultation préconceptionnelle.

En effet, depuis la loi HPST « Hôpital, Patient, Santé, Territoire » du 21 juillet 2009 stipulant que « *L'exercice de la profession de sage-femme peut comporter également la réalisation de consultations de contraception et de suivi gynécologique de prévention [...]* » et l'article L4151-1 du CSP, les sages-femmes peuvent donc assurer un suivi gynécologique de prévention et de contraception chez des femmes en bonne santé [13]. C'est à dire qu'elles sont compétentes pour pratiquer un frottis cervico-utérin de dépistage et prescrire les examens complémentaires nécessaires, et compétentes pour effectuer la prescription, la surveillance, la pose et le retrait de tout type de contraceptif.

De plus, les sages-femmes sont autorisées à prescrire et à pratiquer les vaccinations. L'arrêté du 10 octobre 2016 abroge l'arrêté de 22 mars 2005, fixe et met à jour la liste des

vaccinations que les sages-femmes peuvent effectuer. Elles sont donc autorisées à pratiquer les vaccinations suivantes chez les femmes : « *Vaccination contre la rubéole, la rougeole, les oreillons, le tétanos, la diphtérie, contre la poliomyélite, la coqueluche, l'hépatite B, la grippe, le papillomavirus humain, le méningocoque C et la varicelle.[...]* » [13].

Depuis le projet de loi relatif à la santé 2015, les sages-femmes sont également autorisées à prescrire des substituts nicotiniques aux femmes désirant se faire aider pour un sevrage tabagique ainsi qu'à son entourage. La loi du 26 janvier 2016 stipule que « *les sages-femmes [...] prescrire des substituts nicotiniques à toutes les personnes qui vivent régulièrement dans l'entourage de la femme enceinte* » (Article L4151-4 du CSP) [13].

Elles tiennent un rôle primordial dans la prévention et l'information auprès des femmes. De ce fait, elles participent au repérage des situations de maltraitements et de violences faites aux femmes.

Les sages-femmes tiennent une place importante tout au long de la vie des femmes et assurent une mission de santé publique majeure.

Au vu de leur formation, de l'acquisition de nouvelles compétences, les sages-femmes semblent tout à fait en capacité à pratiquer cette consultation. Cependant, dans les faits, celle-ci est peu réalisée et ce, malgré les recommandations préconisées par la HAS en 2009 [8] et le CNGOF en 2007 [14].

Il est légitime de se poser les questions suivantes : quelles visions ont-elles de cette consultation ? quelle est leur place dans la pratique de celle-ci ?

La question de recherche est donc la suivante :

- Quelle est la vision de la consultation préconceptionnelle des sages-femmes réalisant des consultations dans les Bouches du Rhône et quelle est leur pratique réelle de cette consultation ?

Pour y répondre, plusieurs objectifs ont été fixés :

- Identifier la perception de la consultation préconceptionnelle par les sages-femmes.
- Identifier la pratique de la consultation préconceptionnelle par les sages-femmes.
- Déterminer la pratique réelle de la consultation préconceptionnelle des sages-femmes des Bouches du Rhône.

Matériel et Méthode

Rappel de l'objectif et des sous objectifs

L'objectif de l'étude est de déterminer la vision et la pratique de la CPC par sages-femmes réalisant des consultations dans les Bouches du Rhône. L'étude a donc été divisée en 2 parties pour répondre le plus justement possible à cet objectif.

Protocole de recherche

D'une part, il s'agit d'appréhender les perceptions que peuvent avoir les sages-femmes au sujet de cette consultation. L'approche qualitative semblait alors la plus pertinente pour répondre à cet objectif. L'étude a été menée à l'aide d'entretiens semi-directifs compréhensifs.

D'autre part, il s'agit de déterminer la pratique réelle des sages-femmes de cette consultation dans les Bouches du Rhône. L'approche quantitative semblait plus adaptée dans ce cas. L'étude a été menée grâce à un questionnaire.

Population cible

L'étude concerne l'ensemble des sages-femmes libérales, ainsi que l'ensemble des sages-femmes territoriales, c'est-à-dire travaillant en centre de protection maternelle et infantile (PMI), et les sages-femmes hospitalières réalisant des consultations dans les Bouches du Rhône.

La population cible a été déterminée par rapport à certains critères :

- Critère d'inclusion : ensemble des sages-femmes exerçant à l'hôpital, en centre de PMI et en cabinet libéral dans les Bouches du Rhône.
- Critère de non-inclusion : les sages-femmes ne réalisant pas de consultations.

L'ensemble des sages-femmes libérales et de PMI des Bouches du Rhône a été trouvé à l'aide de l'annuaire du Conseil National de l'Ordre des sages-femmes et du site du département 13.

Les cadres de santé de chaque maternité des Bouches du Rhône ont été contactées par courrier électronique, informées de l'étude menée et ont relayé l'information aux sages-femmes concernées.

Première partie de l'étude : Qualitative-Exploratrice

Cette étude s'est déroulée de juin à septembre 2016. Le recueil de donnée a été réalisé à l'aide d'entretiens semi directifs de 10 à 30 minutes.

Les sages-femmes interrogées ont été sélectionnées aléatoirement, par tirage au sort, parmi les sages-femmes libérales, les sages-femmes territoriales et les sages-femmes hospitalières. Elles ont été contactées par voie téléphonique, lorsqu'elles ont accepté de participer à l'étude, un rendez-vous a été fixé en fonction des disponibilités de chacune, soit à leur cabinet, soit à l'hôpital.

Au total, 11 entretiens ont été réalisés (Tableau 1). La répartition a été la suivante :

- 4 sages-femmes libérales
- 1 sage-femme libérale et hospitalière
- 3 sages-femmes territoriales
- 3 sages-femmes hospitalières

Un entretien a été secondairement exclu. En effet, la sage-femme avait eu une formation à l'étranger et l'entretien ne pouvait pas être retranscrit (inaudible).

L'entretien se déroulait suivant une grille d'entretien en 3 parties principales : la connaissance, la pratique et la perception de la CPC. (Annexe I)

La grille d'entretien a été testée en mai 2016 auprès d'une sage-femme à la fois libérale et hospitalière, ce qui a permis quelques ajustements pour une meilleure compréhension des questions.

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et intégralement retranscrits sur Microsoft Word afin de les analyser. Ils ont tous été rendus anonyme en utilisant des surnoms ou prénoms fictifs.

Les entretiens ont été ensuite analysés suivant la méthode de l'analyse de contenu de Laurence Bardin (2013).

Tableau 1 : Présentation des sages-femmes interviewées

Entretien	Prénoms, Age	Diplôme, Lieu d'activité	Activités
1	Maud 31ans	2009 SFL (2013).	Surveillance grossesse à risque, PRADO, suivi gynécologique et contraception, PNP, suivi de grossesse et rééducation périnéale
2	Esther 30 ans	2011 SFL (2013)	Suivi de grossesse, suivi gynécologique et contraception, PNP, rééducation périnéale, surveillance grossesse à risque, PRADO
3	Nathalie 52ans	1986 SFL (2009)	Surveillance grossesse à risque, PNP, rééducation périnéale, suivi de grossesse, PRADO, consultation allaitement
4	Domi 46ans	1992 SFL (2003)	PNP, suivi de grossesse, rééducation périnéale, PRADO, suivi gynécologique et contraception, consultation allaitement.
5	Lulu 31 ans	2009 SFH (2009) SFL (2010)	Salle de naissance, suites de couches, surveillance grossesse à risque, PRADO, suivi de grossesse, PNP
6	Luna 43 ans	1995 SF PMI (2011)	Suivi de grossesse, consultation post-natale, accompagnement IVG, surveillance grossesse à risque, PNP, contraception en seconde intention.
7	Estelle 38 ans	2001 SF PMI (2003)	Suivi de grossesse, consultation post-natale, surveillance grossesse à risque, intervention en collège-lycée en matière de sexualité et contraception, suivi gynécologique et contraception, PNP, atelier massage bébé
8	Mélanie 39 ans	2002 SF PMI (2011)	Suivi de grossesse, surveillance grossesse à risque, EPP, PNP, visite post-natale, suivi gynécologique et contraception
9	Nana 53 ans	1985 SFH	GRE, salle de naissance, consultation de suivi de grossesse, suites de couches
10	Léna 26 ans	2013 SFH	Salle de naissance, GRE, suites de couches, consultation de suivi de grossesse, échographie
11	Géraldine 41 ans	1998 SFH	Suivi de grossesse, suivi gynécologique et contraception, PNP, salle de naissance, suites de couches

Deuxième partie de l'étude : Quantitative

Un questionnaire a été établi plus spécifiquement sur la pratique de la CPC par les sages-femmes réalisant des consultations dans les Bouches du Rhône. Le recueil de donnée a été effectué de mi-octobre à début décembre 2016. (Annexe VI)

Ce questionnaire a été construit à l'aide de Google Form. Il a été envoyé mi-octobre aux sages-femmes libérales, aux sages-femmes territoriales et aux cadres de santé des différentes maternités des Bouches du Rhône par voie électronique. Une relance a été réalisée 3 semaines après le premier envoi et une deuxième relance 3 semaines après la première relance.

Certaines difficultés ont été rapportées par quelques sages-femmes n'arrivant pas à répondre au questionnaire en ligne (problème informatique). Dans ces cas, le questionnaire a été rempli à l'oral par l'intermédiaire d'un appel téléphonique.

Le questionnaire comporte 11 questions fermées (QCM). Il a été testé auprès de 8 sages-femmes au préalable et n'a subi aucune modification par la suite. Les résultats de ces questionnaires n'ont pas été inclus dans mon étude.

Au total, 220 questionnaires ont été envoyés par voie électronique :

- 154 questionnaires aux sages-femmes libérales des Bouches du Rhône,
- 16 questionnaires aux sages-femmes exerçant en centre de PMI des Bouches du Rhône,
- 50 questionnaires aux sages-femmes réalisant des consultations à Marseille (Conception, Nord, Bouchard, Beauregard, Saint Joseph), aux centres hospitaliers d'Aix-en-Provence, Martigues, la Ciotat, Aubagne, Vitrolles, Arles et Salon de Provence.

Au total, 93 questionnaires ont été récupérés dont :

- 54 remplis par des sages-femmes libérales,
- 17 par des sages-femmes réalisant des consultations à Hôpital,
- 6 par des sages-femmes de PMI,
- 16 par des sages-femmes cumulant activité libérale et hospitalière.

Concernant l'analyse statistique, les données ont été rapportées sur tableau Excel et analysées par ce biais.

Résultats

Résultats : Etude qualitative-exploratrice

Les mots, phrases ou expressions se retrouvant dans plusieurs entretiens ont été classés en plusieurs rubriques :

- La réalisation de la CPC par les sages-femmes
- Les raisons de la non réalisation de cette consultation, évoquées par les sages-femmes
- La formation des sages-femmes à la CPC
- Les représentations de cette consultation par les sages-femmes

Réalisation de la CPC

Dans cette première partie, les résultats ont été reportés dans le tableau ci-dessous :

- Premièrement, il regroupe le contenu de la CPC selon les sages-femmes en fonction de la réalisation d'une anamnèse, d'un examen clinique et gynécologique, de la délivrance d'informations, de prescription, de l'explication du rôle qu'elles ont et des séances de préparation à la naissance et à la parentalité.
- Secondairement, il résume l'organisation de la CPC par les sages-femmes, selon qu'elles accueillent plutôt la femme ou le couple, selon la durée de la consultation mais aussi en fonction de la chronologie de la CPC par rapport au suivi de grossesse, à l'entretien prénatal précoce, et au suivi gynécologique.
- Pour terminer, le tableau ci-dessous nous informe de la connaissance des sages-femmes concernant les professionnels habilités à pratiquer cette consultation.

Réalisation de la CPC

	Contenu														Organisation						Professionnels			
	Anamnèse				Examen général	Suivi gynécologique		Informations			Prescription			Rôle des sages- femmes	PNP	Accueil		Précédent du suivi de grossesse	Précéde nt de l'EPP	Continuité du suivi gynécologi que	Durée		Connaiss- ances	Supposi- tion / Inconnu
	Désir de grossesse	ATC D	FdR	Mode de vie		Frottis	Contraception	Hygiène de vie	Sexualité	Conseils	Bilan/ Sérologies	Acide folique/ Vitamine s	Traitement			Femme	Couple				30 min	+ de 40 min		
Maud						X		X	X		X	X				X	X	X		X		X		
Esther			X			X	X	X				X								X	X	X	X	
Nathalie												X					X			X				X
Domi	X	X		X	X			X			X	X						X		x				X
Lulu		X								X							X			X	X		X	
Luna	X	X									X		X					X						X
Estelle		X	X			X				X	X	X				X		X		X	X			
Mélanie		X			X			X					X	X		X		X	X	X		X	X	
Nana		X			X						X						X	X		X				X
Léna	X		X			X		X		X	X	X		X	X					X				X
Géraldine		X	X	X				X				X						X	X	X			X	

Ainsi 7 sages-femmes sur 11 recueillent les antécédents, 6 donnent des informations sur l'hygiène de vie, 6 prescrivent bilan et sérologies et 7 l'acide folique.

Seulement 3 d'entre elles réalisent un examen général ainsi qu'un frottis de dépistage.

L'organisation des sages-femmes montre qu'elles reçoivent davantage le couple en consultation que la femme seule comme l'affirme Nathalie « *Oui plus le couple que la femme. Parce qu'après la femme ça reste un suivi de grossesse donc là c'est vrai que c'est les deux qui viennent pour un projet de grossesse donc pour moi ça intéresse le couple* » L113-114.

Huit sages-femmes pensent que cette consultation précède le suivi de grossesse et 10 sur 11 pensent qu'elle est la continuité du suivi gynécologique comme peuvent nous l'illustrer Estelle et Domi « *C'est entre la pratique gynéco et la pratique obstétricale* » 159, « *...ça s'inscrit dans le précédent logique du suivi de grossesse* » 130. Elles accordent en général plus de 30 min à cette consultation.

La connaissance des professionnels habilités à réaliser cette consultation est mitigée, 5 sages-femmes en ont la connaissance, 5 ne l'ont pas et 1 n'a pas pu répondre (question non posée lors de l'entretien).

Raisons de la non réalisation de la CPC

Dans cette seconde rubrique, il s'agit de mettre en évidence les raisons de la non réalisation de la CPC. Le tableau ci-dessous en fait le résumé et se divise en 2 parties :

- Tout d'abord une première partie sur les raisons évoquées par les sages-femmes concernant l'ignorance ou l'inutilité de la CPC par les patientes.
- Puis une seconde partie, sur les raisons qui amènent les sages-femmes à ne pas pratiquer la CPC, que ce soit par manque de connaissances ou de demandes, par des activités limitées ou par des propositions sans retour.

Raisons de la non réalisation de la CPC

	Patientes		Sage-Femme							
	Non informées	Pas d'intérêt	Proposition sans retour	Manque de connaissances	Activités limitées			Pas de demande		
					Organisation de service	Choix	Pas de suivi gynécologique	Méconnaissance du rôle des sages-femmes	Manque de communication	Patientèle inadéquate
Maud	X			X						X
Esther	X	X	X					X	X	X
Nathalie	X								X	
Domi	X								X	
Lulu						X	X	X		
Luna	X							X	X	
Estelle				X		X		X		
Mélanie	X					X				
Nana	X			X	X	X			X	X
Léna	X	X			X			X		
Géraldine	X			X	X				X	

Les sages-femmes interrogées invoquent, pour 9 d'entre elles, l'ignorance de la CPC par les patientes comme nous le dit Géraldine « *Je pense que les femmes ne savent pas que cela existe tout simplement. Je pense vraiment qu'il y a un manque d'information* » 131-32.

Quatre sages-femmes rapportent avoir un manque de connaissance, ce qui représente donc un frein dans leur pratique.

Comme en parlent Estelle et Maud, elles n'ont pas de demandes majoritairement par manque de communication de leur part et par méconnaissance de leur rôle auprès des patientes, « *Beh déjà parce que le public doit savoir ce que fait une sage femme...* » 163, « *Après c'est peut être aussi à nous de faire passer l'information* » 177.

Pour les sages-femmes hospitalières, l'organisation du service ne leur permet pas de réaliser cette consultation.

Notons que 4 sages-femmes ne pratiquent pas la CPC par choix d'activités, « *...je réserve vraiment pour l'obstétrique. Donc c'est vrai que j'ai limité donc ça fait une sélection* » Lulu 139-40.

Formation à la CPC

Cette rubrique concerne la formation des sages-femmes à la CPC. Elle se compose de plusieurs parties :

- Une première partie explorant le contenu de leur formation initiale.
- Puis une partie sur la formation continue, qu'elle soit acquise par une formation simple, par un diplôme universitaire ou par la participation à des congrès.
- Ensuite leur formation personnelle obtenue par divers biais.
- Et pour finir une partie concernant la connaissance des recommandations de la HAS par les sages-femmes.

Formation à la CPC

	Formation initiale				Formation continue			Formation personnelle			Recommandation HAS		
	Correcte	Insuffisante	Inexistante	Entretien pré-nuptial	Formation	DU	Congrès	Internet	Collègues	Expérience	Connaissance	Insuffisante	Inexistante
Maud		X			X							X	
Esther	X				X						X		
Nathalie			X	X									X
Domi					X		X		X	X			
Lulu			X					X					X
Luna					X					X		X	X
Estelle		X			X		X						X
Mélanie	X										X		
Nana			X	X	X			X	X				X
Léna	X	X								X		X	
Géraldine			X	X		X	X			X			X

Sept sages-femmes sur 11 considèrent leur formation initiale comme insuffisante voire inexistante, « *Je pense pas que le temps où je faisais la formation de sage-femme, je pense pas qu'on parlait de ça* » Géraldine 15-6.

Six d'entre elles ont connaissance de cette consultation grâce à une formation faite pendant leur activité professionnelle. La formation personnelle et expérientielle concerne 6 d'entre elles.

Huit sages-femmes sur 11 ne connaissent pas ou ont une connaissance partielle des recommandations de l'HAS, comme l'illustre Nana « *Non je les connais pas du tout* » 110.

Représentation de la CPC

Dans ce dernier tableau, il est abordé les représentations de la CPC par les sages-femmes. Celui-ci se divise en plusieurs parties :

- Dans la première partie, il rapporte la vision positive de la CPC par les sages-femmes, représentée pour elles par un accompagnement global des femmes et couples, par des actions de prévention, de dépistage, d'orientation, par la notion d'anticipation et par une prise en charge optimale des grossesses à risques.
- Secondairement, il aborde la question de l'inutilité éventuelle de cette consultation de par sa redondance, de par son coût et de par son manque d'intérêt.
- Il est ensuite question de la légitimité de la sage-femme dans la pratique de la CPC.
- Une partie résume la perception des sages-femmes sur la CPC comme une consultation soit de jeune fille, de désir de grossesse, de couple ou de consultation médicale.
- Pour finir, il mentionne une représentation de la CPC comme étant du domaine des médecins généralistes.

Représentations de la CPC

	Bénéfices						Inutilité					Légitimité de la sage-femme				Consultation				Domaine du médecin généraliste
	Accompagne ment global	Prévention	Dépistage	Orienta tion	Anticipa tion	PEC GRE	Redondant			Non économi que	Inconnu/ Pas d'intérêt	Compétences relationnelles (écoute, empathie, disponibilité)	Réseau de professionnels	Compéten ces médicales	Domaine de la physiolo gie	Jeune fille	De désir de gross esse	De couple	Mé dica le	
							Multi pare	EPP	1 ^{ere} consultatio n											
Maud	X											X				X				
Esther	X	X							X	X			X	X						X
Nathalie					X			X	X			X		X			X	X		
Domi	X	X	X				X								X	X	X	X	X	
Lulu	X											X								
Luna				X		X		X				X								
Estelle		X	X			X						X			X				X	
Mélanie	X	X	X		X	X						X	X		X		X		X	X
Nana		X	X			X				X	X									
Léna	X					X			X			X	X	X			X		X	
Géraldine	X	X	X	X	X	X											X			X

La CPC semble être une consultation permettant un accompagnement global pour 7 sages-femmes, et représente une consultation de dépistage et de prévention pour respectivement 6 et 5 d'entre elles. Les sages-femmes de PMI et du secteur hospitalier considèrent cette consultation comme une consultation de prise en charge des grossesses à risque.

Trois sages-femmes considèrent cette consultation redondante avec la première consultation de grossesse.

Sept sages-femmes se trouvent légitimes dans la réalisation de cette consultation au regard de leurs compétences relationnelles (écoute, empathie et disponibilité).

La CPC fait référence, pour 5 sages-femmes, à une consultation de désir de grossesse, et pour 4 sages-femmes à une consultation médicale.

Cette consultation apparaît du domaine du médecin généraliste pour 3 des sages-femmes interrogées.

Résultats : Etude quantitative

Généralités

220 questionnaires ont été envoyés et 93 ont été reçus en retour. L'exploitation de ces données est retranscrite ci-dessous.

- Parmi les 93 questionnaires analysés, la répartition par secteur d'activité est la suivante :

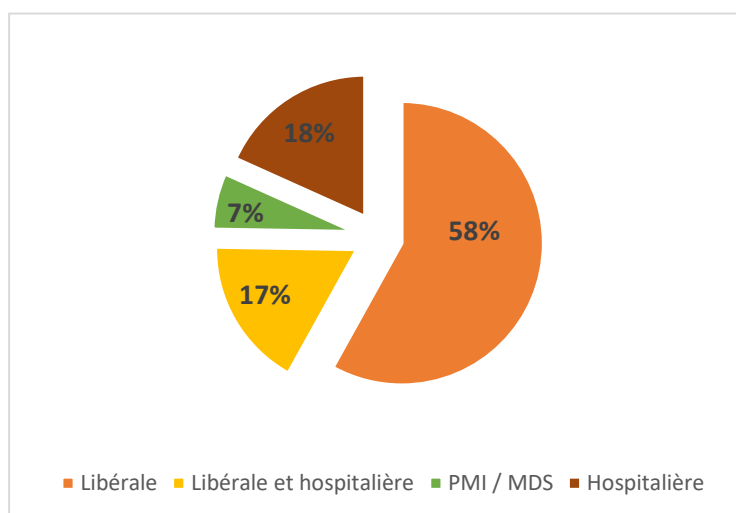


Schéma 1 : Répartition par secteur d'activité

On constate une majorité de réponses parmi les sages-femmes libérales.

- Les sages-femmes ayant répondu au questionnaire ont été diplômées entre 1975 et 2016 :

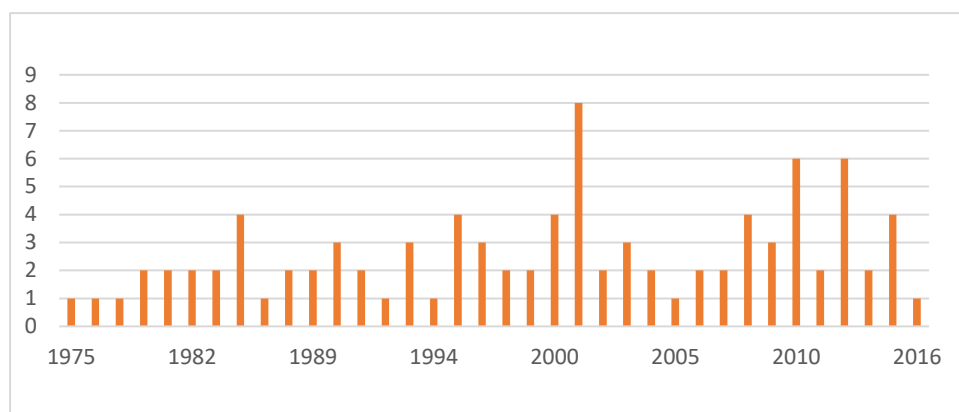


Schéma 2 : Répartition du nombre de sages-femmes par année d'obtention de leur diplôme.

Le panel de sage-femme est relativement homogène.

- Activités pratiquées :

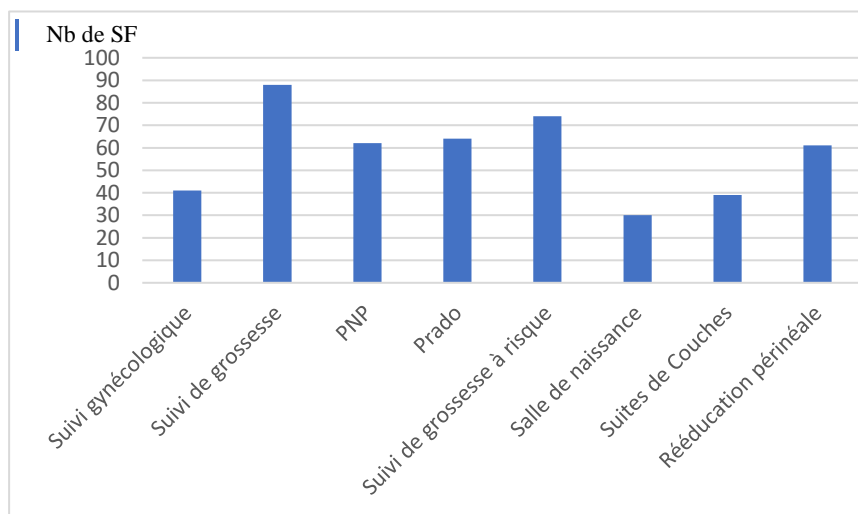


Schéma 3 : Domaines d'activités

Les domaines prépondérants sont le suivi de grossesse et la surveillance des grossesses à risque. Seule la moitié des sages-femmes interrogées pratique le suivi gynécologique de prévention.

Connaissance de la CPC

Une majorité d'entre elles (63%) répondent connaître la consultation préconceptionnelle. Leur source de connaissance provient essentiellement de leur formation initiale à 46% et de recherches personnelles à 30%.

Concernant la pratique de cette consultation, les sages-femmes ont répondu à 77% ne pas la réaliser.

Pratique de la CPC

Parmi les sages-femmes ayant répondu avoir déjà pratiqué cette consultation, 76% d'entre elles ont répondu qu'elles ne la réalisaient que rarement.

La pratique de cette consultation est relativement proportionnée. Elle est soit proposée par les sages-femmes (43%) soit demandée par les patientes (57%).

Sur les 21 sages-femmes pratiquant cette consultation :

- 19 libérales,
- 1 sage-femme en PMI
- 1 sage-femme en activité mixte (hospitalière et libérale).

Dix-huit d'entre elles pratiquent un suivi gynécologique de prévention.

Non pratique de la CPC

D'après les données précédentes, 77% des sages-femmes interrogées ne pratiquent pas cette consultation. Les raisons invoquées majoritairement sont :

- Pas de demande pour 77% d'entre elles,
- Manque de connaissance pour 40% d'entre elles (les sages-femmes ont pu cocher plusieurs raisons possibles pour la non pratique de cette consultation).

Toutefois, elles sont pour 68% d'entre elles, d'accord pour proposer cette consultation à leurs futures patientes.

In fine, 97% du panel interrogé considère être tout à fait légitime dans l'activité de consultation préconceptionnelle.

Analyse et discussion

L'étude qualitative exploratoire n'a pas pour but d'être statistique. Elle recherche la diversification de l'échantillon pour recueillir l'ensemble des propositions en vue de répondre à la question de recherche.

Un biais de mesure a pu être introduit par l'évolution de la grille d'entretien. En effet, au fur et à mesure des différentes réponses des sages-femmes, les derniers entretiens peuvent présenter des différences par rapport aux premiers. Ils ont été enrichis par les réflexions des sages-femmes des premiers entretiens. Dans l'étude, la majorité des sages-femmes ne pratiquait pas la CPC ou l'avait effectué une ou deux fois. Pour certaines, le contenu de la CPC est hypothétique, c'est-à-dire que c'est ce qu'elles pensent qu'elles auraient fait et pour d'autres, elle est réelle, c'est-à-dire que c'est ce qu'elles ont fait. De ce fait, un biais de mesure est aussi présent en ce sens.

L'interprétation par les sages-femmes des questions de l'enquêteur et, inversement, des réponses des sages-femmes par l'enquêteur introduit un biais de confusion. Pour limiter ce biais au maximum, la grille d'entretien a été testée auprès d'une sage-femme.

Les questions rétrospectives ont pu également introduire un biais de mémorisation. Par exemple, les réponses sur la formation initiale ont pu représenter des difficultés de mémorisation aux sages-femmes dont la formation date de plus 30 ans.

L'étude quantitative a obtenu 42% de réponses, ce qui représente un taux satisfaisant pour effectuer l'analyse de l'étude. Cependant aucune étude n'a été trouvée dans la littérature renseignant sur le nombre de sages-femmes réalisant des consultations par secteur d'activité. Il est donc difficile de savoir si les résultats de l'étude sont généralisables.

De plus, la distribution de questionnaire s'étant faite uniquement à l'aide de l'outil informatique a introduit un biais de recrutement dans l'étude. En effet, les sages-femmes dont l'outil informatique n'étant pas pratique ou ne l'utilisant pas, n'ont pu répondre au questionnaire.

La santé préconceptionnelle se définit comme un état de bien-être physique, mental et social à une période spécifique de la vie d'une femme et d'un couple. Ce moment se situe en amont de la conception en vue de donner à l'enfant à venir un développement harmonieux. Pour accompagner ce moment particulier, il existe une consultation nommée consultation préconceptionnelle. Mais, dans les faits, la CPC est peu pratiquée en France.

L'étude menée révèle que 77% des sages-femmes interviewées ne la pratiquent pas. En conséquence, les trois quarts des femmes n'ont pas bénéficié d'une CPC mais 80% d'entre elles y trouvent pourtant un intérêt d'après l'étude de Klopfenstein (2014). La raison principale est le manque d'informations sur la possibilité de bénéficier de cette consultation [15].

Les résultats de l'étude corroborent ceux décrits dans le mémoire de Klopfenstein [15]. En effet la majorité des sages-femmes pensent que les femmes sont mal informées voire non informées du tout de la possibilité de bénéficier d'une telle consultation même si les patientes y trouvent un intérêt.

La pratique des consultations n'est pas une activité récente pour les sages-femmes. En effet, elles sont formées au suivi prénatal, à la prise en charge du travail et de l'accouchement, des grossesses à risque, du suivi gynécologique de prévention et des consultations de contraception. Chaque sage-femme, quelque soit l'année d'obtention de leur diplôme a été formée initialement à la réalisation d'une consultation type, secondairement adaptée au motif de la consultation.

Dans l'étude, les sages-femmes conduisent une consultation standard orientée en préconceptionnel. Alors que certaines considèrent la CPC comme une consultation médicale, peu d'entre elles réalisent un examen général et un frottis cervico-utérin de dépistage pourtant indispensables dans la conduite d'une consultation.

La majorité des sages-femmes dans l'étude pratique le suivi de grossesse et le suivi gynécologique de prévention. Elles sont donc confrontées aux consultations de suivi de grossesse et à la prévention que représente le frottis cervico-utérin. Hors, il s'avère que les sages-femmes n'en voient pas la pertinence dans la réalisation de la CPC.

Elles considèrent pourtant cette consultation comme une consultation permettant un accompagnement global, de dépistage et de prévention. Mais en pratique, seul l'anamnèse, les

bilans complémentaires et la prescription d'acide folique sont réalisés en vue de ces objectifs. Il y a donc une différence nette entre leur représentation et leur pratique.

L'explication de cette différence pourrait être le fait d'une méconnaissance d'une part et de la non pratique véritable de cette consultation d'autre part.

Bien que la CPC soit une consultation légitime à leurs yeux ayant un nombre certain de bénéfices, certaines d'entre elles y trouvent une redondance avec la première consultation de grossesse. Hors tout l'intérêt de la CPC est le dépistage primaire. En effet, la grossesse est déjà en place à la première consultation prénatale, tous les actes réalisés dès lors seront donc du dépistage secondaire. Les sages-femmes, dans cette situation, préfèrent voir la CPC comme une redite au lieu de voir la CPC comme un gain de temps considérable pour la suite du suivi.

Plusieurs études démontrent les bénéfices de l'acide folique en préconceptionnel [9] [10]. La HAS, l'OMS, le CNGOF le recommandent fortement respectivement en 2009, 2007 et 1997 [16] [17] [18]. En 2005, l'INPES décide de faire une campagne nationale de promotion pour que la prise de celui-ci soit moins occasionnel [19]. Dans l'étude, une majorité des sages-femmes prescrit de l'acide folique en préconceptionnel, ce qui démontre leur intérêt et leur connaissance sur le sujet. Pourtant d'après le rapport de la DRESS 2015, moins d'une femme sur six bénéficie de cette prévention [20]. La pratique de la CPC par les sages-femmes pourrait augmenter le pourcentage de femmes pouvant bénéficier de cette prévention.

La plupart du temps, le projet de grossesse est un projet de couple. D'après les recommandations HAS 2009 [8], la CPC peut accueillir indifféremment soit le couple soit la femme seule. Dans l'étude, il s'avère que les avis soient partagés avec toutefois une prédominance pour une consultation de couple. Certaines sages-femmes considèrent qu'il pourrait ne s'agir que d'une consultation concernant la femme. Selon elles, cela permettrait d'envisager le dépistage des violences conjugales éventuelles qui reste une partie de la consultation difficile à aborder. Il en ressort toutefois, que quelque soit le type d'accueil, en

couple ou seule, les sages-femmes s'adaptent au mieux pour mener cette consultation d'après leurs dires.

Selon les recommandations de la HAS 2009 [8], les moments propices pour proposer la CPC sont ceux qui suivent soit l'arrêt de la contraception, soit la connaissance par le praticien d'une vie de couple ou d'un désir de grossesse. Sur ce sujet, les sages-femmes sont tout à fait d'accord. En effet, une majorité d'entre elles considère la CPC comme la continuité du suivi gynécologique. Dix-huit sages-femmes sur vingt et une ayant déjà pratiqué la CPC réalisent du suivi gynécologique de prévention. Il semblerait qu'en pratique, la réalisation de la CPC soit facilitée par la pratique du suivi gynécologique.

De même, l'étude montre que les sages-femmes considèrent la CPC comme une consultation précédant le suivi de grossesse. En effet, cette consultation fait la transition entre suivi gynécologique de prévention et consultation prénatale.

Dans l'étude, peu de sages-femmes avaient déjà pratiqué cette consultation et 76% d'entre elles que très rarement. Ce sont majoritairement des sages-femmes libérales qui sont amenées à la réaliser. Cependant les sages-femmes hospitalières rapportent ne pas pratiquer cette consultation du fait de l'organisation de leur service et non par manque d'intérêt.

Le peu de réalisation de la CPC provient d'une part de la proposition des sages-femmes et d'autre part de la demande des patientes. Il semblerait qu'il n'y ait pas de prédominance de l'une par rapport à l'autre.

Dans l'étude, seulement 63% du panel interrogé a connaissance de l'existence de la CPC. Leur source de connaissance provient à 46% de leur formation initiale.

Les sages-femmes donnent une raison pertinente pour laquelle la CPC n'est pas pratiquée : leur manque d'information dans le contenu de cette consultation. Quarante pourcents d'entre elles le soulignent. Alors que leur formation initiale leur apporte l'information de l'existence de la CPC, pour la plupart elle apparaît insuffisante, voire inexistante pour d'autres. Rappelons que la possibilité de réaliser cette consultation pour les sages-femmes n'est apparue qu'à compter de 2009, date à laquelle elles ont pu pratiquer le suivi gynécologique de prévention. Il n'est donc pas illogique, au vu de l'année d'obtention de leur diplôme (entre 1975 et 2016), de retrouver ces résultats.

Malgré tout, l'année d'obtention du diplôme n'explique pas tout. Il semblerait que, peut-être l'information donnée lors de la formation initiale ne souligne pas assez l'importance de cette consultation pour que les sages-femmes en viennent à la pratiquer.

Cependant 21% des sages-femmes connaissent la CPC grâce à leur formation continue et 30% grâce à leurs recherches personnelles complétant ainsi le manque d'informations en formation initiale.

La formation continue ou développement professionnel continu est une obligation pour les sages-femmes d'après l'article L.4153-1 du CSP depuis la loi HPST du 21 juillet 2009 [21]. Elle permet aux sages-femmes, entre autres, d'actualiser leurs connaissances afin d'être plus performantes dans leur pratique.

Dans l'étude, il apparaît pourtant un manque de connaissance des recommandations de l'HAS (2009) [8]. En effet, 8 sages-femmes sur 11 affirment avoir une connaissance partielle ou pas de connaissance de ces recommandations. Hors la reconnaissance de notre profession par les autres professionnels et par les patientes passe par une formation optimale et régulièrement renouvelée.

L'étude révèle qu'une des raisons complémentaires à la non pratique de la CPC est, pour 77% des sages-femmes, un manque de demande.

Outre le fait de la méconnaissance des femmes à ce sujet, les sages-femmes sont une majorité à avoir soulevé le problème de la communication pouvant expliquer ce manque de demande. En effet, d'après le mémoire de Wellele-Rostand (2016), les sages-femmes représentent une source d'information pour seulement 3,4% des femmes [22]. Est-ce lié au fait que ces dernières ne connaissent pas les compétences et le rôle des sages-femmes de manière générale ? Pour les sages-femmes, il apparaît, de manière claire, que le public n'a pas connaissances de leur rôle et de leurs compétences. Il s'agirait donc d'un problème de communication provenant d'une part des sages-femmes et d'autre part des institutions. En effet, n'est-ce pas frustrant et illogique pour la profession, que les médias et internet, représentent la source d'information la plus importante ? Les sages-femmes représentent un acteur de santé publique indiscutable mais encore faut-il qu'elles prennent conscience que la promotion du métier passe aussi par leur communication et leur engagement. De plus la Sécurité Sociale, les ARS, le Ministère de la Santé au travers de l'INPES, par exemple, ne communiquent pas non plus suffisamment sur cette profession.

Les sages-femmes sont de plus en plus impliquées dans le suivi prénatal des femmes enceintes : ce sont les professionnels de choix pour le suivi de grossesse à bas risque. Pourtant dans le Rapport Périnatalité 2010, seulement 5,4% des femmes ont consulté une sage-femme au moment de la déclaration de grossesse et 11,7% ont consulté une sage-femme au moment du suivi de la grossesse en général [23]. D'après le mémoire de Gabard (2013), il existe un manque de connaissance des femmes sur les compétences des sages-femmes [24]. En 2016, pour faire connaître au public le rôle et les compétences des sages-femmes Madame Marisol Touraine, Ministre des Affaires sociales et de la Santé, lance une campagne d'informations nationale sur le rôle et les missions des sages-femmes [25]. On pourra alors se demander si cette campagne a eu un réel impact pour le public.

Notre métier profite par contre d'une adhésion très positive dans l'opinion publique. D'après le mémoire de Hibrand (2011), 72% des femmes interrogées qualifient les sages-femmes par des valeurs humaines élogieuses : écoute, empathie, gentillesse, douceur, altruisme... [26] En reprenant une partie de ces termes, les sages-femmes se considèrent légitimes dans la pratique de cette consultation par leurs compétences relationnelles. Considérant la CPC comme une consultation de désir de grossesse, leurs compétences médicales leur semblent peu importantes pour cette consultation.

L'étude rapporte leur intérêt pour cette consultation malgré leur manque certain de connaissances sur le sujet. En effet, 68% des sages-femmes seraient prêtes à proposer cette consultation à leurs futures patientes.

L'étude a également soulevé une représentation intéressante des sages-femmes. Une partie d'entre elles pense que la CPC serait peut-être plus du domaine des médecins généralistes. Par définition, le médecin généraliste n'a pas de spécificité et exerce plusieurs fonctions. Il permet une prise en charge globale, la continuité et la coordination des soins et constitue également un acteur de premier recours et un acteur de santé publique fort (Larousse) [27]. En représentant un praticien de proximité et proche de ses patients, le médecin généraliste se retrouve un praticien pertinent de la CPC. Pourtant d'après le mémoire de Vitel (2014), ces résultats montrent une pratique qui reste relativement faible [28].

Pourtant, tous ces domaines sont également de la compétence de la sage-femme, tant la prévention, l'orientation et la coordination des soins, que le dépistage, l'éducation à la santé et le relationnel. Alors pourquoi cette consultation serait-elle plus du domaine de l'un ou de l'autre ? N'y a-t-il pas assez de femmes en âge de procréer pour que chacun ait sa place ?

Le conseil national de l'ordre des sages-femmes publie en 2017, un livre blanc contenant 12 propositions visant à promouvoir le rôle majeur des sages-femmes [29]. C'est une initiative intéressante et ambitieuse. La consultation préconceptionnelle n'en fait pas partie cependant. Ne serait-il pas plus judicieux de consolider les acquis avant de vouloir développer d'autres domaines ?

Conclusion

La consultation préconceptionnelle représente un intérêt majeur dans la prévention primaire tant pour les risques fœtaux, qu'obstétricaux et maternels. Cependant cette consultation n'est pas obligatoire et malgré les recommandations de l'HAS, entre autres, elle semble peu pratiquée en France.

Suites à l'acquisition de nouvelles compétences en matière de suivi gynécologique de prévention, les sages-femmes semblent représenter un acteur pertinent dans la pratique de cette consultation. Cependant il s'avère qu'une minorité d'entre elles la réalise réellement.

La CPC est perçue par les sages-femmes comme une consultation liant le suivi gynécologique de prévention au suivi de grossesse. Elle représente une consultation où l'information, la prévention, l'accompagnement et l'écoute sont primordiales. Les freins à la pratique de cette consultation, soulignés par les sages-femmes sont d'une part, liés à leur manque de communication et d'autre part, liés à la méconnaissance de cette consultation par les femmes en âge de procréer.

Une partie importante des sages-femmes sont prêtes à mettre en place cette consultation dans l'avenir montrant ainsi leur intérêt et la pertinence de cette consultation. Cependant une meilleure connaissance des recommandations leur procurerait une certaine légitimité dans leur pratique.

De cette étude, il ressort que les sages-femmes doivent prendre leur place dans cette consultation. En effet, elles doivent être actrice de leur développement si elles veulent une meilleure reconnaissance de leurs compétences. La proposition, par la création et la mise en place d'une affiche sur la consultation préconceptionnelle par les sages-femmes, serait un bon début. Mais il est aussi nécessaire que l'Etat fasse la promotion de la CPC auprès du public pour que l'information soit délivrée au plus grand nombre.

La sage-femme ne doit jamais cesser de défendre ce pourquoi elle existe. La consultation préconceptionnelle est calquée sur ses compétences.

« Les grandes âmes ont de la volonté, les faibles n'ont que des souhaits » proverbe chinois.

Bibliographie

1. Naissances et taux de natalité en 2016 | Insee [Internet]
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381380#tableau-Donnes>
2. Naissances hors mariage en 2016 | Insee [Internet]
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381394#tableau-Donnes>
3. LOI n° 2007-1787 du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit. 2007-1787 décembre, 2007.
4. Loi du 16 décembre 1942 RELATIVE A LA PROTECTION DE LA MATERNITE DE LA PREMIERE ENFANCE.
5. Health Council of the Netherlands. Preconception care: a good beginning. The Hague: Health Council of the Netherlands, 2007; publication no. 2007/19. ISBN 978-90-5549-678-5
6. Adviesaanvraag preconception care
https://www.gezondheidsraad.nl/sites/default/files/adviesaanvraag_preconception_care.pdf
7. Recommendations to Improve Preconception Health and Health Care --- United States: A Report of the CDC/ATSDR Preconception Care Work Group and the Select Panel on Preconception Care [Internet]
<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm>
8. Projet de grossesse informations messages de prévention examens à proposer
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_fiche_de_synthese.pdf
9. Viswanathan M, Treiman KA, Doto JK, Middleton JC, Coker-Schwimmer EJ, Nicholson WK. Folic Acid Supplementation: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force [Internet]. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US)
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK410113/>
10. Czeizel AE, Dobó M, Dudás I, Gasztonyi Z, Lantos I. The Hungarian Periconceptional Service as a Model for Community Genetics. Public Health Genomics. 1999 Jun 17;1(4):252–9.

11. DRESS- Affichage de tableau - EFFECTIFS DES SAGES-FEMMES par secteur d'activité, mode d'exercice global, zone d'activité 1, sexe et tranche d'âge [Internet]
<http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=2500>
12. CNSF - Note de synthèse : le marché du travail des SF.
<http://www.ordre-sages-femmes.fr/wp-content/uploads/2015/11/Note-de-synthese-Le-march%C3%A9-du-travail-des-SF.pdf>
13. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]
https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do;jsessionid=C6049EE3F3100C2D93E926B22E218431.tpdila16v_1?idSectionTA=LEGISCTA000006171285&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20170219
14. CNGOF - Pour une consultation avant la grossesse.
http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/071019consult-preconcept.pdf
15. Klopfenstein D, École de sages-femmes (Besançon). Etat des lieux de la réalisation de la consultation préconceptionnelle: Étude rétrospective, menée auprès de 100 patientes ayant accouché au Centre Hospitalier Régional Universitaire de Besançon 2014.
16. HAS, projet de grossesse informations messages de prévention examens à proposer argumentaire.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_argumentaire.pdf
17. WHO | Standards for maternal and neonatal care [Internet]
http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/a91272/en/
18. CNGOF – Recommandations pour la pratique médicale [Internet].
http://www.cngof.asso.fr/D_PAGES/PURPC_03.HTM#Vitamines
19. INPES, Folates et désir de grossesse : informer et prescrire au bon moment.
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1430.pdf>
20. DRESS - L'état de santé de la population en France - RAPPORT 2015
http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/rappeds_v11_16032015.pdf
21. LOI n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires - Article 59 | Legifrance [Internet]
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/loi/2009/7/21/SASX0822640L/jo/article_59
22. Wellele-Rostand L, La consultation préconceptionnelle : Les femmes sont-elles suffisamment informées de son existence et de son intérêt ?

23. Enquête périnatale 2010
http://social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Les_naissances_en_2010_et_leur_evolution_depuis_2003.pdf
24. Gabard C, Consultation préconceptionnelle et la sage-femme Midwife and preconception care. Gynécologie et obstétrique. 2012.
25. Sages-femmes : compétences et missions [Internet]
<http://social-sante.gouv.fr/grands-dossiers/sages-femmes/>
26. Hibrand N, Image de la sage-femme chez la nullipare. Gynécologie et obstétrique. 2010.
27. Larousse É. Encyclopédie Larousse en ligne - généraliste ou omnipraticien [Internet].
[http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/généraliste/13286](http://www.larousse.fr/encyclopedie/medical/generaliste/13286)
28. Vitel J, Déroulement de la consultation préconceptionnelle : étude comparative en Loire-Atlantique (sages-femmes libérales et médecins généralistes) : enquête descriptive par questionnaire auto-administré 2014
29. Le Livre blanc du Conseil national de l'Ordre des sages-femmes.
<http://fr.zone-secure.net/5372/260828/#page=3>

Liste des annexes

Annexe I : Grille d'entretien

Annexe II : Tableau de la réalisation de la CPC

Annexe III : Tableau des raisons de la non réalisation de la CPC

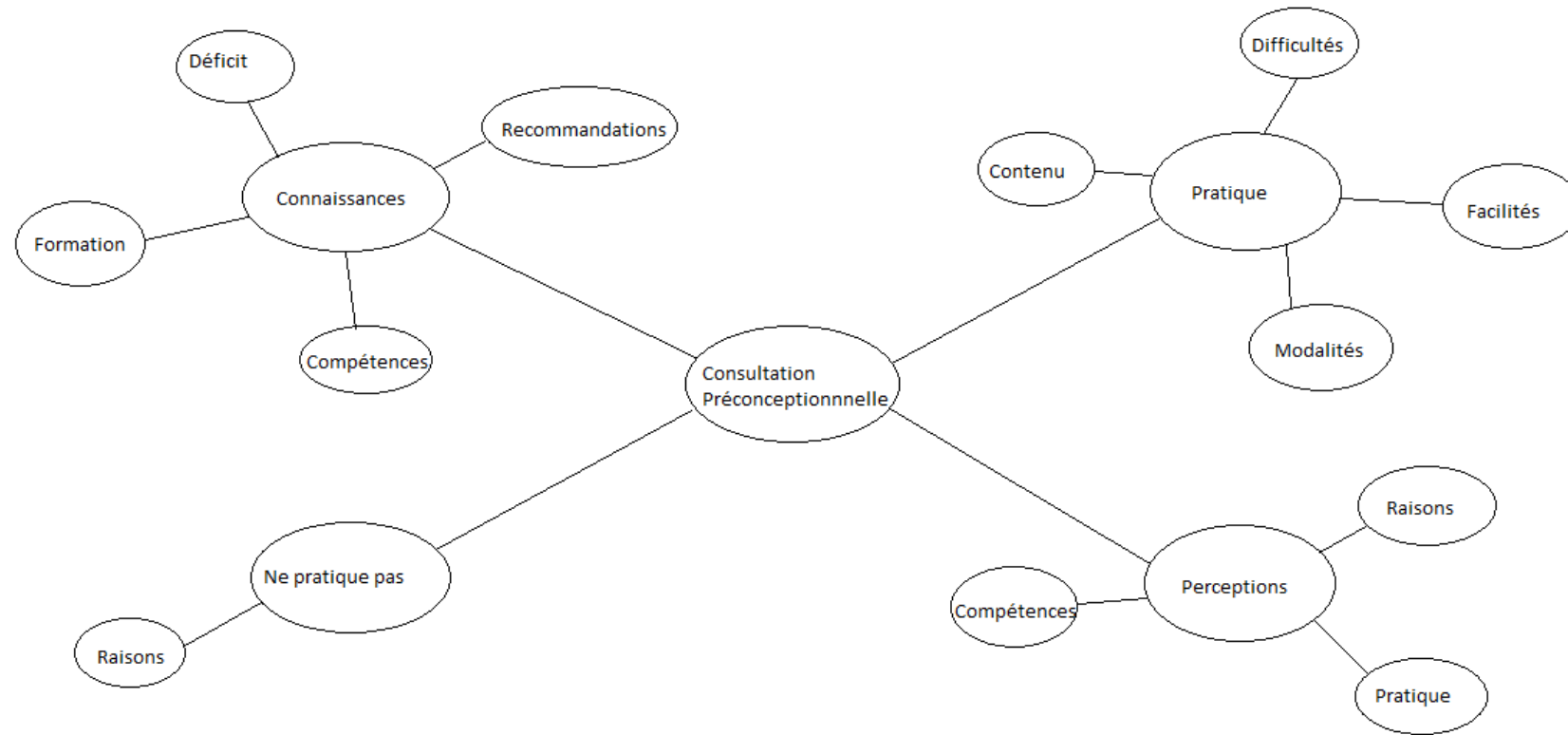
Annexe IV : Tableau de la formation à la CPC

Annexe V : Tableau des représentations de la CPC

Annexe VI : Questionnaire

Annexe VII : Entretiens (1 à 11)

Annexe I : Grille d'entretien



Annexe II : Réalisation de la CPC

	Réalisation de la CPC																								
	Contenu														Organisation						Professionnels				
	Anamnèse				Examen général	Suivi gynécologique		Informations			Prescription			Rôle des sages- femmes	PNP	Accueil		Précédent du suivi de grossesse	Précéde nt de l'EPP	Continuité du suivi gynécologi que	Durée		Connaissanc es	Supposit ion / Inconnu	
	Désir de grossesse	ATC D	FdR	Mode de vie		Frottis	Contraception	Hygiène de vie	Sexualité	Conseils	Bilan/ Sérologies	Acide folique/ Vitamine s	Traitement			Femme	Couple				30 min	+ de 40 min			
Maud						18-19		22-23, 70-71	20-21, 67-69, 90-92		18	16, 72-73				37	37	102-104		79-80		40- 42		51, 54	
Esther			16			13-14	12, 31-33	15-16, 99-101				14								48-51	35	36- 38		58-64	
Nathalie												7, 73-76					111- 115	123-124		57-58, 81, 123-124				87-89	
Domi	14, 43-44	43		14	9			18-19, 60			14, 42	19-20						28-30		92-93				50-51	
Lulu		23								23							30-31			46-53	31- 32		66		
Luna	46-47	3, 11									12		12, 13					105						137	
Estelle		3	3			78-79				92	8, 79-80, 93	9				52-53		59		59	54- 57				
Mélanie		6			25-27			4-5,112- 113					113,116	7-9		97		101-105	134-138	76-77, 81- 83, 92-94, 106-107		97- 98	146-156		
Nana		15-17			16						17						23-25	84-87		91-92				36-39	
Léna	2		4, 7-9			111- 114		4		125-127	3	6, 88-89		2,11	11- 12					65-68, 75- 76, 98-99, 107-111				119-120	
Géraldine		49	2-3, 47-48, 119	58-60				49-50, 74-79, 84-85				50					56-57	118-129	118-129	118-129			103		

Annexe III : Raisons de la non réalisation de la CPC

	Non réalisation de la CPC									
	Patientes		Sage-Femme							
	Non informées	Pas d'intérêt	Proposition sans retour	Manque de connaissances	Activités limitées			Pas de demande		
					Organisation de service	Choix	Pas de suivi gynécologique	Méconnaissance du rôle des sages-femmes	Manque de communication	Patientèle inadéquate
Maud	76			76-77						29-32, 47-52, 60-62, 79-80
Esther	51-53	82-85, 88-89	76-78, 82-85					115-120	6-9	125-127
Nathalie	37-38								29, 64	
Domi	31, 66-67								31-34, 66-67, 92	
Lulu						36-40, 56-58	40-42	43-45		
Luna	6-8, 61-70, 75-78							6-8, 106-107	6-8, 61-70, 75-78, 131-134	
Estelle				75		60		63-64, 70-71		
Mélanie	85-87, 130-131					127-130				
Nana	71-72			89-90, 92-93	32-34	41-42			75-76	28-30
Léna	70-72	92-93, 94-97			32-37			43-46, 49-50, 59-60		
Géraldine	31			34	26-27, 63-69				31-32	

Annexe IV : Formation à la CPC

Formation à la CPC													
	Formation initiale				Formation continue			Formation personnelle			Recommandation HAS		
	Correcte	Insuffisante	Inexistante	Entretien pré-nuptial	Formation	DU	Congrès	Internet	Collègues	Expérience	Connaissance	Insuffisante	Inexistante
Maud		2-4, 8, 57			100-101							15-16	
Esther	20				20-21						23-26		
Nathalie			10-11, 20-24	26, 41-51									5-7
Domi					25-26, 36-37		25-26		25-28	17, 22, 25, 29-30			
Lulu			3-11					16-18					12-13
Luna					109-111					26-28		81-82	53-55
Estelle		12-19			27-29		21-25						30-31
Mélanie	12-13, 29-33										52-64		
Nana			61-62	63-69	89			92-94	60				9-10, 20-23
Léna	13-14, 19	20-23								14-19		24-28	
Géraldine			5-6, 19-20	7-14		16-18	18			51-53			46-47

Annexe V : Représentations de la CPC

	Représentation de la CPC																			
	Bénéfices						Inutilité					Légitimité de la sage-femme				Consultation				Domaine du médecin généraliste
	Accompagnement global	Prévention	Dépistage	Orientation	Anticipation	PEGRE	Redondant			Non économique	Inconnu/Pas d'intérêt	Compétences relationnelles (écoute, empathie, disponibilité)	Réseau de professionnels	Compétences médicales	Domaine de la physiologie	Jeune fille	De désir de grossesse	De couple	Médicale	
							Multiple	EPP	1 ^{ère} consultation											
Maud	64-69											83-84, 86-92, 95-97				29-30				
Esther	114-115	99-102							92-97	97-99			107-114	105-107, 123-125						62-68
Nathalie					3-4			130-134	66-68, 84-85			101-102		91-92, 94-95			2-4	2		
Domi	61-62	59-60	47				62-63								47, 53-56	4	4	4	7	
Lulu	23-25, 62-64											71-74								
Luna				14-15		3-14, 84-87, 120-134		36-52				140-143, 146, 149-151, 153-154								
Estelle		80-86, 92-93	78-79			6-8						90-92			95-97				2-6, 90	
Mélanie	113-116	87-88, 111	123-124		111, 115-116	111-112						146-147	148-149, 152		147-148, 152, 153-156		2		2-9	151
Nana		79	49-50			3, 44-46				48-49	2-5, 41-42, 50-51									
Léna	124					2-9, 82-88, 94-96			88-91			125-127	127-134	108-113			2		2-9	
Géraldine	93-95	74-79, 81-88	2-3	100-101	90	95-98											2			113-114

Sage-femme et Consultation préconceptionnelle

Bonjour,

Je suis actuellement étudiante sage-femme en 5ème année à l'UE3M. Dans le cadre de mon mémoire, je m'intéresse à la pratique et au regard que porte la sage-femme sur la consultation préconceptionnelle. Cette consultation fait suite à l'entretien prénuptial depuis sa suppression en 2007. Les médecins généralistes, les gynécologues et les sages-femmes sont les professionnels qui peuvent être amenés à réaliser cette consultation.

Ce questionnaire a pour but de déterminer la place qu'occupe les sages-femmes des Bouches du Rhône dans la pratique de la consultation préconceptionnelle.

Merci d'avance pour votre participation.

1. Quel est votre secteur d'activité :

- ☐ libéral
- ☐ PMI / MDS
- ☐ hospitalier

2. Année d'obtention de votre diplôme :

3. Quelles activités pratiquez-vous :

- ☐ suivi gynécologique de prévention
- ☐ suivi de grossesse a risque (GRE, HAD, suivi à domicile)
- ☐ suivi de grossesse
- ☐ salle de naissances
- ☐ PNP
- ☐ suites de couches
- ☐ PRADO
- ☐ rééducation périnéale

4. Connaissez-vous la consultation préconceptionnelle : ☐ oui ☐ non

5. Si oui, par : ☐ formation initiale
☐ formation continue
☐ recherches personnelles
☐ autres :

6. Avez-vous déjà pratiqué cette consultation préconceptionnelle : ☐ oui ☐ non

7. Si oui :

♦ Pratiquez-vous cette consultation :

- ☐ rarement
- ☐ occasionnellement
- ☐ souvent

♦ Réalisez-vous cette consultation :

- ☐ à la demande de la patiente
- ☐ sur proposition de votre part

Si non :

♦ Pour quelles raisons :

- ☐ pas de demande
- ☐ manque de connaissance de cette consultation
- ☐ pas intéressé dans ma pratique
- ☐ pas compatible avec mon exercice actuel
- ☐ autres :

♦ Souhaiteriez-vous proposer cette consultation à vos patientes ?

- ☐ oui ☐ non

♦ Pensez-vous que la sage-femme est légitime à réaliser des consultations préconceptionnelles ?

- ☐ oui ☐ non

Résumé

Introduction : La consultation préconceptionnelle a remplacé l'entretien prénuptial suite à sa suppression en 2007. Malgré de nombreuses recommandations, notamment celles de la HAS, cette consultation reste peu pratiquée en France. Les sages-femmes, par l'évolution constante de leurs compétences, peuvent être amenées à réaliser cette consultation. L'objectif de cette étude est d'identifier la vision et la place qu'occupent, les sages-femmes, réalisant des consultations dans les Bouches du Rhône, dans la pratique de la consultation préconceptionnelle.

Matériel et Méthode : Il a été décidé de réaliser une première étude à l'aide d'entretiens semi-directifs pour identifier la vision et la pratique des sages-femmes par rapport à la CPC. Puis une seconde étude par questionnaires pour identifier la place qu'occupent les sages-femmes des Bouches du Rhône dans la pratique de cette consultation.

Résultats : Les entretiens montrent que la CPC est vue en théorie, comme une consultation médicale mais en pratique n'est pas réalisée comme telle. Une majorité des sages-femmes pense que leur manque de communication et la non information des femmes sur cette consultation sont les raisons principales de la non réalisation de celle-ci. Néanmoins, la CPC représente une consultation avec des bénéfices certains pour les sages-femmes. Celles-ci se considèrent compétentes et légitimes concernant la pratique de la CPC. L'étude a également révélée que 77% des sages-femmes des Bouches du Rhône ne pratiquent pas la CPC. De plus, celles la pratiquant répondent ne la réaliser que rarement à 76%.

Conclusion : La CPC est très peu pratiquée par les sages-femmes. Néanmoins, la vision de cette consultation est plutôt positive et une partie importante d'entre elles serait favorable à sa mise en place.

Mots clés : sage-femme, consultation préconceptionnelle

Abstract

Introduction : The preconception care has replaced the premarital interview further to its removal in 2007. In spite of numerous recommendations, in particular the HAS ones, this consultation is not performed a lot in France. The midwives, with the evolution of their skills, can be brought to realize this consultation. The aim of this study is to identify the vision and the place the midwives of the Bouches du Rhône have by doing it.

Study design : A first study has been done to identify their vision and practices with semi-directive interviews. Then a second study with questionnaires to identify their role.

Results : The interviews show that the preconception care is seen as a medical consultation in theory but not realized in practice. Most of the midwives think that their lack of communication and the lack of women's knowledge are the main reasons for it not being done often. Nevertheless, the midwives are sure that this consultation has lots of benefits. They think they are competent and that they have to be part of the health care providers doing it. This study demonstrate that 77% of the midwives of Bouches du Rhône do not practice the preconception consultation. The midwives that are doing it, only realize this consultation rarely for 76% of them.

Conclusion : The preconception consultation is rarely provided by the midwives. Nevertheless, their vision is rather positive. A lot of the midwives would be favorable to its implementation.

Keywords : midwife, preconception care

