

ACADÉMIE DE PARIS
ÉCOLE DE SAGES-FEMMES SAINT-ANTOINE
SORBONNE UNIVERSITÉ – FACULTÉ DE MÉDECINE

La consultation préconceptionnelle

État des lieux des connaissances et de la participation des femmes

MÉMOIRE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE
SAGE-FEMME

Andréa FILIPE

Directrice de mémoire : Nathalie COQUELIN (Sage-Femme
Enseignante)

Table des matières

Revue de la littérature	1
I. Préambule	1
II. Définition	2
A. Contexte en France	2
B. Pour qui ?	3
C. Par qui ?	3
D. Quand ?	3
E. Comment ?	3
III. Contenu de la consultation	4
A. Interrogatoire	4
1. Situation	4
2. Antécédents personnels	4
3. Antécédents familiaux	5
4. Traitements	5
5. Addictions	6
6. Risque psycho-sociaux	6
B. Examen clinique	6
1. Examen général	6
2. Examen gynécologique	6
α. Examen sénologique	6
β. Examen vulvaire et vaginal	6
C. Examens paracliniques	7
1. Biologie	7
2. Examens	7
D. Prescriptions	7
1. Acide folique	7
2. Supplémentation ferrique	7
3. Vaccins	7
E. Informations, conseils, prévention	8
1. Alimentation	8
α. Alimentation équilibrée	8
β. Toxoplasmose	8
γ. Listéria	9
2. Hygiène	9
α. Corporelle	9
β. Pratique sportive	9

3. Consommation de substances psychoactives	10
α. Alcool.....	10
β. Tabac	10
γ. Drogues	11
δ. Automédication	11
4. Situation sociale (législation, prestation sociale, risques professionnels).....	11
5. Déroulement de la grossesse.....	11
IV. Bénéfices	12
A. Sur la santé physique	12
1. Versant parental.....	12
2. Versant fœtal.....	12
B. Sur la santé mentale.....	14
1. Versant parental.....	14
2. Versant fœtal.....	15
V. Limites	16
Méthodologie	17
I. Problématique	17
II. Objectifs et hypothèses	17
A. Objectifs de l'étude	17
B. Hypothèses de recherche.....	17
III. Méthodologie de l'étude.....	18
A. Type d'étude et organisation	18
B. Population	18
1. Population étudiée et critères d'inclusion	18
2. Recrutement de la population	18
C. Lieux d'étude et durée	19
D. Echantillon obtenu	19
E. Analyse des résultats	19
Résultats	20
I. Caractéristiques de la population étudiée	20
A. Généralités : Données socio-démographiques	20
B. Données concernant la consultation préconceptionnelle	24
II. Connaissances des recommandations par les femmes.....	25
A. Femmes connaissant les recommandations	25
B. Femmes ne connaissant pas les recommandations	27
III. Participation des femmes à une consultation préconceptionnelle.....	29
A. Femmes ayant participé.....	29

B. Femmes n'ayant pas participé	34
Analyse & Discussion	38
I. Limites de l'étude	38
A. Points forts	38
B. Points faibles	38
II. Représentativité de la population de l'étude par rapport à la population générale	39
III. Connaissance des recommandations par les femmes	40
A. Hypothèse de départ.....	40
B. Facteurs pouvant avoir une influence sur la connaissance des recommandations	40
C. Elargissement des connaissances.....	41
IV. La participation des femmes à la consultation.....	42
A. Hypothèses de départ.....	42
B. Facteurs pouvant avoir une influence sur la participation des femmes à la consultation.....	43
C. Ouverture de la participation	45
D. Contenu de la consultation	45
V. Propositions d'actions	47
Conclusion	50
Lexique	51
Références bibliographiques	52
Annexes.....	55
Annexe I – Déclaration CNIL	55
Annexe II – Feuille d'explication	56
Annexe III – Questionnaire.....	57
Annexe IV – Proposition d'un document d'informations	62

Table des illustrations

Figures

Figure 1 : Flow chart	20
Figure 2 : Age des femmes interrogées	21
Figure 3 : Pourcentage de questionnaires obtenus en fonction du département de résidence des patientes interrogées...	21
Figure 4 : Pourcentage de naissances annuelles dans chaque département francilien	21
Figure 5 : Niveau d'étude des femmes interrogées.....	22
Figure 6 : Catégorie socio-professionnelle des femmes interrogées.....	23
Figure 7 : Age des femmes connaissant les recommandations.....	25
Figure 8 : Moyens par lesquels les femmes ont pris connaissance des recommandations concernant la réalisation d'une consultation en prévision d'une grossesse.....	26
Figure 9 : Age des femmes ne connaissant pas les recommandations.....	27
Figure 10 : Moyens par lesquels les femmes auraient aimé prendre connaissance des recommandations concernant la réalisation d'une consultation en prévision d'une grossesse.....	28
Figure 11 : Age des femmes ayant participé	29
Figure 12 : Professionnel consulté.....	31
Figure 13 : Informations reçues par les femmes au cours de l'entretien.....	32
Figure 14 : Informations supplémentaires que les femmes auraient aimé recevoir au cours de l'entretien	32
Figure 15 : Age des femmes n'ayant pas participé.....	34
Figure 16 : Informations que les femmes auraient aimé recevoir au cours d'un tel entretien.....	36

Tableaux

Tableau I : Généralités socio-démographiques des femmes interrogées.....	21
Tableau II : Gestité et parité des femmes interrogées.....	22
Tableau III : Caractéristiques de la grossesse actuelle.....	23
Tableau IV : Concernant la consultation préconceptionnelle.....	24
Tableau V : Généralités socio-démographiques des femmes connaissant les recommandations.....	25
Tableau VI : Participation des femmes.....	26
Tableau VII : Généralités socio-démographiques des femmes ne connaissant pas les recommandations.....	27
Tableau VIII : Grossesse planifiée.....	28
Tableau IX : Généralités socio-démographiques des femmes ayant participé.....	29
Tableau X : Caractéristiques de la consultation.....	30
Tableau XI : Contenu de la consultation.....	31
Tableau XII : Connaissance des recommandations dans la population ayant participé.....	33
Tableau XIII : Grossesse planifiée dans la population ayant participé.....	33
Tableau XIV : Généralités socio-démographiques des femmes n'ayant pas participé.....	34
Tableau XV : Généralités concernant la non-participation des femmes.....	35
Tableau XVI : Connaissance des recommandations en fonction de différents facteurs.....	37
Tableau XVII : Participation en fonction de différents facteurs.....	37

Revue de la littérature

I. Préambule

En 2009, la Haute Autorité de Santé a émis un document d'information à l'intention des professionnels de santé au sujet de la prise en charge du couple ayant un projet de grossesse : il s'agit de directives encadrant la réalisation d'une consultation préconceptionnelle. Celle-ci a vu le jour afin de pallier la disparition de la consultation et du certificat prénuptiaux qui ont été abolis en 2007 (1).

Il s'agit d'une consultation de prévention primaire proposée aux couples ayant un désir de grossesse. Son but est d'améliorer la santé des mères et des enfants et d'aborder la grossesse dans les meilleures conditions possibles. Il s'agit d'un moyen de prévention dans lequel les sages-femmes occupent un rôle majeur (2). En effet, la grossesse a des effets conséquents sur l'état de santé physique et psychologique de la mère, sur le bien-être du couple et sur l'établissement futur du lien entre le couple et leur enfant (3). De plus, la période de développement embryologique et fœtal a une influence considérable sur la vie future de l'enfant, tant sur le développement physique que psycho-affectif (4). Aborder ces sujets avec le couple peut donc être très bénéfique.

Cette consultation est encouragée par la HAS, d'après des recommandations émises en 2009 (2). Cependant, bien qu'elle ne possède pas de cotation spécifique et donc qu'il soit impossible d'en chiffrer précisément le nombre, il semble qu'aujourd'hui encore, près de 10 ans après ces recommandations, cette consultation ne soit pas encore entrée dans la pratique courante. En effet, d'après l'Enquête Nationale Périnatale 2016, seules 35,3 % des femmes ont déclaré avoir « consulté en prévision de cette grossesse » (5).

Dans ce sens, j'ai pu, lors de mes stages, constater que de nombreuses femmes débutent une grossesse sans avoir consulté de professionnels de santé pour exposer leur projet. Il m'a donc semblé intéressant d'évaluer le nombre de femmes réalisant ce type de consultation, leurs profils, ainsi que leurs connaissances à ce sujet.

L'objectif de l'étude est de légitimer mon constat et de mettre en évidence les raisons du défaut de réalisation de cette consultation.

Dans une première partie nous définirons la consultation préconceptionnelle et le contexte dans lequel elle s'inscrit. Ensuite nous présenterons le contenu et le déroulement de celle-ci et nous finirons par détailler ses bénéfices et ses limites.

La méthodologie de l'étude réalisée afin de répondre à la question de recherche sera explicitée et les résultats seront décrits.

Enfin, une discussion autour de ceux-ci sera exposée.

II. Définition

A. Contexte en France

Instaurée en 1942 par le régime de Vichy, la visite prénuptiale était une consultation obligatoire qui permettait l'établissement d'un certificat médical autorisant la réalisation du mariage civil. Cette visite était un temps d'information des futurs époux sur des généralités telles que les infections sexuellement transmissibles, l'hygiène de vie, la contraception et permettait également la réalisation d'un bilan médical complet et d'une prévention obstétricale dans le cas où la future épouse était âgée de moins de 50 ans (6).

Cependant, le mariage n'étant plus considéré comme une condition préalable pour fonder une famille (comme cela pouvait l'être il y a encore quelques années), le certificat prénuptial exigé par les articles 63 du Code civil français et L153 du Code de santé publique ne concernait plus que 270 000 couples et représentait un coût de 14 millions d'euros pour la sécurité sociale (7). En effet, en 2007 51,7% des naissances avaient eu lieu hors mariage.

Toutes ces raisons, renforcées par l'évolution des mœurs sociétales ont rendu cette consultation obsolète. Elle a donc fait partie du projet de loi de simplification du droit des particuliers présenté par les ministres Thierry BRETON et Jean-François COPE et a été définitivement abrogée par la loi du 20 décembre 2007 (8).

En 2019, on comptait en France 753 000 naissances vivantes avec un indice conjoncturel de fécondité (ICF) de 1,87 enfants par femme (9). Et bien que l'ICF soit en baisse ces dernières années, la France conserve la première position dans l'Union européenne en 2018 (10).

C'est dans ce contexte et dans le but de combattre les inégalités sociales, qui débutent dès la grossesse et parfois même avant, que le ministère de la Santé s'engage à faire connaître le rôle des 1000 premiers jours de l'enfant aux parents qui expriment un besoin croissant d'accompagnement.

La délimitation de cette période est différente selon les contextes. Elle est parfois définie du quatrième mois de grossesse au 2 ans de l'enfant, mais est souvent étendue dès la période préconceptionnelle.

La réalisation d'une consultation préconceptionnelle prend alors tout son sens. Elle répond pleinement aux préoccupations politiques actuelles de soutien des parents lors des 1000 premiers jours de vie et de réduction des inégalités sociales de santé (11). Une première réduction de ces inégalités serait alors permise en agissant sur les déterminants de santé modifiables (conditions et milieu de travail, conditions de vie, facteurs comportementaux (consommations, nutrition) etc.).

Une meilleure connaissance de cette période des 1000 premiers jours de vie contribuerait également à l'amélioration des conditions et du mode de vie des couples et ainsi à une amélioration des conditions de naissance par la création d'un environnement favorable à l'accueil et au développement du nouveau-né.

En outre, bien que la grossesse soit un processus physiologique, les couples paraissent être de plus en plus anxieux face à ce phénomène. La consultation préconceptionnelle pourrait alors être un lieu favorable à l'étayage de leurs angoisses ainsi qu'un premier temps de valorisation de leur potentiel parental : elle permet de délivrer des informations sur les modalités du suivi de grossesse et de répondre aux interrogations du couple et a ainsi un rôle de réassurance (12).

B. Pour qui ?

C'est une consultation proposée à toute femme en âge de procréer et plus généralement à tout couple ayant un désir de grossesse. Le conjoint a un rôle primordial dans l'élaboration du projet de grossesse et de sa concrétisation : son implication ne doit pas être négligée (13).

Cette consultation est conseillée pour toutes les femmes sans exception. Elle est fortement indiquée pour les femmes présentant des pathologies chroniques, notamment équilibrées par des traitements pouvant être à risque pour une grossesse.

C. Par qui ?

Trois types de professionnels médicaux ont la possibilité de mener cette consultation : les médecins généralistes, les gynécologues médicaux ou gynécologues obstétriciens et les sages-femmes, peu importe leur lieu d'exercice (13).

D. Quand ?

Elle a lieu en période préconceptionnelle : dans l'idéal, le couple devrait consulter avant la conception, dès le début de l'expression du désir de grossesse, c'est-à-dire avant l'arrêt de contraception. Mais dans sa définition donnée par l'HAS, il est mentionné qu'elle peut avoir lieu jusqu'à 8 semaines après la conception (soit jusqu'à 10 semaines d'aménorrhée) (13).

E. Comment ?

La consultation peut avoir lieu en libéral, dans un centre de santé, en centre de protection maternelle et infantile, en planning familial, ou dans une structure hospitalière la proposant. Il s'agit d'un entretien avec un professionnel de santé.

Le contenu minimal de la consultation est défini par les recommandations de la HAS, mais l'ordre et le déroulement précis de celle-ci reste à l'appréciation du professionnel. Elle débute généralement par un interrogatoire exhaustif, se poursuit par un examen clinique puis s'achève par les prescriptions, l'information des couples et la transmission des messages de prévention.

III. Contenu de la consultation

La consultation doit débiter par l'instauration d'une relation de confiance entre le professionnel de santé consulté et le couple (14). Cette étape permet l'établissement d'un lien indispensable au bon déroulement de la consultation.

A. Interrogatoire

L'interrogatoire exhaustif concernant la santé globale du couple permet la détection de facteurs de risques et la proposition de solutions adaptées.

1. Situation

Il débute par des questions générales sur l'identité des deux partenaires : âge, origine géographique, niveau socio-économique, profession, poids, taille, indice de masse corporelle, addictions. Tous ces éléments peuvent constituer des facteurs induisant des complications pendant la grossesse et faire l'objet de message de prévention.

2. Antécédents personnels

L'anamnèse doit comporter les antécédents médicaux, les antécédents chirurgicaux et transfusionnels, les antécédents gynécologiques et les antécédents obstétricaux.

Un interrogatoire précis sur les antécédents médicaux est indispensable afin d'initier une grossesse dans les meilleures conditions. En effet, certaines pathologies chroniques peuvent avoir des conséquences fœtales et néonatales, notamment dès la période préconceptionnelle (2) (15). D'autres encore s'aggravent fréquemment pendant la grossesse.

L'obtention de ces informations permet une prise en charge préalable des pathologies et l'anticipation de complications pouvant survenir. Un équilibre de toutes les pathologies chroniques est recommandé avant le début d'une grossesse et la réalisation d'examen complémentaires est requise dans certains cas.

Enfin, il arrive que ce ne soient pas les pathologies qui posent réellement problème, mais les traitements utilisés afin d'équilibrer celles-ci. Ils seront à modifier par des traitements compatibles avec la grossesse. Il convient également de vérifier le carnet de vaccination de la patiente et son groupe sanguin.

L'interrogatoire se poursuit par l'évocation des antécédents chirurgicaux car il peut exister des risques pour la grossesse en fonction des interventions (greffe rénale, opération cardiaque, oculaire...). Cela permet également d'évaluer la tolérance aux produits anesthésiques en prévision d'éventuelles analgésies ou anesthésies en cours de grossesse ou à l'accouchement. Les antécédents transfusionnels quant à eux permettent d'évaluer le risque d'allo immunisation et, le cas échéant, de prévenir le couple du suivi particulier et précoce de la grossesse à venir.

Les antécédents gynécologiques occupent une place importante dans l'évaluation du projet de grossesse. Evoquer les interventions chirurgicales intéressant la cavité utérine permet d'évaluer les risques potentiels en cas de grossesse et d'informer les couples sur les conséquences que celles-ci peuvent avoir sur la fertilité. A plus long terme, les antécédents gynécologiques permettent d'énoncer un pronostic pour la grossesse et aident à prendre une décision quant à la voie d'accouchement (16). Les antécédents d'infections génitales et sexuellement transmissibles, tout comme les autres pathologies gynécologiques telles que les fibromes, les malformations utérines ou vaginales, peuvent avoir une influence sur la fertilité et entrent en considération dans l'évaluation du projet de grossesse.

Aborder la durée et la régularité des cycles de la patiente permet de lui apporter des informations concernant la physiologie de la reproduction (période du cycle favorable à la fécondation). Informer sur le délai moyen de conception, qui est d'un an, limitera les inquiétudes du couple si le projet de grossesse n'aboutit pas très rapidement.

Enfin, il faut s'intéresser aux antécédents obstétricaux de la patiente. Le nombre de grossesses, de fausses couches et d'accouchements, ainsi que leur déroulement (pathologies gravidiques, vécu de la grossesse, et de l'accouchement etc...) contribuent à l'élaboration du pronostic pour la grossesse (2). Par exemple, certaines pathologies peuvent récidiver.

En ce qui concerne le conjoint, il faut l'interroger sur ses antécédents médicaux personnels et son groupe sanguin car 50 % du patrimoine génétique de l'enfant vient du père.

De cette façon, en étudiant exhaustivement les antécédents, il est possible d'établir un niveau de risque potentiel pour la grossesse à venir et de définir un suivi spécifique.

3. Antécédents familiaux

Les antécédents familiaux de la patiente, qu'il s'agisse de diabète, d'hypertension ou de cancers, sont intéressants à connaître car ils constituent des facteurs de risque de développer ces pathologies en cours de grossesse. Il en est de même pour les maladies génétiques ou les anomalies chromosomiques. Cela permet d'évaluer les risques de transmissions, et peut parfois constituer une indication à diriger les couples vers un conseil génétique. Les antécédents familiaux du conjoint, notamment en ce qui concerne les maladies héréditaires, sont aussi importants à connaître.

4. Traitements

Il existe de nombreux traitements contre-indiqués en cours de grossesse car tératogènes ou foetotoxiques, mais pour lesquels il existe des alternatives. Cette consultation a un rôle fondamental dans ce domaine car elle permet l'adaptation des traitements (dosage et molécule) avant l'obtention de la grossesse. (15).

5. Addictions

La consultation préconceptionnelle est l'occasion d'aborder les addictions de la patiente et de son conjoint afin d'en prévenir les risques et de mettre en place un suivi adéquat. Celles-ci seront abordées plus bas.

6. Risque psycho-sociaux

La question des violences, qu'il s'agisse de violences physiques ou psychologiques, est souvent peu abordée car délicate. Or, il s'agit d'un point clé dans l'évaluation des risques encourus au cours et en dehors de la grossesse, et ce tant pour la mère que pour l'enfant à naître. Il convient donc de s'intéresser aux antécédents de violence car la grossesse est très souvent un moment où ressurgissent des souvenirs douloureux du passé. Pour les mêmes raisons, il est essentiel de demander à la patiente si elle est victime de violences actuellement (physiques ou verbales, à la maison ou au travail) afin de lui proposer une prise en charge adaptée à ses besoins.

B. Examen clinique

1. Examen général

L'examen général consiste à la prise de la tension artérielle et de la fréquence cardiaque permettant d'avoir une référence avant la grossesse et de dépister d'éventuelles pathologies préexistantes. La pesée de la patiente ainsi que la mesure de sa taille vont permettre de calculer son IMC, qui est également un facteur pronostic (s'il est élevé il constitue un facteur de risque de nombreuses pathologies et peut altérer la fertilité).

2. Examen gynécologique

L'examen doit être effectué après un consentement préalable de la patiente. Il se décompose en deux temps.

α. Examen sénologique

Cet examen débute par l'inspection et se poursuit par la palpation, assise puis allongée. Il concerne le sein mais également les aires ganglionnaires axillaires et sus claviculaires. Il permet le diagnostic d'anomalies (nodules, écoulements, modifications cutanées...) et leurs prises en charge.

β. Examen vulvaire et vaginal

Il est principalement visuel et permet de rechercher la présence de mutilations sexuelles. Un examen sous spéculum ou un toucher vaginal peuvent être réalisés si nécessaire. La réalisation d'un frottis cervico-utérin, dans le cadre du dépistage systématique préconisé par la sécurité sociale peut être proposé (13) (17). Cette consultation est l'occasion de sensibiliser les femmes au suivi gynécologique régulier recommandé par la sécurité sociale (2).

C. Examens paracliniques

1. Biologie

Cette consultation permet de proposer la réalisation d'un bilan sanguin complet alliant numération formule sanguine et sérologies. Ainsi, il sera possible d'évaluer l'état biologique de la patiente et de dépister des pathologies hématologiques nécessitant un suivi spécifique. L'examen détaillé des sérologies comprend la Syphilis, le VIH, l'hépatite B, l'hépatite C, la rubéole, la toxoplasmose, mais aussi la varicelle (si la patiente n'est pas certaine de l'avoir contractée dans l'enfance). Les sérologies concernant les infections sexuellement transmissibles (IST) peuvent également être prescrites au conjoint. De cette manière, un traitement ou des vaccins pourront leur être prescrits.

Ce bilan permet ainsi la mise en place de thérapeutiques ou de suivis si nécessaire mais surtout la transmission de messages de prévention adaptés à la situation du couple (IST, maladies infectieuses, etc.).

2. Examens

Des examens plus spécifiques pourront être demandés en fonction des éléments retrouvés à l'interrogatoire ou à l'examen, tels que des radiographies ou des échographies.

D. Prescriptions

1. Acide folique

Cette consultation permet d'aborder la prise d'acide folique. En effet, une prescription d'acide folique est recommandée chez toutes les femmes ayant un désir de grossesse, en prévention des anomalies de fermeture du tube neural (AFTN). La prise est à commencer au plus tôt, dès le début des tentatives de conception car c'est le taux au moment de celle-ci qui est important (18). Cette supplémentation permet une réduction des AFTN de 60% (19).

2. Supplémentation ferrique

En dehors de la grossesse, le taux d'hémoglobine définissant l'anémie est de 12g/dL. Si son taux est inférieur à ce seuil, une supplémentation ferrique pourra être prescrite. Cela permettra de constituer des réserves permettant de faire face à l'augmentation des besoins en fer nécessaires au cours de la grossesse (20).

3. Vaccins

La vaccination est un élément primordial de prévention pour la grossesse. En effet, certaines pathologies pour lesquelles il existe des vaccins ont des conséquences embryonnaires et fœtales en cas d'infection maternelle en cours de grossesse, et ce dès les premiers jours suivant la fécondation.

De nombreux vaccins n'étant pas autorisés au cours de la grossesse, c'est donc en période préconceptionnelle qu'il est possible de réaliser cette prévention. C'est le cas notamment de la vaccination contre la rubéole, qui est une maladie infectieuse pouvant induire une rubéole congénitale malformative (21), et la vaccination contre la varicelle (risques fœtaux importants et atteinte pulmonaire maternelle grave) (22). La vaccination contre la coqueluche est nécessaire afin de protéger le nouveau-né, elle peut être proposée dès la période préconceptionnelle, mais si non réalisée avant la grossesse, elle pourra être effectuée pendant l'hospitalisation en suites de couches (23). Certains vaccins sont autorisés et recommandés, en cours de grossesse, comme notamment celui de la grippe (24).

E. Informations, conseils, prévention

Cette consultation, en tant que premier contact du couple avec le milieu obstétrical, constitue un moment privilégié d'échange d'informations et de messages de prévention.

1. Alimentation

α. Alimentation équilibrée

Pendant la grossesse, il est recommandé d'avoir une alimentation équilibrée, variée et saine, adaptée aux besoins énergétiques nécessaires à la femme enceinte. Celle-ci doit permettre l'apport de protéines, lipides, hydrates de carbone et calcium en proportion adéquate afin de favoriser une bonne croissance fœtale (25).

Une adaptation des habitudes alimentaires en période préconceptionnelle permet une transition plus douce en début de grossesse.

De plus, des précautions alimentaires sont à prendre car il existe des risques de contaminations bactériennes et parasitaires, pouvant être graves pour la mère et le fœtus pendant la grossesse. Ces informations sont à transmettre dès la période préconceptionnelle, les risques étant présents dès la conception, alors que la patiente ignore qu'elle est enceinte.

β. Toxoplasmose

La toxoplasmose est une maladie causée par un parasite qui vit dans la terre. Par conséquent, il est présent sur les légumes (mal lavés), dans la viande mal cuite (les animaux mangeant l'herbe avec de la terre) et dans les excréments de chats (vivant très souvent en extérieur). En cas de primo-infection pendant la grossesse, il y a des conséquences fœtales : on parle de toxoplasmose congénitale (entraîne des avortements spontanés, des atteintes oculaires, hématologiques, hépatiques et des atteintes du système nerveux central du fœtus). Un traitement précoce permet de réduire les manifestations cliniques (ce qui explique la surveillance sérologique mensuelle recommandée en France depuis 1992 (26)) sans pour autant les prévenir totalement. De nombreuses règles pour éviter la contamination en cours de grossesse en découlent et sont à expliquer aux couples.

γ. Listéria

La listériose est une infection bactérienne rare mais grave qui touche principalement les personnes immunodéprimées et les femmes enceintes. Il s'agit d'une maladie à déclaration obligatoire transmise par l'alimentation. En cas de contamination, il y a un risque élevé d'avortement spontané, de mort fœtale in utéro, de mortalité néonatale et de méningite bactérienne néonatale, d'où la nécessité de respecter les mesures préventives (27). De fait ces mesures peuvent être évoquées au cours de l'entretien.

2. Hygiène

α. Corporelle

Des modifications corporelles physiologiques surviennent dès le début de grossesse. Elles concernent l'état bucco-dentaire (28), la flore vaginale et la sexualité (29) (30) entre autres. Un couple informé aura un vécu moins anxiogène, et ira probablement moins consulter des professionnels de santé pour des raisons qu'ils ignorent être physiologiques.

Une approche plus sereine de ces changements contribuera à la conservation d'un état de bien-être psychique et permettra un plus grand épanouissement personnel des deux partenaires au cours de la grossesse.

β. Pratique sportive

Une activité physique est recommandée en cours de grossesse. (31). Une meilleure tolérance à la fatigue, ainsi qu'une diminution des douleurs lombaires et abdominales en cours de grossesse ont été rapportées en cas de pratique sportive régulière (32). De plus, elle apporte des bénéfices physiques évidents en permettant d'accompagner le corps dans les modifications qu'il subit pendant la grossesse, et ainsi de limiter la prise de poids. Cette pratique réduit la sédentarité souvent adoptée pendant la grossesse, et a des bénéfices sur la circulation sanguine (25).

Les sports extrêmes, à risques de chutes ou de coups sont déconseillés (tel que le ski ou la boxe) et il est plutôt recommandé la pratique de sports doux (tels que la natation ou la marche à pied), auxquels le corps est habitué. L'avis d'un professionnel de santé est recommandé dans tous les cas.

La consultation préconceptionnelle est alors un moment privilégié permettant d'évaluer si la pratique sportive de la patiente est compatible avec la grossesse et, si ce n'est pas le cas, de tenter de trouver une activité de remplacement. Si celle-ci ne pratique pas d'activité physique régulière, il convient de le lui conseiller, car il apparaît que dans certaines pathologies gravidiques une pratique sportive régulière avant la grossesse est plus bénéfique que celle débutée pendant celle-ci (33).

3. Consommation de substances psychoactives

α. Alcool

L'alcool est la substance psychoactive la plus consommée en France et constitue un problème majeur de santé publique. La consommation d'alcool pendant la grossesse représente la première cause de retard mental non génétique en occident. Les risques sont actuellement bien connus et définis (retard mental et psychomoteur et dysmorphie faciale principalement) (34). Ils sont plus importants pendant les premières semaines de grossesse car il s'agit de la période où se mettent en place les organes. Cependant, ils perdurent toute la durée de celle-ci avec des effets différents. C'est pour cette raison qu'en cas de projet de grossesse, la femme doit être avertie au plus tôt, c'est-à-dire dès la période préconceptionnelle, des risques encourus en cas de consommation d'alcool. Il est d'usage de déconseiller toute consommation d'alcool, quel qu'en soit le type et la quantité, tout au long de la grossesse (25).

β. Tabac

La consommation de tabac chez les femmes est en constante augmentation ces dernières années : en 2017, 28,7 % des femmes de 18 à 75 ans déclarent fumer et 16,2 % des femmes continuent de fumer au troisième trimestre de leur grossesse (35).

Il existe de nombreux risques en cas de consommation pendant la grossesse mais également en dehors. Tout d'abord, il a été mis en évidence une altération de la fertilité féminine (effet sur le péristaltisme tubaire, augmentation du risque de GEU, augmentation du risque de fausses couches spontanées), mais également masculine (diminution du nombre de spermatozoïdes, augmentation du nombre de spermatozoïdes anormaux, augmentation des troubles érectiles). En outre, de nombreux risques fœtaux existent car les composants du tabac ont plusieurs effets sur le fœtus et sur la circulation utéro placentaire (hypoxie chronique, retentissements cardiovasculaires et respiratoires, vasoconstriction des artères utérines et des artères ombilicales) (36). Le retentissement le plus fréquemment observé est un retard de croissance intra utérin. Mais le risque de mort fœtal in utero est également plus élevé que dans la population générale, tout comme le risque de malformations. Il y aurait également des conséquences sur le développement cérébral du fœtus.

L'arrêt de la consommation de tabac pouvant être une étape difficile et longue, cette consultation est un moment opportun pour discuter du sevrage tabagique tant pour la patiente que pour son conjoint. Une patiente fumeuse et ayant un désir de grossesse doit être informée au cours de cette consultation des risques induits par la consommation de tabac, et des bénéfices que permettrait un sevrage. Et de même, elle doit recevoir une information sur les nombreuses solutions d'accompagnement (substituts nicotiniques, tabacologue, hypnose...) demeurant possibles en cours de grossesse.

γ. Drogues

De même que le tabac, la consommation de drogues pendant la grossesse peut avoir des effets sur le fœtus.

Des risques de fausses couches spontanées, de retard de croissance, de menace d'accouchement prématuré, de malformations et de troubles neurodéveloppementaux avec certaines substances ont été mis en évidence (37). Le principal risque néonatal est l'apparition d'un syndrome de sevrage néonatal à la naissance (manifestations neurologiques, digestives, respiratoires, etc.). Il est la conséquence d'un sevrage brutal d'une intoxication chronique lors de la section du cordon (38).

Il est donc recommandé de ne pas consommer de drogues dès le début de la grossesse. En cas de consommation habituelle avant la grossesse, un suivi et l'instauration de substituts peuvent être proposés à la patiente.

δ. Automédication

Les femmes doivent être mises en garde sur l'automédication en cours de grossesse. Beaucoup de molécules passent la barrière placentaire et ont un effet plus ou moins grave sur le fœtus, et ce dès la conception. Il est important de discuter avec son médecin de la prise d'un traitement non-indispensable. En revanche, la grossesse ne doit pas être un prétexte pour arrêter certains traitements de pathologie dont les effets fœtaux et le passage placentaire sont bien connus et sans risques (39). Il est primordial de donner ces informations au couple.

4. Situation sociale (législation, prestation sociale, risques professionnels)

En ce qui concerne le droit du travail, une femme enceinte salariée dispose de nombreux droits qui sont pourtant souvent méconnus (autorisations d'absence pour consultations et examens médicaux obligatoires (40), aménagements de poste en fonction des risques encourus pour la santé maternelle ou fœtale, mutation temporaire sur production d'un certificat médical (41) (42)).

Afin de disposer pleinement de leurs droits dès le début de grossesse, certaines démarches sont à réaliser auprès de la sécurité sociale et de la caisse des allocations familiales. La déclaration de grossesse à l'Assurance Maladie est à réaliser avant la fin de la 16^{ème} semaine d'aménorrhée, soit la 14^{ème} semaine de grossesse (43). A l'issue de cette déclaration, un certain nombre de droits s'ouvrent comme le 100 % maternité et le congé maternité. Le 100 % maternité permet une prise en charge à 100 % des frais médicaux à partir du 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et ce jusqu'au 12^{ème} jour après l'accouchement, avec une dispense d'avance des frais.

5. Déroulement de la grossesse

Les explications concernant le déroulement du suivi de grossesse doivent être brèves et doivent permettre aux couples d'avoir une vision d'ensemble du parcours qui les attend. Le déroulement plus détaillé sera repris en début de grossesse par le professionnel qui recevra la patiente.

IV. Bénéfices

A. Sur la santé physique

1. Versant parental

Cette consultation a pour but d'évaluer au mieux le projet du couple et de délivrer des informations et des messages de prévention fondamentaux liés à la grossesse. Cela permet aux professionnels de santé d'anticiper certaines situations et de donner des informations aux couples leur permettant ainsi de mieux différencier physiologie et pathologie (notamment en début de grossesse avec les modifications corporelles et les maux habituels).

L'âge moyen des mères au premier enfant augmente ces dernières années et est passé de 29,3 ans en 2000 à 30,7 en 2019 en France (44). La première maternité ayant lieu à un âge de plus en plus avancé, les facteurs de risques et les comorbidités augmentent, comme en témoignent les résultats de l'Enquête Nationale Périnatale de 2016 (5). Cette consultation, en antéconceptionnel, permet ainsi l'identification de facteurs de risques pouvant interférer avec l'obtention d'une grossesse, le maintien de celle-ci ou son déroulement (altération de la fertilité, pathologies chroniques, pathologies avec complications gravidiques, addictions). Et de cette façon, elle permet la mise en place de thérapeutiques adaptées et la transmission de messages de prévention fondamentaux permettant de limiter l'impact de ces facteurs de risques.

De plus, la période préconceptionnelle est une période favorable à l'initiation de changements sur le mode de vie. Les femmes sont en général plus à l'écoute de leur corps et réceptives aux informations reçues et aux conseils des professionnels (ex : arrêt du tabac ou de consommation de drogue, perte de poids, adoption d'une alimentation plus saine et plus équilibrée, initiation d'une activité physique et sportive, suppression de comportements à risques...).

Elles sont plus attentives aux modifications physiques et psychologiques qui s'opèrent et prennent plus soin d'elle. Ainsi il s'agit d'une période propice pour introduire l'importance d'un suivi gynécologique, et plus largement médical, en dehors de la grossesse (frottis cervico-utérin, examen sénologique).

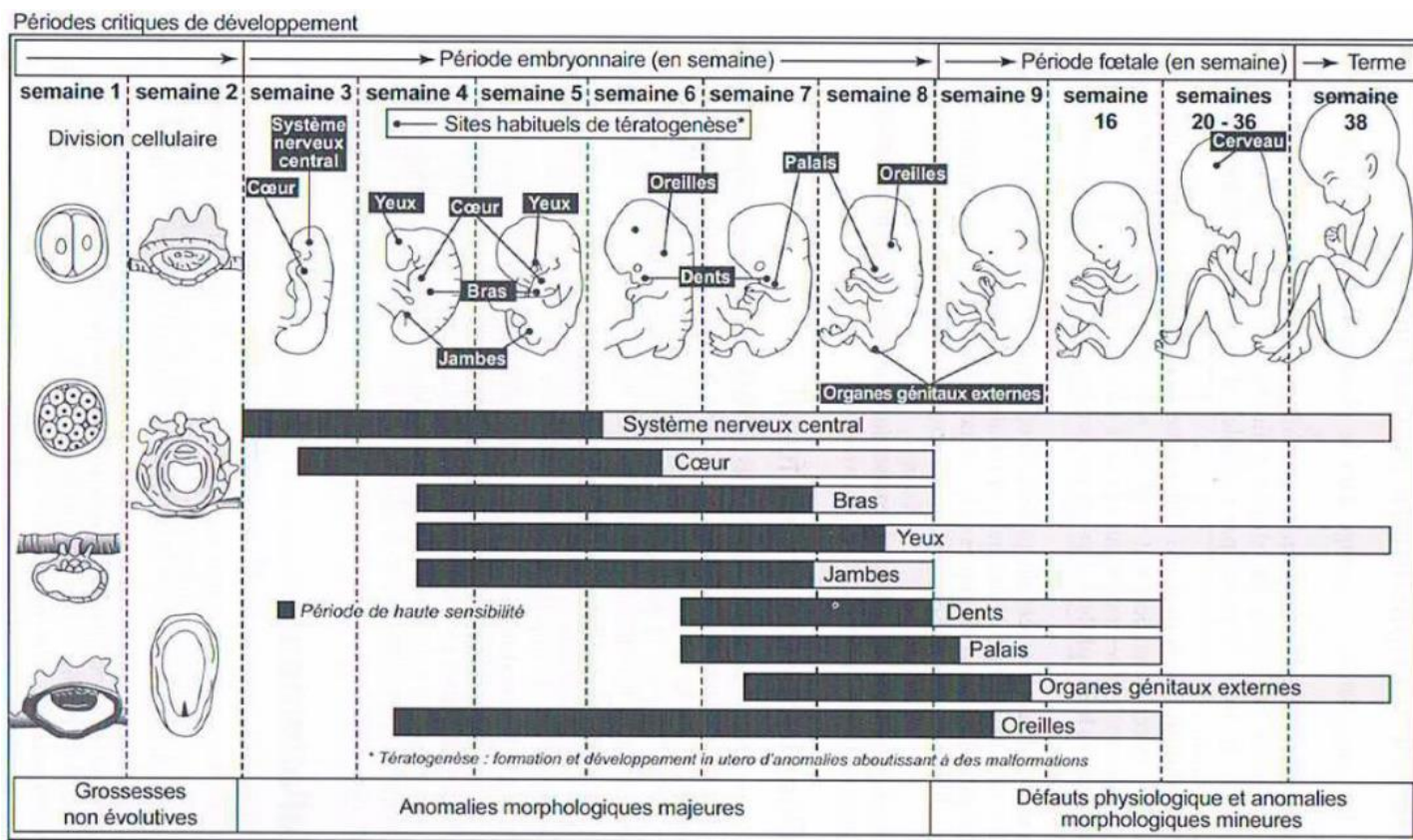
A l'issue de cette consultation, le professionnel de santé peut orienter la femme et/ou le couple vers une consultation plus spécifique en fonction des éléments soulevés, si celui-ci le souhaite.

2. Versant fœtal

C'est également en antéconceptionnel que la transmission des messages fondamentaux concernant le développement physique de l'embryon puis du fœtus doit se faire. Cette période est déterminante pour l'organogénèse et pour la santé future des enfants, ce qui est souvent méconnu des parents.

En effet, de très nombreuses molécules passent la barrière placentaire et ont, en plus des effets maternels souhaités, des effets sur l'embryon et plus tard le fœtus.

Trois phases différentes sont à considérer et le risque ainsi que les conséquences évoluent de façon importante au cours de ces trois phases (45).



Les périodes de développement. D'après Bayot D, Faron G. Pharmacologie pour les sages-femmes. 2ème édition. Deboeck;

2014.

La première phase est la phase pré-implantatoire. Elle s'étend de la fécondation de l'ovule par le spermatozoïde au 14^{ème} jour de grossesse. Pendant cette phase, on parle de « la loi du tout ou rien », les échanges sont minimes entre la mère et l'embryon. Pour les molécules nocives, il y a donc soit un passage entraînant un avortement spontané, soit une absence de passage et aucune séquelle résultante. Du 14^{ème} jour au 56^{ème} jour (de la deuxième à la huitième semaine de grossesse), s'étend la période embryonnaire. C'est pendant cette période que se mettent en place les organes et donc que le risque de malformation est maximal, c'est la phase dite tératogène. On peut citer principalement comme agent tératogène l'acide valproïque (cardiopathie, anomalie de fermeture du tube neural), le thalidomide (anomalie des membres) et l'isotrétinoïne (cardiopathie, atteinte du système nerveux central) entre autres (46).

Au 56^{ème} jour, débute la phase fœtale qui durera jusqu'à l'accouchement. Pendant cette période, les organes sont déjà en place. Le risque de malformation est donc beaucoup plus faible, néanmoins, c'est à ce moment que débute le développement, la maturation et la croissance des structures en place. Les différentes molécules agissent donc différemment mais peuvent avoir des répercussions importantes et être responsables d'anomalies. On peut citer notamment les anti inflammatoires non stéroïdiens (AINS),

qui causent une fermeture prématurée du canal artériel et une atteinte rénale, et les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (utilisé dans le traitement de l'HTA) qui peuvent causer une toxicité rénale et une hypoplasie des os de la voûte crânienne (46).

Ainsi, les effets dépendent du moment d'exposition et de la molécule. Certains traitements contre-indiqués en début de grossesse peuvent être utilisés en fin de grossesse et inversement.

Par conséquent il faut être très vigilant quant à la durée de vie des molécules. Certaines peuvent avoir une durée de vie très longue, et l'embryon ou le fœtus peut y être exposé alors que celles-ci ont été consommées en dehors de la période dite « à risque » (47).

Ces risques sont valables qu'ils s'agissent de médicaments ou de produits toxiques tels que les drogues. Il faut donc informer les couples des risques existants afin qu'ils puissent prendre toutes les précautions en connaissance de cause.

De nombreuses hypothèses ont également été formulées quant à la possibilité d'une origine fœtale à de nombreuses maladies de l'adulte telles que des maladies métaboliques (diabète et HTA entre autres). Cette hypothèse dite « de Barker » est fondée sur la possibilité que des perturbations du développement intra utérin (par des comportements maternels notamment) auraient des conséquences irréversibles, comme l'augmentation du risque de développer des pathologies métaboliques, voire psychiques (48). De nombreuses études animales ont corroboré cette éventualité. Ainsi, informer les couples limitera les comportements à risques et par conséquent les impacts in utero puis les conséquences chez l'adulte. Bien que les informations délivrées aux couples doivent concerner toute la grossesse, il faudra toutefois cibler la prévention sur la phase préconceptionnelle et la période embryonnaire.

B. Sur la santé mentale

1. Versant parental

Ce type de consultation permet de montrer aux couples qu'ils sont soutenus par l'équipe médicale pendant cette étape qui est si importante pour eux. Une attitude rassurante et adaptée de la part du professionnel de santé est à favoriser et confortera ainsi les couples dans la bienveillance portée par l'équipe médicale autour de leur projet (49).

Ils seront guidés par les professionnels et ne se sentiront pas livrés à eux-mêmes, et ce dès le début, avant même la concrétisation de ce désir de grossesse.

Il s'agira également d'un moment privilégié pour donner aux couples une plus grande confiance en eux, et plus largement, en l'équipe médicale. En effet, c'est une période où ils sont très souvent en proie aux doutes, aux inquiétudes, avec toujours en pensée le souci de bien faire. De ce fait, une attitude rassurante et un soutien du corps médical influenceront le vécu de la grossesse de diverses manières.

Cette période sera vécue de façon moins anxiogène s'ils ont reçu des informations éclairées et ont connaissance des principaux risques et comportements dangereux. Ils pourront ainsi adopter des gestes limitant certains impacts négatifs.

L'évocation de sujets de la vie quotidienne tels que la sexualité ou les activités sportives peut paraître inattendue, mais néanmoins montre aux couples que cette consultation n'est pas faite uniquement pour parler des risques. Elle aborde tous les éléments essentiels au bon vécu de la période préconceptionnelle et de la grossesse.

L'apprentissage de la parentalité est à évoquer si les couples en sont désireux et s'ils semblent inquiets à ce sujet.

2. Versant foetal

Au-delà du versant médical, cette consultation pourrait apporter beaucoup d'informations aux couples sur la santé globale des enfants. En prenant appui sur la définition de l'organisation mondiale de la santé (OMS) de 1946 : « La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », il semble que les informations à délivrer doivent aller plus loin que le développement embryofœtal et doivent également concerner le bien-être affectif et émotionnel du futur enfant (50).

Une perturbation du développement au cours de la vie intra utérine peut favoriser la constitution de certains troubles psychiques. De nombreuses études montrent que les enfants de mères plus anxieuses au cours de leur grossesse ont plus de risques de développer des problèmes comportementaux (51). Cette consultation, en fonction de la façon dont elle est menée, rassure les couples, les apaise, lève les craintes sur le déroulement de la future grossesse, et limite ainsi le stress causé par celle-ci (49). Un effet bénéfique sur le développement psychomoteur de l'enfant semble ainsi évident.

De plus, le milieu affectif dans lequel sera accueilli le nouveau-né est essentiel. C'est pour cette raison que le couple doit être préparé à cette arrivée qui va chambouler leur vie. L'enfant a besoin d'évoluer dans un milieu sécurisant, où les personnes qui l'entourent sont attentives et soutenantes. Ces éléments, accompagnés de l'éviction des violences et des comportements destructeurs favoriseront le développement psychomoteur de l'enfant.

C'est avant la grossesse que les couples doivent commencer à préparer un milieu favorable permettant l'épanouissement complet, physique, mental et social, d'un enfant, ce qui renforce l'importance de la réalisation d'une consultation préconceptionnelle.

V. Limites

De nombreux freins à la réalisation de ce type de consultation existent, tant du côté des professionnels de santé que du côté des patients.

Un manque de temps pour se consacrer à une consultation préconceptionnelle (52), ainsi qu'un manque de formation font partie des limites à la réalisation de cette consultation d'après des médecins généralistes (53). Pour pouvoir aborder tous les sujets cités ci-dessus au cours d'une consultation, celle-ci doit être longue. Se pose alors également la question de la valorisation du temps passé en termes de rémunération (la consultation préconceptionnelle ne disposant pas de cotation spécifique).

Du côté des patientes, il est probable que la méconnaissance de la population sur cette consultation soit un des principaux freins.

Dans certains cas, bien que les patientes aient consulté un professionnel de santé pouvant réaliser cette consultation avant leur grossesse, elles n'ont pas forcément exposé leur projet, soit par souhait, soit par crainte du regard du professionnel (52).

De plus, prendre la décision de concevoir est une étape clé dans la vie d'un couple. L'anxiété est donc très souvent présente, causée par la peur de l'échec, et la projection est difficile. Ce type de consultation peut amplifier l'état de stress en montrant aux couples la médicalisation et les risques associés à la grossesse. L'afflux conséquent d'informations peut être plus anxiogène que rassurant pour certains couples, qui peuvent se sentir confus et inquiets. Une adaptation des informations à la situation du couple ainsi qu'à ses antécédents est essentielle.

Enfin il semble intéressant de se demander si le contenu de cette consultation est adapté aux attentes des patientes. En effet, en fonction du type de professionnel médical et de sa formation, certains sujets risquent de ne pas être abordés.

Méthodologie

I. Problématique

Après avoir constaté que seul un faible nombre de femmes avait réalisé cette consultation alors que celle-ci comporte de nombreux bénéfices, notamment en termes de prévention primaire en santé publique ainsi qu'en termes de bien-être maternel et plus largement conjugal, il nous a semblé pertinent de réaliser un état des lieux global concernant cet entretien.

Une évaluation de la fréquence de réalisation de ce type de consultation auprès de femmes ainsi que de la connaissance des femmes sur celle-ci permet d'apporter des éléments de réponse à ce paradoxe. On peut se poser la question suivante : **qu'en est-il de la connaissance et de la participation des femmes à la consultation préconceptionnelle actuellement en région parisienne ?**

II. Objectifs et hypothèses

A. Objectifs de l'étude

L'objectif de l'étude est de faire un état des lieux des connaissances des femmes sur la consultation préconceptionnelle et d'en évaluer leur participation actuellement en région parisienne. Il y a deux critères de jugement principaux : le taux de femmes connaissant cette consultation et le taux de participation des femmes à celle-ci. Il sera alors pertinent de développer un outil permettant d'informer toutes les femmes de cette possibilité et de leur en exposer les bénéfices et le contenu.

B. Hypothèses de recherche

Les hypothèses sont les suivantes :

- moins de 50% des femmes en âge de procréer connaissent l'existence de la consultation préconceptionnelle ;
- moins de 30% des femmes participent à cette consultation ;
- plus de 50% des femmes souhaiteraient y participer.

III. Méthodologie de l'étude

A. Type d'étude et organisation

Afin de répondre à la problématique, nous avons réalisé une étude observationnelle, descriptive, transversale et multicentrique à l'aide d'un questionnaire au format papier, destiné à des femmes en âge de procréer ayant accouché en maternité parisienne. Il devra permettre d'évaluer la participation des femmes à cette consultation et de déterminer leurs connaissances à ce sujet.

Au préalable, le questionnaire a été testé auprès de 8 femmes répondant aux critères d'inclusion en septembre 2020. Les réponses et la compréhension des questions ont été analysées et ont permis d'en évaluer la pertinence et d'apporter quelques modifications.

Le questionnaire final comporte 28 questions portant sur :

- une présentation générale des femmes interrogées ;
- leurs connaissances générales concernant la consultation préconceptionnelle ;
- leur participation à cette consultation ;
- leur avis sur celle-ci.

B. Population

1. Population étudiée et critères d'inclusion

L'étude porte sur des femmes en âge de procréer, car il s'agit de la population directement concernée par la consultation préconceptionnelle.

Les critères d'inclusion à l'étude étaient :

- femme majeure en âge de procréer ;
- ayant accouché récemment ;
- grossesse désirée et spontanée ;
- étant hospitalisée en service de suites de couches ;
- parlant français ;
- pas d'autres critères spécifiques.

2. Recrutement de la population

Il était préférable de questionner des femmes venant juste d'accoucher et étant encore hospitalisées dans le service de suites de couches. Ces femmes sont en effet particulièrement sensibilisées au déroulement et au suivi de la grossesse et peuvent répondre facilement aux questions et émettre des suggestions sur les informations qu'elles auraient jugées utiles de recevoir lors de cette consultation (avant leur grossesse ou en tout début de grossesse, que ces informations concernent la grossesse, l'avant ou l'après-grossesse). Afin d'obtenir des résultats les plus significatifs possible et ainsi plus représentatifs de la population générale, nous avons interrogé des femmes sans distinction de milieux socio-culturels.

C. Lieux d'étude et durée

Nous avons choisi de réaliser l'étude dans différentes maternités de région parisienne. En effet, il y existe une grande diversité des populations et il paraît évident que le type de population dépend du lieu d'habitation. Ainsi, interroger les femmes dans des maternités de localisation variable permet d'avoir un échantillon plus représentatif de la population générale. J'ai donc distribué les questionnaires dans 13 maternités situées dans chaque département francilien.

Au vu du contexte sanitaire complexe au moment de la réalisation de l'enquête, il était impossible de se rendre à plusieurs reprises dans les hôpitaux concernés. Par conséquent, il a été décidé de distribuer le questionnaire aux femmes hospitalisées lors de mon passage dans la maternité et de les récupérer quelques heures après.

L'étude s'est déroulée du 1^{er} octobre 2020 au 31 janvier 2021 (soit un total de 4 mois).

D. Echantillon obtenu

Nous sommes parvenues à récupérer un total de 259 questionnaires, dont 255 exploitables.

E. Analyse des résultats

La saisie des données a été effectuée sur le logiciel Microsoft Excel (2018).

Afin d'évaluer la significativité des comparaisons effectuées, nous avons principalement utilisé le test du Chi² en fixant comme seuil de significativité une p-value inférieure à 0.05.

Résultats

I. Caractéristiques de la population étudiée

A. Généralités : Données socio-démographiques

259 femmes ont répondu au questionnaire. Ont été exclus de l'analyse 4 questionnaires dont les questions n'avaient pas été comprises et les réponses étaient inadaptées (*figure 1*).

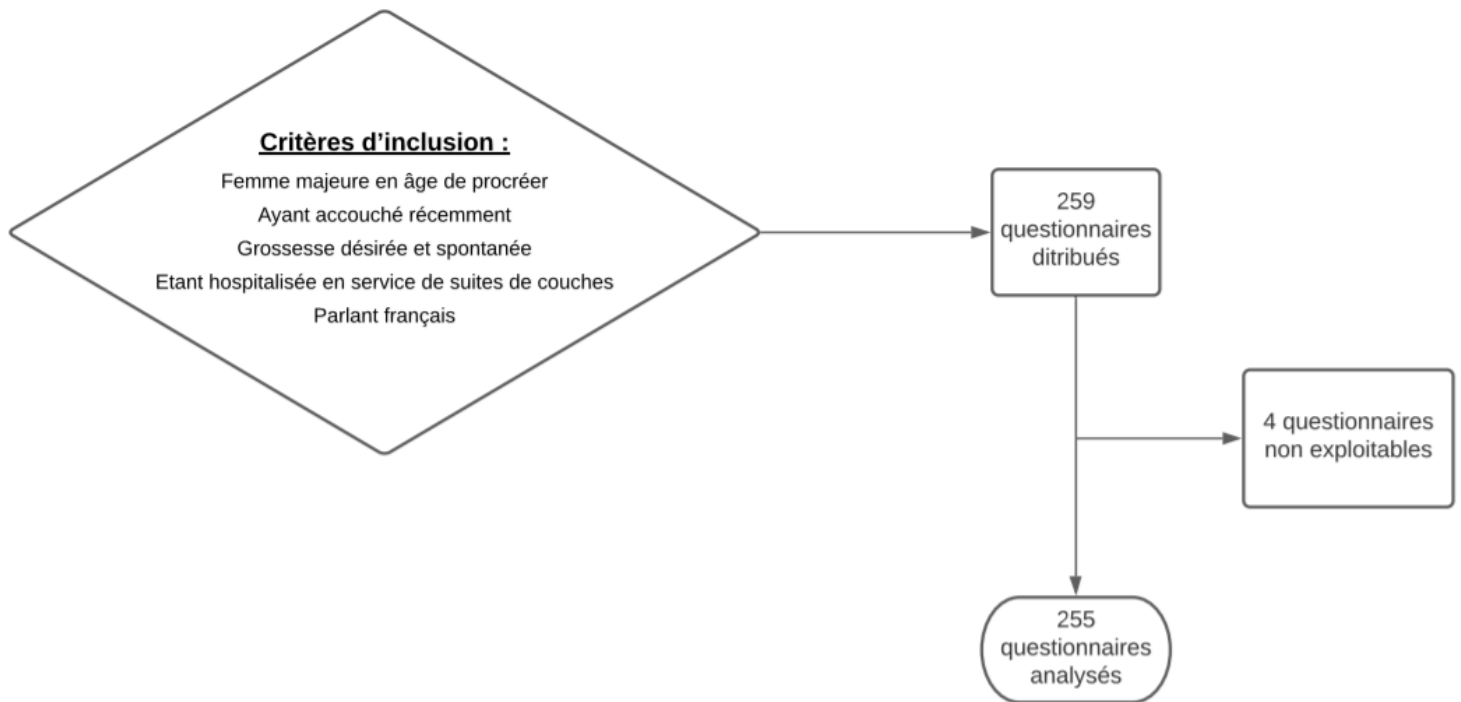


Figure 1 : Flow chart

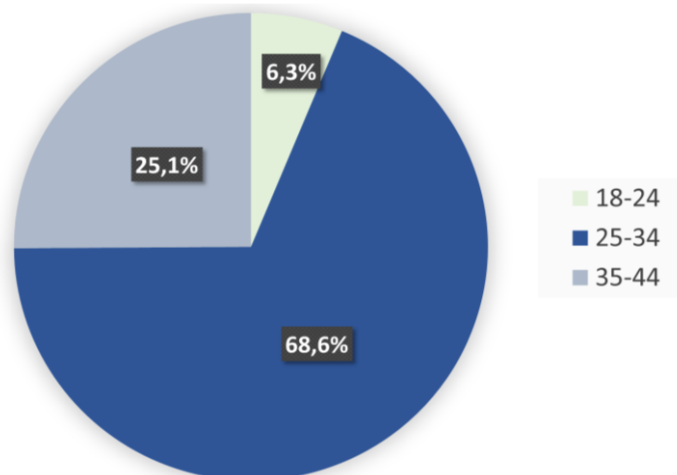


Figure 2 : Age des femmes interrogées

6,3% des femmes ayant participé à l'étude avaient entre 18 et 24 ans, 68,6% avaient entre 25 et 34 ans et 25,1% avaient entre 35 et 44 ans (*figure 2*).

Tableau I : Généralités socio-démographiques des femmes interrogées		N = 255
	n (pourcentage %)	
Origines		
- France métropolitaine	113 (44,3%)	
- Europe du Nord	7 (2,7%)	
- Asie	8 (3,1%)	
- Asie Mineure	1 (0,4%)	
- DROM	11 (4,3%)	
- Europe du Sud	16 (6,3%)	
- Afrique subsaharienne	53 (20,8%)	
- Maghreb	55 (21,6%)	
- Europe de l'est	14 (5,5%)	
- Autres	0	

Les femmes interrogées avaient des origines géographiques diverses et variées mais étaient majoritairement d'origine française (dans 44,3% des cas) (*tableau I*).

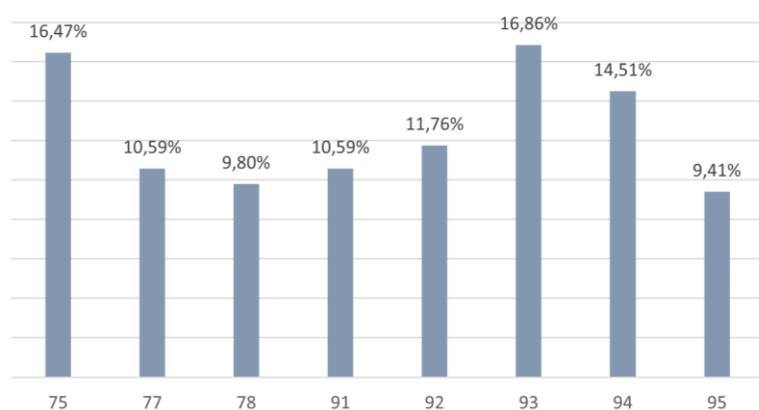


Figure 3 : Pourcentage de questionnaires obtenus en fonction du département de résidence des patientes interrogées

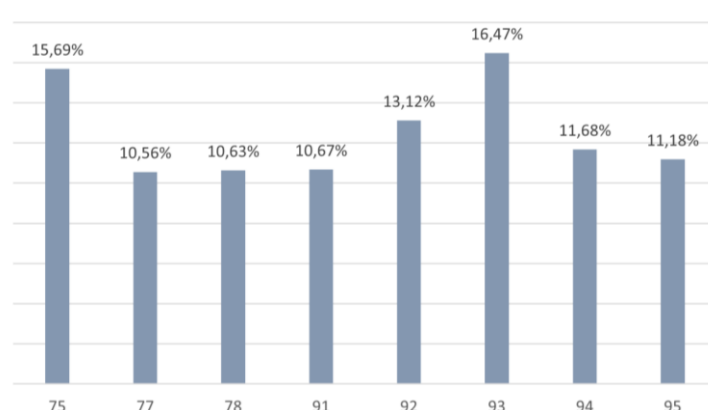


Figure 4 : Pourcentage de naissances annuelles dans chaque département francilien

Le nombre de femmes à interroger dans chaque maternité a été décidé en fonction du nombre de naissances ayant eu lieu dans chaque département sur l'année 2018. Cela a été réalisé afin d'obtenir un échantillon plus représentatif de la population francilienne (*figure 3 et 4*).

Tableau II : Gestité et parité des femmes interrogées		N = 255
		n (pourcentage %)
Gestité		
- Primigeste		94 (36,9%)
- Multigeste		161 (63,1%)
Parité		
- Primipare		126 (49,4%)
- Multipare		129 (50,6%)
Pathologie préexistante à la grossesse		
- Oui		37 (14,5%)
- Non		218 (85,5%)

36,9% des femmes interrogées étaient primigestes contre 63,1% de multigestes (*tableau II*).

En termes de parité, 49,4% des femmes étaient des primipares. Seulement 14,5% des femmes interrogées présentaient une pathologie préexistante à la grossesse (*tableau II*).

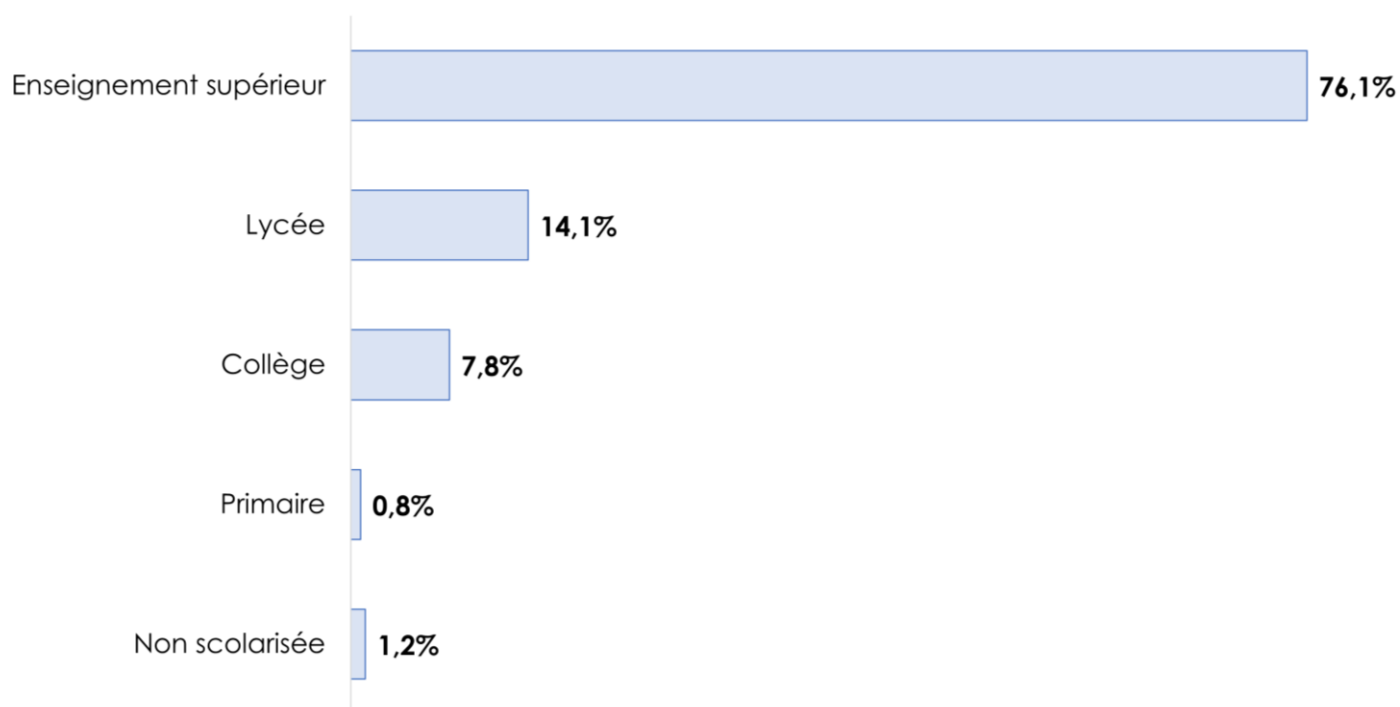


Figure 5 : Niveau d'étude des femmes interrogées

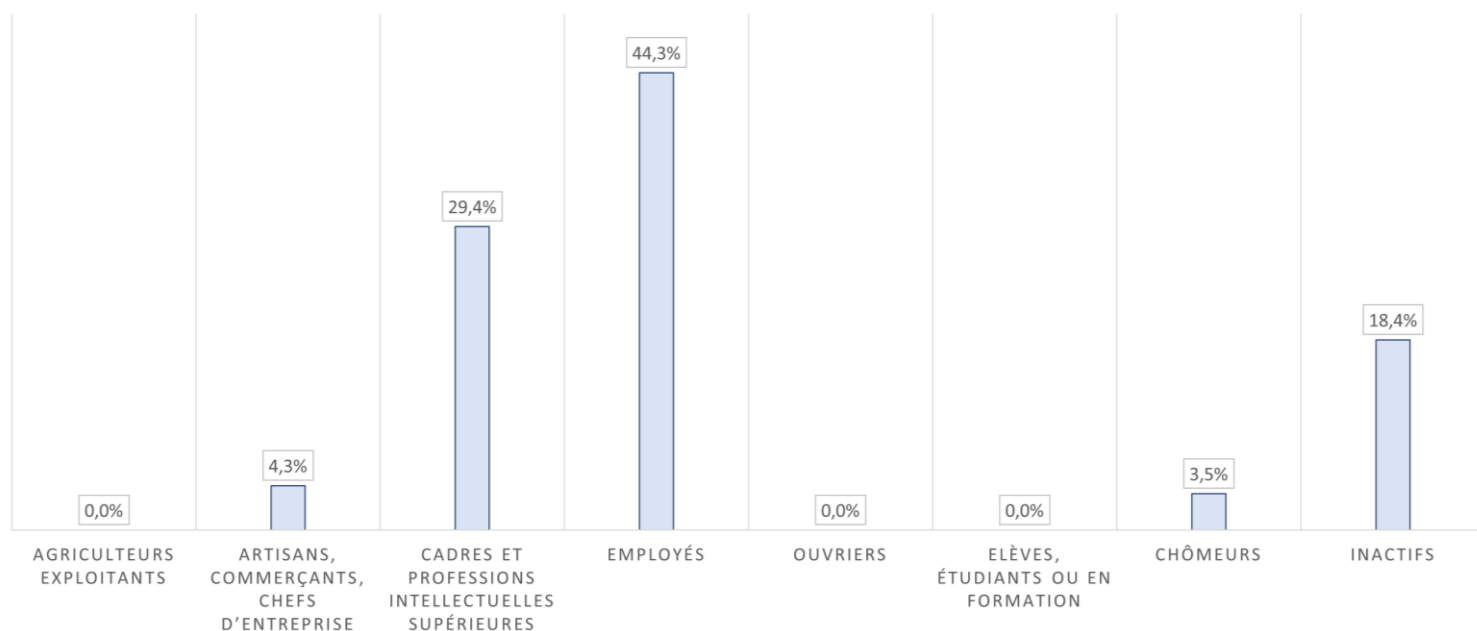


Figure 6 : Catégorie socio-professionnelle des femmes interrogées

En ce qui concerne le niveau d'étude et la catégorie socio-professionnelle, l'échantillon présente une certaine diversité. Une grande majorité des femmes avait fait des études supérieures (76,1%) (*figure 5*) et la plupart d'entre elles étaient employées (44,3%) ou appartenaient à la catégorie de cadre et professions intellectuelles supérieures (29,4%) (*figure 6*).

Tableau III : Caractéristiques de la grossesse actuelle		N = 255
		n (pourcentage %)
Grossesse planifiée		
- Oui		170 (66,7%)
- Non		85 (33,3%)
Grossesse spontanée		
- Oui		241 (94,5%)
- Non		14 (5,5%)

66,7% des femmes interrogées ont déclaré avoir planifié leur grossesse et 94,5% des femmes ont déclaré avoir obtenu spontanément leur grossesse (*tableau III*).

B. Données concernant la consultation préconceptionnelle

Tableau IV : Concernant la consultation préconceptionnelle N = 255	
	n (pourcentage %)
Femmes connaissant les recommandations de consultation préconceptionnelle	
- Oui	82 (32,2%)
- Non	173 (67,8%)
Participation des femmes à cette CPC	
- Oui	61 (23,9%)
- Non	194 (76,1%)
Connaissance de l'intitulé	
- Oui	23 (9,0%)
- Non	232 (91,0%)

Concernant la consultation préconceptionnelle, 32,2% des femmes ont déclaré connaître les recommandations, mais seulement 23,9% y ont participé. L'intitulé quant à lui n'était connu par les femmes que dans 9% des cas (*tableau IV*).

Dans la suite nous nous intéresserons plus spécifiquement aux connaissances des femmes concernant cette consultation et à la participation des femmes à celle-ci.

II. Connaissances des recommandations par les femmes

A. Femmes connaissant les recommandations

32,2% des femmes (soit 82 femmes) interrogées ont déclaré avoir connaissance des recommandations encadrant la réalisation d'une consultation préconceptionnelle.

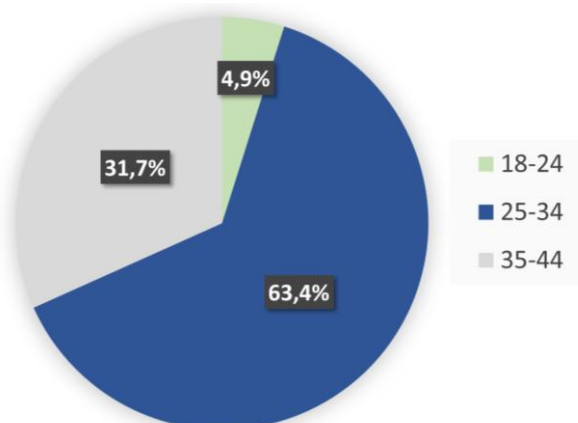


Figure 7 : Age des femmes connaissant les recommandations

Les femmes connaissant les recommandations avaient majoritairement entre 25 et 34 ans (63,4%), 4,9% avaient entre 18 et 24 ans, et 31,7% avaient entre 35 et 44 ans (*figure 7*).

Tableau V : Généralités socio-démographiques des femmes connaissant les recommandations		N = 82
		n (pourcentage %)
Origines		
- France métropolitaine		41 (50,0%)
- Europe du Nord		1 (1,2%)
- Asie		3 (3,7%)
- Asie Mineure		0
- DROM		4 (4,9%)
- Europe du Sud		6 (7,3%)
- Afrique subsaharienne		13 (15,9%)
- Maghreb		18 (22,0%)
- Europe de l'est		4 (4,9%)
- Autres		0
Parité		
- Primipare		37 (45,1%)
- Multipare		45 (54,9%)
Pathologie préexistante		
- Oui		16 (19,5%)
- Non		66 (80,5%)

50,0% des femmes étaient d'origine française, 22,0% étaient originaires du Maghreb et 15,9% originaires d'Afrique subsaharienne. La majorité d'entre elles (64,9%) était multipare (*tableau V*).

En ce qui concerne le niveau d'étude et la catégorie socio-professionnelle des femmes incluses, 78,0% des femmes avaient un niveau d'étude supérieur au baccalauréat et les 22,0% restantes avaient un niveau d'étude supérieur au collège.

48,8% des femmes étaient employées, 29,3% appartenaient à la catégorie de cadres et professions intellectuelles supérieures et 15,9% d'entre elles étaient inactives.

Seules 19,5% des femmes ayant une pathologie préexistante savaient qu'il était recommandé de consulter un professionnel de santé en prévision d'une grossesse.

Tableau VI : Participation des femmes		N = 82
		n (pourcentage %)
Participation en cas de connaissances		
- Oui		41 (50%)
- Non		41 (50%)

Dans la population de femmes connaissant les recommandations, seulement 1 femme sur 2 a consulté en préconceptionnel (*tableau VI*).

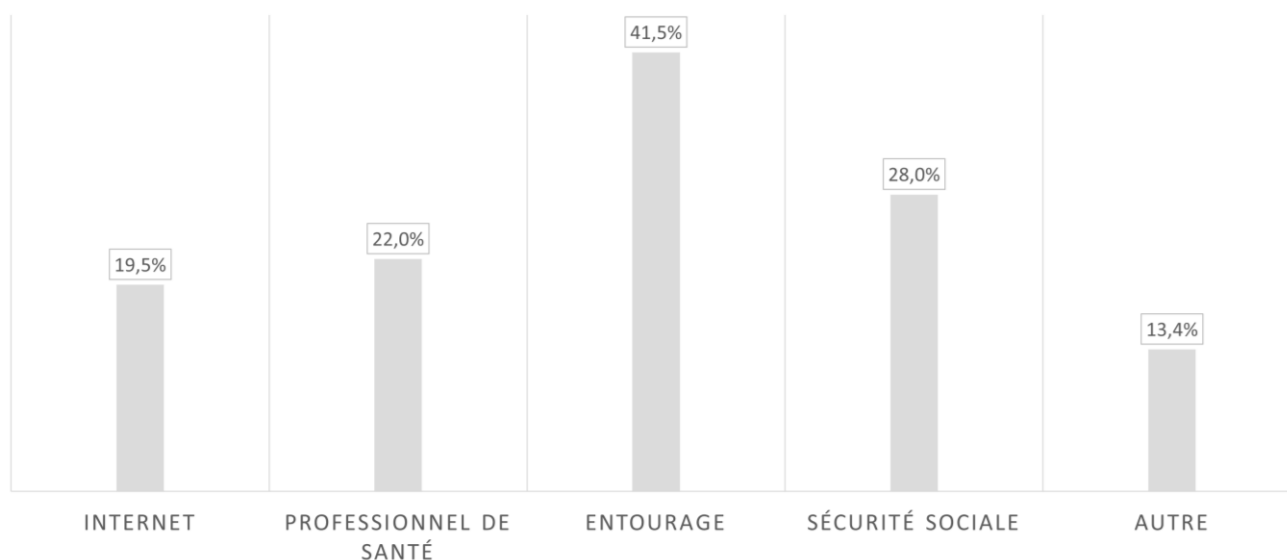


Figure 8 : Moyens par lesquels les femmes ont pris connaissance des recommandations concernant la réalisation d'une consultation en prévision d'une grossesse

La majorité des femmes a pris connaissance des recommandations grâce à leur entourage (41,5%). La sécurité sociale arrive en seconde position avec 28,0% et les professionnels de santé et internet suivent avec respectivement 22,0% et 19,5% (*figure 8*).

B. Femmes ne connaissant pas les recommandations

67,8% des femmes (soit 173 femmes) interrogées ont déclaré ne pas avoir connaissance des recommandations encadrant la réalisation d'une consultation préconceptionnelle.

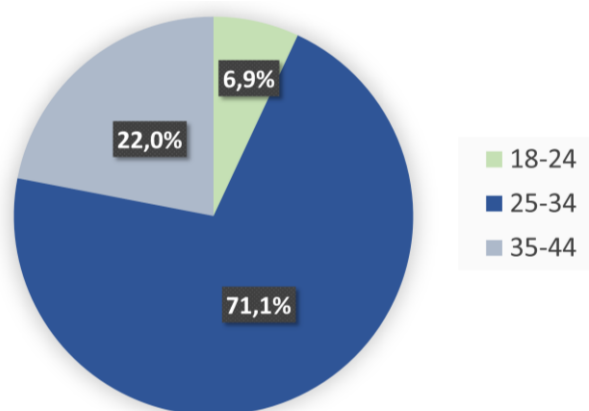


Figure 9 : Age des femmes ne connaissant pas les recommandations

Concernant les femmes n'ayant pas participé, 6,9% avaient entre 18 et 24 ans, 71,1% des femmes avaient entre 25 et 34 ans, 22,0% avaient entre 35 et 44 ans (figure 9).

Tableau VII : Généralités socio-démographiques des femmes ne connaissant pas les recommandations		N = 173
		n (pourcentage %)
Origines		
- France métropolitaine		72 (41,6%)
- Europe du Nord		6 (3,5%)
- Asie		5 (2,9%)
- Asie Mineure		1 (0,6%)
- DROM		7 (4,0%)
- Europe du Sud		10 (5,8%)
- Afrique subsaharienne		40 (23,1%)
- Maghreb		37 (21,4%)
- Europe de l'est		10 (5,8%)
- Autres		0
Parité		
- Primipare		89 (51,4%)
- Multipare		84 (48,6%)
Pathologie préexistante		
- Oui		21 (12,1%)
- Non		152 (87,9%)

41,6% des participantes ont déclaré être d'origine française, 23,1% étaient originaires d'Afrique Subsaharienne, 21,4% étaient originaires du Maghreb.

51,4% étaient primipares au moment de l'enquête. Seulement 12,7% des femmes ont déclaré avoir une pathologie préexistante (*tableau VII*).

En ce qui concerne le niveau d'étude et la catégorie socio-professionnelle, 75,1% des femmes avaient un niveau d'étude supérieur au baccalauréat, 12,7% avaient un niveau d'étude équivalent au lycée, et 12,1% des femmes avaient un niveau d'étude inférieur ou égal au collège.

42,2% des femmes étaient employées, 29,5% des femmes appartenaient à la catégorie de cadre et de professions intellectuelles supérieures et 19,7% des femmes étaient inactives.

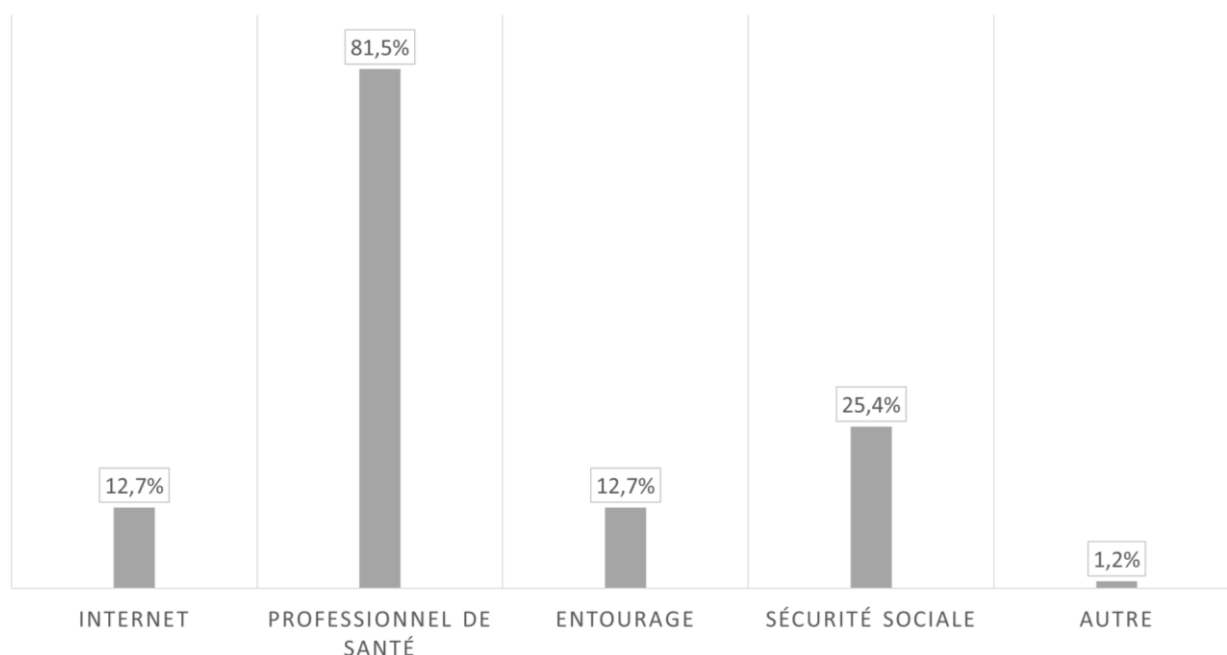


Figure 10 : Moyens par lesquels les femmes auraient aimé prendre connaissance des recommandations concernant la réalisation d'une consultation en prévision d'une grossesse

Parmi les femmes qui ne connaissaient pas les recommandations, 81,5% d'entre elles auraient aimé prendre connaissance des recommandations par un professionnel de santé, jugeant qu'il s'agit de la personne la plus à même d'apporter des informations fiables. 25,4% des femmes trouvent également que recevoir l'information par la sécurité sociale serait un bon moyen pour prendre connaissance des recommandations (*figure 10*).

Tableau VIII : Grossesse planifiée		N = 170
		n (pourcentage %)
Connaissance des recommandations		
- Oui		63 (37,1%)
- Non		107 (62,9%)

En cas de grossesse planifiée, 37,1% des femmes avaient connaissance des recommandations (*tableau VIII*).

Dans la suite nous nous intéresserons à la participation à cette consultation.

III. Participation des femmes à une consultation préconceptionnelle

A. Femmes ayant participé

61 femmes ont déclaré avoir participé à une consultation préconceptionnelle, soit 23,9% des femmes interrogées.

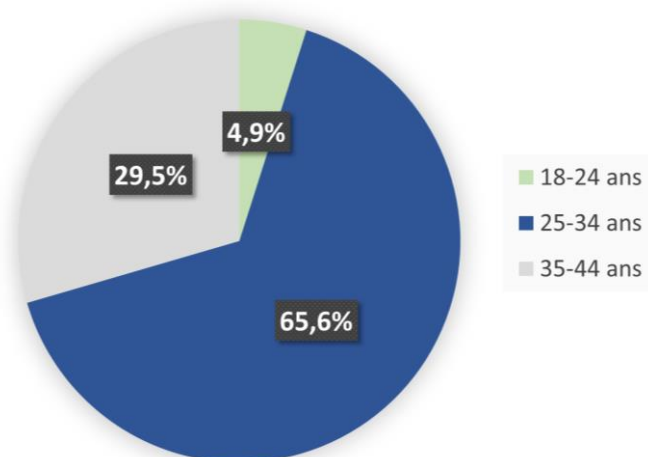


Figure 11 : Age des femmes ayant participé

Parmi elles, 4,9% des femmes avaient entre 18 et 24 ans, 65,6% avaient entre 25 et 34 ans et 29,5% avaient entre 35 et 44 ans (figure 11).

Tableau IX : Généralités socio-démographiques des femmes ayant participé		N = 61
		n (pourcentage %)
Origines		
- France métropolitaine		33 (54,1%)
- Europe du Nord		1 (1,6%)
- Asie		2 (3,3%)
- Asie Mineure		0
- DROM		3 (4,9%)
- Europe du Sud		5 (8,2%)
- Afrique subsaharienne		9 (14,8%)
- Maghreb		12 (19,7%)
- Europe de l'est		3 (4,9%)
- Autres		0
Parité		
- Primipare		37 (60,7%)
- Multipare		24 (39,3%)
Pathologie préexistante		
- Oui		14 (23,0%)
- Non		47 (77,0%)

23,9% des femmes interrogées ont déclaré avoir participé. Une grande majorité avait entre 25 et 34 ans. 60,7% des femmes ayant participé étaient des primipares (donc nullipares au moment de la participation à la consultation préconceptionnelle). 23,0% d'entre elles n'avaient pas de pathologie préexistante.

54,1% des femmes ayant participé étaient d'origine française, 19,7% étaient originaires du Maghreb et 14,8% étaient originaires d'Afrique subsaharienne (*tableau IX*).

Toutes les femmes ayant participé avaient un niveau d'étude supérieur ou égal au collège. 86,9% d'entre elles avaient un niveau d'étude supérieur au baccalauréat, 8,2% avait un niveau d'étude équivalent au lycée et 4,9% équivalent au collège. 85,2% appartenaient à la catégorie socio-professionnelle d'employées ou de cadre ou professions intellectuelles supérieures.

Tableau X : Caractéristiques de la consultation		N = 61
		n (pourcentage %)
Motif premier de la consultation		
- Exposition du projet de grossesse		21 (34,4%)
- Connaissance des recommandations		9 (14,8%)
- Façon fortuite (consultation pour un autre motif)		27 (44,3%)
- Suivi d'une pathologie particulière		2 (3,3%)
- Autre		5 (8,2%)
Moment de la consultation		
- Arrêt de contraception		23 (37,7%)
- Début du souhait de grossesse		29 (47,5%)
- Rencontre de difficultés pour concevoir		9 (14,8%)
Présence du conjoint		
- Oui		15 (24,6%)
- Non		46 (75,4%)

En ce qui concerne les caractéristiques générales de la consultation, la plupart des femmes, soit 44,3%, ont consulté de façon fortuite (elles avaient consulté pour un autre motif et ont pu exposer leur projet de grossesse par la même occasion) et 34,4% ont consulté dans le but d'exposer leur projet de grossesse. Seulement 14,8% des femmes ont participé car elles savaient qu'il s'agissait d'une consultation recommandée (*tableau X*). 3,3% des femmes ont consulté dans le cadre du suivi d'une pathologie particulière (diabète et épilepsie).

47,5% des femmes ont déclaré avoir participé au début du souhait de grossesse, 37,7% ont consulté au moment de l'arrêt de leur contraception et 14,8% d'entre elles ont évoqué avoir participé car elles rencontraient des difficultés pour concevoir (*tableau X*).

Bien qu'il s'agisse d'une consultation recommandée pour le couple, seulement 24,6% des conjoints étaient présents à la consultation (*tableau X*).

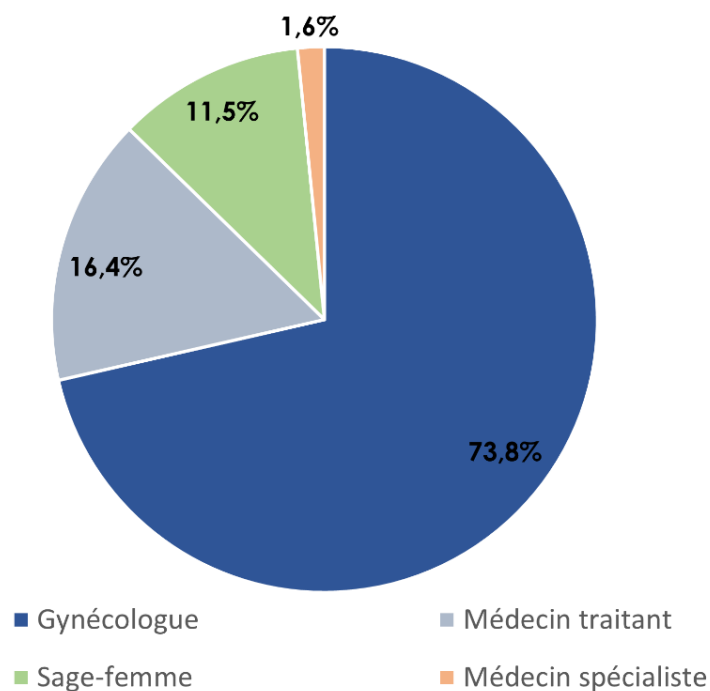


Figure 12 : Professionnel consulté

73,8% des femmes ayant participé à une consultation préconceptionnelle ont déclaré avoir consulté un gynécologue, 16,4% un médecin traitant et seulement 11,5% ont consulté une sage-femme (*figure 12*).

Tableau XI : Contenu de la consultation		N = 61
		n (pourcentage %)
Réponse aux questions et aux attentes des femmes		
- Oui		58 (95,1%)
- Non		3 (4,9%)
Utilité de la consultation		
- Oui		59 (96,7%)
- Non		2 (3,3%)

95,1% des femmes ont déclaré que la consultation avait répondu à toutes leurs interrogations et 96,7% des femmes ont jugé l'entretien utile (*tableau XI*).

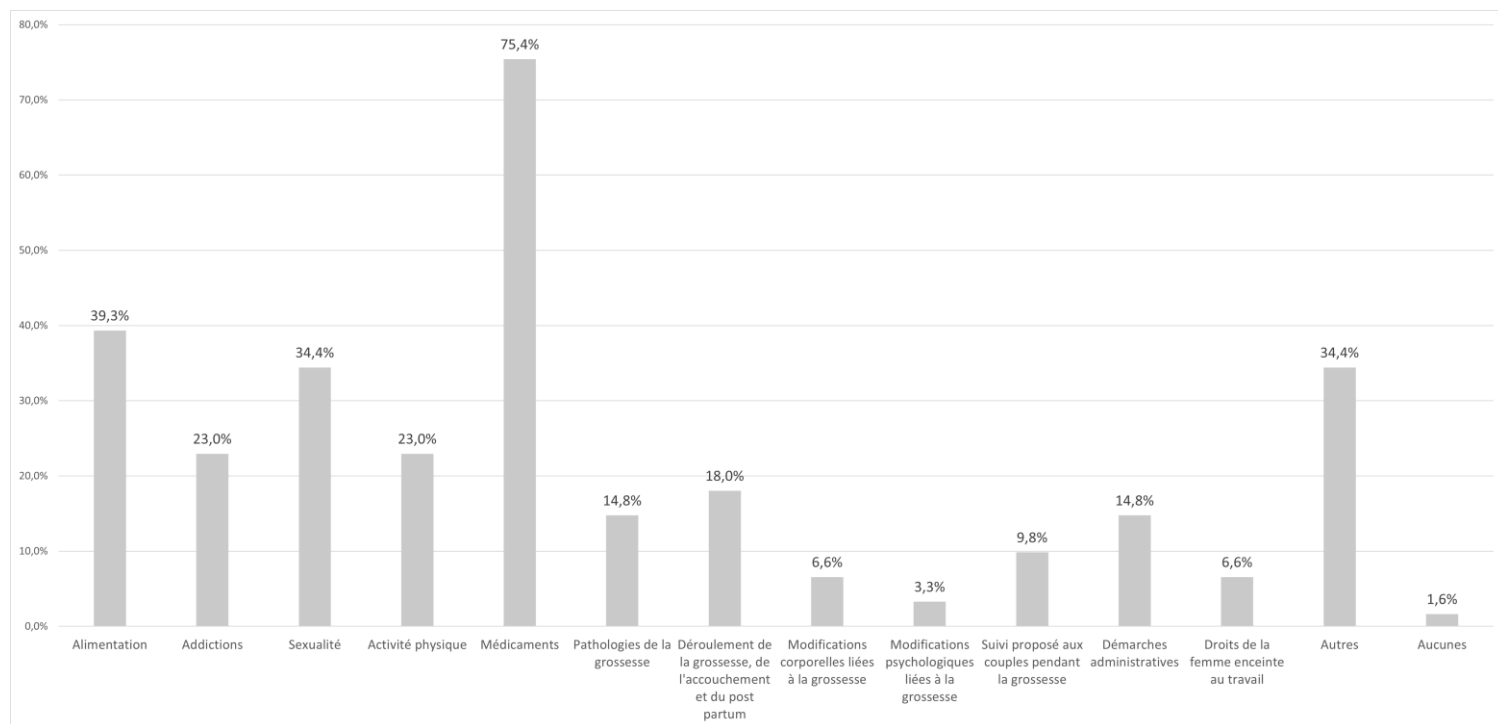


Figure 13 : Informations reçues par les femmes au cours de l'entretien

Concernant le contenu de l'entretien, les femmes ont déclaré avoir reçu de nombreuses informations concernant notamment les médicaments (75,4%), l'alimentation (39,3%) et la sexualité (34,4%) (figure 13).

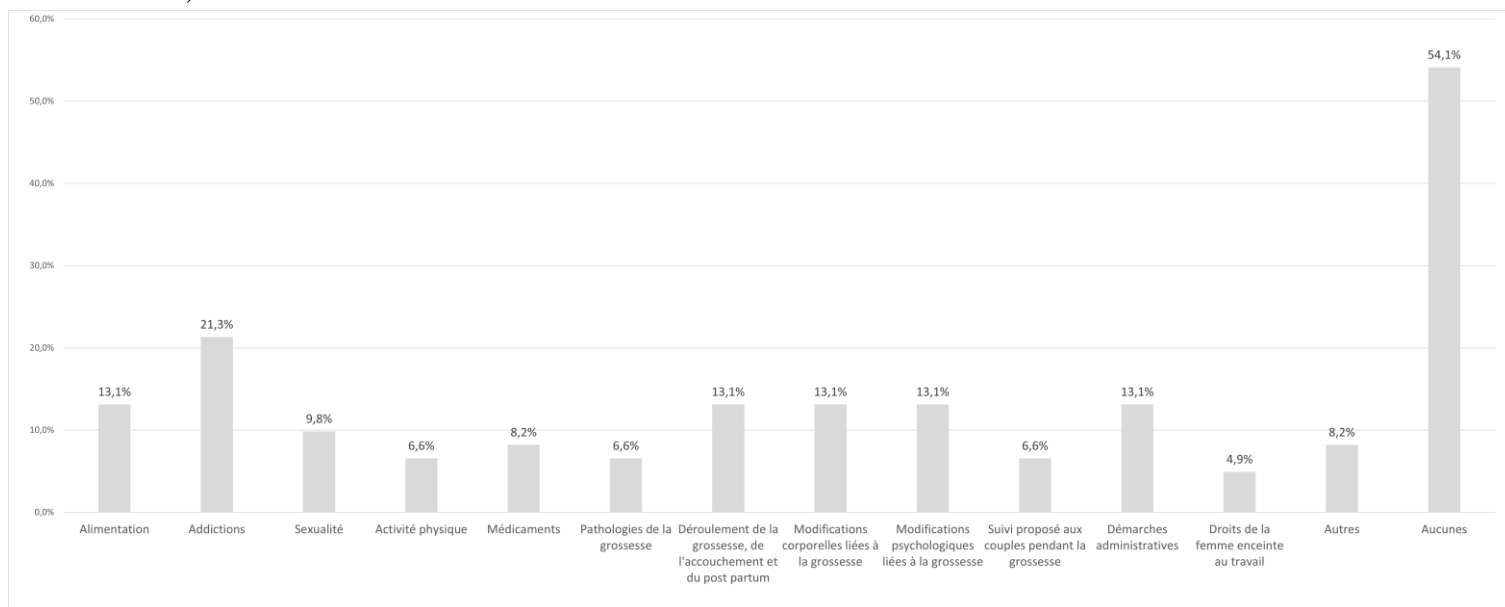


Figure 14 : Informations supplémentaires que les femmes auraient aimé recevoir au cours de l'entretien

54,1% des femmes ne souhaitent pas recevoir plus d'informations que celles reçues aux cours de l'entretien (figure 14).

Tableau XII : Connaissance des recommandations dans la population ayant participé		N = 61
		n (pourcentage %)
Connaissance des recommandations		
- Oui		41 (67,2%)
- Non		20 (32,8%)

Sur les 61 femmes ayant participé à une consultation préconceptionnelle, 41 avaient connaissance des recommandations, soit 67,2% (*tableau XII*).

Tableau XIII : Grossesse planifiée dans la population ayant participé		N = 170
		n (pourcentage %)
Participation à la consultation		
- Oui		57 (33,5%)
- Non		113 (66,5%)

En cas de grossesse planifiée, 33,5% des femmes ont participé à une consultation préconceptionnelle (*tableau XIII*).

B. Femmes n'ayant pas participé

76,1% des femmes (soit 194 femmes) interrogées ont déclaré ne pas avoir participé à une consultation préconceptionnelle.

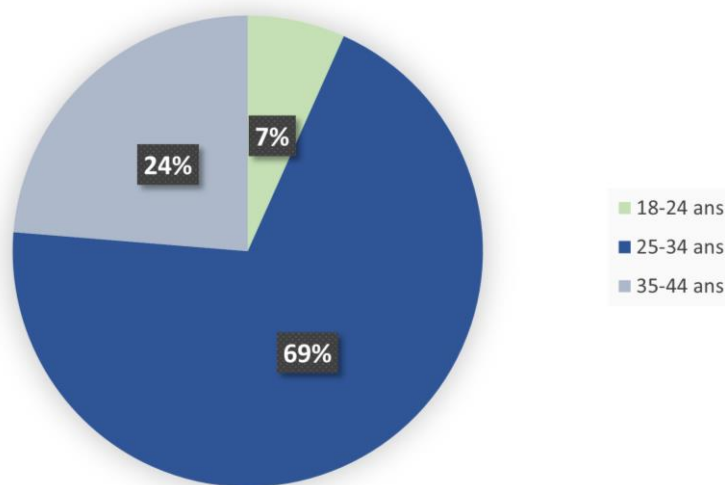


Figure 15 : Age des femmes n'ayant pas participé

6,7% d'entre elles avaient entre 18 et 24 ans, 69,6% avaient entre 25 et 34 ans et 23,7% avaient entre 35 et 44 ans (figure 15).

Tableau XIV : Généralités socio-démographiques des femmes n'ayant pas participé		N = 194
		n (pourcentage %)
Origines		
- France métropolitaine		80 (41,2%)
- Europe du Nord		6 (3,1%)
- Asie		6 (3,1%)
- Asie Mineure		1 (0,5%)
- DROM		8 (4,1%)
- Europe du Sud		11 (5,7%)
- Afrique subsaharienne		44 (22,7%)
- Maghreb		43 (22,1%)
- Europe de l'est		11 (5,7%)
- Autres		0
Parité		
- Primipare		89 (45,8%)
- Multipare		105 (54,2%)
Pathologie préexistante à la grossesse		
- Oui		23 (11,9%)
- Non		171 (88,1%)

41,2% étaient d'origine française, 22,7% étaient originaires d'Afrique Subsaharienne, 22,1% étaient originaires du Maghreb.

45,8% étaient primipares au moment de l'enquête et 11,9% d'entre elles présentaient une pathologie préexistante à la grossesse (*tableau XIV*).

En ce qui concerne le niveau d'étude et la catégorie socio-professionnelle, 72,7% des femmes avaient un niveau d'étude supérieur au baccalauréat, 16,0% avaient un niveau d'étude équivalent au lycée, et 11,3% des femmes avaient un niveau d'étude inférieur ou égal au collège. 42,3% des femmes étaient employées, 27,8% des femmes appartenaient à la catégorie de cadre et de professions intellectuelles supérieures et 21,6% des femmes étaient inactives.

Tableau XV : Généralités concernant la non-participation des femmes		N = 194
		n (pourcentage %)
Motif de non-consultation		
- Ne connaissait pas		137 (70,6%)
- Ne souhaitait pas		47 (24,2%)
- Grossesse non planifiée		66 (34,0%)
- Autres		6 (3,1%)
Auraient-elles aimé participer ?		
- Oui		123 (63,4%)
- Non		71 (36,6%)

Concernant les motifs de non-consultation, 70,6% des femmes ont déclaré ne pas avoir participé car elles ne connaissaient pas l'existence des recommandations et 24,2% d'entre elles n'ont pas participé car elles ne le souhaitaient pas (*tableau XV*).

On peut noter dans les raisons ayant motivé le souhait de ne pas participer :

- des connaissances jugées suffisantes autour de la grossesse et de la parentalité (soit par leur métier, soit par leurs expériences précédentes) ;
- une envie de ne pas médicaliser le projet de grossesse et la grossesse ;
- une association de ce type de consultation plutôt à un parcours de PMA (procréation médicalement assistée). Les femmes ne se sentaient donc pas concernées.

63,4% des femmes n'ayant pas consulté en préconceptionnelle ont déclaré qu'elles auraient aimé y participer. Les 36,6% qui n'auraient pas aimé y participer ont évoqué des raisons similaires à celles n'ayant pas participé par souhait (expériences précédentes, souhait de ne pas médicaliser la grossesse, etc.).

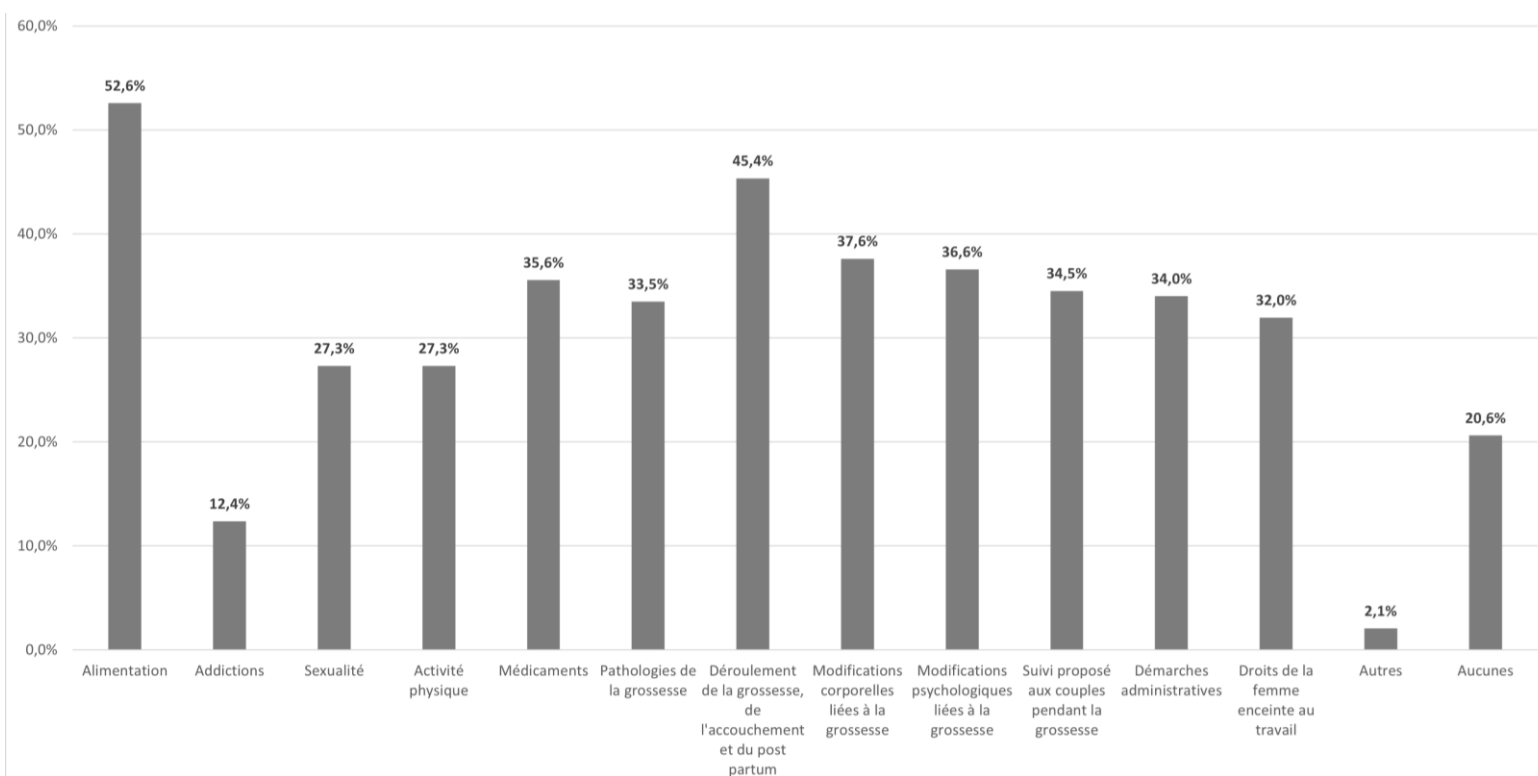


Figure 16 : Informations que les femmes auraient aimé recevoir au cours d'un tel entretien

Les thèmes qu'elles auraient souhaité aborder au cours d'un tel entretien sont très divers. On note majoritairement un souhait d'informations concernant l'alimentation (dans 52,6% des cas) et le déroulement de la grossesse, de l'accouchement et du post partum (dans 45,4% des cas) (figure 16).

Les tableaux XVI et XVII ci-dessous exposent la p-value permettant de déterminer si les différences sont significatives, et donc si les facteurs comparés influencent la connaissance et la participation.

Tableau XVI : Connaissance des recommandations en fonction de différents facteurs			
Population N = 255	Connaissant N = 82 n (pourcentage %)	Ne connaissant pas N = 173 n (pourcentage %)	p-value
Parité			
- Primipare (N = 126)	37 (29,4%)	89 (70,6%)	0,35 (NS)
- Multipare (N = 129)	45 (34,9%)	84 (65,1%)	
Origine			
- Française (N = 113)	41 (36,3%)	72 (63,7%)	0,23 (NS)
- Autre (N = 142)	41 (28,9%)	101 (71,1%)	
Pathologie préexistante			
- Oui (N = 37)	16 (43,2%)	21 (56,8%)	0,12 (NS)
- Non (N = 218)	66 (30,2%)	152 (69,8%)	
Niveau d'étude			
- Enseignement supérieur (N = 194)	64 (33,0%)	130 (77,0%)	0,61 (NS)
- < Enseignement supérieur (N = 61)	18 (29,5%)	43 (71,5%)	
Type de grossesse			
- Prévues (N = 170)	62 (36,5%)	108 (63,5%)	0,04
- Non prévues (N = 85)	20 (23,5%)	65 (76,5%)	

Tableau XVII : Participation à la consultation en fonction de différents facteurs			
Population N = 255	Participé N = 61 n (pourcentage %)	Pas participé N = 194 n (pourcentage %)	p-value
Parité			
- Primipare (N = 126)	37 (29,4%)	89 (70,6%)	0,04
- Multipare (N = 129)	24 (18,6%)	105 (81,4%)	
Origine			
- Française (N = 113)	33 (29,2%)	80 (70,8%)	0,08 (NS)
- Autre (N = 142)	28 (19,7%)	114 (80,3%)	
Pathologie préexistante			
- Oui (N = 37)	14 (37,8%)	23 (62,2%)	0,03
- Non (N = 218)	47 (21,6%)	171 (78,4%)	
Niveau d'étude			
- Enseignement supérieur (N = 194)	53 (27,3%)	141 (72,7%)	0,02
- < Enseignement supérieur (N = 61)	8 (13,1%)	53 (86,9%)	
Connaissance			
- Oui (N = 82)	41 (50%)	41 (50%)	< 0,01
- Non (N = 173)	20 (11,6%)	153 (88,4%)	

Analyse & Discussion

I. Limites de l'étude

A. Points forts

Le caractère anonyme de l'enquête nous a permis d'obtenir un nombre important de réponses rendant les résultats significatifs.

De plus, les questionnaires ont été distribués dans un grand nombre de maternités différentes (total de 13 maternités). Cela a permis l'obtention d'un échantillon large et limitant les biais liés à la localisation, aux pratiques des professionnels de santé locaux et au type de population fréquentant chaque structure.

Les questionnaires ont été distribués en main propre aux femmes. Par conséquent, nous avons pu leur expliquer qu'il n'y avait pas de bonnes réponses à donner et qu'il était important qu'elles répondent sincèrement car l'objectif de l'étude était de faire un état des lieux de leurs connaissances réelles.

B. Points faibles

Nous avons également mis en évidence différents biais :

- Biais liés au recrutement : l'exclusion des patientes ne parlant pas français constitue un biais dans la mesure où il s'agit d'une part significative de la population résidant et accouchant en Île de France.
- Biais de sélection : Toutes les maternités d'Île de France n'ont pas été incluses dans l'enquête afin de faciliter la réalisation de celle-ci. Aucune maternité privée n'a été incluse.
- Biais de mémoire : Pour les femmes ayant participé à la consultation préconceptionnelle, les questions posées concernaient le déroulement de celle-ci, faisant donc appel à leurs souvenirs (plusieurs mois s'étaient écoulés entre la consultation et la distribution du questionnaire).
- Biais liés à la distribution : Au vu de la situation sanitaire, les déplacements sur les différentes maternités incluses devaient être limités. Pour répondre aux restrictions liées à la pandémie, les questionnaires étaient donnés en main propre aux patientes et récupérés quelques heures après. Cela a donc impliqué que lors de la récupération des questionnaires les femmes ont pu poser les questions qu'elles voulaient concernant leurs incompréhensions et modifier leurs réponses en conséquence.

En outre, bien que le taux de réponse soit important, il reste faible en comparaison avec la population d'Île de France et limite la puissance de l'étude.

Enfin, l'enquête a porté sur les femmes, puisque ce sont elles qui sont au cœur de la grossesse, mais il aurait été pertinent d'interroger également les hommes. En effet, cette consultation s'adresse au couple ayant le projet de grossesse et non pas seulement à la femme. Cela aurait permis d'apporter une dimension supplémentaire à l'étude.

II. Représentativité de la population de l'étude par rapport à la population générale

Nous avons comparé la population de l'étude à la population de l'Enquête Nationale Périnatale (ENP) et à la population générale française.

Dans notre enquête, la population avait majoritairement entre 25 et 34 ans (dans 68,6% des cas), ce qui est comparable aux caractéristiques des femmes recueillies lors de l'ENP de 2016, au cours de laquelle elles avaient également majoritairement entre 25 et 34 ans (dans 64,7% des cas). Il s'agit en effet de la tranche d'âge dans laquelle se trouve l'âge moyen des femmes au premier enfant mais aussi de la période où elles sont plus fertiles.

En termes de parité, 42,2% des femmes étaient primipares dans l'ENP contre 49,4% dans notre enquête. Ce taux est légèrement différent, mais reste semblable.

55,4% des femmes avaient un niveau d'étude supérieur au baccalauréat dans l'ENP contre 76,1% dans notre étude. Différence considérable qui pourrait se justifier par le fait que seules les personnes pouvant se sentir à l'aise pour répondre au questionnaire ont accepté de participer à l'enquête. Cela peut constituer un biais.

38,2% des femmes incluses dans l'ENP étaient employées contre 44,3% dans notre enquête, ce qui reste assez semblable.

L'échantillon étudié comprend des femmes ayant des origines géographiques diverses et variées permettant d'obtenir des résultats plus représentatifs de la population en Île de France. Les régions d'origine les plus représentées sont les suivantes : France (44,3%), Afrique subsaharienne (20,8%), Maghreb (21,6%), ce qui coïncide avec les données recueillies par l'Insee concernant l'origine géographique des immigrés et étrangers arrivés en France en 2018 (54).

Dans notre enquête, 66,7% des femmes ont déclaré avoir planifié leur grossesse alors que dans l'ENP, 72,5% des femmes ont déclaré être heureuses d'être enceinte au moment de l'étude. Le nombre de grossesses non prévues est donc légèrement plus important dans notre étude, mais la différence n'est pas significative.

La représentativité des tranches d'âge (et notamment de la tranche 25-34 ans), de la parité, des origines et de la catégorie socio-professionnelle étant similaire, il est possible de dire que la population interrogée est assimilable à la population générale française, permettant ainsi d'étendre les résultats obtenus à la France.

III. Connaissance des recommandations par les femmes

A. Hypothèse de départ

32,2% des femmes interrogées ont déclaré connaître les recommandations liées à ce type de consultation. Ces résultats sont cohérents avec ce que l'on peut constater en pratique.

L'hypothèse de départ était que moins de 50% des femmes avaient connaissance des recommandations. **Ce résultat nous permet donc de valider l'hypothèse au risque de 5% (p-value = 0,01).**

B. Facteurs pouvant avoir une influence sur la connaissance des recommandations

Nous avons comparé le groupe de femme connaissant les recommandations à celui ne connaissant pas, à la recherche de facteurs impliqués dans la connaissance (*tableau XVI*).

En termes d'âge, les deux groupes avaient une répartition comparable (p-value = 0,28). L'âge de la patiente n'a donc pas de lien sur la connaissance des recommandations. Pourtant, on pourrait s'attendre à ce que les femmes de plus de 35 ans soient davantage informées au vu des risques plus importants liés à la grossesse et aux pathologies associées.

Nous avons pu relever que 29% des primipares interrogées avaient connaissance des recommandations concernant la réalisation d'une consultation préconceptionnelle versus 35% des multipares, ne révélant pas de différence significative (p-value = 0,35). La parité n'a donc pas d'influence sur la connaissance des recommandations. Cela souligne l'intérêt d'informer les femmes de l'existence de cette consultation avant chaque grossesse, quelle que soit la parité.

De la même façon, nous avons comparé la connaissance des femmes concernant les recommandations en fonction de leur niveau d'études supérieures. 30% des femmes n'ayant pas fait d'études supérieures connaissaient les recommandations, contre 33% pour celles ayant fait des études. Une fois encore les résultats ne se sont pas révélés significativement différents (p-value = 0,61) et ne permettent pas de mettre en lien niveau d'étude et connaissance des recommandations. Il n'y a pas non plus de différence significative permettant de lier origines et connaissance de cette consultation (p-value = 0,23). Ces deux comparaisons mettent en évidence l'importance d'aborder le sujet avec toutes les femmes sans aucune distinction puisqu'il n'y a pas de groupe ayant de meilleures connaissances.

Pour les femmes présentant une pathologie sous-jacente, 43% d'entre elles connaissaient l'existence de cette consultation contre 30% pour les femmes n'ayant pas de pathologie préexistante. Cette différence ne s'est pas révélée significative (p-value = 0,12) et ne permet pas de conclure à l'existence d'un lien entre pathologie et connaissance des recommandations. Or, les femmes ayant une pathologie sous-jacente sont celles qui nécessitent le plus souvent un entretien préalable, permettant d'adapter les traitements et d'élaborer des conduites à tenir concernant le suivi de grossesse et l'accouchement (par exemple le lieu d'accouchement peut dépendre de certaines pathologies préexistantes).

Leur méconnaissance peut être le résultat de plusieurs facteurs. Il peut s'agir soit d'un défaut de communication entre le professionnel de santé et la patiente, soit d'un manque de lien par les patientes, mais surtout les spécialistes entre la pathologie et la grossesse, soit simplement d'un défaut de connaissance des recommandations par le professionnel lui-même.

Le seul facteur influençant la connaissance des recommandations ayant été mis en évidence est le projet de grossesse. En effet, 36,5% des femmes ayant un projet de grossesse connaissaient les recommandations contre 23,5% dans la population de femmes dont la grossesse n'était pas programmée. La différence s'est avérée significative ($p\text{-value} = 0,04$) d'après les tests statistiques. Nous pouvons donc conclure que les femmes ayant un projet de grossesse avaient de meilleures connaissances concernant le sujet. Cela semble tout à fait cohérent et renforce le sentiment qu'il faut promouvoir cette consultation, qui présente un intérêt particulier pour les patientes ayant un projet de grossesse.

C. Elargissement des connaissances

Dans le but d'améliorer la connaissance des femmes à ce sujet, il faut élaborer des outils adaptés et les utiliser à des moments propices.

Une grande majorité (81,5%) des femmes interrogées ont mentionné que recevoir l'information par un professionnel de santé serait le moyen le plus adapté. Il semble en effet approprié que le professionnel de santé, qu'il s'agisse d'une sage-femme, d'un médecin généraliste ou d'un gynécologue obstétricien, qui effectue le suivi global ou gynécologique de femmes en âge de procréer, informe sa patientèle de l'existence d'une telle consultation. Ainsi, ces femmes sauront que lorsqu'elles auront un projet de grossesse, leur professionnel de santé référent sera là pour répondre à leurs questions et leur apporter des informations.

Lors de la question sur les raisons de la non-participation des femmes, 68,8% ont déclaré qu'elles n'avaient pas participé car elles ne connaissaient pas les recommandations. La plupart d'entre elles ont apporté comme précision qu'elles auraient consulté un professionnel uniquement si elles avaient rencontré des difficultés pour concevoir, car elles pensaient que ce type de consultation n'était réservé qu'aux couples infertiles. Elles ne savaient donc pas qu'il était recommandé de participer à cette consultation même en l'absence de trouble de la fertilité. En effet, les couples vont généralement se tourner vers un professionnel de santé uniquement en cas de situation problématique et non pas dans le cadre de l'exposition d'un projet de vie naturel, ou dans celui d'une démarche de prévention, bien que cette notion occupe une place primordiale en période préconceptionnelle.

Il ressort également des comparaisons effectuées que les femmes ayant un projet de grossesse sont plus au courant des recommandations, probablement car elles s'informent plus des modalités de suivi liées à un projet de grossesse. Le moment choisi pour la réalisation de la consultation préconceptionnelle est donc bien différent de celui de la consultation prénuptiale qui consistait en la délivrance d'informations

aux couples avant même l'élaboration du projet de grossesse. Ils recevaient en amont les informations inhérentes à un futur projet de grossesse (conseils hygiéno-diététiques, vaccination, sérologies, sexualité, etc.).

En ce qui concerne les objectifs premiers de la consultation et notamment la prescription d'acide folique en prévention des anomalies de fermeture de tube neural, c'est à posteriori qu'il nous a semblé opportun d'interroger les patientes sur leurs connaissances concernant ces recommandations. Il aurait en effet été intéressant de savoir si celles-ci connaissaient, mais surtout si elles avaient bénéficié d'une supplémentation. En 2003, la France était l'un des pays où le pourcentage de femmes ayant reçu une supplémentation préconceptionnelle en acide folique était le plus faible (< 6%), loin derrière les pays du nord tel que la Norvège, les Pays-Bas ou le Royaume-Uni qui avaient des résultats d'environ 40% (55).

En 2016, l'ENP révélait que 23,2% des femmes avaient déclaré avoir reçu une supplémentation préconceptionnelle en acide folique. Ce pourcentage a considérablement augmenté et ce très probablement grâce à la politique d'éducation en santé, mais reste néanmoins très insuffisant.

Enfin, lors de la distribution des questionnaires dans les services de suites de couches, il a été constaté que de nombreux professionnels de santé (sages-femmes et gynécologues-obstétriciens) n'avaient pas connaissance des recommandations.

A chaque fois que le sujet était présenté aux équipes, celles-ci pensaient qu'il s'agissait de l'entretien prénatal précoce. Nous pouvons donc nous demander si la méconnaissance des femmes ne serait pas une conséquence de la méconnaissance des professionnels de santé.

IV. La participation des femmes à la consultation

A. Hypothèses de départ

Au cours de l'enquête, 23,9% de la totalité des femmes interrogées ont déclaré avoir exposé leur projet de grossesse à un professionnel de santé, en prévision de celle-ci. Bien que nous nous intéressions à la population globale de l'enquête, une consultation préconceptionnelle ne peut être réalisée que dans le cadre d'une grossesse qui aurait été à minima planifiée. L'étude révèle que 33,5% des femmes ayant une grossesse planifiée ont participé à cette consultation.

Or, dans l'ENP, seulement 35,3% de la totalité des femmes ont déclaré avoir consulté en prévision de leur grossesse. Notre étude ayant été réalisée pendant la pandémie, il convient de souligner l'impact qu'a eu le premier confinement sur le suivi médical des Français. En effet, l'enquête a été réalisée d'octobre 2020 à janvier 2021, soit 8 à 11 mois après le début de la crise sanitaire. Dès lors, nous pouvons émettre l'hypothèse que le nombre de consultations préconceptionnelles a baissé en conséquence des restrictions de mobilité et à la priorisation de l'offre de soins aux nécessités urgentes. En outre, il existait une crainte très importante de fréquenter des lieux généralement associés aux malades.

L'hypothèse de départ était que moins de 30% des femmes avaient participé à une consultation préconceptionnelle. **Le résultat obtenu au cours de l'enquête nous permet de valider l'hypothèse au risque de 5% (p-value = 0,02).**

Nous avons également émis comme hypothèse que plus de 50% des femmes auraient aimé y participer. **Dans l'enquête, 63,4% des femmes n'ayant pas participé ont déclaré qu'elles auraient aimé avoir recours à une consultation de ce type, ce qui nous permet de valider l'hypothèse émise au risque de 5% (p-value = 0,01).**

B. Facteurs pouvant avoir une influence sur la participation des femmes à la consultation

Nous avons comparé le groupe de femmes ayant participé à la consultation à celui n'ayant pas participé, à la recherche de facteurs impliqués dans la participation des femmes (*tableau XVII*).

Les deux populations avaient une répartition comparable en ce qui concerne l'âge (p-value = 0.60). Ce qui, comme conclut précédemment pour la connaissance, montre que l'âge n'influe pas sur la participation des femmes, alors que les grossesses au-delà de 35 ans sont des grossesses plus à risques.

Nous avons pu relever que 29% des primipares interrogées avait eu recours à une consultation préconceptionnelle versus 18% des multipares (p-value = 0,04). Ces résultats sont significativement différents et montrent qu'il y a plus de primipares ayant recours à cette consultation. Cette constatation semble logique puisque les femmes n'ayant jamais eu d'enfant se posent probablement plus de questions que celles en ayant déjà eu et sont à la recherche de plus d'informations. Cependant, bien que les femmes ayant déjà eu des grossesses soient probablement mieux informées, elles ont des antécédents obstétricaux qui peuvent entrer en jeu dans le pronostic de la grossesse à venir, et qui peuvent parfois nécessiter un suivi particulier dès les premières semaines de grossesse (56) et la mise en place de traitements (exemple du traitement par Aspégic en cas d'antécédents de fausses couches à répétition, de prééclampsie ou de retard de croissance in utéro).

De même nous avons comparé le nombre de consultations préconceptionnelles en fonction de leur niveau d'études supérieures. 13% des femmes n'ayant pas fait d'études supérieures avaient participé à une consultation préconceptionnelle, contre 27% pour celles ayant fait des études. Ces résultats sont significativement différents (p-value = 0.02) et mettent en avant que les femmes ayant fait des études supérieures participent plus à ce type de consultation.

Il n'y a en revanche pas de différence significative permettant de mettre en lien origines et participation à cette consultation (p-value = 0,08).

Or d'après de nombreuses études reprises dans le 6^{ème} rapport de l'Enquête nationale confidentielle sur les morts maternelles en France survenues entre 2013 et 2015 (57), il existe un lien entre précarité socio-économique et mauvais état de santé maternelle (et en allant plus loin avec la mortalité maternelle : celle-ci serait 6 fois moins élevée dans les population de niveau socio-économique supérieur).

Le faible niveau d'étude, les situations de vulnérabilité financière et l'origine géographique des femmes ont été clairement identifiés comme facteurs de risque reconnus de morbidité maternelle. Ces constatations viennent renforcer le fait que cette consultation devrait être réalisée par toutes les femmes mais surtout par les femmes ayant un niveau socio-économique faible et d'origine étrangère. Or les résultats de l'étude mettent plutôt en évidence l'inverse : les femmes ayant un niveau socio-économique plus élevé y participent davantage.

Pour les femmes présentant une pathologie sous-jacente, 38% d'entre elles ont participé contre 22% pour celles n'ayant pas de pathologie préexistante. Cette différence est également significative (p-value = 0.03) et permet de conclure que les femmes ayant une pathologie préexistante ont plus souvent recours à une consultation préconceptionnelle que les femmes sans pathologie. En effet, elles sont le plus souvent à la recherche d'informations concernant leur pathologie et la grossesse, et notamment l'adaptation de leurs traitements (un certain nombre pouvant être déconseillé pendant la grossesse). Par conséquent, ce sont des patientes qui sont nettement plus sensibilisées à la réalisation d'une consultation préconceptionnelle. Bien que celles-ci ne connaissent pas plus les recommandations que les femmes sans pathologie préexistante (*tableau XVI*), elles participent spontanément à cette consultation ce qui est rassurant mais reste insuffisant.

Enfin, bien que cela semble évident, les tests statistiques mettent en avant qu'il y a plus de femmes participantes dans le groupe connaissant les recommandations que dans le groupe de femmes ne les connaissant pas (p-value < 0,01). En effet, 50% des femmes du groupe connaissant ont participé contre 11,6% dans le groupe de femmes ne connaissant pas l'existence de cette consultation. La promotion de la consultation semble donc être le meilleur moyen pour augmenter la participation des femmes, et ainsi agir sur les facteurs de risque de morbidité et soutenir les couples dans leur projet de grossesse.

C. Ouverture de la participation

Lors de l'ENP de 2016, 23,2% des femmes ont déclaré avoir pris de l'acide folique alors que 35,3% ont déclaré avoir exposé leur projet de grossesse à un professionnel de santé. Cela signifie que des femmes ayant consulté en préconceptionnelle n'ont pas pris d'acide folique.

Deux motifs semblent pouvoir apporter une explication à ce fait. Il peut s'agir soit d'une mauvaise observance de la part des femmes à ce traitement, soit d'un défaut de prescription par les professionnels de santé consultés. Dans les deux cas, une connaissance des réels bénéfices de cette supplémentation pourrait avoir un impact majeur et permettre une augmentation considérable de cette prescription accompagnée d'une amélioration de l'observance.

Expliquer l'importance de l'acide folique aux femmes en âge de procréer et les bénéfices que celui-ci a lors d'un début de grossesse pourrait être une motivation supplémentaire à la participation à cette consultation. Le motif premier de consultation ne serait pas l'exposition du projet de grossesse, mais la demande d'acide folique, qui impliquerait dans le même temps une discussion autour du projet de grossesse.

De multiples facteurs ont été mis en évidence et jouent un lien dans la participation à cette consultation préconceptionnelle. Les femmes primipares, ayant fait des études supérieures, et présentant une pathologie sous-jacente participent davantage à ce type de consultation. Elles sont à la recherche de plus d'informations et ont probablement été plus sensibilisées à l'existence de ce type de consultation au sein de leur entourage ou par leur professionnel de santé.

Les femmes ayant participé à ce type de consultation ont très majoritairement (44,3%) participé de façon fortuite. Elles avaient consulté pour un autre motif et au cours de l'entretien a été abordé leur projet de grossesse. Seulement 14,8% d'entre elles ont consulté car il s'agissait d'une consultation recommandée. Ce constat renforce la nécessité de faire connaître aux femmes le rôle et les bénéfices que peut avoir cette consultation, de telle sorte qu'elles puissent décider en connaissance de cause si elles souhaitent y participer ou non.

D. Contenu de la consultation

Il convient désormais de s'intéresser au contenu de la consultation, afin notamment de le mettre en lien avec les recommandations de bonnes pratiques et avec les attentes des femmes.

De nombreuses informations ont été données aux patientes au cours de l'entretien, concernant divers sujets.

Les deux sujets les plus abordés au cours de l'entretien sont l'alimentation et les médicaments. Il s'agit des éléments principaux sur lesquels se basent les recommandations de la HAS concernant le projet de grossesse, ce qui montre que les professionnels réalisant ces consultations respectent en partie les recommandations et abordent des sujets importants (1).

Dans les autres éléments abordés, quelques femmes ont évoqué la vaccination (sujet présent dans les recommandations de bonnes pratiques) et la prescription d'examens complémentaires permettant d'évaluer la fertilité (échographie pelvienne, spermogramme, bilan hormonal) qui n'est en revanche pas recommandée lors des débuts de tentative de conception. Le bilan d'infertilité n'est à prescrire à un couple qu'après un an de rapports non protégés sans conception (ou 6 mois dans certains cas particuliers). Cela peut expliquer que certaines femmes aient évoqué ne pas souhaiter participer à ce type de consultation pour ne pas médicaliser la conception et la grossesse. Celles-ci ont probablement une image de la consultation erronée, et comparable à une consultation de bilan d'infertilité. Cette constatation souligne un paradoxe saisissant, puisque d'une part, les femmes affirment ne pas vouloir médicaliser le processus de conception et la grossesse, mais demandent d'autre part un grand nombre d'examens complémentaires non recommandés (exemples des échographies obstétricales en dehors des trois recommandées).

Nous pouvons voir que seulement 6,6% des femmes ont reçu des informations concernant les modifications corporelles liées à la grossesse. Or, un grand nombre de consultations aux urgences en début de grossesse ont pour motifs des éléments physiologiques de début de grossesse (douleurs ligamentaires notamment faisant craindre la plupart du temps une fausse couche aux patientes). Une explication préalable de ces modifications pourrait limiter ce nombre de consultations, mais surtout améliorer le vécu des femmes. En effet, si l'un des maux physiologiques de la grossesse décrits survenait, celles-ci seraient rassurées car elles auraient reçu une information claire au préalable.

Les femmes ayant participé ont déclaré que la consultation avait répondu à leurs attentes et qu'elle avait été utile (> 95% des réponses). Cela signifie que lorsque celle-ci est réalisée, elle est adaptée aux besoins et attentes des femmes, les informations données sont utiles et satisfont globalement les femmes. Une seule des patientes interrogées a déclaré ne pas avoir reçu d'information du tout concernant le sujet lorsqu'elle a exposé son projet de grossesse.

Elles ont également évoqué certains sujets qu'elles auraient aimé aborder avec les professionnels et qui ne l'avaient pas été comme notamment le délai moyen pour concevoir. Les femmes ont déclaré qu'elles auraient été rassurées de recevoir ces informations au préalable. Certaines auraient aimé recevoir plus d'informations concernant l'alimentation, les addictions, les modifications corporelles et psychologiques liées à la grossesse et les démarches administratives. Cependant, la majorité (54,1%) ne souhaitait pas recevoir plus d'informations.

Le recours à la contraception qui permet de différer le moment où les enfants sont conçus, permet aux couples de les accueillir au moment où ils le souhaitent réellement. Cela a permis l'apparition du « désir d'enfant », notion qui n'existait pas jusqu'alors.

Les priorités contemporaines placent le désir de concevoir après celui de réussir sur le plan professionnel, mais au premier plan pour permettre un épanouissement individuel complet. Arrivé à un

certain âge, le désir d'enfant apparaît comme une évidence, voire un devoir envers la société et sa famille, leur permettant d'obtenir une certaine reconnaissance sociale et identitaire associée au processus de maternité (58). Cet entretien serait donc le moment propice pour discuter avec le couple de la distinction entre désir et projet de grossesse et désir et projet d'enfant, car en effet, ces désirs peuvent s'exclure mutuellement. Il pourrait permettre aux deux partenaires d'étayer et de mieux définir leurs désirs et de cette façon de définir plus précisément les projets qu'ils veulent concrétiser.

V. Propositions d'actions

Afin d'améliorer la connaissance et d'augmenter la participation des femmes ou des couples à cette consultation, il peut être envisagé d'élaborer différents outils.

Tout d'abord, il a été mis en évidence que lorsque les femmes connaissent l'existence des recommandations et le principe de cette consultation, elles y participent plus.

De plus, les femmes semblent intéressées par ce type d'échange avec un professionnel de santé. C'est ce que tendent à montrer les résultats de l'enquête puisque 63,4% des femmes n'ayant pas participé ont évoqué qu'elles auraient aimé avoir recours à ce type de consultation.

Pour répondre à cette attente, il serait donc intéressant de mettre en place un outil permettant de diffuser l'information dans la population de femmes, mais aussi d'hommes en âge de procréer.

Cela pourrait passer par une information par le professionnel de santé au cours d'une consultation, ou par la sécurité sociale avec par exemple l'envoi d'un document d'information à toute la population à l'âge de 25 ans (annexe IV). Cet âge semble le plus adapté puisque 86,4% des femmes avaient plus de 25 ans lors de l'ENP et que l'âge des femmes au premier enfant augmente régulièrement ces dernières années. Cet âge est d'autant plus pertinent qu'il est recommandé d'avoir une première consultation de prévention de suivi gynécologique.

Afin de ne pas sembler intrusif, puisqu'il s'agit d'un sujet personnel, ce document pourrait reprendre un certain nombre d'informations de santé publique, concernant les hommes et les femmes :

- vaccinations obligatoires et recommandées (exemple du rappel de vaccination diphtérie, tétanos, poliomyélite, coqueluche, à 25 ans etc.) pour les hommes et les femmes ;
- suivi gynécologique (modalités, frottis cervico-utérin, début à 25 ans) pour les femmes ;
- consultation préconceptionnelle pour les hommes et les femmes, avec une information sur les différents professionnels ayant les compétences pour la réaliser ;
- consultations dentaires, dermatologiques et ophtalmologiques (fréquence) pour hommes et femmes.

De cette façon, le couple ne se sentira pas forcément incité à un projet de grossesse, comme il est possible de l'être lorsque qu'un professionnel de santé pose directement la question.

Il pourrait également être recommandé d'aborder la question lors des consultations de contraception, de suivi gynécologique de prévention ou lors de discussions autour de la sexualité. De cette façon, les couples seraient informés que dès l'apparition d'un désir de grossesse, ils peuvent aborder la question avec un professionnel.

L'examen prénuptial qui permettait d'aborder le sujet était un examen obligatoire avant sa suppression en 2007. A l'inverse, la consultation préconceptionnelle n'est pas obligatoire, elle est simplement recommandée.

Il serait intéressant d'instaurer un examen de prévention obligatoire à 25 ans, pris en charge par la sécurité sociale, comme pour les examens de prévention bucco-dentaire (rendez-vous M'T DENT, qui s'adresse aux enfants dès l'âge de 3 ans aux jeunes adultes jusqu'à 24 ans). Cet examen pourrait faire l'objet d'un rappel par l'envoi d'un document de prise en charge. Pour les mêmes raisons qu'exposées précédemment, l'âge de 25 ans semble le plus approprié pour cet examen. Il permettrait de faire un bilan de santé général, de mettre à jour les vaccinations (rappel de la vaccination Diphtérie, Tétanos, Poliomyélite, Coqueluche à 25 ans) et d'évoquer au même moment l'existence de cette consultation et surtout le fait qu'elle soit recommandée pour tous les couples, même sans facteurs de risques.

L'adaptation de la consultation aux besoins du couple et des femmes semblent primordiales mais délicates. Bien que dans la population de femmes ayant participé, la consultation était adaptée aux attentes des femmes, dans la population n'ayant pas participé, les femmes ont évoqué cette crainte d'avoir un entretien plus anxiogène que bénéfique, avec notamment des informations non adaptées à leur besoin. En effet, il est évident que chaque couple, et au sein même d'un couple, les besoins et attentes sont différents. C'est pour cette raison qu'il est important que cette consultation soit réalisée par un professionnel connaissant le couple ou au moins l'un des deux partenaires. Cela rejoint l'un des objectifs de l'entretien prénatal précoce, qui est entre autres, de créer un poste de référent afin de pouvoir échanger facilement grâce à l'établissement d'une relation de confiance pérenne.

Cette crainte de recevoir trop d'informations, ayant des effets plus néfastes que bénéfiques, au cours d'un entretien tel que celui-ci, est en complète opposition avec la quête constante d'informations des femmes sur Internet (sites officiels, réseaux sociaux, forums, etc.). Un certain nombre de ces moyens d'informations n'étant pas fiables, les couples ne sont-ils pas à la recherche de ces informations sous cette forme par crainte du regard et de l'avis du corps médical concernant leur projet ? La place de la peur du jugement est grande et c'est pour cette raison que les couples doivent être rassurés par la mise en place d'une relation de confiance permettant de réaliser des échanges de qualité.

En outre, ce qui ressort le plus souvent dans les motifs de non-participation et dans les justifications des femmes qui ont déclaré qu'elles n'auraient pas aimé y participer est le souhait de ne pas médicaliser leur grossesse avant même que celle-ci ne soit concrète, jugeant qu'en France la naissance l'est déjà fortement. Partant de ce constat, bien que les femmes aient évoqué que la consultation ait répondu à

leurs attentes, ne serait-il pas intéressant de présenter principalement le côté échange et entretien de la consultation plutôt que son côté médical sans pour autant en minimiser l'importance ? De ce fait, le terme de « consultation » peut lui aussi sembler inadéquat, et pourrait être remplacé par « entretien ».

L'intitulé de la consultation n'était connu que par 9,0% des femmes interrogées, or donner un nom peut donner de l'importance et permettre de ne pas oublier l'existence de ce qui est nommé.

Enfin, une information plus précise pourrait être apportée aux professionnels concernant les recommandations liées à la réalisation de ce type de consultation. Par exemple, un certain nombre de médecins traitants, qui sont les professionnels de santé de première ligne en libéral et les plus accessibles aux couples, déclarent ne pas se sentir à l'aise dans la pratique de consultation préconceptionnelle par manque de formation (52).

Conclusion

La consultation préconceptionnelle est donc indéniablement un outil primordial de santé publique ayant pour finalité l'amélioration de l'état général (physique et psychologique) de la population au travers de divers éléments.

Cette enquête a mis en avant la faible connaissance de la consultation préconceptionnelle chez les femmes en âge de procréer. Le seul facteur influençant celle-ci et dégagé par l'étude est le projet de grossesse en lui-même. Les femmes ayant un projet de grossesse ont plus connaissance des recommandations que celles ayant eu une grossesse inopinée car elles effectuent très probablement plus de recherches sur le sujet.

L'étude a également mis en évidence que les femmes connaissant les recommandations participent plus à cette consultation. Par conséquent, afin d'en augmenter la fréquence, la diffusion des informations inhérentes à cette consultation, à son contenu, ses bénéfices et ses limites auprès de la population cible, est un élément important à retravailler.

Il en est de même pour la participation. L'enquête a permis de montrer que seul un faible pourcentage de femmes a participé à ce type de consultation. Les résultats ont également révélé un certain nombre de facteurs impliqués dans la participation tels que la primiparité, un niveau d'étude élevé et l'existence d'une pathologie sous-jacente.

La plupart des femmes interrogées ont déclaré qu'elles auraient aimé participer à cet échange ce qui contribue à renforcer l'importance de la promotion de cette consultation.

Bien que la consultation ait semblé adaptée aux besoins des femmes interrogées, il serait intéressant de l'ajuster à la demande de chaque femme, et plus globalement de chaque couple. Le recours à un professionnel de santé référent apparaît de ce fait primordial. Mais pour cela, il faut des professionnels aguerris qui puissent mener l'entretien au-delà du versant médical et sachent définir rapidement les besoins des couples afin d'adopter une posture juste, laissant place à l'élaboration d'une relation de confiance.

Les professionnels de santé ont-ils le temps, la formation, l'envie et l'énergie nécessaires afin de répondre à cette demande ? Il ne faut pas oublier que cette consultation ne dispose pas de cotation spécifique et donc de valorisation appropriée.

En outre, qu'en est-il constat fait lors de la réalisation de l'étude concernant les connaissances des professionnels ? Pourrait-on mettre en lien la méconnaissance des femmes à celles des professionnels de santé ? Il semble en effet cohérent que si ces derniers sont eux-mêmes peu informés de ces recommandations, les femmes ne le soient pas non plus.

Lexique

HAS : Haute Autorité de Santé

ICF : indice conjoncturel de fertilité

PMI : protection maternelle infantile

IMC : indice de masse corporelle

HTA : hypertension artérielle

VIH : virus de l'immunodéficience humaine

IST : infections sexuellement transmissibles

AFTN : anomalie de fermeture du tube neural

FCU : frottis cervico-utérin

GEU : grossesse extra-utérine

IVG : interruption volontaire de grossesse

HGPO : hyperglycémie provoquée par voie orale

SA : semaine d'aménorrhée

AINS : anti-inflammatoire non stéroïdiens

INSERM : institut national de la santé et de la recherche médicale

NS : non significatif

Références bibliographiques

1. Projet de grossesse : informations, messages de prévention, examens à proposer [Internet]. Haute Autorité de Santé. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_1360649/fr/projet-de-grossesse-informations-messages-de-prevention-examens-a-proposer
2. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. La Revue Sage-Femme. déc 2007;6(4):216-8.
3. Berthiaud E. Grossesse désirée, grossesse imposée : le vécu de la grossesse aux XVIIIe-XIXe siècles en France dans les écrits féminins privés. Histoire, économie société. 2009;28e année(4):35-49.
4. Poujade O, Luton D, de Gynécologie-Obstétrique S. Intérêts de la consultation préconceptionnelle. 2008;6.
5. ENP2016_rapport_complet.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.xn--epop-inserm-ebb.fr/wp-content/uploads/2017/11/ENP2016_rapport_complet.pdf
6. Nizard J. Examen prénuptial 1-2-15 3www.laconferencehippocrate.com © 2003-2005 - Association Institut La Conférence Hippocrate.
7. N° 244 - Rapport de M. Étienne Blanc sur la proposition de loi de MM. Jean-Luc Warsmann, Étienne Blanc et Yves Jégo relative à la simplification du droit (177) [Internet]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/13/rapports/r0244.asp>
8. LOI n° 2007-1787 du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit. 2007-1787 déc 20, 2007.
9. Bilan démographique 2019 - Insee Première - 1789 [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/4281618>
10. Chiffres clés sur l'Europe — Statistiques illustrées — 2018 édition [Internet]. Disponible sur: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-statistical-books/-/KS-EL-18-001>
11. 1000_jours_4_pages_2019_vweb.pdf [Internet]. Disponible sur: https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/1000_jours_4_pages_2019_vweb.pdf
12. Mikolajczak M, Roskam I. Stress et défis de la parentalité: Thématiques contemporaines. De Boeck Supérieur; 2016. 339 p.
13. Projet de grossesse informations, messages de prévention, examens à proposer - argumentaire. 2009;28.
14. Netgen. Comment commencer l'entretien médical? Réflexions sur la phase sociale à partir d'enregistrements vidéo [Internet]. Revue Médicale Suisse. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-144/Comment-commencer-l-entretien-medical-Reflexions-sur-la-phase-sociale-a-partir-d-enregistrements-video>
15. 06-06 Prévention des risques pour l'enfant à naître. Nécessité d'une information bien avant la grossesse [Internet]. Académie nationale de médecine | Une institution dans son temps. 2006 Disponible sur: <http://www.academie-medecine.fr/06-06-prevention-des-risques-pour-lenfant-a-naître-necessite-dune-information-bien-avant-la-grossesse/>
16. Délai idéal entre chirurgie utérine et grossesse (césarienne incluse) [Internet]. Disponible sur: <http://www.cngof.net/Journees-CNGOF/diaporamas/conf2012/confs2012/062/swf/>
17. La consultation préconceptionnelle [Internet]. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/grossesse/197-la-consultation-preconceptionnelle-2>

18. 2005 - Collège National des Gynécologues et Obstétriciens.pdf [Internet]. Disponible sur: http://www.cngof.fr/pratiques-cliniques/recommandations-pour-la-pratique-clinique/aperçu?path=RPC%2BCOLLEGE%252F1997%252FRPC_suppl_97.pdf&i=21978
19. De-Regil LM, Peña-Rosas JP, Fernández-Gaxiola AC, Rayco-Solon P. Effects and safety of periconceptional oral folate supplementation for preventing birth defects. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2015 ;(12). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD007950.pub3/full>
20. WHO-RHR-16.12-eng.pdf [Internet]. Disponible sur: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-eng.pdf?sequence=1>
21. Guillet M. Rubéole congénitale en 2010 et vaccination. Antibiotiques. 1 sept 2010;12(3):171-80.
22. Macé G, Gallot V, Vauloup-Fellous C, Picone O. Varicelle pendant la grossesse : mise au point. /data/revues/03682315/00370HS1/22/ [Internet]. 9 avr 2008. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/138329>
23. Anselem O, Parat S, Théau A, Floret D, Tsatsaris V, Goffinet F, et al. Vaccinations et grossesse. /data/revues/07554982/v43i6sP1/S0755498214002097/ [Internet]. 30 juin 2014. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/906234>
24. Gabas T, Leruez-Ville M, Le Mercier D, Lortholary O, Lecuit M, Charlier C. Grippe et grossesse. La Presse Médicale. 1 juin 2015;44(6, Part 1):639-46.
25. Livret_accompagnement_grossesse.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.mangerbouger.fr/pro/IMG/pdf/Livret_accompagnement_grossesse.pdf
26. Bessières M-H, Cassaing S, Fillaux J, Berrebi A. Toxoplasmose et grossesse. Revue Francophone des Laboratoires. 1 mai 2008;2008(402):39-50.
27. Santé M des S et de la, Santé M des S et de la. Listériose [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 . Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/soins-et-maladies/maladies/maladies-infectieuses/article/listeriose>
28. BUMED_MESF_2017_WAHL_SOPHIE.pdf [Internet]. Disponible sur: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_MESF_2017_WAHL_SOPHIE.pdf
29. femmes_enceintes_recos.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/femmes_enceintes_recos.pdf
30. Nguyen A, Carbonne B. Sexualité pendant la grossesse. :2.
31. Maître C. Sport et grossesse : une nécessaire prescription. Science & Sports. 1 avr 2013;28(2):103-8.
32. Kramer MS, McDonald SW. Aerobic exercise for women during pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. 2006. Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000180.pub2/abstract>
33. Maître C. Sport et grossesse : une nécessaire prescription. Science & Sports. avr 2013;28(2):103-8.
34. Seror E, Chapelon E, Bué M, Garnier-Lengliné H, Lebeaux-Legras C, Loudenot A, et al. Alcool et grossesse. Archives de Pédiatrie. 1 oct 2009;16(10):1364-73.
35. Demiguel V. ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DE TABAC À L'OCCASION D'UNE GROSSESSE EN FRANCE EN 2016 / EVOLUTION OF TOBACCO USE DURING PREGNANCY IN FRANCE IN 2016. :10.
36. Marpeau L. Tabagisme et complications gravidiques. Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction. 1 avr 2005;34:130-4.
37. Sophie L. Drogues licites et illicites : descriptions, usages et risques. :59.
38. Le syndrome de sevrage chez le nouveau-né de mère dépendante aux opiacés [Internet]. Disponible sur: <https://www.rvh-synergie.org/prises-en-charge-des-addictions/penser-ensemble-les-prises-en->

charge/contextes-de-vulnerabilite/grossesse/299-le-syndrome-de-sevrage-chez-le-nouveau-ne-de-mere-dependante-aux-opiaces.html

39. Fahmi K, Benjelloun H, Zaghba N, Yassine N. Asthme et grossesse. Revue des Maladies Respiratoires. 1 janv 2019;36:A181.
40. Code du travail - Article L1225-16. Code du travail.
41. Code du travail | Legifrance [Internet]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006198525&cidTexte=LEGITEXT000006072050&dateTexte=20080501>
42. Code du travail - Article L1225-9. Code du travail.
43. guide_ma_maternite_-_2019_-_cnam.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/534905/document/guide_ma_maternite_-_2019_-_cnam.pdf
44. Insee | Âge moyen de la mère à l'accouchement [Internet]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390#tableau-figure1>
45. ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé - Médicaments et grossesse - [Internet]. Disponible sur: [https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-et-grossesse/Medicaments-et-grossesse/\(offset\)/0](https://www.ansm.sante.fr/Dossiers/Medicaments-et-grossesse/Medicaments-et-grossesse/(offset)/0)
46. Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=742
47. Disponible sur: https://lecrat.fr/spip.php?page=article&id_article=24
48. Picone O, Servely J-L, Chavatte-Palmer P. Origine fœtale des maladies de l'adulte : quelle importance pour la pratique obstétricale ? /data/revues/03682315/00360004/338/ [Internet]. 10 mars 2008 ; Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/en/article/118081>
49. Bosch A, Debar EJ. Pour le diplôme d'état de docteur en médecine spécialité médecine générale. :87.
50. who_constitution_fr.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf
51. Stress et grossesse (prénatal et périnatal) | Les effets du stress prénatal sur le développement comportemental et cognitif des enfants [Internet]. Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. Disponible sur: <http://www.enfant-encyclopedie.com/stress-et-grossesse-prenatal-et-perinatal/selon-experts/les-effets-du-stress-prenatal-sur-le>
52. Valin M-S. État des lieux et freins de la consultation préconceptionnelle chez les médecins Haut-Normands en 2017. :112.
53. Heyes T, Long S, Mathers N. Preconception care: practice and beliefs of primary care workers. Fam Pract. févr 2004;21(1):22-7.
54. Origine géographique des immigrés et des étrangers arrivés en France | Insee [Internet]. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/2861345#tableau-figure1_radio1
55. Harvey - La supplémentation préconceptionnelle en folates .pdf [Internet]. Disponible sur: <https://www.edimark.fr/Front/frontpost/getfiles/18042.pdf>
56. 05r08_fiche_tech_suivi_des_femmes_enceintes_type_de_suivi_recommande.pdf [Internet]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-03/05r08_fiche_tech_suivi_des_femmes_enceintes_type_de_suivi_recommande.pdf
57. Les morts maternelles en France : mieux comprendre.pdf [Internet]. Disponible sur: <http://www.xn--epop-insem-ebb.fr/wp-content/uploads/2021/01/Rapport-mortalite-maternelle-2013-2015.pdf>
58. Debest C, Hertzog I-L. "Désir d'enfant - devoir d'enfant". Le prix de la procréation. Recherches sociologiques et anthropologiques. 1 déc 2017;(48-2):29-51.

Annexes

Annexe I – Déclaration CNIL



Référence CNIL :

2219162 v 0

Déclaration de conformité

au référentiel de méthodologie de référence MR-004

reçue le 2 septembre 2020

Madame Andréa FILIPE

ORGANISME DÉCLARANT

Nom : Madame FILIPE Andréa

Service :

Adresse :

CP :

Ville :

N° SIREN/SIRET :

Code NAF ou APE :

Tél. :

Fax. :

Par la présente déclaration, le déclarant atteste de la conformité de son/ses traitement(s) de données à caractère personnel au référentiel mentionné ci-dessus.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, la conformité de ce(s) traitement(s).

Fait à Paris, le 3 septembre 2020

— RÉPUBLIQUE FRANÇAISE —

3 Place de Fontenoy, TSA 80715 – 75334 PARIS CEDEX 07 – 01 53 73 22 22 – www.cnil.fr

Les données personnelles nécessaires à l'accomplissement des missions de la CNIL sont conservées et traitées dans des fichiers destinés à son usage exclusif. Les personnes concernées peuvent exercer leurs droits Informatique et Libertés en s'adressant au délégué à la protection des données de la CNIL via un formulaire en ligne ou par courrier postal.

Pour en savoir plus : <https://www.cnil.fr/donnees-personnelles>

Annexe II – Feuille d'explication

Madame,

Je m'appelle Andréa FILIPE et je suis étudiante sage-femme en 5^{ème} année.

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, j'ai élaboré ce questionnaire dans l'objectif de faire un état des lieux de la connaissance et de la réalisation de la consultation préconceptionnelle chez les femmes en âge de procréer. Etant la population cible de cette étude, je me permets donc de vous solliciter.

Le temps moyen estimé pour répondre à ce questionnaire est de 5 minutes.

Le traitement des données recueillies via ce questionnaire seront traitées de façon confidentielle et anonyme et sur la base de votre consentement.

Merci par avance de votre participation et de l'aide précieuse que vous apporterez à la réalisation de mon enquête.

Acceptez-vous de participer à cette enquête ?

- ☐ OUI
- ☐ NON

Fait à :

Le :

Signature :

Annexe III – Questionnaire

La consultation préconceptionnelle : fréquence et connaissance

Ce questionnaire a été réalisé dans le but d'évaluer la connaissance et la réalisation de la consultation préconceptionnelle auprès des femmes en âge en de procréer actuellement en région parisienne.

Ce questionnaire est à remplir **de façon anonyme**.

1. Quel âge avez-vous ?
 - ☐ 18-24 ans
 - ☐ 25-34 ans
 - ☐ 35-44 ans
 - ☐ 45-54 ans
 - ☐ > 54 ans
2. De quelle origine êtes-vous (parents et grands-parents) ?

<input type="checkbox"/> France Métropolitaine	<input type="checkbox"/> Dom Tom :
<input type="checkbox"/> Europe du nord	<input type="checkbox"/> Europe du Sud
<input type="checkbox"/> Asie	<input type="checkbox"/> Afrique subsaharienne
<input type="checkbox"/> Asie Mineure	<input type="checkbox"/> Autre :
3. Dans quel département résidez-vous ?

<input type="checkbox"/> 75. Précisez l'arrondissement :	<input type="checkbox"/> 93
<input type="checkbox"/> 77	<input type="checkbox"/> 94
<input type="checkbox"/> 78	<input type="checkbox"/> 95
<input type="checkbox"/> 91	<input type="checkbox"/> Autre. Précisez :
<input type="checkbox"/> 92	
4. Quelle est votre niveau d'étude ?
 - ☐ Non scolarisé
 - ☐ Primaire
 - ☐ Collège (6^{ème} - 3^{ème}), CAP, BEP
 - ☐ Lycée (général ou techno. De 2^{nde} à terminale)
 - ☐ Enseignement supérieur (> bac)
5. A quelle catégorie socio-professionnelle appartenez-vous ?
 - ☐ Agriculteurs exploitants
 - ☐ Artisans, commerçants, chefs d'entreprise
 - ☐ Cadres et professions intellectuelles supérieures
 - ☐ Employés
 - ☐ Ouvriers
 - ☐ Elèves, étudiants ou en formation
 - ☐ Chômeurs
 - ☐ Inactifs
 - ☐ Autre :

6. Avez-vous eu d'autres grossesses (fausse couche, interruption de grossesse et grossesse extra-utérine, comprises) ? Si oui, combien de fois ?

.....

7. Avez-vous déjà accouché (avant cet accouchement) ? Si oui, combien de fois ?

.....

8. Souffrez-vous d'une pathologie nécessitant un suivi particulier et régulier ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

9. Si oui, de quel type de pathologie s'agit-il ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pathologie cardiaque | <input type="checkbox"/> Pathologie vasculaire (insuffisance veineuse, autres) |
| <input type="checkbox"/> Pathologie gynécologique (endométriose, malformations) | <input type="checkbox"/> Maladie infectieuse |
| <input type="checkbox"/> Pathologie neurologique (épilepsie, autres types de pathologies) | <input type="checkbox"/> Infertilité |
| <input type="checkbox"/> Pathologie endocrinienne (thyroïdienne, surrénalienne, diabète, autres) | <input type="checkbox"/> Cancer |
| <input type="checkbox"/> Pathologie thromboembolique (AVC, phlébite, autres) | <input type="checkbox"/> Autre. |
| <input type="checkbox"/> Pathologie auto-immune | Précisez : |
| | |
| | |

10. Avez-vous planifié votre grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

11. Avez-vous obtenu cette grossesse spontanément (sans aide médicale) ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

La consultation pré conceptionnelle est une consultation ouverte aux couples ayant un désir de grossesse ou aux patientes en tout début de grossesse (jusqu'à 8 semaines de grossesse). Elle permet aux couples d'exposer leur projet et de discuter de leurs interrogations avec un professionnel de santé, qui a son tour pourra transmettre aux couples un certain nombre d'informations et messages de prévention concernant la grossesse.

12.

a. Saviez-vous qu'il était recommandé de consulter un professionnel de santé en prévision d'une grossesse afin de lui exposer votre projet de grossesse ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si OUI :

b. Par qui ou par quel moyen avez-vous appris la connaissance de cette consultation ?

- ☐ Internet
- ☐ Professionnel de santé
- ☐ Entourage
- ☐ Sécurité sociale
- ☐ Autres. Précisez :

Si NON :

c. Par quel moyen auriez-vous aimé prendre connaissance de cette consultation ?

- ☐ Internet
- ☐ Professionnel de santé
- ☐ Entourage
- ☐ Sécurité sociale
- ☐ Autres. Précisez :

13. Connaissiez-vous l'intitulé de cette consultation dite "consultation préconceptionnelle" ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

14. Avez-vous participé à ce type de consultation, c'est à dire consulter un professionnel dans le but de lui exposer votre projet de grossesse avant de tenter de concevoir ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

Si vous avez répondu OUI à la question 14 (si vous avez répondu NON, suite page 4) :

a. Vous avez participé à cette consultation car :

- ☐ Vous vouliez exposer votre projet
- ☐ Vous saviez qu'il s'agissait d'une consultation recommandée
- ☐ Vous y avez participé de façon fortuite (par exemple : consultation pour un autre motif au cours de laquelle vous avez profité pour exposer votre projet)
- ☐ Vous avez dû y participer dans le cadre du suivi d'une pathologie particulière
- ☐ Autres :
.....
.....

b. Quel professionnel avez-vous consulté ?

- ☐ Sage-femme
- ☐ Gynécologue-obstétricien
- ☐ Médecin traitant
- ☐ Médecin spécialiste. Précisez :

c. Votre conjoint était-il présent à la consultation ?

- ☐ Oui
- ☐ Non

d. A quel moment de votre projet de grossesse avez-vous consulté ?

.....
.....

e. Quels sujets ont été abordés ? Quelles informations avez-vous reçues ?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Alimentation | <input type="checkbox"/> Modifications corporelles liées à la grossesse |
| <input type="checkbox"/> Addictions | <input type="checkbox"/> Modifications psychologiques liées à la grossesse |
| <input type="checkbox"/> Sexualité | <input type="checkbox"/> Suivi proposé aux couples pendant la grossesse |
| <input type="checkbox"/> Activité physique | <input type="checkbox"/> Démarches administratives |
| <input type="checkbox"/> Médicaments | <input type="checkbox"/> Droits de la femme enceinte au travail |
| <input type="checkbox"/> Pathologies de la grossesse | |
| <input type="checkbox"/> Déroulement de la grossesse / de l'accouchement / du post partum | |
| <input type="checkbox"/> Autres. Précisez : | |

.....

.....

.....

f. Les avez-vous jugés utiles ?

- ☐ Oui
- ☐ Non. Précisez :
-
-

g. Cette consultation a-t-elle répondu à vos questions ?

- ☐ Oui
- ☐ Non. Précisez :
-
-

h. Vous attendiez vous à ce type d'échange avec le professionnel de santé ?

- ☐ Oui
- ☐ Non. Précisez :
-
-

i. Quel(s) autre(s) conseil(s) / information(s) de prévention que ceux abordés auriez-vous aimé recevoir ?

.....

.....

.....

.....

Si vous avez répondu NON à la question 14 :

a. Pour quelles raisons n'avez-vous pas participé ?

- ☐ Je ne connaissais pas cette consultation
- ☐ Je ne souhaitais pas réaliser cette consultation. Précisez :
-
-
- ☐ Autres. Précisez :
-
-
-

b. Auriez-vous aimé participer à ce type de consultation avant de concevoir ?

☐ Oui

☐ Non. Précisez :
.....
.....

c. Quel type de conseils / informations auriez-vous aimé recevoir ?

☐ Alimentation

☐ Addictions

☐ Sexualité

☐ Activité physique

☐ Médicaments

☐ Pathologies de la grossesse

☐ Déroulement de la grossesse / de
l'accouchement / du post partum

☐ Autres

☐ Modifications corporelles liées à la
grossesse

☐ Modifications psychologiques liées à la
grossesse

☐ Suivi proposé aux couples pendant la
grossesse

☐ Démarches administratives

☐ Droits de la femme enceinte au travail

.....
.....
.....

Annexe IV – Proposition d'un document d'informations

Examen de suivi médical

A 25 ans

Vous avez des questions concernant votre suivi médical ?
Parlez-en à votre médecin.

**Consultation
ophtalmologique* :**

Tous les 2 ans



**Consultation
dermatologique* :**

Tous les ans



Suivi gynécologique* :



Par une sage-femme, un gynécologue
obstétricien ou un médecin traitant
Examen mammaire annuel
Frottis cervico utérin de dépistage
selon modalités
Contraception

Rappel de la vaccination

Diphtérie – Tétanos – Poliomyélite – Coqueluche



**Consultation
préconceptionnelle* :**

Désir de grossesse ?

⇒ Exposez votre projet à une
sage-femme, un gynécologue
ou un médecin traitant



***NB :** En cas de pathologie le
suivi doit être spécifié par le
médecin spécialiste en charge
de celle-ci et les modalités de
prise en charge pourront être
différentes.

Résumé & Abstract

Résumé

Titre : La consultation préconceptionnelle

Introduction : L'objectif de l'étude était d'évaluer quelles étaient les connaissances des femmes concernant les recommandations liées à la réalisation d'une consultation préconceptionnelle, et d'en évaluer le taux de participation.

Population et méthode : Une étude observationnelle, descriptive et multicentrique a été réalisée à l'aide d'un questionnaire au format papier. Il était destiné à des femmes en âge de procréer ayant accouché en maternité parisienne. Elle a porté sur 255 femmes et s'est déroulée du 01^{er} octobre 2020 au 31 janvier 2021.

Résultats : Il a été mis en avant que 32,2% des femmes interrogées connaissaient l'existence de la consultation préconceptionnelle et que 23,9% des femmes ont déclaré avoir exposé leur projet de grossesse à un professionnel de santé au cours de cette consultation. Les femmes n'ayant pas participé ont quant à elles évoqué pour la majorité (63,4%) qu'elles auraient aimé avoir recours à ce type d'entretien. Différents facteurs influençant la connaissance et la participation ont été mis en évidence (le projet de grossesse a une influence positive sur la connaissance et la primiparité, la présence d'une pathologie préexistante et le haut niveau d'étude des femmes influencent positivement la participation).

Conclusion : Il faut promouvoir la consultation préconceptionnelle de sorte que les femmes en aient connaissance et puisse y participer. Il s'agit en effet d'un outil de santé publique majeur qui intéresse fortement les femmes mais auquel elles participent peu par méconnaissance.

Mots clés : consultation préconceptionnelle, projet de grossesse, prévention, acide folique, couple

Abstract

Title : Preconception consultation

Introduction : The aim of the study was to estimate women's knowledge regarding recommendations for preconception consultation and to evaluate the participation rate.

Population and method : An observational, descriptive and multi-centric study was carried out using a paper questionnaire. It was aimed at women of childbearing age who had given birth in Parisian maternity wards. It involved 255 women and took place from October 1st, 2020 to January 31st, 2021.

Results : It was found that 32.2% of the women surveyed knew preconception consultation and 23.9% of the women have stated that they had set out their pregnancy plan to a health professional during this consultation. Most women who did not participate (63.4%) said that they would have liked to have had this type of interview. Several factors influencing the knowledge and rate of participation of this consultation were brought to light (pregnancy plan has a positive impact on the knowledge of the consultation; primiparas and women with high level of schooling or with pathologies participate more frequently etc.)

Conclusion : Preconception consultation must be promoted so that women are aware of it and can participate. It is a major public health tool that is of great interest to women but in which they participate little by ignorance.

Keywords : Preconception consultation, pregnancy planning, prevention, folic acid, couple

