



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2018

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**Santé pré-conceptionnelle : enquête auprès des femmes dans la région
Audomaroise**

Présentée et soutenue publiquement le 23 mai 2018 à 16 heures
Au Pôle Formation
Par Hélène Henry

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Claude-Alain MAURAGE

Assesseurs :

Madame la Professeur Véronique HOUFFLIN-DEBARGE

Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Michaël ROCHOY

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs.

Liste des abréviations

CNGOF	Collège National Des Gynécologues et Obstétriciens Français
CNIL	Comité National de l'Informatique et des Libertés
DTP	Diphthérie, tétanos, poliomyélite
HAS	Haute Autorité de Santé
IMG	Interruption Médicale de Grossesse
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
SA	Semaine d'aménorrhées
ROR	Rougeole Oreillons Rubéole
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

Table des matières

Résumé	1
Matériels et Méthodes	4
Résultats	6
Discussion	11
Références bibliographiques	17
Annexes	20

RESUME

Introduction : Pour améliorer la santé des femmes et éviter d'éventuelles complications obstétricales, les couples devraient bénéficier en période pré-conceptionnelle d'informations et de messages de prévention. En France, la consultation pré-conceptionnelle est peu réalisée. L'objectif de notre étude était de faire un état des lieux des connaissances des femmes en âge de procréer en matière de santé pré-conceptionnelle afin d'optimiser sa prise en charge.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive observationnelle. Un questionnaire standardisé a été élaboré à partir des recommandations de la Haute autorité de santé et distribué entre les 12 et 24 juillet 2017 aux patientes qui consultaient au centre hospitalier de Saint-Omer pour un suivi de grossesse.

Résultats : 140 patientes ont été incluses. L'âge moyen des patientes était de $28,8 \pm 5,4$ ans. Dans 76 % des cas, la grossesse était programmée. 30 % des patientes fumaient, en réduisant leur consommation moyenne de 16 à 5 cigarettes par jour. Les statuts liés aux infections sexuellement transmissibles étaient connus par moins de 50 % des patientes. Les recommandations en rapport avec le mode de vie (alcool, tabac et régime alimentaire) étaient bien connues. Seulement 17 % ont pris de l'acide folique en période pré-conceptionnelle. 79 % des patientes déclaraient que leur vaccination était à jour. La consultation pré-conceptionnelle n'était connue que par 5 % des patientes.

Conclusion : Même si certaines connaissances semblent acquises, elles restent pour autant fragiles et incomplètes. Des informations ciblées pourraient inciter les femmes à consulter.

Introduction

La consultation pré-conceptionnelle : définition

La consultation pré-conceptionnelle se définit comme l'ensemble des mesures permettant de repérer les situations à risque pouvant être associées à une morbidité materno-fœtale au cours de la grossesse à venir et les interventions qui en découlent (1).

Dans le but d'améliorer la santé des femmes et afin d'éviter d'éventuelles complications obstétricales, les couples devraient bénéficier en période pré-conceptionnelle d'informations et de messages de prévention. Cette consultation peut être réalisée par un médecin généraliste, un gynécologue médical, un gynécologue-obstétricien ou une sage-femme. Les informations peuvent être délivrées en réponse aux questions posées par une femme ou un couple ayant un projet de grossesse clairement exprimé, dans le cadre d'un suivi gynécologique régulier, ou si le professionnel venait à avoir connaissance d'un projet de mariage ou de vie de couple (2).

La consultation pré-conceptionnelle : historique

Avant 2007, la consultation et le certificat prénuptial étaient obligatoires pour tout mariage civil (**Annexe 1**). Son objectif était d'établir un bilan de santé des futurs époux et de les informer sur des sujets tels que les maladies sexuellement transmissibles, la maternité et l'hygiène de vie. Il était délivré par le médecin après deux consultations médicales et la réalisation d'examens complémentaires.

Devant son coût et surtout devant l'évolution sociétale, notamment l'augmentation des naissances hors mariage (37,2 % en 1994, 51,7 % en 2007 et 59,7 % en 2016 (3)), le certificat prénuptial a été supprimé par la loi du 20 décembre 2007 (4).

En 2007, le CNGOF attirait l'attention sur la nécessité d'une consultation avant la grossesse, afin de la préparer dans les meilleures conditions (5) .

La santé pré-conceptionnelle est un sujet d'actualité et a fait l'objet au cours de ces dernières années de recommandations en France (6)(7)(8)(9)(10). Un congrès européen en octobre 2010 a d'ailleurs été consacré à ce sujet (11).

Intérêt de la consultation préconceptionnelle

Le taux de mortinatalité (nombre d'enfants nés sans vie) est estimé à 8,9 ‰ en 2013 en France (8,5 ‰ dans la région Nord-Pas-De-Calais), dont 60 % sont spontanés et 40 % induits dans le cadre d'une interruption médicale de grossesse (12). La mortalité néonatale (décès avant 28 jours) est de 2,44 ‰ (13) : les anomalies congénitales et chromosomiques sont l'une des principales causes de ces décès (14)(15).

L'âge des parturientes est de plus en plus élevé et atteint aujourd'hui 30 ans en moyenne en France (16). Ce phénomène entraîne une augmentation des risques d'anomalies chromosomiques et de complications obstétricales (17)(18).

La première consultation obstétricale se situe vers la 10^{ème} semaine d'aménorrhées (SA), date à laquelle l'organogénèse est presque terminée (19) (**Annexe 2**).

La consultation pré-conceptionnelle contribue à diminuer les risques de morbidité materno-fœtale, ainsi que les taux de mortinatalité et de mortalité néonatale. Il s'agit avant tout d'une consultation préventive qui consiste à faire le point sur la santé de la future maman.

En France, cette consultation est très peu réalisée (20)(21)(22). Une thèse menée auprès de généralistes a montré que la prévention pré-conceptionnelle est effectuée dans son ensemble au fil des consultations courantes et non pas au cours d'une consultation dédiée, et qu'elle dépend, des médecins d'une part, et des patientes d'autre part (23). Mais parmi toutes les informations délivrées classiquement lors d'une consultation pré-conceptionnelle, lesquelles sont vraiment connues des femmes n'ayant pas bénéficié de celle-ci ?

Objectif

L'objectif principal de notre étude était de réaliser un état des lieux des connaissances des femmes en âge de procréer en matière de santé pré-conceptionnelle. L'objectif secondaire était de déterminer ces connaissances selon le statut primigeste ou multigeste.

MATERIELS ET METHODES

Type d'étude

Il s'agit d'une étude observationnelle, épidémiologique et prospective réalisée entre les 12 et 24 juillet 2017 au centre hospitalier de Saint-Omer.

Critères d'inclusion et d'exclusion

Etaient incluses toutes les femmes consultant au Centre hospitalier de Saint-Omer pour un suivi de grossesse sur la période.

Etaient exclus les questionnaires incomplets sur les variables d'intérêt (en pratique, les patientes ayant répondu aux questions socio-démographiques uniquement, ou ayant oublié de tourner la page).

Recueil de données

Le recueil de données a été réalisé par l'intermédiaire d'un questionnaire standardisé anonyme distribué et complété par les patientes en salle d'attente après recueil de leur consentement. Une aide pour remplir le questionnaire pouvait être apportée par les sages-femmes et les gynécologues-obstétriciens.

Le questionnaire a été élaboré à partir des recommandations de la Haute autorité de santé (HAS) publiée en 2009 (2) (**Annexe 3**). Il était composé de questions fermées concernant les caractéristiques démographiques de la population étudiée et les principales étapes de la consultation pré-conceptionnelle à savoir :

- l'évaluation maternelle : antécédents (médicaux, chirurgicaux, gynécologiques, obstétricaux), thérapeutiques en cours, pathologies héréditaires, examen clinique, comportements (alcool, tabac)
- les dépistages sanguins : détermination du groupe sanguin, sérologie VIH, sérologie toxoplasmose, sérologie des hépatites B et C, sérologie syphilis
- les vaccinations : rubéole, grippe, DTP, coqueluche, hépatite B, varicelle
- la prescription d'acide folique
- les principaux messages de prévention et d'hygiène de vie.

Il a été relu et retravaillé suite aux remarques de plusieurs médecins et sages-femmes.

Une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL) a été réalisée sous le numéro 2079299v0 (**Annexe 4**).

Analyses statistiques

Les questionnaires ont été intégrés dans un tableur Excel.

Les statistiques quantitatives ont été décrites en moyenne \pm écart-type. Les variables qualitatives ont été décrites en valeur absolue (%). Les comparaisons ont été réalisées avec le test de Chi² en vérifiant que les valeurs théoriques étaient supérieures à 5, avec un seuil de significativité à 5 %.

RESULTATS

Deux cents questionnaires ont été distribués aux femmes enceintes, 150 ont été restitués remplis et 10 questionnaires ont été exclus en raison de données manquantes. Au total, 140 questionnaires ont donc été analysés.

Caractéristiques de la population (femmes enceintes de la région Audomaroise)

Parmi les 140 patientes, âgées de 17 à 42 ans, 57 étaient primigestes (40,7 %) et 83 multigestes avec 1,7 enfant en moyenne. L'âge moyen était de 26,4 ans pour les primigestes et 30,5 ans pour les multigestes. La grossesse était programmée pour 46 primigestes (81 %) et 61 multigestes (73 %) ($p = 0,32$) (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques des 140 patientes ayant répondu au questionnaire

Caractéristiques	Valeurs*
Age	28,8 ± 5,4
Situation familiale	
• En couple	131 (93,6 %)
• Célibataire	9 (6,4 %)
Situation professionnelle	
• Chômage	16 (11,4 %)
• En activité	79 (56,4 %)
• Sans emploi	45 (23,1 %)
Nombre moyen d'enfants avant la grossesse	1 ± 1,3
Nombre de consultations chez le médecin traitant en une année	5 ± 4,1
Contraception avant la grossesse (N = 132**)	
• Pilule (œstroprogestative ou microprogestative)	103 (73,6 %)
• Implant microprogestatif	4 (2,9 %)
• Dispositif intra-utérin	12 (8,6 %)
• Préservatifs	5 (3,7 %)
• Autre	8 (5,7 %)
Grossesse programmée	107 (76,4 %)
Délai moyen entre arrêt de la contraception et début de grossesse (en mois)	7 ± 9,5

*Les variables quantitatives ont été exprimées sous la forme : moyenne ± écart-type. Les variables qualitatives ont été exprimées sous la forme : valeur absolue (%). ** Huit données manquantes.

Parmi les 79 patientes actives, plus de la moitié étaient employées et aucune n'était agricultrice (figure 1).

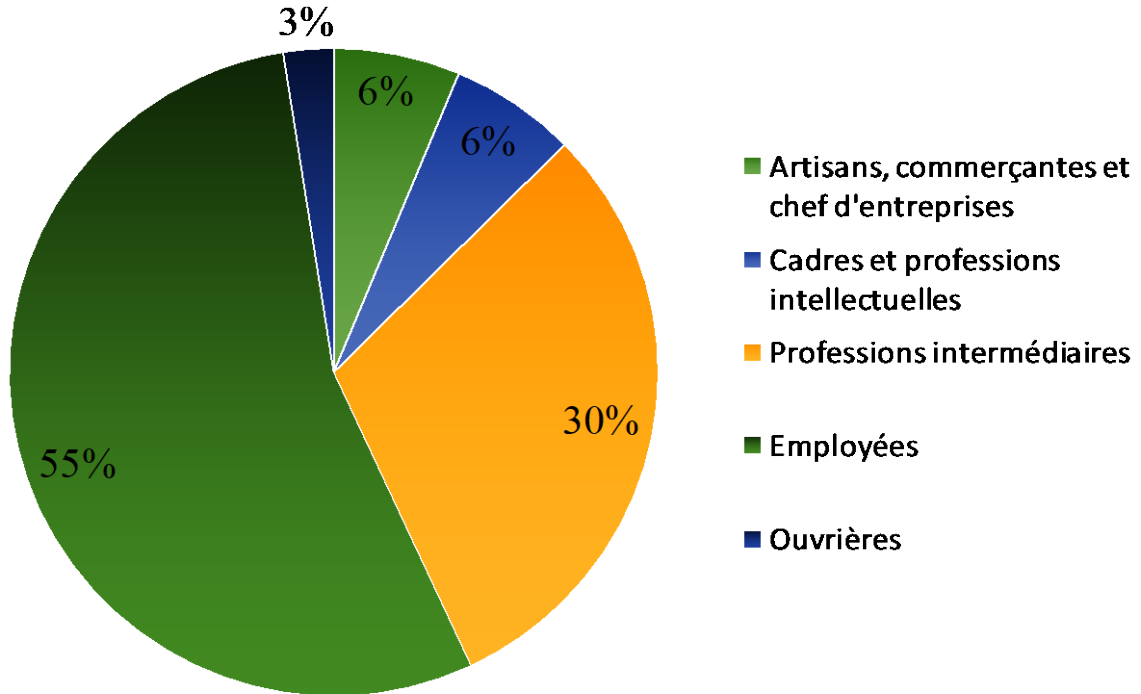


Figure 1 : Répartitions des patientes actives dans notre population

Évaluation maternelle

Parmi les 140 patientes interrogées, 28 avaient moins de 25 ans (dont 8 avaient réalisé un frottis cervico-utérin dans les trois dernières années, soit 32 %) et 112 avaient 25 ans ou plus (dont 85 avaient réalisé un frottis cervico-utérin dans les trois dernières, soit 76 %). Trois patientes avec une pathologie chronique avaient un traitement en cours (2,1 %) (Tableau 2).

Tableau 2 : Caractéristiques et évaluation de l'état de santé des 140 patientes

Caractéristiques	Primigeste (N = 57)	Multigeste (N = 83)	p
Avant votre grossesse, connaissiez-vous :			
• Poids/taille	54 (95 %)	76 (92 %)	0,47
• Tension artérielle	33 (58 %)	38 (46 %)	0,16
• Groupe sanguin	39 (68 %)	80 (96 %)	< 0,001
• Groupe sanguin paternel	27 (47 %)	57 (70 %)	0,007
Avez-vous des :			
• antécédents gynécologiques et obstétricaux ?	11 (19 %)	25 (30 %)	0,15
• pathologies héréditaires ?	7 (12 %)	10 (12 %)	0,97
• pathologies chroniques ?	1 (2 %)	5 (6 %)	0,22
Avez-vous eu un examen gynécologique avant la grossesse ?	31 (54 %)	41 (49 %)	0,56
Avez-vous fait un frottis cervico-utérin dans les 3 dernières années ?	31 (54 %)	62 (75 %)	0,01
Tabagisme actif pendant la grossesse	17 (30 %)	26 (31 %)	0,85
Consommation d'alcool avant la grossesse	35 (61 %)	27 (32 %)	< 0,001
Modification de l'alimentation	28 (49 %)	33 (40 %)	0,27

Les variables qualitatives ont été exprimées sous la forme : valeur absolue (%). NA : non applicable

Dans notre population, 30 % des patientes fumaient : en moyenne $16 \pm 7,4$ cigarettes par jour avant la grossesse et $5 \pm 4,6$ cigarettes par jour pendant la grossesse. Aucune patiente interrogée ne déclarait consommer de drogue avant la grossesse ; toutes les patientes déclaraient ne pas consommer d'alcool pendant la grossesse

Dépistages sanguins

Avant la grossesse, les femmes multigestes connaissaient de façon statistiquement plus fréquente leur statut toxoplasmose que les primigestes. Les statuts liés aux infections sexuellement transmissibles étaient connus par moins de 50 % des patientes (Tableau 3).

Tableau 3 : Connaissance des sérologies sanguines avant la grossesse

Caractéristiques	Primigeste (N = 57)	Multigeste (N = 83)	p
Hépatite B	21 (44 %)	34 (49 %)	0,56
Hépatite C	14 (30 %)	30 (45 %)	0,11
Syphilis	17 (36 %)	25 (38 %)	0,80
VIH	26 (51 %)	40 (55 %)	0,66
Toxoplasmose	15 (26 %)	65 (78 %)	< 0,001

* Les variables qualitatives ont été exprimées sous la forme : valeur absolue (%) sur un échantillon de 140 personnes

Vaccinations

Concernant les vaccinations, 3 primigestes et 4 multigestes déclaraient ne pas être pas à jour ; 22 ignoraient leur statut ; 45 primigestes (79 %) et 66 multigestes (80 %) déclaraient qu'elles étaient à jour ($p = 0,90$). Pourtant, seulement 63 % des patientes déclaraient connaître leur statut quant à la rubéole (principalement des multigestes) (Tableau 4).

Tableau 4 : Connaissance des statuts vaccinaux avant la grossesse

Caractéristiques	Primigeste (N = 57)	Multigeste (N = 83)	p
Statut vis-à-vis de la rubéole	25 (43 %)	63 (76 %)	< 0,001
Statut vis-à-vis de la varicelle	44 (77 %)	72 (87 %)	0,14
Recommandation vaccination antigrippale et grossesse	5 (9 %)	30 (36 %)	< 0,001

*Les variables qualitatives ont été exprimées sous la forme : valeur absolue (%).

Prescription d'acide folique

Parmi les 38 patientes qui ont eu des vitamines prescrites par leur médecin (32 % des primigestes et 24 % des multigestes, $p = 0,33$), 24 femmes ont pris de l'acide folique, 1 un complexe multivitaminé comportant 0,4 mg de vitamine B9 (BEROCCA®), 1 de la vitamine C, 2 du fer, 4 de la vitamine D et 6 ne savaient pas quelle vitamine.

Prévention de la listériose

Soixante-quatre patientes déclaraient connaître les principes afin d'éviter la listériose : 19 (33 %) des primigestes et 45 (54 %) des multigestes ($p = 0,01$).

Consultation pré-conceptionnelle et projet de grossesse

Parmi les 140 patientes interrogées, 19 primigestes (33 %) et 15 multigestes (18 %) ont déclaré avoir consulté leur médecin afin de parler de leur projet de grossesse ($p = 0,04$). Au total, seulement 7 (5%) patientes avaient connaissance de l'existence de la consultation pré-conceptionnelle : 2 primigestes et 5 multigestes ($p = 0,50$).

DISCUSSION

Résultats principaux

Nous avons interrogé 140 patientes, dont 57 primigestes et 83 multigestes, consultant au Centre Hospitalier de Saint-Omer pour un suivi de grossesse. Cette grossesse était programmée dans 76 % des cas, mais seulement 24 % en ont parlé avec leur médecin au préalable.

Les multigestes avaient quelques caractéristiques différentes des primigestes : elles étaient logiquement un peu plus âgées (30 vs 26 ans) et avaient plus souvent eu un frottis cervico-utérin dans les 3 dernières années. Elles consommaient moins d'alcool avant la grossesse, connaissaient mieux leur groupe sanguin et celui du père, leur statut quant à la toxoplasmose, la rubéole, la recommandation d'une vaccination anti-grippale, les mesures de prévention de la listériose. Elles avaient moins consulté leur médecin généraliste en prévision de cette grossesse.

Dans notre étude, les sérologies liées aux infections sexuellement transmissibles (VHB, VHC, VIH, syphilis) étaient connues par moins de la moitié des patientes. Les statuts vaccinaux étaient méconnus ou non à jour dans 21 % des cas ; 63 % des patientes connaissaient leur statut quant à la rubéole, et 83 % quant à la varicelle. La recommandation de vaccination anti-grippale était également peu connue (36 % des multigestes, 5 % des primigestes). Seulement 18 % des femmes interrogées avaient bénéficié d'une supplémentation par acide folique, et 46 % connaissaient les principes de prévention de la listériose avant la grossesse.

Bien qu'elle semble encore utile pour les primigestes et multigestes, la consultation pré-conceptionnelle était connue par seulement 5 % des patientes.

Comparaison à la littérature

En 2017, l'âge moyen des femmes au moment de l'accouchement était de 30 ans selon l'INSEE (16). Dans notre étude, l'âge moyen était légèrement inférieur, à savoir 28,8 ans.

L'intérêt des différents éléments recherchés au cours de la consultation pré-conceptionnelle (statuts vaccinaux, hygiène de vie, etc.) sont bien connus (**Annexe 5**). La prescription d'une biologie avant la grossesse n'est pas réalisée de manière systématique. Dans la thèse de C. Pacchioni, deux tiers des femmes considéraient qu'il était très important de dépister les infections sexuelles transmissibles avant une grossesse mais seulement un tiers des femmes estimaient qu'il était « très important » de réaliser un bilan biologique (24).

Un des points clés de la consultation pré-conceptionnelle est la vérification du carnet de vaccination. La vaccination en pré-conceptionnel s'impose comme une prévention essentielle (25). Les vaccinations contre la rubéole, la rougeole, les oreillons et la varicelle protègent les femmes et permettent de transmettre les anticorps maternels au nourrisson en attendant qu'il ait atteint un âge lui permettant d'être vacciné (26). Dans notre étude, 79 % des patientes déclaraient que leurs vaccinations étaient à jour. Dans la thèse de C. Pacchioni, seul un tiers de la population estimait qu'il était très important de mettre à jour ses vaccins avant une grossesse (24).

Dans notre étude, moins de deux tiers des patientes déclaraient connaître leur statut vis-à-vis de la rubéole. A titre comparatif, et en l'absence de données plus récentes chez les adolescents âgés de 15 ans, la couverture ROR deux doses était de 70 % en 2008-2009 (27).

Dans notre étude, 82,3 % des femmes connaissaient leur statut vis-à-vis de la varicelle ; en France, une étude réalisée entre 2003 et 2004 a montré que la séroprévalence de la varicelle atteint un taux de 95 % à l'âge de 30 ans (28).

Un des constats marquant de notre étude est la méconnaissance des recommandations de la vaccination anti-grippale. En France, la couverture vaccinale reste faible (22,7 % en 2009) malgré son intérêt (29)(30)(31). Dans la thèse de A. Caroux, le manque d'informations est le principal frein à la vaccination des femmes enceintes, les femmes méconnaissent la possibilité et l'utilité de cette vaccination (32). A noter que la période de recrutement n'a pas été réalisée en période de campagne vaccinale, ce qui pourrait expliquer en partie ce résultat.

Concernant le faible taux de prise d'acide folique (17 %), des résultats similaires sont retrouvés dans la littérature : l'étude de C. Pacchioni réalisée en 2016 révèle que près de la moitié des femmes n'avaient pas connaissance de la supplémentation en acide folique et que parmi celles qui en avaient connaissance, seules deux tiers savaient à quel moment la débiter (24). La prise d'acide folique reste faible en France (23 % en

2016) (33) et ce malgré les campagnes de prévention menées auprès des femmes et des professionnels de santé par l'INPES (**Annexe 6**).

Dans notre étude, 44 % des femmes déclaraient consommer de l'alcool avant la grossesse, et parmi ces femmes 96 % ont modifié leur consommation une fois enceinte. Il semble que cette recommandation soit bien connue de tous, probablement grâce aux campagnes de santé publique et le message répété « zéro alcool pendant la grossesse ».

A titre de comparaison des résultats similaires sont mis en évidence dans l'enquête de l'INPES de 2004 : une grande majorité de Français (82 %) a conscience qu'il ne faut pas boire d'alcool pendant la grossesse. Cependant, même si 82 % des Français estiment qu'être ivre au moins une fois pendant la grossesse peut entraîner des risques pour la santé du bébé, 40 % pensent que ce n'est qu'à partir d'une consommation quotidienne d'alcool que ces risques apparaissent. De la même façon, pour près de la moitié des Français, les risques effectifs pour le futur bébé n'apparaissent qu'en cas de consommation « excessive » d'alcool (34). Dans une enquête périnatale de 2010, 19,7 % des interrogées déclaraient avoir consommé de l'alcool au moins une fois pendant la grossesse (33), ce qui démontre que les messages de préventions bien que connus ne sont pas encore suffisants.

Dans notre étude, moins d'un tiers des patientes étaient fumeuses et on note la diminution de leur consommation pendant la grossesse sans pour autant avoir effectué un arrêt total. Des résultats identiques ont été observés dans la littérature : 37 % des femmes étaient fumeuses avant le début de leur grossesse et 19,5 % des femmes enceintes continuaient de fumer pendant tout ou partie de celle-ci (35). La recommandation sur l'arrêt du tabac pendant la grossesse semble connue des femmes, dans la thèse de C. Pacchioni, 88,8 % estimaient connaître ces recommandations.

Enfin, dans notre étude, seulement 5 % des patientes connaissaient l'existence d'une consultation préconceptionnelle et 34 % des femmes déclaraient avoir consulté un professionnel de santé pour parler de leur désir de grossesse, ce qui révèle l'intérêt que présentent les femmes pour le bon déroulement de leur future grossesse. Dans la thèse de L. Py, 30,4 % des patientes connaissaient la consultation préconceptionnelle (2). Dans une autre thèse, une femme sur deux déclare penser qu'il est souhaitable de consulter un médecin avant une grossesse (24). Les femmes informées considèrent la consultation pré-conceptionnelle comme une étape à part

entière de la grossesse et souhaitent la mise en place d'un suivi pré-conceptionnel (36). Ces constats sont encourageants et s'amélioreront si dans le futur la consultation pré-conceptionnelle était mise en avant par les professionnels de santé (médecin généraliste, sage-femme, gynécologue-obstétricien...).

Il serait utile de marquer les esprits par le biais d'une campagne d'information sur l'existence et l'intérêt de cette consultation, même s'il est démontré que les informations affichées seules ne suffisent pas à changer les comportements (37).

Forces et limites

Cette étude nous a permis de mettre en exergue les connaissances des femmes en matière de santé pré-conceptionnelle et de mettre l'accent sur différents points (prescription acide folique, statut vaccinal, infectiologie et hygiène de vie). Nous montrons également que les règles ne sont pas suffisamment connues chez les femmes ayant déjà eu une grossesse pour s'en dispenser.

Un biais de sélection est possible à plusieurs niveaux. D'une part, quelques répondantes n'ayant pas rempli complètement le questionnaire ont été exclues. D'autre part, le questionnaire était rempli sur la base du volontariat et le taux de non-répondants n'a pas été analysé ; il n'y a néanmoins pas lieu d'imaginer que seules les femmes ayant des difficultés aient rempli le questionnaire. Enfin, notre étude est unicentrique dans l'Audomarois. Néanmoins, pour limiter les biais de sélection, nous avons utilisé des critères d'inclusions larges : il n'y a pas eu de sélection via différents critères comme le nombre de grossesses antérieures, le terme de la grossesse, la langue... Toutes les femmes qui consultaient pour un suivi de grossesse étaient systématiquement invitées à répondre à ce questionnaire, avec l'aide si nécessaire du gynécologue-obstétricien ou de la sage-femme.

Un biais d'information à type de biais de mémorisation était possible car nous avons interrogé toutes les femmes enceintes consultant au centre hospitalier de Saint-Omer, quel que soit le terme de la grossesse. Or, les questions se basaient sur le souvenir des connaissances avant la grossesse. Néanmoins, les résultats rapportés semblent cohérents avec notamment de meilleures connaissances chez les femmes multigestes par rapport aux primigestes.

Notre étude se base sur les connaissances déclarées des patientes, et non sur la réalisation des bonnes consignes alimentaires ou le statut vaccinal réel. Il serait intéressant pour ce dernier point de croiser avec les données du médecin traitant.

Il ne nous a pas été possible de traiter l'ensemble des items liés à la consultation pré-conceptionnelle (risques liés à l'automédication, la pénibilité au travail, les risques professionnels...), ces sujets étant relativement vastes et ne se prêtant pas aux questions fermées.

Enfin, quant à la méconnaissance de la « consultation pré-conceptionnelle », il est possible que les patientes en aient bénéficié sans que leur médecin (généraliste ou gynécologue-obstétricien) ne l'ait explicitement nommée ainsi.

Perspectives

La consultation préconceptionnelle est le pilier de la prévention obstétricale ; anticiper est le maître mot de la prévention (38). Notre étude a montré que les femmes méconnaissent l'existence de la consultation pré-conceptionnelle. Des campagnes d'informations sur l'intérêt et l'existence de cette consultation pourraient aider à sensibiliser les femmes à la santé pré-conceptionnelle. De nouvelles affiches, par exemple, pourraient être mises en place dans les salles d'attentes des médecins avec des messages clairs tels que :

- ***Vous avez un projet de grossesse, parlez-en à votre médecin***
- ***Désir de grossesse, venez consulter***
- ***Désir de grossesse, médecins sages-femmes peuvent répondre à vos questions***
- ***Désir de grossesse, une consultation pré-conceptionnelle existe***
- ...

Conclusion

La consultation pré-conceptionnelle a pour objectif d'améliorer la santé de la future maman et de son enfant. Son intérêt a été remis en évidence dans notre étude, où il persistait des incertitudes quant aux statuts vaccinaux (rubéole, varicelle notamment), aux conseils alimentaires concernant la listériose, et où la prescription d'acide folique préventive était peu suivie. Nous avons également montré que la consultation avait sa place chez les patientes ayant déjà eu des grossesses auparavant.

Même si certaines connaissances semblent acquises elles restent pour autant fragiles et incomplètes.

Il paraît indispensable de mieux informer les femmes en âge de procréer par le biais de campagne de santé publique, la diffusion d'affiche via l'INPES pourrait inciter les femmes à consulter.

Enfin, le médecin traitant, principal référent médical des patientes, est un intervenant privilégié pour promouvoir la santé pré-conceptionnelle : alors que les $\frac{3}{4}$ des grossesses étaient programmées, que le délai moyen de conception était de 7 mois et que les femmes consultaient en moyenne 5 fois leur médecin traitant dans l'année, elles n'étaient qu'un quart à avoir évoqué leur désir de grossesse avec lui.

La consultation pré-conceptionnelle est avant tout une consultation préventive. Le médecin traitant est un acteur de premier ordre dans la prévention.

Il convient donc à chaque médecin de mettre en avant l'existence d'une consultation dédiée à la conception. La promotion de cette consultation pourrait s'intégrer dans une prise charge spécifique, au même titre que la première prescription d'une contraception chez la jeune fille, elle pourrait bénéficier d'une cotation et d'une rémunération majorée, compte tenu de la complexité de cette consultation.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Raynal P. La consultation préconceptionnelle. *Gynécologie Obstétrique Fertil.* juill 2010;38(7- 8):481- 5.
2. Haute Autorité de Santé. Projet de grossesse informations, messages de prévention, examens à proposer - argumentaire. 2010. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-01/projet_de_grossesse_informations_messages_de_prevention_examens_a_proposer_-_argumentaire.pdf
3. Insee. Naissances hors mariage en 2016. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381394>
4. Legifrance. Loi n° 2007-1787 du 20 décembre 2007 relative à la simplification du droit. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do;jsessionid=E14B540E5BA7773B9C29E3D75FD2C471.tpdjo02v_3?cidTexte=JORFTEXT000017727195&categorieLien=id
5. CNGOF. Pour une consultation avant la grossesse. Communiqué de presse. 19 octobre 2007. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/D_TELE/071019consult-preconcept.pdf
6. Haute Autorité de Santé - Projet de grossesse : consultation préconceptionnelle. 2012. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1122036/fr/projet-de-grossesse-consultation-preconceptionnelle
7. Haute Autorité de Santé. Comment mieux informer les femmes enceintes - recommandations. 2005. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/infos_femmes_enceintes_rap.pdf
8. Haute Autorité de Santé. Suivi et orientation des femmes enceintes en fonction des situations à risque identifiées. 2016. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/suivi_orientation_femmes_enceintes_synthese.pdf
9. Dreux C, Crépin G. Prévention des risques pour l'enfant à naître : nécessité d'une information bien avant la grossesse. Rapport de l'Académie nationale de médecine. Disponible sur <http://www.orpha.net/actor/Orphanews/2006/doc/Acad-med.doc>
10. CNGOF. La consultation préconceptionnelle. Disponible sur: <http://www.cngof.fr/grossesse/197-la-consultation-preconceptionnelle-2>
11. Congrès Européen sur les « Soins Préconceptionnels et la Santé préconceptionnelle ». Recommandation preconceptional. Octobre 2010. Disponible sur: http://www.one.be/fileadmin/user_upload/accomp/coordination_medicale/Recom_preconceptional_care_Fr.pdf
12. Mouquet MC, Rey S, Matet N, Barrois J. Le nouveau suivi de la mortinatalité en France depuis 2012. Etude et résultats n°901. Disponible sur: <https://www.epsilon.insee.fr/jspui/bitstream/1/24835/1/er901.pdf>
13. Insee. Evolution de la mortalité infantile et de ses diverses composantes. Disponible sur: https://www.insee.fr/fr/statistiques/fichier/2045139/irsocsd2014_t70_f.xls
14. Quibel T, Bultez T, Nizard J, Subtil D, Huchon C, Rozenberg P. Morts fœtales in utero. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction.* déc 2014;43(10):883- 907.
15. Blondel B, Bréart G. Mortinatalité et mortalité néonatale. *EMC-Pédiatrie.* 2004;1(1):97-108.

16. Insee. Âge moyen de la mère à l'accouchement en 2016. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2381390>
17. Khoshnood B, Bouvier-Colle M-H, Leridon H, Blondel B. Impact de l'âge maternel élevé sur la fertilité, la santé de la mère et la santé de l'enfant. *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de la Reproduction*. 2008;37(8):733-4.
18. Belaisch-Allart J, Castaing N, Grefenstette I, Larousserie F, Mayenga JM, Mokdad A, Moumin H. Désir tardif d'enfant : les risques materno-foetaux. CNGOF : extrait des mises à jour en gynécologie médicale. 2008. Disponible sur: http://www.cngof.asso.fr/d_livres/2008_GM_073_belaisch.pdf
19. Poujade O, Luton D. Intérêts de la consultation préconceptionnelle. *Réalités en gynécologie-obstétrique*. 2008;133
20. Paradis S, Bourgogne C. Fréquence de la consultation préconceptionnelle dans les pays de l'Union Européenne: une revue systématique de la littérature = Frequency of preconception care in European Union countries : a systematic review. Thèse d'exercice. Université Grenoble Alpes; 2016.
21. Dupanloup CP. Obstacles à la consultation préconceptionnelle en médecine générale: enquête qualitative auprès de 20 femmes en âge de procréer. Thèse d'exercice. Université Joseph Fourier Grenoble; 2012.
22. Py L. Information des femmes et réalisation de la consultation pré-conceptionnelle en région Midi-Pyrénées. Thèse d'exercice. Université Toulouse III; 2014.
23. Boruchot B. Consultation préconceptionnelle en médecine générale: étude qualitative auprès de 15 médecins généralistes d'Ile-de-France. Thèse d'exercice. Université Paris Diderot - Paris 7. UFR de médecine; 2009.
24. Pacchioni C. Santé préconceptionnelle : connaissances des femmes nullipares en 2016. Thèse d'exercice. Université Picardie Jules Verne Amiens; 2017.
25. Swennen B. La vaccination en préconceptionnel ? *Rev Médecine Périnatale*. 2011;3(3):116.
26. Belot V, Bensoussan JL, Blanchet F, Chevalier I, Coponat S, Curat AM, Curty C, Grangé G, Kremp O, Launay O, Partouche H. Vaccination avant, pendant et après la grossesse. INPES. 2017. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1778.pdf>
27. Couverture vaccinale en France en 2014 : bilan. Disponible sur: <https://www.mesvaccins.net/web/news/6140-couverture-vaccinale-en-france-en-2014-un-bilan-contraste>
28. Khoshnood B, Debruyne M, Lançon F, Emery C, Fagnani F, Durand I, et al. Seroprevalence of varicella in the French population. *Pediatr Infect Dis J*. 2006;25(1):41- 4.
29. Bulifon S, Tsatsaris V, Goffinet F, Mignon A, Batteux F, Delfraissy J-F, et al. Pandémie grippale A/H1N1v, grossesse et vaccination. *Médecine Mal Infect*. 2010;40(12):696- 702.
30. Anselem O, Floret D, Tsatsaris V, Goffinet F, Launay O. Grippe au cours de la grossesse. *Presse Médicale*. 2013;42(11):1453- 60.
31. Guthmann J-P. Insufficient influenza A(H1N1)2009 vaccination coverage in the global population and high risk groups during the 2009-2010 pandemic in France. *Bull Epid Hebdo Web*. 2010;3:1-6.
32. Caroux A. Quels sont les freins à la vaccination anti grippale chez les femmes pendant leur grossesse ? Thèse d'exercice. Université Lille 2; 2015.
33. DRESS. Enquête nationale périnatale. Synthèse du rapport 2016. Les naissances et les établissements - Situation et évolution depuis 2010. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese-enp2017.pdf>
34. INPES. Zéro alcool pendant la grossesse - Dossier de presse. 2006. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/06/dp060911.pdf>
36. ANAES. Conférence de consensus : grossesse et tabac. 2014. Disponible sur:

- https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Grossesse_tabac_court.pdf
37. Bosch A, Jelsch Debar E. Après la consultation préconceptionnelle, paroles de femmes: recherche qualitative par entretiens semi-dirigés Thèse d'exercice. Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.
37. Berkhout C, Willefert-Bouche A, Chazard E, Zgorska-Maynard-Moussa S, Favre J, Peremans L, et al. Randomized controlled trial on promoting influenza vaccination in general practice waiting rooms. *PloS One*. 2018;13(2):e0192155.
39. Harvey T. La consultation préconceptionnelle : nouveau concept ? Effet de mode ? Besoin de santé publique ? *Revue de médecine périnatale*. 2011;3(3):119.
40. Locht C. Coqueluche : dossier d'informations. INSERM. 2016. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/coqueluche>
41. Dehe S, Elefant E, Goujard J, Potier de Courcy G, Boog G, Horovitz J, Masnou P, Philippe HJ. Recommandations pour la prévention des anomalies de la fermeture du tube neural. DGS. 2000. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Recommandations_pour_la_prevention_des_anomalies_de_la_fermeture_du_tube_neural.pdf
42. INPES. Le guide nutrition de la grossesse. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1059.pdf>

ANNEXES

Annexe 1 : Certificat prénuptial

MINISTÈRE DU TRAVAIL ET DES AFFAIRES SOCIALES

ARTICLE L.153 DU CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Le médecin qui, en application du deuxième alinéa de l'article 63 du Code Civil, procède à un examen en vue du mariage ne pourra délivrer le certificat médical prénuptial mentionné par cet article, et dont le modèle est fixé par arrêté (du 7 mars 1997), qu'au vu de résultats d'analyses ou d'examen dont la liste est fixée par voie réglementaire. Une brochure d'éducation sanitaire doit être remise à chacun des futurs conjoints en même temps que le certificat médical.

LOI N° 93-121 DU 27 JANVIER 1993, ART. 48-II

À l'occasion de l'examen médical prénuptial, après information sur les risques de contamination, un test de dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficience humaine est proposé aux futurs conjoints.

DÉCRET N° 92-143 DU 14 FÉVRIER 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal

ARTICLE PREMIER

Le médecin ne peut délivrer le certificat prénuptial prévu à l'article L. 153 du Code de la santé publique qu'au vu du résultat pour les femmes âgées de moins de cinquante ans :

a. Des examens sérologiques de la rubéole et de la toxoplasmose qui sont obligatoirement effectués lors de l'examen prénuptial en l'absence de documents écrits permettant de considérer l'immunité comme acquise ;

b. Du groupe sanguin A, B, O Rhésus standard complété par une recherche d'anticorps irréguliers si le groupe sanguin ouvre une possibilité d'immunisation et dans les cas où existe un risque d'allo-immunisation par suite d'une transfusion antérieure.

Le médecin communique à la personne examinée ses constatations ainsi que les résultats des examens effectués en application des alinéas ci-dessus. Dans les cas graves, il doit faire cette communication par écrit. Lorsque les antécédents ou l'examen le nécessitent, il oriente vers une consultation spécialisée ou un dépistage particulier.

Enfin, le médecin commente la brochure d'information dont le contenu est précisé par arrêté du ministre chargé de la Santé.

CERTIFICAT PRÉNUPTIAL

établi en application de l'article 63 du Code Civil, conformément aux dispositions de l'article L. 153 du Code de la santé publique et de l'article premier du décret n° 92-143 du 14 février 1992 relatif aux examens obligatoires prénuptial, pré et postnatal reproduit dans la colonne ci-contre.



N° 10345*01

Je soussigné, Docteur en médecine, certifie avoir :

- procédé à un **examen clinique** de

Nom, prénom

- pris connaissance, **s'il s'agit d'une femme de moins de 50 ans**, des résultats :

- des examens sérologiques respectifs de la **rubéole** et de la **toxoplasmose** (ces examens n'ont pas à être effectués si l'intéressé peut apporter la preuve écrite de son état d'immunité),

- d'un examen de sang comportant la détermination des **groupes sanguins A, B, O et Rhésus** et, le cas échéant, la recherche d'anticorps irréguliers (si le groupe sanguin ouvre une possibilité d'immunisation et dans les cas où il existe un risque d'allo-immunisation par suite d'une transfusion antérieure) ;

- fait part de mes constatations à l'intéressé(e) ainsi que des résultats des examens et l'avoir orienté(e), le cas échéant, vers une consultation spécialisée ou un dépistage particulier; si la future conjointe est de groupe Rhésus négatif, je l'ai informée de la nécessité de recourir à une prévention d'immunisation Rhésus D par injection d'immunoglobulines anti-D dans les 72 heures qui suivent chaque accouchement d'un enfant Rhésus positif ou chaque interruption de grossesse ;

- proposé un test de dépistage du virus de l'immuno-déficience humaine aux futurs conjoints, après les avoir informés sur les risques de contamination ;

- commenté la brochure d'information remise aux conjoints.

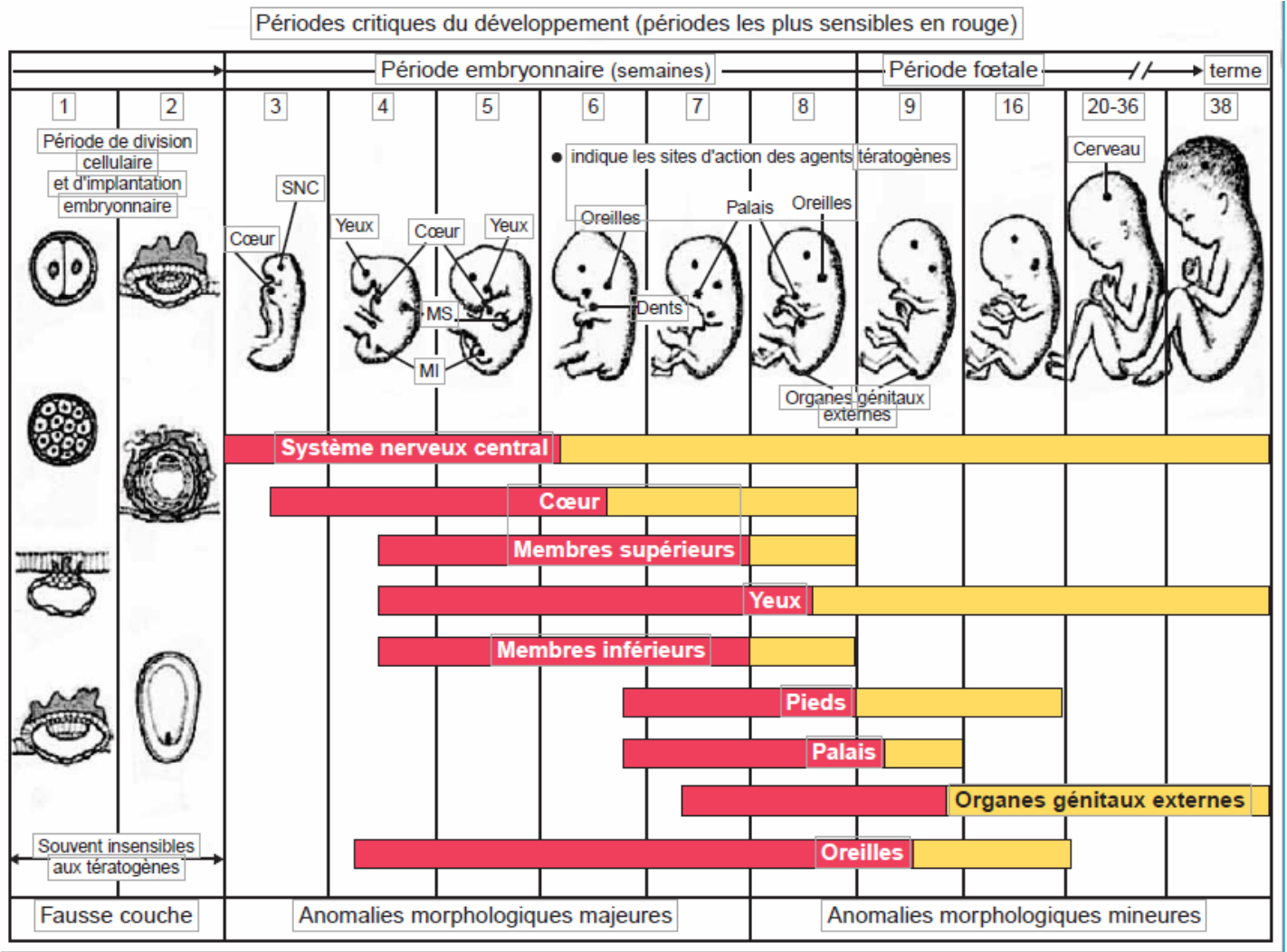
A

le

Cachet et signature

Mod. 503104 - BERGER-LEVRAULT - NANCY (D)

Annexe 2 : Période du développement embryonnaire et fœtal



Annexe 3 : Questionnaire

QUESTIONNAIRE POUR LA THESE DE DOCTEUR EN MEDECINE

Hélène Henry, médecin généraliste

Connaissances des femmes et réalisation de la consultation pré-conceptionnelle dans la région Audomaroise.

Conformément à la loi n° 72-17 du 6 janvier 1978, relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez d'un droit d'accès et de rectification des données à caractère personnel vous concernant et faisant l'objet de traitements sous la responsabilité de Mme Hélène Henry. Vous pouvez l'exercer en lui adressant un mail.

Quelle est votre date de naissance ? — — / — — / — — — —

Quelle est votre situation familiale ? en couple célibataire

Quelle est votre situation professionnelle ?

Chômage Sans emploi Actif : préciser _____

Combien avez-vous d'enfants ? — —

Combien de fois avez-vous vu votre médecin traitant au cours des 12 derniers mois ? — —

Quelle était votre contraception avant votre projet grossesse ?

pilule implant stérilet préservatif autre

Votre grossesse était-elle programmée ? Oui Non

Si oui, quel a été le délai entre l'arrêt de la contraception et le début de la grossesse ? — —

Avant votre grossesse, connaissiez-vous :

- Votre poids et votre taille ? Oui Non

- Votre tension artérielle ? Oui Non

- Votre groupe sanguin ? Oui Non

- Le groupe sanguin du futur papa ? Oui Non

- Votre statut vis-à-vis de la toxoplasmose ? Oui Non

- Votre statut vis à vis de la rubéole ? Oui Non

- Votre statut vis-à-vis de la varicelle ? Oui Non

- Les recommandations sur la vaccination anti-grippale pour les femmes enceintes ?
 Oui Non

- Les principes afin d'éviter la listériose ? Oui Non

Vos vaccinations étaient-elles à jour ? Oui Non Ne sait pas

Est-ce que vous fumez ? Oui Non

Si oui, combien fumiez-vous de cigarettes avant la grossesse ? — — Et combien pendant ? — —

Avant votre grossesse, consommiez-vous :

- Boissons alcoolisées Oui Non

- Drogue (cannabis, traitement substitutifs...) Oui Non

Si oui, avez-vous modifié votre consommation pendant votre grossesse? Oui Non

Avez-vous réalisé le dépistage des maladies suivantes avant votre grossesse :

- Hépatite B Oui Non Ne sait pas

- Hépatite C Oui Non Ne sait pas

- Syphilis Oui Non Ne sait pas

- VIH Oui Non Ne sait pas

Avez-vous modifié votre alimentation ? Oui Non

Votre médecin vous a-t-il prescrit des vitamines avant votre grossesse ?

Oui : lesquelles ? _____ Non

Avant votre grossesse, avez-vous bénéficié d'un examen gynécologique ? Oui Non

Dans le cadre du dépistage du cancer du col de l'utérus, avez-vous réalisé un frottis au cours des trois dernières années ? Oui Non

Etiez-vous porteuse d'une maladie chronique (hypertension artérielle, diabète)?

Oui Non

Si oui, prenez-vous un traitement régulièrement ? Oui Non

Avez-vous eu auparavant des problèmes gynécologiques et obstétricaux (fausse couche, accouchement prématuré ...)? Oui Non

Y'a-t-il des maladies génétiques dans votre famille ? Oui Non

Aviez-vous consulté un professionnel de santé afin de parler de votre projet de grossesse ?

Oui Non

Il existe une consultation dite pré-conceptionnelle, connaissiez-vous son existence ?

Oui Non

Annexe 4 : Accord CNIL (2079299v0)

CNIL

3 Place de Fontenay - 75334 PARIS Cedex 07
T. 01 53 73 22 22 - F. 01 53 73 22 00
www.cnil.fr

RÉCÉPISSÉ

DÉCLARATION DE CONFORMITÉ À UNE MÉTHODOLOGIE DE RÉFÉRENCE

Numéro de déclaration

2079299 v 0

du 30 juin 2017

Madame HENRY Hélène
HENRY
ETUDIANTE EN COURS DE THÈSE
26 RUE DU 11 NOVEMBRE
62152 NESLES

À LIRE IMPÉRATIVEMENT

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez transmis à la CNIL un dossier de déclaration formellement complet. Vous pouvez désormais mettre en œuvre votre traitement de données à caractère personnel.

La CNIL peut à tout moment vérifier, par courrier, par la voie d'un contrôle sur place ou en ligne, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. Afin d'être conforme à la loi, vous êtes tenu de respecter tout au long de votre traitement les obligations prévues et notamment :

- 1) La délimitation et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « Informatique et Libertés », consultez le site internet de la CNIL : www.cnil.fr.

Organisme déclarant

Nom : HENRY

Service : ETUDIANTE EN INSTANCE DE THÈSE

Adresse : 26 RUE DU 11 NOVEMBRE

Code postal : 62152

Ville : NESLES

N° SIREN ou SIRET :

823681135

Code NAF ou APE :

8621Z

Tél. : 0613674609

Fax :

Traitement déclaré

Finalité : MRS - Recherches dans le domaine de la santé sans recueil du consentement

Transferts d'informations hors de l'Union européenne : Non

Fait à Paris, le 30 juin 2017
Par délégation de la commission



Isabelle FALQUE PIERROTIN
Présidente

Annexe 5 : Consignes pendant la grossesse

Toxoplasmose

La toxoplasmose est une infection parasitaire. Une toxoplasmose maternelle au cours d'une grossesse peut être à l'origine d'une atteinte congénitale responsable de malformations (essentiellement oculaires et neurologiques). L'atteinte fœtale est d'autant plus sévère que l'infection survient tôt dans la grossesse.

La prévention de la toxoplasmose congénitale repose sur le dépistage sérologique. Pour toutes les femmes enceintes et ayant un désir de grossesse séronégative, la prévention repose sur des mesures éducatives de règles hygiéno-diététiques.

Vaccinations

Un des points clés de la consultation pré-conceptionnelle est la vérification du carnet de vaccination.

Les vaccinations contre la rubéole, la rougeole, les oreillons et la varicelle protègent les femmes et permettent de transmettre les anticorps maternels au nourrisson en attendant qu'il ait atteint un âge lui permettant d'être vacciné.

Il est recommandé de mettre à jour l'ensemble des vaccinations, notamment celles contre la coqueluche et la rubéole, en post-partum immédiat même si la femme allaite. La vaccination contre la varicelle peut également être réalisée en post-partum s'il est avéré que la femme n'était pas immunisée au cours de sa grossesse (26).

La rubéole, la rougeole et les oreillons

Contracter une de ces infections pendant la grossesse peut entraîner, chez la femme enceinte des affections graves compte tenu des modifications immunologiques (pneumopathie rougeoleuses). Rubéole et oreillons peuvent provoquer des fausses couches. De plus ces maladies peuvent engendrer une embryofœtopathie (cécité, surdité et retard mental)(26).

Selon les recommandations, toutes les femmes nées après 1980 doivent avoir reçu deux doses de vaccin ROR, il n'y a pas lieu de vacciner des femmes ayant reçu deux vaccinations préalables, peu importe le résultat de la sérologie pratiquée. Pour les femmes ayant une sérologie négative et dont le statut vaccinal est inconnu, la vaccination est recommandée. Le ROR est un vaccin à virus vivant atténué qui présente un risque tératogène, il est donc nécessaire de s'assurer de l'absence d'une grossesse débutante et d'éviter toute grossesse dans les deux mois suivant la vaccination (26).

A noter que depuis le 1^{er} janvier 2018, cette vaccination est maintenant obligatoire chez les enfants nés après cette date.

Coqueluche

La coqueluche reste une des premières causes de décès par infection bactérienne communautaire chez le nourrisson de moins de 3 mois. Dans la majorité des cas, la personne à l'origine de la contamination est un proche.

En France et dans les pays développés, on observe une recrudescence de cette maladie (39). La lutte contre cette infection repose sur la prévention par le biais de la vaccination. Il faut rappeler que les anticorps maternels ne sont pas transmissibles à l'enfant, la vaccination de l'entourage est donc essentielle (notion de cocooning).

Le vaccin contre la coqueluche est indiqué chez l'adulte, est combiné au vaccin diphtérie tétanos et poliomyélite (dTcaPolio) et est recommandé à 25 ans. En cas de projet de grossesse, la conduite à tenir vis-à-vis de la vaccination de la mère est la suivante :

- les femmes non antérieurement vaccinées contre la coqueluche recevront une dose de dTcaPolio
- les femmes de moins de 25 ans vaccinées depuis plus de cinq ans recevront une dose de dTcaPolio
- les femmes de plus de 25 ans vaccinées depuis plus de dix ans recevront une dose de dTcaPolio (26).

Varicelle

Les conséquences d'une varicelle au cours d'une grossesse dépendent du stade de cette dernière. Avant 20 SA, la varicelle maternelle doit faire craindre une atteinte

congénitale à l'origine de malformations. En fin de grossesse, elle expose à un risque de varicelle néonatale grave. De plus, des complications importantes peuvent être observées chez la future maman.

La vaccination contre la varicelle est recommandée chez la femme en âge de procréer, notamment celles ayant un projet de grossesse, qui ne se souvient pas avoir eu la varicelle. Il est possible de réaliser une sérologie avant vaccination pour confirmer l'indication. En l'absence d'immunité, deux doses de vaccins espacées de quatre à huit semaines (Varivax®) ou de six à dix semaines (Varilrix®) seront pratiquées. Toute grossesse doit être évitée dans le mois suivant la vaccination (26).

Grippe

La grippe est une infection virale qui touche les voies respiratoires basses. Le plus souvent considéré comme bénigne, elle peut être à l'origine de complications sévères chez les personnes fragiles notamment les femmes enceintes et les nourrissons. La HAS recommande de vacciner toutes les femmes enceintes, quel que soit le stade de la grossesse, au moment de la période de vaccination antigrippale. Ce vaccin est entièrement pris en charge par l'assurance maladie.

Prescription d'acide folique

En France, les anomalies de fermeture du tube neural (spina bifida et anencéphalie pour la plupart) concernent une grossesse sur mille. Ces anomalies se constituent en début de grossesse (40).

Plusieurs études ont mis en évidence un lien entre un déficit en acide folique et ces anomalies. Ainsi, pour prévenir ces malformations, une prescription de 400 microgrammes d'acide folique par jour est recommandée dès lors que la patiente exprime un désir de grossesse et ce jusqu'à la douzième semaine d'aménorrhées (6). En effet, pour être efficace, cette supplémentation doit débiter au moins quatre semaines avant la conception.

Hygiène de vie

Alcool

L'exposition prénatale à l'alcool peut entraîner des malformations et des troubles du comportement chez l'enfant à venir, on parle du syndrome « alcoolisation fœtale ». L'absorption d'alcool est délétère pendant toute la période de la grossesse et il n'a

jamais été mis en évidence de seuil en deçà duquel les risques sont nuls, d'où la recommandation : « zéro alcool pendant la grossesse ».

Tabac

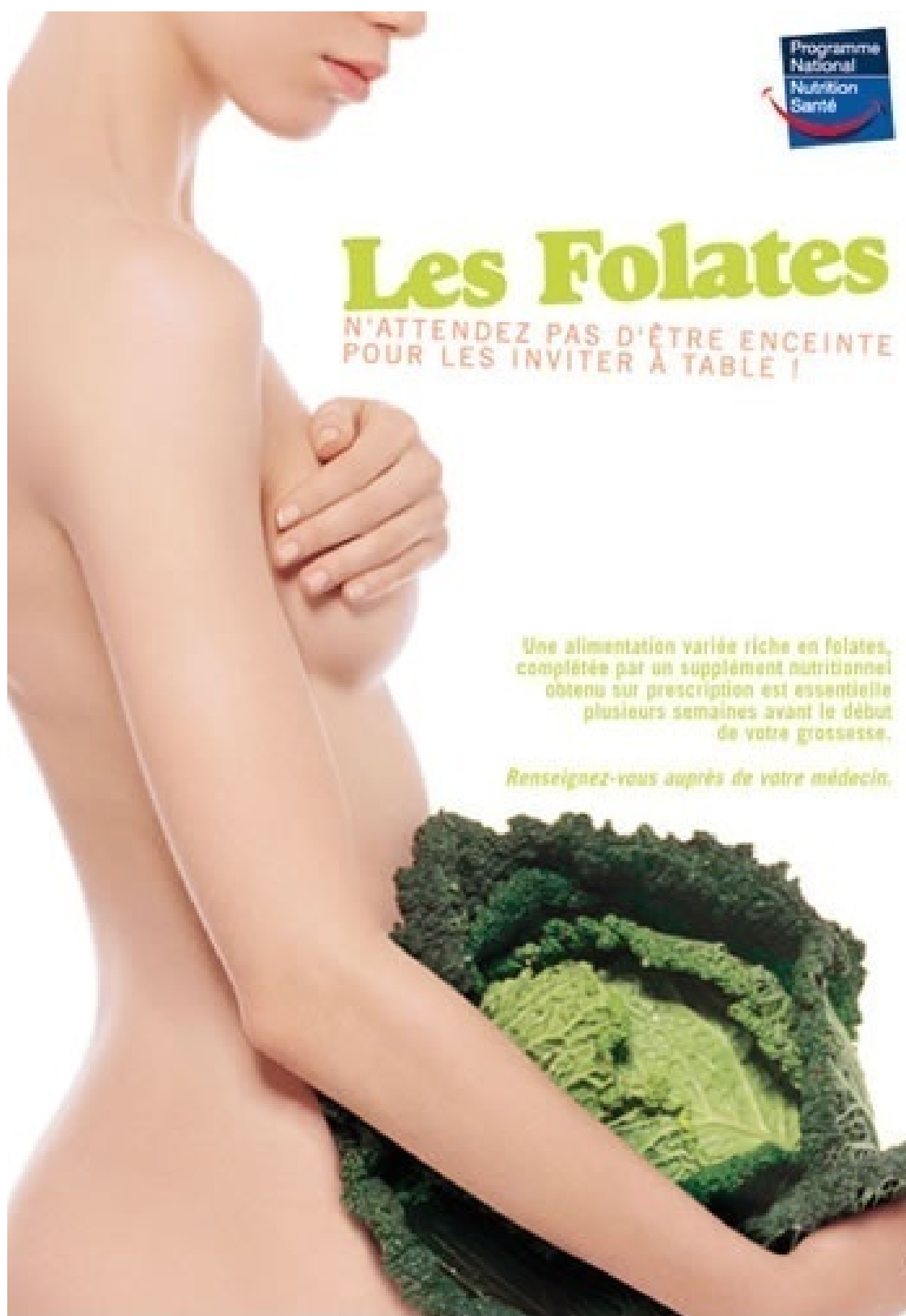
L'arrêt du tabac doit intervenir de préférence avant la conception, cependant il sera toujours bénéfique à n'importe quel moment de la grossesse pour la maman et pour l'enfant à naître.

Malgré la connaissance des méfaits du tabac, la consommation pendant la grossesse est encore importante. Il existe un arsenal thérapeutique de moyens pour diminuer ou arrêter le tabac pendant la grossesse : substituts nicotiques, service de soutien psychologique, consultation d'addictologie ...

Il est donc important d'intensifier les messages délivrés aux femmes enceintes et de favoriser l'accompagnement.

Alimentation

Pendant la grossesse, il est conseillé d'avoir un bon équilibre alimentaire. L'INPES a mis en place un guide qui délivre des informations et des conseils simples à suivre au quotidien dès l'arrêt de la contraception, et ce afin d'assurer une bonne santé au futur bébé (41). De plus, certaines précautions sont à prendre pour éviter certaines maladies telles que la listériose et la toxoplasmose.



Programme
National
Nutrition
Santé

Les Folates

N'ATTENDEZ PAS D'ÊTRE ENCEINTE
POUR LES INVITER À TABLE !

Une alimentation variée riche en folates,
complétée par un supplément nutritionnel
obtenu sur prescription est essentielle
plusieurs semaines avant le début
de votre grossesse.

Renseignez-vous auprès de votre médecin.

AUTEUR : Nom : Henry

Prénom : Hélène

Date de soutenance : 23 mai 2018

Titre de la thèse : Santé pré-conceptionnelle : enquête auprès des femmes de la région Audo-marquoise.

Thèse - Médecine - Lille 2018

Cadre de classement : DES de Médecine Générale

Mots-clés : consultation pré-conceptionnelle

Introduction : Pour améliorer la santé des femmes et éviter d'éventuelles complications obstétricales, les couples devraient bénéficier en période pré-conceptionnelle d'informations et de messages de prévention. En France, la consultation pré-conceptionnelle est peu réalisée. L'objectif de notre étude était de faire un état des lieux des connaissances des femmes en âge de procréer en matière de santé pré-conceptionnelle afin d'optimiser sa prise en charge.

Matériel et méthode : Nous avons réalisé une étude descriptive observationnelle. Un questionnaire standardisé a été élaboré à partir des recommandations de la Haute autorité de santé et distribué entre les 12 et 24 juillet 2017 aux patientes qui consultaient au centre hospitalier de Saint-Omer pour un suivi de grossesse.

Résultats : 140 patientes ont été incluses. L'âge moyen des patientes était de 28,8 \pm 5,4 ans. Dans 76 % des cas, la grossesse était programmée. 30 % des patientes fumaient, en réduisant leur consommation moyenne de 16 à 5 cigarettes par jour. Les statuts liés aux infections sexuellement transmissibles étaient connus par moins de 50 % des patientes. Les recommandations en rapport avec le mode de vie (alcool, tabac et régime alimentaire) étaient bien connues. Seulement 17 % ont pris de l'acide folique en période pré-conceptionnelle. 79 % des patientes déclaraient que leur vaccination était à jour. La consultation pré-conceptionnelle n'était connue que par 5 % des patientes.

Conclusion : Même si certaines connaissances semblent acquises, elles restent pour autant fragiles et incomplètes. Des informations ciblées pourraient inciter les femmes à consulter.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Claude-Alain MAURAGE

**Assesseurs : Madame la Professeur Véronique HOUFFLIN-DEBARGE
Monsieur le Docteur Matthieu CALAFIORE**

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Michaël ROCHOY